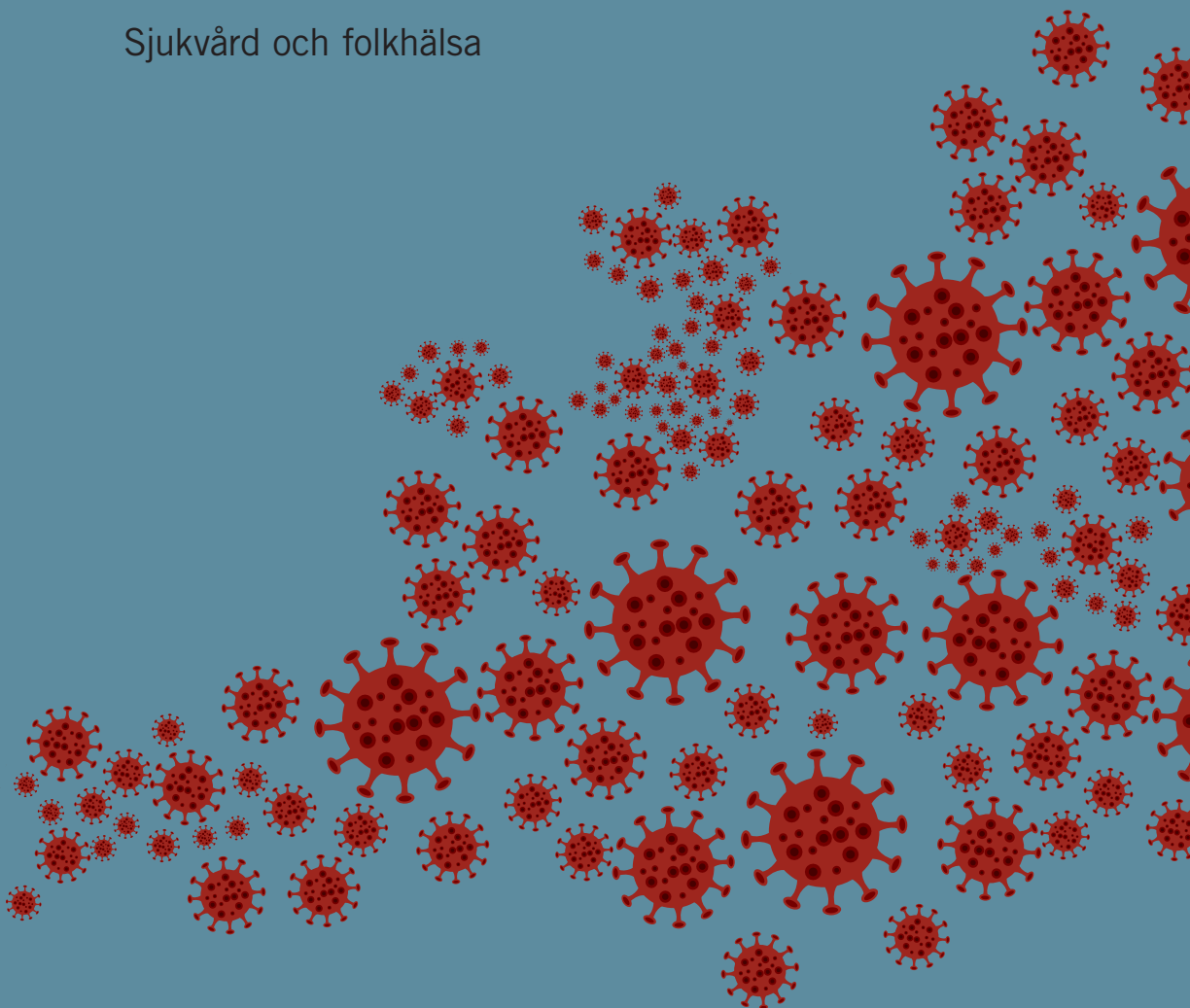


# Sverige under pandemin

Volym 2

Sjukvård och folkhälsa



DEL BETÄNKANDE AV  
CORONAKOMMISSIONEN



STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

SOU 2021:89



# Sverige under pandemin

Volym 2 Sjukvård och folkhälsa

*Delbetänkande av Coronakommissionen*

*Stockholm 2021*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

**SOU 2021:89**

SOU och Ds finns på [regeringen.se](http://regeringen.se) under Rättsliga dokument.

*Svara på remiss – hur och varför*

*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](http://regeringen.se/remisser).

Layout: Maria Neijnes

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0254-9 (tryck)

ISBN 978-91-525-0255-6 (pdf)

ISSN 0375-250X

# Innehåll

## Volym 1 Smittspridning och smittskydd

<b>Förkortningar</b> .....	<b>19</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>23</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>45</b>
<b>2 Sverige i pandemin</b> .....	<b>49</b>
2.1 Pandemin globalt och i Europa .....	50
2.2 Pandemin i Sverige .....	56
2.3 Summering .....	66
<b>3 Virusets intåg och spridning</b> .....	<b>67</b>
3.1 Tidiga smitthärdar i Europa .....	68
3.2 Virussekvenser och importvägar .....	69
3.3 Smittspridning i Sverige .....	80
3.4 Offentliga ingrepp och privat beteende .....	88
3.5 Summering .....	95
<b>4 Smittskydd</b> .....	<b>97</b>
4.1 Regleringen av smittskyddet .....	98
4.1.1 Smittskyddslagens tillkomst .....	98
4.1.2 Smittsamma, allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar .....	99

4.1.3	Smittskyddsåtgärder .....	100
4.1.4	Ansvar .....	107
4.1.5	Smittspårning .....	110
4.1.6	Smittskyddslagar i våra nordiska grannländer .....	110
4.2	Vilka ansvarar för smittskyddet? .....	116
4.2.1	Historiken kring Folkhälsomyndigheten .....	116
4.2.2	Folkhälsomyndigheten i dag .....	122
4.2.3	Folkhälsomyndighetens motsvarigheter i Norge, Danmark och Finland .....	125
4.2.4	Socialstyrelsen .....	130
4.2.5	Inspektionen för vård och omsorg .....	132
4.2.6	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap .....	133
4.2.7	Arbetsmiljöverket .....	134
4.2.8	Länsstyrelserna .....	134
4.2.9	Regionerna .....	136
4.2.10	Kommunerna .....	139
4.2.11	Enskilda vårdgivare .....	140
4.2.12	Andra myndigheter och aktörer med anknytning till smittskydd .....	140
4.3	Sveriges Kommuner och Regioner .....	141
4.3.1	En arbetsgivar- och intresseorganisation .....	141
4.3.2	SKR:s roll i statens styrning på vårdområdet .....	144
4.4	Summering .....	147
<b>5</b>	<b>Pandemiberedskap .....</b>	<b>151</b>
5.1	Det internationella hälsoreglementet (IHR) .....	152
5.2	Pandemiförberedelser – en kort historik .....	154
5.3	Influensapandemi som scenario i beredskapsplaneringen .....	156
5.4	Pandemiförberedelser på nationell, regional och lokal nivå .....	160
5.4.1	Pandemiförberedelser på nationell nivå .....	161
5.4.2	Pandemiförberedelser på regional nivå .....	168
5.4.3	Pandemiförberedelser på lokal nivå .....	172

5.5	Identifierade brister i Sveriges pandemiberedskap innan december 2019.....	174
5.6	Tillgång till och försörjning av läkemedel och sjukvårdsprodukter.....	178
5.6.1	Försörjning av sjukvårdsprodukter och läkemedel.....	180
5.6.2	Statliga beredskapslager .....	184
5.6.3	Identifierade problem och brister i försörjningen av läkemedel och sjukvårdsprodukter.....	188
5.7	Pandemiberedskap i våra nordiska grannländer .....	190
5.7.1	Finland .....	190
5.7.2	Norge .....	195
5.7.3	Danmark .....	197
5.7.4	Ökat nordiskt samarbete om pandemiberedskapen .....	198
5.8	Summering .....	199
<b>6</b>	<b>Icke-medicinska åtgärder .....</b>	<b>201</b>
6.1	Januari och februari 2020.....	202
6.2	Mars 2020 .....	205
6.3	April 2020.....	214
6.4	Sen vår och sommar 2020 .....	218
6.5	Hösten 2020 .....	219
6.6	Våren 2021.....	222
6.7	Tidiga smittskyddsåtgärder i övriga Norden .....	227
6.8	Internationell jämförelse av tidiga åtgärder.....	233
6.9	Summering .....	234
<b>7</b>	<b>Provtagning och smittspårning .....</b>	<b>239</b>
7.1	Ansvar för provtagning och smittspårning .....	240
7.2	Provtagningskedjan för diagnostisering av covid-19 .....	242

7.3	Provtagning av covid-19.....	243
7.4	Mikrobiologiska laboratorier.....	248
7.5	Smittspårning av covid-19.....	250
7.6	WHO:s rekommendationer om provtagning och smittspårning .....	256
7.7	EU:s rekommendationer om provtagning och smittspårning .....	258
7.8	Rekommendationer och beslut om provtagning och smittspårning i Sverige .....	260
7.9	Situationen i mars–april 2020.....	267
7.10	Ansvar för utökad provtagning .....	269
7.11	Uppbyggnad av analyskapacitet.....	271
7.12	Uppbyggnad av storskalig provtagning .....	276
7.13	Provtagning i praktiken – regionernas arbete .....	279
7.14	Smittspårning i praktiken – regionernas arbete .....	284
7.15	En jämförelse med fem länder i Europa .....	288
7.16	Summering .....	297
<b>8</b>	<b>Skyddsutrustning.....</b>	<b>301</b>
8.1	Vad är skyddsutrustning? .....	302
8.1.1	Krav på skyddsutrustning.....	304
8.2	Användning av skyddsutrustning – ett skydd för patienter och arbetstagare .....	305
8.2.1	Skydd för patienter .....	305
8.2.2	Skydd för arbetstagare .....	306
8.2.3	Riktlinjer om användning av skyddsutrustning ..	308
8.2.4	Arbetsmiljöverkets information och beslut .....	315
8.2.5	Motstridiga budskap om användning av skyddsutrustning.....	316
8.3	Tillgången till skyddsutrustning.....	318



8.3.1	Februari 2020: Tidiga tecken på produktionsstörningar .....	319
8.3.2	Mars 2020: Fler signaler om brist på skyddsutrustning .....	320
8.3.3	April 2020: Fortsatt brist och leveransutmaningar .....	326
8.3.4	Maj och juni 2020: Gradvis ökad tillgång på skyddsutrustning .....	328
8.3.5	Hösten 2020: Stabilare läge men risk för fortsatt brist på viss skyddsutrustning .....	329
8.3.6	Våren 2021: brist på vissa produkter .....	329
8.4	Regeringen informerades kontinuerligt under våren 2020 om bristen på skyddsutrustning .....	330
8.5	Statsbidrag för merkostnader .....	332
8.5.1	En utökad inköpsorganisation inrättades på Socialstyrelsen våren 2020 .....	334
8.5.2	Socialstyrelsens roll har uppfattats som otydlig .....	341
8.6	Åtgärder från andra myndigheter, SKR, regioner och kommuner .....	345
8.6.1	SKR:s upphandling genom inköpscentralen Adda .....	345
8.6.2	Regioner och kommuner .....	349
8.6.3	MSB har samordnat och gett operativt stöd kring skyddsutrustning .....	350
8.6.4	Länsstyrelserna har samlat in lägesbilder och haft en koordinerande roll .....	351
8.6.5	Arbetsmiljöverkets snabbspår för godkännande av utrustning .....	352
8.6.6	Samverkan har utvecklats över tid .....	353
8.7	Bristande kunskap om behoven inom kommuner under början av pandemin .....	354
8.8	Skyddsutrustning i övriga samhällsviktiga verksamheter ...	356
8.9	Samarbete med näringslivet och civilsamhället .....	358
8.9.1	Näringslivets och civilsamhällets bidrag .....	358
8.9.2	Det offentliga förmåga att ta emot .....	360

8.9.3	Andra rapporter och iakttagelser .....	365
8.10	EU-samarbetet rörande skyddsutrustning .....	367
8.11	Summering .....	369
<b>9</b>	<b>Läkemedel .....</b>	<b>373</b>
9.1	Läkemedelsmarknaden omsatte 51,8 miljarder kronor 2020 .....	373
9.1.1	Läkemedelsförsörjningen involverar många aktörer.....	375
9.2	Ökad efterfrågan på läkemedel under inledningen av pandemin.....	376
9.3	Ökning av restanmälda läkemedel både före och under inledningen av pandemin.....	382
9.4	Insatser för att säkerställa tillgången till läkemedel .....	385
9.5	Summering .....	393

## Volym 2 Sjukvård och folkhälsa

<b>10</b>	<b>Hälso- och sjukvården före pandemin .....</b>	<b>395</b>
10.1	Hälso- och sjukvårdens rättsliga reglering.....	396
10.2	Hälso- och sjukvårdens organisation och ansvarsfördelning.....	401
10.2.1	Ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem ..	402
10.2.2	Statlig styrning genom riksdag, regering och myndigheter .....	403
10.3	Regioner ansvarar för att erbjuda god vård åt regionens invånare .....	406
10.3.1	Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård uppgick till 260 miljarder 2019.....	410
10.3.2	Vårdkonsumtion inom regionernas hälso- och sjukvård.....	411
10.3.3	Personalen inom regionernas hälso- och sjukvård.....	413

10.4	Kommuner ansvarar för att erbjuda god vård i boenden, verksamheter och patientens hem.....	416
10.4.1	Personal i boenden och verksamheter inom kommuner.....	417
10.4.2	Brist på legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård.....	418
10.4.3	Svårigheter att identifiera den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader.....	419
10.5	Vårdens IT-system är inte ändamålsenliga.....	420
10.6	Omställning mot en nära vård .....	421
10.7	Hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap och organisation vid allvarlig händelse .....	424
10.8	Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården .....	427
10.9	Svensk hälso- och sjukvård i en internationell jämförelse .....	428
10.9.1	God hälsa och goda medicinska resultat .....	438
10.10	Flera utvecklingsområden för hälso- och sjukvården.....	438
10.11	Summering .....	440
<b>11</b>	<b>Hälso- och sjukvården under pandemin .....</b>	<b>443</b>
11.1	Pandemins dynamik i slutenvården .....	444
11.2	Organisation av covid-19-vården.....	448
11.2.1	Infektionssjukvården i Sverige.....	449
11.2.2	Organisation av covid-19-vården .....	449
11.2.3	Stor påverkan på sjukhusens övriga kliniska verksamhet .....	453
11.2.4	Kunskapsinhämtning och riktlinjer.....	454
11.2.5	Lärdomar.....	456
11.3	Intensivvården.....	457
11.3.1	Vad är intensivvård? .....	457
11.3.2	IVA-vården under pandemin.....	459
11.3.3	Intensivvårdens omställning .....	462
11.3.4	Vårdkvalitet och avvikelser .....	468

11.3.5	Ny kunskap, IVA-vård av patienter med covid-19 .....	469
11.3.6	Lärdomar .....	469
11.4	Brist på medicinteknisk utrustning och material.....	470
11.5	Smittspridning i slutenvården.....	472
11.6	Rehabilitering.....	473
11.6.1	Ökat behov av rehabiliteringsinsatser.....	474
11.6.2	Omställd vård och minskade rehabiliteringsinsatser .....	475
11.7	Postcovid.....	477
11.7.1	Vad är postcovid? .....	477
11.7.2	Osäkra uppgifter om hur många som drabbas ....	480
11.7.3	Riktlinjer för omhändertagande, behandling och rehabilitering i uppbyggnad.....	481
11.7.4	Barn och postcovid .....	484
11.8	Primärvården under pandemin .....	484
11.8.1	Primärvårdens omställning och utmaningar under pandemin.....	485
11.9	Den privata vården har avlastat offentlig vård .....	492
11.10	Sjukvårdsrådgivning under pandemin .....	493
11.10.1	Nationell sjukvårdsrådgivning via 1177 .....	494
11.10.2	Åtgärder för att möta ökningen av samtal till 1177.....	496
11.10.3	Sjukvårdsrådgivning på webben ökade under pandemin .....	497
11.10.4	En majoritet av befolkningen har högt förtroende för 1177.....	499
11.10.5	Tillgänglighetsdelegationen har lagt förslag som syftar till att tydliggöra ansvaret för sjukvårdsrådgivningen .....	499
11.11	Vårdanställdas arbetsvillkor under krisen .....	499
11.11.1	Ökad sjukfrånvaro och personalomsättning .....	500
11.11.2	Arbetsskador och tillbud .....	503
11.11.3	Krislägesavtal.....	506

11.11.4	Erfarenheter från hälso- och sjukvårdspersonal .....	508
11.12	Summering .....	515
<b>12</b>	<b>Inställd och uppskjuten vård.....</b>	<b>519</b>
12.1	Ökat förtroende för hälso- och sjukvården men många har avstått från att söka vård .....	520
12.1.1	Flera studier visar att patienter har avstått från att söka vård under pandemin.....	520
12.1.2	Patient- och brukarorganisationer bekräftar att patienter har drabbats av inställd vård .....	524
12.2	Vårdkonsumtion inom primärvården under pandemin.....	525
12.2.1	Färre primärvårdsbesök till läkare under pandemin.....	525
12.2.2	Vårdgarantibesök till primärvårdsläkare har minskat.....	526
12.2.3	Distansbesök har ökat under pandemin.....	528
12.2.4	Ökning av digital utomlänsvård .....	528
12.3	Vårdkonsumtion inom specialiserad vård under pandemin .....	529
12.3.1	Minskning av slutenvårdepisoder under pandemin.....	534
12.4	Färre patienter i akutvården under pandemin.....	536
12.4.1	Akutbesök inom den psykiatriska vården under pandemin .....	537
12.4.2	Fler barn väntade på förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatri.....	537
12.5	Fördjupad analys av inställd och uppskjuten vård .....	538
12.5.1	Barnhälsovården .....	538
12.5.2	Mödrahälsovården .....	539
12.5.3	Hjärtinfarkter .....	540
12.5.4	Kroniska sjukdomstillstånd .....	542
12.5.5	Cancer .....	545
12.5.6	Proteskirurgi.....	549
12.5.7	Akut och planerad kirurgi.....	551

12.6	Brister i register och databaser försvårar uppföljningen av pandemin .....	554
12.7	Summering .....	557
<b>13</b>	<b>Särskilt drabbade av covid-19 .....</b>	<b>561</b>
13.1	Den ojämlika hälsan – en av pandemins förutsättningar ...	562
13.2	Särskilt drabbade grupper .....	565
13.3	Skillnader i testbenägenhet .....	569
13.4	Skillnader i positiva fall .....	571
13.5	Riskfaktorer för att drabbas av allvarlig covid-19.....	577
13.6	Skillnader i dödlighet.....	581
13.7	Summering .....	585
<b>14</b>	<b>Mer om smittspridningen i äldreomsorgen .....</b>	<b>587</b>
14.1	Avlidna på särskilda boenden under andra vågen .....	587
14.2	Två nya underlag.....	591
14.3	Hur kom smittan in? .....	593
14.4	Varför drabbades vissa boenden hårdare? .....	596
14.5	Summering .....	600
<b>15</b>	<b>Den sociala isoleringens pris .....</b>	<b>603</b>
15.1	Sårbara grupper i pandemin .....	604
15.2	Civilsamhället – förutsättningar och stöd.....	606
15.3	Barn och unga .....	608
15.4	Äldre.....	615
15.5	Personer med funktionsnedsättning .....	620
15.6	Psykisk ohälsa.....	626
15.7	Personer med beroendeproblematik .....	631

15.8	Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.....	637
15.8.1	Riskerna har ökat.....	637
15.8.2	En splittrad bild.....	638
15.8.3	Aktörernas arbete under pandemin.....	644
15.9	Summering .....	651
<b>16</b>	<b>Uppdämda behov på det sociala området.....</b>	<b>655</b>
16.1	Ej verkställda SoL- och LSS-beslut.....	656
16.2	Färre hemtjänstinsatser och inflyttningar på särskilt boende för äldre .....	663
16.3	Många förändringar i insatser till personer med funktionsnedsättning.....	666
16.4	Andra indikationer på uppdämda eller ökande behov inom socialtjänsten .....	671
16.5	Summering .....	673
<b>17</b>	<b>Fjärr- och distansundervisningens effekter .....</b>	<b>677</b>
17.1	Reglering och ansvariga aktörer inom skolväsendet.....	679
17.1.1	Rätten till utbildning.....	679
17.1.2	Huvudsakliga aktörer inom skolväsendet.....	680
17.2	Åtgärder för att säkerställa tillgång till utbildning under pandemin .....	682
17.2.1	Myndigheters uppföljningar under pandemin.....	682
17.2.2	Rekommendationer om övergång till fjärr- och distansundervisning.....	684
17.2.3	Beslutade föreskrifter.....	685
17.2.4	Regeringens satsningar och resurstillskott .....	687
17.2.5	Stöd för att underlätta arbetssituationen för lärare och elever .....	687
17.2.6	Tekniska förutsättningar för att bedriva fjärr- och distansundervisning.....	689
17.2.7	Stöd för elever och studenter med funktionsnedsättning .....	692
17.2.8	Stöd för särskilt utsatta elever .....	695

17.3	Effekter på skolresultat och psykisk hälsa hos elever och studenter .....	696
17.3.1	Effekter på skolresultat.....	696
17.3.2	Effekter på psykisk hälsa .....	701
17.4	Summering .....	707
<b>18</b>	<b>Kommissionens sammanfattande bedömning och förslag .....</b>	<b>711</b>
18.1	Virusetets spridning i Sverige.....	713
18.2	Sveriges hantering av pandemin.....	717
18.2.1	Frivilliga, mindre ingripande och sena åtgärder ..	717
18.2.2	Provtagning och smittspårning .....	720
18.2.3	Skyddsutrustning och läkemedel .....	725
18.3	Hälso- och sjukvården under pandemin .....	729
18.3.1	Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera pandemin .....	729
18.3.2	Inställd och uppskjuten vård .....	733
18.4	Indirekta konsekvenser av pandemin .....	735
18.4.1	Den sociala isoleringens pris .....	735
18.4.2	Fjärr- och distansundervisningens effekter .....	739
18.5	Brister bakom den svenska pandemihanteringen .....	741
18.5.1	Smittskyddslagstiftningen är otillräcklig.....	742
18.5.2	Smittskyddsläkarna bör få en starkare ställning.....	743
18.5.3	En undermålig pandemiberedskap .....	745
18.5.4	En problematisk ansvarsfördelning.....	747
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2020:09.....	751
Bilaga 2	Personer som kommissionen har träffat.....	777
Bilaga 3	Personer som kommissionen har frågat ut .....	795
Bilaga 4	Expertgrupper.....	799



Bilaga 5	Underlagsrapporter .....	801
Bilaga 6	Ett forskningsprogram om covid-19 i Sverige: Smittspridning, bekämpning och effekter på individer och samhälle .....	805



## 10 Hälso- och sjukvården före pandemin

Svensk hälso- och sjukvård visar ofta upp goda medicinska resultat i internationella jämförelser. Bland EU-länderna tillhör Sverige de länder med lägst antal dödsfall som är möjliga att undvika genom tidig upptäckt och behandling. Överlevnaden efter stroke och flera cancerformer är hög.<sup>783</sup> Samtidigt finns det ett flertal problemområden för hälso- och sjukvården. Internationellt sett presterar Sverige svaga resultat när det gäller att skapa en personcentrerad vård som utgår från individens behov, resurser och erfarenheter. Det gäller exempelvis kontinuitet och samordning.<sup>784</sup> Bristen på personal utgör en stor utmaning för såväl regioner som kommuner och ett flertal studier visar att det finns omotiverade socioekonomiska och regionala skillnader i vård och behandling.<sup>785</sup>

I det här kapitlet beskriver vi hälso- och sjukvårdens institutionella ramverk och dess utgångsläge före pandemin. Beskrivningen av hälso- och sjukvårdens förutsättningar, det vill säga dess regelverk, organisationsstruktur, vårdplatser personal, IT-system, finansiering samt styrkor och svagheter utgör en grund för vår uppföljning av vårdens förmåga att hantera pandemin i kapitel 11 och kapitel 12.

Vi inleder kapitlet med en beskrivning av den rättsliga regleringen av hälso- och sjukvården med fokus på hälso- och sjukvårdslagen och annan central lagstiftning inom området. I avsnitt 10.2 beskriver vi vårdens organisation och ansvarsfördelningen mellan staten, regioner och kommuner. Avsnitt 0 fokuserar på den regionalt finansierade

---

<sup>783</sup> OECD (2020), *Health at a glance Europe 2020. State of health in the EU cycle*. OECD (2020), *Health at a glance Europe 2019, State of health in the EU cycle (2019)*.

<sup>784</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*.

<sup>785</sup> Socialstyrelsen (2021), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*, SOU 2017:4, s. 166. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Omotiverat olika, Socioekonomiska och regionala skillnader i cancer vården*.

hälso- och sjukvården och 10.4 på den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. I avsnitt 10.5 berör vi vårdens IT-stöd och i avsnitt 10.6 omställningen mot en nära vård. I avsnitt 10.7 redogör vi för hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap och organisation. I avsnitt 10.8 beskriver vi kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården. Avsnitt 10.9 innehåller en jämförelse av svensk hälso- och sjukvård med andra europeiska länder. I avsnitt 10.10 belyser vi den demografiska utvecklingen och vi sammanfattar centrala utvecklingsfrågor för hälso- och sjukvården. Avsnitt 10.11 innehåller en summering av kapitlet.

## 10.1 Hälso- och sjukvårdens rättsliga reglering

Grunden i statens styrning av hälso- och sjukvården är den lagstiftning som riksdagen beslutar om. I lagstiftningen sätts ramarna för styrningen av myndigheter, kommuner och regioner. Regeringsformen, RF, kan sägas definiera grunden för folkhälsopolitiken. Av 1 kap. 2 § framgår att det allmänna särskilt ska verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL definieras de övergripande målen för hälso- och sjukvården. Andra centrala lagar som vi redogör för i det här avsnittet är patientlagen (2014:821), PL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, lagen (2008:962) om valfrihetssystem samt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

### *Hälso- och sjukvårdslagen*

Lagen är utformad som en målinriktad ramlag vilket innebär att den huvudsakligen innehåller bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för verksamheten. Regioner och kommuner kan därför utifrån lokala behov och förutsättningar besluta om planering, finansiering och organisation av sin hälso- och sjukvårdsverksamhet. Regionernas och kommunernas självständighet betonades i förarbetena till den tidigare hälso- och sjukvårdslagen.<sup>786</sup> I förarbetena till den nuvarande lagen framhålls att hälso-

---

<sup>786</sup> Prop. 1981/82:97 s. 16 f.

och sjukvården är grundläggande för den enskildes liv, hälsa och välbefinnande men att även samhället som helhet har starka intressen i detta avseende. Mot bakgrund av att både den enskilde och samhället i stort har intresse av en väl fungerande hälso- och sjukvård är det motiverat att staten i vissa avseenden behåller den yttersta kontrollen.<sup>787</sup> Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är utformad som en skyldighetslagstiftning till skillnad från en rättighetslagstiftning. Det innebär att det allmänna har en skyldighet att tillhandahålla nödvändig hälso- och sjukvård.

Hälso- och sjukvårdslagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän. Med huvudman avses den region eller den kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. Med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.<sup>788</sup>

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>789</sup> Vägledande för vården är att inga åtgärder får vidtas utan patientens samtycke, liksom att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.<sup>790</sup>

Samtidigt som hälso- och sjukvårdslagen syftar till en skapa en likvärdig vård, så präglas det svenska hälso- och sjukvårdssystemet av decentralisering. Lagstiftning som ska implementeras av direktvalda regionpolitiker kan bli föremål för tolkning vilket kan skapa en spänning mellan lagens mål om likvärdighet och regionala prioriteringar.

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och hälso- och

---

<sup>787</sup> Prop 2016/17:43 s. 79 f.

<sup>788</sup> 1 kap. 1 § och 2 kap. 2 och 3 §§ HSL.

<sup>789</sup> 5 kap. 1 och 2 §§ HSL.

<sup>790</sup> Se Vallhne Westerhäll, *Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap. 1 §*, Karnov (JUNO) (besökt den 28 september 2020).

sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.<sup>791</sup> Av hälso- och sjukvårdslagen följer också att vården ska ges på lika villkor, oavsett bostättningsort och behov.<sup>792</sup> Möjligheten att få vård får därmed inte påverkas av sådana förhållanden som förmågan att ta initiativ, betalningsförmåga samt sjukdomens art och varaktighet. Inte heller får åtskillnad göras mellan människor till följd av kön, nationalitet, ålder, språk, religion, kultur och andra liknande förhållanden.<sup>793</sup>

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska baseras på tre etiska grundprinciper, vilka beslutats av riksdagen 1997.<sup>794</sup>

- *Människovärdesprincipen*, enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- *Behovs- och solidaritetsprincipen*, enligt vilken resurserna bör fördelas efter behov.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen*, enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälso- och livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika åtgärder eller verksamheter.

Kompletterande bestämmelser till hälso- och sjukvårdslagen finns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

### *Patientlagen*

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen gäller hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region eller en kommun som huvudman, men vissa bestämmelser i lagen gäller endast när regionen är huvudman. Lagen innehåller bland annat bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården och rätt till information.

---

<sup>791</sup> 2 kap. 1 § och 3 kap. 1 och 2 §§ HSL.

<sup>792</sup> Prop. 1981/82:97 s. 27.

<sup>793</sup> Prop. 1981/82:97 s. 113.

<sup>794</sup> Prop. 1996/97:60 s. 18 f. och Riksdagens protokoll 1996/97:90.

### *Patientsäkerhetslagen*

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och tandvården, så att så få som möjligt ska drabbas av vårdskador. Lagen innehåller bland annat bestämmelser som riktar sig både till vårdgivarna och till hälso- och sjukvårdspersonalen. Lagen definierar också flera centrala begrepp som vårdgivare, hälso- och sjukvårdspersonal och vårdskada.

I patientsäkerhetslagen finns även bestämmelser om legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården, behörighet, hantering av klagomål samt tillsyn. IVO utöver tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) prövar frågor hänförliga till legitimationer och behörigheter.

### *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*

I samverkanslagen finns särskilda bestämmelser om regioners och kommuners samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutenvård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Det kan exempelvis handla om primärvård, kommunal vård, hemtjänst eller särskilt boende. Syfte med lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet efter utskrivningen. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Det finns därför bestämmelser om tidig planering för utskrivning, samordnad individuell planering och en fast vårdkontakt i den öppna vården. Lagen innebär även att regioner och kommuner tillsammans ska fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan.

Enligt lagen inträder kommunernas betalningsansvar tre dagar efter det att berörda aktörer inom regionen och kommunen har meddelats om att patienten är utskrivningsklar, om inte regioner och kommuner har kommit överens om annat. Genom samverkanslagen upphävdes lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det innebär att tidsfristen för kommu-

nernas betalningsansvar kortades från fem vardagar till tre kalenderdagar.

I förarbetena till samverkanslagen angavs att det var angeläget att minimera vårdtiderna på sjukhus, bland annat med hänsyn till patientens möjligheter att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg.<sup>795</sup>

### *Vårdvalssystemet*

Det så kallade vårdvals-systemet innebär att den enskilde själv kan ha rätt att välja vilken leverantör som ska utföra en tjänst inom stöd, vård- och omsorg, enligt lagen om valfrihetssystem, LOV, som i grunden är en upphandlingslag. Principen är att den enskilde själv väljer vilken, av den upphandlande regionens respektive kommunens godkända och kontrakterade leverantörer, som ska utföra tjänsten. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om förfarandet vid myndigheternas upphandling av leverantörer. I förarbetena anges att lagen är en del av en strävan att sätta brukaren i fokus och ska leda till maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare, ökad valfrihet och ökat inflytande, fler utförare och större mångfald.<sup>796</sup> Alla vårdgivare som uppfyller kraven i vårdvals-systemet ska ha rätt att etablera sig med offentlig finansiering. Ersättning och villkor ska vara desamma för alla vårdgivare.

För regionerna är vårdvals-systemet obligatoriskt när det gäller primärvården. Därutöver har regionerna i varierande grad vårdvals-system inom andra delar av hälso- och sjukvården. De flesta regioner har endast ett fåtal. I särklass flest vårdval finns i Region Stockholm.<sup>797</sup> Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen och regionen ska utforma vårdvals-systemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvals-system ska följa den enskildes val av utförare.<sup>798</sup>

---

<sup>795</sup> Prop. 2016/17:106 s. 16 f.

<sup>796</sup> Prop. 2008/09:29 s. 54.

<sup>797</sup> Information från Region Stockholms webbplats (besökt den 28 september 2021).

<sup>798</sup> 7 kap. 3 § HSL.



Några motsvarande krav finns inte för kommuner. Det är alltså upp till varje kommun att själv bestämma om ett valfrihetssystem ska införas i kommunen eller inte. Enligt statistik från SKR hade 160 av landets 290 kommuner infört valfrihetssystem i juli 2020.<sup>799</sup>

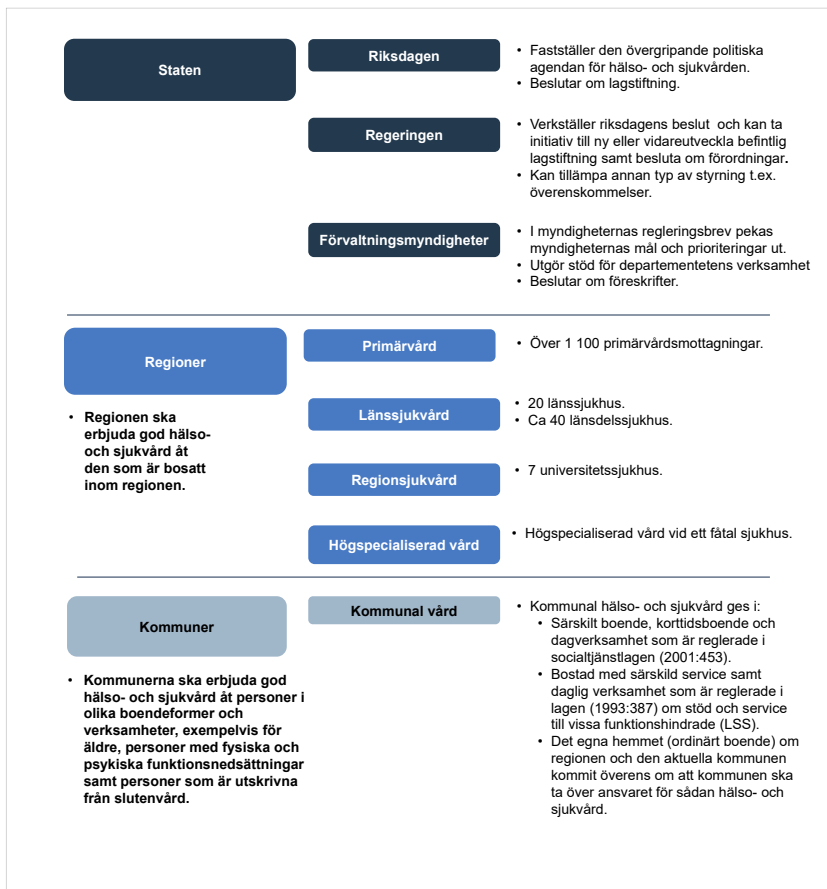
## 10.2 Hälso- och sjukvårdens organisation och ansvarsfördelning

I figur 10.1 nedan beskriver vi på en övergripande nivå hälso- och sjukvårdens organisation och ansvarsfördelning med utgångspunkt i statens, regionernas och kommunernas ansvar och vi fördjupar sedan beskrivningen i avsnitten nedan.

---

<sup>799</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 3 juli 2020).

Figur 10.1 Hälso- och sjukvårdens organisation och ansvarsfördelning



Källor: SOU 2020:15 s. 46. Vetenskapsrådet (2021), *Det svenska sjukvårdssystemet*. Socialstyrelsen (2019), *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Laga efter läge, Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*.

### 10.2.1 Ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet karaktäriseras av decentralisering. De 21 regionerna och 290 kommunerna har ett långtgående självbestämmande genom den grundlagsreglerade kommunala självstyrelsen, vars innehåll och räckvidd ytterst bestäms genom riksdagen beslutad lag (14 kap. 2 § regeringsformen). Kommuner och regioner har getts stor frihet att styra över hälso- och sjukvårdens finansiering, vilken vård som ska erbjudas samt hur vården ska

organiseras. Begreppet kommuner avser här såväl kommuner som regioner (tidigare kallade primär- och sekundär- eller landstingskommuner).

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att vården ska ges på lika villkor. Men många studier och rapporter visar att vården i Sverige inte är jämlik. Det finns omotiverade regionala skillnader i vårdkonsumtion och val av behandling. Ojämligheten har fler sidor – vården kan variera beroende på ålder, kön och socioekonomi. Det finns exempelvis omotiverade skillnader i vård och behandling av personer med cancer. Det finns också skillnader i hur tidigt cancer-tumörer upptäcks.<sup>800</sup> Vi återkommer till frågan om jämlik hälsa och hur olika grupper har drabbats av pandemin i kapitel 13.

### 10.2.2 Statlig styrning genom riksdag, regering och myndigheter

I lagstiftningen sätts ramarna för statens styrning av myndigheter, kommuner och regioner. Ytterligare föreskrifter kan i viss utsträckning meddelas av regeringen genom förordningar. Ett exempel är hälso- och sjukvårdsförordningen som bland annat preciserar villkoren för nationellt högspecialiserad vård.<sup>801</sup>

I Regeringskansliet ansvarar socialdepartementet för frågor som rör hälso- och sjukvård, socialförsäkringar, individ- och familjeomsorg, stöd till personer med funktionsnedsättning samt äldreomsorg.<sup>802</sup>

#### *Ökad styrning genom överenskommelser, samordnare och strategier*

Staten förfogar över andra verktyg än lagstiftning för att styra hälso- och sjukvården i den riktning som riksdag och regering önskar. Exempel på styrmedel är kunskapsstyrning, ekonomisk styrning och kontroll. Riksrevisionen har i en rapport om statens styrning på vårdområdet beskrivit vilka statliga styrmedel som har tillämpats av regeringar under 2010-talet, se tabell 10.1.

---

<sup>800</sup> SOU 2017:4, s. 166, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019), *Omotiverat olika, Socioekonomiska och regionala skillnader i cancer vården*.

<sup>801</sup> 2 kap. 1–4 §§, Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

<sup>802</sup> Information från regeringens webbplats (besökt den 8 februari 2021).

**Tabell 10.1 Regeringens styrmedel riktade till vårdens huvudmän**

<b>Styrning</b>	
Reglerande styrning	Lagstiftning (tvingande), förordningar (tvingande) och föreskrifter (tvingande).
Kunskapsstyrning	Nationella riktlinjer, allmänna råd och metodstöd.
Ekonomisk styrning	Statsbidrag och överenskommelser.
Kontroll	Tillsyn.
Övrig styrning	Nationella samordnare, öppna jämförelser, nationella handlingsplaner, nationella strategier och nationella samlingar.

Källa: Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*.

Riksrevisionen drar slutsatsen att inslaget av styrning med stöd av överenskommelser, nationella samordnare och nationella strategier har ökat som komplement till lagstiftning. Regeringen har i allt större utsträckning använt överenskommelser med SKR i sin styrning. Genom överenskommelser med SKR kan staten ställa upp detaljerade krav kopplade till ekonomisk ersättning. Fler överenskommelser har samtidigt inneburit att SKR fått ett stort inflytande över hälso- och sjukvården.<sup>803</sup> Ett exempel på en överenskommelse mellan staten och SKR är den så kallade vårdgarantin som anger hur länge en patient ska behöva vänta på att få kontakt med vården. De regioner som når uppsatta mål i vårdgarantin tilldelas ersättning.<sup>804</sup> Under våren 2021 fanns ett tiotal pågående överenskommelser mellan staten och SKR. I avsnitt 4.3 beskriver vi även SKR:s roll i statens styrning på vårdområdet.

### *Myndigheter genomför riksdagens och regeringens beslut*

Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns ett flertal statliga myndigheter som sorterar under Socialdepartementet, exempelvis Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten. Myndigheterna har en central uppgift i att förtydliga innehållet i det som riksdag och regering har beslutat samt att tillföra kunskap och expertis till lägre nivåer inom de ramar som riksdag och regering har satt. Regeringen styr sina myndigheter främst genom regleringsbrev och regeringsuppdrag. I regleringsbreven definieras myndigheternas

<sup>803</sup> Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*.

<sup>804</sup> Information från regeringens webbplats (besökt den 12 februari 2021).

mål, prioriteringar och finansiering. Genom regeringsuppdrag kan regeringen ge myndigheterna i uppdrag att utreda särskilda frågor eller genomföra insatser som regeringen pekar ut.<sup>805</sup> Ett aktuellt exempel på ett regeringsuppdrag är Socialstyrelsens uppdrag att säkerställa tillgången till skyddsutrustning under pandemin (se även kapitel 8).<sup>806</sup>

Myndigheterna kan i viss utsträckning besluta om föreskrifter och allmänna råd, som är mer detaljerade än lagstiftning och förordningar. Föreskrifter är bindande medan allmänna råd är rekommendationer för tillämpningen av lagar, förordningar och föreskrifter.<sup>807</sup> Ett exempel är Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 med mera. I tabell 10.2 nedan listar vi centrala myndigheter inom hälso- och sjukvårdsområdet deras ansvar. En beskrivning av myndigheters ansvar för smittskydd finns i kapitel 4.

---

<sup>805</sup> Information från regeringens webbplats (besökt den 8 februari 2021).

<sup>806</sup> Regeringen (2021), S2020/01558/FS.

<sup>807</sup> Ds 1998:43 s. 23.

**Tabell 10.2 Centrala förvaltningsmyndigheter inom hälso- och sjukvårds- och folkhälsoområdet**

Myndighet	Ansvar
Folkhälsomyndigheten	Arbetar för bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Visionen är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Myndigheten ansvarar också för viss tillståndsprövning.
Läkemedelsverket (LV)	Arbetar för att patienten, hälso- och sjukvården samt djursjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att de används ändamålsenligt och effektivt. Läkemedelsverkets vision är att vara en ledande kraft i samverkan för bättre hälsa.
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	Följer upp och analyserar hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv. Arbetet ska bidra till att förbättra och effektivisera vården, tandvården och omsorgen samt stärka patienternas och brukarnas ställning.
Socialstyrelsen	Utfärdar föreskrifter, kunskapsstöd och statistik, stödjer utvecklingen av e-hälsa, utfärdar legitimationer, delar ut statsbidrag och samordnar hälso- och sjukvårdens insatser vid allvarliga händelser. Följer utvecklingen inom vården och omsorgen och fångar upp och möter omvärldens behov.
Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)	Utför oberoende utvärderingar av metoder och insatser inom hälso- och sjukvård, tandvård, samt för metoder och insatser inom socialtjänsten och området funktionstillstånd/-hinder.
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)	Beslutar om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i läkemedelsförmånerna, som också kallas högkostnads-skyddet. TLV beslutar även vilken tandvård som ska omfattas av högkostnads-skyddet i det statliga tandvårdsstödet. TLV bedriver även tillsyn inom sina ansvarsområden.
E-Hälsomyndigheten	Samordnar regeringens satsningar inom e-hälsa och erbjuder produkter och tjänster till individer och professioner.

Anm.: Kapitel 5 innehåller en beskrivning av Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens ansvar när det gäller beredskap. Fokus för den här är tabellen är de centrala myndigheternas uppdrag inom hälso- och sjukvården.

Källor: Myndigheternas webbplatser.

### 10.3 Regioner ansvarar för att erbjuda god vård åt regionens invånare

I Sverige finns 21 regioner som ska erbjuda en god vård åt den som är bosatt inom regionen. Regionerna är politiskt styrda enheter. Be-

slutanderätten utövas valda församlingar, med regionfullmäktige som högsta beslutande organ (14 kap. 1 § regeringsformen). Den svenska strukturen med politiskt styrda regionala församlingar med ansvar för hälso- och sjukvården i kombination med regional beskattningsrätt förekommer inte i något av våra grannländer.<sup>808</sup>

Regionernas hälso- och sjukvård kan delas in i fyra vårdnivåer: primärvård, länssjukvård, regionsjukvård och nationell högspecialiserad vård.<sup>809</sup>

### *Primärvård vid över 1 100 mottagningar*

Primärvård definieras som

hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.<sup>810</sup>

Hälso- och sjukvårdslagen ger inte ytterligare vägledning om inriktningen av primärvårdens uppdrag och regionerna har därmed stor handlingsfrihet när det gäller att utforma primärvårdens finansiering, organisation och utbud av vård. Men i de olika regionernas uppdrag till primärvården finns ett antal återkommande fokusområden. Det visar en nationell kartläggning som Socialstyrelsen genomförde 2016 av primärvårdens uppdragsbeskrivningar. Exempel från uppdragsbeskrivningarna är:

- Mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser.
- Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
- Jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter.
- Läkarsatser i kommunal hälso- och sjukvård.

---

<sup>808</sup> Sundqvist (2021), *Regional Political Leadership in Sweden and Finland. Do Institutional Conditions Affect Influence over Regional Development?*

<sup>809</sup> SOU 2020:15, s. 40.

<sup>810</sup> 2 kap. 6 § HSL.

- Medverkan i regionens smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.

Detaljeringsnivån i uppdragen kan variera mellan regionerna och det kan finnas skillnader i primärvårdens ansvar inom det allmänmedicinska kompetensområdet eller för rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.<sup>811</sup>

Primärvården kan även beskrivas från ett organisatoriskt perspektiv. Den bedrivs till den allra största del som öppenvård genom exempelvis allmänläkarvård, sjuksköterskevård, mödrahälsovård och barnhälsovård.<sup>812</sup> Under 2019 fanns i Sverige knappt 1 160 primärvårdsmottagningar. Av dessa var 58 procent offentligt och 42 procent privat drivna. De flesta mottagningarna hade beteckningen vårdcentral eller hälsocentral, men andra beteckningar förekom som ”jourcentral”, ”närhälsa”, ”sjukstuga” eller ”familjeläkarmottagning”.<sup>813</sup>

#### *Länssjukvård vid omkring 20 länssjukhus och 40 länsdelssjukhus*

Öppenvård och specialiserad vård bedrivs vid cirka 20 länssjukhus och 40 länsdelssjukhus.<sup>814</sup> Länssjukvården har kompetens och medicinsk utrustning som svarar upp mot de flesta sjukdomsområden i ett län. Länsdelssjukhuset har ett mer avgränsat uppdrag. Vilka kompetensområden som finns på olika länsdelssjukhus varierar.<sup>815</sup>

#### *Regionsjukvård vid sju regionsjukhus*

Regionerna samverkar även i större enheter så kallade sjukvårdsregioner. Sjukvårdsregionernas syfte är att underlätta samverkan kring

---

<sup>811</sup> Socialstyrelsen (2016), *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*.

<sup>812</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 11 maj 2021).

<sup>813</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Laga efter läge, Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Verksamhetsstatistik framtagen i samband med enkätutskick.

<sup>814</sup> SOU 2020:15 s. 46.

<sup>815</sup> Prop. 2017/18:40 s. 9.



regionsjukvård samt kunskapsstyrning för de regioner som samverkar.<sup>816</sup>

I Sverige finns sex sjukvårdsregioner och sju regionsjukhus (även benämnda universitetssjukhus), se tabell 10.3 nedan. Utöver sitt grunduppdrag som länssjukhus ansvarar regionsjukhusen för att behandla mer högspecialiserad vård i form av komplicerade och/eller sällsynta tillstånd som remitteras från såväl den egna regionen som andra regioner. Regionsjukhusen utför även avancerad diagnostik och analys av prover.<sup>817</sup> Nationell högspecialiserad vård bedrivs oftast vid regionsjukhusen, se stycket nedan. Samtliga regionsjukhus är även universitetssjukhus.

**Tabell 10.3 Sjukvårdsregioner, regioner och regionsjukhus**

Sjukvårdsregioner	Regioner	Regionsjukhus/ universitetssjukhus
Stockholm-Gotland	Region Stockholm och Region Gotland	Karolinska universitetssjukhuset (Solna och Huddinge)
Sjukvårdsregion Mellansverige	Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västmanland och Region Örebro län	Universitetssjukhuset Örebro, Akademiska sjukhuset (Uppsala)
Sydöstra sjukvårdsregionen	Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland	Universitetssjukhuset i Linköping
Södra sjukvårdsregionen	Region Blekinge, Region Kronoberg, Region Skåne och Region Halland (kommunerna Halmstad, Laholm, Hylte)	Skånes universitetssjukhus (Malmö och Lund)
Västra Götaland samt Halland	Västra Götalandsregionen och Region Halland (kommunerna Falkenberg, Varberg och Kungsbacka)	Sahlgrenska universitetssjukhuset (Göteborg och Mölndal)
Norra sjukvårdsregionen	Region Västernorrland, Region Norrbotten, Region Jämtland Härjedalen och Region Västerbotten	Norrlands universitetssjukhus (Umeå)

Källor: Information från SKR:s webbplats (besökt den 11 maj 2021), SOU 2020:15 s. 40.

<sup>816</sup> Prop. 2017/18:40 s. 8.

<sup>817</sup> Prop. 2017/18:40 s. 9.

*Högspecialiserad vård bedrivs vid ett fåtal enheter*

Nationell högspecialiserad vård innebär att avancerad vård koncentreras till en eller ett fåtal vårdgivare i landet med särskild kompetens och tillgänglighet att genomföra vissa behandlingar. Nationell högspecialiserad vård finansieras av regionerna och bedrivs vid som mest fem enheter i landet.<sup>818</sup> Ett exempel på högspecialiserad vård är hjärttransplantationer där patienter från hela Sverige ges vård vid Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Skånes universitetssjukhus.<sup>819</sup> Socialstyrelsens *Nämnd för högspecialiserad vård* fattar beslut om vilken vård som ska vara högspecialiserad och vid vilka vårdenheter som vården ska få utföras.<sup>820</sup>

### 10.3.1 Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård uppgick till 260 miljarder 2019

Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård, exklusive läkemedel uppgick till drygt 260 miljarder kronor under 2019. Den största andelen av kostnaderna utgjordes av specialiserad somatisk vård, knappt 60 procent, följt av primärvård 19 procent (se tabell 10.4 nedan).

**Tabell 10.4 Kostnader per verksamhetsområde inom regionerna**

Miljarder kronor. Procent

Verksamhetsområde inom regionerna	Kostnad	Andel (%)
Specialiserad somatisk vård	155,4	59,6
Primärvård	49,5	19,0
Specialiserad psykiatrisk vård	24,0	9,2
Övrig hälso- och sjukvård	23,4	2,7
Tandvård	7,0	9,0
Politisk verksamhet	1,4	0,5
<b>Totalt</b>	<b>260,7</b>	<b>100,0</b>

Anm.: Med kostnader avses nettokostnad exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen. Nettokostnad mäts genom bruttokostnad minus bruttointäkter.

Källa: SCB (2021), *Kostnader per verksamhetsområde för regioner 2015–2019*.

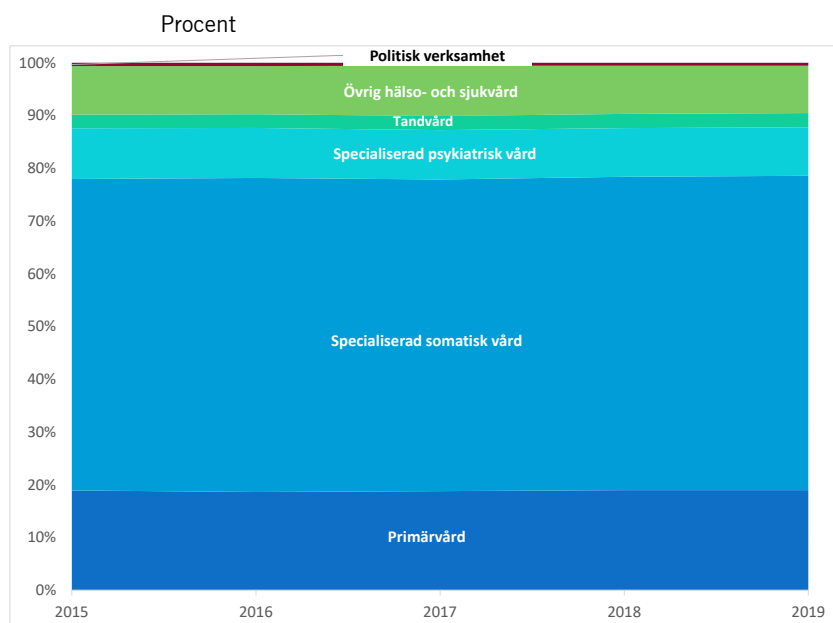
<sup>818</sup> Socialstyrelsen (2021), *Nationell högspecialiserad vård* (besökt den 8 februari 2021).

<sup>819</sup> Socialstyrelsen (2021), *Hjärtransplantation* (besökt den 11 maj 2021).

<sup>820</sup> Socialstyrelsen (2021), *Nationell högspecialiserad vård* (besökt den 8 februari 2021).

Under perioden 2015 till 2019 ökade kostnaderna för regionernas hälso- och sjukvård från drygt 219 miljarder kronor till drygt 260 miljarder kronor. Under samma period, 2015–2019 har fördelningen av kostnader mellan de olika verksamhetsområdena inom regionerna legat på en relativt konstant nivå, vilket framgår av figur 10.2 nedan. Sverige skiljer ut sig från andra jämförbara länder genom sin sjukhustunga struktur med en relativt liten andel av de totala kostnaderna som avser primärvård.<sup>821</sup>

**Figur 10.2 Kostnadsandelar per verksamhetsområde för regioner 2015–2019**



Anm. Med kostnader avses nettokostnad exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen. Nettokostnad mäts genom bruttokostnad minus bruttointäkter.

Källa: SCB (2021), *Kostnader per verksamhetsområde per regioner 2015–2019*.

### 10.3.2 Vårdkonsumtion inom regionernas hälso- och sjukvård

Patientregistret (PAR) är ett nationellt hälsodataregister över sjukdomar och behandlingar i den svenska specialistvården. I PAR sak-

<sup>821</sup> SOU 2016:2 s. 126.

nas data om primärvård samt data om patienter som behandlats av enbart annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.<sup>822</sup>

*Cirkulationsorganens sjukdomar var den vanligaste orsaken till specialiserad slutenvård*

Under 2019 registrerades 1 410 955 slutenvårdsepisoder i Patientregistret. Den största diagnosgruppen var cirkulationsorganens sjukdomar. Hit räknas exempelvis hjärtinfarkt och stroke. Andra stora områden var graviditet och förlossning samt skador och förgiftningar.<sup>823</sup>

*Utredningar och symtomdiagnoser vanligast bland besök i den specialiserade öppenvården*

Inom den specialiserade öppna vården registrerades under 2019 13 474 106 öppenvårdsbesök i patientregistret. De vanligaste orsakerna till besök i den specialiserade öppenvården var faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (exempelvis olika typer av utredningar), symtomdiagnoser (exempelvis bröst- och buksmärtor) samt sjukdomar i ögat och örat.<sup>824</sup>

*Ökning av digital vård*

Digitaliseringen av vården har varit snabb under de senaste åren<sup>825</sup> SKR följer upp omfattningen av privat, offentligfinansierad digital vård där vårdgivarna bedriver utomlänsvård och har registrerat sin verksamhet i Region Sörmland eller Region Jönköping även om vården riktas till patienter i hela landet. Nationellt genomfördes under 2019 nästan 1,2 miljoner digitala utomlänsbesök genom Region Sörmland och Region Jönköping. Ökningen av digitala vårdkontak-

---

<sup>822</sup> Information från Socialstyrelsens webbplats (besökt den 30 mars 2021).

<sup>823</sup> Socialstyrelsen (2021), *Patientregistret*. Data bearbetad av SU:s covidprogram.

<sup>824</sup> Socialstyrelsen (2021), *Patientregistret*. Data bearbetad av SU:s covidprogram.

<sup>825</sup> Information från Läkartidningens webbplats (besökt den 11 maj 2021).

ter har fortsatt, och under 2020 genomfördes knappt 2,3 miljoner digitala utomlänsbesök.<sup>826</sup>

I kapitel 12 belyser vi hur utbud och efterfrågan på vård har påverkats av pandemin där vi följer upp primärvården, den specialiserade vården samt digital vård som registreras i väntetidsdatabasen och patientregistret.

### 10.3.3 Personalen inom regionernas hälso- och sjukvård

I det här avsnittet beskriver vi tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal inom regionerna. Redogörelsen baseras på SKR:s personalstatistiska undersökning och Socialstyrelsens bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal.

*Sjuksköterskor är den största yrkesgruppen inom regionernas hälso- och sjukvård*

Med anställning i detta avsnitt avses månadsavlönade, timanställda, samt lediga på grund av exempelvis sjukskrivning, studier eller föräldraledighet. En anställd kan ha flera anställningar vilket betyder att antalet anställningar kan vara högre än antalet anställda.

I november 2019 fanns 190 882 anställningar i den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Andelen månadsavlönade uppgick till 82 procent, andelen timavlönade var tio procent och andelen helt lediga var åtta procent (se tabell 10.6). De största yrkesgrupperna inom regionala hälso- och sjukvården var sjuksköterskor samt undersköterskor och skötare som tillsammans utgjorde 70 procent av anställningarna. Flest anställningar inom den regionalt finansierade vården fanns inom den specialiserade somatiska vården, 56 procent och därefter kom primärvården med 13 procent av anställningarna (se tabell 10.6 och tabell 10.7).

---

<sup>826</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 8 juni 2021).

**Tabell 10.5** Personal som arbetar inom hälso- och sjukvården i regionerna, uppdelat på personalkategorier, november 2019

Antal anställningar

Personalgrupp	Antal anställningar	Månadsavlönade	Timavlönade	Helt lediga
Läkare specialistkompetenta	21 691	18 408	2 337	946
Läkare icke specialistkompetenta	14 778	13 150	196	1 432
Psykologer	4 961	4 442	144	375
Psykoterapeuter	414	376	27	11
Barnmorskor	6 028	4 935	636	457
Sjuksköterskor	73 856	62 053	5 315	6 488
Undersköterskor, skötare m.fl.	59 160	44 134	10 192	4 834
Övr. specialiteter inom hälso- och sjukvård	3 378	2 913	240	225
Biomedicinska analytiker	6 616	5 725	443	448
<b>Totalt</b>	<b>190 882</b>	<b>156 136</b>	<b>19 530</b>	<b>15 216</b>

Källa: Information från SKR:s webbplats (besökt den 17 maj 2021).

**Tabell 10.6** Personalgrupper som arbetar inom hälso- och sjukvården i regionerna, uppdelat på verksamhetsområden, november 2019

Verksamhet	Antal anställningar	Andel anställningar (%)
Specialiserad somatisk vård	105 807	56
Primärvård	24 428	13
Specialiserad psykiatrisk vård	22 641	12
Övrigt	35 404	19
Tandvård	25	0
<b>Totalt</b>	<b>188 305</b>	<b>100</b>

Anm.: Dessutom tillkommer 2 577 timavlönade som arbetare inom hälso- och sjukvårdsarbete som inte kan fördelas på verksamhet.

Källa: Information från SKR:s webbplats (besökt den 17 maj 2021).

Inom regionerna arbetade i november 2019 ytterligare omkring 14 000 personer inom tandvården, 14 300 personer med rehabilitering och förebyggande vård samt 5 700 personer med kurativt och socialt arbete.<sup>827</sup> I den här statistiken över anställningar har vi inte inkluderat personer som arbetar med administration.

<sup>827</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 17 maj 2021).

*Brist på personal inom flera legitimationsyrken inom regionerna*

Inom flera legitimationsyrken inom regionerna råder det brist på personal. Det visar en rapport från Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd från 2020. Statistiken bygger på Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät från november 2019 samt på registerdata från 2017.

- I samtliga regioner fanns brist på specialistsjuksköterskor och 20 av 21 regioner bedömde att de även hade brist på grundutbildade sjuksköterskor. I en kris med hög belastning på slutenvården är tillgången till specialistsköteskor central för att kunna hålla vårdplatser öppna.
- I 19 regioner bedömdes det råda brist på psykologer, specialistläkare och biomedicinska analytiker.
- 18 regioner angav att de har brist på tandläkare och barnmorskor.
- 17 regioner angav att de har brist på röntgensjuksköterskor.

Tillgången på personal skiljer sig mellan regionerna. I exempelvis Region Kalmar och Region Kronoberg rapporterades brister inom 16 legitimationsyrken medan Region Jönköpings län rapporterade brist inom sex legitimationsyrken. Det finns flera orsaker till personalbristen inom regionerna. En faktor är befolkningsökningen och att antalet sjuksköterskor inte växer i samma takt som de ökande behoven. Arbetsmiljön är ofta tung med en stor andel vårdkrävande och multisjuka patienter vilket leder till hög arbetsbelastning och hög personalomsättning. Andra orsaker är stora pensionsavgångar, för få utbildningsplatser samt en konkurrens om personal med privata vårdgivare och kommuner. Socialstyrelsen lyfter fram att det finns särskilda brister på personal i glesbygd och att det är svårt att rekrytera personal dit. Det gäller exempelvis specialistsjuksköterskor.<sup>828</sup> I kapitel 12 belyser vi privat vård under pandemin.

---

<sup>828</sup> Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*.

## 10.4 Kommuner ansvarar för att erbjuda god vård i boenden, verksamheter och patientens hem

I Sverige finns 290 kommuner som omfattas av samma grundlagsreglering som regionerna. Även de är således politiskt styrda enheter där beslutanderätten utövas av valda församlingar, kommunfullmäktige. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas.<sup>829</sup> Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård i:

- Permanent särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet som är reglerade i socialtjänstlagen.<sup>830</sup>
- Bostad med särskild service (LSS-boenden) samt daglig verksamhet som är reglerade i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).<sup>831</sup>
- Det egna hemmet, kallat ordinärt boende, i form av hemsjukvård om regionen och den aktuella kommunen kommit överens om att kommunen ska ta över ansvaret för sådan hälso- och sjukvård.<sup>832</sup>

De läkarresurser som kommunerna behöver i särskilda boenden, dagverksamheter samt ordinära boenden ska regionerna avsätta till kommunerna.<sup>833</sup> Från och med 2014 har alla kommuner förutom de i Stockholms län (bortsett från Norrtälje) ansvar för hemsjukvården. I Norrtälje drivs hälso- och sjukvård och kommunal omsorg i ett gemensamt vårdbolag.<sup>834</sup>

Målgrupperna för den kommunala hälso- och sjukvården är exempelvis äldre, personer med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar samt patienter som och utskrivna från sjukhusvård och som behöver vård i hemmet eller ett boende.<sup>835</sup> I kommissionens första delbetänkande (SOU 2020:80) finns en fördjupad beskrivning och analys av kommunernas vård och omsorg av äldre.

---

<sup>829</sup> Socialstyrelsen (2019), *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2017*.

<sup>830</sup> 12 kap. 1 § HSL, 3 kap 6 § och 5 kap 5, 7 §§ SoL.

<sup>831</sup> Prop. 92/93:159, s. 182.

<sup>832</sup> 3 kap. 6 § och 5 kap. 5, 7 §§ SoL, 14 kap. 1 § HSL Socialstyrelsen (2019), *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, Förstudie*.

<sup>833</sup> 16 kap. 1 § HSL.

<sup>834</sup> Information från Socialstyrelsens webbplats (besökt den 8 maj 2021). Information från Region Stockholms webbplats (besökt 8 juni 2021).

<sup>835</sup> Socialstyrelsen (2019), *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, Förstudie*.



*Det saknas data över vårdkonsumtion inom kommunerna*

En ny föreskrift trädde i kraft 2020 som innebär att Socialstyrelsens register över kommunal hälso- och sjukvård ska kompletteras med uppgifter om patientrelaterade vårdåtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kommunen som vårdgivare. Det har funnits vissa tekniska problem, men det finns dock uppgifter om vilka som fick kommunal hälso- och sjukvård, trots visst bortfall. Drygt 364 000 personer var någon gång under 2020 mottagare av kommunal hälso- och sjukvård och av dessa var knappt 300 000 personer 65 år eller äldre.<sup>836</sup> En stor andel av de som har kommunal hälso- och sjukvård hade också bistånd enligt socialtjänstlagen såsom hemtjänst, särskilt boende, trygghetslarm, matdistribution, ledsagning, dagverksamhet, korttidsplats, kontaktperson eller familj, boendestöd, avlösning av anhörig och annat bistånd.<sup>837</sup>

#### 10.4.1 Personal i boenden och verksamheter inom kommuner

En svaghet i personalstatistiken avseende kommunal hälso- och sjukvård på nationell nivå är att det inte är möjligt att fullt ut separera vårdpersonal från omsorgspersonal när det gäller kommunernas verksamheter och boenden.<sup>838</sup> Nedan redovisar vi den statistik från SKR och Socialstyrelsen som finns tillgänglig.

Enligt SKR:s personalstatistik fanns drygt 200 000 anställningar i kommunal vård och omsorg med i november 2019. Av dem var drygt 60 procent undersköterskor eller skötare och 30 procent vårdbiträden eller vårdare. Sjuksköterskor inom vård och omsorg utgjorde knappt 10 procent av personalen.<sup>839</sup>

I Socialstyrelsens statistikdatabas över personal inom hälso- och sjukvården finns uppgifter om legitimerad personal som var sysselsatta inom kommuner i november 2018. Dessa näringsgrenar fångar i huvudsak kommunal hälso- och sjukvård. Enligt databasen var drygt 9 500 sjuksköterskor sysselsatta i vård och omsorg med boende och drygt 7 700 sjuksköterskor sysselsatta i öppna sociala insatser i kommunerna. Andra legitimerade yrkesgrupper i kommunerna utgjordes av ca 1 900 arbetsterapeuter som var sysselsatta i

<sup>836</sup> Information från Socialstyrelsens webbplats (besökt den 4 augusti 2021).

<sup>837</sup> Information från Socialstyrelsens webbplats (besökt den 4 augusti 2021).

<sup>838</sup> SKR, *Svar på Coronakommissionens frågor*, den 23 juni 2021.

<sup>839</sup> Information från SKR:s webbplats.

vård- och omsorg med boende och 2 200 arbetsterapeuter inom näringsgrenen öppna sociala insatser. Dessutom fanns ca 1 300 fysioterapeuter som var sysselsatta i vård och omsorg med boende och ca 1 400 fysioterapeuter inom näringsgrenen öppna sociala insatser.<sup>840</sup>

#### 10.4.2 Brist på legitimerad personal inom kommunal hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom kommunernas hälso- och sjukvård visar att det finns brister inom flera yrkesgrupper.

- Bland kommunerna rapporterar 56 procent av kommunerna brist på grundutbildade sjuksköterskor, vilket kan jämföras med 95 procent av regionerna.
- Brist på specialistsjuksköterskor rapporteras från 76 procent av kommunerna, jämfört med 100 procent av regionerna.
- 56 procent av kommunerna redovisar brist på grundutbildade sjuksköterskor, jämfört med 95 procent av regionerna.
- 47 procent av kommunerna redovisar brist på arbetsterapeuter, jämfört med 67 procent av regionerna.
- Däremot rapporteras brist på fysioterapeuter från 56 procent av kommunerna, jämfört med 48 procent av regionerna.

Enligt Socialstyrelsen har kommunerna vidtagit flera åtgärder för att minska bristen på personal. Det kan handla om att anlita bemaningsföretag, att delegera sjuksköterskors arbetsuppgifter till undersköterskor eller att låta studenter som utbildar sig till sjuksköterskor utföra vissa arbetsuppgifter. Andra initiativ handlar om att erbjuda betald specialistsjuksköterskeutbildning.<sup>841</sup> I kommissionens första delbetänkande om äldreomsorgen (SOU 2021:80) belyste vi konsekvenserna av bristen på hälso- och sjukvårdpersonal inom kommunerna.

---

<sup>840</sup> Socialstyrelsen (2021), *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*.

<sup>841</sup> Socialstyrelsen (2020), *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*.

### 10.4.3 Svårigheter att identifiera den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader

I de sammanställningar som regioner och kommuner tar fram är kommunernas kostnader inte uppdelade på verksamheter, utan på ändamål, till exempel hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Det gör det svårt att fullt ut skilja den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader från kostnader för omsorg. De nationella sammanställningar som SCB redovisar i hälsoräkenskaperna för hälso- och sjukvården bygger i sin tur bland annat på dessa sammanställningar och beräknas enligt en internationell standard, SHA 2011. I SHA ingår hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning, vilken är en post där kommunerna står för en stor andel av kostnaderna.<sup>842</sup>

Under 2019 uppgick kostnaderna för hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning till drygt 144 miljarder kronor. Av dessa kostnader stod kommunerna för drygt 132 miljarder kronor. Kommunernas kostnader för hälso- och sjukvårdskostnad (HSL) utgjorde drygt 26 miljarder kronor och omvårdnad (Aktiviteter i det dagliga livet, ADL) utgjorde drygt 106 miljarder kronor (se tabell 10.6).<sup>843</sup> Det är viktigt att poängtera att ADL, som exempelvis utgörs av påklädning och hygien, inte är att betrakta som hälso- och sjukvårdskostnader.

---

<sup>842</sup> SHA är en förkortning av "A System of Health Accounts" som är ett samarbete mellan OECD, WHO samt EU. Sedan 2016 har hälso- och sjukvårdsbegreppet i SHA vidgats vilket innebär att en betydligt större del av samtliga vård- och omsorgskostnader nu ingår i begreppet hälso- och sjukvård, en medicinsk del, en omvårdnadsdel (ADL), en servicedel (IADL) och en övrig social del. Den medicinska delen motsvarar vård enligt svensk hälso- och sjukvårdslag. Omvårdnadsdelen, även benämnd ADL-kostnader, utgörs av personliga omvårdnadstjänster, till exempel hjälp med att äta, påklädning och personlig hygien. Servicedelen, som också kallas IADL-kostnader, utgörs av städning, hjälp med inköp med mera. Övriga sociala tjänster, utgörs av verksamheter av social karaktär exempelvis öppen verksamhet och andra tjänster, till exempel färdtjänst. IADL och övriga kostnader inkluderas inte i hälsoräkenskaperna.

<sup>843</sup> SCB (2021), *Förändring av Hälsoräkenskaperna –publicering mars 2015*. SCB (2021), *Modellberäkningar från SCB, den 24 juni 2021*.

**Tabell 10.7 Hälso- och sjukvård inom omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning**

Miljarder kronor

	Totala kostnader	Kommunernas kostnader
Hälso- och sjukvård för äldre och personer med funktionsnedsättning	144,1	132,3
Därav HSL	29,4	26,1
Därav ADL	114,7	106,2

Källa: SCB (2021).

## 10.5 Vårdens IT-system är inte ändamålsenliga

Inom många regioner och kommuner pågår upphandling och utveckling av nya IT-system. Vårdpersonalen efterfrågar mer sammanhållna och tillgängliga IT-system som samlar information om patienten, administrativ information, beslutsstöd, rådgivande stöd och kommunikationsstöd i vårdprocessen.<sup>844</sup> Med de befintliga IT-systemen finns utmaningar när det gäller användning och inrapportering. Inom vården är personalen ofta hänvisad till flera parallella system, till exempel journalssystem, patientadministrativa system och kvalitetsregister, vilket leder till en ökad arbetsbelastning. En annan utmaning är att många IT-system inte kommunicerar med varandra i realtid vilket kan innebära att vården inte har den senaste tillgängliga kunskapen om patientens tillstånd eller vilken behandling som är att föredra.<sup>845</sup> Även lagstiftning om sekretess mellan verksamheter kan utgöra ett hinder för informationsöverföring mellan olika IT-system.<sup>846</sup> En av kommissionens slutsatser i det första delbetänkandet var att avsaknaden av en patientcentrerad sammanhållen journalföring utgjorde ett allvarligt patientsäkerhetsproblem och att regionerna och kommunerna måste vidta åtgärder för att förverkliga en sammanhållen journalföring.

<sup>844</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården*.

<sup>845</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Cancerläkemedel - Ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning*. Information från Vårdfokus (besökt den 15 maj 2021).

<sup>846</sup> SOU 2018:55 s. 17.

## 10.6 Omställning mot en nära vård

I Sverige pågår en omställning från sjukhusbaserad vård till en mer patientnära vård inom primärvård och kommuner. Denna utveckling benämns ofta som en omställning mot ”nära vård”. Det handlar inte om någon ny organisationsnivå, och det är inte heller någon ny benämning på dagens primärvård. Omställningens utformning varierar mellan regionerna, men ofta beskrivs primärvården som navet och innefattar en ambition att öka resurserna till primärvården. Nära vård beskrivs ibland som ett förhållningssätt, kring organisation av all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela individens livssituation kan beaktas. Nära vård är inte närmare reglerat i lag men en ny bestämmelse trädde kraft den 1 januari 2019 i 7 kap. 2 a § HSL. Bestämmelsen innebär exempelvis att regionerna är skyldiga att organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet så att vården kan ges nära befolkningen.<sup>847</sup>

### *Flera faktorer driver på utvecklingen mot en nära vård*

Det finns flera faktorer som driver på utvecklingen mot en nära vård. En minskning av vårdtiderna inom slutenvården innebär att vårdplatserna kan användas av de patienter som har störst behov. Det skapar förutsättningar för ett mer effektivt resursutnyttjande, eftersom slutenvård är den mest kostnadskrävande vårdformen. På grund av en hög infektionsrisk innebär ineliggande sjukhusvård dessutom risker ur ett patientsäkerhetsperspektiv och kortare vårdtider på sjukhus innebär att eventuell rehabilitering i kommuner och i regionernas primärvård kan påbörjas tidigare. Genom utvecklingen av nya behandlingsmetoder och nya läkemedel kan vård i större utsträckning ges i hemmet vilket också minskar behovet av sjukhusvård.<sup>848</sup> Utvecklingen av mobil närvård är ett exempel där personal utgår från slutenvården, primärvården eller kommuner och ger vård i patientens hem eller boende. Ett annat exempel är multiprofessionella team som bemannas av både regioner och kommuner.<sup>849</sup>

---

<sup>847</sup> Socialstyrelsen 2020, *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*.

<sup>848</sup> SOU 2015:20 s. 179.

<sup>849</sup> SKR (2021), *Multiprofessionella team för trygg och säker nära vård*. Socialstyrelsen (2020), *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*.

Utvecklingen mot kortare vårdtider på sjukhus har också drivits på av samverkanslagen. Målgruppen för lagen är, som framgått, patienter som har behov av vård och omsorg från socialtjänsten, regionernas öppenvård eller den kommunala hälso- och sjukvården när de är utskrivningsklara. Det gäller i stor utsträckning äldre patienter med omfattande vård- och omsorgsbehov. Genom lagen har tiden för när kommunens betalningsansvar inträder kortats från fem vardagar till tre kalenderdagar.<sup>850</sup>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen följt upp genomförandet av lagen. Uppföljningen visar att lagen har resulterat i en snabbare utskrivning och att många regioner i praktiken strävar efter att skriva ut patienten samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara. Men uppföljningen visar även att korta vårdtider och en snabb utskrivning från sjukhuset kan innebära en ökad risk för återinläggningar om patienter som har stora fortsatta vård- och omsorgsbehov skrivs ut snabbt och kommunen och primärvården inte har hunnit planera för adekvata vård- och omsorgsinsatser i hemmet eller på ett särskilt boende. Representanter från kommunerna som myndigheten har intervjuat menar att sjukvårdens bedömning att en patient är ”medicinsk färdigbehandlad” på sjukhuset inte behöver betyda att patienten är ”hemgångsklar”. Slutenvårdens bedömning och det medicinska perspektivet anses väga tungt och många medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), arbetsterapeuter och fysioterapeuter upplever att de har små möjligheter att bromsa de utskrivningar som de upplever sker för tidigt, exempelvis om patienten fortfarande har stora vårdbehov eller om det inte är säkerställt att det finns hjälpmedel och läkemedel på plats i hemmet. Kunskapen om hur patienterna upplever samordningen mellan regioner och kommuner är begränsad.<sup>851</sup>

### *Utredning om en god och nära vård*

Flera utredningar har pekat på att primärvården saknar förutsättningar för att utgöra första linjens vård. Primärvården har inte heller den översikt och koordinering som krävs för att skapa en sammanhållen vård mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommuner-

---

<sup>850</sup> 1 kap. 1 § samverkanslagen och prop. 2016/17:106 s. 40 f.

<sup>851</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Laga efter läge, Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*.

nas hälso- och sjukvård och socialtjänsten.<sup>852</sup> Regeringen har genom utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård tagit initiativ till att stärka den nära vården (SOU 2017:53; SOU 2018:39; SOU 2019:29; SOU 2020:19).

Utredningen överlämnade sitt slutbetänkande i april 2020. Utredningen föreslog att kommuner och regioner ska åläggas att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Utredningen föreslog även att den fasta vårdkontakten ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och att patienten ska få tillgång till ett ”patientkontrakt” som utgör en sammanställning av patientens aktiviteter, planer samt en uppgift om vem som är den fasta vårdkontakten. Andra förslag som utredningen lämnade var ett förtydligande av begreppet ”vård i hemmet” samt långsiktiga överenskommelser mellan regeringen och huvudmännen om den nära vården.<sup>853</sup> Regeringen och SKR har slutit en överenskommelse för 2021 om en god och nära vård som omfattar 6,8 miljarder kronor. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård utvecklas med fokus på primärvården.<sup>854</sup> I kapitel 11 återkommer vi till hur samverkan mellan vården och omsorgen har utvecklats under pandemin.

### *Ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet kan beskrivas som fragmenterat med ett delat ansvar mellan många olika aktörer. En äldre patient med flera kroniska diagnoser kan exempelvis ha vårdkontakter inom slutenvård, specialiserad öppenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Respektive del i vårdkedjan kan fungera bra var och en för sig och erbjuda en god vård av hög kvalitet.<sup>855</sup> Men en stor utmaning är att skapa en sammanhållen vård som utgår från patientens behov. Som vi belyser senare i kapitlet presterar svensk vård internationellt sett svaga resultat när det gäller samordning och kontinuitet.<sup>856</sup>

---

<sup>852</sup> SOU 2018:55 s. 19.

<sup>853</sup> SOU 2015:20 s. 179.

<sup>854</sup> Regeringen (S2019/03056/FS).

<sup>855</sup> SOU 2019:42 s. 198.

<sup>856</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*.

Det finns många hinder för att uppnå en sammanhållen vård. Exempel är ersättningssystem som inte ger incitament till samordning, sekretesslagstiftning som hindrar överföring av information, samt IT-stöd som inte möjliggör en sammanhållen journalföring eller informationsöverföring mellan regioner och kommuner.<sup>857</sup> Samordningsbrister leder ofta till en försämrad upplevelse för patient och brukare men i vissa fall också till en sämre vård. När samordningen brister övervältras även en stor del av den koordinerande rollen på patienten, brukaren eller dennes närstående. Det kan få allvarliga konsekvenser för patienter och brukare som har flera samtidiga behov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg.<sup>858</sup> I kommissionens delbetänkande om äldreomsorgen belyste vi konsekvenserna av regionernas ansvar för läkarinsatser och kommunernas ansvar för äldreomsorgen och de problem som uppstår när två huvudmän samtidigt bär ansvar för en verksamhet i vid mening. Under lång tid redan före pandemin har Socialstyrelsen redovisat att läkarbemanningen i de särskilda boendena var otillräcklig.

## 10.7 Hälso- och sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap och organisation vid allvarlig händelse

Som beskrivs i kapitel 5, har varje region ett ansvar för att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, det vill säga att det finns beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid en allvarlig eller särskild händelse,<sup>859</sup> samt att funktionen tjänsteman i beredskap (TiB) och särskild sjukvårdsledning (SSL) är etablerade. SSL kan etableras på regional nivå och på lokal sjukhusnivå, liksom på skadepplats och inom ambulanssjukvården. Sjukhusen är autonoma och bestämmer själva om de ska aktivera SSL.

---

<sup>857</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020), *Laga efter läge, uppföljning av genomförandet lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*.

<sup>858</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016), *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*.

<sup>859</sup> I Socialstyrelsens termbank har begreppet allvarlig händelse ersatts av begreppet särskild händelse. I Socialstyrelsens katastrofmedicinska föreskrifter står begreppet allvarlig händelse ännu kvar och inte alla samhällsaktörer använder begreppet särskild händelse: Socialstyrelsen, *Inriktning och samordning inom hälso- och sjukvården vid särskild händelse, 2020-1-6569*.



Både störningar i kapacitet och ökade behov på grund av allvarliga händelser kan leda till att den katastrofmedicinska beredskapen aktiveras. Det stora antalet flyktingar som anlände 2015 föranledde exempelvis flera regioner att under en initial period upprätta SSL.<sup>860</sup>

I samband med ett leverantörsbyte i fem regioner hösten 2019, då en betydande materielbrist uppstod, etablerade samtliga av de drabbade regionerna, en särskild sjukvårdsledning.<sup>861</sup> Det fanns före pandemin en begränsad erfarenhet av mer långvariga och geografiskt mer omfattande samhällsstörningar som påverkar hälso- och sjukvården.<sup>862</sup>

I praktiken finns variationer mellan regionerna i hur den katastrofmedicinska beredskapen är organiserad. I samband med omvandlingen från landsting till regioner inrättade vissa regioner ytterligare en ledningsfunktion, som av vissa benämndes som krisledning, med ansvar för regionens samtliga områden inte bara hälso- och sjukvård. I andra regioner kan den särskilda sjukvårdsledningen ha ansvar för hela regionens verksamhet vid en allvarlig händelse. Utredningen om hälso- och sjukvård i det civila försvaret pekar i sitt delbetänkande (SOU 2021:19) att detta kan föranleda en del oklarheter vad gäller exempelvis mandat och befogenheter både i egen organisation samt i samverkan med andra aktörer.<sup>863</sup>

### *Beredskapslägen*

Dessa beredskapslägen används för att hälso- och sjukvården gradvis ska kunna anpassa sin förmåga och kapacitet utifrån ett normalläge.

- Stabsläge: vid misstanke om att tillgänglig kapacitet kan komma att bli otillräcklig för det akuta vårdbehovet kan regionen eller det enskilda akutsjukhuset välja att gå upp i stabsläge. Det innebär att en särskild sjukvårdsledning etableras och att den håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen. Resurser för akut omhändertagande frigörs.<sup>864</sup>

---

<sup>860</sup> Socialstyrelsen (2018), *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*.

<sup>861</sup> SOU 2021:19, s. 126.

<sup>862</sup> Socialstyrelsen, *Kapaciteten i sjukvården - att hantera kritiska läge*, den 1 december 2018.

<sup>863</sup> SOU 2021:19, s 127

<sup>864</sup> Socialstyrelsen (2018). *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*.

- Förstärkningsläge: Vid misstanke om att tillgänglig kapacitet helt klart eller mycket sannolikt kommer att bli otillräcklig för det akuta vårdbehovet utlyses förstärkningsläge. Viktiga funktioner förstärks.<sup>865</sup>
- Katastrofläge: I situationer då det är helt klart att behovet av resurser för det akuta omhändertagandet kommer att vida överstiga tillgänglig kapacitet, utlyses katastrofläge. Det innebär att ytterligare förstärkning av viktiga funktioner och alla resurser tas i anspråk.<sup>866</sup>

Hur ofta regioner och sjukhus inrättar särskild sjukvårdsledning och går upp i beredskapsläge varierar. År 2017 rapporterade exempelvis Region Östergötland att regional sjukvårdsledning (RSSL) inrättades 14 gånger, i Region Örebro 9 gånger och i Västernorrland inte alls. Stabsläge är det beredskapsläge som inrättas oftast, både på lokal och regional nivå.<sup>867</sup> Personalbrist och brist på vårdplatser är en återkommande anledning till att sjukhus går upp i stabsläge.<sup>868</sup>

#### *Epidemier, pandemier och katastrofmedicinsk beredskap.*

Pandemiberedskapsplaner upprättas, som framgår av kapitel 5 av smittskyddsläkare i varje region. Dessa är ofta, men inte alltid, samordnade med den övergripande regionala planen för katastrofmedicinsk beredskap. Vid större epidemiska utbrott (till exempel influensapandemi, ett nytt/annat virus eller stora bioterroristattacker) tar särskild sjukvårdsledning, i regel i samarbete med smittskyddsläkaren, över ansvaret för ledning av bekämpningen och de sjukvårdsmässiga konsekvenserna. Organisationen varierar dock mellan regionerna. Vi återkommer till detta i kapitel 11.<sup>869</sup>

---

<sup>865</sup> Socialstyrelsen (2018), *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*.

<sup>866</sup> Idem.

<sup>867</sup> Socialstyrelsen (2018), *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*.

<sup>868</sup> Information från Vårdfokus webbsida (besökt den 5 juni 2014). Information från Läkartidningen, (besökt den 9 januari 2018, den 13 mars 2019, 5 februari 2020. Dagens Nyheter, den 25 februari 2020.

<sup>869</sup> SOU 2021:19, s. 127.

## 10.8 Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården

Kunskapsstyrning utgör de aktiviteter som behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvården för att varje patientmöte ska vara grundat på bästa möjliga kunskap. Statens roll inom kunskapsstyrningen är att bidra med forskning, stöd och förutsättningar av olika slag samt uppföljning. Flera myndigheter är aktiva i kunskapsstyrningen. Socialstyrelsen ska bl.a. förmedla kunskap och utveckla ny kunskap samt ta fram olika former av kunskapsstöd och föreskrifter och Folkhälsomyndigheten har ett kunskapsuppbyggande och kunskapspridande uppdrag när det handlar om att främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador.

Varje enskild region har ett ansvar att bedriva kunskapsstyrning för att kunna leva upp till sitt kvalitetsansvar. Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården kan handla om vårdprogram, anpassning av nationella riktlinjer till lokala förutsättningar och system för uppföljning och analys samt utvecklade modeller och verktyg för att bedriva ett kontinuerligt förbättrings- och utvecklingsarbetet.<sup>870</sup>

Sveriges regioner har skapat ett gemensamt system för kunskapsstyrning. Staten och SKR har tecknat en överenskommelse om att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för ett antal sjukdomsområden. Syftet är att skapa en mer jämlik och likvärdig vård i hela landet. Inom flera vårdområden har arbetet med att skapa vårdförlopp påbörjats, exempelvis avseende palliativ vård, epilepsi och vårdförloppen syftar till att skapa en jämlik vård med hög kvalitet i hela landet. Arbetet med vårdförloppen ska utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och baseras på bästa tillgängliga kunskap.<sup>871</sup>

De flesta av Sveriges kommuner har även gått samman för att stärka kunskapsstyrningen inom kommunernas verksamheter. För den kommunala hälso- och sjukvården handlar det bland annat om utveckling och användning av nationella kvalitetsregister, som kommunerna använder för kommunal hälso- och sjukvård, främst inom äldreomsorgen.<sup>872</sup>

I kapitel 12 belyser vi kunskapsstyrningen under pandemin med fokus på infektionsvård, intensivvård och postcovid.

---

<sup>870</sup> Socialstyrelsen (2021), *Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter*.

<sup>871</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 5 september 2021).

<sup>872</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 7 oktober 2021).

## 10.9 Svensk hälso- och sjukvård i en internationell jämförelse

I det här avsnittet jämför vi svensk hälso- och sjukvård med de andra länderna inom EU, fem kandidatländer till EU, tre länder som EU har ett handelsavtal med samt Storbritannien. När vi använder begreppet EU 27 avser vi endast medlemsländerna i EU. Fokus för jämförelsen är hälso- och sjukvårdens utgifter, vårdplatser och vårdtider samt tillgången till läkare och sjuksköterskor.

Internationella jämförelser är viktiga för att få ett bredare perspektiv på den svenska hälso- och sjukvårdens strukturer, processer och resultat. Samtidigt finns det en rad utmaningar med att jämföra vården i olika länder. Hälso- och sjukvårdssystem är komplexa och kan producera sjukvård på många olika sätt. I en del länder utförs en stor del av sjukvården på sjukhus medan andra har mer resurser i primärvården. Skillnader mellan länder kan därmed i stor utsträckning spegla hur vården organiserad.<sup>873</sup> Det kan också finnas stora skillnader inom ett land, vilket påverkar den sammantagna bilden av hur olika länder presterar. Resultaten av jämförelserna behöver därför tolkas med försiktighet.

### *Höga kostnader i Sverige i relation till BNP och per invånare*

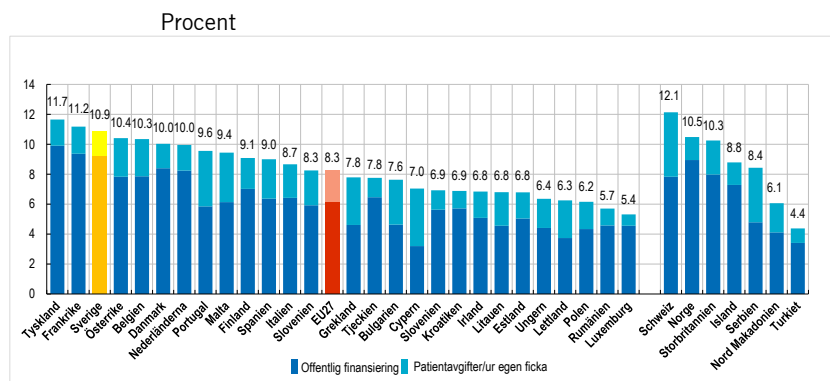
Under 2019 uppgick de svenska hälso- och sjukvårdskostnaderna till 10,9 procent av BNP. Schweiz, Tyskland, Frankrike och Sverige hör till de länder i OECD:s jämförelse med de högsta hälso- och sjukvårdskostnaderna i förhållande till BNP. Genomsnittet bland EU:s 27 medlemsländer låg på 8,3 procent. Länder i östra Europa, på Balkanhalvön och Turkiet hade de lägsta kostnaderna i relation till BNP i jämförelsen (se figur 10.4 nedan).<sup>874</sup>

---

<sup>873</sup> Daneryd (2015), *Varför jämföra oss när vi vet att vi är bäst? Svensk hälso- och sjukvård i ett internationellt perspektiv*.

<sup>874</sup> BNP-kostnaderna är framräknade enligt en internationell standard där kostnaden för hälso- och sjukvård i omsorgen av äldre och funktionshindrade ingår som en del. Det innebär att även ADL, det vill säga att omsorgsinsatser, dvs. toalettbesök, födointag och hygien inkluderas, trots att det inte är betrakta som hälso- och sjukvårdskostnader.

Figur 10.3 Kostnader för hälso- och sjukvård som en andel av BNP 2019



Anm.: Medelvärdet för EU 27 är oviktat. Datamaterialet avser 2019 eller det närmaste året med tillgängliga data.

Källor: OECD Health Statistics, Eurostat Database och WHO Global Health Expenditure Database (2020).

I Sverige liksom i många andra länder har hälso- och sjukvårdens andel av BNP ökat under de senaste decennierna. Från 1970 till 2018 ökade hälso- och sjukvårdens kostnader från 5,5 procent till 11 procent.<sup>875</sup> Att sjukvårdens kostnader ökar med stigande inkomster – även som del av den samlade inkomsten (BNP) – är ett internationellt observerat fenomen, åtminstone bland länder med höga inkomster. Forskningen brukar anföra två förklaringar till detta. Den ena förklaringen (den s.k. Wagner's lag) betonar att efterfrågan på vård ökar snabbare än inkomsterna när levnadsstandarden stiger. Detta bidrar till en ökade andel vårdkostnader, via privata och offentliga beslut om större vårdkonsumtion.<sup>876</sup> Den andra förklaringen (den s.k. Baumol-effekten) betonar att det är svårare att rationalisera tjänstesektorer – som hälso- och sjukvården – jämfört med varusektorer. Om löneutvecklingen är någorlunda jämn mellan olika sektorer bidrar detta till ökande vårdkostnader.<sup>877</sup>

Relationen mellan inkomst och sjukvårdskostnader syns också inom EU vars 27 medlemsländer har ganska olika inkomstnivåer. Unionens genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare

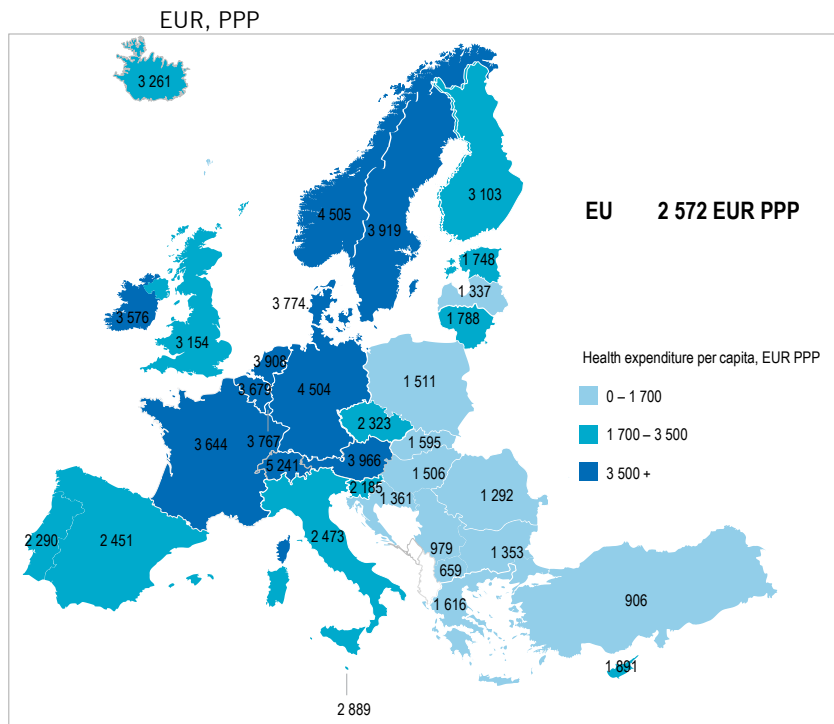
<sup>875</sup> IHE (2020). *Hälso- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*. Mellan 2011 och 2012 ses en relativt stor ökning av BNP som kan förklaras av att definitionen av hälso- och sjukvård för äldre och personer med funktionsnedsättning ändrades då ADL inkluderades.

<sup>876</sup> Wagner, A. (1890), *Finanzwissenschaft*, Winter, C. F., Leipzig.

<sup>877</sup> Baumol, William, et al (1966), *Performing Arts, The Economic Dilemma: a study of problems common to theater, opera, music, and dance*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

nare 2 572 EUR, PPP år 2009.<sup>878</sup> Länder med höga kostnader per invånare var Schweiz 5 241 (EUR, PPP), Norge 4 505 (EUR, PPP) Tyskland 4 504 (EUR, PPP) och Sverige 3 919 (EUR, PPP). De fattigare länderna i östra Europa, på Balkanhalvön samt Turkiet hade generellt lägre kostnader per invånare, vilket framgår av figur 10.4 nedan.<sup>879</sup>

**Figur 10.4 Hälsokostnader per invånare i EU**



Anm.: Medelvärde för EU 27 är oviktat. Datamaterialet avser 2019 eller det närmaste året med tillgängliga data.

Källor: OECD Health Statistics, Eurostat Database och WHO Global Health Expenditure Database (2020).

### *Få vårdplatser på sjukhus i Sverige*

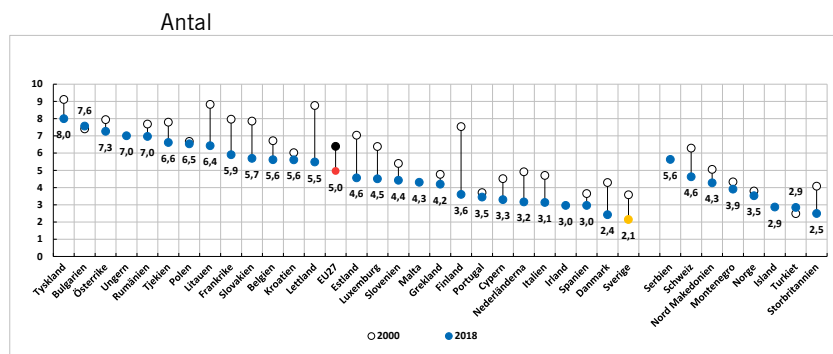
Tyskland, Bulgarien och Österrike hade 2018 den högsta antalet vårdplatser vid sjukhus (bäddar) i OECD:s jämförelse, med mer än

<sup>878</sup> PPP står för Köpkraftsparitet, eller "Purchasing Power Parity", och mäter prisskillnaden på jämförbara varor och tjänster mellan länder.

<sup>879</sup> OECD (2020), *Health at a glance Europe 2020, State of health in the EU cycle*.

sju platser per 1 000 invånare. Det kan jämföras med genomsnittet bland de 27 EU-länderna som låg på fem platser. Sverige utmärker sig med den lägsta antalet vårdplatser (2,1) bland EU-länderna. År 2000 uppgick antal sjukhusplatser per 1000 invånare i Sverige till 3,6 vilket framgår av figur 10.5.

**Figur 10.5 Vårdplatser på sjukhus per 1 000 invånare, 2000 och 2018**



Anm.: Datamaterialet avser 2000 och 2018 eller det närmaste året med tillgängliga data. Dataunderlaget för Sverige omfattar inte sjukhussängar som är privatfinansierade. Medelvärdet för EU 27 är inte viktat.

Källor: OECD Health Statistics, Eurostat Database och WHO Global Health Expenditure Database (2020).

Antalet disponibla vårdplatser på sjukhus har minskat under flera decennier i Sverige. Under 1990-talet skedde en kraftig minskning efter den så kallade Ädelreformen då kommunerna tog över ansvaret för äldrevården. Den ekonomiska krisen under 1990-talet bidrog även till en minskning. I det här kapitlet har vi också pekat på att vårdtiderna på sjukhus har minskat vilket i sin förlängning också kan minska behovet av vårdplatser. En annan faktor som kan påverka behovet av vårdplatser är omfattningen av dagkirurgi. Sverige tillhör de länder i OECD:s jämförelse med högst andel dagkirurgi vid exempelvis gråstarrsoperationer samt tonsillkirurgi (operation av halsmandlar).<sup>880</sup> Sverige tillhör dessutom de länder inom EU som har de kortaste vårdtiderna på sjukhus, i genomsnitt 5,7 dagar vilket kan jämföras med EU där genomsnittet är 7,5 dagar.<sup>881</sup>

I händelse av en kris, till exempel en allvarlig händelse med många skadade eller en pandemi med många sjuka, är slutenvårdsplatser och

<sup>880</sup> IHE (2019), *Hälsa- och sjukvårdsutgifternas utveckling i Sverige*. OECD (2018), *Health at a Glance: Europe 2018*, State of health in the EU cycle.

<sup>881</sup> OECD (2018), *Health at a Glance: Europe 2018*, State of health in the EU cycle.

intensivvårdsplatser centrala för vården av allvarligt sjuka patienter. Det är svårt att ge en heltäckande bild av hur många IVA-platser som fanns innan pandemin. För att kunna bedriva sjukvård i normalläge ingår i det moderna sjukhuset en eller flera lokaliteter/avdelningar utformade för att fungera som IVA med designerade vårdplatser. Dessa beskrivs ofta i term av ”fastställda vårdplatser”, som är en administrativ benämning och som motsvarar det maximala antalet vårdplatser som kan vara öppna under förutsättning att alla resurser finns tillgängliga (vårdplats med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö). Antalet sådana platser är därmed givna och i vilken utsträckning dessa i realiteten fungerar som disponibla/beläggningsbara platser bestäms framförallt av faktorerna ”personal” och ”nödvändig medicinteknisk utrustning”.<sup>882</sup> I nästa kapitel belyser vi uppskalningen av IVA-vården under pandemin.

### *Högt antal sjuksköterskor i Sverige*

Det genomsnittliga antalet sjuksköterskor bland EU:s 27 medlemsländer var 8,2 per 1 000 invånare under 2018. Antalet sköterskor var högst i Finland, Tyskland och Irland, med fler än 12 sköterskor per 1 000 invånare. I Sverige var antalet 10,9. I Norge, Schweiz och Island, länder med många sköterskor, hade en tredjedel av sköterskorna en lägre utbildning och ansvarade för mindre kvalificerade arbetsuppgifter. I några länder med ett lågt antal sköterskor, exempelvis Spanien och Italien, finns andra personalgrupper som stödjer sköterskorna i deras arbete. Trots att Sverige har ett högt antal sjuksköterskor per 1 000 invånare ur ett internationellt perspektiv finns det som vi beskriver ovan brist på personal och rekryteringsbehovet kommer att vara stort de kommande åren. Bristen på sjuksköterskor är en central fråga i de flesta andra EU-länder.<sup>883</sup>

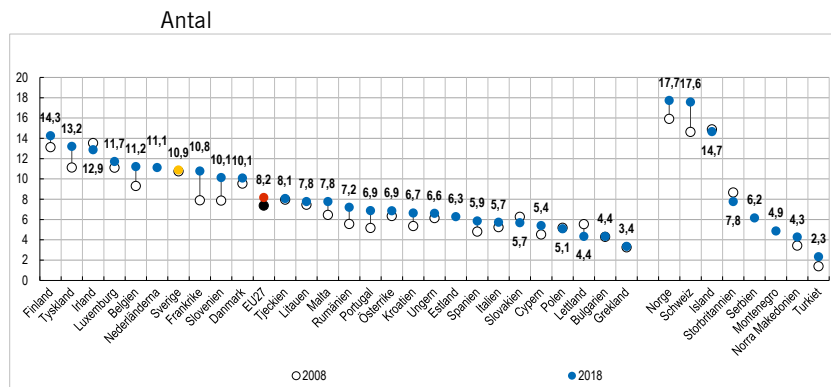
---

<sup>882</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

<sup>883</sup> OECD (2020), *Health at a Glance: Europe 2020*.



**Figur 10.6** Praktiserande sjuksköterskor per 1 000 invånare, 2008 och 2018



Anm.: Medelvärdet för EU 27 är inte viktat. Datamaterialet avser inte enbart sköterskor som ger vård till patienter, utan även chefer, de som arbetar med utbildning och forskning etc. Österrike och Grekland rapporterar endast sköterskor som arbetar vid sjukhus.

Källor: OECD Health Statistics och Eurostat Database (2020).

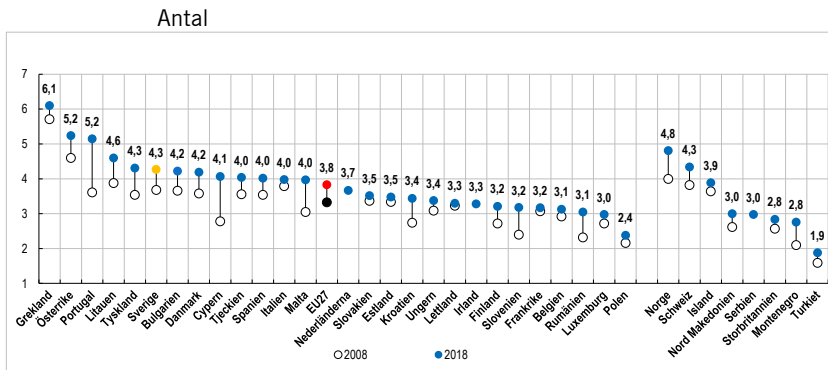
### Högt antal läkare i Sverige

Grekland, Österrike och Portugal hade under 2018 det högsta antalet praktiserande läkare, med mer än fem läkare per 1 000 invånare. Sverige tillhörde också de länder i jämförelsen med ett relativt högt antal läkare, 4,3 per 1 000 invånare. Det kan jämföras med genomsnittet bland de 27 medlemsländerna i EU som låg på 3,8. Samtidigt finns det, som nämns ovan, brist på specialistläkare i Sverige.

Vi noterar att det finns skillnader mellan olika länder kring vilka läkare som inkluderas i beräkningarna. I vissa länder ingår läkare som är under utbildning, forskare och chefer, vilket inte är aktuellt i andra länder. I exempelvis Sverige ingår läkare som är under utbildning, föräldralediga och sjukskriva i statistiken. I Grekland, Österrike och Portugal inkluderas alla läkare med legitimation, även de som har emigrerat eller är pensionärer.<sup>884</sup>

<sup>884</sup> OECD (2020), *Health at a glance Europe 2020, State of health in the EU cycle*.

Figur 10.7 Praktiserande läkare per 1 000 invånare, 2008 och 2018



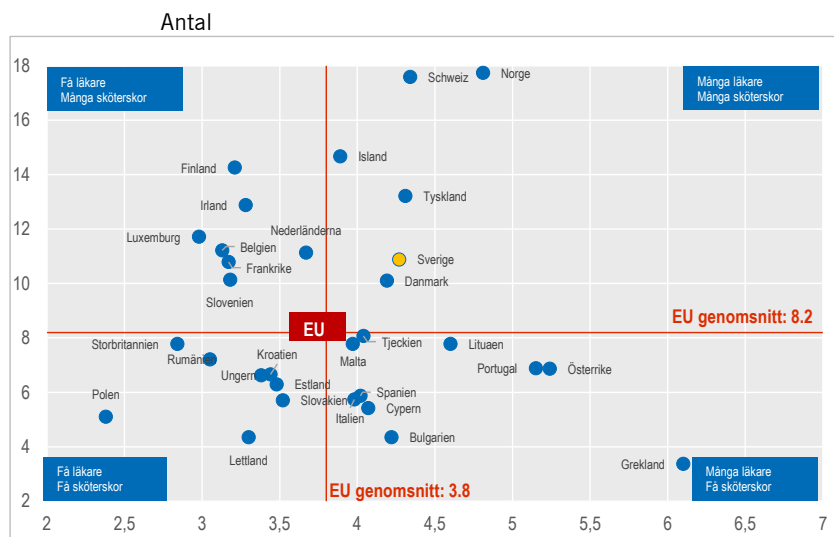
Anm.: Medelvärde för EU 27 är inte viktat. Datamaterialet inkluderar även läkare som arbetar som chefer och forskare samt med utbildning.

Källor: OECD Health Statistics och Eurostat Database (2020).

Figur 10.8 ger en sammanfattande bild över antal praktiserande sjuksköterskor och läkare. Y-axeln beskriver antal praktiserade sjuksköterskor per 1 000 invånare, X-axeln antal praktiserande läkare per 1 000 invånare. Länder i det översta högra hörnet av figuren har många läkare och sjuksköterskor, exempelvis Norge. Även Sverige har relativt många sköterskor och läkare per 1 000 invånare. Polen och Lettland som är placerade i det nedre vänstra hörnet av figuren har relativt få läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare.<sup>885</sup>

<sup>885</sup> OECD (2020), *Health at a glance Europe 2020, State of health in the EU cycle*.

Figur 10.8 Praktiserande sköterskor och läkare



Anm.: Y-axeln beskriver antal praktiserade sjuksköterskor per 1 000 invånare, X-axeln antal praktiserande läkare per 1 000 invånare. Genomsnittet för EU är oavsett.

Källa: OECD Health Statistics och Eurostat Database (2020).

*Vården från patientens perspektiv: långa väntetider till vård som inte sker på akutmottagning i Sverige*

Studien International Health Policy Survey (IHP) genomförs årligen av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund. I den senaste undersökningen från 2020 undersöktes hur befolkningen i Sverige och tio andra länder anser att hälso- och sjukvården fungerar. De deltagande länderna är förutom Sverige, Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA. Syftet med undersökningen är att identifiera förbättringsområden från befolkningens och patienternas perspektiv. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys står för den svenska datainsamlingen och analysen.

En enkätundersökning genomfördes i början av mars 2020 och riktades till 2 500 slumpmässigt utvalda personer i åldern 18 och äldre. Undersökningen avser såldes tiden innan en bredare spridning av coronapandemin började ske i Europa. Studien visar att det finns områden där Sverige presterar goda resultat, exempelvis när det gäller digitalisering och bemötande. Men det finns även områden där

det finns tydliga brister, exempelvis avseende kontinuitet i vårdkontakter och väntetider. Resultatet av studien sammanfattas kortfattat nedan.

Områden där visat svensk vård visar goda resultat:

- Vården i Sverige uppvisar en hög digitaliseringsgrad med kontinuerlig ökning av digitala besök. Samtidigt efterfrågar vårdpersonalen mer sammanhållna och tillgängliga IT-stöd som minskar den administrativa bördan.
- De flesta patienter upplever ett gott bemötande vid sjukhusvård och känner att de är delaktiga i beslut om sin vård och behandling.
- Få personer i Sverige har avstått vård på grund av kostnader. Däremot är det fler som avstått tandvård av kostnadsskäl.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är fragmenterat med ett delat ansvar mellan många aktörer. På flera områden som är centrala för en personcentrerad vård, till exempel väntetid, kontinuitet och samordning, presterar svensk vård internationellt sett svaga resultat

- Sverige har en längre väntetid till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus jämfört med de andra undersökta länderna.
- Det finns brister i hur information överförs till personalen på den ordinarie mottagningen efter utskrivning från sjukhus.
- En lägre andel personer i Sverige svarade att deras ordinarie läkare eller vårdpersonal alltid eller oftast känner till viktig information om deras sjukdomshistoria, jämfört med de andra länderna i undersökningen.
- Få i Sverige har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård. Däremot har de flesta en ordinarie mottagning de vanligtvis går till för sin vård.
- Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård har genomgående bättre erfarenheter av den vård de fått jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning. De upplever till exempel att de är mer delaktiga, får mer hjälp med samordning och får fler vårdinsatser än dem som enbart har en ordinarie mottagning.

- Faktorer som ålder, hälsa och utbildning påverkar i hög grad vilka erfarenheter personer har av sin vård. Exempelvis har personer med kroniska sjukdomar eller sämre självskattad hälsa generellt sämre erfarenheter av vården. Personer med eftergymnasial utbildning har på flera områden bättre erfarenheter av vården jämfört med personer som har kortare utbildning.
- Få av de svenska patienter som har haft behov av att prata med någon i vården om sin psykiska hälsa uppger att de fått ett stöd-samtal eller annan behandling för det.<sup>886</sup>

Det är viktigt att komma ihåg att endast delar av vården belyses i IHP-studien. Stora delar, till exempel den kommunala hälso- och sjukvården, ingår inte i studien.

### *Bristande tillgänglighet redan före pandemin*

Brister i tillgängligheten till vård har lyfts fram i många studier och rapporter. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12) drar slutsatsen att de åtgärder som har initierats för att öka tillgängligheten under det senaste decenniet inte tycks ha fått några långsiktiga bestående resultat trots det omfattande arbetet som staten och regionerna har utfört. Delegationen har exempelvis jämfört utvecklingen under åren 2012 till 2021 vad avser första besök i specialiserad vård inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården. Andelen patienter som erhållit sitt besök inom den tiden har sjunkit för varje år. Delegationen har på samma sätt jämfört utvecklingen under åren 2012 till och med 2021 vad avser operation eller annan åtgärd och kan konstatera att även andelen patienter som erhållit detta inom 90 dagar har sjunkit för varje år.<sup>887</sup> Vi återkommer till hur tillgängligheten till vården har utvecklats under pandemin i kapitel 12.

---

<sup>886</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Vården ur befolkningens perspektiv 2020*.

<sup>887</sup> SOU 2021:59 s. 57.

### 10.9.1 God hälsa och goda medicinska resultat

I internationella studier levererar Sverige ofta goda medicinska resultat. Bland EU-länderna tillhör Sverige de länder med lägst undvikbar dödlighet, det vill säga dödsfall som kan undvikas genom tidig upptäckt och behandling. Vi har en låg dödlighet efter en stroke och överlevnaden i lungcancer är bland den högsta inom EU. Vi har en låg förskrivning av antibiotika inom primärvården.

Men det finns samtidigt behov av utveckling inom flera områden när det gäller medicinska resultat. Den opioidrelaterade dödligheten har ökat under de senare åren (dödlighet genom missbruk av narkotiska substanser med morfinliknande verkningsmekanism). I Sverige ligger antal allvarliga bristningar vid förlossning högt jämfört med andra länder, även om Socialstyrelsens statistik uppvisar en positiv utveckling från 2013 och framåt för de svåraste typerna av bristningar.<sup>888</sup>

### 10.10 Flera utvecklingsområden för hälso- och sjukvården

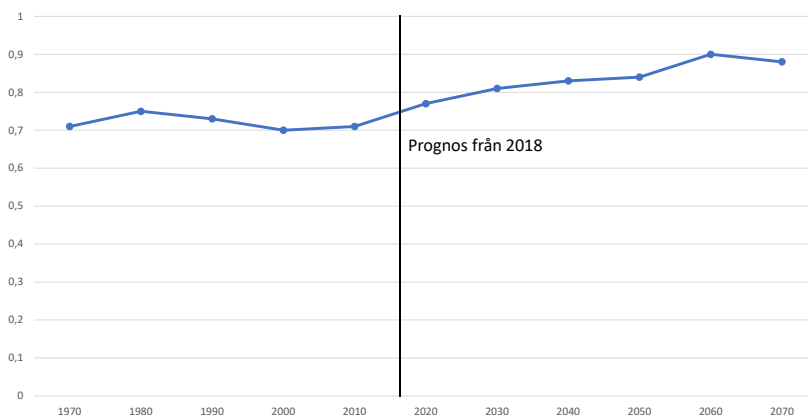
Det finns andra faktorer, förutom de vi redan nämnt, som också påverkar hälso- och sjukvården, exempelvis den demografiska och ekonomiska utvecklingen samt teknikutvecklingen som vi delvis har berört tidigare i kapitlet. Statistiska centralbyråns prognoser visar på demografiska utmaningar under de kommande decennierna. Befolkningsstrukturen ändras successivt med allt fler äldre och relativt sett färre i arbetsför ålder. Det innebär förändrade och ökade vårdbehov samtidigt som försörjningsbördan ökar bland de som arbetar. Den demografiska försörjningskvoten är ett mått på hur många som är i de mest förvärsarbetande åldrarna i förhållande till de som är yngre och äldre. I SCB:s beräkningar räknas personer i åldrarna 20–64 år som förvärsarbetande. Enligt SCB låg försörjningskvoten på 76 procent år 2018 men beräknas öka till 88 procent år 2070, se figur 10.6 nedan.<sup>889</sup>

---

<sup>888</sup> OECD (2019), *Health at a Glance, The state of health in the EU cycle*. OECD (2020), *Health at a Glance, the state of health in the EU cycle (2019)*. Socialstyrelsen (2019), *Fortsatt goda resultat för svensk hälso- och sjukvård i ny OECD-rapport*, <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/fortsatt-goda-resultat-for-svensk-halso--och-sjukvard-i-ny-oecd-rapport/> (besökt den 14 april 2021).

<sup>889</sup> SCB (2018), *Sveriges framtida befolkning 2018–2070*.

**Figur 10.9** Demografisk försörjningskvot, olika åldrar 1970–2017 samt prognos 2020–2070 för Sverige



Källa: SCB (2018). *Sveriges framtida befolkning 2018–2070*.

Att vi blir äldre innebär att fler lever med kroniska sjukdomar och flera diagnoser vilket ökar belastningen på sjukvården. Under 2018 levde mer än hälften av alla svenskar över 65 år med en eller flera kroniska sjukdomar.<sup>890</sup>

Samtidigt leder teknikutvecklingen och digitaliseringen till nya möjligheter att förändra och effektivisera vården. Cancerläkemedelsutvecklingen och diagnostiken är inne i en dynamisk utvecklingsfas som skapar behandlingar som kan öka överlevnaden och livskvaliteten för cancersjuka patienter.<sup>891</sup> I glesbygdsområden har virtuella hälsorum etablerats där patienter själva kan mäta blodvärden och vikt. Patienterna kan sedan träffa sin läkare, sjukgymnast eller dietist via en videolänk.<sup>892</sup> Stora investeringar i ny teknik ställer samtidigt krav på ett tillräckligt befolkningsunderlag, finansiering samt rekrytering av kompetens för att kunna ta emot och omsätta den nya kunskapen som teknikutvecklingen leder till.<sup>893</sup>

De utvecklingsfrågor som vi har lyft fram i det här kapitlet var aktuella för hälso- och sjukvården redan före pandemin. Det gäller exempelvis digitalisering, kontinuitet och jämlikhet. Oavsett utfallet

<sup>890</sup> Europeiska kommissionen (2019), *State of Health in the EU Sweden Country Health Profile 2019*.

<sup>891</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Cancerläkemedel, Ett kunskapsunderlag om införande, användning och uppföljning*.

<sup>892</sup> Information från (besökt den 15 maj 2021).

<sup>893</sup> SOU 2015:98 s. 62.

av pandemin kommer med stor sannolikhet dessa grundläggande frågor att vara i fokus för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården.

## 10.11 Summering

Svensk hälso- och sjukvård visar ofta upp goda medicinska resultat i internationella jämförelser. Vi har en högt utvecklad högspecialiserad vård. Digitaliseringen av vården har också varit snabb under de senaste åren. Primärvården erbjuder idag vård genom digitala kanaler, genom exempelvis chatt eller video. Fler besök i specialistvården genomförs också digitalt. Samtidigt finns det ett flertal problemområden. Internationellt sett uppvisar Sverige svaga resultat för områden som är viktiga för att skapa en patientcentrerad vård, det gäller väntetider, kontinuitet och samordning. Det finns omotiverade socioekonomiska och regionala skillnader i vården och bristen på personal utgör en stor utmaning inom såväl regioner som kommuner.

Hälso- och sjukvården är starkt decentraliserad. Dess huvudmän är 21 regioner och 290 kommuner som, inom de ramar som lagstiftningen drar upp, har ett långtgående självbestämmande. De styrs av valda politiker som dels kan ha en egen uppfattning om hur generellt utformade regler i en ramlagstiftning ska tolkas, dels kan ha en avvikande agenda i förhållande till nationella styrningen. Det har inneburit att statens styrning av vården i stor utsträckning sker, förutom i lag och förordning, genom överenskommelser mellan regeringen och SKR.

För en statsledning som vill utöva ett nationellt ledarskap i en kris genom att bestämma en gemensam inriktning av hur krisen ska hanteras kan därför problem uppstå. Regeringen tvingas att antingen ta initiativ till ny lagstiftning eller att förhandla och träffa överenskommelser med en ideell sammanslutning av statens regionala och lokala enheter och förlita sig på att det som överenskommit också genomförs.

Varje region har ett ansvar för att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls, det vill säga att det finns beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid en allvarlig eller särskild händelse. Före pandemin fanns dock begränsad erfarenhet av



mer långvariga och omfattande samhällsstörningar som påverkar hälso- och sjukvården. Vi belyser detta i nästa kapitel.

Det pågår en utveckling mot vad som beskrivs som ”nära vård”. Det innebär en strävan att ställa om från sjukhusvård till primärvård och kommunal vård, nära medborgarna. Det är en i allt väsentligt god ambition. Den innebär bl.a. att fler ska kunna vända sig till och snabbt tas emot på vårdcentralen och inte behöva söka sig till i sjukhusets akutmottagning. Det bör innebära snabbare vård på rätt nivå och en ökad samverkan mellan regioner och kommuner. Men kunskapen är begränsad om patienternas erfarenheter av samordnade insatser från regioner och kommuner, det gäller både före och under pandemin.

Antalet vårdplatser på sjukhus har minskat under flera decennier i Sverige och vi har lägst antal sjukhusplatser per 1000 invånare i EU. Det finns flera faktorer som förklarar denna utveckling. Exempelvis har den medicinska utvecklingen inneburit att mer vård kan utföras i öppenvård och att vårdtiderna för inlagda har kortats. I en europeisk jämförelse tillhör Sverige de länder inom EU med de kortaste vårdtiderna på sjukhus. Redan före pandemin rådde brist på specialistutbildade sjuksköterskor i samtliga regioner men även på grundutbildade sjuksköterskor i 20 regioner. Bristen på personal utgör ett hinder för att kunna hålla vårdplatser öppna.

Vi kommer i kapitel 11 skildra hur infektionskliniker och intensivvårdsavdelningar under denna pandemi fylldes i raskt tempo med patienter under mars–april 2020 och hur kapaciteten för sådan vård trots allt, kraftigt kunde utökas. Vi belyser även vilka konsekvenser denna omställning fick för patienter, personal och verksamheter.

Vi har i detta kapitel beskrivit några av hälso- och sjukvårdens ingångsvården när pandemin slog till. De har haft betydelse för mötet med virusutbrottet.



# 11 Hälso- och sjukvården under pandemin

Pandemin har resulterat i en stor belastning på hälso- och sjukvården. Behovet av slutenvårdsplatser, laboratorieresurser och diagnostisk kapacitet har ökat dramatiskt i många delar av landet i takt med en ökad smittspridning. Hårt pressad personal har ansträngt sig till det yttersta, omprioriteringar har gjorts och nya arbetsätt har utvecklats, ofta med stöd av digital teknik. I det här kapitlet belyser vi de direkta effekterna av pandemin på infektionsvård, intensivvård, eftervård och rehabilitering samt primärvård.

Kapitlet inleds med en kort beskrivning av pandemins dynamik inom sjukvården, ledningsstruktur och patientbelastning på slutenvården (avsnitt 11.1). Därefter följer en fördjupning av covid-19-vården med utgångspunkt i infektionsvårdens och intensivvårdens omställning under pandemin i avsnitt 11.2–11.3. I avsnitt 11.4 berör vi bristen på medicinteknisk utrustning och materiel och avsnitt 11.5 smittspridning inom slutenvården. Därefter berör vi i avsnitt 11.6 och 11.17 rehabilitering och postcovid. Avsnitt 11.8 belyser primärvårdens omställning och 11.9 den privata sektorns stöd under pandemin. Avsnitt 11.10 beskriver tillgången till sjukvårdsrådgivning under pandemin och avsnitt 11.11 fokuserar på vårdanställdas arbetsvillkor under krisen. Kapitlet avslutas med en summering i avsnitt 11.12. I kapitel 12 beskriver och fördjupar vi oss i sjukvårdens omställning vad gäller upprätthållen, inställd och uppskjuten vård.

Huvudfokus för det här kapitlet är den regionalt finansierade hälso- och sjukvården men vi berör även i viss utsträckning den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samt samverkan mellan regioner och kommuner. En fördjupad analys av den kommunala hälso- och sjukvården finns i vårt första delbetänkande *Äldreomsorgen under pandemin* (SOU 2020:80).

Pandemin pågår fortfarande och effekterna för hälso- och sjukvården, dess personal och patienter kommer att behöva analyseras under många år framöver.

## 11.1 Pandemins dynamik i slutenvården

I kapitel 2 och 3 beskriver vi utvecklingen av smittspridningen under våg 1 och våg 2, nationellt och regionalt.

Socialstyrelsens statistik över pågående sjukfall som speglar beläggningen på sjukhus (alla kliniker) vecka för vecka under 2020 och t.o.m. vecka 14 år 2021 visar den kraftiga dynamiken i pandemin. På riksnivå börjar pandemin synas i statistiken för vecka 10 även om enstaka fall redan tidigare noterats i Stockholm, Västra Götaland och Malmö. Vecka 12 hade antalet inläggningar börjat stiga i alla regioner.

En extremt kraftig ökning av antalet vårdade patienter inträffade sedan inom vården i Region Stockholm fram till vecka 16, som utgjorde toppen på första vågen. Då vårdas ca 2 400 patienter spritt över hela regionen vilket var mer än hälften av alla vårdade covid-19-patienter i Sverige vid denna tidpunkt (ca 4 700).

Utvecklingen var även snabb i Västra Götaland om än inte lika dramatisk som i Stockholm. Den initiala tillströmningen av patienter var betydligt lugnare i Skåne. En grupp stora sjukhus som Västerås, Falun, Linköping, Norrköping och Eskilstuna hade också en tidig snabb ökning av patienter vecka för vecka.

I flera andra delar av landet ökade antalet patienter med covid-19 långsammare under våg 1, medan Region Gotland och Region Skåne kom lindrigare undan. Detsamma gäller för norrlandsregionerna, med undantag av Region Gävleborg och Region Dalarna.

Vecka 36 (första veckan i september 2020) nåddes botten av kurvan för riket med under 200 inneliggande patienter med covid-19. Det betyder att belastningen var betydande under hela den ”vanliga” semesterperioden.

Redan vecka 40 började andra vågen. Den tilltog långsammare än den första, men antalet inlagda patienter steg till de allra högsta nivåerna på de flesta kliniker och sjukhus. Antalet covid-19-patienter toppade under våg 2 veckorna kring jul och nyår (vecka 48–2). Man såg en nedgång av antalet covid-19-patienter under februari och där-

efter en ny topp under våren, våg 3, men på flera sjukhus var våg 3 inte lika tydlig som de första vågorna utan utgjordes snarare av en lång platåfas. Många kliniker hade fortfarande, i juni 2021 en kvarstående hög beläggning av patienter med covid-19.<sup>894</sup>

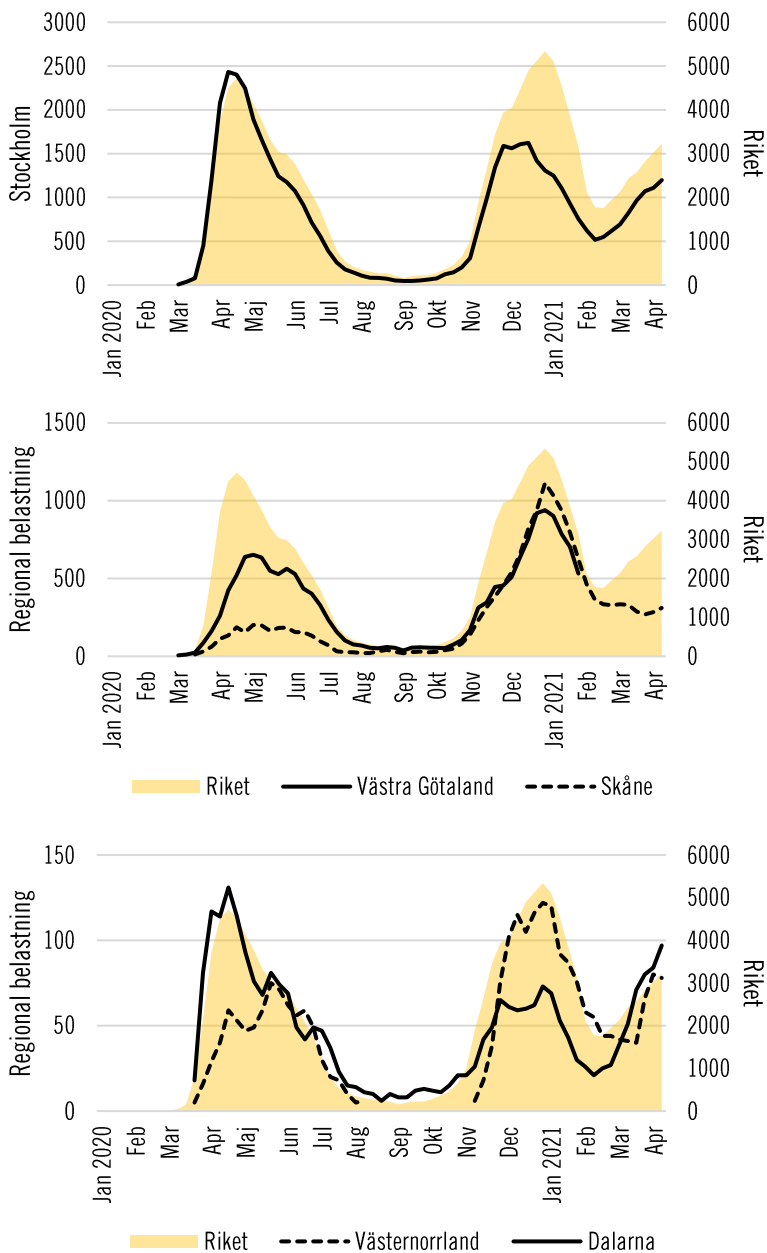
Figur 11.1 visar *dynamiken* i belastningen i fem regioner (hel-dragna och streckade linjer) och nationellt. Skalan till vänster anger antalet vårdepisoder. Observera att skalan varierar, då Region Stockholm som mest hade närmare 2 500 vårdepisoder, samtidigt som Region Västernorrland som mest hade under 150. Det skuggade fältet visar det totala antalet pågående vårdepisoder i Sverige. Skalan för det totala antalet är densamma för alla kurvor och anges till höger.

I vårdepisoderna ingår all slutenvård av covid-19-patienter, alltså även de som intensiv-vårdas. I avsnitt 11.3 beskriver vi specifikt antalet patienter med covid-19 som vårdats inom intensivvården.

---

<sup>894</sup> Åsa Hallgårde, underlagsrapport (2021), *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19 pandemin*.

**Figur 11.1 Pågående vårdepisoder med covid-19 nationellt och dynamiken i fem regioner**



Källor: Socialstyrelsen och beräkningar inom SU:s covid-19-program.

### *Planering och inventering under januari till mars 2020*

Den 27 januari 2020 påbörjade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten planeringen för en inventering av intensivvårdsplatser i isolering på landets samtliga akutsjukhus.<sup>895</sup> Inventeringsmallar distribuerades till samtliga regioner den 31 januari 2020 och den 5 februari 2020 informerades Regeringskansliet. Av denna information framgick att potentiella risker inom tre till sex månader kunde bli en ökad belastning inom myndighetens ansvarsområden med konsekvenser på för hälso- och sjukvården särskilt viktig verksamhet.

Den 18 februari 2020 lämnade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten en gemensam lägesrapport till Regeringskansliet och MSB där det framgick att det vid den tidpunkten, ur ett nationellt perspektiv, fanns en god kapacitet i antal vårdplatser, men att tillgång till utrustning, material och vårdkapacitet kunde komma att påverkas om situationen blev långvarig eller att utbrottet utvecklades till en pandemi.

Under vecka 10 och 11 diskuterades vilka behov som kunde uppstå om situationen förvärrades vid ett flertal tillfällen med Regeringskansliet, socialutskottet, SKR och andra myndigheter, bl.a. på ett extrainsatt möte med Krishanteringsrådet och under ett möte med den Nationella Pandemigruppen.<sup>896</sup>

Under pandemin har samordning skett inom ramen för olika nationella nätverk, varav flera är koordinerade av SKR. Vi återkommer till nätverken senare i kapitlet.

### *Särskild sjukvårdsledning och något om samordning mellan regionerna*

När pandemin tog fart i Sverige i mars 2020 mobiliserade hälso- och sjukvården genom att omprioritera och förstärka beroende på hur belastningen såg ut. Som vi beskriver i kapitel 10, finns det en beprövad och inövad organisation för katastrofmedicinsk beredskap, och aktivering av denna, även om strukturen varierar något mellan regionerna. De flesta regionerna har en vana att arbeta i särskild sjukvårdsledning (RSSL). När covid-19-pandemin nådde Sverige hade

---

<sup>895</sup> Fokus låg då på isolering med relevant luftväxling eftersom kunskapen om virusets smittsamhet inte var fastslaget.

<sup>896</sup> Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

flera regioner redan etablerat RSSL och de flesta övriga valde att göra så någon gång i den initiala fasen av pandemin. I diskussioner med regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer framkommer att vissa regioner behållit denna struktur sedan dess och först i augusti eller september 2021 återgått till normal linjestyrning. Andra regioner har alternerat mellan RSSL och linjestyrning beroende på pandemins dynamik och belastningen på sjukvården och ytterligare ett par regioner valde att behålla linjeorganisationen under hela pandemin.<sup>897</sup>

Sammantaget anser hälso- och sjukvårdsdirektörerna att det har fungerat relativt väl att arbeta utifrån de katastrofmedicinska beredskapsplanerna. Däremot saknades beredskap att hantera en långdragen kris, bl.a. utifrån personalförsörjning, vårdplatser och styrning av annan pågående sjukvård. I vilken grad pandemiberedskap (och den belastning en sådan kunde förväntas ha på sjukvården, ingick i beredskapen) varierade. De flesta har under pandemins gång justerat organisation och styrning för att bättre klara den långdragna krissituationen.<sup>898</sup> Vi återkommer till slutenvårdens och primärvårdens organisation under respektive avsnitt, men generellt har sjukhusen arbetat utifrån lokal sjukvårdsledning (LSSL), i vissa fall under långa perioder och bitvis i förstärkningsläge.<sup>899</sup> Sammantaget har sjukvårdens regionala ledning, liksom sjukhusens ledning styrts utifrån katastrofmedicinska strukturer under stora delar av pandemin.

För många av de utmaningar som sjukvården brottats med under pandemin, såsom brist på material, utrustning, brist på IVA-vårdplatser, så har etablerade och nyskapade nätverk mellan regionerna möjliggjort utbyte av erfarenheter, stöttning och konkret hjälp.

## 11.2 Organisation av covid-19-vården

Det här avsnittet bygger på en underlagsrapport till Coronakommissionen ”Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19-pandemin” av Åsa Hallgärde, tidigare regional chefläkare i Region Skåne. Rapporten baseras på en enkät till och telefoninter-

---

<sup>897</sup> Möten med regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer, den 14 september 2021 och den 15 september 2021.

<sup>898</sup> Möten med SKR och regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer, den 14 september 2021 och den 15 september 2021.

<sup>899</sup> Dock har, såvitt vi kunnat få fram, inget sjukhus utlöst katastrofläge under pandemin.



vjuer med verksamhetschef eller medicinskt ledningsansvarig läkare på landets samtliga infektionskliniker.

Avsnittet speglar till stor del slutenvårdens covid-19-vård, då landets samtliga infektionskliniker har haft en nyckelroll i hanteringen av patienter med såväl misstänkt som konstaterad covid-19-infektion, oavsett om de vårdats på den egna eller annan klinik. Ansvaret har innefattat att vårda patienterna, ta fram rutiner, genomföra utbildningsinsatser och inhämta och i organisationen sprida information kring ny kunskap som inhämtats från såväl nationella som internationella källor. På flera sjukhus har smittspårning och vaccinationsverksamhet på olika sätt ingått i verksamheten.

Intensivvården behandlas särskilt i nästa kapitel (12.3).

### 11.2.1 Infektionssjukvården i Sverige

Det finns idag 29 infektionskliniker/enheter fördelade på 31 sjukhus i Sverige. Klinikerna är lokaliserade på de större sjukhusen. Infektionskliniker har breda kontaktytor mot flertalet av sjukhusets övriga specialiteter som exempelvis intensivvård, internmedicin, kirurgi, ortopedi samt hematologi/onkologi.

En infektionsklinik innebär infektionsspecialister, vårdplatser med infektionsomvårdnadskunnig personal, isoleringsmöjligheter, konsultinsatser på övriga sjukhuset, telefonrådgivning, utbildningsinsatser och deltagande i policyutveckling. Behovet av infektionskompetens inom sjukhusens sluten- och öppenvård är betydande, då primär- eller sekundärinfekterade patienter förekommer på alla kliniker.<sup>900</sup>

### 11.2.2 Organisation av covid-19-vården

Ett fåtal infektionskliniker började redan i slutet av januari 2020 att planera för ett ökat behov av vårdplatser och allt eftersom covid-19 spreds och antalet fall i Europa ökade, påbörjade fler kliniker sin planering och i början av mars hade alla börjat förbereda sig. Hur initiativ togs och organisationen såg ut varierar, ibland togs interna klinikbeslut, i vissa fall aktiverades en epidemigrupp och ibland togs beslut av sjukhusledningen.

---

<sup>900</sup> Svenska infektionsläkarföreningen (2015), *Infektionssjukvård, Uppdrag och framtid*.

Infektionsklinikerna hade generellt initialt uppdraget att ta emot patienter med misstänkt och konstaterad covid-19, på grund av infektionsklinikernas möjlighet att isolera patienterna och deras speciella kompetens och erfarenhet av att vårda smittsamma patienter. Men det blev i samtliga regioner inom kort uppenbart att stora delar av sjukhusen i övrigt måste involveras. Gränsdragningen mellan infektionsklinikens och andra verksamheters uppdrag varierade beroende på tillflödet av patienter och den lokala organisationen. Flera sjukhus har varit i stabs- eller förstärkningsläge under hela pandemin, men på de flesta sjukhus förefaller man ha gått in i och ur stabsläge beroende på pandemins olika faser. För en beskrivning av de olika katastrofmedicinska beredskapsnivåerna, se kapitel 10. På de allra flesta sjukhus med infektionskompetens har denna under större delen av pandemin funnits med i eller haft nära kontakt med sjukhusledningen.

#### *Infektionssjukvården har överlag haft ansvar för covid-19-vården*

Infektionsklinikerna har överlag haft huvudansvaret för covid-19-vården under hela pandemin. De har både haft uppdraget att vårda patienter i väntan på provsvar för att sedan eventuellt slussa dem vidare och, givetvis, att vårda de sjukaste som inte behövt intensivvård (IVA-vård). Rollen som slussavdelning har minskat efter hand då antigen-tester tagits i bruk och svarstiden för PCR-tester blivit allt kortare. Slussfunktionen krävde stor arbetsinsats på grund av det stora genomflödet med korta vårdtider och innebar också ett stressmoment då patienter med olika huvuddiagnoser krävde olika akuta medicinska insatser.

I takt med att antalet patienter med covid-19 ökade inrättades s.k. covidavdelningar inom flera olika specialiteter. Som regel behandlades patienterna på dessa avdelningar av andra specialister men med konsultstöd av infektionsläkare. Infektionsklinikerna har generellt under pandemin haft en omfattande konsultverksamhet med dagliga avstämningar med alla covid-19-avdelningar. Infektionsklinikerna har också fortlöpande varit aktiva i utbildningsinsatser.

När länssjukhus vårdat patienter med covid-19 och mer omfattande behov av medicinska åtgärder har stora utbildningsinsatser

och omfattande konsultverksamhet från infektionsklinikerna behövts.

Några få sjukhus uppger att patienter med annan huvuddiagnos än covid-19 i huvudsak vårdats inom respektive klinik på sjukhuset. Detta har lett till ”öar” med covid-19-patienter på många vårdavdelningar. Den typen av organisation har både kritiserats och förordats. Å ena sidan har patienterna fått kvalificerad vård för sin huvuddiagnos, å andra sidan har patienterna då vårdats av personal som inte haft samma vana vid att vårda smittsamma patienter.

Samtliga infektionskliniker uppger att samverkan med intensivvården (IVA) genom hela pandemin generellt fungerat mycket bra. Man har haft dagliga avstämningar och på många sjukhus har infektionsläkare och IVA-läkare gemensamt ”rondat” patienter med covid-19 på IVA. På flera sjukhus har IVA-läkare övervakat s.k. högflödes-syrgasbehandling på patienter som vårdats på vårdavdelning.

När belastningen på IVA varit mycket hög har det oftare förekommit diskussioner om vårdnivå. Patienter som infektionsläkare ansåg borde vårdas på IVA fick ändå vårdas på infektionskliniken, vilket innebar en mycket hög belastning även där. Några infektionskliniker upplevde att belastningen under dessa perioder av och till översteg vad man klarade av.

### *Stort behov av lokaler i alla regioner*

Lokalbehovet för covid-19-vård har varit stort i alla regioner men strategierna för att hantera detta har i stor utsträckning varierat mellan regionerna. Den initiala planeringen har genomgående varit att patienter med covid-19 skulle beredas plats på infektionsklinikerna men antalet svårt sjuka patienter ökade i sådan omfattning att infektionsklinikernas vårdplatser ganska snart inte räckte till. Inom någon till några veckor efter utbrottet blev det på alla sjukhus uppenbart att infektionsklinikerna inte kunnat vårda alla patienter med covid-19.

Tidigt i förloppet togs medicinska akutvårdsavdelningar i bruk, liksom intermediärvårdsavdelningar om sådana fanns.<sup>901</sup> Andra vårdavdelningar har också fått ställa om för att bereda plats till patienter med covid-19. Avdelningar inom den internmedicinska sfären har i

---

<sup>901</sup> Intermediärvårdsavdelningar beskrivs närmare i avsnitt 11.3.1.

första hand delat uppdraget med infektionsklinikerna, men även vårdavdelningar som tillhörde de opererande specialiteterna har gjorts om till covid-19-avdelningar.

I nästan hälften av regionerna har det funnits stängda avdelningar och mottagningar som kunnat öppnas och bemannas. Några andra har haft lokaler under renovering som inte öppnats för planerat ändamål utan för covid-19-vård. Ett omfattande anpassningsarbete har dock ofta krävts för att kunna utnyttja lokaler för sådan vård.

### *Omfördelning och inlåning av personal*

Personal omfördelades huvudsakligen inom sjukhusen, men rekrytering från primärvård och bemanningsföretag gjordes också. Bemanningen i vården har även förstärkts genom rekrytering av extra tillfällig personal.<sup>902</sup> Läkare hemmahörande på andra kliniker har på de flesta sjukhus engagerats i covid-19-vården.

Ett ständigt problem har varit att bemanna vården, mest uttalat under våg 2 och 3, även om det finns kliniker som upplevde att det var svårare att bemanna under våg 1. Problemen har varit störst i storstadsregionerna. Som förstärkningsmetod användes ofta övertidstuttag och förskjutna/begränsade semestrar.

När belastningen på IVA och intermediärvårdsavdelningar ökade fick infektionsavdelningar sköta patienter med större medicinska behov, såsom syrgastillförsel med högt flöde, vilket ställde ökade krav på kompetens och övervakning. Brist på extravak ledde till otillfredsställande övervakning med patientrisker som följd.

Hallgårdes rapport lyfter att det stora antalet svårt sjuka patienter har inneburit en brist både på antal medarbetare men också brist på tillräcklig kompetens.

Bemanningsituationen har som regel varit bättre när den betraktades som ett sjukhusövergripande ansvar och sjukhusens personalavdelningar involverades tidigt. En del sjukhus har haft belöningsystem som upplevts som orättvisa. De sjukhus som haft belöningsmodeller som riktat sig brett, företrädesvis till all personal som arbetat under exceptionella förhållanden, förefaller ha haft störst acceptans.

---

<sup>902</sup> Nationella vårdkompetensrådet (2021), *Pandemin och kompetensförsörjningen. Lärdomar och åtgärdsförslag efter coronavåren 2020.*

### *Inläggningskriterier*

I enkäten framkommer att på de flesta klinikerna har kriterierna för inläggning av covid-19-patienter inte ändrats över tid. En handfull kliniker uppger att man var något frikostigare med inläggning i början av pandemin innan man hade så stor kunskap om infektionen.<sup>903</sup> Efterhand utvecklades också bättre klinisk blick för vilka patienter som löpte ökad risk för svår sjukdom.

### *Avvikelse rapportering*

Antalet rapporter om avvikelser har på de flesta infektionskliniker legat på väsentligen samma nivå som tidigare år. Enstaka kliniker har uppgivit att antalet avvikelser ökat något men ungefär lika många att de minskat. Innehållet i avvikelserna har dock tydligt påverkats av pandemin. Många av avvikelserna har föranletts av brister hos skyddsutrustning, problem i samband med högflödesbehandling och övervakning, upplevelse av för låg vårdnivå, brister i arbetsmiljön men har också gällt ”utlokaliserade” infektionspatienter. Misstänkta fall av personalsmitta förefaller ha anmälts på de flesta kliniker. I Hallgårdes undersökning har det inte framkommit några misstankar om underrapportering.

### **11.2.3 Stor påverkan på sjukhusens övriga kliniska verksamhet**

De invärtesmedicinska specialiteterna har tillsammans med infektionsklinikerna påverkats mest genom att lokaler och personal i stor omfattning använts till att vårda covid-19-patienter. Hur den undanträngningseffekt som därigenom uppstått har påverkat vården av de patienter som normalt vårdas inom de internmedicinska specialiteterna är, enligt Hallgårdes rapport, svårt att bedöma. Påverkan tycks ha varit särskilt stor inom geriatrik och medicinska akutvårdsavdelningar (MAVA) och akutavdelningar samt i viss mån även hjärtavdelningar och onkologi. I kapitel 12 beskriver och fördjupar vi oss i sjukvårdens omställning vad gäller upprätthållen, inställd och uppskjuten vård.

---

<sup>903</sup> Ett skäl till detta var också att patienten skulle isoleras. Denna strategi övergavs dock snart på grund av den utbredda samhälls smittan och tillströmningen av sjuka patienter med behov av sjukhusvård.

De opererande klinikerna har i mycket stor omfattning minskat den verksamhet som kan senareläggas och över hälften av infektionsklinikerna har lyft fram effekter på kirurgisk och ortopedisk verksamhet.

De enda specialiteter som, med vardera ett undantag, inte nämns som påverkade i någon större omfattning är gynekologi/obstetrik och psykiatri. Öppenvården för icke-akut verksamhet har över lag minskats inom väsentligen alla specialiteter.

#### *Hur påverkades den ordinarie infektionssjukvården?*

Generellt medförde covid-19-pandemin stora undanträngningseffekter på den ordinarie infektionssjukvården. Infektionspatienter vårdades i stor utsträckning på andra vårdavdelningar. Patienter med isoleringsbehov vårdades dock på infektionsklinikerna och man försökte i det längsta bereda plats för patienter med allvarliga infektionssjukdomar som endokardit,<sup>904</sup> men detta lyckades ofta inte.

Ortopedklinikerna fick exempelvis vårda patienter med ortopediska infektioner och kirurgklinikerna patienter med infektioner i urinvägarna. Att man inte kunde bereda de vanliga patienterna plats på infektionsklinikerna ledde till att infektionsläkarnas konsultverksamhet fick förstärkas. Två sjukhus hade möjlighet att öppna upp en ny infektionsavdelning under pandemin och detta innebar att man åter kunde vårda majoriteten av de ordinarie patienterna. En klinik anger att de s.k. antibiotikaronderna som infektionsklinikerna på flera håll genomför på hela sjukhuset fick ställas in på grund av den stora arbetsbelastningen.

#### **11.2.4 Kunskapsinhämtning och riktlinjer**

Det har genomgående funnits ett intensivt sökande efter kunskap om hur patienter med covid-19 skulle behandlas. Allt som fanns att läsa i välrenommerad internationell litteratur granskades. Riktlinjer från Folkhälsomyndigheten följdes fortlöpande. Ofta har en eller två läkare på infektionsklinikerna haft ansvar för att både inhämta aktuell kunskap och se till att den spridits till alla berörda inom sjukhuset/regionen. Infektionsklinikernas läkare har i stor utsträckning

---

<sup>904</sup> Bakteriell, eller virusorsakad, inflammation i hjärtats klaffar.

ansvarat för regionala och lokala behandlings-PM, lathundar, rondstöd, checklistor, digitala föreläsningar och information på sjukhusens intranät.

Svenska Infektionsläkarföreningen, SILF, har sedan slutet av mars 2020 haft tätt återkommande webinarier kring behandlingen av covid-19-patienter och i juni 2020 lanserades det första nationella vårdprogrammet, Nationellt vårdprogram för misstänkt och bekräftad covid-19, som tagits fram av Svenska Infektionsläkarföreningen, Svenska Hygienläkarföreningen och Föreningen för Klinisk Mikrobiologi. Vårdprogrammet har uppdaterats två gånger sedan dess. Infektionsklinikerna har generellt följt rekommendationerna från webinarier och det nationella vårdprogrammet.

De nationella riktlinjerna från Folkhälsomyndigheten har framför allt varit av värde för smittskyddsarbetet avseende skyddsutrustning, epidemiologisk övervakning, smittspårning, smittfriförklaring och riktlinjer kring diagnostik. Även i infektionsvården upplevde flera kliniker dock att riktlinjerna för när munskydd och/eller visir skulle användas initialt borde ha innefattat alla personkontakter i vården, även vid symtomfrihet, då man inte visste tillräckligt om smittsamheten. Synpunkter har också framförts att det tog för lång tid för de nationella riktlinjerna att nå ut och att samordningen varit otillräcklig. Man upplevde att Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket gav olika råd.

Samtliga kliniker har svarat att såväl regionala som lokala riktlinjer tagits fram. Dessa har utgått från de nationella riktlinjerna men anpassats efter lokala förhållanden. De lokala enheterna för smittskydd och vårdhygien har spelat stor roll i detta arbete då de nationella riktlinjerna ibland upplevts som otydliga och emellanåt ändrats ganska tvärt. Några sjukhus har vid personkontakter valt en högre skyddsnivå då man uppfattat att Folkhälsomyndigheten underskattat smittrisen. Några kliniker uppger att man följde nationella riktlinjer för länge avseende användning av munskydd och visir. Man insåg tidigt att det förekom smittspridning av covid-19, både från personer innan de fått symtom och från personer som förblev asymtomatiska. Man borde ha tagit höjd för ökad smittsamhet initialt i avvaktan på mer kunskap.

### 11.2.5 Lärdomar

De allra flesta kliniker lyfter fram att en effektiv krisledning med tydlig styrning är av mycket stor vikt. I regioner med både regionala och lokala särskilda sjukhusledningar måste styrningen synkroniseras så att man drar åt samma håll för att samarbetet ska fungera. Sammansättningen av ledningsgruppen kan variera beroende på bl.a. storleken på sjukhuset och regionen, men det är viktigt att spetskompetens ingår och tillåts påverka besluten.

Ett nära samarbete mellan infektionsklinik, Vårdhygien och Smittskydd har också upplevts som en stor framgångsfaktor. Många poängterar att det är viktigt att ledningen vid en pandemi tydligt och tidigt visar, och också får acceptans för, att hanteringen av pandemin är hela sjukhusets ansvar. Samarbete över klinikgränserna måste ske. I sitt arbete med konsultstöd och informationsspridning har infektionsklinikerna blivit betydligt bättre på att använda digitala plattformar, såsom videosamtal och videokonferenser.

För att ha ett bättre och stabilare utgångsläge inför en framtida pandemi lyfts vikten av en pandemiplan fram. Denna måste innehålla en eskaleringsplan, en personalplaneringsstrategi samt säkerställa en beredskap vad gäller skydds- och provtagningsutrustning. Man bör också öva pandemi- och krishantering regelbundet. Flera kliniker efterlyser behov av beredskapslager eller, om möjligt, snabb omställning av inhemsk industri att tillverka skyddsutrustning.

Man saknade nationell styrning för att sprida vetenskapliga rön och ta fram behandlingsriktlinjer. Denna roll tog dock Svenska Infektionsläkarföreningen ganska snabbt på sig.

Man har upplevt en enorm inneboende kraft och vilja hos medarbetarna att ställa om vården för att kunna hantera ökade patientflöden och arbeta under exceptionella förhållanden. Reflektionssamtal för all personal är viktigt. Nationellt erfarenhetsutbyte för även mjuka frågor vore av värde.

Pandemin har inneburit en mycket stor arbetsbörda med utmaningar som man tidigare inte varit i närheten av, men Hallgärde anser sammanfattningsvis att infektionssjukvården med stort engagemang och med betydande stolthet på ett tillfredställande sätt har hanterat pandemin.



## 11.3 Intensivvården

Detta avsnitt avser att beskriva hur intensivvården kom att bedrivas under pandemin. Avsnittet bygger på en underlagsrapport till kommissionen ”Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin” av Bengt Gerdin, vid Uppsala universitet. Rapporten bygger på data från bl.a. svenska intensivvårdsregistret, intervjuer, samt svar på en enkät som skickades till landets samtliga intensivvårdsavdelningar.

### 11.3.1 Vad är intensivvård?

Intensivvården är den sista avancerade akuta vårdinstansen vid livshotande tillstånd, och är dessutom en förutsättning för att kunna genomföra viss större kirurgi med stort behov av stöd och övervakning av människans vitala funktioner.

Med intensivvård avses avancerad övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med svåra, ej sällan livshotande, sjukdomar eller skador. Intensivvårdsarbetet bedrivs i arbetslag med specialiserad vårdpersonal ständigt nära patienten och ska ledas av läkare med specialistkompetens i anestesi och intensivvård och helst fördjupningsutbildning i intensivvård. Intensivvård ska kunna bedrivas dygnet runt, årets alla dagar, med bibehållen kvalitet.<sup>905</sup>

Intensivvård ska vara en vårdnivå och inte en vårdplats.<sup>906</sup> För att kunna bedriva sjukvård i normalläge ingår dock i det moderna sjukhuset en eller flera lokaliteter/avdelningar utformade för att fungera som IVA.

Vid kris och ökat behov av intensivvård måste även andra lämpliga lokaler övervägas. Sådana ska, åtminstone till en del, vara förberedda som del i ett sjukhus beredskapsplanläggning. IVA-avdelningar kategoriseras utifrån nivå på den avancerade övervakning och behandling som tillhandahålls, från nivå I till nivå III: Universitetssjukhusen tillhandahåller den mest avancerade nivån. Många sjukhus har också avdelningar för intermediär vård. Det är vård som inte når upp till de krav som ställs på IVA-vård, men ändå är mer avancerad

---

<sup>905</sup> Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI), del av definition ur Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

<sup>906</sup> Definition från Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

än den som kan erbjudas på vanlig akutvårdsavdelning. Kapaciteten inom intermediärvården utökades på flera sjukhus under pandemin.

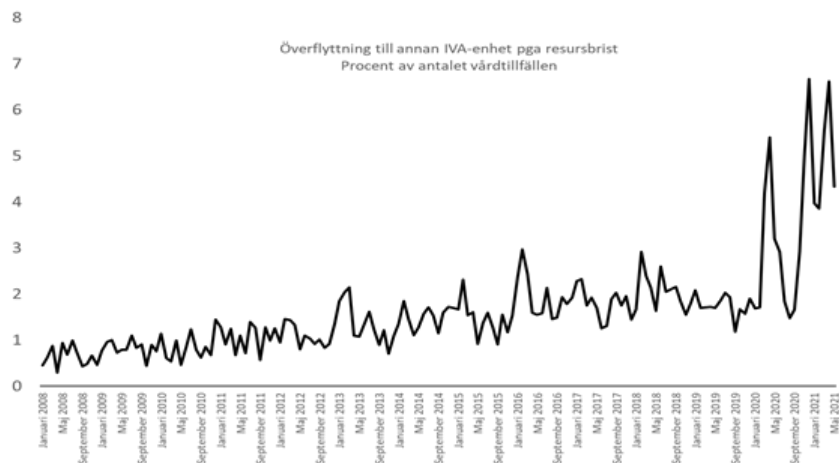
I Sverige bedrivs intensivvård på 83 intensivvårdsavdelningar som alla rapporterar vårdinformation till svenska intensivvårdsregistret (SIR). Innan covid-19-pandemin slog till producerades, med små variationer över tid, ungefär 10 000 intensivvårdsdygn per månad, fördelade på 4 000 vårdtillfällen. Medelvårdtiden var strax under 3 dygn och medianvårdtiden nära ett dygn.

Sedan länge pågår samarbete mellan närliggande sjukhus och mellan olika intensivvårdsavdelningar på sjukhus där flera sådana finns. Samarbetet har i första hand inneburit ett informellt informationsflöde, ömsesidigt stöd och flytt av patient vid tillfällig överbelastning.

Det finns stor erfarenhet att möta variationer i patienttryck. Nästan alla avdelningar beskriver välutvecklade rutiner i vardagen. Dagliga avstämningar av platssituationen genomförs mellan sjukhusets olika IVA där det finns flera sådana, liksom mellan närliggande sjukhus i såväl den egna regionen som i andra näraliggande samarbetsregioner. Regelbundna genomgångar av material- och personalläge görs vanligen. I enkätsvaren beskriver många en situation med små materialförråd och täta leveranser: ”just in time”, två gånger per vecka är standard.

Den svenska intensivvården har under lång tid beskrivit en ansträngd situation med personal- och platsbrist. Ett underskott av specialistutbildade sjuksköterskor i intensivvården har uppmärksamrats av såväl professionella organisationer som i statliga analyser. Den ansträngda vårdssituationen inom IVA-vården speglas av det antalet tillfällen då en IVA inte haft resurser/kapacitet att lösa sin uppgift. Detta visas av antalet överflyttningar av patienter mellan olika IVA som genomförs på grund av platsbrist. Sådana nödvändiga förflyttningar har sakta ökat över tid vilket framgår av figur 11.2. Figuren visar dels den långsamma ökningen över tid, dels den dramatiska ökningen av antalet förflyttningar när pandemin startade. Från ett effektivitets- och patientsäkerhetsperspektiv kan nämnas att en överflyttning dels innebär en negativ effekt på vårdtiden i sig eftersom transportdygnet i princip innebär ett förlorat dygn i aktiv behandling, dels utgör stor belastning på den redan ansträngda enheten, och utgör dessutom en för patienten riskabel situation.

Figur 11.2 Överflyttning till annan IVA på grund av resursbrist



Källa: Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

De sista tre förflyttningstopparna speglar covid-19-pandemin, men sammantaget ser man en stigande trend från 2008 och framåt.

En förutsättning för överflyttning av patient mellan två intensivvårdsenheter är en välfungerande avancerad sjuktransporttjänst. En sådan har de senaste decennierna funnits i Sverige, såväl på marknaden inom de egna regionerna, med helikopter inom vissa regioner och delvis då med möjlighet till nationell täckning, samt för en liten undergrupp patienter med flyg.<sup>907</sup>

### 11.3.2 IVA-vården under pandemin

Intensivvårdsavdelningarna var tidigt medvetna om risken för en hotande pandemi, bl.a. via europeiska kollegor. Enligt Gerdins rapport, hindrades tidiga förberedande åtgärder på vissa sjukhus av att den officiella bilden från Folkhälsomyndigheten under lång tid tonade ner risken för ett större utbrott i Sverige. Vanligt var att i första hand planera för att bedriva isoleringsvård i enkelrum, något som snabbt fick revideras till förmån för kohortvård. Andra planerade för en hel vårdkedja med plan för god eftervård och snabb avlastning efter

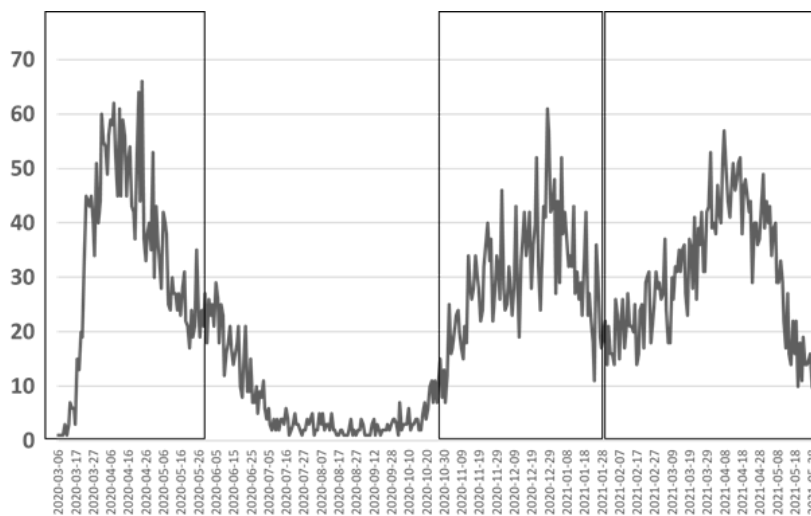
<sup>907</sup> Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA) planeras som en nationell resurs, ägs av Sveriges 21 regioner, bildades 2016, men har ännu inte kommit i gång.

nödvändig vård på IVA, liksom samordning av sjukhusets alla resurser och prioritering av verksamheter. På regionnivå gjordes vissa planer för användning av de gemensamma resurserna. Medicinsk-teknisk utrustning, lokaler och läkemedel inventerades. Åtgärder initierades för att skapa lagerberedskap. Utbildning av personal planerades och PM utformades. Respiratorer beställdes.

Den 6 mars 2020 påbörjades intensivvård av den första patient med covid-19 som krävde sådan vård i Sverige. Kommande dagar ökade antalet svårt sjuka som dagligen behövde och gavs intensivvård. Från och med den 22 mars skrevs ett fyrtiotal patienter in dagligen, och några dagar senare ett femtiotal. Eftersom vårdtiden visade sig bli lång ackumulerades snabbt ett stort antal patienter och belastningen på vården blev i det närmaste ohanterlig.

Denna höga belastning karaktäriserade hela våren 2020, men klingade av framåt sommaren. Det bedömdes dock möjligt att en andra våg av sjuklighet skulle uppträda efter sommaresemestrarna. Så blev också fallet, men ökningen från slutet av oktober var dock långsammare än under våren. Som mest skrevs ett sextiotal patienter per dag in till intensivvård i december. Antalet nyinlagda lugnade sedan ner sig till ett tiotal per dag i slutet av januari 2021, för att sedan öka till en tredje våg med ett femtiotal nyinlagda i början på april 2021. Slutet på våren 2021 liknade i mycket samma tid året innan med ett stadigt avklingande. Mönstret visualiseras i figur 11.3.

**Figur 11.3** Dagligen nyinskrivna patienter för intensivvård med diagnos covid-19



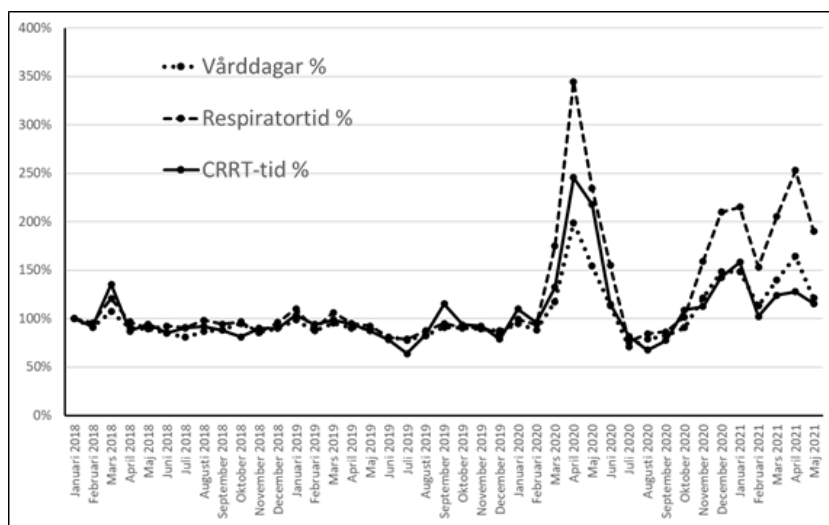
Källa: Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.<sup>908</sup>

Jämfört med vårdvolymen under åren 2018 och 2019 skedde en stor ökning av antalet vård dagar från mars 2020 och framåt. Under april 2020 var antalet vård dagar ungefär dubbelt så stort som innan pandemin slog till. Det totala antalet vårdtillfällen inom intensivvården under 2020 var samtidigt något lägre jämfört med 2019, 44 000 respektive 45 500. Till det bidrog att planerade kirurgiska åtgärder med postoperativt förväntat IVA-behov ställdes in under den första vågen. Det avspeglades i en kraftig minskning av övrig intensivvård, se vidare i kapitel 12, om inställd och uppskjuten vård. Däremot ökade den totala vårdtiden, som speglar den totala belastningen, under året från 121 310 vård dygn år 2019 till 155 671 vård dygn år 2020. Under de mest belastande månaderna var beläggningsökningen mer än ett hundra procent. Den stora ökningen i total vårdtid förklaras av att medianvårdtiden per vårdtillfälle för covid-19-patienterna 2020 var hela 6,1 dygn jämfört med en medianvårdtid för alla IVA-patienter år 2019 på 1,1 dygn. Antalet dagar med respiratorvård

<sup>908</sup> Figuren visar även den ad hoc avgränsning av de tre vågorna som gjorts i denna rapport, med den första vågen beskriven i form av registerinformation från den 1 mars till och med den sista maj 2020, den andra vågen från den 1 november 2020 till och med den sista januari 2021, och den sista, eller snarare tredje, vågen från den 1 februari till datainsamlingens slut den sista maj 2021.

och njurfunktionsstöd (CRRT) ökade också markant. Dessa mått speglar bättre den ökade arbetsbördan för vårdpersonalen än enbart antalet vård dagar (se figur 11.4).

**Figur 11.4** Antal vård dagar, respiratortid och tid med kontinuerligt njurfunktionsstöd (CRRT) i timmar; allt i relation till produktionen i januari 2018 som definierats som 100 procent



Källa: Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

Det tog alltså betydligt längre tid för de som vårdas på IVA på grund av covid-19 än för andra IVA-patienter att normalisera sina livsviktiga organfunktioner. Detta innebar längre tid med svår belastning på kroppen, längre tid för återhämtning till normaltillstånd, och större risk för olika typ av vårdrelaterade komplikationer, såsom infektioner och trycksår.

### 11.3.3 Intensivvårdens omställning

Den 18 mars skrev Svensk Förening för Anestesi och Intensivvårds (SFAI) till socialministern och begärde omedelbar ökning och samordning av svenska intensivvårdsresurser. I brevet förutsågs i första skede minst en 50-procentig ökning av antalet vårdplatser, och tolkningen var att förberedelser måste göras för att kunna tillskapa tvingande lagstiftning eller annan reglering för att kunna omfördela

tillgänglig personal och utrustning till intensivvårdsplatser, ändra arbetsscheman, samt tillföra nödvändiga ekonomiska resurser. Det påpekades att det saknades ett övergripande nationellt ansvar för att leda och samordna intensivvården varför man begärde en nationell arbetsgrupp med beslutsmandat, och erbjöd professionens medverkan i detta arbete.

### *Samordnande nätverk*

Den 19 mars 2020 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att skapa en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser. Uppdraget innebar i huvudsak att skapa nationella lägesbilder av antalet intensivvårdsplatser och ECMO-intensivvårdsplatser<sup>909</sup> att kontinuerligt förmedla information till regionerna för att stödja dem i koordinationen, och att stödja regionernas arbete med att utöka antalet intensivvårdsplatser. Den 20 mars 2020 träffades en överenskommelse mellan Socialstyrelsen och den ideella organisationen SIR<sup>910</sup> om att SIR skulle övervaka covid-19-läget inom svensk intensivvård inom ramen för sin dagliga intensivvårdsregistrering.

Från och med den 30 mars 2020 kom samtliga patienter som vårdas på svenska intensivvårdsavdelningar med bekräftad infektion av covid-19 att registreras i egen portal inom SIR/SIRI. SIR:s data sändes därefter dagligen till Socialstyrelsen. Då hade redan 408 patienter lagts in för IVA-vård med covid-19-diagnos i Sverige.

Den andra delen av uppdraget, att kontinuerligt förmedla aktuella lägesbilder till regionerna för att stödja dem i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet, förutsatte att sammanställningar av nationella och regionala lägesbilder återförmedlades till regionerna. Detta bedömdes av Socialstyrelsen initialt inte vara möjligt eftersom sådana sammanställningar kunde ge en fingervisning om Sveriges beredskapsförmåga, varför dessa sammanställningar sekretessbelades. Konsekvensen av detta blev ett kunskaps-

---

<sup>909</sup> ECMO står för Extra Corporeal Membran Oxygenering, dvs. blodet syresätts med en konstgjord lunga utanför kroppen. Den mest avancerade typen av intensivvård.

<sup>910</sup> SIR är en ideell förening som grundades 2001 av läkare inom svensk intensivvård och är idag ett nationellt kvalitetsregister och har svenska intensivvårdsavdelningar som medlemmar. Svenska Intensivvårdsregistret har sitt juridiska säte i Region Värmland. Verksamheten bedrivs med stöd av statliga medel för kvalitetsregister, som i realtid kan ge myndigheter och allmänhet information om förhållandena inom intensivvården.

vacuum för regionerna vilket omöjliggjorde en behovsstyrd samordning av landets IVA-resurser.

Som följd av denna bristande återkoppling av tolkad information initierade därför hälso- och sjukvårdsdirektörerna ett vårdstyrat samordningsnätverk, ”IVA-samordningsnätverket”. Denna gruppering sammanställde och bearbetade med stöd av SIR samma data som hämtats av Socialstyrelsen till ett eget dagligen uppdaterat arbetsmaterial som underlag till styrning. Det fanns inte någon förberedd struktur för detta. Till nätverket knöts regionernas TiB (Tjänsteman i beredskap, se kapitel 5 och kapitel 10) från alla regioner, ledande intensivvårdsläkare från regionerna, nationellt och regionalt sjuktransport-/helikopteransvariga, liksom representanter för Socialstyrelsens krisledning. Nätverket använde samma dagliga information som SIR rapporterar till Socialstyrelsen. Under pandemins mest aktiva fas hade nätverket digitala möten dagligen, senare tre gånger per vecka, där central information avseende dagens IVA-vård och de nödvändiga transporter av patienter mellan olika intensivvårdsavdelningar som inte kunnat hanteras regionalt, noterades. IVA-samordningsnätverkets hade på så sätt en mycket viktig roll för den nationella styrningen av IVA-vården. Efter att Socialstyrelsen omprövat sekretessfrågan, har ett välfungerande samarbete av IVA-samordningen utvecklats, där Socialstyrelsens analysförmåga bidragit. Vid nätverkets möten har Socialstyrelsens experter inom intensivvård samt stabspersonal och analytiker deltagit. Socialstyrelsen har bidragit med lägesbilder och andra former av information.<sup>911</sup>

Efter att behovet av samordning av den svenska intensivvården framförts till Socialstyrelsen den 18 mars 2020 skapades under Socialstyrelsens koordinering en IVA-referensgrupp och ett professorsnätverk. Den 24 mars 2020 hölls det första mötet i en IVA-referensgrupp som bildats. Sammankallande i nätverket är stabsläkare i intensivvård i Socialstyrelsens krisledning.<sup>912</sup> Gruppen förde övergripande diskussioner om hur intensivvården ska bedrivas optimalt under pandemin och ger ett kunskapsunderlag till Socialstyrelsen, framför allt vad gäller material- och personalbehov vid en eskalering av intensivvården. Gruppen möttes varje vecka. Dessutom initierades ett professorsnätverk som tog på sig att följa den snabba

---

<sup>911</sup> Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

<sup>912</sup> Gruppen utformades med ledande representanter för SIR, SFAI och dess underföreningar SIS och Rf AnIva, och ytterligare tre regionala representanter för att få nationell täckning.



kunskapsutvecklingen för att sprida kunskapen och därmed ge konkret kunskapsstöd.

### *Flygtransporter av IVA-patienter*

Socialstyrelsen har stöttat IVA-samordningen genom nationella extraresurser för patienttransporter, i form av helikoptrar och flygplan. Dessa var, enligt Gerdins rapport, av största betydelse för att stödja patientflöden mellan sjukhus, och framför allt mellan regioner.

Den 16 april 2020 hemställde Socialstyrelsen på uppdrag av SKR om Försvarsmaktens helikopterresurser för att stödja regionerna med transport av kritiskt sjuka patienter med covid-19 i behov av intensivvård.<sup>913</sup>

Enligt Gerdin initierades den 30 april 2020 ”Nationell beställningsrutin av extra intensivvårdstransporter” via Sjukvårdens larmcentral i Region Uppsala, som kunde bistå med att koordinera annan lämplig resurs när den egna inte var tillgänglig. Denna kunde vara luftburen transport från annan region, men även Försvarsmaktens och Sjöräddningens flygande resurser.

Den 3 juni 2020 startade verksamheten med extra nationella flygresurser. Verksamheten fick finansiellt stöd från Socialstyrelsen och beställningar av transporter och koordinering skedde via Sjukvårdens larmcentral i Region Uppsala. Transporter genomfördes av patienter såväl med som utan covid-19-sjukdom, i syfte att möjliggöra vård av covid-19-patienter, antingen genom att vårdplatser frigjordes, eller att patienter transporterades till andra sjukhus för att få vård.

### *Regioner som hade högst belastning under första vågen*

Region Stockholm fick först i landet uppleva den explosiva, nästan okontrollerbara ökningen av IVA-vård. Den 16 mars 2020 fattade den Regionala sjukvårdsledningen (RSSL) beslut om att akutsjukhusen skulle vara förberedda att på anmodan utöka sin respektive IVA-kapacitet med minst 50 procent. Samma dag konstaterades att den kapacitet som då förfogades över inte skulle räcka till, med risk att även den 50-procentiga utökning av IVA-platser som sjukhusen

---

<sup>913</sup> Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

fått i uppdrag att säkerställa inte skulle räcka till. Den 22 mars bestämdes därför att bygga ett "fältsjukhus" inuti Stockholmsmässan i Älvsjö för att öka kapaciteten för både intensivvård och intermediärvård i regionen. Det kom aldrig att användas.

Den nästan ohållbara tidiga situationen i Region Stockholm ledde i mitten på april till att två sjukhus övervägde att övergå till katastrofläge. Detta avstyrades genom beslut om att styra om patientflöden mellan akutsjukhusen.

Även i Västra Götaland fanns stor oro över att behovet av IVA-vård snabbt skulle eskalera över alla gränser och att det skulle ske en okontrollerad smittspridning som skulle påverka annan vård. Detta motiverade en överenskommelse med Försvarsmakten att sätta upp ett fältsjukhus i anslutning till Östra sjukhuset i Göteborg för att kunna skilja covid-19-sjuka IVA-patienter från annan IVA-vård. Sjukhuset var i funktion från den 27 mars 2020 några månader framåt och totalt vårdades där 26 patienter. När det visade sig att belastningen inte blev så stor som fruktat stängdes sjukhuset.

I de delar av landet som drabbades tidigt blev tiden för reflexion och lärande kort, eller ingen. Det var uppenbart att de sjukhus som drabbades tidigt fick ta emot en stor mängd patienter innan praktiska svenska rutiner fanns, vilket var extra belastande. Många svar beskrev det kaos som upplevdes under den första pandemifasen och hur vårdpersonalen upplevde dels en kraftig kvalitetsförsämring av omvårdnaden, dels den etiska stress detta innebar för de som arbetade.

### *Den praktiska omorganisationen*

Initialt var det vanligt att planera för vård på enkelrum på grund av smittsamheten. Tidigt i planeringen blev emellertid kohortvård ett naturligt och tvingande val för de flesta enheter. Några IVA valde att använda operationssalar som kohort för fyra patienter, andra kunde hitta tillräckligt stora vårdgolv, vilka med viss ombyggnad fungerade som stora kohortrum. Det var vanligt att tvingas ändra rumsplaneringen och lokaler under pandemin.

En viktig del i eskaleringen var att säkerställa att det fanns möjlighet att bedriva intermediär vård (IMA-vård), exempelvis inom in-

fektionssjukvården eller på postoperativa vårdplatser, eller akutvårdsavdelningar.

Den största utmaningen för att kunna eskalera vården var bristen på personal. En första åtgärd på många sjukhus var att omlokalisera sjuksköterskor med IVA-utbildning som arbetade med annan vård. Specialistutbildad personal från anesthesi och operation överfördes till IVA. Det gällde såväl specialistsjuksköterskor som rutinerade undersköterskor. På IVA skapade man då arbetslag med egen rutinerad IVA-utbildad sjuksköterska som arbetade som ”handledare” till den överförda personalen. Detta underlättades där kohortvård bedrevs. Flera personalkategorier tillkom.

Kliniken förbereddes tidigt för omfattande förändringar, med arbete i olika arbetsgrupper. Det planerades för omfördelning av personal från OP till IVA. Nya vårdlag och stödresurs t.ex. läkemedelssköterskor definierades och samtränades, vårdlagen etablerades med hjälp av personalresurser från andra kliniker t.ex. undersköterskor, ambulanspersonal. Personal från medicinkliniken tränades för att bedriva intermediärvård. Läkare från andra kliniker rekryterades, utbildades och introducerades i att effektivt assistera intensivvårdsläkare.<sup>914</sup>

En nyckelfråga var vilken övergripande princip som skulle gälla vid resursbrist: ”flytta personal eller flytta patient”. Inom några regioner valdes att initialt nedrusta mindre IVA-enheter genom att låta kompetent personal förstärka IVA på länssjukhuset.

En viktig del i att möta behovet av IVA-vård blev dock i stor utsträckning att förflytta patienter. Ungefär var femte patient med covid-19 ankom till en IVA-avdelning från en annan IVA-avdelning (annat sjukhus eller samma sjukhus).<sup>915</sup> Förflyttningarna mellan sjukhus skedde företrädevis mellan regionsjukhus och länsdelssjukhus. En fjärdedel av alla patienter som ankom till IVA på ett länsdelssjukhus flyttades från IVA på ett annat sjukhus.<sup>916</sup> Förberedelseåtgärder inför förflyttningar, både på avsändande och mottagande IVA, är mycket personalkrävande, vilket påverkar avdelningarnas totala vårdkapacitet.

---

<sup>914</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>915</sup> Figur 11.2 visar alla överflyttningar mellan IVA-enheter, alltså även patienter som inte vårdas för covid-19. För patienter med covid-19 är andelen överflyttningar betydligt högre.

<sup>916</sup> SIR-data tolkad i Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

De flesta transporterna löstes med hjälp av den egna regionen. Ett 25-tal transporter skedde med hjälp av den extraresurs som Socialstyrelsen initierat med Sjukvårdens larmcentral.

### *Intagningskriterier*

Vad som medicinskt innebar behov av IVA-vård, intagningskriterier, förändrades egentligen inte under pandemin. Däremot har kunskapen om själva sjukdomsprocessen ökat vilket ökat precisionen i bedömningarna.

Nej, intagningskriterierna är konstanta. Förberedelser för att tillämpa urvalskriterier gjordes, men behövde aldrig användas. Däremot har patientgrupper med icke-obligat intensivvårdsbehov tryckts mot lägre vårdnivå. Detta givetvis på grund av den generella belastningen och beläggningen.<sup>917</sup>

Det stöd som Socialstyrelsen har publicerat avseende nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden uppfattas av intensivvården ha varit betydelsefullt, även om endast ett fåtal antyder att det behövts användas.

### **11.3.4 Vårdkvalitet och avvikelser**

I Gerdins rapport framkommer förändringar i mönstret av avvikelser som rapporterats. Det förekom en ökning av avvikelser relaterade till det som är typiskt för covid-19-vården, dvs. risker för smitta, men också risker vid arbete i tung skyddsutrustning, och sådana avvikelser som är relaterade till det stora antalet medarbetare med begränsad erfarenhet av IVA-vård.

De långa vårdtiderna innebar även ett ökat antal avvikelser för exempelvis uppkomst av trycksår. Arbete i kohort hade även en påtaglig nackdel för patienterna – en orolig stressande miljö med höga ljud och mycket spring, som utan tvekan påverkat vårdkvaliteten.

Det finns skillnader i överlevnad under pandemins förlopp som visar att överlevnaden förbättrades redan någon månad in i pandemin. Vid en internationell jämförelse framgår i Gerdins rapport att

---

<sup>917</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

de svenska överlevnadssiffrorna för de som IVA-vårdats med covid-19 står sig väl i en internationell jämförelse.<sup>918</sup>

IVA-vården av andra tillstånd än covid-19 drabbades på grund av att de mest erfarna och kompetenta intensivvårdssjuksköterskorna och undersköterskorna fick ta hand om patienterna med covid-19.

### 11.3.5 Ny kunskap, IVA-vård av patienter med covid-19

Kunskapsinhämtningen och kunskapsspridningen kring IVA-vård under pandemin har i stor uträkning skett på informell basis. Det skedde genom ett intraprofessionellt lärande som styrdes upp av dynamiska nätverk. ESICM – European Society of Intensive Care Medicine – bidrog med viktig information, liksom svenska nyskapade nätverk. Infektionsläkarföreningens återkommande webinarier har varit mycket viktiga även för IVA-enheternas kunskapsinhämtning.

Pandemin har gett betydande ny kunskap för arbete inom IVA-vården. Det har framför allt gällt en effektivare och mer precis tolkning av hur många tillstånd med nedsatt syresättning som kan behandlas utan respirator. Det har också visat sig att sådan behandling är mindre lungskadande än tidigt insatt respiratorbehandling. Dessutom har viktiga perspektiv tillkommit avseende hur snabbt svår lungskada läker. Sammantaget har dessa lärdomar gjort att behandlingen blivit mer precis, kunnat anpassas till den enskilde patientens förutsättningar och inneburit en bättre prognos.

Samtidigt innebar anpassningen till pandemin att andra uppgifter som exempelvis vårdutveckling och klinisk forskning för att förbättra vårdens kvalitet och resultat fick sättas på sparlåga.

### 11.3.6 Lärdomar

IVA-samordningsnätverket kom att spela en mycket viktig roll för att optimera landets IVA-resurser under den föränderliga situation som pandemin innebar. Det skapades alltså utifrån ett akut upplevt behov av samordning. Med hjälp av en minimal datamängd från varje

---

<sup>918</sup> Se även R. A. Armstrong m fl. (2021), *Mortality in patients admitted to intensive care with COVID-19: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies*. *Anaesthesia*, 76: 537-548.

IVA kunde man närmast i realtid hantera och tolka de dagliga fluktuationerna av vårdbehovet. En implementering av detta, eller liknande, nätverk i framtida beredskapsplanering vid långvarig särskild händelse framstår som högst motiverad.

Den största utmaningen som också hade störst påverkan på förmågan att bedriva IVA-vård var att säkerställa bemanningen, både kvantitativt och kvalitativt, och över tid. Se mer under 11.2.

Vi kan konstatera att behovet av personal, av teknikstöd, av förbrukningsmaterial, och av de läkemedel som utgör stommen vid all IVA-vård, bl.a. narkosläkemedel, har ökat i det närmaste linjärt med antalet vård dygn. Detta är en erfarenhet som måste omsättas i beredskap. Beredskapen för den intensivvård som kommer att belastas under pandemin är central för att minska dödligheten hos de svårast sjuka.

## 11.4 Brist på medicinteknisk utrustning och material

Tillgång på medicinteknisk utrustning har tidvis varit problematisk även om en tredjedel av klinikerna anger att tillgången på erforderlig utrustning varit tillfredställande men att det ibland har det krävts omfördelning inom regionen. Högflödesbehandling med syrgas visade sig tidigt vara en fungerande behandlingsmetod vid covid-19. Antalet apparater för högflödesbehandling med syrgas (HFNO) före pandemin har varierat stort mellan sjukhusen, vilket delvis beror på att metoden inte varit etablerad på alla kliniker och sjukhus. Befintlig utrustning i förråd och på andra kliniker var ibland av bristande kvalitet. I ett fall löstes bristen med hemmabyggen. Drygt en tredjedel av klinikerna beställde nya HFNO-apparater under våren 2020 vilket resulterade i besvärande leveranstider initialt men under sommaren 2020 var bristen hanterbar och under hösten 2020 var tillgången tillfredställande. Förutom brist på apparatur så var det även brist på tillbehör i form av slangar, kopplingar och till exempel sterilt vatten. Inom IVA-vården ökade behovet av respiratorer snabbt.

Några kliniker har haft problem med att det tagit orimligt lång tid att få fram övervakningsutrustning för patientnära användning och även haft brister på systemnivå (datanät till övervakningscentral) vilket lett till tillbud.

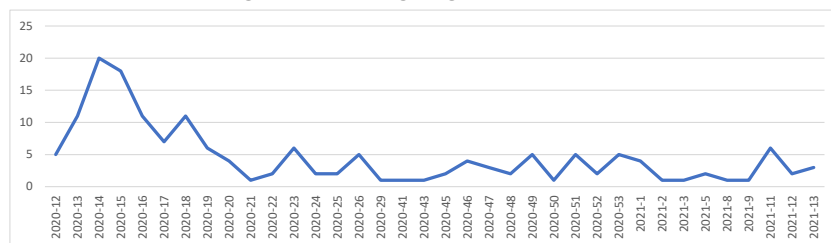
Det kraftigt ökande behovet av syrgas har belastat syrgaslager, förgasning från flytande form och distributionssystem på sjukhuset vilket i några fall krävt om- och utbyggnad av systemen. I några fall har ventilationssystemen i lokalerna varit bristfälliga och krävt ombyggnad.

### *Socialstyrelsens arbete för att säkra medicinsk utrustning*

Som beskrivs i kapitel 8 gav regeringen i mars 2020 Socialstyrelsen uppdraget att säkra tillgången till medicinsk utrustning som behövs i intensivvården eller annan vård till följd av spridningen av covid-19. Under pandemin har Socialstyrelsen fördelat medicinteknisk utrustning till regionerna. Mellan vecka 12 år 2020 och vecka 13 år 2021 inkom 164 ärenden begäran om stöd avseende medicinteknisk utrustning. Om en specifik produkt inte har kunnat levererats har Socialstyrelsen i den mån det varit möjligt försett regionerna med alternativa produkter. De produkter som har efterfrågats i störst utsträckning från Socialstyrelsen har varit respiratorer, övervakningsmonitorer och aktiva befuktare. Förutom detta så har exempelvis sprutpumpar efterfrågats men Socialstyrelsen har inte haft möjlighet att erbjuda dessa produkter.<sup>919</sup>

**Figur 11.5 Begäran om stöd avseende medicinteknisk utrustning vecka 12 2020 till vecka 13 2021**

Antal begäran för samtliga regioner



Anm.: Tidsangivelsen (vecka) tidpunkten när begäran inkom till Socialstyrelsen och statistiken avser ärenden med tilldelning.

Källa: Socialstyrelsen, Svar på Coronakommissionens frågor, den 1 oktober 2021.

<sup>919</sup> Socialstyrelsen svar på Coronakommissionens frågor, den 1 och den 5 oktober 2021.

Samtliga regioner har begärt stöd från Socialstyrelsen även om behoven har varierat.

Vid intervjuer med hälso- och sjukhusdirektörsnätverket har framkommit att Socialstyrelsens fördelning av medicinteknisk utrustning har varit ett viktigt, för några regioner avgörande, tillskott för att klara situationen, exempelvis när det gäller lån av respiratorer.<sup>920</sup> I kapitel 8 belyser vi statsbidragen för medicinteknisk utrustning.

## 11.5 Smittspridning i slutenvården

Under pandemin har smittskyddsstrategierna successivt breddats. I början var fokus på att hindra att personalen smittades. Man uppmärksammade dock tidigt spridning personal till personal och man skärpte därför rutinerna för att hålla distans t.ex. i personalutrymmen, vid möten, ronder och samåkning.

Här bör lyftas vikten av ändamålsenliga lokaler för andra delar av personalens arbete än själva patientarbetet, och för gemensamma personalutrymmen. Efter hand infördes generellt användande av munskydd och visir. Några kliniker införde detta innan nationella rekommendationer förordade åtgärden eftersom man erfor att även personer utan symtom kunde smitta.

Trots att man följt eller till och med använt munskydd och visir i högre omfattning än Folkhälsomyndigheten rekommenderat har man haft en ganska hög smittspridning. Den vanligaste observerade smittspridningen bedömdes sannolikt vara från omgivningen utanför sjukhuset till personal. En klinik rapporterade att 60 procent av medarbetarna haft covid-19. En klinik har rapporterat spridning på kliniken trots fullvaccinerad personal. Risken för allvarlig smittspridning förefaller dock ha varit lägst på infektionsklinikernas covid-19-avdelningar och IVA.

Inom IVA-vården rapporterades smittspridningen vara minimal. Den mest påtagliga konsekvensen av smitta bland personalen var att bristen av kunnig arbetskraft blev extra påtaglig. En av landets IVA-avdelningar fick till och med stänga på grund av personalbrist till följd av smittspridning inom personalgruppen.<sup>921</sup>

---

<sup>920</sup> Möten med SKR och regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer, den 14 september och den 15 september.

<sup>921</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.



Risken har varit något större på covid-19-avdelningar i andra klinikers lokaler och störst på enheter där patienter vårdades för annan huvuddiagnos än covid-19. När testkapaciteten ökade infördes succesivt provtagning av personal både med och utan symtom. Vid inträffade smittfall har gängse isolerings- och smittspårningsinsatser gjorts med stöd av Vårdhygien, Smittskydd och chefläkare. En region har Lex Maria-anmält ett allvarligt utbrott med flera dödsfall.

Exempel på införda åtgärder, förutom generella hygienrutiner som handhygien framgår av nedanstående tabell 11.1.

**Tabell 11.1 Smittvägar och införda åtgärder**

Smittväg	Åtgärd
Patient till personal	Skyddsutrustning
Personal till personal	Avstånd, begränsat antal personal per yta vid rond, i personalrum och trånga lokaler samt munskydd och visir
Omgivning till personal	Testning vid symtom och regelbunden screening
Personal till patient	Munskydd och visir
Omgivning till patient	Testning av alla intagna patienter och besöksrestriktioner
Patient till patient	Isolering

Källa: Åsa Hallgärde, underlagsrapport (2021), *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19-pandemin*.

## 11.6 Rehabilitering

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. I rehabilitering behövs tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art, och kombineras utifrån den enskildes behov. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Med anledning av antalet patienter som vårdas för covid-19 har behovet av rehabilitering ökat. Det finns därför ett stort behov av rehabiliterande insatser under och efter sjukdomsperioden i covid-19.<sup>922</sup>

Det här avsnittet baseras främst på kunskapsunderlag från Socialstyrelsen, intervjuer med Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna, en uppföljande enkät som dessa föreningar publicerat, samt svar på en enkät om primärvården som kommissionen skickat till landets regioner.

### 11.6.1 Ökat behov av rehabiliteringsinsatser

I maj 2020 utkom Socialstyrelsen med ett första kunskapsunderlag avseende rehabilitering i samband med covid-19.<sup>923</sup> Rapporten har sedan dess reviderats och kompletterats med delar fokuserade specifikt på sjukhusvård och på primärvården. I underlaget konstaterade Socialstyrelsen bl.a. att behovet av rehabilitering förväntades öka i och med det stora antalet patienter som vårdades för covid-19. Socialstyrelsen bedömde därför att vårdkedjorna skulle behöva anpassas för det ökade behovet av rehabilitering, särskilt för patienter som fått intensivvård, då intensivvård har visat sig kräva betydligt längre tid för patienter med covid-19 än för patienter med andra sjukdomar. Kända komplikationer efter intensivvård, såsom förlust av muskelmassa och muskelfunktion, inklusive andningsmuskulatur kunde därför accentueras. Dessutom får många patienter neurologiska och psykiska besvär. Ett samlat begrepp för besvär som kan uppstå efter intensivvård är post intensive care syndrome (PICS), som omfattar fysiska, psykiska och kognitiva nedsättningar.<sup>924</sup>

Det har visat sig att även personer som insjuknat i covid-19 men inte besökt sjukhus kan uppvisa besvär i flera månader efter sjukdomen, se mer under avsnittet om postcovid. Socialstyrelsen konstaterade att det fanns ett stort behov av rehabiliterande insatser under och efter sjukdomsperioden i covid-19, oavsett om patienten vårdats på sjukhus eller i hemmet. Under den akuta sjukdomsperioden inom slutenvården pekar Socialstyrelsen på vikten av tidig rehabilitering, anpassade andningsövningar, kognitiv rehabilitering och mobilisering. Exempel på rehabiliterande insatser inom primär-

---

<sup>922</sup> Socialstyrelsen (2020), *Rehabilitering i samband med covid-19 – stöd för planering*.

<sup>923</sup> Socialstyrelsen (2020), *Rehabilitering i samband med covid-19 – stöd för planering*.

<sup>924</sup> Idem.

vården för patienter med covid-19 är andningsträning, träning av fysiska förmågor och aktivitetsförmågor, nutritionsinsatser samt utprovning av hjälpmedel.<sup>925</sup>

### 11.6.2 Omställd vård och minskade rehabiliteringsinsatser

I kapitel 12 beskrivs bristen på arbetsterapeuter och fysioterapeuter, både inom specialiserad vård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Under pandemin har detta blivit allt mer märkbart.<sup>926</sup>

I samtal med Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna framkommer att pandemin bl.a. har medfört personalförflyttningar. Arbetet har också fokuserat på utbildning av övrig personal för att på sätt inkludera rehabilitering inom omvårdnad generellt. Detta har varit särskilt viktigt under de perioder då skyddsutrustning har varit en bristvara och patientnära arbete för alla yrkeskategorier har varit något begränsat.<sup>927</sup> En enkät till landets intensivvårdsenheter bekräftar bilden att fysioterapeuter fått en ny och framträdande roll i intensivvården av patienter med covid-19.<sup>928</sup>

Uppföljningen av patienter som fått intensivvård och sjukhusvård för covid-19 har fungerat relativt bra, anser Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna och samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård har upparbetats för patientgruppen. En enkät riktad mot den kommunala hälso- och sjukvården visar dock på brister. En första undersökning genomfördes i maj 2020, riktad till kommunernas Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Den visade att inom den kommunala hälso- och sjukvården har förändringar i prioriteringsordning inneburit att icke-akuta åtgärder inklusive hjälpmedelsutprovning skjutits upp/ställts in. Patienter hade i större utsträckning hänvisats till sina rum vilket lett till ett ökat stillasittande och en ökad risk för liggsår, blodproppar etc. Dessutom bedömdes att besöksförbudet kan ha inneburit att behov inte har identifierats och att personen inte fått de åtgärder som behövdes.<sup>929</sup>

---

<sup>925</sup> Idem.

<sup>926</sup> Möte med Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna, den 1 juni 2021.

<sup>927</sup> Idem.

<sup>928</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

<sup>929</sup> Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna, (2020) *Sammanfattande resultat av enkät till MAR: kommunernas beredskap ur ett rehabiliterande perspektiv vid covid-19*.

I en uppföljande enkät från februari 2021, framkom att kommunerna i något högre utsträckning klarade sitt rehabiliterande uppdrag, jämfört med i juni 2020. Dock skattade var tredje MAR patientsäkerheten som låg till mycket låg vad gäller hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser. Den specifika rehabiliteringen och hjälpmedelsförskrivningen upplevs mer välfungerande, medan bristerna rör det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Följden blir åter ökad inaktivitet och fler passiva hjälpmedel – ett skifte från aktiva till mer passiva insatser.

Vad gäller rehabilitering efter genomgången covid-19-infektion visar enkätundersökningen att en tredjedel inte<sup>930</sup> ansåg sig klara sitt rehabiliterande uppdrag gentemot patienterna. Över hälften svarade att Socialstyrelsens kunskapsstöd i verksamheten för rehabilitering i samband med covid-19 inte hade implementerats.

När det gäller övriga patienter med symtom efter covid-19, som söker sig direkt till primärvården, utan att ha vårdats på sjukhus, anser organisationerna att inflödet av patienter i behov av rehabilitering varit lägre än förväntat. Det finns en risk att patienterna har fallit mellan stolarna och att rehabiliteringsinsatser därmed inte har kunnat sättas in i ett tillräckligt tidigt skede. De efterlyser även ett tydligare multiprofessionellt tänkande och arbetssätt, kring patienter som har följsymtom efter covid-19.<sup>931</sup>

Under den första vågen av covid-19 påverkades rehabiliteringsarbetet inom hälso- och sjukvården utanför covid-19-vården. Efterfrågan på rehabiliteringstjänster minskade när patienter valde att inte komma till planerade möten och rehabilitering, och ett minskat antal nybokningar. Gruppträningar och även individuell rehabilitering ställdes också in eller erbjöds i vissa fall digitalt.<sup>932</sup>

Samtidigt som covid-19-pandemin har inneburit en ökning av rehabiliteringsbehov inom slutenvård, primärvård och kommunal sjukvård, har rehabiliteringsinsatser minskat för andra sjukdomar. Detta har, enligt organisationerna, lett till en rehabiliteringsskuld.

---

<sup>930</sup> En tredjedel bedömde att de endast i låg till mycket låg utsträckning klarade uppdraget, att jämföra med rehabilitering som inte var relaterad till covid-19 där en fjärdedel av kommunerna inte ansåg sig klara sitt uppdrag till låg utsträckning men ingen till mycket låg utsträckning.

<sup>931</sup> Möte med Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna, den 1 juni 2021.

<sup>932</sup> Möte med Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna, den 1 juni 2021.

## 11.7 Postcovid

Redan tidigt under pandemin noterades att personer som genomgått en akut covid-19-infektion, i vissa fall, även drabbats av mer eller mindre uttalade långtidskomplikationer. Dessa komplikationer förekommer oftare hos personer som genomgått svår sjukdom och vårdats på sjukhus. Det gäller särskilt de personer som fått IVA vård och har legat en lång tid i respirator. Långtidskomplikationer förekommer dock även hos personer som haft ett förhållandevis mildt förlopp av sjukdomen där sjukhusvård inte varit nödvändig och hos barn och unga.<sup>933 934</sup> Det här avsnittet bygger främst på rapporter och kunskapsunderlag från WHO, Kungliga Vetenskapsakademien (KVA), Socialstyrelsen, SBU, SKR, samt möten med Svenska Covid-föreningen, nätverket ”läkare till läkare” och med personal vid postcovid-kliniken på Vrinnevi sjukhus i Norrköping.

### 11.7.1 Vad är postcovid?

Postcovid, eller ”postinfektiöst tillstånd efter covid-19” är ett samlingsnamn för olika former av långtidskomplikationer efter genomgången covid-19-infektion. Andra termer som används är långtids-covid, eller postakut covid-19 syndrom.<sup>935</sup> Socialstyrelsen förordar termen postcovid, för att skilja tillståndet från den infektiösa fasen.<sup>936</sup> Postinfektiösa tillstånd efter infektioner förekommer även efter andra virusinfektioner.<sup>937</sup>

Flera typer av långtidskomplikationer av covid-19 har identifierats. En multisymtomatisk bild är vanlig med förekomst av andfåddhet, hjärtklappning, feber, allmän svaghet (inte sällan intermittent), uttalad uttröttnings efter ansträngning, kognitiva funktionsproblem, hudförändringar, muskelsmär, domningar och pinnningar i extremiteter.

---

<sup>933</sup> Kungliga Vetenskapsakademien, (2021), *Postakut Covid-19 syndrom – långtidskomplikationer av Covid-19*.

<sup>934</sup> Idem och Ludvigsson (2021), *Case report and systematic review suggest that children may experience similar long-term effects as adults after clinical COVID-19*. Acta Paediatrica, 110, 914-921.

<sup>935</sup> Långtidskomplikationer efter en akut covid-19-infektion har på engelska benämnts Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC), chronic COVID syndrome (CCS) men under senare tid har benämningen postakut covid-19-syndrom kommit att användas.

<sup>936</sup> Socialstyrelsen, (2021), *Postcovid-klarstående eller sena symtom efter covid-19, Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2)*.

<sup>937</sup> Exempelvis mässling, SARS, MERS och ebola, enligt Kungliga Vetenskapsakademien (2021), *Postakut Covid-19 syndrom – långtidskomplikationer av Covid-19*.

teter.<sup>938</sup> De hittills vanligaste registrerade symtomen är besvär med lungfunktionen eller andningen, hjärntrötthet eller kognitiv nedsättning samt smärta. Pots, eller postural ortostatisk takykardisyndrom, ett tillstånd när cirkulationen i kroppen inte kan anpassa sig till upprätt ställning rapporteras också.<sup>939</sup> Typiskt är att symtomen kvarstår över tid och fluktuerar i intensitet. För många med post-covid avtar symtomen gradvis, men en del har symtom som kvarstår mer än ett år efter covid-19-infektionen.<sup>940</sup>

Patienter som fått vård i respirator eller annan avancerad vård för covid-19 kan ha långvariga symtom på grund av den krävande behandlingen. En del av dessa har påvisbara organskador, vanligast i lungorna. Många med postcovid efter IVA-vård torde kunna klassas som postintensivvårdssyndrom (PICS) snarare än postcovid, även om båda kan förekomma samtidigt.<sup>941</sup>

WHO pekar på att postcovid-tillståndet är associerat med ärrbildningar i flera organ, frisättning av inflammatoriska ämnen och ökad blodproppsbildning som påverkar många olika kroppssystem, särskilt hjärtat, lungorna och hjärnan.<sup>942</sup> De fysiska avvikelserna står inte nödvändigtvis i proportion till symtomens svårighetsgrad. Fördjupade medicinska utredningar kan behövas.<sup>943</sup> Postcovid kan vara handikappande och förhindra återgång till arbete och skola samt utförande av olika aktiviteter.<sup>944</sup> Faktorer som verkar öka risken för utveckling av postcovid är hög ålder, högt body mass index (BMI) och att ha haft ett flertal olika symtom under den akuta sjukdomsfasen. Kvinnor verkar också ha en ökad risk att drabbas, liksom personer med astma.<sup>945</sup>

En annan komplikation efter covid-19 förekommer hos personer som i förloppet efter det akuta insjuknandet utvecklar ett multi-

---

<sup>938</sup> Kungliga Vetenskapsakademien (2021) *Postakut Covid-19 syndrom – långtidskomplikationer av Covid-19*.

<sup>939</sup> H. Crook m.fl. (2021), Covid mechanisms, risk factors and management. *BMJ* 2021 Jul 26;374: n1648; doi: 10.1136/bmj.n1648.

<sup>940</sup> Socialstyrelsen (2021), *Postcovid – stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 1)*.

<sup>941</sup> Syndromet kan innebära generell muskelsvaghet, nedsatt lungfunktion, posttraumatisk stress och kognitiv nedsättning.

<sup>942</sup> WHO regional office Europe (2021), *Policy brief 39, In the wake of the pandemic, preparing for long COVID*.

<sup>943</sup> Socialstyrelsen (2021), *Postcovid-kvarstående eller sena symtom efter covid-19. Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2)*.

<sup>944</sup> Kungliga Vetenskapsakademien (2021), *Postakut Covid-19 syndrom – långtidskomplikationer av Covid-19*.

<sup>945</sup> Idem.

inflammatoriskt syndrom vilket kan påverka både vuxna (MIS-A) och barn (MIS-C).<sup>946</sup> Vanligtvis debuterar symtomen 3–6 veckor efter en lindrig primärinfektion, eller där andra i familjen har haft en covid-19-infektion. De flesta som drabbats har tidigare varit helt friska. Utöver feber och organpåverkan eller chock kan den kliniska bilden variera avsevärt, ofta med påverkan på hjärtat, mag- och tarmkanalen, CNS, huden samt koagulationssystemet. Det är vanligt att den sjuke behöver intensivvård.<sup>947</sup>

Det finns ingen internationellt erkänd definition av postcovid, även om många länder använder liknande beskrivningar. Socialstyrelsen har valt termen postcovid oavsett hur länge tillståndet varar.<sup>948 949</sup> I Arizo Karimis underlagsrapport *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond* framgår genom en uppföljning av covid-19-patienter i slutenvården att de hade en lägre arbetsinkomst jämfört med perioden innan insjuknandet upp till elva månader efter att vårdtillfället påbörjades. I figur 11.6 ser vi att nivån på arbetsinkomster inte återgått till nivån före insjuknandet vid uppföljningstidens slut. Personer som har vårdats för covid-19 hade även ett större uttag av olika inkomstrelaterade ersättningar från allmän försäkringskassa, till exempel sjukpenning och rehabiliteringsersättning, under hela uppföljningsperioden, vilket kan tyda på en nedsatt arbetsförmåga. Uppföljningen visade även att utskrivna patienter som sökte läkarvård upp till 90 dagar efter vårdtillfället hade en förhöjd risk att bli diagnosticerade med besvär i andningsorganen samt med svårklassificerade sjukdomstecken och symtom.<sup>950</sup>

---

<sup>946</sup> Idem.

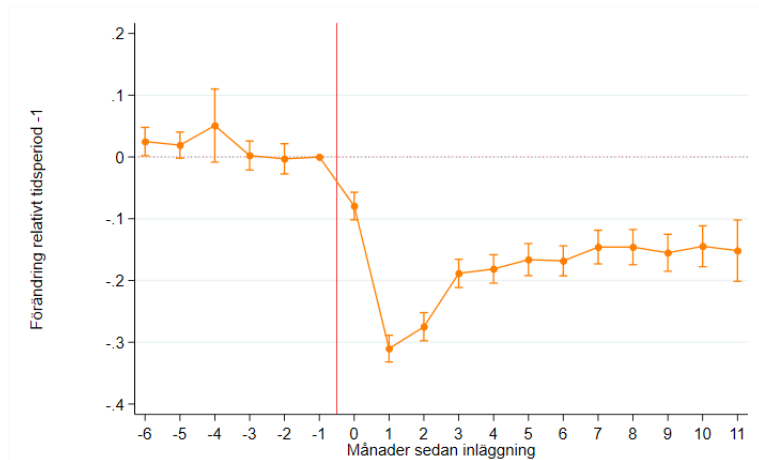
<sup>947</sup> Läkartidningen, (2021), *Hyperinflammation hos vuxna med covid-19 – ovanligt men allvarligt*.

<sup>948</sup> Socialstyrelsen (2021), *Postcovid-kvarstående eller sena symtom efter covid-19, Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2)*.

<sup>949</sup> Postcovid fick en egen diagnoskod först i oktober 2020: U09.9: för Postinfektiöst tillstånd efter covid-19. U10.9: används för multisystemiskt inflammatoriskt syndrom associerat med covid-19. Sverige använder koder från den internationella klassifikationen ICD-10 (svensk version, ICD-10-SE) som är utgiven av WHO för att kategorisera sjukdomar och andra anledningar till att man söker vård. Koderna har förändrats något över tid. WHO:s webbplats (besökt den 24 augusti 2021).

<sup>950</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

**Figur 11.6** Genomsnittliga arbetsinkomster före och efter slutenvård för covid-19



Anm.: Den röda linjen markerar datum för inläggning.

Källa: Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

### 11.7.2 Osäkra uppgifter om hur många som drabbas

Det går ännu inte att säga hur många eller hur stor andel som drabbas av postcovid. Publicerade data visar en stor variation, både när det gäller förekomst och typ av symtom. Studierna skiljer sig också åt vad gäller vilka grupper som undersökts (svår eller mild akut infektion), uppföljningstid och studieupplägg (enkät eller fysisk undersökning). Antalet studier ökar dock nu snabbt och en tydligare bild bör föreligga inom en nära framtid.<sup>951</sup>

Enligt studier från några olika länder varierar t.ex. andelen som har symtom minst en månad efter att de insjuknat i covid-19 eller skrivits ut från sjukhus från några få procent upp till tre fjärdedelar.<sup>952</sup> Vidare har mellan 3 och 10 procent symtom i 12 veckor eller mer.<sup>953</sup> I Sverige har, enligt Socialstyrelsens statistik fram till den

<sup>951</sup> Kungliga Vetenskapsakademien (2021), *Postakut Covid-19 syndrom – långtidskomplikationer av Covid-19*.

<sup>952</sup> Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2020), *Långvariga symtom vid covid-19*.

<sup>953</sup> Några exempel: I Storbritannien uppskattas att 20 procent av dem som testats positivt för covid-19 har symtom i 5 veckor eller mer, och 10 procent i 12 veckor eller mer. En uppföljningsstudie från Wuhan, där patienter undersöktes sex månader efter sjukhusvård för covid-19 såg kvarstående symtom hos 56 procent av dem som haft ett allvarligt sjukdomsförlopp.



10 augusti 2021, 4 445 patienter fått diagnoskoden för postcovid sedan den inrättades den 16 oktober 2020,<sup>954</sup> samt 470 patienter med Multisystemiskt inflammatoriskt syndrom associerat med covid-19.<sup>955</sup> Eftersom koden började användas först i oktober 2020 och eftersom de flesta med kvarstående symtom i första hand hänvisas till primärvården är en betydande underrapportering i patientregistret trolig.<sup>956</sup> Det är oklart i vilken utsträckning patienter med postcovid symtom som sökt vård tidigare än oktober 2020 är inkluderade, samt i vilken utsträckning samma patient finns med även i statistiken som rapporteras från specialistvården.

### 11.7.3 Riktlinjer för omhändertagande, behandling och rehabilitering i uppbyggnad

Socialstyrelsen fick i september 2020 av regeringen i uppdrag att ta fram en modell för kommuners och regioners rehabiliteringsinsatser för att upptäcka, bedöma och behandla personer som lider av långvariga komplikationer efter genomgången infektion i covid-19. Uppdraget fokuserar på patienter som sjukhusvårdats för svår covid-19 men nämner att rehabilitering även kan behövas för de covid-19-patienter som inte varit i slutenvård.<sup>957</sup>

Därutöver fick Socialstyrelsen den 4 februari 2021, i uppdrag att utveckla ett stöd för hälso- och sjukvården när det gäller patienter med långvariga symtom till följd av en covid-19 infektion.<sup>958 959</sup> I

---

<sup>954</sup> Närmare 19 000 har fått koden för covid-19 i den egna sjukhistorien (Z86.1A eller U08.9) varav en okänd andel skulle kunna ha postcovid, enligt Socialstyrelsens förklaring.

<sup>955</sup> Socialstyrelsen, *Statistik postcovid – Statistik om covid-19* (uppdaterad den 23 augusti 2021). Statistiken bygger på patientregistret och frivillig särskild inrapportering om slutenvård från regionerna till Socialstyrelsen. Statistiken inkluderar inte primärvården. Socialstyrelsens webbplats (besökt 23 augusti 2021).

<sup>956</sup> I en rapport från juni 2021 uppskattas antalet diagnoser inom primärvården fram till och med mars 2021 till: Postcovid 11 000. Här föreligger enligt Socialstyrelsen troligen en betydande dubbelrapportering. Socialstyrelsen (2020), *Statistik om tillstånd efter covid-19 i primärvård och specialiserad vård*. SKR däremot, redovisar i Hälso- och sjukvårdsrapporten koden U09.9 från oktober 2020 till april 2021 har registrerats för 0,1 % av de män och närmare 0,2 % av de kvinnor som är listade i primärvården. Data baseras på registrerade diagnoskoder på vårdcentral. Data bygger på Primärvård Kvalitet. Patientunderlaget i aktuell mätning är på ca 6 miljoner listade personer.

<sup>957</sup> Regeringsbeslut den 3 september 2020, S2020/06720/FS (delvis).

<sup>958</sup> Regeringsbeslut den 4 februari 2020, S2021/01100 (delvis).

<sup>959</sup> Socialstyrelsen har publicerat tre kunskapsstöd: Postcovid – stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 1) i februari 2020, Postcovid – kvarstående eller sena symtom efter covid-19. Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2), Postcovid – processmodeller för rehabilitering. Stöd till personal och beslutsfattare i hälso- och sjukvården (del 3) i maj 2021.

juli 2020 gav regeringen i uppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) att utvärdera det vetenskapliga stödet avseende vård av patienter med långvariga symptom.<sup>960</sup> I mars fick SBU vidare uppdraget att löpande utvärdera och sprida kunskap om det vetenskapliga stödet avseende behandling och rehabilitering av patienter med långvariga effekter av sjukdomen covid-19.<sup>961 962</sup> I augusti 2021 fick Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga eventuella regionala skillnader i vård och omsorg av patienter med postcovid.<sup>963</sup>

I Socialstyrelsens kunskapsstöd understryks att alla aktörer inom hälso- och sjukvården behöver rutiner för rätt mottagande som möjliggör att patienter med postcovid får individanpassad vård och rehabilitering på rätt nivå. Här är rutiner för samverkan mellan olika professioner, vårdnivåer och med socialtjänsten viktiga. De flesta kan få god vård i primärvården, men vissa behöver specialiserad vård. Alla behandlare i primärvården måste därför veta vart de ska remittera patienter för ytterligare utredning, behandling och rehabilitering.<sup>964</sup>

WHO understryker behovet av ett multidisciplinärt och multiprofessionellt omhändertagande både för diagnostisering och behandling,<sup>965</sup> vilket också Socialstyrelsen lyfter. Det kan vara patienter med många olika symtom som påverkar varandra, möjliga störningar i det autonoma nervsystemet, symtom på skadade inre organ m.m. Både olika professioner och olika specialister inom samma profession kan därmed behöva samarbeta i teamet kring patienten.<sup>966</sup>

Patienter med långvariga symtom efter covid-19 hänvisas i första hand till primärvården. På 1177 Vårdguiden finns en vägledning för vad man själv kan göra för att lindra symtom och bygga upp sin hälsa vid postcovid-symtom. Där finns också vägledning för när primärvården bör kontaktas.<sup>967</sup> Det finns betydande skillnader mellan reg-

---

<sup>960</sup> Regeringsbeslut den 16 juli 2020, S2020/06019/FS (delvis).

<sup>961</sup> Regeringsbeslut den 4 mars 2021, S2021/02146 (delvis).

<sup>962</sup> SBU har publicerat två rapporter: Långvariga symtom vid covid-19 i december 2020. Inventering och prioritering av forskningsfrågor gällande långvariga symtom vid covid-19 (postcovid).

<sup>963</sup> Regeringsbeslut den 26 augusti 2021.

<sup>964</sup> Idem.

<sup>965</sup> Information från WHO:s webbplats (besökt den 24 augusti 2021).

<sup>966</sup> Socialstyrelsen (2021), *Postcovid-kevarstående eller sena symtom efter covid-19, Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården (del 2)*.

<sup>967</sup> 1177 Vårdguiden (besökt den 24 augusti 2021).

ionerna i hur postcovid-vården är organiserad.<sup>968</sup> Om regionen i fråga har en så kallad multidisciplinär specialistmottagning för postcovid kan patienten remitteras till en sådan. Där det inte finns en sådan mottagning är det oftast primärvården som fortsätter att leda utredningen och kopplar in specialister utifrån patientens behov.<sup>969</sup> Specialistmottagningar för patienter med postcovid har etablerats eller är planerade i elva av landets regioner (juli 2021).

Uppföljningsmottagningen för covid-19 på Vrinnevi sjukhus öppnades i juni 2020 och är den mottagning som varit etablerad under längst tid i landet.<sup>970</sup> Av de 400 remisser man mottagit kommer 70 procent från slutenvården för covid-19 och 30 procent från primärvården.<sup>971</sup> En del patienter från primärvården har blivit remitterade efter långa sjukskrivningsperioder, utan rehabiliteringsinsatser.

Svenska Covidföreningen pekar på att både kunskap och bemötande i hög grad varierar inom primärvården. För vissa patienter har primärvårdens omhändertagande varit tillräckligt, men andra har berättat om misstro, dåligt bemötande eller kunskapsbrist. I en rapport som föreningen delat med kommissionen finns vittnesmål från patienter som blivit ifrågasatta vad gäller symtom. Andra vittnar om att de fått en postcovid diagnos, men därefter inte fått tillgång till någon egentlig behandling eller rehabilitering.<sup>972</sup>

På mottagningen på Vrinnevi sjukhus pekar teamet på vikten av utbildning och samarbete med primärvården, som ju är första instans för många patienter, och även den vårdform där man kan behöva fortsätta sin rehabilitering på sikt. Specialistmottagningar fyller en viktig funktion, men är inte hela lösningen. Teamet ser andra möj-

---

<sup>968</sup> Svar på kommissionens enkät till regionernas primärvårdsansvariga, inkomna under augusti 2021.

<sup>969</sup> Dagens Medicin, (2021), *Stora skillnader i hur postcovid behandlas*, den 20 maj 2021 och svar på kommissionens enkät till regionernas primärvårdsansvariga, inkomna under augusti 2021.

<sup>970</sup> Det är en klinik med ett multiprofessionellt och multidisciplinärt fokus, som också har när samarbete med discipliner som inte finns fast på kliniken, exempelvis kardiologi och endokrinologi.

<sup>971</sup> Kriterium, förutom symtombild, är att patienten ska ha testat positivt för covid-19 eller ha antikroppar mot covid-19, även om en tydlig symtombild och en stark epidemiologisk misstanke kan göra att man tar emot patienten.

<sup>972</sup> Svenska Covidföreningen, *”Det är som att vi inte finns” En kunskapsöversikt om postcovid och patienters vittnesmål om vården*, den 29 augusti 2021. Aktuellt exemplar är för översändande till Coronakommissionen inför rapporteringen i oktober 2021. Rapporten kommer därefter formges och görastillgänglig på Svenska Covidföreningens hemsida.

ligheter som att skapa fungerande kunskapsforum och nätverk, där patienters behov av vård och rehabilitering kan tillgodoses.

#### 11.7.4 Barn och postcovid

Det är än så länge osäkert i vilken utsträckning barn som efter en covid-19-infektion även drabbas av långvariga symtom. Kunskap är under utveckling och byggs upp inom professionen.

I en av Barnombudsmannens rapporter intervjuas barn som drabbats av postcovid. Där framkommer att den gängse bilden att barn inte blir så sjuka eller drabbas särskilt hårt av covid-19 är falsk och påverkar hur de bemöts av lärare och kompisar.<sup>973</sup>

Det är som att de inte riktigt tror på mig, alltså lärarna. Jag anstränger mig också mest när jag är i skolan fast ibland vill jag typ bryta ihop framför lärarna så att de ska fatta hur det är. (Tjej 16 år)<sup>974</sup>

De säger att barn inte drabbas, men alltså jag är barn och jag har verkligen drabbats hållå. Varför säger de aldrig något om det på sina möten? Det känns så skevt, riktigt skevt. (Tjej 14 år)<sup>975</sup>

### 11.8 Primärvården under pandemin

Huvuddelen av vårdkontaktarna inom hälso- och sjukvården sker i primärvården. Primärvården, är den hälso- och sjukvårdsnivå som svarar för behovet av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. I detta avsnitt fokuserar vi på primärvård som organiseras och finansieras av regionerna (i offentlig och privat regi). I Sverige ges primärvård vid nästan 1 200 mottagningar. (Se mer om primärvården i kapitel 10.)

Under pandemin har primärvårdens verksamhet påverkats i allra högsta grad, både vad gäller den dagliga verksamheten och vad gäller nytillkommen och utvidgad verksamhet inom covid-19-vård, rehabilitering och pandemibekämpning. Primärvården har ett betydande

<sup>973</sup> Barnombudsmannen (2021). *Covid-19-pandemins konsekvenser för barn*, slutredovisning av regeringsuppdrag Dnr. 2020–021.

<sup>974</sup> Idem.

<sup>975</sup> Barnombudsmannen (2021). *Covid-19-pandemins konsekvenser för barn*, slutredovisning av regeringsuppdrag Dnr. 2020–021.

covid-19-uppdrag, vilket sällan uppmärksammas på samma sätt som infektionssjukvård och IVA-vård.

### 11.8.1 Primärvårdens omställning och utmaningar under pandemin

Avsnittet bygger på enkätsvar på frågor som under sommaren 2021 skickades till regionernas primärvårdschefer eller andra med organisatoriskt ansvar. De flesta regioner har skickat ett övergripande svar som innefattar hela regioners primärvård, i andra regioner har privata vårdgivare svarat för sig och i vissa fall enskilda vårdcentraler för sig. Två regioner har inte svarat på enkäten. Avsnittet bygger även på diskussioner med professionsorganisationer, verksamma inom primärvården. Vi inkluderar även Socialstyrelsens slutsatser i uppföljning av omställningen mot en nära vård som publicerades i augusti 2021 samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning som publicerades i oktober 2021.<sup>976</sup>

#### *Primärvården styrkor och utmaningar före pandemin*

Vår enkät till primärvården visar att regionernas organisation och planering av primärvården varierar. Dessutom finns naturliga variationer utifrån geografi och befolkningsmängd. Liten folkmängd, få kommuner och ett fåtal sjukhus har angetts som styrkor vid omställningen av vård under pandemin. Dessa faktorer skapar personkännedom, snabba beslutsvägar och ett smidigt system där samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal omsorg fungerade relativt väl redan före pandemin.

Större regioner har å andra sidan pekat på att man i och med sin storlek och höga andel privata aktörer, sedan tidigare varit tvungna att ha en tydlig organisation, vilket underlättat vid omställningen.

I kapitel 12 visar vi att det har skett en tydlig ökning av digital vård inom primärvården under pandemin. De regioner som redan före pandemin hade kommit igång med digitala vårdformer angav att detta var till stor hjälp när man beslutade att utvidga antalet digitala vårdbesök. Rutinerna och systemen fanns eller var på gång.

---

<sup>976</sup> Socialstyrelsen (2021), *En uppföljning av omställningen mot en nära vård. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020.*

De flesta regioner pekar på kompetensförsörjningen som en stor utmaning och ett problemområde, framför allt vad gäller allmänläkare och distriktssköterskor men även fysioterapeuter, arbetsterapeuter och annan personal. Att ha en stor andel privata vårdgivare inom regionen lyftes av några regioner som en organisatorisk utmaning. Även enligt Socialstyrelsen har det redan innan pandemin funnits svårigheter att rekrytera vissa yrkesgrupper.<sup>977</sup>

Samverkan, digitalisering, kontinuitet och kompetensförsörjning är viktiga delar av omställning till en god och nära vård. Relevansen av en omställning mot en god och nära vård framhålls av flera regioner som menar att pandemin har visat på vikten av att vården centreras runt den sjuke som i efterförloppet av covid-19 kan ha behov av olika nivåer av vård, rehabilitering och behandling.

Samtidigt har pandemin satt utmaningarna i blyxtbelysning, vad gäller kontinuitet i vårdkontakter, inkompatibla journalsystem mellan regioner och kommuner och även inom regionerna. Bland svaren finns det dock undantag där exempelvis Region Västerbotten lyfter att de inom alla verksamheter använder samma journalsystem, vilket de menar underlättat arbetet och ökat patientsäkerheten.<sup>978</sup>

### *Pandemiomställningen – organisation, samverkan och resurser*

När smittspridningen tog fart gick många regioner upp i regional sjukvårdsledning (RSSL), eller annan form av krisledning. Ledningen för primärvården har i de flesta fall varit en del av eller haft ett nära samarbete med RSSL. För primärvården har det ofta inneburit viss omorganisation av ledningsansvaret inom regionen, särskilt i större regioner och i regioner med en hög andel privata vårdgivare.

Under pandemin har informationsutbytet ökat och möten har organiserats regelbundet och under vissa perioder dagligen. Målet har varit att ge stöd och skapa samverkan för att uppnå en gemensam förståelse för anpassningsåtgärder utifrån pandemins svängningar. I mötet med professionsorganisationer framkommer dock att personalen ända känt en osäkerhet inför hur direktiv skulle implementeras rent konkret.

---

<sup>977</sup> Socialstyrelsen (2021), *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*.

<sup>978</sup> Eftersom patienter rör sig mellan enheter och mellan primärvård och slutenvård.

De flesta regioner har svarat att samverkan och kommunikation mellan primärvården och såväl sjukhusen som den kommunala sjukvården och omsorgen har förbättrats och att den fungerat bra eller relativt bra under pandemin. Flera regioner har poängterat att det är viktigt att upprätthålla den samverkan och samarbete som skapats under pandemin. I samtal med en professionsorganisation sägs att samordningen bitvis fungerat bra från sjukhus till primärvård men att man från primärvården haft svårigheter att remittera patienter som krävde specialistvård utanför covid-19.<sup>979</sup>

Bristen på gemensamt journalsystem för kommun och region har dock tagits upp som ett hinder.

I enkäten lyfts fram att primärvården har tillförts finansiella resurser i den mån covid-19-relaterade vårduppgifter har genomförts, som provtagning, smittspårning och vaccinering. Flera regioner ändrade också ersättningen till primärvården. Primärvården inom Region Uppsala har exempelvis fått extra utbetald besöksersättning för att ligga på samma nivå som före pandemin. Region Stockholm har betalat ut en garantiersättning till vårdcentraler och närakutmottagningar för att för att upprätthålla kapaciteten trots en stor minskning av antalet ersättningsbara besök. Under maj 2020 beslutade regeringen att vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan skulle få ersättning för digitala vårdkontakter. Flera regioner anger också att man ändrat i avtal för att ersätta digitala vårdbesök i större utsträckning än tidigare eller i liknande utsträckning som fysiska besök.

Många vårdcentraler och primärvårdschefer framhåller resursbristen på ett generellt plan där man menar att primärvården står inför stora förändringar som har accentuerats under covid-19 pandemin, utan att resurser tillförs.

---

<sup>979</sup> Möte med Sveriges Allmänläkarförening SFAM den 11 juni 2021.

*Primärvården ställde om vården*

Hur primärvården har omorganiserats praktiskt varierar något men följande förändringar rapporteras av flertalet regioner.

- **Smittsäker vård:** Skapandet av separata patientflöden för patienter med och utan luftvägssymtom. Ibland har detta organiserats genom specialmottagningar och i andra fall genom separata byggnader eller tält där misstänkt smittsamma har tagits emot separat från övriga patienter. Fokus har också legat på utbildning och upprätthållande av basala hygienrutiner, samt rätt användning av skyddsutrustning.
- **Inställd vård:** På många håll fick primärvården i början av pandemin införa en begränsning av fysiska patientbesök då enbart de med stort eller akut behov av vård fick komma till enheterna. Även mycket av den förebyggande hälso- och sjukvården ställdes in eller ändrade form, särskilt under den första vågen av pandemin (t.ex. föräldrautbildningar, gruppsamtal och fysioterapi). Vissa regioner och vårdcentraler ställde in drop-in verksamhet. I vissa fall kombinerades detta med dörrvårdar som kunde förklara, hänvisa eller hjälpa den vårdsökande att boka tid. I kapitel 12 belyser vi vidare hur vårdkonsumtion och vårdbesök har påverkats under pandemin.
- **Ändrade vårdformer:** Under pandemin har telefonrådgivning, digitala vårdkontakter och vårdbesök utvidgas. Uppskjutna fysiska besök eller omdirigering till andra former av besök, exempelvis för årskontroller av kroniska åkommor var vanligt. Gruppverksamheter har i flera regioner kunnat genomföras under den senare delen av pandemin, men i anpassad form. Regionerna har också haft ett ökat fokus på kommunens särskilda boenden samt organiserat ett större antal hembesök och sjukvård i hemmen, exempelvis genom mobila hemsjukvårdsteam för sköra patienter i riskgrupper, men också för patienter utskrivna från sjukhusvård av covid-19.



- Nya patienter och aktiviteter: Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör patienter som behöver vård och rehabilitering efter covid-19 söka sig till primärvården. Primärvården har haft visst eller stort ansvar för covid-19 provtagning och i vissa regioner även för delar av eller all smittspårning. I vilken grad, varierar mellan regioner och över tid. Primärvården har också haft ansvar för delar av covid-19-vaccineringen och ibland ett övergripande ansvar.

### *Vårdens tillgänglighet har minskat*

Primärvården ställdes om under våren 2020 men hade som mål att upprätthålla tillgänglighet om än under ändrade vårdformer som digitala besök och telefonuppföljning. Samtidigt har flera regioner och enskilda personer med kroniska sjukdomar som KOL och diabetes upplevt en försämrad tillgänglighet, i varje fall under den första vågen. Regioner, vårdcentraler och professionsorganisationer har även vittnat om att många verkar ha undvikit att söka vård under den första vågen av pandemin, kanske av rädsla för smitta eller för att inte belasta vården. Sveriges distriktsläkarförening och SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) har betonat problematiken med bristande kontinuitet och uppföljning, särskilt av patienter med kroniska åkommor eller andra hälsotillstånd som behöver observeras. Flera vårdcentraler pekar på ett mycket stort fokus på covid-19 och att andra behov kom i andra hand. Under hösten 2020 ändrades detta något. I kapitel 12 belyser vi utifrån data från SKR:s väntetidsdatabas nedgången i fysiska vårdbesök och ökningen av digitala besök under pandemin.

### *Hög arbetsbelastning inom primärvården trots färre besök*

Många regioner vittnar om en mycket hög arbetsbelastning i primärvården. Under den första vågen tog förändringsarbetet mycket resurser och även om färre sökte till vårdcentralerna tillkom andra vårduppgifter, som beskrivits ovan. Efterhand har söktrycket sakta ökat till samma nivå som innan pandemin och primärvården kan i dagsläget på många håll vittna om en besvärlig situation. Vaccinationsuppdraget har tagit och tar fortfarande mycket tid.

Sjuksköterskor och läkare förflyttades till sjukhusvården, samtidigt som en del personal omplacerades till primärvården. Detta verkar på många håll ha fungerat bra men också skapat ett tufft arbetsläge för ordinarie personal. Dessutom ökade sjukfrånvaron i och med att alla med förkylningssymtom uppmanades att stanna hemma.

Det har också uppstått vad som kan betecknas som en skuld av särskilt slag på grund av all planerad forskning, utveckling och utbildning som inte har utförts då resurserna lagts på annat (covid-19 relaterat) arbete.

Socialstyrelsen konstaterar även i sin rapport att personalbristen har tvingat fram nya arbetssätt och åtgärder. Mer än hälften av regionerna uppgav hösten 2020 att de hade brist på allmänläkare samt att man arbetade med att utöka antalet ST-tjänster inom denna specialitet. Regioner och kommuner arbetar fortsatt med olika utbildningsinsatser, där mycket fokus ligger på att utveckla ledarskapet samt att säkerställa specialistkompetens inom en rad områden genom att erbjuda specialistutbildningar för sjuksköterskor och vidareutbildningar för undersköterskor.<sup>980</sup>

### *Samverkan har stärkts och nya arbetssätt har utvecklats*

Flera regioner och vårdcentraler har poängterat att samverkan och samarbete är viktigt till vardags men att det blir ”A och O” i en kris. Vikten av att kunna förändra verksamhet och arbetssätt utifrån rådande situation lyfts också.

Nyttan av att etablera en tydlig ledningsstruktur med korta beslutsvägar där verksamhetsperspektivet beaktas lyfts som viktigt.

Digitala arbetssätt har testats i större utsträckning vilket skapat en trygghet i att arbeta digitalt men kvalitetssäkring och uppföljning av den digitala vården saknas till viss del.

När pandemin började stod regionerna, med primärvården i centrum, inför reformen mot nära vård. Se mer om denna i kapitel 10. Regionerna har hänvisat till reformen på skiftande sätt och i samtal med exempelvis Svenska Distriktsläkarförbundet framkommer att nära vård är ett otydligt begrepp för många. Även Socialstyrelsen har i sin rapport lyft att det har framkommit synpunkter att begreppet

---

<sup>980</sup> Socialstyrelsen (2021), *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*, den 30 augusti 2021.

nära vård behöver konkretiseras för att det ska kunna göras en enhetlig och systematisk implementering i regioner och kommuner. Regionerna lyfter ofta lärdomar kring omställningen av sjukvården till nära vård. Flera regioner pekar på att pandemin har tagit omställningen framåt och påskyndat denna process.

Den mobila hemsjukvård som läkarbilen bidragit med har vi planer att utveckla ytterligare och ett stort arbete pågår kring Mobil Närvård. Förbättrat samarbete med kommunerna utgör en annan viktig del i omställningsarbetet. (Region Blekinge)

Andra regioner anser att pandemin snarare har hindrat arbetet mot en nära vård och man är tillbaka eller står kvar på ruta ett.

Socialstyrelsens slutsats är, precis som regionernas svar i enkäten antyder, att pandemin har drivit på utvecklingen och införandet av digitala tjänster och vårdformer som minskar patienternas avstånd till hälso- och sjukvården. Mobila team som ger vård i patientens boende har blivit vanligare. Gemensamma utbildningar har blivit fler, exempelvis kring vårdhygien.

Samtidigt har en del projekt och utbildningsarbeten stannat av eller skjutits upp som följd av pandemin, då personal har behövt lägga mer fokus på den patientnära vården.<sup>981</sup>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i en utvärdering av utvecklingen mot en nära vård konstaterat att för befolkningen i stort ses ingen förbättring när det gäller ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet i vården. Det är fortfarande många som saknar en fast kontakt i vården. Personer som har en fast kontakt har genomgående bättre erfarenheter av vården, jämfört med dem som inte har en fast kontakt.

För patienter med mer omfattande vårdbehov var resultaten mer positiva. Bland de patienter som hade skrivits ut från sjukhus är det fler som tidigare ansåg att personalen på deras ordinarie vårdcentral verkade vara informerade om sjukhusvården. En betydligt högre andel av de patienter som hade behov av samordnade insatser hade också fått en individuell plan.<sup>982</sup> Här kan också nämnas att en statlig utredning (S 2019:02) föreslagit att så kallad fast omsorgskontakt

<sup>981</sup> Socialstyrelsen (2021), *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*

<sup>982</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.* Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019. En jämförelse mellan och tio andra länder.*

införs i såväl privat som offentlig hemtjänst. Förslaget innebär att de äldre som har hemtjänst ska erbjudas en fast omsorgskontakt som ska se till behoven av kontinuitet, trygghet, individanpassad omsorg och samordning. Den fasta omsorgskontakten ska vara undersköterska. Förslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2022.<sup>983</sup>

## 11.9 Den privata vården har avlastat offentlig vård

Det finns stora skillnader i landet i omfattningen av privat vård. När det gäller primärvården finns den högsta andelen privata vårdcentraler i Stockholm (68 procent) och den lägsta i Västerbotten (13 procent).<sup>984</sup> Stockholm sticker även ut med flest vårdval inom den specialiserade vården (se även avsnitt 10.1 för en beskrivning av Lagen om valfrihetssystem och vårdval).

Under pandemin har den privata vården gett stöd till den offentliga vården på flera sätt bl.a. genom utlåning av personal, vård av covid-patienter eller genom att akutsjukvård och operationer har genomförts i privat regi i större uträkning.<sup>985</sup> I våra intervjuer med hälso- och sjukvårdsdirektörerna framkommer att det har funnits en stor vilja från den privata sektorn att stötta den offentliga vården och att stödet har varit viktigt för regionerna.

Då den privata sektorns storlek varierar i landet finns regionala skillnader i vilket stöd och avlastning som den privata vården har kunnat erbjuda. I exempelvis Region Stockholm har personal lånats in, privata sjukhus tagit över operationer från akutsjukhusen eller ställt om sina avdelningar för att vårda covid-patienter.<sup>986</sup> I andra regioner har det framförallt handlat om att personal har lånats in.

En lärdom som regionerna drar är att det tar tid för inlånad personal att ställa om och att det krävs resurser från den ordinarie personalen för att lära upp och fasa in inlånad personal i arbetet. Några regioner lyfter fram att intresset från personalen i den privata sektorn att arbeta i offentliga verksamheter var som störst i den första vågen. En utmaning som regionerna pekar på är att det utifrån nu-

---

<sup>983</sup> SOU 2020:70 s. 10.

<sup>984</sup> SKR, (2021), *Verksamhetsstatistik 2011–2020*.

<sup>985</sup> Möte med Vårdföretagarna den 25 augusti 2020.

<sup>986</sup> Vårdföretagarna (2021), *Privata vårdgivare ställer om och avlastar akutsjukhusen* (besökt den 7 oktober 2021).

varande regelverk och avtal är svårt att beordra privat vårdpersonal att arbeta i den offentliga vården.<sup>987</sup>

Även Vårdföretagarna framhåller att det har funnits stor vilja från personalen i den privata sektorn att bistå den offentliga vården. Men erfarenheterna varierar, vissa upplever att det har fungerat bra och att de har fått ett gott mottagande. Andra upplever att regionernas mottagande kunde ha varit bättre och att det borde ha funnits ett tydligare personalansvar från regionernas sida. Det uppfattas som en bidragande faktor till att intresset för att arbeta i den offentliga vården minskade i våg två och tre.

En annan synpunkt som Vårdföretagarna för fram är att regionerna borde ha dragit tydligare lärdomar från den första vågen och tagit fram planer för hur den privata vårdens bidrag skulle se ut inför den andra och tredje vågen. Vårdföretagarna efterfrågar även tydligare avtal med den privata vården inför kommande kriser. En positiv aspekt som lyfts fram är att flera regioner förenklade sina ersättningsystem i primärvården vilket möjliggjorde att de privata vårdcentralerna kunde fortsätta sina verksamheter. Det handlar exempelvis om att ändra ersättningen för digitala vårdbesök.<sup>988</sup>

## 11.10 Sjukvårdsrådgivning under pandemin

I det här avsnittet redogör vi för tillgången till sjukvårdsrådgivning via telefon och webben. Analysen baseras på det första delbetänkandet från Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (SOU 2021:59). Delegationen ska utreda hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning ska utvecklas och hur sjukvårdsrådgivning ska kunna upprätthållas vid kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar (dir. 2020:81). Kompletterande statistik har inhämtats från Inera AB som ansvarar för den digitala infrastrukturen för sjukvårdsrådgivningen samt från befolkningsstudier som belyser förtroendet för 1177.

---

<sup>987</sup> Möten med hälso- och sjukvårdsdirektörerna den 14 och 15 september.

<sup>988</sup> Möte med Vårdföretagarna den 25 augusti 2020.

### 11.10.1 Nationell sjukvårdsrådgivning via 1177

Sedan snart 20 år tillbaka finns en nationell sjukvårdsrådgivning via 1177 Vårdguiden som erbjuder tjänster via telefonnumret 1177 och webbplatsen, 1177.se. 1177 Vårdguiden kan beskrivas som regionernas kanal för information och råd om vård och hälsa samt kommunikation och tillhandahållande av e-tjänster till befolkningen. Vårdguiden är också ett varumärke, ett samlingsbegrepp och en samlad ingång till information och digitala tjänster inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Under coronapandemin har regionala tjänster som inte tillhör 1177 Vårdguiden men som länkas via 1177.se etablerats. Exempelvis finns ett skattningstest för att bedöma vårdbehovet vid symtom på covid-19 samt tjänsterna Digitalen, Chatta med vården och Coronamottagning som är tjänster för digital rådgivning med möjlighet till personlig kommunikation för råd och eventuell vägledning till vård.<sup>989</sup>

1177 Vårdguiden förvaltas nationellt av Inera, ett aktiebolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag. Regionerna hanterar regional tilläggsinformation och val av webbtjänster utifrån regionala behov och önskemål. För invånarna innebär det att man ringer ett telefonnummer och blir kopplad vidare till en regional organisation för sjukvårdsrådgivning. Även den gemensamma webbplatsen har regionala variationer. Det gör att sjukvårdsrådgivningen genom 1177 Vårdguiden varierar över landet, exempelvis när det gäller vilken information som ges och vilka webbtjänster som erbjuds.<sup>990</sup>

#### *Kraftig ökning av samtal i mars 2020 ledde till att långa köer och överlastningsbesked*

När covid-19-pandemin slog till i Sverige i mars år 2020 ökade trycket markant på 1177 Vårdguiden på telefon. Liksom i vanliga fall fanns det samtal som inte ställdes i samtalskö för att personerna la på dessförinnan eller möttes av ett överbelastningsbesked på grund av för lång beräknad kötid och ombads att ringa senare igen. Men under pandemins inledning var det dessutom samtal som inte ens kom fram till det första talsvaret på grund av för hög belastning.

---

<sup>989</sup> SOU 2021:59 s. 247.

<sup>990</sup> SOU 2021:59 s. 244.

År 2020 ringdes över 2 miljoner fler samtal än under år 2019, en ökning med omkring 30 procent. Längden på de samtal som kopplas fram till en sjuksköterska var oftast kortare än tio minuter. Samtalen rings in under hela dygnet.

Siffror från Inera visar att det var en mycket stor ökning av antalet samtal till 1177 i mars 2020, i samband med inledningen av pandemin. Den 9–18 mars var trycket särskilt stort. Då ökade det totala antalet samtal från omkring 20–30 000 till 60–70 000 samtal per dag, under flera dagar, och en toppnotering på nära 160 000 samtal den 12 mars. I avsnitt 2.2 visade vi även på en kraftig ökning av covid-19 relaterade samtal till sjukvårdsrådgivningen.

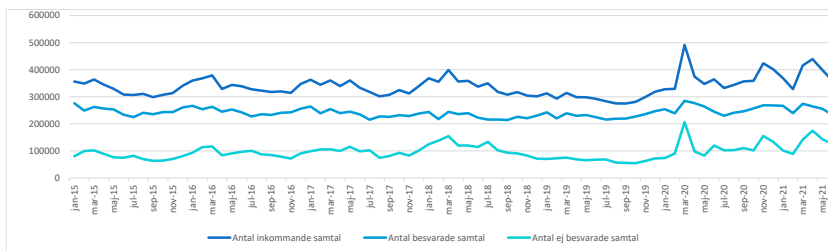
Ökningen av ringda samtal gick hand i hand med ett ökande antal samtal som inte ens kom fram till första talsvaret och fick möjlighet att ställa sig i kö eller få ett överbelastningsbesked. Information om dessa samtal kommer från teleoperatören. Inera har inte information om varifrån i landet de har rings. Den 12 mars, när antalet samtal till 1177 var som flest, var det ytterligare drygt 86 000 samtal som inte alls kom fram. Totalt var det drygt 210 000 samtal som inte alls kom fram under perioden 9–18 mars år 2020. Under denna period var också kötiden för de samtal som sattes i kö lång. Totalt för alla regioner utom Stockholm var kötiden vid den 75:e percentilen omkring 59 minuter i mars år 2020, jämfört med 18 minuter i mars år 2019. I Region Stockholm var motsvarande kötid drygt 20 minuter i mars år 2020, jämfört med drygt fem minuter i mars år 2019. Figuren nedan visar antal samtal över tid under perioden 2015 till 2021.<sup>991</sup>

Över tid finns variationer i antal inkommande och besvarade samtal men mars 2020 sticker ut då andelen besvarade samtal låg på 58 procent vilket framgår av figur 11.8. Statistiken visar även att det före pandemin har förekommit månader med en låg andel besvarade samtal, exempelvis januari 2018 då andelen besvarade samtal låg på 61 procent. För helåret 2020 låg andelen besvarade samtal på 69 procent vilket kan jämföras med 2019 då andelen besvarade samtal låg på 78 procent. Observera att den här statistiken inte inkluderar Region Stockholm.

---

<sup>991</sup> SOU 2021:59 s. 279.

**Figur 11.7 Antal samtal till 1177, 2015–2021**

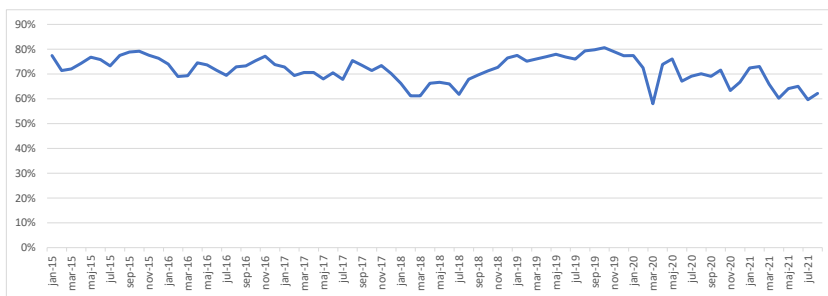


Anm.: Region Stockholm ingår inte i statistiken.

Källa: Inera (2021).

**Figur 11.8 Andel besvarande samtal av 1177, 2015–2021**

Procent



Anm.: Region Stockholm ingår inte i statistiken. Det beror på att MedHelp som ansvarar för 1177 i regionen trots upprepade loften inte levererat de data som kommissionen efterfrågat.

Källa: Inera (2021).

### 11.10.2 Åtgärder för att möta ökningen av samtal till 1177

Som en följd av det markant ökade antalet samtal vidtogs en rad åtgärder av Inera och regionerna. Den tekniska kapaciteten, med normalt 300 telefonlinjer, utökades efter hand från 960 till 2 760 telefonlinjer, vilket bidrog till att avhjälpa problemet med att samtal inte ens kom fram till systemet. Rådgivningsstöden har också uppdaterats kontinuerligt i samverkan med expertmyndigheter och medicinskt sakkunniga. Den 12 mars 2020 infördes ett separat knappval för frågor om just corona. Sjuksköterskor snabbutbildades för att kunna bedöma covid-19-symtom och sedan bemanna linjen.

Den 12–18 mars år 2020 inkom mellan 18–34 000 samtal till coronalinjen inom 1177 Vårdguiden varje dag (inklusive Region Stockholm). Omkring 15 procent av samtalen kunde slussas vidare till 113 13 för allmän information. Efter den 19 mars minskade an-



talet samtal med knappval för corona-relaterade frågor och i maj ringdes omkring 20 000 samtal i veckan, jämfört med närmare 120 000 samtal när trycket var som högst.

Alla regioner, utom Stockholm, har samverkat kring att besvara samtalen med corona-relaterade frågor, vilka separerades från övriga samtal genom knappvalet. I princip alla samtal har alltså hanterats i en gemensam kö, men på regionernas önskemål låstes samtalen först i 45 minuter till regionen där personen ringde från. Region Stockholm har haft sin egen kö med corona-relaterade frågor eftersom de inte använder samma tekniska lösning som övriga regioner.

I maj 2021 slutade Region Stockholm med knappvalet för corona-relaterade frågor. I juni år 2020 lämnade de fyra norra regionerna, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland-Härjedalen, coronalinjen inom 1177 Vårdguiden. Även Region Sörmland har lämnat. I maj 2021 var det därmed 15 regioner kvar i samverkan, fortfarande med 45 minuters regional låsning innan samtalen släpps för att kunna besvaras av sjuksköterska från annan region.<sup>992</sup>

### 11.10.3 Sjukvårdsrådgivning på webben ökade under pandemin

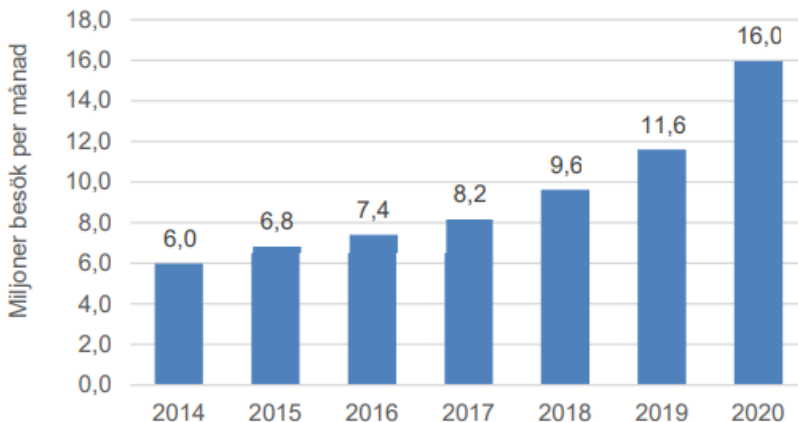
Besöken på 1177 Vårdguiden på webben har ökat kontinuerligt sedan 2014. År 2019 gjordes omkring 11,6 miljoner besök per månad, det är en fördubbling jämfört med 2015 (figur 11.9). Den genomsnittliga ökningen är 14 procent per år under denna period. Under år 2020 ökade besöken markant, med 38 procent, till 16 miljoner besök per månad. Det visar enligt Tillgänglighetsdelegationen att 1177.se har varit en viktig informationskälla för befolkningen under pandemin. Flest besök gjordes i mars, oktober, november och december 2020, vilket motsvarar perioder med stor smittspridning och hög belastning på hälso- och sjukvården.<sup>993</sup>

---

<sup>992</sup> SOU 2021:59 s. 279.

<sup>993</sup> SOU 2021:59 s. 275.

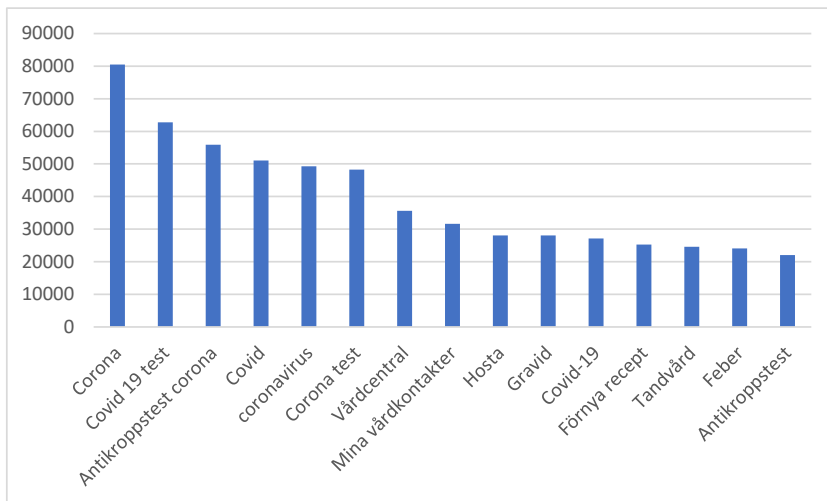
**Figur 11.9** Antal besök på 1177.se, genomsnitt per månad, 2014–2020



Källa: Inera.se. Tillgänglighetsdelegationens bearbetning.

Under pandemin har den information som har efterfrågats på 1177.se dominerats av corona-relaterade frågor. De vanligaste sökningarna har bl.a. varit ”Corona”, ”Covid-19 test”, antikroppstest corona (figur 11.8).<sup>994</sup>

**Figur 11.10** De vanligaste sökningarna på 1177 Vårdguiden på webben



Källa. Inera (2021), www.Inera.se (besökt den 5 augusti 2021).

<sup>994</sup> Information från Ineras webbplats (besökt den 5 augusti 2021).

#### 11.10.4 En majoritet av befolkningen har högt förtroende för 1177

En befolkningsstudie som Inera genomförde i december 2020 visade att drygt fyra av fem (81 procent) hade ett stort förtroende för 1177 Vårdguiden.<sup>995</sup> Förtroendet har ökat något jämfört med 2019 då siffran var 78 procent. I SOM-institutets undersökning april till juni 2020 uppgav nästan 72 procent av befolkningen att de hade stort förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster.<sup>996</sup>

#### 11.10.5 Tillgänglighetsdelegationen har lagt förslag som syftar till att tydliggöra ansvaret för sjukvårdsrådgivningen

Tillgänglighetsdelegationen har föreslagit förändringar i hälso- och sjukvårdsförordningen som syftar till att utveckla och tydliggöra ansvaret för sjukvårdsrådgivningen, föreslagen innebär bland annat att:

1. Regionerna ska tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans via telefon. Rådgivningen via telefon ska vara anpassad till personer med nedsatt tal och hörsel.
2. Regionerna ska erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvårdsrådgivning på en webbplats på andra språk än svenska under vissa förutsättningar.
3. Den som bedriver hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska, om behov finns vid allvarlig händelse, besvara samtal från enskilda som vistas i andra regioner och överföra samtal till de som bedriver sådan verksamhet i andra regioner. Regionen ska säkerställa att tekniska lösningar används som möjliggör detta.<sup>997</sup>

### 11.11 Vårdanställdas arbetsvillkor under krisen

Pandemin har inneburit en stor belastning och extrem påfrestning för hälso- och sjukvårdspersonal. Med begreppet hälso- och sjuk-

---

<sup>995</sup> SKR (2021), *Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2020*.

<sup>996</sup> SOM-institutet (2020), *Stort förtroende för Folkhälsomyndigheten och 1177 under coronapandemin*.

<sup>997</sup> Regeringen (2021), *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, Regeringens webbplats (besökt den 16 september 2021).

vårdspersonal avser vi i detta avsnitt anställda i både regioner och kommuner.

I en rapport från WHO har hälso- och sjukvårdspersonal pekats ut som en grupp som varit särskilt utsatta under pandemin. WHO har i sin rapport hänvisat till forskning enligt vilken hälso- och sjukvårdspersonal generellt upplever högre grad av oro och depression än andra professioner.<sup>998</sup>

Hälso- och sjukvårdspersonalen har under pandemin varit tvungna att hantera svåra prioriteringar mellan patienter i situationer när resurserna inte räcker till alla. Många har utsatts för etisk stress, dvs. känslan av otillräcklighet när ens etiska kompass säger en sak medan den rådande situationen kräver något annat. Det kan t.ex. vara att man känner att ingen ska behöva dö ensam men att man inte hinner vara med, eller att man på grund av brist jobbar utan rätt skyddsutrustning och riskerar att själv smittas av covid-19.<sup>999</sup>

Även i en prognos från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES, över pandemins potentiella effekter på den psykiska hälsan hos befolkningen har vårdpersonal bedömts löpa särskilt stor risk för nedsatt psykisk hälsa utifrån den enorma stress och påfrestning som pandemin inneburit. Det bedömdes även finnas en ökad risk för framtida arbetsrelaterad stressproblematik, utmattningssyndrom, och annan psykisk problematik som ångest och PTSD för dem som arbetar med infekterade patienter.<sup>1000</sup>

I detta avsnitt belyser vi hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö och arbetsvillkor under krisen. Som underlag har vi framför allt tagit del av Arbetsmiljöverkets och Försäkringskassans statistik och rapporter, samt undersökningar av arbetssituationen hos vårdanställda inom regioner och kommuner.

### 11.11.1 Ökad sjukfrånvaro och personalomsättning

Som vi beskrivit i kapitel 10 var situationen för hälso- och sjukvårdspersonal ansträngd redan före pandemin och det rådde brist på personal inom flera legitimationsyrken. Till följd av den pågående

---

<sup>998</sup> WHO, *Webinar report: Supporting the mental health and well-being of the health and care workforce*.

<sup>999</sup> Dagens medicin, *Etisk stress följer i coronavirusets spår*, den 30 april 2020.

<sup>1000</sup> Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, *Coronapandemin och psykisk hälsa, En prognos om kort- och långsiktiga effekter*, april 2020.

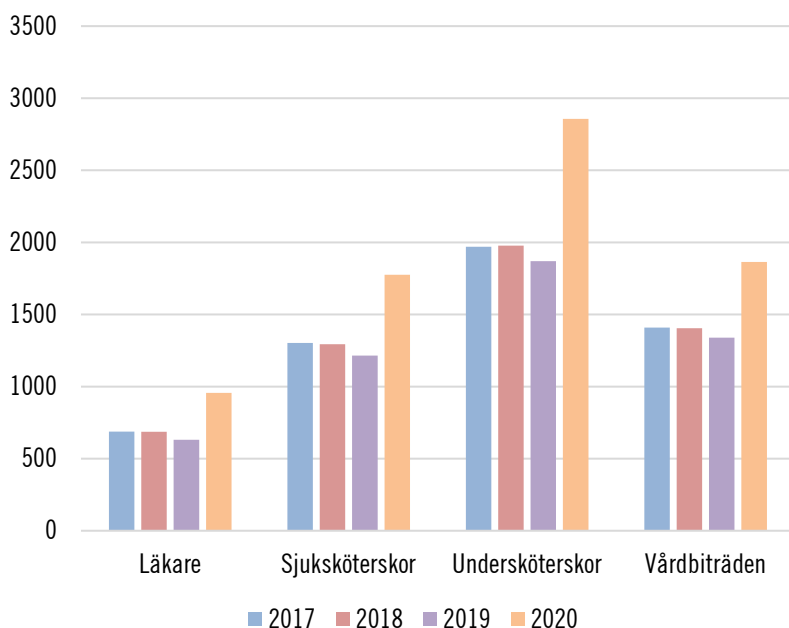
pandemin har därtill fler personer än normalt blivit sjuka och behövt sjukpenning.

Försäkringskassan har i en rapport angett att det hos befolkningen som helhet under mars och april 2020 skedde en kraftig ökning av antalet sjukfall.<sup>1001</sup> Antalet startade sjukfall var nästan dubbelt så högt under 2020 jämfört med samma månader föregående år.<sup>1002</sup>

En ökning syns även bland läkare, sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden (figur 11.9). Ökningen syns i samtliga personalkategorier samtidigt som nivån skiljer sig åt. Sjukfall förekommer i störst utsträckning bland undersköterskor följt av vårdbiträden och sjuksköterskor. Läkare hade minst antal påbörjade sjukfall per anställd.

**Figur 11.11 Sjukfall bland läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden samt undersköterskor, 2017–2020**

Antal påbörjade sjukfall per 10 000 anställda



<sup>1001</sup> Ett pågående sjukfall är en sammanhängande period när en person är sjukskriven i mer än 14 dagar samt erhåller sjukpenning eller rehabiliteringspenning, uppgift från Försäkringskassans webbplats, *Hur många är sjukskrivna?* (besökt den 31 augusti 2021).

<sup>1002</sup> Försäkringskassan, *Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen*, januari 2021.

Källor: Försäkringskassan, SCB och beräkningar inom SU:s covid-19 program.

I figur 11.11 framgår antalet sammanslagna sjukfall per 10 000 anställda per månad under 2020 bland läkare, sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden. Antalet sjukfall var särskilt högt under mars och april och det skedde en ökning från 127 fall i februari till 334 fall i mars. Det är en ökning med 199 fall jämfört med det genomsnittliga antalet fall i mars under 2017–2019. Senare under året sjönk antalet sjukfall och närmade sig även medelvärdet för tidigare år. Under slutet på året skedde det en viss ökning, både i antalet fall och i förhållande till tidigare år.

**Tabell 11.2 Sjukfall bland läkare, sjuksköterskor, undersköterskor samt vårdbiträden under 2020**

Antal påbörjade sjukfall per 10 000 anställda

	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Alla	138	127	334	303	198	137	109	141	152	161	201	179
Psykiatrisk	37	32	42	45	36	29	26	35	35	37	37	34
Infektion	2	2	19	16	5	2	1	2	2	3	5	3
Andningsorganen	9	11	94	41	13	5	3	5	7	8	17	9
Covid-19	0	0	11	36	23	9	2	2	2	9	47	34
Postcovid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5
Diagnos saknas	2	2	58	74	45	23	16	18	21	18	4	25
Övriga diagnoser	89	80	110	91	76	68	61	80	85	86	88	70

Källor: Försäkringskassan, SCB och beräkningar inom SU:s covid-program.

I likhet med de mönster som Försäkringskassan har redovisat för hela befolkningen är ökningen i antalet sjukfall särskilt tydlig i covid-19 relaterade diagnoser som infektioner och sjukdomar i andningsorganen.<sup>1003</sup> Det framstår som sannolikt att ett flertal av dessa sjukfall under våren 2020 berodde på odiagnostiserad covid-19.

Under mars och april skedde även en viss ökning i antalet sjukfall i psykiatriska diagnoser. Jämfört med tidigare år påbörjades 20 respektive 35 procent fler sjukfall i psykiatriska diagnoser under mars och april 2020. Det skedde även en ökning i sjukfall utan diagnos. Under perioden 27 mars till 31 oktober krävdes inget sjukintyg för

<sup>1003</sup> Försäkringskassan, *Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen*, januari 2021.

de 21 första dagarna av ett sjukfall. Försäkringskassan har uppgett att många ansökningar om sjukpenning under den här perioden omfattade 21 dagar, vilket innebär att ett läkarintyg aldrig begärdes in.<sup>1004</sup> Det är därför svårt att bedöma orsakerna bakom ökningen i sjukfall där diagnos saknas.

Det har från flera håll framförts att arbetssituationen under pandemin har lett till att många i hälso- och sjukvården har valt att lämna sina jobb, framför allt undersköterskor och sjuksköterskor. Bl.a. har Vårdförbundet uppgett att förbundet under pandemin har sett en ökning av andelen legitimerade som inte arbetar inom hälso- och sjukvård.<sup>1005</sup> I media har det ibland uttryckts att det varit fråga om personalflykt. Det är i dagsläget svårt att med den statistik som finns tillgänglig teckna en översiktlig bild av personalomsättningen under pandemin.

### 11.11.2 Arbetsskador och tillbud

När det sker en allvarlig personskada eller dödsfall i samband med arbetet är arbetsgivaren skyldig att anmäla det till Arbetsmiljöverket (tillbudsanmälan). Detsamma gäller skador som skett i samband med arbetet som drabbat flera arbetstagare samtidigt och tillbud som inneburit allvarlig fara för liv eller hälsa.<sup>1006</sup> Om en arbetstagare har exponerats för coronaviruset i samband med arbetet är det en sådan händelse som ska anmälas till Arbetsmiljöverket. Skyldigheten gäller alla branscher. Om en arbetstagare har smittats av coronaviruset i arbetet och fått sjukdomen covid-19 kan det även vara en arbetsskada som arbetsgivaren ska anmäla till Försäkringskassan.<sup>1007</sup>

Ett skyddsombud som anser att det finns risker i arbetsmiljön eller att arbetsgivaren inte följer reglerna om arbetstid kan, om arbetsgivaren inte åtgärdar bristerna, framställa en begäran om åtgärder från Arbetsmiljöverket. Ett skyddsombud som anser att det finns en omedelbar och allvarlig fara för arbetstagares liv eller hälsa har även rätt att avbryta arbetet (skyddsombudsstopp). För det fall arbetsgivaren inte håller med om att det finns en omedelbar och

---

<sup>1004</sup> Försäkringskassan, *Svar på regeringsuppdrag, Rapport – Effekter som covid-19 har på sjukförsäkeringen*, januari 2021.

<sup>1005</sup> E-post till Coronakommissionen, den 25 augusti 2021.

<sup>1006</sup> 3 kap. 3 a § arbetsmiljölagen.

<sup>1007</sup> 42 kap. 10 § socialförsäkringsbalken.

allvarlig fara för arbetstagares liv eller hälsa ska Arbetsmiljöverket fatta beslut i frågan.<sup>1008</sup>

### *Anmälningar till Arbetsmiljöverket*

Arbetsmiljöverket för särskild statistik över antal coronarelaterade anmälningar och ärenden. Antalet tillbudsanmälningar uppgick under 2020 till 5 214 och under 1 januari – 8 augusti 2021 till 32 930. Det totala antalet tillbudsanmälningar år 2020 ökade med drygt 20 procent jämfört med 2019 och i stort sett hela ökningen beror enligt Arbetsmiljöverket på pandemin. Antal skyddsombudsstopp uppgick 2020 till 103 och till 30 under ovan nämnda period 2021. Motsvarande siffror för begäran om åtgärder uppgick till 66 respektive 221. Det totala antalet skyddsombudsstopp år 2020 ökade med ca 60 procent jämfört med 2019, vilket även det berodde på pandemin, men ärenden avseende begäran om åtgärder ökade under samma period totalt sett endast marginellt.

Tillbudsanmälningarna har i stor utsträckning avsett vård och omsorg men det har inkommit flera anmälningar även från utbildnings- och handelssektorn. Under våren 2020 kom de flesta anmälningarna från Stockholm, Skåne och Västra Götalands län. Efter att Arbetsmiljöverket på sin webbplats uppdaterat sin information och förtydligat att alla händelser som inneburit att personal i arbetet exponerats för coronaviruset skulle anmälas, inte enbart vård- och omsorgspersonal, fick verket in anmälningar om exponering bakåt i tiden. Förtydligandet gjordes efter att Arbetsmiljöverket uppmärksammat en tydlig diskrepans mellan det antal arbetstagare som enligt Folkhälsomyndigheten smittats och antalet tillbudsanmälningar. Även om flera arbetsgivare anmälde retroaktivt bedömer Arbetsmiljöverket att antalet tillbudsanmälningar kopplat till coronaviruset under 2020 skulle ha varit högre om information redan från början sett ut som den gjorde efter förtydligandet.

Skyddsombudsstoppen har huvudsakligen rört frågor om skyddsutrustning i vård och omsorg och majoriteten av dessa kom in till Arbetsmiljöverket under april 2020, då bristen på skyddsutrustning var som störst. Skyddsombudsstoppen i tiden därefter har i stor omfattning avsett kollektivtrafiken och skolverksamheter. De

---

<sup>1008</sup> 6 kap. 6 a och 7 §§ arbetsmiljölagen.



flesta skyddsombudsstoppen 2020 kom från Stockholms och Västra Götalands län.<sup>1009</sup>

### *Arbetsskador*

Arbetsmiljöverket ger varje år ut en rapport med statistik över arbetsskador. Arbetsskador delas in i arbetssjukdomar och arbetsolyckor. Inledningsvis kunde det för arbetsgivare vara svårt att avgöra om den som fått covid-19 skulle anmälas som arbetssjukdom eller arbetsolycka. Senare klargjordes att smitta är att hänföra till arbetssjukdom. Arbetsmiljöverkets statistik bygger på de arbetsskadeanmälningar som gjorts till Försäkringskassan och följande uppgifter är hämtade från Arbetsmiljöverkets senaste rapport.<sup>1010</sup> Arbetsmiljöverket har dock i en annan rapport pekat på att endast ett fåtal faktiskt gör en anmälan om arbetskada till Försäkringskassan.<sup>1011</sup>

Under 2020 ökade antalet anmälda arbetssjukdomar med 84 procent jämfört med 2019. Totalt anmäldes under 2020 ca 19 500 arbetssjukdomar till Försäkringskassan. Ökningen jämfört med 2019 var större bland kvinnor än bland män (117 procent respektive 27 procent). Enligt Arbetsmiljöverket kan denna ökning i sin helhet hänföras till pandemin. Under 2020 inkom även drygt 1 300 anmälningar om arbetsolyckor som avsåg covid-19.

De vanligaste orsakerna till anmälda arbetssjukdomar år 2020 var kemiska och biologiska faktorer (54 procent) följt av organisatoriska och sociala faktorer (20 procent) samt ergonomiska belastningsfaktorer (15 procent). Smitta ingår i gruppen kemiska och biologiska faktorer och fördelningen mellan olika faktorer skiljer sig kraftigt från hur andelarna såg ut 2019 och tidigare.

Även när man tittar på de anmälda arbetssjukdomarna uppdelade på branschgrupp syns effekterna av pandemin. Den branschgrupp som 2020 hade överlägset flest anmälda arbetssjukdomar per 1 000 sysselsatta kvinnor var "Vård och omsorg; sociala tjänster".

---

<sup>1009</sup> Information från Arbetsmiljöverkets webbplats, *Sammanställningar av coronarelaterade anmälningar och ärenden till Arbetsmiljöverket* (besökt den 5 augusti 2021), *Arbetsmiljöverkets årsredovisning 2020*, samt *Arbetsmiljöverkets svar på Coronakommissionens frågor*, den 22 april 2021.

<sup>1010</sup> Arbetsmiljöverket, *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2021:01, Arbetsskador 2020*, juni 2021.

<sup>1011</sup> Arbetsmiljöverket, *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2021:3, Arbetsorsakade besvär 2020*, den 1 september 2021.

Gruppen kemiska och biologiska faktorer utgjorde ensamt ungefär tre fjärdedelar av alla anmälningar i denna branschgrupp. Tidigare år har denna faktor utgjort en relativt liten del av anmälda arbetssjukdomar men har vuxit närmast explosionsartat under 2020. Männerna uppvisar ett liknande mönster som kvinnorna.

De yrkesgrupper som anmält flest arbetssjukdomar 2020 var sjuksköterskor, undersköterskor, sjukvårdsbiträden med flera.

I en undersökning genomförd av Arbetsmiljöverket har nära var tredje sysselsatt person i Sverige uppgett besvär till följd av arbetet under den senast 12-månaders-perioden (undersökningen genomfördes under perioden april till december 2020). Den vanligaste orsaken till besvär är hög arbetsbelastning. Sysselsatta inom vård och omsorg har upplevt besvär till följd av arbetet i högre utsträckning. Ungefär 40 procent i denna grupp har uppgett någon form av besvär. Bland undersköterskor är motsvarande siffra 48 procent och bland sjuksköterskor 46 procent.<sup>1012</sup>

### 11.11.3 Krislägesavtal

Ett verktyg för att uppnå tillräcklig bemanning kan vara att arbetsgivaren aktiverar det så kallades krislägesavtalet. Krislägesavtalet är ett särskilt kollektivavtal som tillämpas vid krisläge. Med ett krisläge avses en händelse som avviker från det normala, innebär allvarliga samhällsstörningar, kräver omedelbara insatser och som medför omfattande eller avgörande påverkan på personalförsörjningen. När krislägesavtalet har aktiverats ersätter det alla lokala kollektivavtal eller enskilda överenskommelser avseende arbetstid och ersättningar och avtalet innebär att arbetstidslagen inte gäller. Arbetsmiljölagen gäller däremot oförändrat.

Genom avtalet kan arbetstiden utökas till i genomsnitt 48 timmar per vecka och timlönen är som utgångspunkt 130 procent av timlönen. Avtalet innehåller även bestämmelser om återhämtning och vilotid. Från och med den 1 juli 2021 gäller ett nytt avtal där framför allt bestämmelser om återhämtning för arbetstagarna förbättrades. Sveriges Läkarförbund tyckte inte möjligheten till vila och återhämtning var tillräcklig och valde därför att inte skriva på det nya avta-

---

<sup>1012</sup> Arbetsmiljöverket, *Arbetsmiljöstatistik Rapport 2021:3, Arbetsorsakade besvär 2020*, den 1 september 2021.

let.<sup>1013</sup> Arbetsgivaren ska planera för semester som vanligt, men om regionen har aktiverat krislägesavtalet kan det innebära att enskilda anställda blir tvungna att avbryta sin semester alternativt inte får sin semester som planerat.

Under pandemin har tio regioner aktiverat krislägesavtalet, se tabell 11.3.

**Tabell 11.3 Regioner som aktiverat krislägesavtalet**

Regioner	Dagar
Västra Götaland	34
Västerbotten	56
Uppsala	135
Stockholm	388
Skåne	42
Norrbottn	124
Kalmar	57
Jönköping	222
Gävleborg	123
Dalarna	59

Källa: SKR.

Aktiveringarna har huvudsakligen avsett personal inom intensivvårdsverksamhet.<sup>1014</sup>

Region Stockholm är den region som drabbades först i Sverige av pandemin och krislägesavtalet aktiverades för IVA-personal i april 2020. Resterande nio regioner aktiverade avtalet först under andra vågen. Fyra regioner har aktiverat avtalet under mer än en period: Kalmar, Uppsala, Gävleborg och Stockholm. Region Stockholm har haft krislägesavtalet aktiverat under perioderna den 3 april – 31 augusti 2020 samt den 23 december 2020 – den 17 juni 2021 och är därmed den region som har haft avtalet aktiverat längst tid.<sup>1015</sup>

<sup>1013</sup> Läkartidningen, *Läkarförbundet och SKR i nya samtal om krislägesavtalet*, den 30 augusti 2021.

<sup>1014</sup> Uppgifter till Coronakommissionen från SKR.

<sup>1015</sup> Uppgifter till Coronakommissionen från SKR samt SLL:s webbplats (besökt den 25 augusti 2021).

#### 11.11.4 Erfarenheter från hälso- och sjukvårdspersonal

Det har genomförts en rad undersökningar om hur hälso- och sjukvårdspersonal upplevt sin arbetsmiljö och sina arbetsvillkor under pandemin. Kommissionen har tagit del av en undersökning genomförd av Vårdförbundet bland dess medlemmar (barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor) om hur det är att arbeta under en pandemi,<sup>1016</sup> undersökningar genomförda av Novus på uppdrag av Vårdförbundet<sup>1017</sup>, en enkätundersökning genomförd av Sveriges Läkarförbund i slutet av maj 2021, en intervjustudie genomförd av Kommunal våren 2021 samt enkätundersökningar bland infektionsavdelningar<sup>1018</sup> och intensivvårdsavdelningar<sup>1019</sup>. Kommissionen har även haft möten med flera fackförbund och föreningar för professioner inom vården och omsorgen.<sup>1020</sup> Nedan redogörs kortfattat för några av resultaten i ovan nämnda undersökningar och uppgifter från möten.

##### *Oro och etisk stress*

Vårdförbundets enkät kunde besvaras i november 2020 och fångar framför allt upplevelser under första vågen. Enligt denna undersökning har 57 procent av förbundets medlemmar oroat sig för att själva bli smittade av covid-19 på arbetsplatsen. Oron var som högst inom arbetsområdena anesthesi, ambulans, onkologi, operation och röntgen. Bland chefer var oron betydligt lägre, 25 procent. Bland sjuksköterskor har en lägre andel, ca 30 procent, våren 2020 uppgett att de känt oro över att själv bli smittad och 40 procent har känt oro för att smitta någon annan. I den uppföljande undersökningen hösten 2020 hade oron för att bli smittad av covid-19 ökat något bland dem som inte haft covid-19, till ca 40 procent.

---

<sup>1016</sup> Vårdförbundet, *Att arbeta under en pandemi, Vårdförbundets medlemsundersökning*, den 31 januari 2021.

<sup>1017</sup> Novus, *Sjuksköterska i Coronatider 2020*, 2020. Novus, *Sjuksköterska i Coronatider 2020 – Uppföljning*, den 15 december 2020. Novus, *Biomedicinska analytiker*, den 8 april 2021. Novus, *Om sommarledigheten 2021*, den 12 maj 2021.

<sup>1018</sup> Åsa Hallgårde, underlagsrapport (2021), *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19-pandemin*.

<sup>1019</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

<sup>1020</sup> Möte med Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna den 1 juni 2021, Sveriges Läkarförbund den 2 juni 2021, Kommunal den 2 juni 2021, Svenska Distriktsläkarföreningen den 14 juni 2021, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) den 11 juni 2021, Vårdförbundet den 18 juni 2021 och Svensk Sjuksköterskeförening den 27 augusti 2021.

Bland läkare var det ca 35 procent som uppgav att oro att själv bli smittad har bidragit till att öka stressnivån under pandemin.

Första tiden fanns en stor oro kring att bli smittad på jobbet. Från Italien kom rapporter om många dödsfall bland vårdpersonal, det kändes osäkert om skyddsutrustningen skulle hålla måttet.<sup>1021</sup>

Samtliga förbund och föreningar har berättat om både den ansträngning det inneburit att arbeta i skyddsutrustning och den oro som bristen på skyddsutrustning orsakade våren 2020. Sveriges Läkarförbund har bl.a. anfört att det vid arbetspassets början ofta var osäkert om skyddsutrustningen skulle räcka hela arbetspasset. I Novus undersökningar uppgav endast ca 40 procent att de våren 2020 upplevt att det på arbetsplatsen funnits tillgång till den skyddsutrustning som behövts. Den förbättrade situationen när det gäller tillgång till skyddsutrustning syntes i resultatet i den uppföljande undersökningen hösten 2020 då ca 60 procent upplevt att arbetsplatsen haft tillgång till den skyddsutrustning som krävts. Våren 2021 hade denna siffra stigit till 75 procent.

Att jobba med full skyddsutrustning orsakade/har orsakat fysisk och psykisk ohälsa bland viss personal. Vi har sett närmare PTSD-liknande symtom hos vissa personal.<sup>1022</sup>

Det var en svår balansgång mellan föränderliga råd och bristande tillgång på skyddsutrustning. I personalgruppen fanns misstankar om att tillgången styrde råden.<sup>1023</sup>

Novus har i sin undersökning bland sjuksköterskor även ställt frågor om etisk stress. Cirka 25 procent uppgav våren 2020 att de upplevt någon form av etisk stress kring prioriteringar av sjuka och 30 procent att de inte kunnat ge den omvårdnad de önskat. Hösten 2020 hade andelen som upplevt någon form av etisk stress kring prioriteringar av sjuka ökat något, till ca 30 procent.

Oerhört dystert sjukdom - mycket tid, kraft och resurser läggs på patienter med mycket hög mortalitet. Det tär på människor!<sup>1024</sup>

För att hinna med alla omvårdnadsmissiga rutiner sedan allt började i mars, har vi tvingats dra ner på ambitionsnivån. Nu får man vara glad

---

<sup>1021</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>1022</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>1023</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>1024</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

om man hinner göra en ordentlig munvård eller uppvändning på patienten. Och så den där känslan hela tiden av att göra ett halvdant jobb - vi är ju vana att göra allt ordentligt!<sup>1025</sup>

Det var svårt att ha anhöriga på distans vid svår sjukdom och dödsfall.<sup>1026</sup>

I Kommunals intervjustudie har framkommit att personalen som jobbade på covid-19 avdelningar var de som kände sig mest trygga på grund av tydliga riktlinjer om skyddsutrustning och rutiner, medan man på vanliga vårdavdelningar kände sig otrygga. Kommunal har vidare pekat på att andra yrkesgrupper som t.ex. städ och vaktmästeri inte alltid fått samma information som vårdens personal och att arbetsgivaren därigenom ibland har utsatt dem för onödiga risker. Som exempel nämns att man glömt att informera städpersonal om att man har vårdat covid-19 patienter i ett rum.

### *Förändrad arbetsbelastning och förflyttningar*

Bland läkare har belastningen varit hög och det är endast en mindre andel som haft mindre att göra under pandemin än i vanliga fall. Cirka 45 procent av läkarna har vidare uppgett att en ökad arbetsbelastning har ökat stressnivån under pandemin. I Vårdförbundets undersökning bedömde nästan 30 procent att de fått ta emot färre patienter än normalt medan knappt 20 procent fått ta emot fler patienter än före pandemin. För knappt hälften har antalet patienter fortsatt som normalt.

Fysioterapeuterna har i samtal med kommissionen uppgett att en hel del av deras medlemmar har arbetat betydligt mer än vanligt men att de även har sett medlemmar som varit oroliga för sin framtid. Många egenföretagare tappade alla patienter från en dag till en annan eftersom många avbokade sina besök på grund av rädsla.

Bland de biomedicinska analytikerna är det sex procent som upplevt att arbetsbelastningen var för hög och ej hanterbar före pandemin. Under pandemin har denna siffra gått upp till 14 procent. Av dem som upplevt för hög arbetsbelastning har drygt åtta av tio uppgett fysiska eller psykiska besvär till följd av den höga arbetsbelastningen.

---

<sup>1025</sup> Artikeln *Vad är man för människa, när allt det här är över?*, publicerad på Kommunals webbplats.

<sup>1026</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

Ett sätt att handskas med utmaningen att hantera covid-19 vården och samtidigt upprätthålla den normala hälso- och sjukvården har varit att flytta personal. I enkäter hos infektionsavdelningar har framkommit att personal huvudsakligen omfördelades inom sjukhusen, men att rekrytering också gjordes från primärvård och bemanningsföretag.

Enligt Vårdförbundets undersökning är det 20 procent av medarbetarna och 10 procent av cheferna som uppgett att de blivit flyttade under den första vågen. Förflyttningar har varit som vanligast inom slutenvården och särskilt från anesthesi- och operationssjukvård. Inom kommunal vård har förflyttningarna varit minst förekommande. Av alla förflyttade ansåg 38 procent att den introduktion eller utbildning de fick vid förflyttningen inte var tillräcklig för att de skulle känna sig trygga i sin nya roll.

Bland sjuksköterskor har en betydligt högre andel, ca 40 procent, uppgett att de behövt ändra arbetsuppgifter eller bytt avdelning på grund av coronaviruset. Bland läkare ligger motsvarande siffra på ca 20 procent.

Utmanande både för de med IVA-kompetens att acceptera minskning av vårdnivå relaterat till belastning och att behöva handleda mindre kompetenta, och för de utan IVA-kompetens som under pågående eskalering behöver lära sig det mest basala (de senare var väldigt många under första vågen).<sup>1027</sup>

Även oro för att vårda fler patienter per person än normalt och att arbeta tillsammans med ovan personal upplevdes som stressande.<sup>1028</sup>

I Kommunals intervjustudie har framkommit att förflyttningar många gånger har varit tuffa för personalen men även att de fungerat bra när det varit frivilligt och arbetsgivaren varit lyhörd. Kommunal har även anfört att andra vågen var mycket jobbigare än den första eftersom personalen var mycket mer trötta mentalt.

### *Otillräcklig bemanning och kompetens*

Cirka hälften av sjuksköterskorna har uppgett att bemanningen inte varit tillräcklig under pandemin. På frågan om bemanningen för professionen var tillräcklig före pandemin var det omkring var tredje

<sup>1027</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>1028</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

medarbetare som svarat att de ansåg att bemanningen inte var tillräcklig redan före. I professionen röntgensjuksköterskor har ungefär hälften svarat att bemanningen inte var tillräcklig redan före pandemin och att läget i princip vare sig förbättrats eller försämrats under pandemin. Otillräcklig bemanning är något som även lyfts av Kommunal som har anfört att det behövs fler undersköterskor.

Begränsande faktorer var framförallt specialistsjuksköterskor och vana undersköterskor.<sup>1029</sup>

Att uppbringa upp till 22 "IVA-platser" är ju förstås inte möjligt. En IVA-plats definieras och fungerar tack vare att personalen är IVA-utbildad. Våra tänkta 22 platser skulle ju bemannas med icke IVA-utbildad personal. Så upp till 22 platser är ju en nödlösning, att försöka göra så gott vi kunde utifrån förutsättningarna. Men inte alls optimalt som vi känner intensivvård.<sup>1030</sup>

Brist på intensivvårdspersonal. Många nya medarbetare har gjort en fantastisk insats – men har inte samma kunskap och erfarenhet som van intensivvårdspersonal. Detta kan ha påverkat intensivvårdens kvalitet.<sup>1031</sup>

Bland biomedicinska analytiker framkom att drygt hälften ansåg att det var för få biomedicinska analytiker på sin enhet redan före pandemin och denna siffra har under pandemin ökat till ca 60 procent. Nästan två av tre har upplevt kvalitetsbrister på sin enhet och hälften har uppgett att de har kollegor på sin enhet som inte är legitimerade biomedicinska analytiker men som sett till arbetsuppgifterna borde vara det. Bristen på kompetens inom laboratoriemedicin har även lyfts i en rapport från Naturvetarna.<sup>1032</sup>

### *Personalomsättning*

I Novus uppföljande undersökning bland sjuksköterskor uppgav ca 25 procent av sjuksköterskorna hösten 2020 att de övervägt att byta jobb på grund av pandemin. Av dessa var det 13 procent som övervägt att lämna vården helt. I Novus undersökning om sommarledigheten 2021 var det något färre som uppgav att de övervägde att

---

<sup>1029</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>1030</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>1031</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

<sup>1032</sup> Naturvetarna, *Laboratoriemedicinen i Sverige, Kompetens, utvecklingsmöjligheter och lärdomar av pandemin*, juli 2021.



byta jobb, 20 procent, men av dem som övervägde att lämna var det nära hälften som övervägde att lämna vården helt. Vidare var det hösten 2020 ca 20 procent av sjuksköterskorna som upplevde att fler sa upp sig än normalt. Denna siffra var densamma våren 2021. Fler upplevde även att sjukfrånvaron och därmed arbetsbelastningen ökade hösten 2020 jämfört med våren 2020.

### *Framgångsfaktorer*

Både i våra samtal med olika professioner och i olika undersökningar har vikten av ett bra ledarskap lyfts fram. Som en framgångsfaktor har nämnts chefer som vågat fatta egna beslut och ta egna initiativ. I en intervjustudie har en person uttryckt följande.

De avdelningar som hade ett bra ledarskap innan pandemin har klarat sig bäst under pandemin. De som inte hade det så bra har havererat totalt.<sup>1033</sup>

Flera har lyft att samverkan och kommunikationen med ledningen har stärkts under pandemin. Även snabbare beslutsvägar har nämnts som en positiv effekt av pandemin.

I Novus undersökning har åtta av tio sjuksköterskor våren 2020 uppgett att det var en god arbetsgemenskap mellan kollegor. I den uppföljande undersökningen hösten 2020 hade denna siffra visserligen sjunkit något men var alltjämt hög; tre av fyra ansåg att arbetsgemenskapen var god. Flera regioner har erbjudit samtalsstöd av kuratorer, något som varit efterfrågat och välbehövligt. Även sjukhuspräster uppges ha varit ett stort stöd för personalen på flera sjukhus.<sup>1034</sup>

### *Återhämtning och sommaresemestrar*

Bland de läkare som varit anvisade på krislägesavtal uppgav ca 70 procent att de inte fått tillräcklig vila. Ca 40 procent uppgav att det varit riktigt jobbigt att arbeta under krislägesavtalet och 60 procent att de var oroliga för sin egen hälsa. Vidare har endast ca 60 pro-

---

<sup>1033</sup> Intervjustudie genomförd av Kommunal, *Arbetsmiljön i sjukvården under pandemin*.

<sup>1034</sup> Möte med Svenska kyrkan den 1 oktober 2021.

cent av läkarna svarat att de under pandemin har fått tillräcklig vila och återhämtning för att klara både sitt sociala liv och arbetsliv.

Med ständig tillströmning av patienter och större vårdskuld än tidigare blir det ingen återhämtning alls. Tvärtom måste vi växla upp för att kunna hantera lika många eller fler patienter än tidigare med ett ständigt hot om nya covid-19-utbrott eller andra hot.<sup>1035</sup>

Alla oroar sig för vårdskulden – men svårast efter pandemin blir den trötthet vi kommer att se.<sup>1036</sup>

Vårdförbundet har uppgett att vissa medlemmar varit anvisade enligt krislägesavtalet i 8–9 månader och att det varit så påfrestande att vissa medlemmar farit illa. Vårdförbundet har även anfört att i flera av de regioner där krislägesavtalet inte har aktiverats har arbetsgivarna istället tänjt på gränserna för de ordinarie villkoren och arbetstiden. Sveriges Läkarförbund har uppgett att vissa regioner förlängt jouravtal istället för att aktivera krislägesavtal.

Flera har anfört att den ansträngda situationen i vården har lett till att forskningstid, fortbildning och kompensationstid för jour generellt har dragits in.

Inför sommaren 2020 fanns en stor oro för att semestrarna skulle bli kraftigt begränsade men enligt Vårdförbundets undersökning har sju av tio medlemmar ändå fått möjlighet till minst fyra veckors sammanhängande semester. Vidare framgår av en undersökning hos Vårdförbundets medlemmar att det inför sommaren 2021 inte var någon större skillnad jämfört mot 2019 när det gäller nekad semester på grund av låg bemanning och/eller rekryteringssvårigheter. Drygt 40 procent uppgav dock att de kände sig mer oroade inför sommaren jämfört med ett vanligt år.

Vi klarade det, människor har verkligen levererat. Vi har blivit duktiga på att anpassa oss i en situation med bristande resurser. Aldrig igen tack!<sup>1037</sup>

---

<sup>1035</sup> Vårdförbundet, *Att arbeta under en pandemi, Vårdförbundets medlemsundersökning*, den 31 januari 2021.

<sup>1036</sup> Vårdförbundet, *Att arbeta under en pandemi, Vårdförbundets medlemsundersökning*, den 31 januari 2021.

<sup>1037</sup> Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården under covid-19 pandemin*.

## 11.12 Summering

Den svenska sjukvården har under pandemin utsatts för prövningar som saknar motsvarighet under modern tid. I kapitel 10 pekade vi på ett antal brister som fanns i svensk sjukvård före pandemin och som vi bedömde kunde påverka dess förmåga att hantera virusutbrottet. Det handlar exempelvis om att hälso- och sjukvårdssystemet uppvisar svaga resultat internationellt sett när det gäller att skapa kontinuitet och tillgänglighet. Vi pekade också bl.a. på IT-system som inte kommunicerar med varandra och brist på data som försvårar en uppföljning. Flera av dessa aspekter betonade vi redan i vårt första delbetänkande. Även bristen på hälso- och sjukvårdspersonal var stor i såväl regioner som kommuner redan före pandemin.

Samtidigt har svensk hälso- och sjukvårdstyrkor som vi bedömer har varit viktiga för förmågan att hantera pandemin: goda medicinska resultat, en högt utvecklad högspecialiserad vård och en hög grad av digitalisering.

I den inledande fasen av pandemin stegrades smittspridningen kraftigt. Speciellt Stockholmsregionen drabbades hårt och i mitten av mars 2020 ökade behovet av IVA-vård i regionen explosionsartat. Inom loppet av några dagar konstaterades att den kapacitet som då förfogades över inte skulle räcka till, inte ens med en 50-procentig utökning. Detta visar på en situation som krävde en extrem förmåga till snabb omställning och om disponering av befintliga resurser.

Hälso- och sjukvården har också snabbt ställt om. Resurser har omprioriterats, och det har skett en omflyttning av personal, sängplatser och diagnostiska resurser. De som har varit i behov av sjukhusvård för covid-19 tycks överlag ha fått vård. Men konsekvensen av omställningen är en minskad tillgänglighet till sjukvården samt inställd och uppskjuten vård, som vi berör i nästa kapitel. Omställningen har också skett till priset av att de anställda många gånger pressats till insatser långt utöver vad som är rimligt att begära. Den brist på hälso- och sjukvårdspersonal som fanns före pandemin, har förstärkt de problem som ledning och anställda i sjukvården tvingats lösa under mycket svåra förhållanden.

Även andra omständigheter har bidragit till stark stress hos personalen. Bristen på skyddsutrustning under den första vågen och oklarheter kring vilken skyddsutrustning som skulle användas, som vi skildrat i kapitel 8, är exempel på stressmoment i arbetet med att

vårda covid-19 sjuka. Vårdpersonal vittnar om en ständigt närvarande oro för att smittas, smitta andra patienter och sin egen familj. Kommissionen har erfarit att det finns kliniker där 60 procent av personalen haft covid-19 under 2020–2021. Personalen beskriver också hur den pressade situationen, med många svårt sjuka, där man inte upplevt sig räcka till för sina patienter också har skapat en etisk stress.

Det faktum att Sverige har förhållandevis få sjukhusplatser ledde till att lokalbehovet för covid-19 vård var stort i alla regioner. Strategierna för att hantera problemet har varierat över landet. Den initiala planeringen utgick ifrån att patienter med covid-19 skulle beredas plats på infektionsklinikerna, men antalet svårt sjuka patienter ökade i sådan omfattning att det redan i mars 2020 stod det klart att vårdplatser inom infektionsklinikerna inte räckte till. Initialt var det vanligt att planera för vård på enkelrum bl.a. på grund av smittsamheten. Den ambitionen fick snabbt överges. I stället blev kohortvård en av omständigheterna påtvingad lösning. Det har även varit vanligt att sjukhusen tvingats ändra rumsplanering och lokaler. I nästan hälften av regionerna har det funnits stängda avdelningar och mottagningar som kunnat öppnas och bemannas. Vissa regioner har haft lokaler under renovering som inte öppnats för planerat ändamål utan i stället använts för covid-19 vård. Ett omfattande anpassningsarbete har dock ofta krävts för att lokalerna skulle kunna användas för sådan vård. I några fall har t.ex. ventilationssystemen varit bristfälliga och krävt ombyggnad.

Även tillgången på medicinteknisk utrustning har tidvis varit problematisk och utöver inköp har det krävts omfördelning inom en region, samt tilldelning från Socialstyrelsen, för att klara vårdbehoven. Bristen på syrgas uppges också ha varit en utmaning.

Under pandemin har en ny patientkategori vuxit fram: patienter med i vissa fall svåra efterverkningar av covid-19 infektionen som kan försvåra återgång till arbete och skola och påverka förmågan att klara av dagliga aktiviteter. Kunskaperna om dessa besvär är fortfarande bristfällig och det är idag oklart hur omfattande detta hälsoproblem är. Det finns idag stora skillnader i vård och omhändertagande av patienter med postcovid-symtom. I det här sammanhanget bör vi också nämna det ökande behovet av rehabilitering, och bristen på fysioterapeuter och arbetsterapeuter redan före pandemin.

Även inom primärvården har omställningen under pandemin varit stor. Vården har omstrukturerats för att kunna ge vård till covid-19 patienter. Primärvården har tagit ansvar för provtagning, smittspårning och vaccination. En omställning till digitala besök har gjorts för att hindra smittspridning. Personal har också lånats ut till sjukhusvården. Många regioner vittnar om en mycket hög arbetsbelastning i primärvården. Under den första vågen tog förändringsarbetet mycket resurser i anspråk. Efterhand har söktrycket ökat samtidigt som vaccinationsuppdraget har bundit upp resurser.

Pandemin har bidragit till en fördjupad samverkan mellan primärvård och slutenvård, samt mellan regional sjukvård och kommunal vård. Detta gäller både på ledningsnivå och mellan verksamheter. Digitala arbetssätt har blivit vanligare, mobila team har utvecklats och gemensamma utbildningar har genomförts. Många utvecklingsprojekt som rör den nära vården har dock pausats. Problem när det gäller kontinuitet och tillgänglighet kvarstår. Kunskapen om patienternas upplevelser av samordnade vård och omsorgsinsatser är fortfarande begränsad.

På ett övergripande plan tycks samverkan och dialog mellan regionernas sjukvårdsledning ha fungerat väl och stärkts, särskilt genom de nätverk som organiseras av SKR, bland annat för regiondirektörer och för hälso- och sjukvårdsdirektörer. Dessa plattformar har varit viktiga för dialog, utbyte av erfarenheter och stöd mellan regionerna. Dessutom har nya samverkansfunktioner tillkommit, såsom IVA-samordningsnätverket, som har haft en viktig funktion i att skapa översikt, möjliggöra patientförflyttningar och därmed säkra IVA-vård för de svårast sjuka. Även utbytet av kunskaper och erfarenheter av betydelse för vården av patienter med covid-19 tycks, särskilt under den första vågen, i huvudsak ha skett genom vårdyrkenas egna organisationer snarare än genom Socialstyrelsens förmedling.

Pandemin är inte över än och effekterna för hälso- och sjukvården kommer att vara påtagliga under många år framöver, inte minst konsekvenserna av inställd och uppskjuten vård som vi belyser i nästa kapitel.



## 12 Inställd och uppskjuten vård

I kapitel 11 belyste vi omställningen inom intensivvården, infektionsvården samt primärvården under pandemin. Resurser har omprioriterats för att möta de akuta behoven av vård av patienter med covid-19. Det har skett genom omflyttning av personal, sängplatser, diagnostiska hjälpmedel för att utjämna vårdbehovet såväl regionalt som nationellt.

I det här kapitlet belyser vi hur utbud och efterfrågan av annan vård har påverkats av pandemin. Patienter har avstått från att söka vård för att inte belasta sjukvården eller för att undvika smitta. Färre fysiska besök till läkare har genomförts inom primärvården samtidigt som de digitala besöken har ökat. Det har även skett en minskning av vårdbesök och operationer inom den specialiserade vården.

Dessa förändringar har gått under namn som undanträngningseffekter, vårdskuld eller uppdämda vårdbehov. Konsekvenserna finns såväl på kort som på lång sikt. De långsiktiga konsekvenserna kan av naturliga skäl ännu inte utvärderas även om vissa hypoteser om framtida scenarier redan nu kan formuleras. Baserat på de data som finns tillgängliga nu fördjupar vi oss i de kortsiktiga effekterna på förebyggande vård, kroniska sjukdomstillstånd samt slutenvård. Den här fördjupningen bygger på en underlagsrapport som sammanställts till kommissionen av Anders Ekbom, vid Karolinska Institutet. Kapitlet bygger även på data från patientregistret, väntetidsdatabasen, regionernas verksamhetsstatistik, samt rapporter från myndigheter och SKR.

I avsnitt 12.1 belyser vi hur förtroendet för hälso- och sjukvården samt befolkningens efterfrågan på vård har påverkats av pandemin. I avsnitt 12.2, 12.3 och 12.4 analyserar vi vårdkonsumtion inom primärvården, den specialiserade vården och akutvården under pandemin. I avsnitt 12.5 redovisar vi den fördjupade analysen av inställd och uppskjuten vård. I avsnitt 12.6 diskuterar vi brister i nationella

datakällor för uppföljningen av hälso- och sjukvården. Kapitlet avslutas med en summering i avsnitt 12.7. Huvudfokus för kapitlet är utvecklingen under 2020.

## 12.1 Ökat förtroende för hälso- och sjukvården men många har avstått från att söka vård

En viktig pusselbit för att förstå konsekvenserna av pandemin är befolkningens och patienters upplevelser och erfarenheter av hälso- och sjukvården. Under pandemin har flera nationella patientundersökningar och befolkningsundersökningar genomförts. Undersökningarna visar på ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården men också att många har avstått från att söka vård.

I april och maj 2020 genomförde SOM-institutet en studie där 88 procent av dem som deltog angav att de hade förtroende för hälso- och sjukvården (mycket eller ganska stort förtroende). Jämfört med hösten 2019 är det en tjugoprocentig ökning. Den svenska sjukvården har aldrig tidigare fått så höga noteringar och ligger högst bland samtliga samhällsinstitutioner i mätningen. Ökningen av förtroendet för sjukvården kan observeras i de flesta samhällsgrupper, bland kvinnor och män, yngre och äldre, lågutbildade och högutbildade, samt bland personer på olika sidor av den ideologiska vänsterhögerskalan och mellan politiska partier.<sup>1038</sup>

### 12.1.1 Flera studier visar att patienter har avstått från att söka vård under pandemin

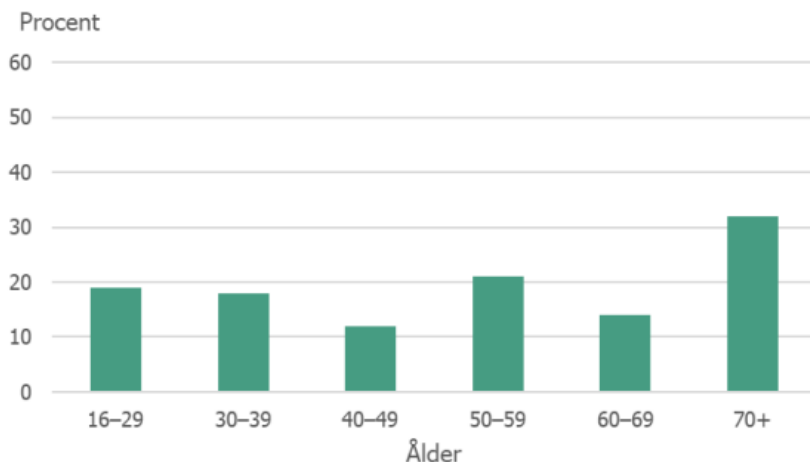
I maj 2020 skickade Folkhälsomyndigheten ut en webbenkät till deltagare i myndighetens frågepanel *Hälsorapport*. En femtedel av de tillfrågade i åldern 16–84 år, svarade att de hade avstått från att söka vård under pandemin, trots att de hade behov. I åldern 70–84 år hade 32 procent avstått från att söka vård vilket kan jämföras med åldersgruppen 40–49 år där 12 procent hade avstått. I studien fanns inga statistiskt säkerställda skillnader utifrån kön och utbildningsnivå när det gäller att inte söka vård under pandemin, se figur 12.1.

---

<sup>1038</sup> SOM-institutet (2020), *Institutionsförtroendet inte lika politiserat under pandemin*. Svarsfrekvens 44 procent.



**Figur 12.1** Andel i olika åldersgrupper som svarat att de undvikit att söka vård på grund av covid-19-pandemin



Anm.: Svarsfrekvensen i hela undersökningen var 88 procent.

Källa: Folkhälsomyndigheten (2021), *Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre*.

I åldersgruppen 70–84 år svarade de som hade avstått att söka vård under pandemin att de framförallt hade undvikit rutinbesök som exempelvis hälsokontroller, besök för ögon-, öron- eller hudproblem, sjukgymnastik, fotvård och tandvård. De flesta hade själva avbokad eller avstått från att söka vård. Det innebär att det inte i första hand var hälso- och sjukvården som hade avbokad vårdbesöket.

Knappt hälften av de tillfrågade, 48 procent, svarade att de kände sig oroliga för att inte få tillgång till vård. De flesta kände lite oro, 41 procent, men 7 procent svarade att de kände sig mycket oroliga för att inte få vård under pandemin.<sup>1039</sup>

Att patienter har avstått från att söka vård bekräftas av andra nationella undersökningar. I Nationell patientenkät 2020 för primärvården angav drygt 26 procent att de hade undvikit att söka vård på grund av pandemin, t.ex. sjukvård, tandvård, psykolog- och mödravård.<sup>1040</sup> I Nationell Patientenkät 2020 för akutvården angav 24 pro-

<sup>1039</sup> Folkhälsomyndigheten 2021. *Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre*. Svartsfrekvensen i undersökningen 2020 var 88 procent.

<sup>1040</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 24 augusti 2021). Svartsfrekvensen i undersökningen var 40,6 procent.

cent att de vid något tillfälle har undvikit att söka vård på grund av pandemin.<sup>1041</sup>

I december 2020 genomförde Myndigheten för vård- och omsorgsanalys en befolkningsstudie i fem regioner: Stockholm, Östergötland, Jönköping, Värmland och Blekinge. Ca 39 procent av de som deltog uppgav att de hade avbokat ett vårdbesök, avstått från att söka vård, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård. När de som hade utövat egenvård uteslöts var det 34 procent som antingen avbokat, avstått eller väntat med att söka vård, 19 procent hade valt att helt avstå från att söka vård (se figur 12.2).<sup>1042</sup>

Folkhälsomyndighetens förnyade mätning i maj 2021 visade på en minskad oro för att inte få vård i samtliga åldersgrupper (16–84 år), från 48 procent i maj 2020 till 39 procent i maj 2021. I åldersgruppen 70–84 år var minskningen ännu tydligare, från 60 procent i maj 2020 till 44 procent i maj 2021.<sup>1043</sup>

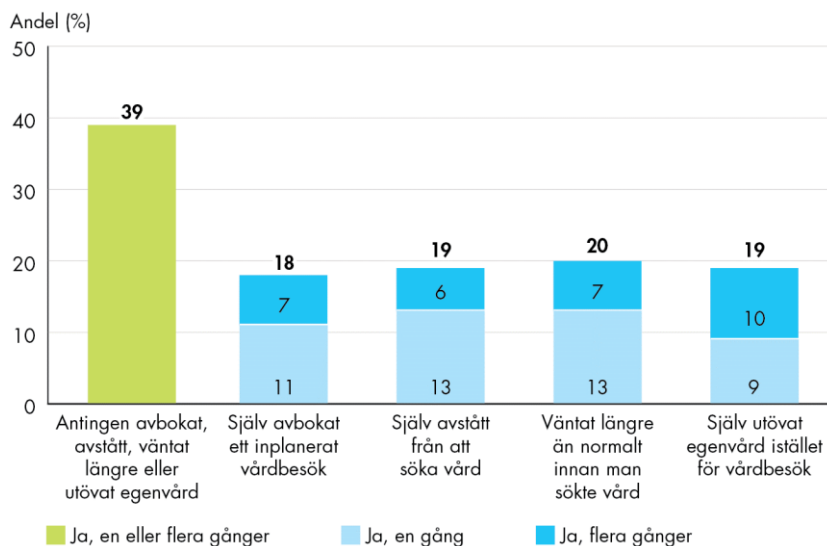
---

<sup>1041</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 24 augusti 2021). Svarefrekvensen i undersökningen var 35,5 procent.

<sup>1042</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*.

<sup>1043</sup> Folkhälsomyndigheten 2021. *Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre*.

**Figur 12.2** Andelen som på grund av pandemin valt att avstå eller avboka vårdbesök, väntat längre med att söka vård eller utövat egenvård i stället för att söka vård



Anm.: Antal svar: 1 992–2 026. Fråga: Har pandemin gjort att du själv valt att göra något av följande? Studien genomfördes i Stockholm, Östergötland, Jönköping, Värmland och Blekinge med olika grad av smittspridning. Svarsfrekvensen i undersökningen var 23,3 procent.

Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021).

Några röster speglar hur befolkningen har resonerat under pandemin:

Jag har ont och sämre rörlighet i foten nästan ett år efter en operation. Jag skulle ha sökt vård men har avvaktat på grund av pandemin.

Jag har inte gått på rehabilitering på grund av pandemin. Jag har gjort övning hemma men min artros har försämrats.

Jag låtsas vara frisk eftersom jag inte vill belasta vården. Jag undviker till exempel att kolla mitt blodtryck som jag blivit rekommenderad att göra.

Jag har ett mindre hälsoproblem som inte är akut, men som hindrar mig i vardagen. Det är omöjligt att komma fram och få hjälp. Jag vill inte belasta akutsjukhusen men det är dit vårdcentralen hänvisar mig.<sup>1044</sup>

<sup>1044</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*.

Samtliga studier som vi refererar till ovan pekar på att pandemin har påverkat efterfrågan på vård i stor omfattning. Men resultaten från de olika undersökningarna är inte direkt jämförbara med varandra. Dels har frågorna formulerats på olika sätt och olika verksamheter har varit i fokus, dels kan begreppen ”undvika” eller ”avstå” tolkas på olika sätt i undersökningarna.

En utmaning med befolkningsstudier och patientundersökningar är att det kan finnas grupper som är underrepresenterade. Exempelvis kan svårt sjuka patienter eller de med kognitiv nedsättning ha svårt att besvara en enkät även om det finns närstående eller vårdpersonal som kan bistå.

### **12.1.2 Patient- och brukarorganisationer bekräftar att patienter har drabbats av inställd vård**

I augusti 2021 genomförde kommissionen en hearing med elva patient- och brukarorganisationer. De deltagande organisationerna vittnade om att många av deras medlemmar har drabbats hårt av pandemin. Bilden som framkommer i hearingen bekräftar resultaten från patient- och befolkningsstudierna. Många patienter har avstått från att söka vård för att inte belasta hälso- och sjukvården, eller av rädsla för att bli smittade. Patienter har påverkats negativt av att vård- och omsorgsinsatser har skjutits upp eller ställts in, som exempelvis utredningar, vårdbesök och rehabiliteringsinsatser. Pandemin har även påverkat många vardag genom en ökad social isolering genom besöksförbud eller inställda dagliga verksamheter. För personer med hemtjänst eller assistans har beroendet av närstående ökat i de fall man har avstått från den typen av insatser. Organisationerna pekar på att det finns stora regionala skillnader i vården och omsorgen.

Det finns goda exempel när vården och omsorgen har fungerat väl under pandemin. Ett positivt exempel som lyfts fram är den ökade digitaliseringen som har skapat nya kontaktvägar och arbetsätt, t.ex. rehabilitering på distans. Digitala besök ses som ett komplement, och organisationerna trycker på vikten av att också få träffa sjukvårdspersonalen genom fysiska möten. Digitaliseringen kan innebära en stor utmaning för vissa grupper som har svårt att hantera tekniken.

## 12.2 Vårdkonsumtion inom primärvården under pandemin

I kapitel 11 belyste vi primärvårdens omställning under pandemin. Fokus för det här avsnittet är att beskriva vårdkonsumtionen inom primärvården under 2020, dvs. hur första besök, återbesök, vårdgarantibesök samt distansbesök påverkades. Redovisningen baseras på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fördjupade analys av data från väntetidsdatabasen och visar på en tydlig nedgång av läkarbesök inom primärvården samtidigt som distanskontakter ökade under 2020. Nedgången i primärvårdsbesök bekräftas av SKR och Socialstyrelsens analyser men direkta jämförelser är inte möjliga då det finns skillnader i metodval, jämförelseperioder samt hantering av bortfall.

Det finns brister när det gäller täckningsgraden i väntetidsdatabasen. I analysen som redovisas här ingår därför endast läkarbesök i primärvården. Täckningsgraden för övriga yrkesgrupper än läkare bedöms vara för låg. I analysen ingår dessutom endast 14 regioner med en täckningsgrad på 80 procent för läkarbesök. Dessutom exkluderas brev- och telefonkontakter då det finns skillnader i inrapporteringen mellan regioner.<sup>1045</sup> I avsnitt 12.7 återkommer vi till brister i datakvalitet och täckningsgrad i väntetidsdatabasen.

### 12.2.1 Färre primärvårdsbesök till läkare under pandemin

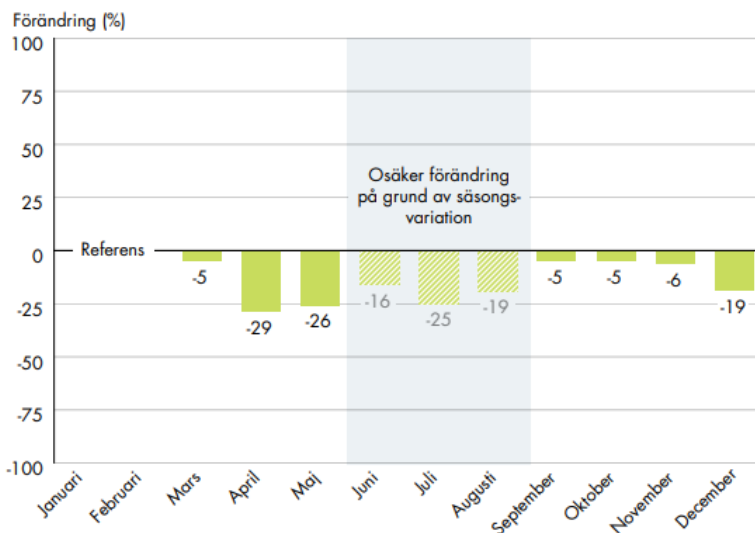
I april och maj 2020 minskade första besök, återbesök och övriga primärvårdsbesök till läkare med runt en fjärdedel jämfört med ett medelvärde för januari och februari samma år. SKR:s verksamhetsstatistik visar också att det gjordes ca 2,7 miljoner färre fysiska läkarbesök i primärvården under 2020 jämfört med 2019, vilket motsvarar en minskning med ca 20 procent. Även under sommaren 2020 var det färre primärvårdsbesök jämfört med januari och februari 2020. Det saknas heltäckande data för att göra motsvarande jämförelse med 2019 och det går därför inte att kontrollera för hur säsongsvariationen påverkar. Hösten 2020 ökade antal läkarbesök i primärvården jämfört med våren och sommaren. Den positiva trenden bröts i november och framför allt i december 2020 med en minsk-

<sup>1045</sup> De sju regionerna som har exkluderats är Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala och Västra Götaland.

ning av besöken, se figur 12.3.<sup>1046</sup> Socialstyrelsens uppföljning bekräftar resultaten och visar på en nedgång i mottagningsbesök och en uppgång i distansbesök. Socialstyrelsens analys omfattar dock fler typer av mottagningsbesök än enbart läkarbesök.<sup>1047</sup>

**Figur 12.3 Förändring av första besök, återbesök och övriga primärvårdsbesök till läkare**

Exklusive brev- och telefonkontakter



Anm.: Referens är medelvärdet för januari och februari 2020. Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala och Västra Götaland är exkluderade.

Källor: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*. Data från Väntetidsdatabasen och Region Sörmland bearbetad av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

### 12.2.2 Vårdgarantibesök till primärvårdsläkare har minskat

Den nationella vårdgarantin innebär att patienter ska erbjudas vård inom en viss tid. Det är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidsgränser patienter ska få kontakt med vården, få en medicinsk bedömning, få ett vårdbesök eller få en behandling. Vårdgarantin för primärvården innebär att en patient ska komma i kontakt med primärvården samma dag som hen söker kontakt och få en medicinsk

<sup>1046</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av covid-19*.

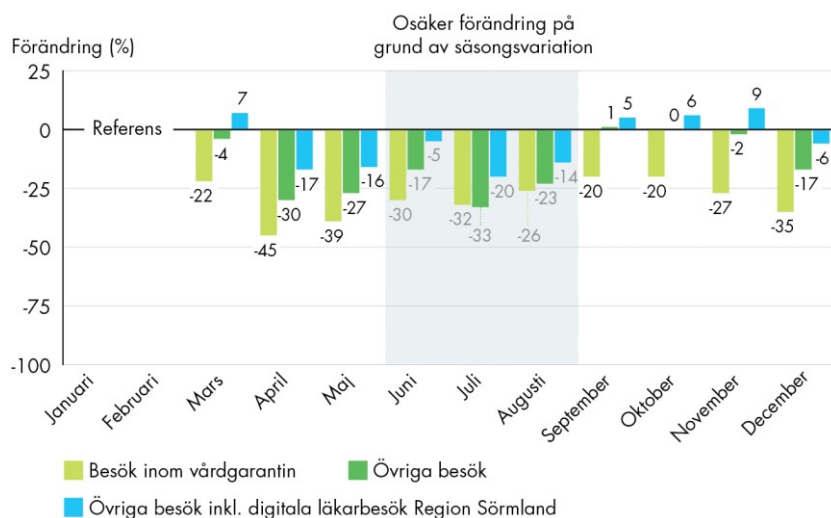
<sup>1047</sup> Socialstyrelsen (2021), *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården*.

bedömning inom tre dagar.<sup>1048</sup> Vårdgarantibesök definieras här som besök för nya eller kraftigt försämrade hälsotillstånd.

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning minskade vårdgarantibesöken till läkare under 2020 mer än övriga besök till läkare. Minskningen fortsatte under hösten 2020 medan övriga läkarbesök började öka jämfört med medelvärdet för januari och februari 2020. Skillnaden blir ännu tydligare när digitala primärvårdsläkarbesök (utomlänsvård) från Sörmland inkluderas, men det är oklart vilka av dessa digitala besök som bör ingå bland vårdgarantibesöken, se figur 12.4.<sup>1049</sup>

**Figur 12.4 Förändring av första besök, återbesök och övriga primärvårdsbesök till läkare uppdelat i vårdgarantibesök och övriga besök**

Brev- och telefonkontakter är exkluderade



Anm.: Referens är medelvärdet för januari och februari 2020. Blekinge, Gävleborg, Norrbotten, Skåne, Sörmland, Uppsala och Västra Götaland är exkluderade.

Källor: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*. Data från Väntetidsdatabasen och Region Sörmland bearbetad av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys,

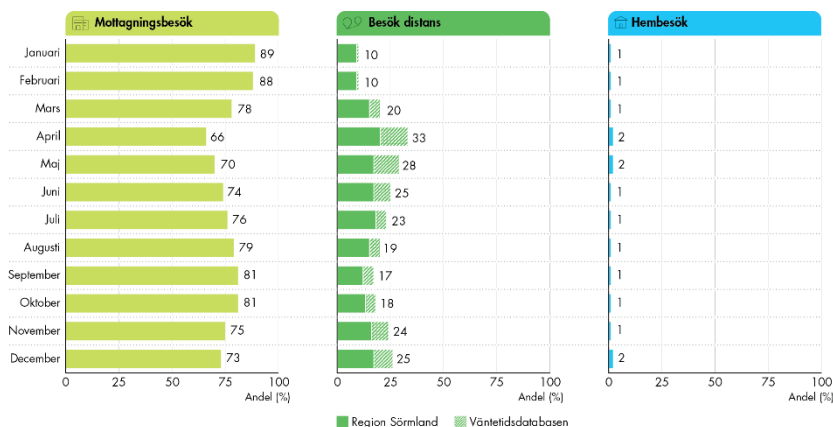
<sup>1048</sup> Regeringen och SKR (2020), *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

<sup>1049</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*.

### 12.2.3 Distansbesök har ökat under pandemin

Under pandemin har distanskontakter genom webb, telefon eller chatt varit en åtgärd för att minska risken för smittspridning. Samtidigt som de fysiska mottagningsbesöken i primärvården minskade under 2020 ökade distansbesök och hembesöken låg på en relativt oförändrad nivå. Men ökningen av distansbesöken tycks enligt Vård- och omsorgsanalys inte kompensera fullt ut för den minskning som kan observeras för de fysiska mottagningsbesöken. Men en slutsats som myndigheten drar är att ökningen av distansbesök visar att primärvården har förändrat sina arbetssätt och vårdutbudet för att möta patienter genom nya kanaler under pandemin (se figur 12.5).<sup>1050</sup> Observera att distansbesöken här avser både besök som har registrerats i väntetidsdatabasen samt hos privata vårdgivare i Region Sörmland (se även figur 12.5 nedan).

**Figur 12.5** Antal första besök, återbesök och övriga primärvårdsbesök till läkare fördelat på besök, distansbesök och hembesök



Anm.: Statistiken avseende besök på distans omfattar både utomlänbesök samt besök registrerade i väntetidsdatabasen.

Källor: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*. Data från Väntetidsdatabasen och Region Sörmland bearbetad av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

### 12.2.4 Ökning av digital utomlänsvård

SKR sammanställer även separat statistik över digitala utomlänskontakter i primärvården. I den här statistiken inkluderas besök till

<sup>1050</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*.



läkare, sköterska, psykolog och sjukgymnast/fysioterapeut. Under 2020 fanns det 11 privata leverantörer som gav vård till patienter i hela landet via verksamheter registrerade i Region Jönköping och Region Sörmland. Tillsammans svarade de för drygt 2,3 miljoner utomlänskontakter år 2020. Det är en ökning med 100 procent jämfört med 2019.

De största volymerna av digital vård svarade KRY, Doktor.se, Min Doktor samt Doktor 24 som tillsammans med JointAcademy stod för ca 94 procent av de digitala utomlänskontakterna under 2020. Störst andel användare av digital vård fanns i Stockholm där 375 vårdkontakter per 1 000 invånare genomfördes, medan boende i Norrbotten hade 104 vårdkontakter per 1 000 invånare. Läkarbesöken stod för 67 procent av utomlänsbesöken, sjuksköterskor för 18 procent, sjukgymnast/fysioterapeut för 10 procent och psykologer 5 procent.<sup>1051</sup>

### 12.3 Vårdkonsumtion inom specialiserad vård under pandemin

Under 2020 minskade besöken i den specialiserade vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning visar att totalt sett minskade antalet genomförda första besök inom den specialiserade vården med 7 procent under 2020 jämfört med ett genomsnitt för 2017–2019. Det betyder att ca 134 000 färre patienter fick ett första besök i den specialiserade vården. Även inflödet av patienter som väntar på ett första besök minskade med 7 procent jämfört med tidigare år. Det innebär att ca 148 000 färre patienter skrevs in på väntelistorna för ett första besök inom den specialiserade vården.

Störst förändringar i både inflödet och antalet genomförda första besök fanns i april och maj 2020 (se figur 12.6). Socialstyrelsens uppföljningar av data från väntetidsdatabasen bekräftar trenden även om direkta jämförelser inte kan göras mellan myndigheternas analyser då det finns skillnader i jämförelseperioder.<sup>1052</sup> Även för den specialiserade vården finns brister när det gäller täckningsgrad och

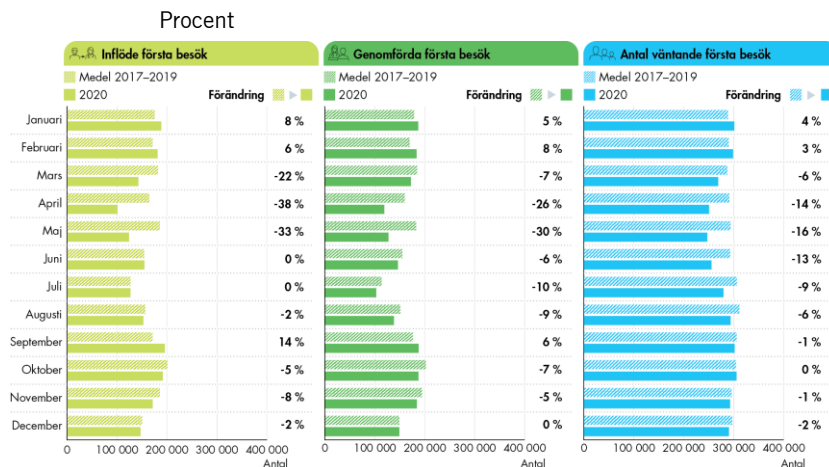
---

<sup>1051</sup> Information från SKR:s webbplats (besökt den 30 augusti 2021).

<sup>1052</sup> Socialstyrelsen (2020), *Analys av första och andra covid-19-vågen*. Om man enbart jämför med 2019 blir det enligt Socialstyrelsen en betydligt större minskning, omkring 250 000 färre första besök.

datakvalitet i väntetidsdatabasen, se avsnitt 12.6. Trender i planerad och akutkirurgi redovisas i avsnitt 12.5.

**Figur 12.6 Förändringar i inflödet till kön för ett första besök, antal genomförda första besök och antal väntande per månad under 2020 och medel för 2017–2019**



Anm.: Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda första besök.

Källor: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*. Data från Väntetidsdatabasen bearbetad av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Det finns enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys flera möjliga förklaringar bakom utvecklingen. Antal remisser minskade under pandemin och rutiner för hur patienter sätts upp på väntelistor har ändrats. Patienternas efterfrågan på vård har också minskat som vi har nämnt ovan. Samtidigt noterar vi att vårdkonsumtionen och inflödet av patienter varierar mellan olika specialiteter och regioner (se nedan).

I takt med att genomförda första besök minskar kan man förvänta sig att det är fler som väntar på ett sådant besök men figur 12.6 visar att antalet väntande minskade under första halvåret 2020. Det kan förklaras av att inflödet av nytillkomna personer som väntar på ett första besök minskade mer än antalet genomförda besök. Det kan också tala för att efterfrågan under det första halvåret 2020 förändrades mer än utbudet.

Under pandemin har vårdkonsumtionen och inflödet av patienter varierat mellan olika specialiteter och regioner (se nedan). För några

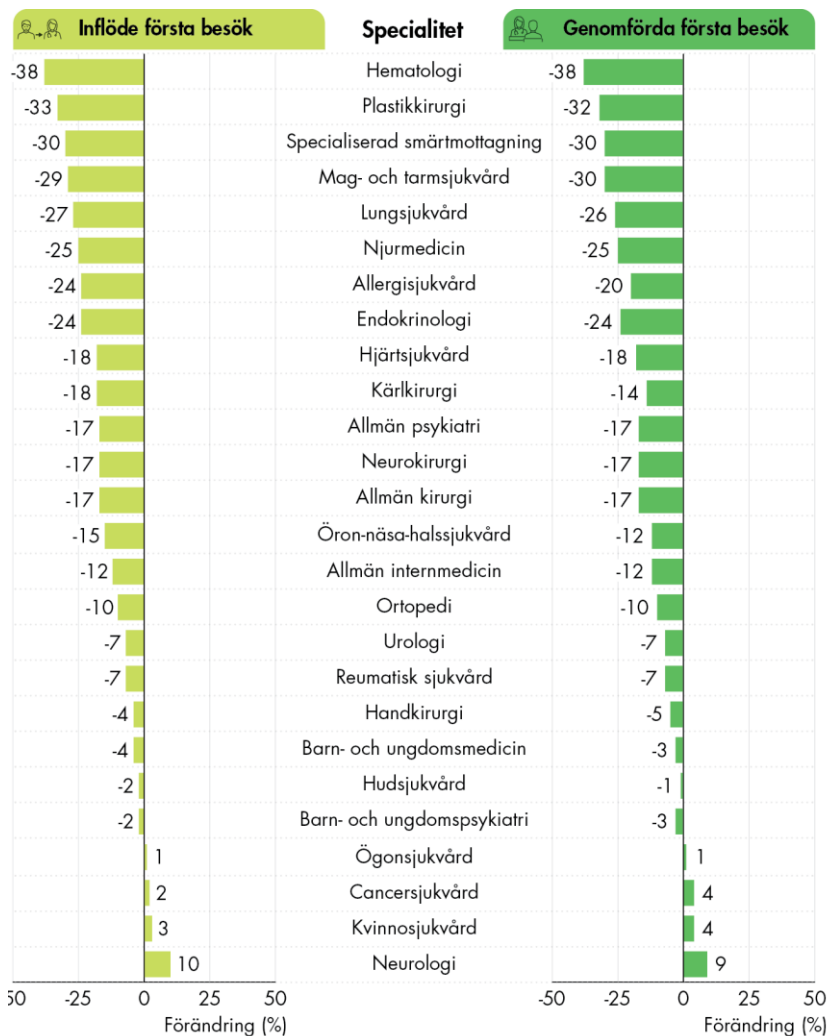
vårdområden, exempelvis hematologi (behandling av blodsjukdomar) fanns stora förändringar i såväl inflöde som besök, för andra områden, exempelvis ögonsjukvård var skillnaderna små. Figur 12.7 nedan visar att förändringen i inflöde och genomförda förstabetesök följer varandra väl inom de flesta vårdområdena.<sup>1053</sup>

---

<sup>1053</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av covid-19*.

**Figur 12.7** Förändringar av antal genomförda första besök och inflödet av personer som väntar på ett första besök per vårdområde, 2020 jämfört med medel 2017–2019

Procent



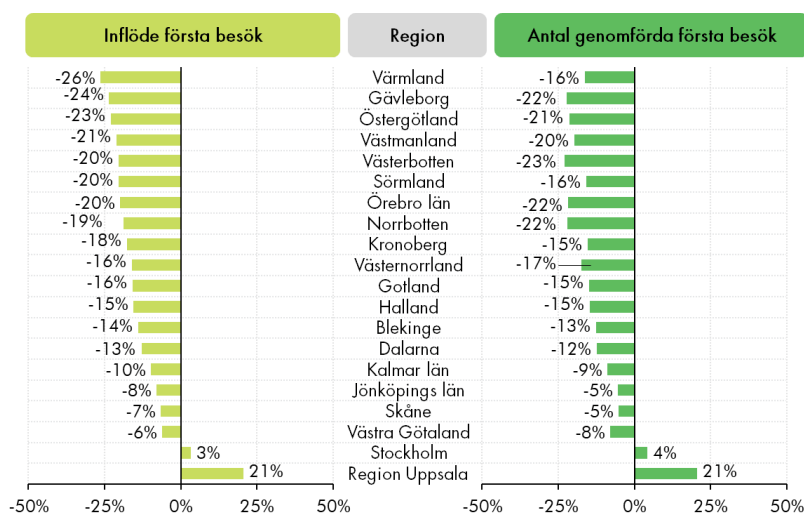
Anm.: Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda första besök. När jämförelsen görs mot enbart 2019 ses en minskning i inflöde och genomförda besök av cancersjukvård.

Källor: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*. Data från Väntetidsdatabasen bearbetad av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

I de allra flesta regionerna minskade både inflödet och antalet genomförda första besök jämfört med tidigare år. Men det finns regionala skillnader. I Värmland minskade inflödet av personer som väntade på ett första besök och antalet genomförda första besök med 26 respektive 16 procent, vilket är den största förändringen bland regionerna.

**Figur 12.8 Förändringar av antal genomförda första besök och inflödet av personer som väntar på ett första besök per region, 2020 jämfört med medel 2017–2019**

Procent



Anm.: Jämtland Härjedalen ingår inte i analysen. Siffrorna inkluderar patientvald väntan. Inflödet har beräknats på antal väntande och antalet genomförda första besök.

Källor: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Iskuggan av Covid-19*. Data från Väntetids-databasen bearbetad av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Antalet genomförda återbesök i den specialiserade vården minskade jämfört med tidigare år. Det gäller särskilt i mars, april och maj 2020.

Inflödet minskade tydligt redan i mars, men det ökade snabbt igen under sommaren 2020. Dessa förändringar av inflödet av personer som väntar på återbesök kan enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys vara svårtolkade, eftersom det också beror på antalet

genomförda operationer och förändringar i hur individer väljer att agera.<sup>1054</sup>

### 12.3.1 Minskning av slutenvårdepisoder under pandemin

Data från patientregistret visar att vårdepisoder inom slutenvården minskade för flertalet diagnosgrupper under 2020 jämfört med 2017–2019. Störst minskning ses för andningsorganens sjukdomar och sjukdomar i rörelseapparaten - det muskuloskeletala systemet och bindväven (kroppens muskler, ben och brosk). För koder för särskilda ändamål ses en kraftig ökning och i den här gruppen finns covid-19 samt postcovid. Dessa koder används normalt sett enbart i undantagsfall, vilket innebär att en beräkning av den procentuella förändringen för samtliga diagnoskoder inte blir rättvisande.<sup>1055</sup>

---

<sup>1054</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av covid-19*.

<sup>1055</sup> Socialstyrelsen (2021) och *beräkningar inom Stockholms universitets covid-19-program*.

**Tabell 12.1 Påbörjade vårdepisoder i slutenvården för olika typer av sjukdomar**

Antal. Procent

Diagnosgrupp	Genomsnitt 2017–2019	2020	Förändring	%
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	44 344	38 088	-6 256	-14
Tumörer	102 527	93 687	-8 840	-9
Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	14 137	12 640	-1 497	-11
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningsjukdomar	30 494	27 066	-3428	-11
Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar	108 302	103 685	-4617	-4
Sjukdomar i nervsystemet	39 692	36 643	-3049	-8
Sjukdomar i ögat och närliggande organ samt sjukdomar i örat och mastoidutskottet	15 619	13 751	-1868	-12
Cirkulationsorganens sjukdomar	195 926	178 567	-173 59	-9
Andningsorganens sjukdomar	106 405	73 621	-32 784	-31
Matsmältningsorganens sjukdomar	115 063	109 405	-5 658	-5
Hudens och underhudens sjukdomar	12 015	10 562	-1 453	-12
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	85 611	69 971	-15 640	-18
Sjukdomar i urin- och könsorganen	74 673	71 872	-2 801	-4
Graviditet, förlossning och barnsängstid	135 480	130 106	-5 374	-4
Vissa perinatale tillstånd	17 299	17 956	657	4
Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser	9 004	7 556	-1 448	-16
Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats	129 689	125 628	-4 061	-3
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker	141 745	138 268	-3 477	-2
Koder för särskilda ändamål	123	46 863	46 740	
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	50 142	43 604	-6 538	-13

Anm. 1: Yttre orsaker till sjukdom och död räknas inte som en huvuddiagnos och har exkluderats.

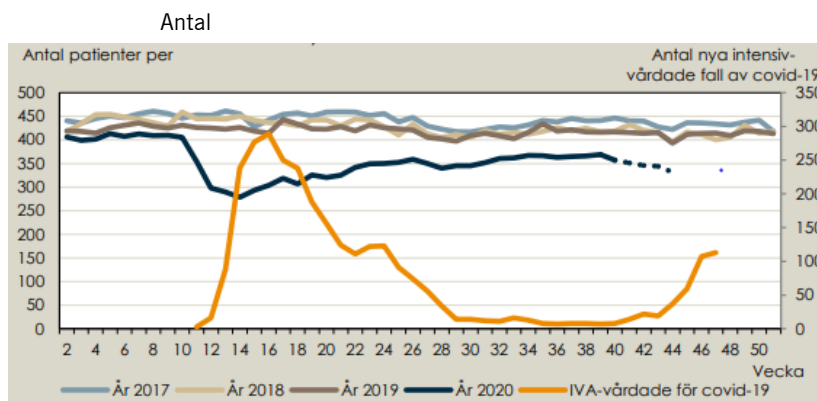
Anm. 2: Bortfallet är en procent för de mest frekvent använda variablerna, huvuddiagnos, personnummer och yttre orsak.

Källor: Socialstyrelsen (2021) och beräkningar inom SU:s covid-19-program.

## 12.4 Färre patienter i akutvården under pandemin

Socialstyrelsens analyser visar att det var färre patienter på somatiska akutvårdsmottagningar under 2020. Från och med februari 2020 minskade antal patienter tydligt jämfört med tidigare år (se figur 12.9) och trenden höll i sig under 2020. Totalt för perioden mars-september rörde det sig om ca 159 000 färre patienter jämfört med motsvarande period 2019. Det motsvarar en minskning på ca 16 procent.

**Figur 12.9** Antal patienter på somatiska akutmottagningar, vecka 2–51, år 2017–2020 i relation till antalet nya intensivvårdade fall av covid-19



Källa: Socialstyrelsen (2021), *Patientregistret och befolkningsregistret*.

Socialstyrelsens analyser visar på minskningar av antalet akutbesök i samtliga län och för nästan samtliga diagnosgrupper förutom miss-handel, där det fanns en mindre ökning. Störst har minskningen varit för övre luftvägsinfektion (-46 procent), öron-näsa-hals (-44 procent) och allergi och hud (-34 procent). Minst har minskningen varit för hjärtstopp (-2 procent), bröstsmärta (-6 procent) och andningsbesvär (-7 procent). Enligt Socialstyrelsen kan del av minskningen av antalet besök bero på att patienter i högre utsträckning sökt vård via digitala vårdkontakter. Andra faktorer som lyfts fram är beteendeförändringar under pandemin.<sup>1056</sup>

<sup>1056</sup> Socialstyrelsen (2021), *Analys av hur patienter besöker somatiska akutmottagningar under och efter första covid-19-vågen*.

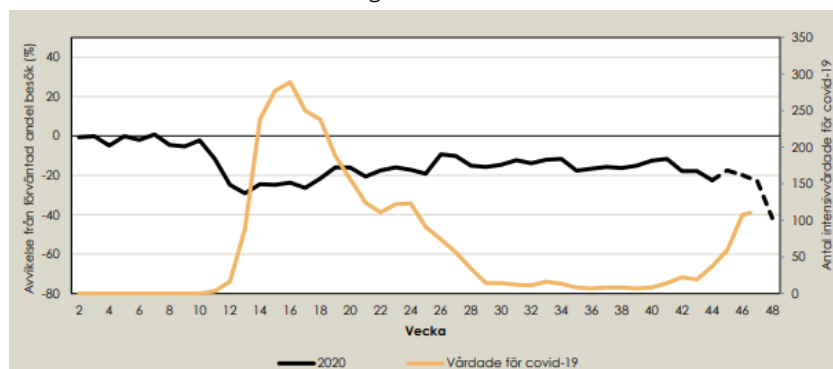


### 12.4.1 Akutbesök inom den psykiatriska vården under pandemin

Under 2020 minskade akutbesöken inom barn- och ungdomspsykiatrin samt vuxenpsykiatrin. Den största nedgången kan observeras under pandemins första fas med en minskning på omkring 30 procent jämfört med 2018 och 2019. Minskningen sammanfaller med en ökad smittspridning och fler som vårdades för covid-19. Akutbesöken ökade igen stegvis under våren men under hela 2020 genomfördes färre akutbesök jämfört med tidigare år, se figur 12.10.<sup>1057</sup> För psykiatrisk slutenvård ses en minskning med 4 procent för 2020 jämfört med 2017–2019, se tabell 12.1 ovan.

Figur 12.10 Besök vid psykiatriska akutmottagningar

Procentuell förändring



Anm. 1: Procentuell minskning av andel besök i befolkningen vid psykiatriska akutmottagningar jan–nov 2020 jämfört med förväntat värde (normaliserat till noll). Det förväntade värdet är baserat på en linjär trend, skattad för åren 2018–2019. Minskningen kan jämföras med antalet intensivvårdade för covid-19. Den linjära trenden tar hänsyn till att andelen inskrivningar generellt minskade under 2018–2019.

Anm. 2: Streckad linje representerar data som är osäkra.

Källa: Socialstyrelsen (2020), *Patientregistret*.

### 12.4.2 Fler barn väntade på förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatrin

Under mars–december 2020 minskade genomförda första bedömningar inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) med 7 procent jämfört med motsvarande period 2019. Orsaker till minskningen var

<sup>1057</sup> Socialstyrelsen (2021), *Psykiatriska akutmottagningar har fortfarande färre besök men samtidigt fler inläggningar under coronapandemin*.

bland annat rädsla för att bli smittad. Avbokningar gjordes även på grund av att patienter eller behandlade hade smittats av covid-19. Samtidigt ökade antalet genomförda fördjupade utredningar och behandlingar under samma period. En förklaring till det kan vara en ökning av digitala besök.

Enligt Socialstyrelsen var antalet vårdkontakter som väntat mer än 30 dagar på fördjupad utredning och behandling färre under pandemiperioden mars–december 2020 jämfört med motsvarande period 2019. Men de patienter som hade väntat längst på fördjupad utredning fick vänta ännu längre under pandemiperioden 2020 jämfört med tidigare år.<sup>1058</sup>

## 12.5 Fördjupad analys av inställd och uppskjuten vård

I följande avsnitt fördjupar vi analysen av inställd och uppskjuten vård med fokus på förebyggande vård, vård vid kroniska sjukdomstillstånd samt slutenvård. Avsnittet bygger på underlagsrapporten ”Uppskjuten och inställd vård under pandemin” av Anders Ekbohm vid Karolinska Institutet. Rapporten baseras på registerdata från en rad olika källor, till exempel olika kvalitetsregister<sup>1059</sup>, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Region Stockholm samt utvärderingar från regioner och SKR:s Hälso- och sjukvårdsrapport 2021. För en mer detaljerad presentation hänvisar vi till Anders Ekbohms underlagsrapport.<sup>1060</sup> Framställningen täcker inte alla vårdformer utan fokuserar på vissa patientgrupper som representerar olika aspekter av hälso- och sjukvården.

### 12.5.1 Barnhälsovården

Nationellt finns inget register som täcker in hela barnhälsovården, men Region Dalarna, Sörmland samt Jönköping har byggt upp egna

---

<sup>1058</sup> Socialstyrelsen (2021), *Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatri*

<sup>1059</sup> Täckningsgraden för de aktuella kvalitetsregistren redovisas i Socialstyrelsens rapport. Täckningsgraden för Nationella kvalitetsregister 2020.

<sup>1060</sup> Ekbohm redovisar, i den mån det funnits data, bland annat, skillnader mellan kön, åldersgrupper och regioner samt i vilken mån smittspridningens omfattning regionalt och över tid påverkade undanträngningseffekterna. Ekbohm, Anders, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

rapporteringsystem de senaste åren. Den bild som kan tecknas med dessa data är därför inte nödvändigtvis representativ för hela riket.

Under pandemins första år var omfattningen av hembesök inom 30 dagar efter förlossning oförändrad, likaså vid 8 månader. Viktkontroller under första levnadsåret gjordes i samma omfattning 2020 som 2019. Andelen barn som ammad helt eller huvudsakligen, vid 8 månaders ålder ökade i alla tre regioner från 50,5 procent år 2019 till 53,3 procent år 2020. Ingen skillnad kan ses mellan år 2019 och 2020 inom barnvaccinationsprogrammet, inkluderat HPV-vaccinationer.

Data från tre-, fyra- och femårskontroller visar att BMI (Body Mass Index)<sup>1061</sup> har ökat i samtliga åldrar, och i alla tre regionerna. Andelen feta eller överviktiga barn vid fyraårskontrollerna ökade från 14 procent juni 2019 - maj 2020 till 19 procent juni 2020 - maj 2021.

Vidare visar data från BORIS (Barn Obesitas Registret i Sverige) att det finns problem när det gäller antal genomförda besök på barnfetmamottagningar. Antalet nybesök gick ner med 13 procent, från 3 450 patienter år 2019 till 3 018 år 2020. Åren innan 2019 har det varit en ökande trend i antal besök. Nedgången mellan 2019 och 2020 återfanns i landets samtliga regioner. Även de årliga uppföljningarna av barn på barnfetmamottagningarna har minskat med omkring 4–6 procent.

Risikfaktorer för barnfetma är låg socioekonomisk status, utrikesfödda föräldrar samt splittrad familjebildning.<sup>1062</sup>

Sammanfattningsvis har barnhälsovården inklusive vaccinationsprogrammet fungerat väl under pandemin, men ökningen av BMI är oroande.

### 12.5.2 Mödrahälsovården

Mödrahälsovården omfattar besök på mödravårdscentraler, förlossning och uppföljning efter förlossning. Det sker en fortlöpande inrapportering till mödravårdsregistret och forskningsdatabasen Obstetrix.

---

<sup>1061</sup> Body Mass Index, mäter förhållandet mellan vikt och längd.

<sup>1062</sup> Se bland annat: Hemmingsson, E. 2018, *Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication*. *Curr Obes Rep* 7, 204–209 (2018).

Vid en jämförelse mellan födelseutfallen för år 2020 och utfallen för åren 2017–2019 framkommer att dessa generellt inte har påverkats negativt av pandemin. Andelen planerade kejsarsnitt är oförändrad, men andelen akuta kejsarsnitt har ökat, särskilt i storstadsregionerna. Den bakomliggande orsaken är oklar.

Vad gäller processmått såsom ultraljudsundersökning under vecka 16 till vecka 20 och antal besök på mödravårdscentral föreligger en ökning, och vad gäller amningsfrekvensen i samband med efterkontrollen är den i stort oförändrad.

Vid en jämförelse mellan kvinnor födda i Sverige och kvinnor födda utomlands framkommer skillnader mellan de två grupperna som är kända sedan tidigare, men även förändringar i skillnaderna mellan de två grupperna för år 2020. Vissa förlossningsutfall har försämrats något under 2020 jämfört med tidigare, för särskilt utsatta grupper, liksom för kvinnor med låg utbildning. Vad gäller andelen förlossningar med fosterdöd i livmodern drabbas kvinnor födda utomlands i en högre utsträckning än kvinnor födda i Sverige, även om det är ovanligt i båda grupperna. I jämförelsen med år 2020 har både skillnaden och andelen ökat marginellt för kvinnor födda utomlands. Likaså ökade skillnaden i andelen nyförlösta med ett Apgar-score under 7, fem minuter efter förlossningen. Apgar-score är ett mått på barnets välbefinnande efter förlossningen, där en score under 7 indikerar att barnet behöver medicinsk assistans, t.ex. andningshjälp.

Sammanfattningsvis har mödrahälsovården fungerat väl under pandemin om än med vissa orosmoment för särskilt utsatta grupper, mödrar födda utanför Sverige och/eller med låg utbildningsnivå.

### 12.5.3 Hjärtinfarkter

Under pandemin har det skett en nedgång i antalet hjärtinfarkter. Detta är anmärkningsvärt eftersom covid-19 tycks öka risken för hjärtinfarkt. Rapporter från vården om ett minskat söktryck för hjärtsjukdomar, särskilt hjärtinfarkt, har därför väckt oro att potentiella patienter, särskilt äldre, har avstått från att söka vård. En annan förklaringshypotes är att de rekommenderade restriktionerna, framför allt vad gäller rekommendationen om självisolering vid tecken på infektion, i kombination med striktare hygien har gett färre in-

fektioner hos individer med risk för hjärtinfarkt.<sup>1063</sup> Detta kan i sin tur leda till färre hjärtinfarkter, och på så sätt vara en bakomliggande orsak till en reell nedgång i hjärtinfarkt. Ytterligare hypoteser kan vara livsstilsförändringar under pandemin, som för en del inneburit en mindre stressad tillvaro.

I tabell 12.2 framgår nedgången i antalet rapporterade hjärtinfarkter under år 2020 jämfört med 2017–2019. Denna återfinns i samtliga regioner och är som mest markant under andra kvartalet 2020. Den finns både bland dem över 70 år och bland de yngre och hos båda könen. Tabell 12.2 innehåller en förlängning av studieperioden till första kvartalet 2021 och visar att nedgången fortsätter även under detta kvartal.

**Tabell 12.2 Hjärtinfarkter år 2020 och 2021 jämfört med 2017–2019**

Skillnad i procent

	Kvartal 1 (2020)	Kvartal 2 (2020)	Kvartal 3 (2020)	Kvartal 4 (2020)	Kvartal 1 (2021)
Totalt	-7	-15	-6	-9	-10
Män	-7	-16	-7	-9	-9
Kvinnor	-8	-14	-4	-8	-13
>70 år	-3	-14	-3	-4	-7
<70 år	-11	-16	-9	-14	-13

Källa: Anders Ekbohm, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

Även i statistik över dödsorsaker ses samma mönster som i statistiken från HIA-registret avseende hjärtinfarkt. Minskningen är särskilt markant vad gäller dödsfall med hjärtinfarkt som underliggande dödsorsak. Detta gäller såväl män som kvinnor och de över och under 70 års ålder. Även dödsfall orsakade av ischemisk kronisk hjärtsjukdom (kranskärslsjukdom) har minskat något. Att även antalet dödsfall har minskat talar starkt emot att potentiella patienter har avstått från att söka vård och stannat hemma.

Trots att resurser, framför allt personal, har överförts till vård av covid-19-patienter har detta inte påverkat vården av infarktpatienter. När det gäller tiden från symtom på hjärtinfarkt till behandling, visar

<sup>1063</sup> Flera studier visar på samband mellan pågående infektioner och en ökad risk för hjärtinfarkter, se exempelvis: Meier, C. R., Jick, S. S., Derby, L. E., Vasilakis, C., Jick, H., Meier, C. R., ... & Jick, H. (1998). *Acute respiratory-tract infections and risk of first-time acute myocardial infarction*. *The Lancet*, 351(9114), 1467–1471.

data att patienten i snitt fått behandling marginellt snabbare under pandemin och att tiden från EKG-undersökning till behandling inte har förändrats. Mönstret är likartat för de flesta regioner.

Sammanfattningsvis talar data för att en reell minskning i insjuknandet men också i dödligheten i akut hjärtsjukdom oberoende av kön, ålder eller region. För att förstå orsakssambanden behövs ytterligare forskning. Slutligen, omhändertagandet av patienter med akut hjärtsjukdom har haft samma höga kvalitet som tidigare.

#### 12.5.4 Kroniska sjukdomstillstånd

I analysen av kroniska sjukdomstillstånd presenterar vi diabetes och ledgångsreumatism (rheumatoid arthrit).

##### *Diabetes*

Diabetes är en kronisk sjukdom med kända komplikationer såsom förhöjd risk för hjärtkärlsjukdomar samt komplikationer från ögon och njurar. En väl skött diabetessjukdom kan minska risken för sådana komplikationer. Regelbundna kontroller är därför väsentliga. Diabeteskontroller sker främst inom primärvården men sköts även på andra medicinkliniker.

Diabetes delas in i två typer. Ekbom använder Nationella Diabetesregistrets definition: patienter med typ 1 diabetes har en debutålder under 30 år och är enbart insulinbehandling, medan typ 2 patienter definieras genom enbart kost- eller tablettbehandling eller insulinbehandling med eller utan tabletter samt debutålder över 40 år.

Under 2020 minskade antalet patienter registrerade i nationella diabetesregistret (NDR) för första gången sedan 1998. Nedgången var mest uttalad inom primärvården med en minskning på 8 procent. Bland de patienter som rapporteras från medicinklinikerna sågs en minskning med 6 procent. På medicinklinikerna var nedgången 5 procent för dem med typ 1 diabetes att jämföra med 16 procent för dem med typ 2 diabetes.

De större regionerna visar på liknande skillnader, medan det finns en större variation bland de mindre där några regioner även haft en ökning av registrerade patienter. Nedgången är betydligt större för

dem över 70 år, både inom primärvården och på medicinklinikerna.<sup>1064</sup>

Ett högt blodsockervärde ökar risken för att utveckla komplikationer som en följd av diabetes. HbA1c är en blodprovsanalys som mäter långtidsblodsocker och speglar hur blodsockret varit i genomsnitt under ca två till tre månader före provtagningen. HbA1c kan användas för att utvärdera kvaliteten på omhändertagandet av diabetespatienter.<sup>1065</sup> Sedan flera år finns en gynnsam trend för diabetespatienternas HbA1c-värden, och så var även fallet för 2020 för patienterna som sköttes inom primärvården. För de patienter som sköttes på medicinklinikerna fanns däremot en tendens till motsatsen.

Synnedssättning och bensår är två allvarliga komplikationer till diabetes. Frekvensen av ögonbottenundersökningar och fotundersökningar har ofta använts som en indikator på kvaliteten i diabetesvården.<sup>1066</sup> Hos patienterna på medicinkliniker har antalet ögonbottenundersökningar i stort varit konstant de senaste 10 åren och det skedde inte någon förändring 2020. Inom primärvården har antalet undersökningar ökat sedan 2010, men denna trend bröts år 2020 och det skedde istället en nedgång.

I Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvård fastställs att fotundersökning ska göras årligen. Under 2020 minskade andelen patienter som fick en fotundersökning från 80 procent till 74 procent för primärvården. På medicinkliniker minskade andelen till 72 procent för typ 2-patienter och till 68 procent för typ 1-patienter. Detta är potentiellt oroande avseende komplikationer på såväl kort som längre sikt.

Sammantaget visar detta att en del diabetespatienter har haft mindre kontakt med hälso- och sjukvården än vad de borde ha haft enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Underskottet av återbesök, kontroller av ögon- och fotstatus var mest markant för de äldre. Stora regionala skillnader föreligger dock, vilket sannolikt speglar skillnader i hur diabetesvården är organiserad regionalt. NDR utgör här en

---

<sup>1064</sup> För de över 70 år: 8,2 procent inom primärvården, att jämföra med 5,8 procent för ålder under 70 år. Nedgången för de över 70 år var 17,2 procent för typ 2 vid medicinkliniker att jämföra med 13,3 procent för de under 70 år.

<sup>1065</sup> Detta omhändertagande innefattar såväl medicinering, men också att utbilda och stötta patienten i den egenvård denna kroniska sjukdom kräver.

<sup>1066</sup> Det mått som används är andelen av patienter där som undersöks enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

viktig resurs, men avsaknaden av ett primärvårdsregister utgör ett problem, eftersom täckningsgraden varierar stort mellan regionerna.

### *Ledgångsreumatism*

Ledgångsreumatism (reumatoid artrit) är en systemsjukdom som framför allt drabbar leder men även kan påverka andra organ. Sjukdomen kan ha allvarliga konsekvenser. Tidig diagnos och medicinering är direkt avgörande för hur sjukdomen utvecklas. Tiden från symptomdebut till diagnos kan användas som ett mått på vårdkvalitet. Antalet diagnostiserade nya fall under 2020 (1 320 fall) var lägre än under 2019 (1 404 fall). Andelen som fick diagnos inom den målsatta tiden från symtomdebut ökade för män och var oförändrad för kvinnor.

Antalet besök till medicinklinik eller reumatologisk klinik per individ var ca 20 procent lägre jämfört med tidigare år och den största nedgången var under andra kvartalet 2020. Det förelåg ingen skillnad vad gäller kön, ålder eller sjukdomens varaktighet. Vad gäller medicineringen fanns en viss variation mellan olika farmakologiska produkter jämfört med tidigare år, men detta var i stort sett marginellt.

### *Andra kroniska sjukdomar*

Rapporter från Socialstyrelsen, liksom enkätsvar från regionerna om primärvårdens omställning under pandemin pekar på liknande trender, vad gäller en nedgång i besök, kontroller, för flera andra kroniska åkommor, såsom kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), astma, hjärt-kärlsjukdomar och högt blodtryck.<sup>1067</sup>

Sammanfattningsvis har antalet besök och kontroller för kroniska sjukdomstillstånd minskat. Effekterna av detta är i nuläget svårt att utvärdera, speciellt som skillnaderna inom och mellan regioner varierar stort. Framtida uppföljning kan förhoppningsvis bringa större klarhet i frågan.

---

<sup>1067</sup> Socialstyrelsen (2021), *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården* och enkätsvar på kommissionens frågor som skickades till regionernas primärvårdschefer eller andra med organisatoriskt ansvar under sommaren 2021.



### 12.5.5 Cancer

Cancer är ofta en sjukdom människor lever länge med, men sjukdomsbördan från cancer brukar oftast mätas i form av antalet nydiagnostiserade fall av cancer. Dessa kan delas upp i två grupper:

- Fall som diagnosticeras efter att en individ sökt kontakt med sjukvården på grund av besvär, nytillkomna eller kroniska, vilket leder till en utredning där en tumör diagnosticeras antingen, som den underliggande orsaken till besvären eller som ett bifynd under utredningen.
- Fall som diagnosticeras i samband med screening.

Några regioner minskade eller avbröt sin screeningverksamhet under pandemin, andra har fortsatt med oförändrade insatser. I samtliga regioner har dock söktrycket för utredningar minskat.

Under 2020 rapporterades 6,4 procent färre cancerfall jämfört med 2019. Eftersom antalet fall tenderar att stiga varje år är detta sannolikt en underskattning av det verkliga antalet nya fall. Nedgången var något mindre för män, 5,8 procent än för kvinnor, 7,0 procent. Nedgången var som mest markant under perioden april-maj 2020 och det skedde en viss återhämtning under hösten. Nedgången fanns i alla åldersgrupper men var mest markerad mellan 60–69 år. Storleken på nedgången varierade mellan olika regioner (se tabell 12.3).

**Tabell 12.3 Cancerfall 2020 jämfört med 2019**

Skillnad i procent

Region	Totalt (%)	Bröst (%)	Prostata (%)	Tjocktarm och ändtarm (%)	Lunga (%)
Riket	-6	-8	-18	-8	-6
Stockholm	-7	-15	-19	-5	+3
Mellansverige	-6	-8	-16	-6	-5
Sydöst	-5	-11	-7	-13	-11
Syd	-7	-7	-20	-7	-14
Väst	-6	+1	-25	-7	-7
Norr	-9	-10	-18	-14	-1

Källa: Anders Ekbohm, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

### *Cancer i tjocktarmen och ändtarmen*

Det sker ingen allmän screening för cancer i tjocktarmen och ändtarmen (kolorektal cancer). En sådan verksamhet är dock under uppbyggnad i de flesta regioner. Denna verksamhet, som innefattar tjocktarmsundersökningar (koloskopi) avbröts i samband med pandemin. Region Stockholm har en koloskopiverksamhet som är mångdubbelt större än resten av landet vilken bedrivs till stora delar av utförare utanför den regionala organisationen. Det är sannolikt den högre diagnostiska kapaciteten som förklarar Region Stockholms mindre uttalade nedgång. Det stadium tumören har vid diagnos är avgörande för prognosen och för omfattningen av vårdinsatser. Uteblivna undersökningar kan därför eventuellt leda till en ökad dödlighet i denna tumörform på längre sikt. Siffror från SPOR (Svenskt perioperativt register) ger dock en något annorlunda bild. Antalet operationer på tjocktarmen och ändtarmen var närmast oförändrat 2020 jämfört med 2019, även om det var en nedgång på 3 procent i de äldre åldersgrupperna. Detta talar för att den botande behandlingen för cancer i tjocktarmen och ändtarmen har minskat mindre än befarat.

### *Lungcancer*

Även för lungcancer finns det också anledning att tro att en högre diagnostisk kapacitet förklarar Stockholms ökning av fall under 2020. I delar av Norra sjukvårdsregionen finns screeningsverksamhet på försök vilket kan ha bidragit till små skillnader mellan 2020 och föregående år.

### *Bröstcancer*

Bröstcancer diagnosticeras huvudsakligen på två olika sätt. Antingen söker kvinnan för en nyupptäckt förändring i bröstet eller upptäcks den i samband med screening. De screeningupptäckta fallen är något fler. Screeningprogrammet för bröstcancer omfattar alla kvinnor i åldersspannet 40–74 år, vilka kallas med 20–24 månaders intervaller. Nedgången i antalet diagnosticerade bröstcancrar kan nästan helt förklaras av en nedgång i screeningupptäckta fall. De regionala skill-

naderna återspeglar därför i vilken mån hur olika regionerna valde att prioritera. Region Stockholm-Gotland och Region Mellansverige drog tidigt ner på denna verksamhet, till skillnad från Västra sjukvårdsregionen. Samtliga regioner prioriterade omhändertagande av kvinnor som sökt för ”knöl i bröstet” framför screening.

Nedgången i diagnosticerade bröstcancrar var störst i spannet över 70 år, och mindre mellan 50 och 69 år. Det skedde ingen förändring för dem under 50 år.<sup>1068</sup>

Under våren 2020 ändrades de nationella behandlingsrekommendationerna för bröstcancer, då man befarade ökande väntetider för kirurgi. Det innebar en ökad användning av cytostatika eller antihormonella läkemedel som inledande terapi i väntan på operation. Rekommendationerna fick särskilt genomslag under pandemins första fas så andelen som fick behandling före operation fördubblades. Vid årsskiftet 2020/2021 fanns inte längre någon betydande skillnad i andelen som fick behandling före operation jämfört med årsskiftet 2019/2020. Längre framskridna former av bröstcancer har opererats tidigare, jämfört med tumörer i tidiga stadier.

Det tycks dock som att det finns undanträngningseffekter särskilt bland de äldre (över 70 år). De omprioriteringar som har gjorts är till synes logiska och pragmatiska. Stora regionala skillnader och den nedlagda screeningverksamheten riskerar att leda till en eftersläpning i omhändertagandet av denna patientgrupp de närmaste åren.

### *Screening av livmoderhalscancer*

Målet med screening av livmoderhalscancer är att genom tidig upptäckt och intervention förhindra att invasiv cancer utvecklas. Antalet diagnosticerade fall av livmoderhalscancer minskade med 4,9 procent under perioden januari-oktober 2020 jämfört med motsvarande period 2019.

Diagnosticerade fall av livmoderhalscancer in-situ,<sup>1069</sup> vilket kan utvecklas till invasiv cancer, minskade med 13,4 procent. Även här

---

<sup>1068</sup> Bland de icke-screening upptäckta cancrarna finns en mindre nedgång bland de med stadium 3 och 4 vid diagnos, medan inga skillnader föreligger vid in-situ (tidig cancer utan spridning) och stadium 1 och 2.

<sup>1069</sup> Livmoderhalscancer in-situ är cellförändringar av svårare grad (III) som dock inte är invasiv mot omkringliggande vävnader.

föreligger stora regionala skillnader, minskningen varierade från 22,9 procent i Norra sjukvårdsregionen till 8,5 procent i Västra sjukvårdsregionen. Regionala skillnader i denna cancerform återspeglar omfattningen av det regionala screeningprogrammet.<sup>1070</sup>

Det skedde en markant nedgång i antalet cellprover under andra kvartalet 2020 jämfört med tidigare år. Nedgången under de två sista kvartalen förklaras dock helt av nedgången i Region Stockholm. I övriga regioner var läget normalt och i några fall skedde en ökning jämfört med tidigare år.<sup>1071</sup>

Nedgången i cellprover, särskilt i Stockholm, samt det faktum att minskningen av rapporterade in-situ fall är så högt som 13,4 procent, kan indikera att de med högst risk att utveckla cancer har valt att inte låta sig screenas, vilket är klart oroande.

### *Prostatacancer*

Prostatacancer var den typ av cancer som hade den största nedgång av nyupptäckta fall under 2020 jämfört med tidigare år, i både absoluta och relativa tal, även här med stora regionala skillnader. Nedgången var främst i början av pandemin, men ingen återhämtning skedde under senare delen av året. Nedgången förstärktes troligen av att nya riktlinjer började tillämpas om vilka patienter som skulle gå vidare till fortsatt utredning efter PSA-test.<sup>1072</sup> Nedgången var lika stor och visade samma mönster såväl lågrisk, intermediärrisk, högrisk samt metastaserad cancer. Minskningen var minst markant i åldersgruppen under 70 år, mer markant i åldersgruppen 70 till 75 år och mest markant bland dem över 75 år. Antalet skelettundersökningar bland högriskpatienterna under 80 år visar på en nedgång under första delen av pandemin.

Det var ingen minskning i antalet operationer där prostatan opereras bort (prostataektomi). Det bör dock i detta sammanhang påpe-

---

<sup>1070</sup> Screeningstesten har två komponenter en cellprovskontroll där tidiga avvikelser från det normala kan identifieras och åtgärdas och även diagnostik av HPV-infektion som är det som driver omvandlingen till cancer.

<sup>1071</sup> I detta sammanhang ska dock påpekas att Socialstyrelsen sommaren 2020 gav ut tillfälliga föreskrifter som medgav en bredare användning av HPV självprovtagning till och med juni 2021. Stockholm, Östergötland, Skåne och Dalarna hade förberett för en sådan anpassning, men de tre sist nämnda fick dock igång en ”normal” screeningverksamhet under de två sista kvartalen 2020.

<sup>1072</sup> Prostataspecifikt antigen (PSA). Mäter värdet av ett ämne som kommer från prostatan. Värdet stiger vid olika sjukdomar i prostata.

kas att denna typ av operation ökade åren innan 2020, så frånvaron av en minskning kan innebära en faktisk nedgång i andelen av dem som tidigare skulle ha opererats. Antalet behandlande stråleterapier gick ner marginellt i början av pandemin men under andra halvåret var antalet detsamma som under tidigare år. Hormonbehandling minskade dock markant under första delen av pandemin, men också under hösten 2020.

Sammanfattningsvis finns ett underskott av diagnosticerade cancrar i Sverige. Detta beror på flera saker, till exempel en nedgång i screeningverksamheten, brist på diagnostisk kapacitet och troligtvis en tendens att avstå från att söka hälso- och sjukvård som en följd av pandemin. Detta medför att det föreligger en risk att vissa cancrar kommer att diagnosticeras i ett senare skede, vilket kan öka dödligheten eller leda till mer omfattande behandlande insatser än normalt.

### 12.5.6 Proteskirurgi

Höft- och knäproteskirurgi är vanligt förekommande operationer där huvudparten utförs planerat (elektivt). En del höftproteser görs dock akut i samband med behandlingen för trauma. Förändringar i antalen operationer kan därför ge en uppfattning om hur och när regionerna har prioriterat och om det föreligger skillnader mellan olika grupper. De mönster som presenteras här bygger på data från protesregistret, ett kvalitetsregister som omfattar såväl knän som höfter. Jämförelser har gjorts mellan 2020 och 2017–2019 (tabell 12.4).

#### *Höftproteser*

Nedgången var störst under de första två kvartalen 2020, men även under de två sista fanns det en mindre nedgång. Nedgången har drabbat alla åldersgrupper utan könsskillnad. Nedgången är dock mest markerad för de äldre åldersgrupperna.

**Tabell 12.4 Protesoperationer av höftproteser år 2020 jämfört med 2017-2019**

Skillnad i procent

Period	Kvartal 1 och 2	Kvartal 3 och 4
Totalt	-33	-7
Män	-32	-7
Kvinnor	-34	-7

Källa: Anders Ekbohm, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

Det var stora skillnader mellan regionerna under hela året. Under de två första kvartalen, hade region Uppsala lägst minskning, 85 procent, och Västernorrland störst påverkan, där operationerna endast nådde upp till 43 procent av tidigare år under samma period. I region Halland utfördes 28 procent fler höftprotesoperationer under de två sista kvartalen 2020 jämfört med samma period 2017 till 2019. Andra regioner utförde betydligt färre operationer. Region Värmland och region Västmanland hade störst minskning under de två sista kvartalen.

### *Knäproteser*

I tabell 12.5 redovisas neddragningarna stratifierat på ålder under 2020 jämfört med 2017 till 2019. Det är uppenbart att de med en ålder under 60 år har prioriterats högre under båda tidsperioderna, särskilt den sista. För övriga åldersgrupper är skillnaderna marginella särskilt under den sista perioden.

**Tabell 12.5 Protesoperationer av knäproteser år 2020 jämfört med 2017-2019**

Skillnad i procent

Ålder	Kvartal 1–2	Kvartal 3–4
Totalt	-35	-13
<60 år	-28	0
60–69 år	-33	-20
70–79 år	-39	-18
80+	-41	-16

Källa: Anders Ekbohm, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

Det var liknande skillnader mellan regionerna i höftledsoperationer. I en jämförelse med protesregistren där all proteskirurgi redovisas oavsett utförare och SPOR (Svenskt perioperativt register) som redovisar kirurgi utförd av offentliga drivna vårdenheter, framgår det att den offentligt drivna vården har dragit ner mer på proteskirurgin än den vård som genomförts av andra utförare. Prioriteringarna, proportionellt sett, har ett likartat mönster, men de yngre åldersgrupperna har påverkats mindre jämfört med de äldre, som har omhändertagits inom den offentligt drivna vården. Flera orsaker kan ha bidragit till den här skillnaden; äldre personer omfattades av mer strikta rekommendationer vad gäller isolering och distansering. Yngre personer har generellt mindre annan sjuklighet, vilket leder till att de i större utsträckning kan opereras på en sjukvårdsinrättning utan akutresurser.

### 12.5.7 Akut och planerad kirurgi

Sammanlagt har det skett en nedgång av all kirurgi på 11 procent, dock återfinns denna nedgång helt inom de planerade ingreppen. Akuta ingrepp ökade istället med 3 procent.<sup>1073</sup> I följande två avsnitt beskriver vi trenden för specifika ingrepp, samt belyser skillnader mellan kön, åldrar och tidsperioder.

Minskningen av planerade ingrepp kan bland annat bero på att personer har undvikit att söka vård och att planerade operationer skjutits upp. Minskningen är något mer markerad för kvinnor jämfört med män men skillnaderna är små. Minskningen skiljer sig inte mellan åldersgrupper. Ökningen för akuta ingrepp är mer markerad för män jämfört med kvinnor och finns i alla åldersgrupper.

En närmare granskning av två vanliga operationer som enbart utförs på kvinnor: operation av framfall och borttagande av livmodern (hysterektomi) respektive män: operationer av prostataförstoring och bortoperation av prostatan (radikal prostataektomi) visar på likartade trender för båda könen. Operationer av framfall, som bara drabbar kvinnor, har prioriterats ned, oberoende av ålder. Så gott som alla borttaganden av livmodern är planerade. Det är dock vanligare att äldre kvinnor ligger närmare gränsen för ett akut behov

---

<sup>1073</sup> Anders Ekbohm, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

av ingreppet. Det skedde ingen minskning av antalet operationer bland äldre kvinnor. Operationer för prostataförstoring har nedprioriterats i ungefär samma utsträckning. Även här planeras så gott som alla operationer. Det var heller ingen skillnad i nedgången mellan åldersgrupperna. Vad gäller en form av behandling för prostatacancer, radikal prostataektomi, har det bara har förekommit en marginell nedgång, vilken är något mer markerad i de äldre åldersgrupperna.

Operationer för gallsten och eller inflammation i gallblåsan (cholecystektomi) och borttagande av blindtarmsbihanget (appendektomi) är de vanligaste operationerna i mag- tarmtrakten. Borttagande av blindtarmsbihanget utförs oftast akut på grund av akut inflammation. Även operation för gallsten görs akut, men något oftare planerat. Inflammation i blindtarmen är ett mycket allvarligt tillstånd bland äldre personer (över 70 år). Tillståndet är dock vanligast bland de yngre åldersgrupperna, där diagnostiken ofta inkluderar ultraljud och/eller datortomografi. Båda operationerna är därför ett sätt att studera prioriteringarna under pandemin.

Det föreligger två olika mönster för de två operationerna. Antalet blindtarmsoperationer har gått upp. Nedgången i utredningsresurser såsom ultraljud och datortomografi, kan ha gjort att operationer har utförts delvis som en försiktighetsåtgärd. Det skedde en minskning i planerade gallblåseoperationer för båda könen och för alla åldersgrupper. De akuta ingreppen har dock ökat vilket kan ha flera förklaringar. Exempelvis kan en gallåkomma bli akut i väntan på en planerad operation.

Myndigheten för Vård- och omsorgsorgsanalys har även analyserat genomförda operationer i väntetidsdatabasen. Deras analys visar på en minskningen med 19 procent under 2020 jämfört med ett medelvärde för 2017 till 2019. Myndighetens analys visade att även inflödet av patienter som väntar på en operation har minskat kraftigt, med 18 procent under 2020 jämfört med tidigare år. Väntetidsdatabasen täcker inte in alla operationer vilket påverkar resultatet.<sup>1074</sup>

---

<sup>1074</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av covid-19*.

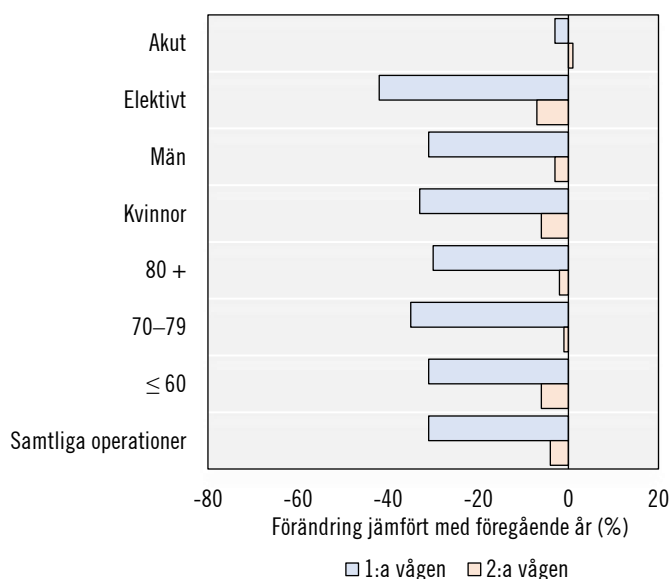


### Jämförelse av kirurgiska operation mellan första och andra vågen

Den första vågen, här definierad som perioden vecka 10 – vecka 22 2020, ledde till att en del verksamheter skalade ner vård för att bättre kunna möta det väntande vårdbehovet. Erfarenheterna av den första vågen tillkom som beslutsunderlag när den andra vågen, här definierad som vecka 40 – vecka 52, blev aktuell. I figur 12.11 jämför vi de neddragningar som var aktuella under första och andra vågen.

**Figur 12.11** Utförda kirurgiska ingrepp under första och andra vågen jämfört med motsvarande period föregående år

Skillnader i procent

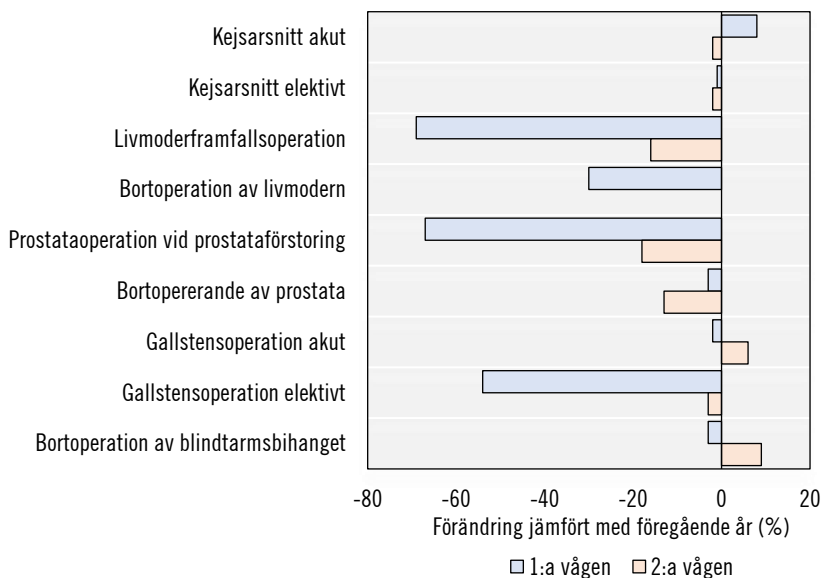


Källa: Anders Ekbohm, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

Den första vågen ställde stora krav på omprioriteringar, vilket slog igenom på de elektiva operationerna. Figur 12.12 redovisar motsvarande skillnader för specifika ingrepp. Cancerkirurgin påverkades i mindre omfattning och den akuta kirurgin påverkades nästan inte alls. Det var ingen skillnad i stort mellan könen, men det fanns en tendens till nedprioritering för de äldre åldersgrupperna. Det var inte heller någon uppenbar korrelation mellan omfattning av smitta och neddragningar regionalt.

**Figur 12.12 Utförda specifika kirurgiska ingrepp under första och andra vågen jämfört med motsvarande period föregående år**

Skillnader i procent



Källa: Anders Ekbohm, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

## 12.6 Brister i register och databaser försvårar uppföljningen av pandemin

I kapitel 10 och 11 har vi lyft olika problem i uppföljningen av hälso- och sjukvården. Problemen rör bland annat bristande täckningsgrad och datakvalitet. Dessutom saknas individdata för uppföljning av primärvården i nationella register. Detta har försvårat en realtidsövervakning samt möjligheterna att fullt ut dra slutsatser om utfallet av pandemin. Vi tar även ett bredare grepp om problem med data för övervakning, uppföljning och analys i slutbetänkandet.

### *Det saknas nationella data för uppföljning av kommunal vård*

En ny föreskrift trädde i kraft 2020 som innebär att Socialstyrelsens register över kommunal hälso- och sjukvård ska kompletteras med uppgifter om patientrelaterade vårdåtgärder som utförts av legitime-

rad hälso- och sjukvårdspersonal med kommunen som vårdgivare. På grund av tekniska problem i flertalet kommuner är bortfallet enligt Socialstyrelsen så pass stort att det inte är möjligt att publicera denna information för 2020. Det saknas data från 46 kommuner och ytterligare 13 kommuner har ett partiellt bortfall.<sup>1075</sup> Det innebär sammantaget att det ännu saknas nationella data för uppföljning av den vård som ges i kommunala boenden eller patienters hem. Dessutom saknas data som fullt ut beskriver den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader och personal.

I avsnitt 14.2 pekar vi även på andra brister i uppföljningen av kommunal verksamhet. Socialstyrelsen registerför vilka individer som fått beslut om särskilt boende varje månad men det de har ingen information om vilket boende personen bor på.

### *Det saknas nationella individdata för primärvård*

I Socialstyrelsens register saknas data om primärvård på individnivå. Det försvårar uppföljningen på nationell nivå av vårdkonsumtion, tillgänglighet och jämlik vård. Ett aktuellt exempel är postcovid där primärvården utgör en första kontakt för många patienter. Avsaknaden av nationellt heltäckande primärvårdsdata innebär att det inte är möjligt att skapa en nationell bild över hur många patienter med postcovid får vård samt vilken vård de får.

Socialstyrelsen har föreslagit en lagändring som innebär att rapportering av uppgifter om vårdkontakter inom primärvården ska ske till det befintliga patientregistret. Enligt Socialstyrelsens förslag ska inrapporteringen avse samtliga vårdgivare, både offentliga och privata och omfatta personnummerbaserade uppgifter om vårdkontakter som sker inom primärvården.

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. PrimärvårdsKvalitet ska utgöra ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården och systemet leds av SKR och omfattar ett antal kvalitetsindikatorer inom områden som kroniska sjukdomar, infektioner, psykisk ohälsa, levnadsvanor och rehabilitering. I Pri-

---

<sup>1075</sup> Socialstyrelsen (2021), *Kvalitetsdeklaration Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdssatser*.

märvårdsKvalitet samlas endast aggregerade data, vilket innebär att det saknas möjligheter till samkörning med andra register.<sup>1076</sup>

### *Bristande täckningsgrad i väntetidsdatabasen*

Väntetidsdatabasen den enda nationella datakällan med månadsdata för primärvårdsbesök. Det finns brister i Väntetidsdatabasen när det gäller täckningsgrad och det finns frågetecken kring datakvaliteten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppskattar att väntetidsdatabasen omfattar 17 miljoner färre fysiska primärvårdsbesök än regionernas verksamhetsstatistik för 2020 (exklusive telefon-, brev- och digitala kontakter). Båda källorna utgår från samma definition av verksamhetsområden inom primärvård och ska fånga samtliga vårdkontakter i primärvården. Skillnaderna mellan de olika källorna varierar mellan regioner samt utförarens yrkeskategori. Det är oklart vilken av dessa datakällor som bäst motsvarar verkligheten. Vård- och omsorgsanalys bedömning är att endast ca 53 procent av samtliga fysiska primärvårdsbesök under 2020 rapporterats in till väntetidsdatabasen i förhållande till verksamhetsstatistiken.

Även för den specialiserade vården finns frågetecken kring datakvaliteten i väntetidsdatabasen, t.ex. misstänkta felregistreringar och regionala skillnader i täckningsgrad. Dessutom saknas publicerade analyser av täckningsgrad och bortfall.<sup>1077</sup> Styrkan med väntetidsdatabasen är samtidigt att det är möjligt att göra analyser av inflöde, väntetider, besök och operationer.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har pekat på att det behövs kvalitetssäkring av de data som redovisas väntetidsdatabasen. Även andra aktörer har tidigare lyft fram brister i datakvaliteten och kvalitetssäkringen i väntetidsdatabasen, exempelvis Socialstyrelsen och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) vid Region Stockholm.<sup>1078</sup>

---

<sup>1076</sup> Socialstyrelsen (2021), *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*. SKR (2021), *Om PrimärvårdsKvalitet* (besökt den 11 oktober 2021).

<sup>1077</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *I skuggan av Covid-19*.

<sup>1078</sup> CES – Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, DN Debatt, den 1 september 2018. CES – Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2018), *Utvärdering av vårdgarantin – Delrapport*.

*Det saknas ett nationellt register för uppföljning inom psykiatri*

En stor del av patienter med psykiatriska diagnoser får vård inom primärvården och som nämns ovan saknas nationella individdata om primärvårdsbesök. För flera av de kvalitetsregister som finns inom psykiatri är täckningsgraden låg. Det gäller PsykosR – Nationellt kvalitetsregister för psykossjukdomar samt BUSA – Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD. Täckningsgraden i kvalitetsregistren ECT – Elbehandling samt RättpsyK – Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister är högre men fångar endast avgränsade patientgrupper.<sup>1079</sup> Avsaknaden av ett omfattande nationellt register för psykiatrisk vård skapar svårigheter att följa upp att effekterna av pandemin för patienter med psykiatriska diagnoser.

## 12.7 Summering

I det här kapitlet har vi belyst hur efterfrågan och utbud av vård som inte är direkt relaterad vård till patienter med covid-19 har påverkats av pandemin. Analysen visar att patienter har avstått från att söka vård för att inte belasta sjukvården eller för att undvika smitta. Det gäller i synnerhet personer 70 år eller äldre där undersökningar visar att över 30 procent har avstått från att söka eller avbokat besök, framför allt rutinbesök. Patient- och brukarorganisationer vittnar om att många av deras medlemmar har drabbats hårt av pandemin när utredningar, vårdbesök och rehabiliteringsinsatser har ställts in. Undersökningar under 2020 visar på en minskad oro hos befolkningen att inte få vård.

Under pandemin ses en tydlig nedgång av läkarbesök inom primärvården. Det gäller såväl första besök som återbesök till läkare och de besök som faller inom vårdgarantin. För övriga besök som inte avser läkare bedöms täckningsgraden i väntetidsdatabasen vara för låg för att det ska vara möjligt att dra säkra slutsatser.

Samtidigt har distanskontakter genom webb, telefon eller chatt ökat under pandemin. Men ökningen av distansbesök tycks inte fullt ut ha kompenserat för nedgången i fysiska besök.

---

<sup>1079</sup> Socialstyrelsen (2020), *Täckningsgrader för Nationella kvalitetsregister 2020*.

Även när det gäller vårdkonsumtionen inom den specialiserade vården ses en nedgång i första besök, operationer och återbesök. Möjliga förklaringar är att ett minskat antal remisser och att rutinererna för hur patienter har satts upp på väntelistor har ändrats vilket påverkat inflöde och antal besök.

Data från patientregistret visar att vårdepisoder inom slutenvården minskade för flertalet diagnosgrupper under 2020 jämfört med 2017–2019. Störst minskning ses för andningsorganens sjukdomar och sjukdomar i rörelseapparaten. För både akuta besök inom den somatiska vården och den psykiatriska våren ses en minskning i antal besök under 2020. Till barn- och ungdomspsykiatrisk vård ökade väntetiderna.

Barnhälsovården, inklusive det nationella vaccinationsprogrammet har fungerat väl under pandemin. En ökning av BMI (Body Mass Index) hos 3 – 5-åringar är dock oroande. Även mödrahälsovården har fungerat väl under pandemin. Ett orosmoment här är en indikation på att vissa förlossningsutfall försämrats något under 2020 jämfört med tidigare, för särskilt utsatta grupper; mödrar födda utanför Sverige och/eller med låg utbildningsnivå.

Antalet nya fall av hjärtinfarkt har sjunkit under pandemin. Detta gäller alla regioner, åldersgrupper och är oberoende av kön. För akut hjärtsjukdom finns en reell minskning i dödligheten i akut hjärtsjukdom. Minskningen är oberoende av kön, ålder eller region. För att förstå orsakssambanden behövs ytterligare forskning. Omhändertagandet av patienter med akut hjärtsjukdom bedöms ha haft samma höga kvalitet som tidigare.

När det gäller ställda diagnoser och vård av patienter med kroniska sjukdomar har en del diabetespatienter haft mindre kontakter med hälso- och sjukvården än vad de borde ha haft enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Underskottet av återbesök, kontroller av ögon- och fotstatus var mest markant för de äldre. Flera faktorer kan ha bidragit till nedgången, att patienten undvikit att söka vård och möjligen en nedprioritering från hälso- och sjukvården. Stora regionala skillnader föreligger dock, vilket sannolikt speglar skillnader i hur diabetesvården är organiserad regionalt. Rapporter från Socialstyrelsen, liksom enkätsvar från regionerna om primärvårdens omställning under pandemin pekar på en nedgång i antal besök och kontroller för flera andra kroniska åkommor, såsom kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), astma, hjärt-kärlsjukdomar och högt

blodtryck. Vad gäller ledgångsreumatism så var antalet besök till medicinklinik eller reumatologisk klinik per individ ca 20 procent lägre jämfört med tidigare.

Det finns ett underskott av diagnosticerad cancer i Sverige. Detta beror på flera saker, till exempel en nedgång i screeningverksamheten, brist på diagnostisk kapacitet och en tendens att avstå från att söka hälso- och sjukvård som en följd av pandemin. Detta medför att det föreligger en risk att viss cancer kommer att diagnosticeras i ett senare skede, vilket kan öka dödligheten eller leda till mer omfattande behandlande insatser än normalt.

För kirurgi har det skett en nedgång med 11 procent. Denna nedgång återfinns helt bland de planerade ingreppen. Akuta ingrepp ökade istället med 3 procent. Den senare uppgången kan förklaras av att en minskad tillgång till nyare diagnostiska hjälpmedel har lett till att man funnit det säkrare att operera än att avvakta. En annan förklaring, som inte utesluter den första, är att en del patienter som inte kunnat opereras enligt plan, har fått sitt tillstånd förvärrat och då fått opereras akut. Minskningen av planerade ingrepp kan också bero på att personer har undvikit att söka vård och att planerade operationer skjutits upp. Vid akut kirurgi har ingen förändring skett mellan könen och i ålderssammansättningen jämfört med tidigare. När det gäller kirurgiska ingrepp, har sjukvården visat på en pragmatisk prioritering, även om första vågen har satt äldre patienter på visst undantag, men erfarenheterna från första vågen har använts för att skapa mycket mer robusta och fungerande system under andra vågen.

Avsaknaden av nationella individdata från primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården försvårar en uppföljning av hur hälso- och sjukvården påverkats av pandemin. En viktig del i beredskapen och i förmågan att hantera en pågående pandemi är att det finns ett fungerande system för uppföljning inom hälso- och sjukvården. Det är viktigt för såväl realtidsuppföljning som uppföljning i efterhand.

Sammanfattningsvis har såväl öppen som sluten vård efter omständigheterna fungerat relativt väl. Hälso- och sjukvårdens omställning under pandemin har dock resulterat i att viss vård ställts in eller skjutits upp. Konsekvenserna av dessa undanträngningseffekter finns såväl på kort som på lång sikt. De långsiktiga konsekvenserna

kan av naturliga skäl ännu inte utvärderas även om vissa hypoteser om framtida scenarier redan nu kan formuleras.

De prioriteringar som gjorts inom hälso- och sjukvården kännetecknas av pragmatism, rimliga överväganden och av att erfarenheter gjorda under första vågen har tagits till vara under den andra vågen. Det kan även nämnas att allmänhetens förtroende för den svenska sjukvården under pandemin har varit högre än någonsin tidigare.



## 13 Särskilt drabbade av covid-19

I ett internationellt perspektiv har Sveriges befolkning en god hälsa. Samtidigt finns det avsevärda skillnader mellan olika grupper. Personer med en hög socioekonomisk status, till exempel med hög inkomst eller utbildning, har i regel en bättre hälsa än personer med låg socioekonomisk status.<sup>1080</sup> En konsekvens av detta blir att allvarlig ohälsa är koncentrerad i utsatta grupper med låg utbildning, inkomst och svag koppling till arbetsmarknaden. Målet med den nationella folkhälsopolitiken är att

skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.<sup>1081</sup>

Redan i pandemins inledande skede uttrycktes det en oro från forskare och myndigheter för att särskilt utsatta grupper skulle drabbas hårt.<sup>1082 1083 1084</sup>

I det här kapitlet redogör vi för hur olika grupper i befolkningen har drabbats av sjukdomen covid-19 med olika allvarlighetsgrad. De huvudsakliga källorna till kapitlet är två underlagsrapporter till kommissionen som båda använder sig av omfattande registerdatamaterial för att analysera hur covid-19 har drabbat Sveriges befolkning. Rapporten Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021 är skriven av Gunnar Andersson, Sven Drefahl och Eleonora Mussino på Stockholms universitet samt Karin Modig och Anna Meyer på Karolinska Institutet. Den fokuserar på förekom-

---

<sup>1080</sup> SOU 2016:55.

<sup>1081</sup> Socialdepartementet, *Regeringens proposition 2017/18:249, God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*, s. 30.

<sup>1082</sup> Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) Region Stockholm (2020), *Coronapandemin och socioekonomiska skillnader – en prognos om kort- och långsiktiga effekter*.

<sup>1083</sup> Folkhälsomyndigheten (2020), *Covid-19-pandemins tänkbara konsekvenser på folkhälsan*, juni 2020.

<sup>1084</sup> Burström, B & Tao, W (2020), *Social determinants of health and inequalities in COVID-19*, European Journal of Public Health.

sten av covid-19 i hela befolkningen vad gäller positiva fall, sjukhusinläggningar, IVA-vård samt dödsfall. Rapporten *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond* av Arizo Karimi på Uppsala universitet fokuserar istället på patienter som alla har vårdats för covid-19 inom slutenvården. Den innehåller omfattande analyser av skillnader i omständigheter kring inläggningar och behandlingens utfall mellan olika grupper. Läsaren hänvisas till underlagsrapporterna för en mer detaljerad beskrivning av datamaterial, analysförfarande och resultat.

Det här kapitlet redogör för hur sjukdomen covid-19 har drabbat befolkningen direkt. Pandemin har emellertid också en rad indirekta effekter som vi tar upp i detta betänkande och nästa. I volym 2 av det här betänkandet redogör kapitel 12 för konsekvenser av inställd och uppskjuten vård, kapitel 15 för konsekvenser av den sociala isoleringen, kapitel 16 för uppdämda behov på det sociala området och kapitel 17 för konsekvenser av distansundervisningen. Vi återkommer till frågorna om hur ekonomin och befolkningens ekonomiska villkor har påverkats samt hur specifika grupper har drabbats i olika dimensioner i slutbetänkandet.

Kapitlet redogör först helt kort för de förutsättningar som kan bidra till att olika grupper har olika risker att smittas och bli allvarligt sjuk (13.1). Avsnitt 13.2 ger sedan en överblick över skillnader mellan utvalda grupper vad gäller risken att bli smittad, bli inlagd på sjukhus eller IVA samt att avlida. Avsnitten 13.3–13.6 återger sedan en fördjupad bild av skillnader i befolkningen vad gäller testbenägenhet (13.3), positiva fall (13.4), sjukhusvård (13.5) samt avlidna i covid-19 (13.6). Kapitlet avslutas med en summering.

### 13.1 Den ojämlika hälsan – en av pandemins förutsättningar

Ett övergripande mått på hälsan i en befolkning är medellivslängden. Under 2020 var medellivslängden 84,3 år för kvinnor och 80,6 år för män, en skillnad på 3,7 år. Jämfört med föregående år sjönk medellivslängden år 2020 med 0,4 år för kvinnor och 0,7 år för män<sup>1085</sup>, framför allt på grund av ovanligt många dödsfall bland personer över

---

<sup>1085</sup> Statistiska Centralbyrån (2021), *Livslängden i Sverige 2011–2020 – Livslängdstabeller för riket och länen, Demografiska rapporter 2021:4*.

65 år.<sup>1086</sup> Medellivslängden har historiskt tenderat att stiga gradvis från år till år och det är ovanligt att den minskar. Innan pandemin hade medellivslängden i Sverige inte minskat i betydande omfattning sedan 1968.<sup>1087</sup> Livslängden skiljer sig även mellan landets regioner. Under perioden 2016–2020 skiljde det 1,9 år bland kvinnor och 2,5 år bland män mellan Halland och Norrbotten, regionerna med högst, respektive lägst medellivslängd. Under samma period levde kvinnor med eftergymnasial utbildning 5,3 år längre än kvinnor med förgymnasial utbildning. Bland män var motsvarande skillnad 5,6 år.<sup>1088</sup>

Personer med lägre socioekonomisk status i olika dimensioner, till exempel kort utbildning, låg inkomst, samt grupper med vissa demografiska egenskaper, till exempel män och ogifta, har en förhöjd risk att drabbas av de flesta typer av allvarlig ohälsa och förtida död.<sup>1089</sup> I sitt slutbetänkande (SOU 2017:47) betonade Kommissionen för jämlik hälsa att sociala skillnader i hälsa uppstår som ett resultat av en kombination av flera processer som verkar under hela livsloppet. Dessa innefattar skillnader i uppväxtvillkor, sociala och ekonomiska förutsättningar, individuellt handlande men även tillgång till en hälso- och sjukvård av hög kvalitet.<sup>1090</sup> Inom forskningen råder delade meningar om huruvida sambandet mellan socioekonomisk status och hälsa beror på att socioekonomisk status och hälsa har gemensamma bestämningsfaktorer eller om det finns ett orsaks-samband och om så är fallet, vad som är orsak och vad som är verkan. Det är även viktigt att komma ihåg att det finns stora skillnader även inom grupper och att inte alla som till exempel har låg utbildning eller är arbetslös drabbas av ohälsa, även om gruppens medlemmar i genomsnitt har en förhöjd risk.

Det finns flera anledningar till att grupper med lägre socioekonomisk status riskerar att drabbas hårdare av pandemin. I kapitel 3 i det här betänkandet redogör vi för skillnader i risken att bli smittad för personer med olika yrken, på olika stora arbetsplatser och i olika stora hushåll. Individer med mindre resurser är oftare trångbodda,

---

<sup>1086</sup> Kolk, M., Drehfahl, S., Wallace, M. & Andersson, G. (2021), *Överdödlighet och dödlighet i covid-19 i Sverige under 2020, Rapport från Institutet för framtidsstudier*.

<sup>1087</sup> Kolk, M., Drehfahl, S., Wallace, M. & Andersson, G. (2021), *Överdödlighet och dödlighet i covid-19 i Sverige under 2020, Rapport från Institutet för framtidsstudier*.

<sup>1088</sup> Statistiska Centralbyrån (2021), *Livslängden i Sverige 2011–2020 – Livslängdstabeller för riket och länen, Demografiska rapporter 2021:4*.

<sup>1089</sup> Se till exempel SOU 2016:55.

<sup>1090</sup> SOU 2017:47.

tar sig oftare till arbetet med kollektivtrafik och arbetar i större utsträckning i yrken som inte medger hemarbete eller innebär nära kontakt med andra människor. Det kan därför vara svårare för personer med lägre utbildning eller inkomst att undvika nära kontakt med andra människor vilket innebär en förhöjd risk att bli exponerad för viruset.

Personer med lägre socioekonomisk status har även generellt sämre hälsa och hälsoproblem som innebär en förhöjd risk att utveckla allvarlig covid-19.<sup>1091 1092</sup> De kan därför löpa större risk att bli mer allvarligt sjuka vid en infektion. Vidare har olika grupper olika benägenhet att söka vård. Personer med högre utbildning och inkomst tenderar att uppsöka vård oftare och vid mildare besvär jämfört med personer med lägre socioekonomisk status. Personer med lägre socioekonomisk status kan därför vara mer allvarligt sjuka när de väl uppsöker vård.<sup>1093</sup> Under pandemin har mindre bemedlade personer testat sig i mindre utsträckning än andra grupper.<sup>1094</sup> Covid-19-patienter med låg socioekonomisk status har oftare blivit inlagda utan ett tidigare positivt test och är oftare i behov av IVA-vård direkt vid inläggningen.<sup>1095</sup>

Kartläggningar av dödsfallen under våren 2020 visar att personer med lägre utbildning, lägre inkomst, män, samt personer födda i vissa länder är överrepresenterade i dödsstatistiken.<sup>1096 1097</sup> Forskning har också visat på liknande skillnader i risken att vårdas på sjukhus och IVA under våren 2020.<sup>1098</sup> I rapporten *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin?* gör Folkhälsomyndigheten bedömningen att pandemin har drabbat redan utsatta grupper särskilt hårt

---

<sup>1091</sup> Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete (SOU 2016:55).

<sup>1092</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2021*.

<sup>1093</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

<sup>1094</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1095</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

<sup>1096</sup> Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Region Stockholm (2020), *Socioekonomiska faktorer och covid-19 i Stockholms län*.

<sup>1097</sup> Sven Drefahl m.fl. (2020), *A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden*, Nature communications.

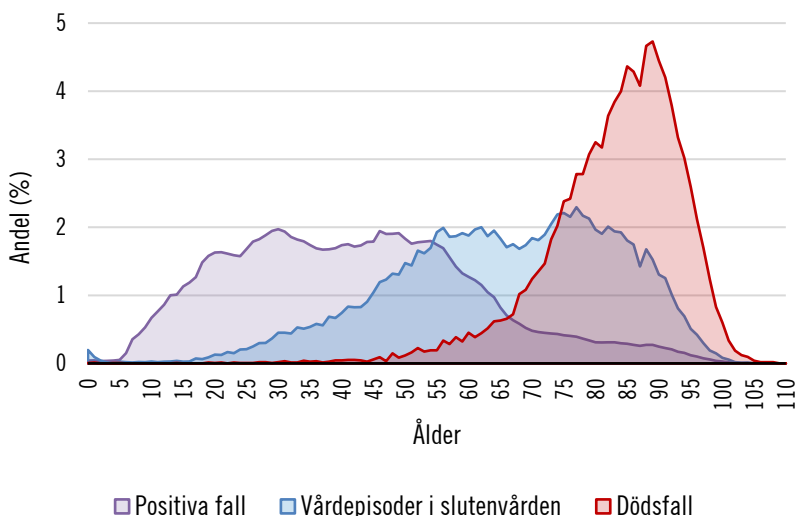
<sup>1098</sup> Per E Gustafsson m.fl. (2021), *Inequitable impact of infection: social gradients in severe COVID-19 outcomes among all confirmed SARS-CoV-2 cases during the first pandemic wave in Sweden*, Journal of Epidemiology and Community Health.

och att ojämlikheten i hälsa kan komma att förvärras på grund av pandemin.<sup>1099</sup>

## 13.2 Särskilt drabbade grupper

De statistiska fynd vi presenterar i det här kapitlet tar i regel hänsyn till skillnader i ålder mellan olika grupper. Detta underlättar tolkningen av resultaten, men en konsekvens är att skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan olika åldrar inte alltid framgår. Figur 13.1 redovisar andelen positiva fall, sjukhusvårdade samt avlidna för olika åldrar. Var och en av de tre kurvorna visar hur många procentenheter av fallen som observerades vid en given ålder mellan 0–110 år. Hela ytan under en linje representerar alla fall och summerar därmed till 100 procent. Även om dödsfall var koncentrerade bland personer över 70 år, orsakade covid-19 allvarlig sjuklighet även i yngre åldrar. Ålder är en avgörande riskfaktor för att utveckla allvarlig covid-19, även om sjukdomen förekommer i alla åldrar. De skattade skillnaderna mellan andra grupper bör tolkas med det i åtanke.

Figur 13.1 Åldersfördelningen av positiva fall, sjukhusvårdade samt dödsfall



Källor: Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SCB och beräkningar inom SU:s covid-19 program.

<sup>1099</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020.*

Tabell 13.1 sammanfattar relativa skillnader i positiva test, sjukhusvård, inläggning på IVA samt dödsfall i covid-19 för olika grupper. Skillnaderna som redovisas mellan exempelvis män och kvinnor ska tolkas som skillnader med hänsyn till att män och kvinnor i genomsnitt har olika egenskaper så som olika utbildningsnivå, inkomster och yrken. De statistiska modeller som ligger till grund för tabell 13.1 beskrivs närmare i underlagsrapporten av Andersson m.fl. samt i kommande avsnitt i det här kapitlet.

**Tabell 13.1 Skillnader mellan befolkningsgrupper i positiva test, sjukhusvård, IVA samt dödlighet i covid-19, 21–69 år**

Grupp	Kategori	Positivt test	Sjukhusvård	IVA	Dödsfall
Kön	Kvinna	1	1	1	1
	Man	<b>0,91</b>	<b>1,71</b>	<b>2,68</b>	<b>2,47</b>
Utbildning	Grundskola	<b>0,91</b>	<b>1,17</b>	<b>1,19</b>	<b>1,19</b>
	Gymnasium	1	1	1	1
	Eftergymnasial	0,99	<b>0,85</b>	<b>0,78</b>	<b>0,79</b>
Inkomst	1:a kvartilen	<b>0,72</b>	0,99	<b>1,12</b>	<b>1,43</b>
	2:a kvartilen	1	1	1	1
	3:e kvartilen	<b>1,10</b>	0,97	0,98	<b>0,73</b>
	4:e kvartilen	<b>1,17</b>	0,97	0,91	<b>0,66</b>
Födelseland	Sverige	1	1	1	1
	Höginkomstland	<b>0,95</b>	<b>1,52</b>	<b>1,45</b>	0,99
	Låg/mellanink. MENA	<b>1,67</b>	<b>4,03</b>	<b>3,57</b>	<b>1,96</b>
	Låg/mellanink. övriga	<b>1,31</b>	<b>3,10</b>	<b>2,80</b>	<b>1,65</b>
Yrke	Inget arbete	<b>1,05</b>	<b>1,43</b>	<b>1,48</b>	<b>1,66</b>
	Låg kontakt, ej hemarbete	<b>1,11</b>	1,06	1,19	0,79
	Låg kontakt, hemarbete	1	1	1	1
	Medel kontakt	<b>1,20</b>	<b>1,09</b>	<b>1,20</b>	0,96
	Hög kontakt	<b>1,81</b>	<b>1,64</b>	<b>1,70</b>	0,93

Anm.: Relativa risker. Referenskategori antas värdet 1. Statistiskt signifikanta skillnader är markerade med fetstil. Utöver de faktorer som är redovisade i tabellen är skillnaderna justerade för ålder, civilstånd, trångboddhet, samt om personen bor i ett utsatt område.

Källa: Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

Bland personer 21–69 år var det mer sannolikt att kvinnor testar positivt än män. Däremot löpte män större risk att bli vårdade på

sjukhus och mer än dubbelt så stor risk att vårdas på IVA samt att avlida jämfört med kvinnor. De allvarligaste formerna av covid-19, IVA-vård samt dödsfall var mer koncentrerade bland personer med låg utbildning och låg inkomst än de mildare formerna. Högre inkomst var förknippat med en större risk att testa positivt men en lägre risk att vårdas på IVA eller att avlida. Vi har tidigare visat på smittorisken i ett 150-tal yrken i kapitel 3 (volym 1). I tabell 13.1 syns inga tydliga skillnader efter utbildningsnivå vad gäller risken att testa positivt, däremot var högre utbildning kopplat till lägre risk att bli vårdad på sjukhus, på IVA samt att avlida. Det är personer i yrken med mycket personkontakter som hade störst risk att testa positivt och vårdas på sjukhus, men det är personer utan arbete som löpte störst risk att avlida i covid-19.

Tabell 13.2 visar på samma mönster bland personer över 70 år för kön samt utbildning<sup>1100</sup>, dock syns inga tydliga skillnader beroende på inkomst.

**Tabell 13.2 Skillnader mellan befolkningsgrupper i positiva test, sjukhusvård, IVA samt dödlighet i covid-19, 70 år och äldre**

Grupp	Kategori	Positivt test	Sjukhusvård	IVA	Dödsfall
Kön	Kvinna	1	1	1	1
	Man	<b>1,09</b>	<b>1,62</b>	<b>2,78</b>	<b>1,80</b>
Utbildning	Grundskola	<b>1,05</b>	<b>1,05</b>	<b>1,12</b>	<b>1,05</b>
	Gymnasium	1	1	1	1
	Eftergymnasial	<b>0,91</b>	<b>0,84</b>	<b>0,81</b>	<b>0,79</b>
Inkomst	1:a kvartilen	<b>0,97</b>	1,02	1,13	<b>0,92</b>
	2:a kvartilen	1	1	1	1
	3:e kvartilen	<b>1,04</b>	1,01	0,90	0,95
	4:e kvartilen	<b>1,18</b>	1,03	0,91	1,03
Födelse-land	Sverige	1	1	1	1
	Höginkomstland	<b>1,15</b>	<b>1,39</b>	<b>1,63</b>	<b>1,33</b>
	Låg/mellanink. MENA	<b>3,46</b>	<b>4,86</b>	<b>5,99</b>	<b>2,81</b>
	Låg/mellanink. övriga	<b>1,98</b>	<b>2,70</b>	<b>3,56</b>	<b>1,78</b>

Anm.: Relativa risker. Referenskategori antar värdet 1. Statistiskt signifikanta skillnader är markerade med fetstil. Utöver de faktorer som är redovisade i tabellen är skillnaderna justerade för ålder, civilstånd, trångboddhet samt om personen bor i ett utsatt område.

Källa: Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1100</sup> Yrkeskategorierna analyseras inte för personer över 70 år eftersom en stor andel är pensionerade.

Antalet positiva fall reflekterar både förekomsten av covid-19 samt testbenägenheten i olika grupper. Det är därför inte möjligt att utelåta att förekomsten av covid-19 är större i utsatta grupper. Risken att utveckla allvarlig sjukdom efter infektion kan dessutom skilja sig åt mellan olika grupper. Underlagsrapporterna av Andersson med kollegor samt Karimi justerar sina analyser för tidigare hälsoproblem som kan observeras i olika hälsodata och finner att tidigare hälsa bidrar i begränsad utsträckning till skillnader i sjuklighet och dödlighet i covid-19 mellan grupper.<sup>1101 1102</sup> Det är viktigt att ha i minnet att vissa former av ohälsa och hälsobeteenden, till exempel fetma och rökning, eller ohälsa som i regel behandlas i primärvården som till exempel diabetes, kan vara svåra att observera i registerdata. Det är därför möjligt att betydelsen av tidigare hälsoproblem är något underskattad.

Utrikes födda, särskilt personer födda i låg- och mellaninkomstländer löpte en förhöjd risk att drabbas av allvarlig covid-19. Skillnaderna berodde inte på skillnader i socioekonomiska faktorer eller medicinska riskfaktorer mellan utrikes och inrikes födda. Det är värt att notera att utrikes födda generellt har en bättre somatisk hälsa och längre medellivslängd än inrikes födda.<sup>1103</sup> Personer födda i Mellanöstern eller Nordafrika (MENA) mellan 21–69 år löpte nästan dubbelt så stor risk att dö i covid-19 jämfört med inrikes födda. Bland personer över 70 år var risken nästan tre gånger högre. Samma grupp hade nästan 60 respektive 25 procent lägre dödsrisk jämfört med inrikes födda i alla dödsorsaker förutom covid-19.<sup>1104</sup>

Både underlagsrapporten av Andersson med kollegor samt Karimi jämför hur covid-19 är fördelat i olika befolkningsgrupper med hur andra allvarliga hälsoproblem och dödsfall är fördelade. Personer med lägre socioekonomisk status drabbas oftare av de flesta typer av allvarliga hälsoproblem och båda rapporterna drar slutsatsen att socioekonomiskt utsatta grupper har drabbats hårdare även av covid-19. Skillnaderna i förekomsten av covid-19 liknar skillnaderna

---

<sup>1101</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1102</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

<sup>1103</sup> Wallace, M., och Wilson, B. (2021), *Age variations and population over-coverage: Is low mortality among migrants merely a data artefact?* Population Studies.

<sup>1104</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.



i förekomsten av annan ohälsa. Utrikes födda har däremot drabbats oväntat hårt av covid-19. Skillnaderna är särskilt stora under första vågen och de kan delvis förklaras av att de regioner som drabbades hårt i pandemins inledande faser, till exempel region Stockholm, har en befolkning med en förhållandevis stor andel utrikes födda. Båda rapporterna lyfter dock behovet av mer kunskap om varför utrikes födda har drabbats oproportionerligt hårt av pandemin.

### 13.3 Skillnader i testbenägenhet

När en person testar positivt för SARS-CoV-2, oavsett om personen blivit provtagen i sjukvården eller via egenbeställda tester, registreras detta i Folkhälsomyndighetens databas SmiNet. Där registreras även mer detaljerad information om provtagningsdatum, indikation för provtagning samt smittland. Registrerade positiva fall återspeglar både smittspridningen i olika grupper samt olika gruppers benägenhet att testa sig. Det sker däremot ingen systematisk nationell registrering av detaljerna kring negativa test.

Tabell 13.3 redogör för uppgifter kring 2,97 miljoner test, både positiva och negativa, som har beställts av privatpersoner via 1177 för 13 av landets regioner.<sup>1105</sup> Informationen täcker således inte hela riket och bara ett av flera möjliga sätt att testas för covid-19. Resultaten kan därför inte tolkas som representativa för befolkningen som helhet eller för hur testkapaciteten har använts, men kan ändå ge en uppfattning kring hur testbenägenheten skiljer sig åt i olika befolkningsgrupper.

I grupper som har förhöjd risk att drabbas av allvarlig covid-19, till exempel män, låginkomsttagare, utrikes födda samt personer i medicinsk riskgrupp, var det generellt färre som testade sig. Personer under 70 år testade sig i betydligt större utsträckning än personer över 70 år. Det är möjligt att äldre och sjuka har testat sig i större utsträckning via andra kanaler, till exempel genom kontakter med äldreomsorgen eller sjukvården. Män har testat sig mer sällan än kvinnor och av de tester som genomfördes var en större andel posi-

---

<sup>1105</sup> Regionerna som ingår är Stockholm, Sörmland, Kalmar, Gotland, Blekinge, Skåne, Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Västernorrland, Jämtland Härjedalen och Norrbotten. Kronoberg, Västra Götaland, Gävleborg samt Västerbotten använder andra tjänster för provhantering. Region Uppsala, Östergötland, Jönköping samt Halland har inte gjort data tillgängliga för analysen.

tiva bland män. Personer med lägre utbildning har testat sig i mindre utsträckning än personer med högre utbildning och hade en större andel positiva tester.

**Tabell 13.3 Testbenägenhet samt andel positiva tester för självbeställda tester via 1177**

Kategori	Grupp	Antal tester per 1000 inv.	Andel positiva tester (%)
Ålder	21–29 år	813	13,2
	30–49 år	930	11,8
	50–59 år	665	14,1
	60–69 år	372	13,2
	70 år eller äldre	75	13,2
Kön	Man	535	14,8
	Kvinna	697	11,0
Utbildning	Grundskola	285	15,8
	Gymnasium	614	13,1
	Eftergymnasial	774	11,7
Inkomst	1:a kvartilen	385	13,4
	2:a kvartilen	681	11,4
	3:e kvartilen	719	12,3
	4:e kvartilen	686	13,7
Födelse-land	Sverige	667	11,6
	Norden	390	11,3
	Europa	464	16,8
	Afrika	311	16,9
	Asien	479	20,9
	Nordamerika	569	13,7
	Sydamerika	591	16,1
	Oceanien	619	14,4
Saknas/Övrig	336	19,7	
Medicinsk riskgrupp	Nej	745	12,7
	Ja	373	12,5
<b>Samtliga</b>		<b>473</b>	<b>12,7</b>

Källor: Inera/1177, SCB, Socialstyrelsen och beräkningar inom SU:s covid-19 program.

Personer i den lägsta inkomstkvartilen testade sig i mindre utsträckning och hade en större andel positiva tester än övriga men i övrigt syntes inga tydliga mönster efter inkomst. Underlagsrapporten om

testning och smittspårning av Almgren och Björk redovisar liknande resultat från ett separat datamaterial från de största kommunerna i Skåne.<sup>1106</sup> Kapitel 7 (volym 1) i det här betänkandet innehåller en detaljerad beskrivning av provtagning och smittspårning under pandemin.

Personer födda utanför Sverige testade sig i genomsnitt mindre och en större andel av testen som gjordes var positiva jämfört med personer födda i Sverige. Det fanns dock skillnader inom gruppen utrikes födda. Personer födda i Norden testade mer sällan än inrikes födda, men hade ungefär samma andel positiva test. Personer födda i Afrika testade sig i minst utsträckning och personer födda i Asien hade den högsta andelen positiva testresultat. Personer som ingår i en medicinsk riskgrupp testade sig i minde utsträckning än övriga, dock kan det bero på att personer i en medicinsk riskgrupp är äldre än övriga samt de i större utsträckning har testats via andra kanaler. Det är troligt att den lägre benägenheten att testa sig i grupper med lägre socioekonomisk status samt bland utrikes födda leder till ett förhållandevis stort mörkertal kring smittspridningen i de grupperna.

## 13.4 Skillnader i positiva fall

I underlagsrapporten av Andersson med kollegor har information från SmiNet samkörts med uppgifter från andra administrativa register för att belysa skillnader i sannolikheten att testa positivt för covid-19.<sup>1107</sup> Resultaten speglar alltså både testbenägenhet och faktisk risk att vara sjuk i covid-19. Figur 13.2 visar relativa skillnader i att ha testat positivt mellan olika befolkningsgrupper i åldrarna 21 till 69 år under perioden mars 2020 till och med februari 2021.<sup>1108</sup>

---

<sup>1106</sup> Matilda Almgren & Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

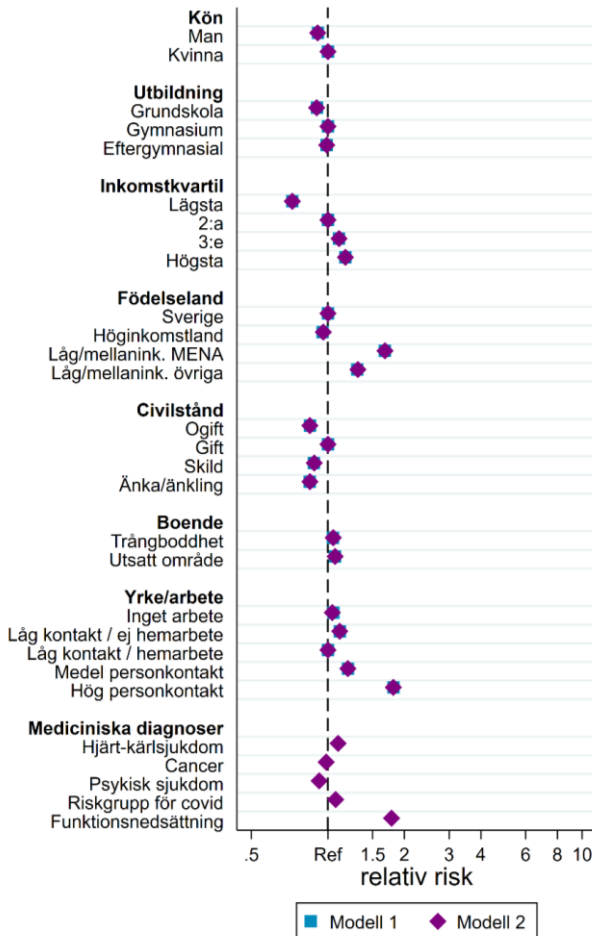
<sup>1107</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1108</sup> I figur 13.2–6 presenteras relativa risker. Dessa beskriver relativa skillnader mellan grupper i förhållande till en referensgrupp. En relativ risk på 2 innebär till exempel att den gruppen har en dubbelt så stor risk att, till exempel, testa positivt för SARS-CoV-2 jämfört med referensgruppen som alltid antar värdet 1. Relativa risker möjliggör jämförelser av olika faktorer eftersom de uttrycks med samma skala men hur stora de relativa riskerna är beror till viss del på hur vanligt ett utfall är. En lika stor absolut skillnad mellan två grupper översätts till en mindre relativ risk om utfallet är vanligt och en större relativ risk om utfallet är ovanligt. I underlagsrapporten av Andersson m fl. redovisas även absoluta incidenstal för de utfall som presenteras

Av de 559 306 positiva fall som rapporten har analyserat var 89,5 procent av fallen personer mellan 21–69 år och 10,5 procent personer som var 70 år och äldre.

**Figur 13.2 Positiva fall av covid-19 rapporterade i SmiNet, 20–69 år**

Mars 2020 – februari 2021



Anm.: Utöver de faktorer som redovisas är modellerna justerade för ålder.

Källa: Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

i figur 13.2–6. Vi hänvisar till dessa för en kompletterande bild av hur vanliga de olika utfallen är i olika grupper.

En relativ risk över 1 betyder att individerna i gruppen i fråga har en högre risk att bli registrerade med ett positivt covid-19-test i SmiNet jämfört med referensgruppen. Ett värde under 1 betyder att individerna i gruppen har en lägre risk än referensgruppen. Referensgruppen antar alltid värdet 1. Resultaten som redovisas kommer från en analys som tar hänsyn till skillnader i gruppernas sammansättning. Förutom de faktorer som redovisas i figuren, dvs. kön, utbildning, inkomst, födelseland, civilstånd, bostadsförhållande och yrke, har analysen även tagit hänsyn till skillnader i ålder. Skillnaden mellan män och kvinnor kan alltså tolkas som att det är något mindre sannolikt att män har ett positivt testsvar jämfört med kvinnor, även när man beaktar skillnader mellan könen vad gäller t.ex. utbildning, inkomst, yrke och civilstånd.

Resultaten i figur 13.2 visar att personer med lägre inkomster och ogifta hade en lägre sannolikhet att ha ett positivt test jämfört med personer med högre inkomster och gifta, vilket delvis kan förklaras av en förhållandevis låg testbenägenhet. Personer födda i låg- eller mellaninkomstländer, i synnerhet personer födda i Mellanöstern eller Nordafrika (MENA), samt personer med yrken som innebär en hög grad av personkontakt, testade däremot positivt i större utsträckning. Modell 2 i analysen justerar också för skillnader i medicinska riskfaktorer samt funktionsnedsättningar. Resultaten från Modell 2 (lila romber) skiljer sig inte nämnvärt från resultaten i Modell 1 (blå kvadrater) vilket innebär att skillnader i hälsa mellan grupperna inte kunde förklara skillnaderna i risken att testa positivt. Resultaten visar dock att personer med funktionsnedsättning<sup>1109</sup> hade en förhöjd risk att testa positivt relativt personer utan funktionsnedsättning.

Figur 13.3 presenterar motsvarande skillnader för befolkningen över 70 år. Skillnaderna i risken att ha ett positivt covid-19-test mellan män och kvinnor samt mellan olika socioekonomiska grupper var mindre bland personer över 70 år jämfört med yngre, men däremot var skillnaderna mellan olika födelseländer större. I modell 3 tas hänsyn till skillnader i omsorgsbehov i termer av hemtjänst och särskilt boende. Skillnader i omsorgsbehov kunde i stor utsträckning förklara skillnaderna som observeras för civilstånd, boendeförhållanden

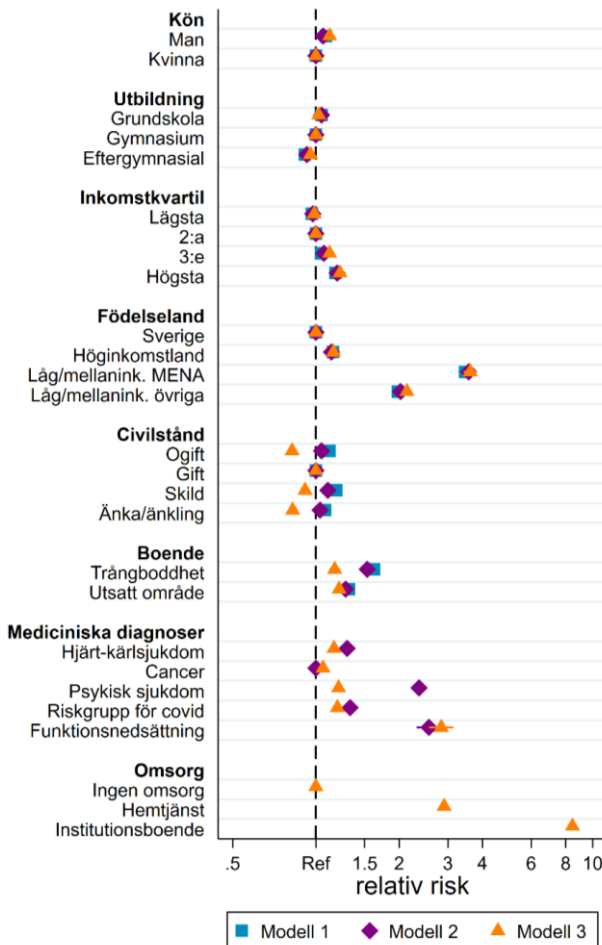
---

<sup>1109</sup> Med personer med funktionsnedsättning avses personer som hade boendeinsatser eller personlig assistans enligt 9 § LSS eller assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken under föregående år.

samt psykisk sjukdom. Detta beror på att personer med särskilt boende oftare är ensamboende, har en liten boendeyta samt lever med en psykiatrisk diagnos, till exempel demens.<sup>1110</sup> Personer med hemtjänst eller särskilt boende löpte en betydligt större risk att testa positivt jämfört med personer utan omsorgsinsatser.

**Figur 13.3** Positiva fall av covid-19 rapporterade i SmiNet, 70 år och äldre

Mars 2020 – februari 2021



Anm.: Utöver de faktorer som redovisas är modellerna justerade för ålder.  
 Källa: Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1110</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

*Sjukhusvård utan tidigare positivt test*

I underlagsrapporten av Karimi kopplas information om provtagningsdatum i SmiNet ihop med information om patienter som vårdats på sjukhus. Genom att jämföra det datum då personen blev provtagen med det datum personen blev inlagd med covid-19, kan andelen som blir inlagda utan att ha testat positivt innan beräknas. Tabell 13.4 beskriver sambandet mellan sannolikheten att bli inlagd utan ett tidigare positivt test och socioekonomiska egenskaper. Sambanden tar hänsyn till skillnader i gruppernas sammansättning vad gäller kön, ålder, medicinska riskfaktorer, sjukdomshistorik, inläggningsvecka samt boendekommun.<sup>1111</sup>

**Tabell 13.4 Sambandet mellan socioekonomiska egenskaper och sannolikheten att bli inlagd i slutenvården utan ett tidigare positivt test bland covid-19-patienter**

		Första vågen	Andra vågen	Tredje vågen
Inlagda utan positivt test		78 %	52 %	39 %
Inkomst	1:a kvartilen	0	0	0
	2:a kvartilen	-0,017 **	-0,060 ***	-0,061 ***
	3:e kvartilen	-0,004	-0,058 ***	-0,090 ***
	4:e kvartilen	-0,035 ***	-0,117 ***	-0,104 ***
Utbildning	Förgymnasial	0	0	0
	Gymnasium	-0,011	-0,021 ***	-0,013
	Eftergymnasial	-0,017 *	-0,041 ***	-0,050 ***
Civilstånd	Ensamboende	0	0	0
	Sammanboende	-0,004	-0,047 ***	-0,060 ***

Anm.: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. Referenskategori antar värdet 0. \*= $p < 0,05$ , \*\*= $p < 0,01$ , \*\*\*= $p < 0,001$ . Utöver de faktorer som redovisas i tabellen är sambanden justerade för ålder, kön, medicinska riskfaktorer, sjukdomshistorik, vecka samt boendekommun.

Källa: Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

I den första vågen blev 78 procent av covid-19-patienterna inlagda utan att ha testat positivt före inläggningstillfället. Personer med lägre inkomst och utbildning blev inlagda i slutenvården utan ett tidigare test i något större utsträckning än personer med högre utbildning och inkomst. Under andra och tredje vågen var skillnaderna mellan grupperna mer framträdande. I den andra och tredje vågen

<sup>1111</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

var sannolikheten att bli inlagd utan tidigare positivt test 52 respektive 39 procent bland alla patienter. Samtidigt var sannolikheten mer än 10 procentenheter lägre bland personer i den högsta inkomstkvartilen jämfört med patienter i den lägsta. Sannolikheten var 5 procentenheter lägre bland patienter med eftergymnasial utbildning jämfört med patienter med förgymnasial utbildning. Ensamboende hade också en högre risk jämfört med sammanboende att bli inlagda på sjukhus utan tidigare positivt provsvar.

Även utrikes födda blev inskrivna i slutenvården utan ett tidigare positivt test i större utsträckning, dock skiljde sig mönstren åt mellan de olika vågorna. Jämfört med inrikes födda var sannolikheten 4 procentenheter högre bland patienter födda i Sydamerika och 3 procentenheter högre bland patienter födda i Afrika under första vågen. I andra och tredje vågen var det vanligare att personer födda i Afrika (15 procentenheter), Asien (6 procentenheter) samt Europa och Nordamerika (2 procentenheter) vårdades på sjukhus för covid-19 utan ett tidigare positivt test jämfört med inrikes födda patienter.<sup>1112</sup>

Skillnaderna indikerar att det fanns skillnader i testbenägenhet beroende på socioekonomisk status och civilstånd. Dessa skillnader hade sannolikt en större betydelse i andra och tredje vågen eftersom det då fanns större möjligheter för allmänheten att testa sig, det är också i linje med resultaten i tabell 13.1. Resultaten kan också bero på eventuella skillnader mellan olika grupper i möjligheter att testa sig. Skillnaderna mellan grupper kan eventuellt också delvis tillskrivas att sjukdomsförloppet är snabbare i grupper med fler bakomliggande hälsoproblem eller i grupper som blir utsatta för en större mängd virus. Perioden från insjuknande till slutenvård kan därför vara kortare i vissa grupper och därmed medge mer begränsade möjligheter till testning. Analysen tar dock hänsyn till skillnader i hälsohistorik men det kan finnas skillnader i underliggande hälsa som inte är observerbara i registerdata som påverkar resultaten i viss mån.

---

<sup>1112</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.



### 13.5 Riskfaktorer för att drabbas av allvarlig covid-19

Risken att drabbas av allvarlig covid-19 är större för vissa grupper, till exempel äldre och personer som tillhör en medicinsk riskgrupp. Systematiska skillnader i testbeteende gör att positiva fall inte ger den hela bilden av vilka grupper som har drabbats av covid-19. I det här avsnittet redovisas istället skillnader mellan grupper i risken att vårdas på sjukhus för covid-19. Dessa skillnader beror både på förekomsten av covid-19 i olika grupper och på skillnader i risken att utveckla allvarlig sjukdom givet att någon drabbats av infektionen.

Figur 13.3 illustrerar risken att behandlas för covid-19 inom slutenvården. Män löpte en större risk än kvinnor att vårdas på sjukhus. Även personer med lägre utbildning och personer med kontaktyrken löpte en förhöjd risk att behandlas på sjukhus för covid-19. Personer födda i låg- och mellaninkomstländer men även funktionsnedsatta löpte en kraftigt förhöjd risk att vårdas på sjukhus för covid-19. Figur 13.3 visar resultaten för personer mellan 21–69 år men liknande mönster observeras för gruppen 70 år och äldre. Av de 38 949 sjukhusfall som ingår i materialet var 49,6 procent personer mellan 21–69 år och 50,4 procent personer 70 år och äldre.<sup>1113</sup>

Att tidigare ha drabbats av sjukdomar är förknippat med en förhöjd risk att utveckla allvarlig covid-19.<sup>1114</sup> Personer som tidigare har vårdats för hjärt-kärlsjukdom eller psykisk sjukdom löpte en större risk och personer som ingår i en medicinsk riskgrupp för covid-19 löpte en fördubblad risk att vårdas på sjukhus. I underlagsrapporten med fokus på covid-19-patienter i slutenvården framgår samma mönster som i figur 13.3 men även att ålder var starkt kopplat till risken att vårdas på sjukhus.<sup>1115</sup>

---

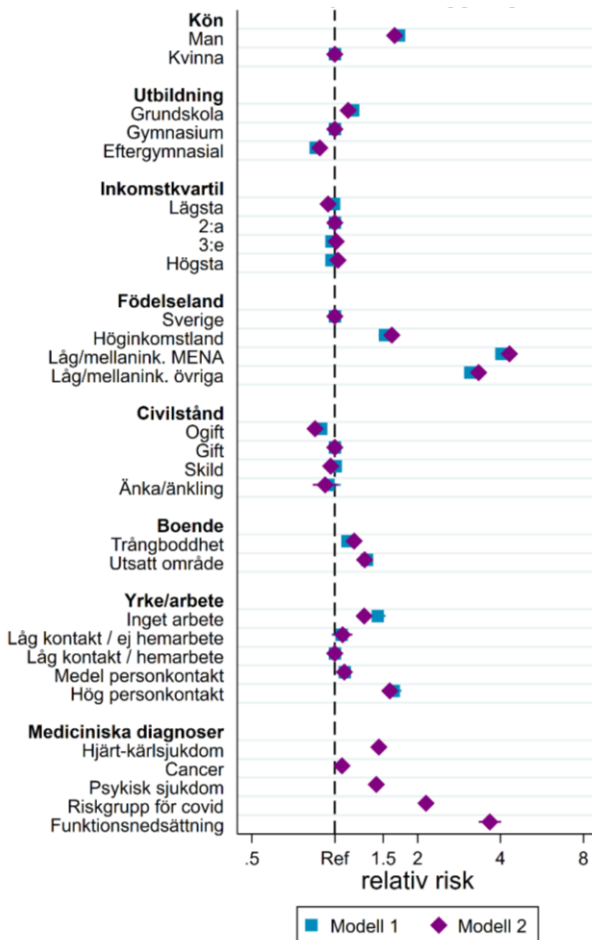
<sup>1113</sup> En motsvarande figur för personer 70 år eller äldre återfinns i Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1114</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1115</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

**Figur 13.4** Risken att behandlas för covid-19 i slutenvården, 21–69 år

Mars 2020 – februari 2021



Anm.: Utöver de faktorer som redovisas är modellerna justerade för ålder.

Källa: Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

*Skillnader i utfall bland covid-19-patienter*

Bland patienter som vårdats på sjukhus för covid-19 fanns en förhöjd risk att vårdas på IVA samt att avlida (tabell 13.5) bland dem med låg socioekonomisk status. Personer med lägre utbildning och inkomst hade dessutom en högre risk att vårdas på IVA redan första inläggningsdagen. En del av skillnaderna mellan grupperna hänger

samman med skillnader i underliggande hälsoproblem, men skillnaderna observerades även i analyser som så långt som möjligt tar hänsyn till underliggande hälsa genom att justera för tidigare sjukvårds- och läkemedelskonsumtion (tabell 13.5). Sambanden tar hänsyn till skillnader i kön, ålder, medicinska riskfaktorer, sjukdomshistorik, inläggningsvecka samt boendekommun.

**Tabell 13.5 Sambandet mellan socioekonomiska egenskaper och sannolikheten att vårdas på IVA någon gång under vårdepidemien, att vårdas på IVA första dagen samt att avlida bland covid-19-patienter i slutenvården**

Grupp	Kategori	IVA	IVA första dagen	Avlidna
Inkomst	1:a kvartilen	0	0	0
	2:a kvartilen	-0,012 ***	-0,005 **	-0,005
	3:e kvartilen	-0,016 ***	-0,008 ***	-0,009 **
	4:e kvartilen	-0,017 ***	-0,008 ***	-0,018 ***
Utbildning	Förgymnasial	0	0	0
	Gymnasium	-0,004	0	-0,005
	Eftergymnasial	-0,012 ***	-0,005 ***	-0,012 ***
Civilstånd	Ensamboende	0	0	0
	Sammanboende	-0,002	-0,004 **	-0,006 *

Anm.: Resultat från en linjär sannolikhetsmodell. Referenskategori antas värdet 0. \*= $p < 0,05$ , \*\*= $p < 0,01$ , \*\*\*= $p < 0,001$ . Utöver de faktorer som redovisas i tabellen är sambanden justerade för ålder, kön, medicinska riskfaktorer, sjukdomshistorik, vecka samt boendekommun.

Källa: Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

Från resultaten som presenteras i underlagsrapporten av Karimi framgår även att sambanden mellan inkomst och sämre utfall efter inläggning var särskilt framträdande under första vågen, men lägre utbildning var förknippat med sämre utfall under hela perioden. Personer födda i Afrika, Asien och Sydamerika hade en större sannolikhet att hamna på IVA under den första vågen och personer från Afrika hade större sannolikhet att avlida. Dessa skillnader finns bara i första vågen.<sup>1116</sup>

Underlagsrapporten av Karimi pekar även på långsiktiga negativa utfall bland patienter som skrivs ut. Patienter som vårdats för covid-19 har lägre arbetsinkomster och större uttag av sjukpenning,

<sup>1116</sup> Se Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*, för separata analyser av de olika vågorna.

jämfört med perioden innan vårdtillfället, upp till elva månader efter inskrivningsdatum.<sup>1117</sup> Bland de patienter som har uppsökt läkarvård efter att skrivits ut från slutenvården är det oproportionerligt många som blir diagnosticerade med sjukdomar i andningsorganen eller med symtom och besvär som är svåra att kategorisera.<sup>1118</sup> Det är vanligare att personer med högre inkomst besöker den specialiserade öppenvården inom 60 dagar men något vanligare att personer med lägre inkomst blir återinskrivna i slutenvården under samma period.

I sin underlagsrapport visar Karimi på flera resultat som tyder på att personer med lägre socioekonomisk status söker vård i mindre utsträckning och i ett senare skede jämfört med personer med högre socioekonomisk status. Det var vanligare att personer med lägre inkomst och utbildning blev inlagda på sjukhus utan ett tidigare positivt test. Det var även vanligare att de blev vårdade på IVA första inläggningsdagen. Att personer med lägre inkomst i mindre utsträckning uppsökte läkare efter att de har blivit utskrivna, men i högre utsträckning skrevs in i slutenvården igen, kan tolkas som att personer med lägre inkomst söker vård i lägre utsträckning men samtidigt har ett större vårdbehov än personer med högre inkomst. Karimi rapporterar även att det finns skillnader mellan inrikes och utrikes födda i att vårdas på sjukhus utan tidigare positivt covid-19-test, att bli inskriven på IVA första dagen samt återbesök inom öppenvården och slutenvården. Om personer med lägre socioekonomisk status samt utrikes födda systematiskt uppsöker vård i ett senare skede i sjukdomsförloppet kan det vara en bidragande faktor till att de oftare har avlidit eller behövt intensivvård jämfört med andra grupper. Dessa skillnader återfinns även i analyser som tar hänsyn till skillnader i tidigare hälsa.<sup>1119</sup> Resultaten kan även delvis bero på att det finns skillnader mellan grupperna i termer av vårdens tillgänglighet och bemötande.

---

<sup>1117</sup> Data medger inte en längre uppföljning.

<sup>1118</sup> Diagnoskoder R00-99 i ICD-10: *Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats*. Utskrivna covid-19-patienter var överrepresenterade i avsnitten R00-9: *Symtom och sjukdomstecken från cirkulationsorganen och andningsorganen* samt R50-69: *Allmänna symtom och sjukdomstecken*.

<sup>1119</sup> Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

## 13.6 Skillnader i dödlighet

Risken att drabbas av allvarlig covid-19 som leder till döden är beroende både på risken att först smittas av viruset och på risken att sedan utveckla allvarlig sjukdom. Figur 13.5 beskriver relativa skillnader i risken att dö i covid-19 mellan olika grupper i befolkningen i åldrarna 20–69 år. Liksom resultaten i figur 13.2, figur 13.3 och figur 13.4 tar analysen i Modell 1 hänsyn till skillnader i ålder utöver de egenskaper som visas i figuren. Analysmodell 2 är också justerad för skillnader mellan grupper vad gäller medicinska riskfaktorer samt funktionsnedsättningar.<sup>1120</sup>

Resultaten visar att risken att dö i covid-19 inte var jämnt fördelad i befolkningen. Män löpte en större risk att dö än kvinnor. Det fanns under den undersökta perioden också ett samband mellan en förhöjd risk att dö i covid-19 och lägre utbildningsnivå, lägre inkomster, att vara ogift, trångbodd, bo i ett utsatt område samt att inte ha ett arbete. Resultaten visar att personer med olika medicinska riskfaktorer, som tidigare behandling för cancer, hjärt-kärlsjukdom eller psykiska sjukdomar, löpte en dubbelt så stor risk att avlida i covid-19 jämfört med personer utan riskfaktorer. Personer som var diagnostiserade med tillstånd som identifierats som riskfaktorer för att utveckla allvarlig covid-19, löpte nästan tre gånger högre risk. Skillnaden i dödsrisk mellan personer med funktionsnedsättningar och personer utan funktionsnedsättningar var ännu större. Socialstyrelsen har tidigare rapporterat en betydligt högre risk att avlida i covid-19 bland personer med insatser enligt LSS jämfört med totalbefolkningen.<sup>1121</sup> Trots stora skillnader i dödsrisk i olika grupper med medicinska riskfaktorer och omsorgsbehov kan skillnaderna i dödsrisk som speglar socioekonomiska och demografiska faktorer bara i liten utsträckning förklaras av skillnader i riskfaktorer. Sambandet mellan socioekonomiska faktorer och risken att dö i covid-19 under den undersökta perioden liknar de samband som kan observeras mellan samma egenskaper och risken att dö av andra orsaker.<sup>1122</sup>

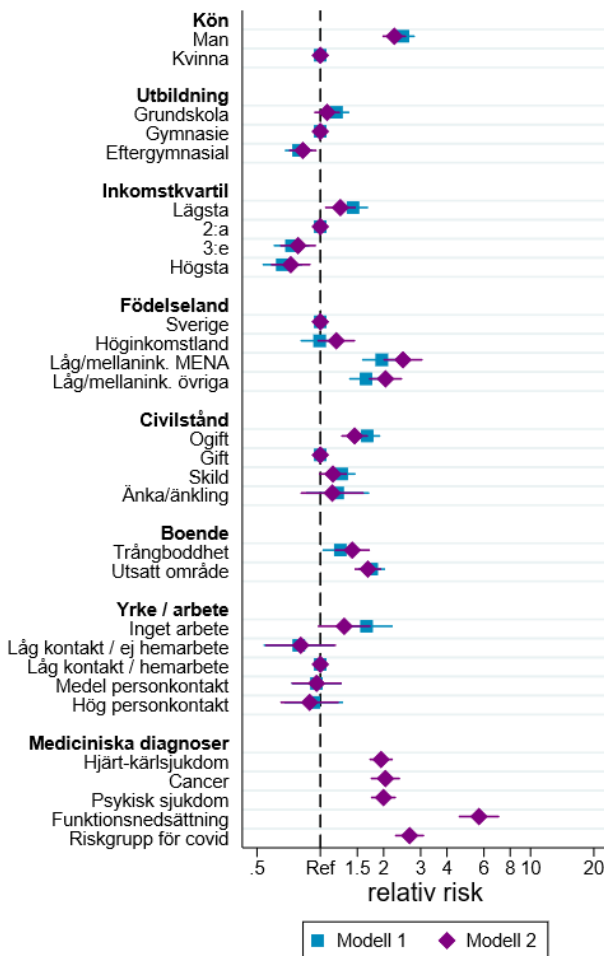
---

<sup>1120</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1121</sup> Socialstyrelsen (2021), *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Slutrapport*, augusti 2021.

<sup>1122</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

Figur 13.5 Relativa dödsrisken i covid-19, 21–69 år



Anm.: Utöver de faktorer som redovisas är modellerna justerade för ålder.  
 Källa: Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

Utrikes födda löpte en större risk att dö i covid-19 jämfört med inrikes födda. Detta står i kontrast mot skillnader i dödsrisken i andra orsaker där utrikes födda generellt har en lägre risk att dö än inrikes födda<sup>1123</sup>, särskilt bland personer med kort utbildning.<sup>1124</sup> Skillna-

<sup>1123</sup> M. Wallace och B. Wilson (2021), *Age variations and population over-coverage: Is low mortality among migrants merely a data artefact?* *Population Studies*.

<sup>1124</sup> SOU 2017:47.

derna i risken att dö i covid-19 mellan utrikes och inrikes födda var betydligt större under första vågen (mars–augusti 2020) jämfört med andra och tredje vågen (september 2020 – februari 2021).<sup>1125</sup> Det kan tyda på att den högre risken att dö i covid-19 bland utrikes födda till viss del beror på att regioner och områden som drabbades hårt under pandemins inledande fas, till exempel region Stockholm, har en förhållandevis stor andel utrikes födda. Det är dock ännu inte helt klarlagt varför covid-19 har särskilt drabbat utrikes födda.

Datamaterialet som underlagsrapporten av Andersson m.fl. bygger på omfattar 13 844 dödsfall. De allra flesta, 91,4 procent, observerades bland personer 70 år och äldre. Figur 13.6 beskriver relativa skillnader i risken att dö i covid-19 för olika grupper i befolkningen den åldersgruppen. Analysmodell 1 tar utöver de faktorer som redovisas i figuren hänsyn till skillnader i ålder. Analysmodell 2 tar även hänsyn till skillnader mellan grupper vad gäller medicinska riskfaktorer samt funktionsnedsättningar. Modell 3 är vidare justerad för omsorgsbehov i termer av hemtjänst och särskilt boende.<sup>1126</sup> I likhet med de mönster som observeras för åldrarna 20–69 år hade män en större risk att dö i covid-19 jämfört med kvinnor. Det fanns även liknande skillnader efter födelseland. Personer födda i mellan/låginkomstländer, särskilt Mellanöstern eller Nordafrika (MENA) löpte en förhöjd risk att dö i covid-19 jämfört med inrikes födda. Skillnaderna i dödsrisk efter födelseland var betydligt större under första vågen jämfört med andra vågen.<sup>1127</sup>

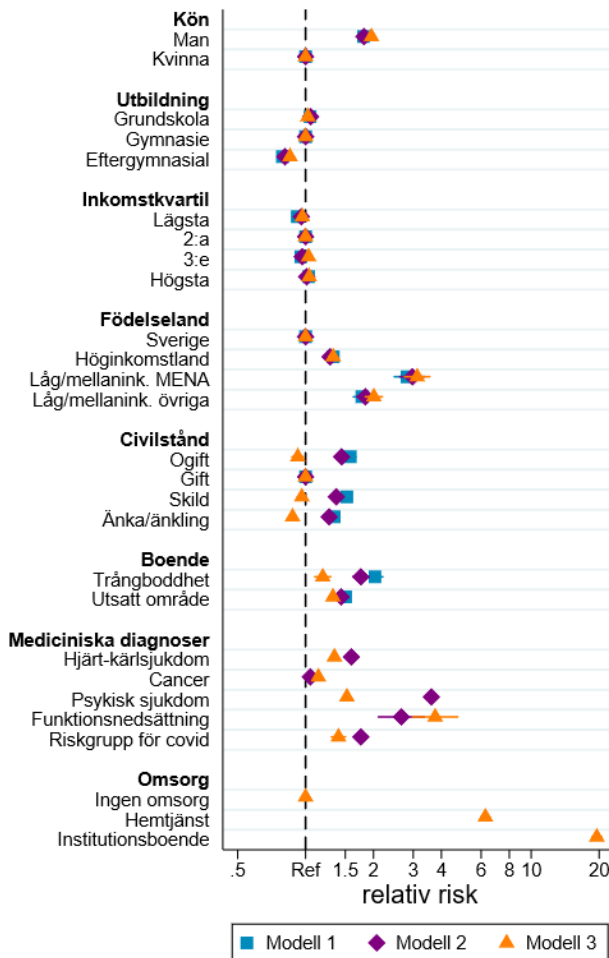
---

<sup>1125</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1126</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

<sup>1127</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

Figur 13.6 Relativa dödsrisker i covid-19, 70 år och äldre



Anm.: Utöver de faktorer som redovisas är modellerna justerade för ålder.

Källa: Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

De tydliga skillnaderna mellan socioekonomiska grupper som observerades bland yngre återfanns inte bland äldre. Istället ser vi stora skillnader i dödlighet efter omsorgsbehov. Personer med hemtjänst eller särskilt boende hade en kraftigt förhöjd risk att dö i covid-19 jämfört med personer utan dessa insatser men som i övrigt var jämförbara med samma kön, ålder, födelseland och med samma medicinska riskfaktorer. För personer med särskilt boende var risken



20 gånger högre än för personer utan omsorgsinsatser. Den förhöjda risken att dö i covid-19 för personer med särskilt boende var ungefär lika stor under första och andra vågen och betydligt högre än risken att dö i andra orsaker än covid-19.<sup>1128</sup> Kapitel 14 innehåller en analys av hur smittan kom in på särskilda boenden och vilka faktorer som bidrog till att vissa boenden klarade sig bättre än andra.

## 13.7 Summering

Under perioderna mars – juni 2020 och november 2020 – januari 2021 var dödligheten i Sverige avsevärt högre än under samma perioder tidigare år. I befolkningsstatistiken benämns detta som överdödlighet. Överdödlighet är ett mått på hur befolkningen har drabbats både direkt av t.ex. sjukdom och indirekt via t.ex. arbetslöshet eller på grund av uppskjuten vård. Det är därför för tidigt att nu säga något slutgiltigt om överdödligheten under pandemin. Det vi kan se så här långt är att överdödligheten under 2020 var högst bland de allra äldsta i befolkningen och bland utrikes födda personer.

Risken att dö i covid-19 för personer i olika befolkningsgrupper hade i mångt och mycket samma struktur som risken att dö av andra orsaker, men var högre för utrikes födda och var anmärkningsvärt höga för äldre personer i särskilt boende. Bland äldre på särskilt boende var risken att dö i covid-19 oförändrat hög under pandemins andra våg. Vi finner detta mycket nedslående. Då vi skrev vårt första betänkande hoppades vi att erfarenheterna inom äldreomsorgen från den första vågen skulle resultera i ett bättre skydd av äldre i särskilt boende. Så har uppenbarligen inte blivit fallet.

Skillnaden i risken att dö i covid-19 mellan utrikes födda och inrikes födda minskade visserligen under andra hälften av 2020, men risken bland utrikes födda var fortsatt anmärkningsvärt hög. Vi vet ännu inte mycket om orsakerna till detta. Dödsrisken och de höga riskerna för covid-19-relaterad sjuklighet bland de utrikes födda kan inte tillskrivas skillnader i utbildning, inkomst, yrke, boendeförhållanden eller skillnader i underliggande hälsa, även om dessa faktorer bidrar till gruppens totala sjukdomsburden. Här krävs det ny

---

<sup>1128</sup> Gunnar Andersson m.fl., underlagsrapport (2021), *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021*.

forskning för att förklara förhållandet och för att kunna vidta adekvata åtgärder i nästa pandemi.

Vi konstaterar att det finns stora skillnader i benägenheten att testa sig. Åtgärder som isolering och smittspårning kräver att man upptäcker positiva fall och den låga testbenägenheten i vissa grupper kan därför ha bidragit till större smittspridning. Detta är särskilt allvarligt då de grupper i befolkningen som har haft störst risk att drabbas av allvarlig covid-19, samtidigt haft en lägre testbenägenhet. Vidare finner vi det anmärkningsvärt att en så pass betydande andel av covid-19-patienterna på sjukhus blev inlagda utan ett tidigare positivt test även i pandemins andra och tredje våg.

Vi konstaterar vidare att sjuklighet och dödlighet i covid-19, bland dem som vårdats på sjukhus, var – förutom födelseland – tydligt förknippad med utbildningsnivå, inkomst samt civilstånd, även med hänsyn till skillnader i underliggande hälsa, ålder, kön, bostadskommun och inläggningsvecka. Individer med lägre utbildning, lägre inkomst och ensamstående löpte en större risk att bli inlagda på IVA och att avlida till följd av covid-19 jämfört med individer med högre utbildning, högre inkomst respektive gifta eller sambor. Sammantaget tyder detta på att risk för smitta och skillnader i underliggande hälsa inte ensamt kan förklara de dokumenterade socioekonomiska skillnaderna i covid-19-utfall. Även här krävs det ny forskning för att kasta ytterligare ljus på pandemins effekter.

Avslutningsvis konstaterar vi att covid-19 som krävt sjukhusvård har långsiktigt negativa konsekvenser för individers hälsa och arbetsmarknadsutfall. Vi avser att återkomma till dessa aspekter av pandemin i vårt slutbetänkande.

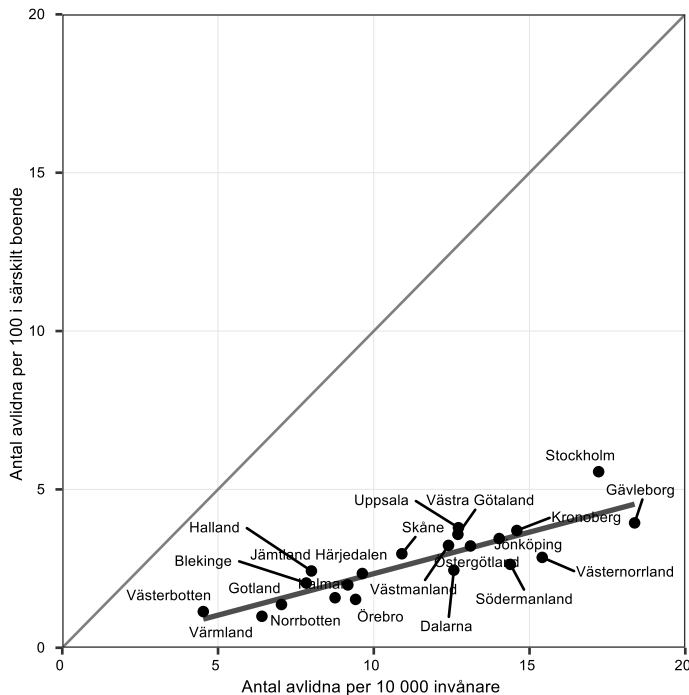
## 14 Mer om smittspridningen i äldreomsorgen

I det första delbetänkandet konstaterade vi att den huvudsakliga orsaken till att så många äldre hade avlidit av covid-19 på landets särskilda boenden högst sannolikt var den allmänna smittspridningen i samhället. Vi inleder detta kapitel med att pröva om detta konstaterande står sig i ljuset av vad som skett under den andra och tredje vågen, avsnitt 14.1. I avsnitt 14.2 för vi ett resonemang om hur bristen på tillgängliga registerdata försvårar en komplett analys. Avsnitt 14.3 tar upp frågor om hur smittan tog sig in på särskilda boenden för äldre medan avsnitt 14.4 behandlar frågor om varför vissa boenden drabbades värre än andra.

### **14.1 Avlidna på särskilda boenden under andra vågen**

Vi grundade påståendet om den allmänna smittspridningens betydelse på ett tydligt samband mellan antalet döda i samhället i stort och på äldreboenden. Detta illustrerades i figur 2.9 i det delbetänkandet. Vi har nu gjort om denna figur så att den visar information om dödsfall under en längre tidsperiod, från pandemins början fram till och med mars 2021.

Figur 14.1 Antal avlidna på särskilt boende och i samhället



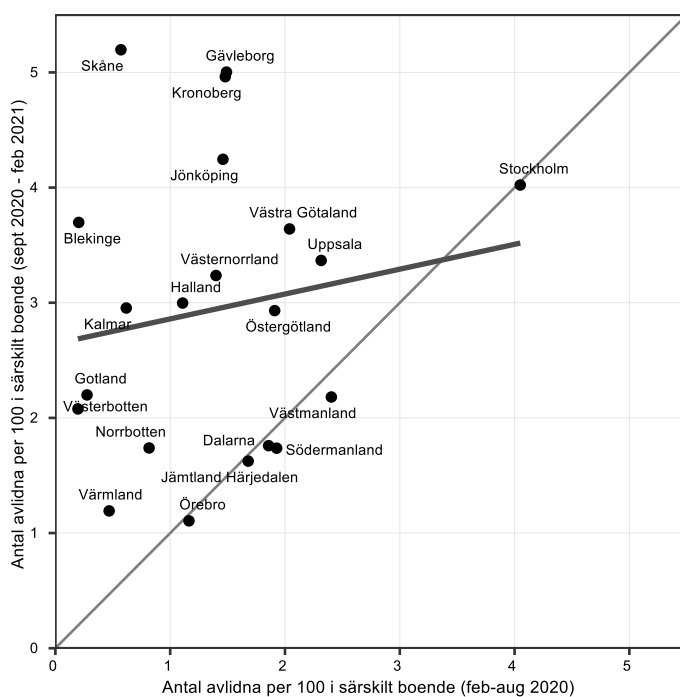
Källor: Socialstyrelsen och SU:s covid-19 program.

Figur 14.1 illustrerar att relationen mellan antalet döda på särskilda boenden och dödstalet i respektive region i stort var lägre under andra vågen. Med andra ord var dödligheten något mindre koncentrerad till särskilda boenden under den andra vågen. Om man jämför figur 2.9 i vårt första delbetänkande med figur 14.1 ser man att markörerna för de flesta regioner har flyttat nedåt och till höger i bilden. Det finns dock alltså ett tydligt, om än något svagare, samband mellan antalet döda på särskilda boenden och antalet döda i samhället i stort.<sup>1129</sup> Det positiva (och i stort linjära) sambandet mellan samhällsspridning och smitta på särskilda boenden lever kvar även när de två första vågorna summeras, med endast små avvikelser från genomsnittet.

<sup>1129</sup> En förklaring till att sambandet är svagare är att vaccinationsprogrammet påbörjades mot slutet av den andra vågen.

Figur 14.2 visar ett annat samband: relationen mellan antalet döda på särskilda boenden i varje region under den första respektive andra vågen. Varje punkt jämför hur stor andel av dem som bodde på särskilt boende i början av vågen som avled i covid-19 innan vågen tog slut. Eftersom de flesta boende som fortfarande var vid liv vid den andra vågens början hade överlevt pandemins första våg på boendet vore det naturligt att regioner med fler döda i första vågen skulle ha färre i andra. I stället ser vi en mycket svag tendens till motsatsen (se den svagt uppåt lutande regressionslinjen). Det betyder att, i genomsnitt, de regioner där en större andel av de boende avled i första vågen också hade en större andel döda i den andra vågen. Detta skulle kunna tyda på att det fanns sämre förutsättningar att skydda de äldre i vissa regioner som inte åtgärdades mellan pandemivågorna, eller att de som bor på särskilt boende i vissa regioner varit mer mottagliga för sjukdomen.

**Figur 14.2** Antal avlidna i särskilda boenden i första och andra vågen

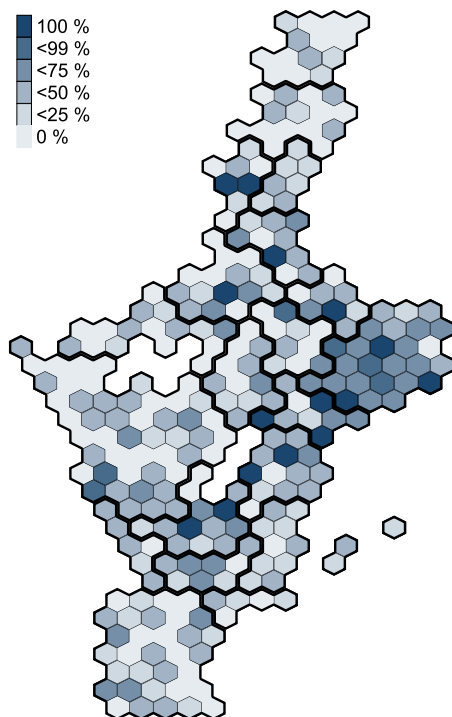


Källor: Socialstyrelsen och SU:s covid-19 program.

Vi observerar också stora skillnader när det gäller hur boende drabbats på *olika* boenden inom samma kommun. Figur 14.3 illustrerar att de flesta kommuner haft dödsfall på minst några av sina boenden, vilket syns genom att de flesta rutor är färgade i en svagt blå nyans. Under 2020 hade tre av fyra kommuner både särskilda boenden som fått in smitta och boenden som klarat sig undan helt.<sup>1130</sup>

Tillsammans visar figurerna 14.1–14.3 att även om nivån av smittspridning i samhället i stort var den enskilt viktigaste förklaringsfaktorn för dödligheten på särskilda boenden kan den inte ensam förklara variationen vare sig mellan eller inom regioner.

**Figur 14.3** Andel boenden med minst ett dödsfall per kommun



Källa: Broms m.fl., underlagsrapport (2021), *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige*.

<sup>1130</sup> Broms m.fl., underlagsrapport (2021), *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige*. Det bör noteras att beräkningarna är gjorda utifrån 62 procent av alla individer med verkställda beslut om särskilt boende och ska därför tolkas med försiktighet, mer om detta nedan.

## 14.2 Två nya underlag

Vid tiden för kommissionens första delbetänkande fanns inte data i svenska register för att kunna studera varför vissa äldreboenden inom regioner eller mellan regioner med likartad smittspridning klarat sig bättre än andra. Kommissionen har därför samarbetat med SU:s forskningsprogram om covid-19, där ett sådant datamaterial har konstruerats. Vi har också beställt två underlagsrapporter som utreder frågan.

Den ena rapporten är skriven av Peter Nilsson vid Stockholms universitet som har studerat hur smittan tagit sig in på rikets särskilda boenden trots att ett nationellt besöksförbud trädde i kraft den 1 april 2020. Han visar att smittan tog sig in på boendena via personalen och kan konstatera att dödsrisken är högre vid boenden med anställda som har ett stort socialt nätverk och därmed många sociala interaktioner.<sup>1131</sup>

Den andra rapporten är författad av Rasmus Broms, Carl Dahlström, Jenna Najar samt Marina Nistotskaya vid Göteborgs universitet. Deras rapport utreder hur man kan koppla särskilda boendens organisation, i vid mening, till risken att smittas och dö av covid-19. Resultaten kan kort sammanfattas med att risken var högre att dö i covid-19 på boenden med högre personalomsättning samt på större boenden. Huruvida boendet bedrevs i privat eller offentlig regi tycks inte ha påverkat risken att smittas eller dö.<sup>1132</sup>

I avsnitten 14.3 och 14.4 nedan går vi igenom de viktigaste resultaten från respektive underlagsrapport.

### *Bristfälliga data försvårar studier*

Sveriges statistikmyndigheter bidrar genom registerhållning till mycket goda förutsättningar för kartläggning, utvärdering och analys av olika samhällsvetenskapliga och medicinska frågor. Tyvärr är omständigheterna inte optimala när det gäller just äldreboenden. Som Marta Szebehely konstaterade i sin underlagsrapport till det första delbetänkandet är ett stort problem för kunskapsinhämtningen om

<sup>1131</sup> Peter Nilsson, underlagsrapport (2021), *Betydelsen av anställda och anhörigas sociala nätverk för smittspridning av COVID-19 på äldreboenden under 2020*.

<sup>1132</sup> Rasmus Broms m.fl., underlagsrapport (2021), *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige*.

äldreården i pandemin att nationella data kring specifika äldreboenden saknas i Sverige.<sup>1133</sup> Socialstyrelsen registerför vilka individer som fått beslut om särskilt boende varje månad (i det så kallade SoL-registret) men det de har ingen information om vilket boende personen bor på. Detta har inte bara komplicerat kommissionens arbete avsevärt, utan också försvärat en realtidsövervakning av äldreården under pandemin.

För att kunna studera effekter på riksnivå har underlagsrapportförfattarna kopplat ihop individer som har beslut om särskilt boende med specifika boenden. Ett sätt att göra detta bygger på att jämföra individens folkbokföringsadress med äldreboendets adress (arbetsställets belägenhetsadress). Broms m.fl. visar att processen kan identifiera rätt äldreboende för 62 procent av individerna med beslut om särskilt boende i februari 2020. En stor del av dem som inte kan lokaliseras har en folkbokföringsadress där få andra personer med beslut om särskilt boende bor vilket tyder på att de inte skrivit sig på boendet.

För verifiering har dessutom SU:s covid-19 program samlat in heltäckande data för Stockholms kommun där alla individer med beslut om särskilt boende är länkade till rätt boende. Både Broms m.fl. och Nilsson redovisar resultat för endast Stockholms kommun med hjälp av dessa data och jämför resultaten med resultaten för hela Sverige. I båda fallen pekar slutsatserna för Stockholm åt i stort samma håll som den rikstäckande analysen vilket tyder på att de individer som inte går att lokalisera inte på något systematiskt sätt skiljer sig från dem som går att koppla ihop med rätt boende. Det bör dock påpekas att en komplett analys kräver ett nationellt register över vilka boenden personer med beslut om särskilt boende bor på. Processen att manuellt lokalisera individer på specifika särskilda boenden är tidskrävande och kräver dessutom registeruppgifter från flera olika källor om adresser för både individer och företag, vilket gör metoden olämplig för övervakning i realtid av både praktiska och etiska skäl.

---

<sup>1133</sup> Marta Szebehely, underlagsrapport (2020), *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.



### 14.3 Hur kom smittan in?

En tänkbar analys av hur smittan tog sig in på landets särskilda boenden skulle kunna utgå från data över bekräftade fall, för att studera i vilken ordning dessa blev sjuka. En sådan analys skulle dock inte på ett trovärdigt sätt kunna skilja smittgivare från smittagare. Eftersom individuell benägenhet att testa sig och inkubationstid varierar kan en analys av data över positiva covid-tester från boende, anhöriga och anställda inte ge ett entydigt svar på vem som har smittat vem. Om ett äldreboende med mycket smitta bland de boende också har många smittade anställda: är det för att de anställda smittade de boende, tvärtom eller både och?

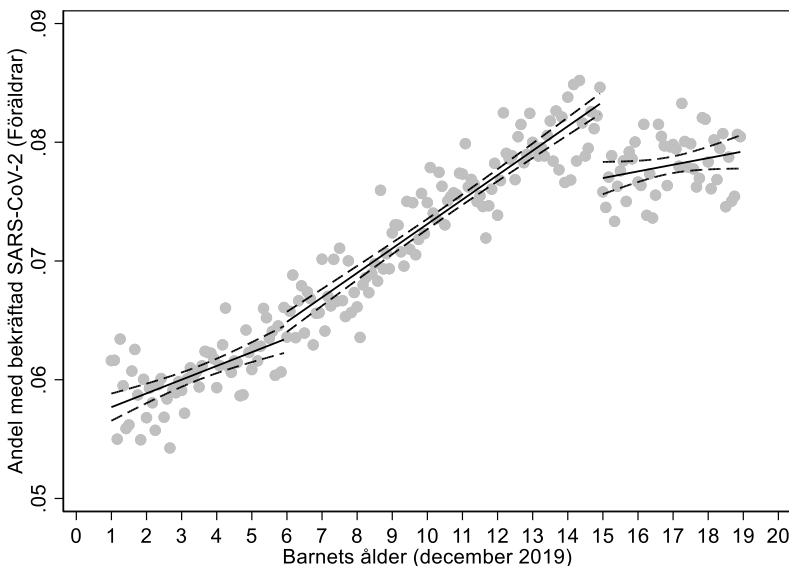
För att undvika denna problematik har Nilsson studerat storleken på de anställdas och anhörigas sociala nätverk som en indikator på deras individuella risk att föra in viruset på boendet. Vi visade i kapitel 3 att en person som lever med fler familjemedlemmar eller arbetar på en större arbetsplats löper högre risk att smittas av covid-19. Nilsson använder åldern på personens barn som ett mått på nätverksstorlek.<sup>1134</sup> Äldre barn går nämligen oftast i större klasser och i större skolor och har därför kontakt med fler personer.

Av figur 14.4 framgår att föräldrar med äldre barn faktiskt löpt högre risk att testas positivt för SARS-CoV-2 under 2020. Figuren visar också vad som får antas vara ett resultat av distansundervisningen i gymnasiet: föräldrar till 16-åringar löper ungefär en halv procentenhet lägre risk att bli smittade jämfört med föräldrar till 14-åringar.

---

<sup>1134</sup> Om äldre barn är mer smittsamma av fysiologiska skäl (snarare än att de har fler kontakter) skulle detta också kunna bidra till mönstret i bilden. Barnets ålder kan dock användas för att utvärdera smittvägar på särskilda boenden oavsett vilken av dessa förklaringar som dominerar.

Figur 14.4 Andel smittade föräldrar och barnens ålder



Anm.: Bilden visar andelen föräldrar som smittats av covid-19, grupperat efter barnets födelseår och månad. Figuren är baserad på föräldrar med barn som bor hemma. Streckade linjer anger 95 procent konfidensintervall.

Källa: Peter Nilsson, underlagsrapport (2021), *Betydelsen av anställda och anhörigas sociala nätverk för smittspridning av COVID-19 på äldreboenden under 2020*.

Nilsson studerar sedan om andelen anställda respektive anhöriga med barn i gymnasie- eller grundskoleålder har påverkat dödligheten hos de individer som bor på boendet. Han visar att boenden där många *anställda* har barn i grundskoleålder har högre dödlighet hos de boende jämfört med boenden där de anställda inte har några barn eller endast har barn i gymnasieålder. Något liknande samband går inte att påvisa för *anhöriga* till de boende med barn i grundskoleålder. Under mars-april, innan distansundervisning på gymnasiet hunnit få effekt, verkar dock boenden med en högre andel anhöriga med barn i gymnasiet ha högre dödlighet.

Ett nationellt besöksförbud infördes på landets äldreboenden den 1 april 2020 men många boenden i Stockholm var stängda för besök från anhöriga redan innan dess. Resultaten i rapporten måste alltså tolkas mot bakgrund av att anhöriga under större delen av den studerade perioden inte fick besöka de boende. Under delar av perioden mars-april var dock anhöriga fortfarande välkomna på boendena,

vilket skulle kunna förklara att andelen anhöriga med barn i gymnasieåldern påverkar risken att avlida under denna period.

Tabell 14.1 innehåller de viktigaste resultaten från Nilssons underlagsrapport. Den visar sambandet (skattat med hjälp av en linjär regressionsanalys) mellan andelen anställda respektive anhöriga med barn och risken att personen på boendet ska avlida i covid-19.<sup>1135</sup> Datamaterialet består av personer på särskilda boenden i Region Stockholm i slutet av 2019 som fortfarande var vid liv i början av mars 2020.<sup>1136</sup> Totalt avled 22 procent av individerna innan slutet av juli, vilket betyder att resultaten i tabell 14.1 kolumn 1 kan förstås som att en ökning av andelen anställda med barn i övrig ålder ökar dödligheten med 2,4 procentenheter eller ungefär 10 procent.

**Tabell 14.1 Hur påverkar anställdas och anhörigas sociala nätverk dödligheten på äldreboenden i Stockholm**

	våren 2020	mars–april	maj–juni	våren 2019
<b>Anställda (andel med...)</b>				
barn i gymnasieålder	<b>-0,0199</b> (0,0091)	-0,0061 (0,0086)	<b>-0,0170</b> (0,0074)	-0,0035 (0,0084)
barn i övrig ålder	<b>0,0243</b> (0,0090)	0,0121 (0,0088)	<b>0,0162</b> (0,0052)	0,0016 (0,0119)
<b>Anhöriga (andel med...)</b>				
barn i gymnasieålder	0,0153 (0,0093)	<b>0,0219</b> (0,0097)	-0,0053 (0,0064)	-0,0025 (0,0105)
barn i övrig ålder	-0,0016 (0,0127)	0,0019 (0,0111)	-0,0043 (0,0079)	0,0150 (0,0102)

Anm.: Resultat i fetstil är statistiskt signifikanta med ett p-värde under 0,05. Effekterna är standardiserade och ska tolkas som att när andelen anställda med barn i övrig ålder ökar med en standardavvikelse ökar mortalitetsrisken med 2,4 procentenheter relativt effekten av andelen anställda utan barn i hemmet. Under mars-april borde effekten av distansundervisning på gymnasiet (som infördes den 18 mars) inte ha börjat synas i smittspridningen ännu. Den sista kolumnen är ett "placebo-test" och bekräftar att det inte fanns något samband mellan åldern på de anställdas eller anhörigas barn och dödligheten på boendet innan pandemin.

Källa: Peter Nilsson, underlagsrapport (2021), *Betydelsen av anställda och anhörigas sociala nätverk för smittspridning av COVID-19 på äldreboenden under 2020*.

<sup>1135</sup> Eftersom alla som dog på särskilt boende tidigt i pandemin inte provtogs eller nödvändigtvis fick covid-19 registrerad som dödsorsak används här total dödsrisk. Nilsson studerar också dödsfall med diagnosticerad covid-19 och finner liknande, om än inte statistiskt signifikanta resultat.

<sup>1136</sup> Underlagsrapporten innehåller även resultat för hela riket men eftersom smittspridningen under första vågen varierade markant mellan regioner är dessa resultat inte lika tydliga. De pekar dock i samma riktning.

Kolumn 2 och 3 i tabell 14.1 delar upp resultaten i första kolumnen, som gäller hela 2020, i perioden innan distansundervisning på gymnasiet borde börja påverka smittspridningen till boendena<sup>1137</sup>, samt perioden efter. Vi ser i kolumn 3 att den negativa effekten på dödlighetsrisk som kommer med att ha fler anställda med barn i gymnasieålder främst påverkar perioden maj-juni. I denna period är en standardavvikelse större andel anställda med barn i gymnasieålder associerad med en 1,7 procentenheter lägre mortalitetsrisk. Hur kan mortalitetsrisken minska? Förändringen i risk är relativ och ska jämföras med effekten av att ha en högre andel anställda utan barn – en grupp vars kontakter inte nämnvärt påverkades av att övergå till distansundervisning.

Den sista kolumnen bekräftar att analysen inte fångar några helt andra – från analysen utlämnade – socioekonomiska eller medicinska förhållanden, genom att estimerar samma statistiska modell på år 2019. Att det i detta ”placeboexperiment” inte går att uttyda några starka positiva eller negativa effekter det året tyder på att metoden fungerar.

Underlagsrapporten inkluderar en rad andra analyser som på olika sätt förstärker slutsatserna. I data för hela riket syns ett likartat, om än något svagare mönster, där dödlighetsrisk i covid-19 under våren 2020 ökar ju större andel av de anställda (men inte anhöriga) på äldreboendet som har barn i grundskoleålder. Dessutom observeras ett liknande samband när man i stället studerar hur anställda och anhöriga tar med sig smitta från grannar med bekräftad covid-19. Individerna på boendet där anställda, men inte anhöriga, haft fler grannar som testats positivt löper större risk att avlida.

## 14.4 Varför drabbades vissa boenden hårdare?

Som vi konstaterade i inledningen till detta kapitel varierar dödligheten på särskilda boenden mellan regioner med ungefär samma nivå av samhällsspridning. Även om den generella spridningen av coronaviruset förklarar en stor del av skillnaderna mellan regioner är det

---

<sup>1137</sup> Distansundervisning infördes den 18 mars 2020. Sedan tar det ca 6 veckor innan det borde påverka dödstalen på äldreboenden eftersom barnen ska smitta sina föräldrar som sen tar med smittan till boendet. Därför bör dödligheten på SÄBO under mars-april 2020 inte påverkas av distansundervisningskravet.

viktigt att förstå vilka faktorer som kan bidra till att specifika boenden var särskilt utsatta eller skyddade under pandemin.

Det finns en rad vetenskapliga studier om hur väl olika typer av äldreboenden hanterat pandemin. Få av dessa hanterar dock nationella data och de flesta analyserar endast pandemins första våg. Studierna är främst gjorda i Nordamerika och resultaten pekar dessvärre inte i någon entydig riktning. Sammantaget gör dessa omständigheter det mycket svårt att förlita sig på tidigare forskning för att dra lärdomar om den svenska situationen. Inga vetenskapliga studier har i skrivande stund gjorts i Skandinavien vilket i det svenska fallet förklaras av att det helt enkelt inte funnits data att tillgå.

För att åtgärda denna kunskapslucka har Broms m.fl., på uppdrag av kommissionen skapat ett rikstäckande datamaterial över vilka boenden individer med beslut om särskilt boende faktiskt bor på. Genom att sammankoppla Socialstyrelsens data om verkställda beslut om särskilt boende<sup>1138</sup> med registerdata från SCB på individ- och arbetsställevå, har de kunnat studera hur äldreboendenas organisationsstruktur påverkar risken att de boende smittas och dör i covid-19.

Broms m.fl. analyserar de strukturella faktorer som tidigare forskning föreslagit kunna påverka smittspridning: driftsform, personaltäthet, personalomsättning, andel anställda med ytterligare anställning, sjuksköterskans och chefens anställningsställe (vårdpersonalens förankring), samt boendets storlek, och hur dessa variabler samvarierar med risken att smittas och dö i covid-19. Vi sammanfattar deras resultat nedan.

Rapporten utgår från 83 083 personer med beslut om särskilt boende i februari 2020. Av dessa lyckas författarna lokalisera särskilda boenden för 51 576 individer. Vid årets slut hade 5,1 procent av både de matchade individerna och hela populationen avlidit i covid-19.

Eftersom äldreboendets driftsform skulle kunna påverka andra organisatoriska faktorer som exempelvis personalomsättning studerar Broms m.fl. hur driftsform förhåller sig till de andra faktorerna separat.

Boenden i offentlig regi har en lägre personalomsättning och en lägre andel personal som samtidigt har andra anställningar. Däremot har privata boenden oftare en sjuksköterska anställd på boendet. Börsnoterade boenden har något färre anställd omsorgspersonal.

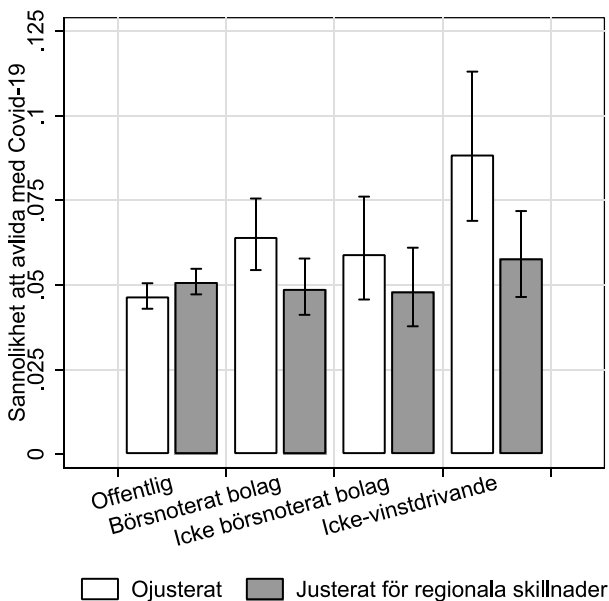
---

<sup>1138</sup> Från registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning (SoL).

Dessa resultat är fortfarande giltiga då man begränsar jämförelsen till boenden *inom* samma region. Utifrån tidigare forskning om sambandet mellan de här faktorerna och dödlighet förväntas privata boenden ha högre dödstal än offentliga. Figur 14.5 visar att ett sådant genomsnittligt samband förvisso finns, men att det helt försvinner när man justerar analysen för geografisk variation och på så vis tar hänsyn till smittspridningen i samhället.

**Figur 14.5 Driftsform och sannolikhet att dö i covid-19**

De mörka staplarna visar effekten när man endast jämför boenden inom samma region, och således korregerar för att privata boenden skulle kunna vara lokaliserade i regioner med mer smittspridning



Källa: Rasmus Broms m.fl., underlagsrapport (2021), *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige*.

Tabellerna 14.2 och 14.3 redovisar underlagsrapportens huvudresultat. Det finns ett samband mellan högre dödlighetsrisk och boenden av större storlek, med lägre andel omsorgspersonal med lön vid arbetsstället under alla 2019 års tolv månader samt de boenden som inte har en sjuksköterska anställd vid arbetsstället. Det finns även en förhöjd risk att smittas av covid-19 för boende på privata icke-

kommersiella boenden, större boenden samt boenden med högre personalomsättning.

De mest stabila resultaten är således att personer som bor på stora boenden eller sådana med hög personalomsättning löper högre risk att både smittas och dö i covid-19. Detta stämmer överens med den högre smittorisk på större arbetsplatser som observerades i kapitel 3.

Att boenden med anställd sjuksköterska också har lägre dödsrisk men inte lägre smittorisk är något svårtolkat. Det rör sig dock om ett relativt svagt samband som endast är marginellt statistiskt signifikant. Sjuksköterskor är ofta anställda vid andra enheter, särskilt i offentligt driven verksamhet. Måttet bör därför inte tolkas som huruvida det finns en sjuksköterska närvarande utan fångar istället organisationsstruktur: det skulle exempelvis kunna vara så att företag som endast organiserat ett enskilt eller ett fåtal boenden oftare har en lokalt anställd sköterska i jämförelse med större arbetsplatser.

Underlagsrapporten inkluderar även en analys av data från Socialstyrelsens enhetsundersökning från 2019 där ett mått på sjukskötersketäthet ingår. Data är insamlad via enkäter ett helt år innan pandemins utbrott och bör därför tolkas med försiktighet, men något samband mellan detta på mått på sjukskötersketäthet och dödsrisk föreligger ej.

Driftsform samvarierar varken med dödlighet eller smittorisk trots att de faktorer som kännetecknar privata boenden gör det. Det är möjligt att de privata boendena hittat sätt att kompensera för den förhöjda risk som högre personalomsättning vanligtvis innebär. Varför personer på icke-kommersiellt drivna boenden har högre smittorisk är svårt att förklara, men vi noterar att även detta statistiska samband är svagt. Eftersom det observeras endast för smittorisk och ej dödsrisk kan det spegla att alla boenden inte testades lika mycket under första vågen.

Tabell 14.2 Relativ risk att dö i covid-19

	Driftsform	Storlek & Personal
Privata börsnoterade bolag	0.95 [0.77 – 1.16]	
Privata icke-börsnoterade bolag	0.96 [0.74 – 1.24]	
Privata, icke-kommersiell grund	1.08 [0.85 – 1.37]	
Antal boende		<b>1.30 [1.12 – 1.51]</b>
Antal omsorgspersonal		1.02 [0.89 – 1.17]
Omsorgspersonal, helår (%)		<b>0.56 [0.35 – 0.89]</b>
Omsorgspersonal m annat jobb (%)		0.69 [0.32 – 1.47]
Sjuksköterska anställd vid arbetsstället		<b>0.83 [0.70 – 0.99]</b>
Chef anställd vid arbetsstället		0.95 [0.82 – 1.09]

Anm.: Statistiskt signifikanta resultat i fetstil. Koefficienterna är resultatet av Cox-regressioner och representerar så kallad hasardkvot. Värden över ett motsvarar ökad mortalitetsrisk, under ett innebär en lägre risk. I analysen används endast variationen inom regioner. Siffrorna inom hakklammrar anger 95 procent konfidensintervall.

Källa: Broms m.fl., underlagsrapport (2021), *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige*.

Tabell 14.3 Relativ risk att smittas av covid-19

	Driftsform	Storlek & Personal
Privata börsnoterade bolag	1.05 [0.90 – 1.22]	
Privata icke-börsnoterade bolag	1.03 [0.84 – 1.26]	
Privata, icke-kommersiell grund	<b>1.24 [1.03 – 1.51]</b>	
Antal boende		<b>1.16 [1.05 – 1.30]</b>
Antal omsorgspersonal		1.08 [0.97 – 1.20]
Omsorgspersonal, helår (%)		<b>0.64 [0.45 – 0.91]</b>
Omsorgspersonal m annat jobb (%)		1.08 [0.62 – 1.89]
Sjuksköterska anställd vid arbetsstället		0.96 [0.84 – 1.09]
Chef anställd vid arbetsstället		0.95 [0.85 – 1.07]

Anm.: Statistiskt signifikanta resultat i fetstil. Koefficienterna är resultatet av Cox-regressioner och representerar så kallad hasardkvot. Värden över ett motsvarar ökad mortalitetsrisk, under ett innebär en lägre risk. I analysen används endast variationen inom regioner. Siffrorna inom hakklammrar anger 95 procent konfidensintervall.

Källa: Broms m.fl., underlagsrapport (2021), *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige*.

## 14.5 Summering

De nya uppgifter som vi nu kan redovisa leder till följande slutsatser och bedömningar.



Det fanns även under den andra vågen ett tydligt samband mellan den allmänna smittspridningen och smitta på särskilda boenden för äldre. Kommissionens bedömning i det första delbetänkandet att den allmänna smittspridningen i samhället högst sannolikt är den enskilt viktigaste faktorn bakom smittspridningen på äldreboenden står sig sålunda över en längre period. Även resultaten i kapitel 3, att virustyperna som spreds i samhället i stort också återfanns i sekvenserade prover från äldreboenden, styrker denna bedömning.

Många av de regioner som hade höga dödstal på sina särskilda boenden i första vågen hade också relativt fler döda i den andra vågen. Vissa av de faktorer som vi tidigare antog hade bidragit till smittan på äldreboenden under våren 2020 förefaller därmed ha haft en mera begränsad betydelse, eftersom tillgången till skyddsutrustning var bättre, provtagningskapaciteten var fullt utbyggd och kunskapen om viruset var väsentligt bättre under den andra vågen.

Den studie som Broms m.fl. gjort visar att boendets storlek och personalomsättning vid boendet har stor betydelse för smittorisken. Den som bor på en stor enhet eller ett boende med hög personalomsättning har löpt större risk att smittas och avlida i covid-19. Där-  
emot tycks driftsform – offentlig eller privat regi – väsentligen sakna betydelse för smittrisen.

Resultatet understryker vad kommissionen tidigare uttalat om att arbetsgivarna i äldreomsorgen borde förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten samt kraftigt minska antalet timanställda.

De fynd som Nilsson redovisar i sin studie pekar på att smitta från det omgivande samhället förts in på äldreboendena via personal snarare än via anhöriga. Vi angav i det första delbetänkandet att det då knappast fanns belägg för att ett besöksförbud var särskilt effektivt. Även om vi inte kunnat utvärdera effekten av besöksförbudet direkt kan vi konstatera att smittan ändå kom in via de anställda. Det är således tydligt att ett besöksförbud inte är tillräckligt för att stoppa smittspridningen, samtidigt som det har stora negativa konsekvenser för de anhöriga. Vi står således fast vid vår tidigare bedömning. Kommissionen anser dock fortfarande att det, när åtgärden initierades i slutet av mars 2020, var befogat att anta att ett förbud kunde medverka till att hindra smitta från att föras in på äldreboendena. De resultat vi nu kan se minskar i vart fall inte tyngden i vad vi

då uttalade om att förbudet borde ha gällt för en betydligt kortare tid och omprövats.

Vi har alltså nu kunnat bidra med viss ytterligare kunskap om smittspridningen i äldreomsorgen. Men det är fortfarande mycket som vi inte vet, till exempel om vilka ytterligare faktorer som bidragit till skillnader i utfall mellan olika äldreboenden, kommuner och regioner. Det beror i stor utsträckning på att vi i vårt land saknar nationella data kring enskilda äldreboenden. Kommissionen anser att detta måste åtgärdas. Under en pågående pandemi bör händelseutvecklingen kunna övervakas i realtid så att åtgärder kan anpassas efter vad som sker. I kapitel 3 redogjorde vi för ett antal datakällor som hade kunnat användas för realtidsövervakning av pandemins allmänna förlopp, någon sådan data finns dock inte för personer med särskilt boende. Avsaknaden av data försvårar också en utvärdering i efterhand. Även om pandemin ännu inte är över har nu antalet dödsfall i covid-19 på äldreboenden kunnat begränsas genom vaccination. Med bättre tillgång till data hade möjligen kommissionen kunnat komma längre i sin analys och inte behövt försöka lägga pussel med olika slag av registerdata för att åtminstone få något underlag för en bedömning.

Det vi inte lyckats med måste framtida forskning försöka studera. Det finns otvivelaktigt fler lärdomar att dra.

## 15 Den sociala isoleringens pris

Förutom de direkta effekterna av pandemin i form av sjuklighet och dödsfall orsakade av covid-19 (som vi har behandlat främst i kapitel 2, 3 och 13) så har denna omfattande samhällskris kommit att påverka ett brett spektrum av samhälls- och livsområden. De allra flesta har på något sätt påverkats. De åtgärder som vidtagits för att bekämpa pandemin har fått och kan få andra indirekta konsekvenser för bl.a. individers hälsa, välbefinnande, livsvillkor m.m.

I detta kapitel försöker vi ge en bred bild av dessa indirekta effekter. Vad följer i svallvågorna efter pandemin och pandemibekämpningen och vad kan vi förvänta oss framöver? Vilka konsekvenser får exempelvis ensamhet och isolering för människors hälsa och välbefinnande? Vad innebär det för individer när möjligheterna till exempelvis utbildning, inkomst, deltagande i samhällslivet och fritidsaktiviteter förändras? Vilka följder får eventuella förändringar i vård- och omsorgsinsatser för de som är i behov av dem? Har verksamheterna klarat av att utföra sina uppdrag under pandemin och vilken betydelse har civilsamhället haft i krisen? Vad händer när viktiga samhällsfunktioner som ger möjlighet att skydda och stödja utsatta individer ställs in eller pausas? Finns det grupper som har drabbats särskilt hårt? Detta är frågor som vi försöker belysa i det följande.

Givet de tidsramar vi haft för vårt arbete har vi i princip begränsat oss till att i huvudsak fokusera på de grupper eller frågor som uttryckligen anges i våra direktiv. Vi vill dock understryka att det även finns många andra grupper som har varit och är särskilt utsatta i pandemin som exempelvis hemlösa, migranter och frihetsberövade, men som vi dessvärre inte har haft möjlighet att behandla.<sup>1139</sup>

---

<sup>1139</sup> När det gäller frihetsberövade kan nämnas att JO i rapporten *Frihetsberövades situation under coronapandemin. JO:s granskning av fyra myndigheters åtgärder*, 2020, har belyst vilka konsekvenser pandemin fått för de intagna under våren 2020.

Efter ett inledande avsnitt, Sårbara grupper i pandemin (avsnitt 15.1), berör vi kort civilsamhällets förutsättningar och stöd (avsnitt 15.2). Därefter behandlar vi barn och unga (avsnitt 15.3). (Frågor som särskilt rör fjärr- och distansundervisningens effekter för barn och unga i egenskap av elever och studenter behandlas däremot i kapitel 17.) Vi fortsätter sedan med äldre (avsnitt 15.4), personer med funktionsnedsättning (avsnitt 15.5), psykisk ohälsa (avsnitt 15.6) och personer med beroendeproblematik (avsnitt 15.7). Avsnitt 15.8 ägnas åt våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Vi redovisar där även hur berörda myndigheter samt andra aktörer arbetat under pandemin med dessa frågor. Kapitlet avslutas sedan med en övergripande summering (avsnitt 15.9).

Som underlag för betänkandet i denna del har vi bl.a. använt oss av en rad rapporter, publikationer, analyser m.m. från olika myndigheter, civilsamhällesorganisationer m.fl. som vi tagit del av. Vi har också haft möten med flera av dem. Det bör betonas att vår presentation av olika underlag inte gör anspråk på att vara heltäckande utan innehållet i detta kapitel får snarare ses som några nedslag i en pågående och strid ström av nya insikter, kunskaper, studier och utvärderingar.

## 15.1 Sårbara grupper i pandemin

Det finns många i befolkningen som i vardagen är beroende av hjälp och stöd från andra. Personer som är i behov av olika former av stöd från t.ex. familjemedlemmar, offentliga eller privata aktörer eller delar av civilsamhället, är särskilt sårbara i en pandemi när flera stödformer riskerar att påverkas eller sättas ur spel. Folkhälsomyndigheten m.fl. bekräftar också bilden att vissa grupper har drabbats mer än andra.<sup>1140</sup> Vi kommer strax att redovisa hur ett antal grupper har påverkats av pandemin och vi behandlar grupperna var för sig. Man måste dock vara uppmärksam på att skillnaderna mellan grupper kan vara större i praktiken. Exempelvis finns det bland personer med funktionsnedsättning en högre andel kvinnor än män som har låg ekonomisk standard och kvinnor med funktionsnedsättning upplever i högre grad diskriminering än män med funktionsnedsättning

---

<sup>1140</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020.*

samtidigt som personer med funktionsnedsättning generellt upplever diskriminering i högre grad än personer som inte har en funktionsnedsättning.<sup>1141</sup>

### *Länsstyrelsernas lägesbilder*

I juni 2020 fick länsstyrelserna i uppdrag av regeringen att samordna lägesbilder av kommunernas bedömningar av risk för social problematik och utsatthet och deras vidtagna eller planerade åtgärder.<sup>1142</sup> Uppdraget samordnades av Länsstyrelsen i Hallands län. Den första avrapporteringen skedde i juli 2020 och den uppföljande undersökningen redovisades i slutet av oktober 2020.

Av lägesbilderna framgick att det inte fanns någon heltäckande nationell bild. Flera kommuner hade beskrivit att pandemin förstärker befintlig utsatthet och att fler individer riskerar att hamna i utsatthet till följd av varsel, uppsägningar eller isolering. När det gäller arbetslöshet och sysslöshet rapporterade samtliga lägesbilder att detta ökat och vid uppföljningen i oktober rapporterade flera länsstyrelser en fortsatt ökning för olika grupper och många beskrev även att nyanlända kommit längre från arbetsmarknaden, även om bilden var varierad mellan län och mellan kommuner. Vidare var den generella bilden att den psykiska ohälsan ökat, men inte så kraftigt som befarats. Det rapporterades också risker för bl.a. ökat utanförskap, kriminalitet, social oro och ekonomisk sårbarhet. Många kommuner uttryckte också en oro för ett ökat och förändrat missbruk.

Bland positiva effekter redovisades bl.a. att ökad digitalisering medfört effektivisering och gett positiva effekter för vissa individer och grupper. Det digitala utanförskapet var dock stort bland vissa grupper.<sup>1143</sup>

---

<sup>1141</sup> Statistiska centralbyrån (2020), *Lämna ingen utanför. Statistisk lägesbild av genomförandet av Agenda 2030 i Sverige*.

<sup>1142</sup> Regeringsbeslut den 11 juni 2020, S2020/05273/SOF (delvis).

<sup>1143</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 3 juli 2020, och *Rapportering 2 avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 28 oktober 2020.

### *Ekonomiskt bistånd*

I den statistik som Socialstyrelsen presenterade i juni 2021 framgick att antalet biståndsmottagare och biståndshushåll hade minskat under 2020 (totalt antal biståndsmottagare var drygt 374 000, varav ca 115 000 kvinnor, 129 000 män och 130 000 barn). Däremot hade biståndsbeloppet per hushåll ökat något, liksom den genomsnittliga tidsperiod som biståndet utgått (från 6,9 månader till 7,1 månader). Behovet av ekonomiskt bistånd skiljde sig dock åt mellan olika åldersgrupper och mellan kommuner.<sup>1144</sup>

Enligt Vård- och omsorgsanalys tycks någon påtaglig förändring av vilka som får bistånd eller något inflöde av nya grupper inte ha skett. Bilden är dock varierad och i intervjuer uttrycktes en oro för större mörkertal och ökad utsatthet i flera grupper vilket man antog skulle leda till ökat behov av stöd och insatser på sikt. Det var enligt myndigheten för tidigt att se de samlade effekterna på ekonomiskt bistånd.<sup>1145</sup>

## **15.2 Civilsamhället – förutsättningar och stöd**

Civilsamhället kan i detta sammanhang beskrivas som en arena skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen. Inom det civila samhället verkar bl.a. ideella föreningar, stiftelser och registrerade trossamfund, men även nätverk, uppprop och andra aktörer. Civilsamhället har en viktig roll för att skapa sammanhållning och gemenskap och som en röst för olika grupper.<sup>1146</sup> Under pandemin har civilsamhället på olika sätt arbetat för att minska de negativa konsekvenserna av bl.a. den sociala isoleringen.

Pandemin har i stor utsträckning även påverkat civilsamhällets förutsättningar och verksamheter. Många ideella föreningar har drabbats av inställd verksamhet, minskade intäkter och oro för fram-

---

<sup>1144</sup> Socialstyrelsen (2021), *Statistik om ekonomiskt bistånd 2020*. Se även Socialstyrelsen, *Utvecklingen av ekonomiskt bistånd i spåren av covid-19*, den 24 september 2020, *Utvecklingen av ekonomiskt bistånd i spåren av covid-19 – faktablad 2*, den 5 november 2020, och *Utvecklingen av ekonomiskt bistånd i spåren av covid-19 – faktablad 3*, den 25 februari 2021.

<sup>1145</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1.

<sup>1146</sup> Jfr. prop. 2009/10:55 s. 1 och 21 f.

tiden.<sup>1147</sup> Av en undersökning som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har gjort framgår att de flesta organisationer har tvingats ställa in delar av sin verksamhet på grund av pandemin och många har ställt om verksamheten. Många verksamheter har exempelvis digitaliserats. Den snabba förändringen har inneburit utmaningar, men också ökade möjligheter till deltagande i olika delar av landet.<sup>1148</sup>

Organisationen IOGT-NTO har uppgett att många larmar om ett ökat tryck hos ideella aktörer och organisationerna Forum, Giva och Famna har tillsammans i en rapport pekat på att de ekonomiska konsekvenserna av krisen kan bli förödande för civilsamhället i en tid då dessa sektorer behövs som mest.<sup>1149</sup>

Den 2 april 2020 beslutade regeringen att ge Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället (NOD) i uppgift att bistå i samordning av civilsamhällets insatser med anledning av det nya coronaviruset. NOD skulle bl.a. ta fram en lägesrapport varje vecka över civilsamhällets behov och initiativ. NOD skulle också ge stöd i dialog och samverkan mellan civilsamhället, Regeringskansliet och statliga myndigheter, i frågor som behöver lösas med anledning av coronavirusets spridning.

Den 9 april 2020 beslutade regeringen att ge MUCF i uppdrag att sammanställa och sprida nödvändig information till organisationer inom civilsamhället i den uppkomna krissituationen.

Flera statliga stöd har avsatts till civilsamhället för att mildra de ekonomiska konsekvenserna samt för att möjliggöra en utökning av civilsamhällets stödverksamhet. Sammanlagt har stöden till civilsamhället uppgått till ca 4,4 miljarder kronor (per den 30 augusti 2021). Idrott är det område som har fått mest stöd, sammanlagt ca 3,4 miljarder. Därefter följer stöd, uttryckt i miljoner kronor, till arbete med socialt särskilt utsatta med (sammanlagt 200), till arbete med barn i utsatta situationer och till arbete med våldsutsatta kvinnor, barn och hbtq-personer och mot våld i nära relationer (ca 165 vardera), till allmänna samlingslokaler (125), till arbete mot ofrivillig ensamhet bland äldre (50), till Svenska kyrkan (50) och andra tros-

---

<sup>1147</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2020), *En mångfald av villkor och förutsättningar. Fördjupad uppföljning av det civila samhällets villkor*.

<sup>1148</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2020), *Coronakrisens konsekvenser för det civila samhället. Lägesbild oktober 2020*.

<sup>1149</sup> IOGT-NTO, *Utsatta grupper extra utsatta under coronakrisen. En rapport från IOGT-NTO, och Forum, Giva och Famna (2020), Så drabbas civilsamhället av coronakrisen*.

samfund (50) och till pensionärsorganisationer (15). Utöver dessa stöd finns ytterligare stöd relaterade till pandemin som i olika delar gått till civilsamhället, t.ex. har regeringen tilldelat kulturområdet krisstöd under 2020–2021 som även kunnat sökas av aktörer inom det civila samhället när de uppfyllt villkoren för stödgivningen. Även flera av regeringens stödåtgärder för företag och arbetsgivare kan komma civilsamhällets organisationer till del.<sup>1150</sup>

### 15.3 Barn och unga

Hatar plugga på distans, bara sitta framför dator, inte träffa någon under hela dagen, föräldrar kan inte jobba hemma så jag är ensam hemma. Går el-energi program och alla tekniska ämnen försvann. Favorit lärare sjukskrivna med Covid. (16-åring)

Jag tror att många ungdomar är besvikna och förvirrade på råden och restriktionerna som har tagits. Många i gymnasiet känner sig felbehandlade då de har fått ta väldigt stort ansvar och fått offra mycket jämfört med andra i samhället. När shoppingcentrumen och grundskolorna till exempel fortsätter som vanligt och gymnasieeleverna är tvungna att vara hemma och studenten i princip blir inställd är det svårt att förstå regeringen och folkhälsomyndighetens m.m. beslut. (18-åring)

[Är orolig över att någon ska dö. Att jag inte kan se corona för att de är pyttesmå. (4-åring)

Vi är mycket mer med familjen, mina föräldrar jobbar hemma så vi kan äta frukost och middag tillsammans. Det brukar vi nästan aldrig göra eftersom dom kommer hem sent på kvällarna och åker tidigt på morgonen. (13-åring)

Jag är jätteorolig för att någon i min närhet ska bli allvarligt sjuk, dö eller få stora ekonomiska förluster. (...) Ångesten blir starkare och starkare och jag gråter flera gånger varje dag. (17-åring)<sup>1151</sup>

#### *Tydliga konsekvenser även för barn och unga*

Sett till endast antalet intensivvårdade och avlidna till följd av covid-19 har barn och unga klarat sig bättre jämfört med övriga delar

<sup>1150</sup> Kulturdepartementet, enheten för civila samhället och nationella minoriteter, *Stöd som avsetts till civilsamhället med anledning av covid-19-pandemin*, den 30 augusti 2021.

<sup>1151</sup> Citaten är hämtade från A. Sarkadi m.fl. (2020), *Barn och ungas röster om corona. En undersökning med barn och unga 4–18 år om coronapandemin våren 2020*, Uppsala Universitet.



av befolkningen. Men den omfattande samhällskrisen som pandemin orsakat har fått betydande konsekvenser även för dem.

I en studie där barn och unga 4–18 år gett sin syn på pandemin våren 2020 framkom att barn påverkats tydligt och att oro för sjukdom och död varit mycket vanligt i alla åldrar. Något som nämndes ofta i svaren var bl.a. en förändrad fritid, mindre tid med kompisar och inställda aktiviteter. Vardagen och studierna hade påverkats tydligast för gymnasiestudenterna som fått ta ett stort eget ansvar för att strukturera sin vardag och bedriva sina studier.<sup>1152</sup> (Vilka konsekvenser fjärr- och distansundervisningen fått för barn och unga behandlas i kapitel 17.) Det finns studier som tyder på att unga vuxna har haft högre nivåer av psykisk ohälsa än äldre under pandemin.<sup>1153</sup> Barnens rätt i samhället (Bris) har också rapporterat om att olika aspekter av psykisk ohälsa, såsom ångest, nedstämdhet och ätstörningar, ökat kraftigt i barns samtal till Bris under 2020.<sup>1154</sup> (Se vidare avsnitt 15.6 angående psykisk ohälsa och avsnitt 12.4 om vårdkonsumtionen inom den psykiatriska vården under pandemin.)

MUCF anser att ungas psykiska hälsa är en fortsatt stor utmaning, men att det är svårt att bedöma pandemins effekter på den. Den nedåtgående trend av nya fall av depressioner och ångestsyndrom som man kunnat se generellt de senaste åren verkar under pandemin ha fortsatt och i en snabbare takt än tidigare. Bland barn och unga vuxna 18–24 år blir minskningen tydlig eftersom det för dessa grupper snarare fanns en uppåtgående eller stillastående trend av nya fall före pandemin. Socialstyrelsen bedömer att minskningen i antalet nya fall kan bero på att personer i mindre utsträckning har sökt vård under pandemin. Det kan också bero på att hälso- och sjukvården kan ha ställt färre diagnoser på grund av att möjligheterna till en helhetsbedömning av en ny patient begränsas i de fall kontakten enbart sker digitalt eller via telefon.<sup>1155</sup>

Pandemin synes även ha fått vissa konsekvenser för barns fysiska hälsa. Bland annat har en ökning i barnfetma noterats vid 3-, 4- och

<sup>1152</sup> A. Sarkadi m.fl. (2020), *Barn och ungas röster om corona. En undersökning med barn och unga 4–18 år om coronapandemin våren 2020*, Uppsala Universitet.

<sup>1153</sup> L.M. McCracken m.fl. (2020), *Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety, and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors*, European Psychiatry.

<sup>1154</sup> Bris (2021), *Årsrapport 2020. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet*, rapport 2021:1.

<sup>1155</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2021), *Goda levnadsvillkor för många, men inte för alla. Ung idag 2021*, och Socialstyrelsen (2020), *Psykiatriska tillstånd och psykofarmaka under coronapandemin*.

5-årskontrollerna, vilket också bekräftas från data från barnfötmaregistret. Riskfaktorer för barnfötmare är låg socioekonomisk status, utrikesfödda föräldrar samt splittrad familjebildning. Isolering och neddragning av förskoleverksamhet är sannolika faktorer för denna ökning. Man har även sett en ökning av akutsnitt och andel med dödfödda bland mödrar födda utanför Sverige och de med låg utbildningsnivå.<sup>1156</sup> Se även avsnitt 12.5.

### *Redan utsatta riskerar drabbas hårdast*

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) har belyst möjliga konsekvenser av pandemin för barn och unga i dag och på lite längre sikt. IFAU anser att det är rimligt att anta att pandemin kan ha lett till stora påfrestningar för många familjer till följd av ökad oro för smitta, arbetsituationen, hemarbete, behov att hålla barn hemma samt ett begränsat socialt umgänge. Det finns enligt institutet flera tecken som tyder på just detta, bl.a. hänvisas till uppgifter från Bris och Unizon, samtidigt som tillgänglig statistik inte tydde på att pandemin lett till dramatiskt ökad oro och utsatthet i barnfamiljer. IFAU utesluter dock inte att det kan finnas ett växande mörkertal i rapporterad psykisk ohälsa, våld i nära relationer och annan utsatthet samt fördröjda effekter av pandemin hos barnfamiljer. Det betonas också att det kan finnas en stor variation mellan familjer och att det finns anledning att tro att pandemin innebär en risk för ökad ojämlikhet i barns uppväxtförhållanden.<sup>1157</sup>

Även i länsstyrelsernas lägesrapportering varnades för att redan utsatta familjer blivit ännu mer utsatta under pandemin.<sup>1158</sup> Vidare har bl.a. Socialstyrelsen hos socialtjänsten i kommunerna sett en oro inför framtiden angående vilken påverkan de strukturella effekterna kan få för barn på längre sikt.<sup>1159</sup>

Bris har konstaterat att restriktionerna lett till att många barns tillgång till skyddsfaktorer såsom trygga sociala sammanhang och sociala relationer med jämnåriga och med trygga vuxna utanför hem-

<sup>1156</sup> Anders Ekblom, underlagsrapport (2021), *Uppskjuten och inställd vård under pandemin*.

<sup>1157</sup> Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2021), *Barn och unga under coronapandemin. Lärdomar från forskning om uppväxtmiljö, skolgång, utbildning och arbetsmarknadsinträde*, rapport 2021:2.

<sup>1158</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 3 juli 2020.

<sup>1159</sup> Socialstyrelsen (2021), *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten*.

met begränsats samtidigt som riskfaktorerna för utsatthet ökat. Under 2020 noterade Bris särskilt stora ökningar inom vissa samtalskategorier som ångest, nedstämdhet, familjekonflikter, samtal om samhällets stödinstitutioner samt samtal om psykiskt och fysiskt våld. Bris bedömer att dessa har en koppling till de förändringar som skett under året, medan den totala ökningen av barns samtal på 16 procent delvis kan förstås som en effekt av ett uppdämt behov som Bris genom ökad kapacitet har kunnat svara upp mot. Samtal om familjekonflikter har varit fler än någonsin. Barn har beskrivit hur vuxnas mående försämrats till följd av pandemin, framför allt barn vars förälder redan led av psykisk ohälsa. Samtalen till Bris indikerar även att våld mot barn kan ha ökat under pandemin.<sup>1160</sup> Se vidare avsnitt 15.8 angående våld i nära relationer och hedersrelaterat våld. Även Rädda Barnen ger uttryck för att det är de barn som redan befinner sig i utsatta situationer som drabbas hårdast.<sup>1161</sup>

### *Orosanmälningar*

Av länsstyrelsernas lägesrapportering från juli 2020 framgick att alla län på ett eller annat sätt hade rapporterat om orosanmälningar men att antalet skiljde sig åt i olika kommuner och län. Flertalet hade dock sett en ökning under pandemin, även om det i vissa fall fanns en osäkerhet om anmälningarna hade koppling till pandemin. Tjej- och kvinnojourer hade i vissa fall fått en ökad belastning. Man hade inte sett något tydligt geografiskt mönster och vid uppföljningen i oktober kunde man inte heller se någon entydig bild av om antalet orosanmälningar förändrats jämfört med i juni. Flera län hade rapporterat om skolfrånvaro. Man hade generellt sett en högre frånvaro i början av pandemin men en ökande närvaro efter några veckor. Frånvaron skiljde sig mellan olika grupper. I den uppföljande rapporteringen från oktober 2020 såg man dock att frånvaron i för- och grundskola återigen började öka.<sup>1162</sup>

---

<sup>1160</sup> Bris (2020), *Årsrapport 2020. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet*, rapport 2021:1.

<sup>1161</sup> Rädda Barnen (2021), *1 år med pandemi – konsekvenser för barn och framtida risker*.

<sup>1162</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 3 juli 2020, och *Rapportering 2 avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 28 oktober 2020.

Det framkom i flertalet av de länsvisa rapporteringarna att pandemin försvårat socialtjänstens arbete med utsatta familjer, i vissa fall hade svårigheten att göra hembesök i samband med orosanmälningar lett till att upptäckt av missförhållanden i familjer tagit längre tid. Vidare hade rädsla för covid-19 i familjehem försvårat placering av barn. Av samma anledning hade föräldrar tackat nej till kontaktfamiljer och kontaktfamiljer till nya uppdrag. I länsstyrelsernas lägesrapport uttrycktes också en oro över att de synliga effekterna av konsekvenserna av covid-19 kan komma att dröja och att det tar lång tid innan de påverkar socialtjänstens verksamhet.<sup>1163</sup>

Enligt Socialstyrelsen ökade orosanmälningarna med ca fem procent i de i studien medverkande kommunerna (56 kommuner och stadsdelar) under de undersökta perioderna (maj och september) 2020 jämfört med 2019, men det fanns stora lokala variationer och socialtjänsten såg generellt andra orsaker bakom ökningen än sådant som hade direkt koppling till pandemin. En ny typ av anmälningar som däremot ansågs ha koppling till pandemin var anmälningar om skolfrånvaro som inkom under våren 2020.<sup>1164</sup>

### *Konsekvenser för verksamhet inom individ- och familjeomsorgen*

Socialtjänsten har enligt Socialstyrelsen kunnat upprätthålla arbetet med att ta emot anmälningar, göra förhandsbedömningar och fatta beslut om utredning under pandemin, men det finns stora variationer i vilken utsträckning kommunerna har ställt om och förändrat sitt arbetssätt.<sup>1165</sup> Denna bild bekräftas även av Vård- och omsorgsanalys vars sammantagna bedömning är att konsekvenserna fram till hösten 2020 blivit mindre än befarat vad gäller verksamhetspåverkan och behoven av stöd. Enligt myndigheten finns det dock en oro för ökade mörkertal och minskat stödsökande.<sup>1166</sup>

Från de intervjuer Vård- och omsorgsanalys gjort och de lägesrapporter den haft drar myndigheten slutsatsen att högprioriterade och akuta verksamheter inom individ- och familjeomsorgen har

---

<sup>1163</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering 2 avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 28 oktober 2020.

<sup>1164</sup> Socialstyrelsen (2021), *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten*.

<sup>1165</sup> Socialstyrelsen (2021), *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten*.

<sup>1166</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1.

kunnat fortgå under pandemin utan allvarlig påverkan – exempelvis skyddsbedömningar, boendeverksamheter, socialjour, akuta omhändertaganden och placeringar samt utbetalningar av ekonomiskt bistånd. I övrigt ser myndigheten en variation mellan kommunerna, när det gäller både hur man arbetat och vad man har genomfört respektive inte genomfört. Det underlag Vård- och omsorgsanalys haft tillgång till tyder enligt myndigheten inte på att det skett någon allvarlig påverkan på kvaliteten eller tillgängligheten inom den sociala barn- och ungdomsvården. Myndigheten hänvisar även till IVO:s granskning där man i juni 2020 granskade 39 kommuner och stadsdelar i Stockholm och på Gotland utan att notera några allvarliga brister i arbetet inom den sociala barn- och ungdomsvården.<sup>1167</sup>

### *Ungas inträde på arbetsmarknaden*

Ungdomsarbetslösheten steg kraftigt efter krisens start och det är fler unga i dag som varken arbetar eller studerar jämfört med tidigare. Att krisen slår hårt mot branscher där unga ofta påbörjar sina karriärer, t.ex. hotell och restaurang och delar av detaljhandeln, indikerar enligt IFAU att krisen kan öka svårigheter för unga att etablera sig på arbetsmarknaden. Ungas som kommer ut på arbetsmarknaden i samband med ekonomiska kriser påverkas ofta negativt även på sikt. Det finns enligt IFAU starkt stöd i forskningen för att unga som lämnar högskola och universitet under en lågkonjunktur har en svagare ställning på arbetsmarknaden än unga som kommer ut då konjunkturen är starkare, även på längre sikt. De negativa effekterna kan kvarstå i upp till 10 år, eller mer. IFAU pekar på att tidigare forskning visar att även unga som saknar eftergymnasial utbildning påverkas negativt av ekonomiska nedgångar. Enligt IFAU finns det starka skäl att tro att krisen kommer att skapa svårigheter för unga på arbetsmarknaden i Sverige under en lång tid framöver.<sup>1168</sup>

Även MUCF anser att arbetsmarknaden för unga har påverkats särskilt kraftigt av pandemin. MUCF hänvisar till Arbetsförmedlingen som bedömer att det finns en risk att ungas inträde på arbets-

---

<sup>1167</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1, och uppgifter hämtade från IVO:s webbplats (besökt den 16 juli 2020).

<sup>1168</sup> Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (2021), *Barn och unga under coronapandemin. Lärdomar från forskning om uppväxtmiljö, skolgång, utbildning och arbetsmarknadsinträde*, rapport 2021:2.

marknaden både försenas och försvåras, eftersom efterfrågan på arbetskraft dämpats inom många branscher där ingångsjobb är vanliga samtidigt som det pågår en strukturomvandling på arbetsmarknaden där vissa jobb, exempelvis inom handeln, inte förväntas komma tillbaka i samma utsträckning efter krisen. Situationen uppges också vara särskilt svår för de unga som redan innan stod längre från arbetsmarknaden, så som unga utan en fullständig gymnasieutbildning eller unga med funktionsnedsättningar och det finns risk för att de kommer att påverkas under lång tid framöver. Under de kommande åren väntas antalet arbetslösa som saknar gymnasieutbildning öka till den högsta nivån någonsin.<sup>1169</sup>

I fråga om ekonomisk utsatthet hos unga hade man fram till hösten 2020 inte sett någon ökning med tydlig koppling till pandemin i andelen eller antalet unga vuxna som behöver ekonomiskt bistånd för att klara sin försörjning.<sup>1170</sup> MUCF bedömer dock mot bakgrund av att många unga har drabbats av arbetslöshet, som är den vanligaste orsaken till att en person uppbär ekonomiskt bistånd, att det är troligt att en större andel kommer att vara i behov av sådant stöd. Andelen som får ekonomiskt bistånd är betydligt högre bland unga födda utrikes än bland unga födda inrikes. Mot bakgrund av deras redan utsatta situation och pandemins stora konsekvenser på ungas arbetsmarknad ser myndigheten en tydlig risk för att de kommer drabbas särskilt hårt ekonomiskt under den kommande tiden.<sup>1171</sup>

### *Fritidsaktiviteter*

Bris har i sin årsrapport för 2020 uppgett att barn beskrivit hur avsaknaden av distraktioner och social samvaro lett till att det dåliga måendet tagit större plats och att tidigare psykisk ohälsa gjort sig påmind. I en Sifo-undersökning i maj 2020 uppgav drygt vart fjärde barn i åldern 8–18 år att de rört på sig mindre under pandemin jämfört med vad de hade gjort tidigare. Bland äldre barn, 16–18 år, var det nära hälften som uppgav att de rörde på sig mindre jämfört med

---

<sup>1169</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (2021), *Goda levnadsvillkor för många, men inte för alla. Ung idag 2021*, och Arbetsförmedlingen (2020), *Arbetsmarknadsutsikterna hösten 2020. Utvecklingen på arbetsmarknaden 2020–2022*, analys 2020:12.

<sup>1170</sup> Socialstyrelsen (2020), *Utvecklingen av ekonomiskt bistånd i spåren av covid-19*, som är ett faktablad baserat på månadsstatistiken för ekonomiskt bistånd.

<sup>1171</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (2021), *Goda levnadsvillkor för många, men inte för alla. Ung idag 2021*.

tidigare. Framför allt barn som uppgav att de var oroliga på grund av pandemin rörde sig mindre jämfört med barn som var oroliga i låg utsträckning.<sup>1172</sup>

Att färre unga rört på sig under pandemin är något som även Riksidrottsförbundet har noterat. Förbundet såg en nedgång med 8 procent i LOK-stöd (som är ett statligt lokalt aktivitetsstöd till idrottsföreningar som delas ut av Riksidrottsförbundet) under första halvåret 2020. Under hösten 2020 såg man en minskning av aktiviteter på 14 procent. Enligt Riksidrottsförbundet ökar minskningen för varje åldersgrupp, från 7 år och uppåt. För personer med funktionsnedsättning över 25 år hade deltagartillfällena gått ned med 44 procent.<sup>1173</sup>

Enligt MUCF har pandemin påverkat många ungas möjligheter att ta del av aktiviteter på fritiden, både inom idrott, kultur och andra former av mötesplatser. Viss verksamhet har kunnat genomföras i nya former, medan annan påverkats kraftigare. När verksamheter har ställt om till digitala lösningar har det inneburit att exempelvis unga som lever i socioekonomiskt utsatta områden och unga som har funktionsnedsättningar har haft svårare att delta. Även i fråga om möjligheten till fritidsaktiviteter har alltså resurssvaga unga, enligt MUCF, drabbats hårdast. Pandemin har också begränsat möjligheterna för unga att mötas, vilket förändrat förutsättningarna att bedriva påverkansarbete och demokratiska processer. Antalet arrangemang i ungdomsorganisationer har exempelvis minskat vilket påverkat möjligheten till dialog.<sup>1174</sup>

## 15.4 Äldre

Få fysiska kontakter. Saknar barn och barnbarn, att få vara nära dem, kramas, prata och skratta. (82-årig kvinna)

---

<sup>1172</sup> Bris (2021), *Årsrapport 2020. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet*, rapport 2021:1.

<sup>1173</sup> Uppgifter hämtade från Riksidrottsförbundets webbplats (besökt den 16 mars 2021).

<sup>1174</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (2021), *Goda levnadsvillkor för många, men inte för alla. Ung idag 2021*.

Man undrar om man vågar gå till vårdcentralen. De flesta klarar inte videosamtal. Tolk på telefon fungerar inte heller. (Företrädare för Syri-ska Riksförbundet)<sup>1175</sup>

Om man gör ett tankeexperiment att regeringen skulle sagt att alla 34–48-åringar skulle hållas totaliserade från sin familj i sex månader, skulle alla inse hur vansinnigt det är. (Anhörig till boende på äldreboende)<sup>1176</sup>

Jag är ju jätterädd för att få det här för att jag vet inte hur sjuk jag skulle bli, om jag skulle klara det. (Kvinna 70 år och äldre)

Men jag tycker att jag gör det ändå [tar mitt ansvar], för jag är jättejätte-försiktig. Jag jobbar och har visir. Och jag sprayar och jag desinficerar och jag byter hårkappa för varje kund. Så jag försöker verkligen... Jag vill ju så jättegärna jobba. (Kvinna 70 år och äldre)

Jag hittar ju ingen glädje nu. (Man 70 år och äldre)

Jag är en ung, eller stark 70-plussare. Jag har kört egen bil, jag brukar göra alla mina saker, jag har alltid klarat mig själv. Inte bara det, att jag klarar mig själv, utan jag har varit en tillgång för andra, och hjälpt dom. (Man 70 år och äldre)<sup>1177</sup>

### *Oro för covid-19 och att inte få vård*

I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning Hälsorapport framkom i maj 2020 att det fanns en oro i befolkningen för att inte få vård under pandemin och att det främst var personer i åldern 70–84 år som var oroliga. I denna åldersgrupp angav 60 procent att de kände sig lite eller mycket oroliga. Hög ålder och belastning inom vården angavs som orsaker till oro. Bland dessa personer var andelen som inte sökte vård trots behov 32 procent (jämfört med 20 procent i åldersgruppen 16–84 år).<sup>1178</sup> (Se vidare avsnitt 12.1 angående patienter som avstått från att söka vård under pandemin.)

---

<sup>1175</sup> Citaten hämtade från Folkhälsomyndigheten (2020), *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder för covid-19, Bilaga 2 a Psykiska och fysiska konsekvenser av pandemin och sätt att minska dem till rapporten*.

<sup>1176</sup> Citatet hämtat från PROpensionären, *Hård kritik mot isoleringen av äldre*, nr. 7 2020.

<sup>1177</sup> Citaten hämtade från Region Gävleborg (2020), *Äldres vardagsliv under Coronapandemin en intervjustudie i Gävleborg*, FoU rapport 2020:5.

<sup>1178</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Oro för att inte få vård under covid-19-pandemin – särskilt bland äldre*, och uppgifter inhämtade från Folkhälsomyndigheten den 10 september 2021.



I november 2020 svarade 87 procent i åldersgruppen 70–84 år att de var lite eller mycket oroliga för att bli allvarligt sjuka. I maj 2021 hade siffran sjunkit till 63 procent.<sup>1179</sup> Bland dessa personer uppgav 21 procent i november 2020 att de undvikit att söka vård och i maj 2021 var andelen 18 procent (jämfört med 17 procent i åldersgruppen 16–84 år).<sup>1180</sup>

### *Rekommendationen om social isolering har inverkat negativ på hälsan*

Folkhälsomyndigheten publicerade i oktober 2020 en rapport där myndigheten bedömde konsekvenserna av rekommendationen om att personer 70 år och äldre skulle begränsa sina sociala kontakter. Myndighetens analyser tydde på att rekommendationen varit betydelsefull genom att minska antalet fall av allvarlig sjukdom och död i covid-19, men att den också lett till sämre psykisk hälsa för vissa grupper och även riskerade att påverka den fysiska hälsan. De som redan är socialt, ekonomiskt och hälsomässigt utsatta tycks enligt myndigheten ha en större risk för negativa konsekvenser (både psykiskt och fysiskt), vilket i sig kan leda till ökad ojämlikhet, samtidigt som de personerna är svårare att nå med förebyggande arbete.

De intresseorganisationer som Folkhälsomyndigheten fått återkoppling från pekar på att det digitala utanförskapet har blivit tydligare och slagit hårdare mot gruppen eftersom man inte kunnat träffas fysiskt. Enligt PRO, som är en riksorganisation för pensionärer, är det bara drygt 50 procent av deras medlemmar som använder internet några gånger i veckan. Det digitala utanförskapet gäller inte minst utrikesfödda. Samråd med flera pensionärsorganisationer visar också att många i gruppen varit frustrerade och känt sig särbehandlade på ett stigmatiserande sätt.

Organisationen Minds stöddlinje för äldre har rapporterat att de fått fler samtal från människor som uttrycker att de inte tycker sig ha något att leva för längre.<sup>1181</sup>

---

<sup>1179</sup> Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 7 augusti 2021).

<sup>1180</sup> Uppgifter inhämtade från Folkhälsomyndigheten den 10 september 2021.

<sup>1181</sup> Folkhälsomyndigheten (2020), *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*.

*Ensamhet, levnadsvanor och hälsa*

I en svensk studie där äldres (65–71 år) välmående undersökts fann man att självrapporterad livstillfredsställelse och upplevd ensamhet inte hade förändrats under den första vågen av pandemin jämfört med föregående år. Däremot hade självskattad hälsa och finansiell tillfredsställelse ökat.<sup>1182</sup> Enligt Folkhälsomyndigheten går det dock ännu inte att av forskningen dra några klara slutsatser om hur pandemin och smittskyddsåtgärderna påverkat ensamhet, levnadsvanor och hälsa i gruppen 70 år och äldre. Myndigheten pekar på att det behövs fortsatt arbete med att ta fram och sammanställa kunskap om äldre personers hälsa och levnadsvanor under och efter pandemin.<sup>1183</sup>

Det finns dock indikationer på att bl.a. ensamhet bland äldre har ökat. Uppgifter från exempelvis organisationen Mind och Norra Stockholms psykiatri<sup>1184</sup> och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum<sup>1185</sup> talar för det.

*Erfarenheter från civilsambällets organisationer*

SPF Seniorerna, som är en medlemsorganisation för pensionärer, har uppgett att de har ställt om sin verksamhet under pandemin och att deras aktiviteter har pågått kontinuerligt. De upplever dock att seniorerna haft en oerhört tung tid och att många fortfarande har det. Det finns enligt organisationen en grupp som inte har råd med digitala verktyg som är mycket ensamma. De ser en stor psykisk ohälsa och ensamhet och att livet för många har vänts upp och ned helt. Många har upplevt frustration över de motstridiga budskap som organisationen anser har förmedlats och många missförstod myndigheterna helt och trodde att de inte kunde gå utomhus. SPF Seniorerna, som vänder sig mot användningen av uttrycket ”70-plus”, framhåller att detta är en grupp där det finns stora skillnader i funktionsförmåga och aktivitet, där många är aktiva, arbetar, har företag eller studerar. Organisationen vittnar även om att många kommuner

---

<sup>1182</sup> M. Kivi m.fl. (2021), *Up and About: Older adults' well-being during the COVID-19 pandemic in a Swedish longitudinal study*, The Journals of Gerontology Series B.

<sup>1183</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Ensamhet och hälsa under covid-19-pandemin hos personer över 70 år. En kartläggande litteraturoversikt*.

<sup>1184</sup> Folkhälsomyndigheten (2020), *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*.

<sup>1185</sup> Å. von Berens m.fl. (2021), *Livet under första vågen. Vardagen under coronapandemin för personer 70 år och äldre i Stockholm*, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2021:2.

och regioner lagt ned sina verksamheter med pensionärsråd under pandemin, vilket signalerar att gruppen inte är viktig.<sup>1186</sup>

PRO har genom sin organisation tidigt haft information om vad som hände ute i de olika regionerna och kommunerna och hur medlemmarna mådde. Framför allt kommuner, men även regioner, har inte tagit till vara den kompetens, de erfarenheter och de kunskaper som de och de äldre har. Liksom SPF Seniorerna är PRO kritisk till att de flesta kommunala pensionärsråd, som finns i nästan alla kommuner, ställt in sina möten.

Många av de olika aktiviteter som PRO anordnar upphörde när pandemin kom, men även de har anpassat och fortsatt med vissa aktiviteter. PRO vittnar om att omställningen har varit påfrestande för många då verksamheten och aktiviteterna fyller en viktig funktion och förebygger ohälsa. De känner en oro för vad isoleringen för med sig och de ser att män är mer utsatta när det gäller att motverka bristen på sociala kontakter.<sup>1187</sup>

De särskilda rekommendationerna till personer över 70 år och andra riskgrupper gjorde att många personer behövde hjälp att handla och utföra andra ärenden. MSB och Svenska Civilförsvarsförbundet ingick därför en överenskommelse den 24 mars 2020 om att Frivilliga resursgruppen (FRG), som finns i mer än hälften av Sveriges kommuner, skulle stödja kommunerna att bistå äldre personer och andra ur riskgrupper med exempelvis matinköp och andra tjänster.<sup>1188</sup> Samma dag slöt MSB, SKR och några av de största civilsamhällesorganisationerna (Svenska Röda Korset, Svenska kyrkan, Riksidrottsförbundet, Rädda Barnen och Sveriges Stadsmissioner) en överenskommelse om att ge stöd till kommunerna för att leverera mat och mediciner till äldre personer i riskgrupp. Detta omfattade i första hand kommuner som inte har en FRG.<sup>1189</sup> Tusentals volontärer engagerade sig och under perioden mars–oktober 2020 genomfördes ca 30 000 mat- och medicinleveranser till människor i riskgrupper.<sup>1190</sup>

Även kyrkorna i Sverige har varit tvungna att ställa in delar av verksamheten och gudstjänster har blivit digitala. Många kyrkor ar-

---

<sup>1186</sup> Uppgifter lämnade av SPF Seniorerna vid möte med sekretariatet den 4 maj 2021.

<sup>1187</sup> Uppgifter lämnade av PRO vid möte med sekretariatet den 28 maj 2021.

<sup>1188</sup> MSB:s ärendenummer 2020–04676, den 24 mars 2020.

<sup>1189</sup> MSB:s ärendenummer 2020–04672, den 24 mars 2020.

<sup>1190</sup> Röda Korset (2020), *Tillsammans i coronakrisen*, och uppgifter hämtade från MSB:s webbplats (besökt den 22 april 2021).

betar för att aktivt bryta ensamhet och erbjuder vanligtvis olika aktiviteter, exempelvis öppna kaféer, körer och dagträffar. Inställda aktiviteter har drabbat alla kyrkans besökare men framför allt har det drabbat de äldre.<sup>1191</sup>

## 15.5 Personer med funktionsnedsättning

Coronapandemin vänt upp och ner på allt som gjorde att livet funkade. Min psykiska hälsa är i botten. Mina rutiner har upplösts. Det som jag har gjort för att återhämta mig tidigare kan jag inte längre göra. Jag överväger starkt att hoppa av skolan eller sjukskriva mig.

Belastningen på oss föräldrar har ökat enormt, när vi på grund av smittoriskerna måste avstå insatser som korttidstillsyn, korttidsvistelse, avlösarservice, ledsagning och skolskjuts. Vårt barn behöver ständigt en vuxens närvaro och insatser, för att klara av våra arbeten måste vi jobba kvällar och nätter.

Mitt barn har autism och hennes spontana kommentar kring hur covid-19 påverkade skolan var ”Mamma det här är superbra, när många är borta från skolan är det mycket lättare att vara där”.

Mitt barn är i riskgrupp och har svårt att förstå avstånd, hygien och blir också rädd för alla munskydd/visir etc. Så det som inte är akut går bort för oss.<sup>1192</sup>

Många sociala borden och måsten har försvunnit och jag behöver inte känna mig konstig om jag avböjer. Jag känner mig mer jämställd nu.

Så mycket svårare att styra upp och stödja barnen. Det kräver så mkt mer närvaro att få ungdomar att fungera när de inte har sina rutiner och stöd från skolan. På riktigt tror jag många av oss föräldrar går sönder snart och många undrar nog hur sommarlovet ska bli när våra barn redan inte mår bra.<sup>1193</sup>

---

<sup>1191</sup> K. Hansson, ”Inställt tillsvidare” – *Diakonernas arbete att hitta nya vägar ut under covid-19-pandemin*, Socialmedicinsk tidskrift 1/2021.

<sup>1192</sup> Citaten hämtade från Myndigheten för delaktighet (2021), *Konsekvenser av pandemin för barn och unga med funktionsnedsättning. Sammanställning av resultat från enkätundersökningar till unga mellan 16–24 år med funktionsnedsättning respektive till föräldrar med barn med funktionsnedsättning*.

<sup>1193</sup> Citaten hämtade från Riksförbundet Attention (2021), *”Det mesta har ställts in” – Hur Covid-pandemin påverkat personer med NPF och deras anhöriga*.

### *Tidiga signaler om försämrat läge*

Många personer med funktionsnedsättning har multidiagnoser och flera tillhör även riskgrupperna för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19. Jämfört med övriga befolkningen upplever personer med funktionsnedsättning i vanliga fall i högre grad att de är ensamma och saknar familj och nära vänner. Andelen ensamhushåll är större bland personer med funktionsnedsättning än i befolkningen i stort.<sup>1194</sup> Bland personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism är även den psykiska ohälsan högre än i den övriga befolkningen.<sup>1195</sup> Att pandemin skulle bli kännbar för denna grupp, som ofta har en sämre hälsa och sämre förutsättningar att vara delaktig i samhället, framstår därför inte som förvånande. (Angående risken för personer med funktionsnedsättning att drabbas av allvarlig covid-19 och att avlida i sjukdomen, se avsnitt 13.5 och 13.6.)

Redan tidigt under pandemin kom signaler från kommuner om att måendet hos personer med funktionsnedsättning försämrats. I länsstyrelsernas lägesbild från juli 2020 rapporterade vissa län om att problematik uppstått för personer med funktionsnedsättning till följd av att vissa dagliga verksamheter ställts in, att tillgängligheten generellt försämrats, att möjligheter till kollektivtrafik i viss mån försämrats och att coronarelaterad information inte i tillräckligt hög grad anpassats till målgruppen.<sup>1196</sup>

### *Uteblivna och uppskjutna insatser*

Majoriteten av landets kommuner genomförde förändringar i insatser under 2020 till personer med funktionsnedsättning till följd av covid-19. I december 2020 pågick förändringarna fortfarande i omkring 75 procent av kommunerna. Det inrapporterades också en väsentlig ökning av ej verkställda beslut enligt SoL och LSS och daglig verksamhet enligt LSS var den insats som påverkats mest.<sup>1197</sup> Vi

---

<sup>1194</sup> Myndigheten för delaktighet (2021), *Uppföljning av funktionsbinderpolitiken 2020 – del II. Statistik om förutsättningar och levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning*, 2021:8.

<sup>1195</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

<sup>1196</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 3 juli 2020.

<sup>1197</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

behandlar uteblivna och uppskjutna insatser mer ingående i kapitel 16.

Även insatsen personlig assistans har enligt Socialstyrelsen påverkats på olika sätt under pandemin, bl.a. till följd av sjukdom hos personliga assistenter och nedstängda dagliga verksamheter vilket lett till behov av utökad assistans.<sup>1198</sup> Funktionsrätt Sverige, som är en samarbetsorganisation för medlemmar som har en funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom, uppger att många av deras medlemmar drabbats av inställda insatser. Det har resulterat i att familj och andra anhöriga har behövt assistera i stället.<sup>1199</sup>

Socialstyrelsen konstaterar att socialtjänstens insatser till barn och unga med funktionsnedsättning däremot har påverkats i begränsad utsträckning. Insatser enligt SoL (0–64 år) för personer med psykisk funktionsnedsättning har inte heller påverkats i lika hög utsträckning av pandemin som insatser enligt LSS, även om smittspridningen varit omfattande i såväl särskilda boenden som hemtjänst.<sup>1200</sup>

Pandemin har även medfört vissa svårigheter i tillgången till hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning. Ett exempel är inställda rehabiliteringsinsatser. Det handlar också om sämre förutsättningar i vårdmöten, exempelvis att bedriva talträning med munskydd och visir. Under pandemin har tillgången till taktill tolk för personer med dövblindhet varit begränsad, vilket medfört en ökad isolering för dessa personer.<sup>1201</sup> Riksförbundet FUB (FUB) pekar även på att det digitala utanförskapet påverkar tillgången till vård och uppger att en tredjedel av personer med funktionsnedsättning saknar möjlighet att identifiera sig digitalt.<sup>1202</sup>

### *Ökad isolering och sämre mående*

Myndigheten för delaktighet (MFD) och Socialstyrelsen rapporterar om en ökad ensamhet och isolering när olika omsorgs- och stöd-

---

<sup>1198</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

<sup>1199</sup> Uppgifter lämnade av Funktionsrätt Sverige vid möte med sekretariatet den 11 maj 2021.

<sup>1200</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

<sup>1201</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

<sup>1202</sup> FUB:s skrivelse till Coronakommissionen, *En översikt av covid-19 pandemins konsekvenser för barn, unga och vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar*, november 2020.

insatser ställs in. Det digitala utanförskapet bidrar ytterligare till isoleringen samtidigt som den digitala omställningen underlättat för vissa grupper, exempelvis för de som bor långt från habiliteringsmottagningar. Nedstängningar av dagliga verksamheter har ökat isoleringen hos individer som redan före pandemin ofta hade begränsade sociala kontakter.<sup>1203</sup>

Riksförbundet Attention, en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och deras familjer, ser tecken på ökad oro, ångest och psykisk ohälsa hos sina medlemmar. Pandemin och smittskyddsåtgärderna har slagit sönder rutiner som rör skola, hem, arbete, fritid och stödverksamheter. För personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är rutiner extra viktiga för att hantera livet och vardagen, och när de bryts upplevs tillvaron lätt som kaotisk.<sup>1204</sup>

Enligt en enkätundersökning som förbundet genomförde under våren 2020 för att kartlägga hur medlemmarna påverkats ansåg sig 39 procent av de svarande ha påverkats i hög grad.<sup>1205</sup> I en uppföljande enkät i april 2021 uppgav 45 procent av de svarande att deras hälsa påverkats till det sämre i stor eller mycket stor utsträckning under det senaste året. Men bilden var splittrad och lika många upplevde sin hälsa oförändrad och ca 10 procent angav att deras hälsa påverkats positivt under det senaste året.<sup>1206</sup>

Personer med intellektuella funktionsnedsättningar och deras anhöriga är enligt FUB en grupp som drabbats hårt av pandemin och de negativa konsekvenserna har för dem varit tydliga inom alla livets områden.<sup>1207</sup> I en medlemsundersökning uppgav 57 procent att deras tillvaro totalt sett blivit sämre jämfört med hur den var före pandemin. Av dessa uppgav 79 procent att de var mer ensamma än tidigare.

---

<sup>1203</sup> Myndigheten för delaktighet (2021), *Uppföljning av funktionshinderspolicen 2020 – del I. Coronapandemins påverkan på samhället och personer med funktionsnedsättning*, 2021:7, och Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

<sup>1204</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.

<sup>1205</sup> Riksförbundet Attention (2020), *”Rutinerna slås sönder och plösligt står vi helt utan stöd” – En undersökning om hur Covid-19 påverkar situationen för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) och deras anhöriga*.

<sup>1206</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*, och Riksförbundet Attention (2021), *”Det mesta har ställts in” – Hur Covid-pandemin påverkat personer med NPF och deras anhöriga*.

<sup>1207</sup> FUB:s skrivelse till Coronakommissionen *En översikt av covid-19 pandemins konsekvenser för barn, unga och vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar*, november 2020.

De personer som kunnat arbeta kvar på sin dagliga verksamhet mådde dock bättre än de som inte kunnat arbeta.<sup>1208</sup>

FUB pekar på att många kommuner och privata utförare införde besöksförbud även på gruppboendestäder och att detta i vissa fall varade under så lång tid som två till tre månader.<sup>1209</sup> Socialstyrelsen har under 2020 fått signaler om att besöksförbud i LSS-boenden förekommit trots att dessa boenden inte omfattades av det nationella besöksförbudet. Detta har också bekräftats av IVO:s tillsyn.<sup>1210</sup> Enligt IVO har dock ett totalt besöksförbud sannolikt endast förekommit i några verksamheter under våren 2020.<sup>1211</sup> Stängda dagliga verksamheter i kombination med besöksförbud och begränsad tillgång till gemensamma utrymmen i bostäderna har enligt FUB lett till ökad risk för psykisk och fysisk ohälsa. Samtidigt har många boende i LSS-bostäder helt saknat möjlighet att använda digitala alternativ för att lindra effekten av långvarig isolering. I FUB:s medlemsundersökning svarade 27 procent att de inte gjorde något utanför bostaden.<sup>1212</sup>

FUB ser en risk för ökad fysisk ohälsa, eftersom stillasittandet har ökat och vanliga aktiviteter såsom gympa, bowling, bassängbad och promenader har ställts in. Vidare ökar anhörigas ekonomiska och psykiska stress eftersom de får mindre avlastning och därmed mindre möjligheter att arbeta och studera. Både Attention och FUB påtalar att deras målgrupper redan före pandemin hade en förhöjd risk för psykisk ohälsa, liksom svårigheter med skola, arbetsliv, sysselsättning och ekonomi.<sup>1213</sup> Att föräldrar till barn med olika

---

<sup>1208</sup> FUB, *Enkät till personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) om covid-19*, den 13 augusti 2020, och FUB, *Rapport: FUB:s enkät om covid-19 smitta i LSS-bostäder*.

<sup>1209</sup> FUB:s skrivelse till Coronakommissionen *En översikt av covid-19 pandemins konsekvenser för barn, unga och vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar*, november 2020, och *Rapport: FUB:s enkät om covid-19 smitta i LSS-bostäder*.

<sup>1210</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*, Inspektionen för vård och omsorg (2021), *Vad har IVO sett 2020? Enligt uppgifter hämtade från IVO:s webbplats* (besökt den 7 augusti 2021) har det förekommit att generella besöksförbud införts på LSS-bostäder med anledning av covid-19-pandemin. Enligt information på Socialstyrelsens webbplats (besökt samma datum) är varje lägenhet inom ett LSS-boende personens egen bostad och det saknas stöd för att mot den enskildes vilja begränsa besök i deras boende (jfr. JO 2006/07 s. 277, JO 2019/20 s. 460 och JO:s beslut den 1 juli 2021 i ärende med dnr 4132–2020).

<sup>1211</sup> Socialstyrelsen (2021), *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Slutrapport*.

<sup>1212</sup> FUB:s skrivelse till Coronakommissionen *En översikt av covid-19 pandemins konsekvenser för barn, unga och vuxna med intellektuella funktionsnedsättningar*, november 2020, och *Rapport: FUB:s enkät om covid-19 smitta i LSS-bostäder*.

<sup>1213</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.



funktionsnedsättningar har fått betydligt mindre avlastning och stödinsatser under pandemin rapporterar även bl.a. Folkhälsomyndigheten om. Föräldrar beskriver en tung, barnfokuserad vardag med begränsad möjlighet till vila och att många balanserar på gränsen till vad de orkar.<sup>1214</sup>

Som tidigare nämnts visar Riksidrottsförbundets statistik på att aktiviteterna för vuxna med funktionsnedsättning (personer över 25 år) minskade med 44 procent under hösten 2020.<sup>1215</sup> Enligt den lägesbild som MUCF presenterade i oktober 2020 är det svårare för organisationer som riktar sig till personer med funktionsnedsättning att ställa om jämfört med verksamheter riktade mot andra målgrupper. Nästan hälften av dessa organisationer uppger enligt MUCF:s undersökning att de har små möjligheter att ställa om sin verksamhet under pandemin.<sup>1216</sup>

### *Konsekvenser för barn och unga med funktionsnedsättning*

När det särskilt gäller barn och unga med funktionsnedsättning visar en kartläggning som MFD gjort att dessa barn oroar sig väldigt mycket under pandemin. Till skillnad från andra barn och unga där oro och stress över situationen under pandemin mattats av efter hand, verkar oro och stress hos barn och unga med funktionsnedsättning kvarstå över tid. Oro för att bli allvarligt sjuk i covid-19, tillsammans med en upplevelse av att den information som finns till barn och unga inte avspeglar de förutsättningar som den egna funktionsnedsättningen innebär, bidrar till stress och ett dåligt mående.

MFD har sett en stor och påtaglig oro även hos föräldrar till barn med funktionsnedsättning. Oron har lett till att en del familjer och unga i hög utsträckning ställer in även sådant som hållits öppet under pandemin, både fritidsaktiviteter och stödinsatser. Det finns familjer och unga som valt att mer eller mindre helt isolera sig under pandemin. Kartläggningen visar även att det är de uteblivna fritidsaktiviteterna och den sociala samvaron med andra som barn och unga

---

<sup>1214</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020.*

<sup>1215</sup> Uppgifter hämtade från Riksidrottsförbundets webbplats (besökt den 14 september 2021).

<sup>1216</sup> Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2020), *Coronakrisens konsekvenser för det civila samhället. Lägesbild oktober 2020.*

själva uppfattar som en av de mest påfrestande konsekvenserna av pandemin.

Ett undantag är dock unga i gymnasiesärskolan där oron generellt ser ut att vara lägre. De uppger i mycket lägre utsträckning att de känner sig mer ensamma under pandemin. En orsak kan enligt MFD vara att särskolan i stort sett hållit öppet under hela pandemin. Det finns dock en grupp unga med funktionsnedsättning i gymnasieåldern som tvärtom mår mycket dåligt under pandemin. Det är unga vuxna som har en intellektuell funktionsnedsättning och som har en lägre digital delaktighet än andra. Vilka effekter fjärr- och distansundervisningen fått för elever och studenter tar vi upp i avsnitt 17.2.7.

Tillgången till vård- och stödtjänster för barn och unga med funktionsnedsättning och deras familjer har enligt MFD:s rapport också begränsats under pandemin. Myndigheten pekar på att även om detta inte verkar ha skett i en omfattande utsträckning, blir konsekvenserna för de familjer som drabbas mycket stora.

Enligt MFD har pandemins konsekvenser blivit särskilt påtagliga för familjer som redan innan pandemin levt i en ekonomiskt eller socialt utsatt situation. Uteblivna stödinsatser, kraftiga begränsningar i möjligheten att använda det egna sociala skydds nätet för hjälp och avlastning tillsammans med en självvald isolering, riskerar enligt myndigheten att hemförhållanden i olika grad blir mer otrygga för fler barn.<sup>1217</sup> Avsnitt 15.8 fokuserar på hur pandemin påverkat våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.

## 15.6 Psykisk ohälsa

Har varit i en stressig sits en längre tid. Ganska skönt att nu inte ha sociala krav eller tidsstress.

Funkar inte alls i vardagen nu, känns som inget är roligt mer. Vart mycket värre efter corona uppdagades.

Stressad över arbetssituationen och privatlivet (inte träffa pojkvän, familj, vänner). Samhället – hur kommer det att vara sen.

---

<sup>1217</sup> Myndigheten för delaktighet (2021), *Barn och unga mitt i en pandemi. Konsekvenser av coronapandemin för barn och unga med funktionsnedsättning*, 2021:9.

Sova är inte så lätt med alla tankar på nära och kära och ett barnbarn som är riktigt dåligt.

Eftersom jag driver eget företag så finns det en oro för att företag ska stänga ner sina verksamheter och det finns en oro för hur konjunkturen kommer att påverkas av covid-19.

Vi är delvis permitterade, och flera hundra kommer att sägas upp från mitt jobb...<sup>1218</sup>

### *Pandemin innebär ökad risk för psykisk ohälsa*

Kunskap från tidigare infektionsutbrott och ekonomiska kriser talar för att pandemin innefattar flera riskfaktorer för psykisk ohälsa. Den stress som pandemin orsakar kan enligt CES medföra ökad psykisk ohälsa och ökat vårdsökande, dels bland personer som redan är i vård, dels i nya grupper. Men den kan även leda till att vissa patientgrupper trängs undan eller undviker att söka vård. Det är enligt CES också möjligt att vissa grupper upplever positiva aspekter och en förbättrad psykisk hälsa.<sup>1219</sup>

Länsstyrelserna rapporterade också tidigt om ökad risk för psykisk ohälsa och om att den psykiska ohälsan kan bli mer omfattande i ett stort antal olika grupper. I oktober 2020 var den generella bilden som länsstyrelserna förmedlade att den psykiska ohälsan ökat, men inte så kraftigt som prognoserna förutsåg under våren 2020. Det uppgavs att de redan mest utsatta grupperna drabbades tidigt av pandemin, och att psykisk ohälsa sedan ökade bland flera grupper (äldre, personer med funktionsnedsättning, barn och unga samt nyanlända och asylsökande). Enligt länsstyrelsernas rapportering är socioekonomi en tydlig faktor som bidrar till särskild utsatthet och ohälsa.<sup>1220</sup>

---

<sup>1218</sup> Citaten hämtade från Folkhälsomyndigheten, *Psykisk hälsa och levnadsvanor under coronapandemin. Enkätundersökning i maj 2020, Hälsorapport.*

<sup>1219</sup> Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2021), *Vård för psykisk ohälsa under covid-19-pandemin. Stockholm, mars till september 2020.*

<sup>1220</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19",* den 3 juli 2020.

*Lätta psykiska besvär ökar*

Folkhälsomyndigheten konstaterar att de flesta i befolkningen fortfarande har ett gott allmänt hälsotillstånd, även om lätta psykiska besvär är vanliga – om än inte vanligare än före pandemin. Det finns dock enligt myndigheten en tendens till något sämre självrapporterad hälsa under hösten 2020 jämfört med våren.<sup>1221</sup>

Inte heller Socialstyrelsen har hittills sett några stora förändringar under pandemin jämfört med tidigare år när det gäller inrapporterade psykiatriska tillstånd från svensk hälso- och sjukvård. Enligt myndigheten tycks vårdbehovet under första halvåret 2020 ha tillgodosetts för personer som sedan tidigare hade ett psykiatriskt tillstånd eller behov av läkemedel.<sup>1222</sup> (Se avsnitt 12.4 angående vårdkonsumtionen inom den psykiatriska vården under pandemin.)

Enligt Socialstyrelsen ser det ut att ha skett en minskning av inrapporteringen av nya fall av diagnosticerad depression och ångestsyndrom. Det beror enligt myndigheten sannolikt på att personer i mindre utsträckning sökt vård under pandemin.<sup>1223</sup> Samtidigt minskar inte andelen som hämtat ut antidepressiv medicin, vilket enligt Folkhälsomyndigheten antyder att förekomsten av dessa tillstånd är oförändrad.<sup>1224</sup>

Besöken vid psykiatriska akutmottagningar har enligt Socialstyrelsen varit färre, men under tiden från vecka 2 till och med vecka 48 2020 ledde fler besök till inskrivningar i slutenvård jämfört med tidigare år. När det gäller inskrivningar till slutenvård i samband med akutbesök under pandemin har diagnoser om olika psykotiska tillstånd och emotionellt instabilt personlighetsyndrom ökat. Patienter saknade även diagnos i större utsträckning.<sup>1225</sup> I avsnitt 12.4 beskriver vi vårdkonsumtionen inom den psykiatriska vården under pandemin.

---

<sup>1221</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.

<sup>1222</sup> Socialstyrelsen (2021), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021*.

<sup>1223</sup> Socialstyrelsen (2021), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021*.

<sup>1224</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*. Angående uttag av läkemedel, se även Socialstyrelsen (2021), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021*.

<sup>1225</sup> Socialstyrelsen (2021), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021*, Socialstyrelsen (2020), *Psykiatriska akutmottagningar har fortfarande färre besök men samtidigt fler inläggningar under coronapandemin*.

Socialstyrelsen har än så länge inte sett några tendenser till ett ökat antal självmord under pandemin.<sup>1226</sup> Enligt Folkhälsomyndigheten har man vid tidigare samhällskriser ibland sett en ökning av suicidtal, men först efter ett par år.<sup>1227</sup>

I en svensk studie, som däremot talar för att den psykiska ohälsan ökat under pandemin, har en forskargrupp undersökt nivåer av psykisk ohälsa hos den svenska befolkningen (18–88 år) i början av pandemin jämfört med den psykiska hälsan före pandemin. Resultaten i studien visade att nivåerna av psykisk ohälsa var markant högre (depression 30 procent, ångestproblematik 24,2 procent, sömnsvårigheter 38 procent) än i de studier som utfördes före pandemin som använde samma mått av depression och ångest men ett annat för sömnsvårigheter (depression 10,8 procent, ångestproblematik 14,7 procent, sömnsvårigheter 7–10 procent).

Resultaten i studien visade också att det var de som redan hade en psykisk ohälsa sedan tidigare som drabbats mest. Studien pekar även på att unga vuxna har högre nivåer av psykisk ohälsa än äldre. Som en möjlig förklaring anges att yngre personer har en mer osäker ekonomisk situation och befinner sig i en förändringsfas i livet med mindre social stabilitet. Resultaten bekräftar enligt författarna också att yngre personer generellt lider av psykisk ohälsa i större utsträckning än äldre. Det anges dock att det finns vissa begränsningar med studien, bl.a. är könsfördelningen ojämn (73 procent kvinnor) och de flesta är 18–40 år, heltidsarbetande eller studenter.<sup>1228</sup>

### *Självrapporterade psykiska besvär*

I maj och i månadsskiftet november-december 2020 samt i maj 2021 genomförde Folkhälsomyndigheten enkäter om psykiska besvär. Av resultaten från maj 2020 framgick att andelen som uppgav ett bra eller ett mycket bra allmänt hälsotillstånd var 93 procent, medan 6 procent svarade att det allmänna hälsotillståndet var dåligt eller mycket dåligt. Men även om merparten uppgav en god hälsa var det

---

<sup>1226</sup> Socialstyrelsen (2021), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021*.

<sup>1227</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.

<sup>1228</sup> L.M. McCracken m.fl. (2020), *Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety, and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors*, European Psychiatry.

vanligt att ange olika typer av lätta psykiska besvär (stress, nedstämdhet irritation, dåligt humör och sömnbesvär). Detta var dock inte något som skiljde sig åt från tidigare undersökningar, inte heller att kvinnor och yngre åldersgrupper oftare upplevde sådana besvär. Däremot svarade många att de kände oro över att bli allvarligt sjuka i covid-19. Ungefär hälften (51 procent) angav att de kände sig lite oroliga, medan en mindre andel (5 procent) svarade att de kände sig mycket oroliga. Att känna oro för närstående var vanligare och kvinnor kände oftare än män oro både för sig själva och för närstående.<sup>1229</sup>

Det var även en nyanserad bild av måendet under pandemin som kom fram. För vissa hade pandemin haft en negativ påverkan på deras välmående, andra har mått och levt som vanligt. En tredje grupp uppgav att vissa konsekvenser haft en positiv inverkan på deras mående.<sup>1230</sup>

Resultatet från november 2020 visade ungefär samma nivåer som i maj i fråga om allmänt hälsotillstånd och psykiska besvär. Högst andel som kände oro för att bli allvarligt sjuka fanns i åldersgruppen 70–84 år, medan den lägsta andelen fanns i gruppen 16–29 år. Bland de som tyckte att de tillhörde en riskgrupp var det fem gånger så vanligt med oro för att bli allvarligt sjuk, jämfört med de som inte tillhörde en riskgrupp. Detta gällde även de som var osäkra på om de tillhörde en riskgrupp eller inte.<sup>1231</sup>

Av svaren i maj 2021 framgick att de flesta av deltagarna fortfarande hade en god allmän hälsa, men att lätta stress- och sömnbesvär ökade. Andelen som uppgav lätta besvär av stress hade ökat från 38 procent i maj 2020 till 45 procent i maj 2021. Även sömnbesvär hade ökat från 32 till 39 procent. Den största delen av ökningen inträffade mellan maj och november 2020. För nedstämdhet fanns inga statistiskt säkerställda skillnader, varken för lätta eller svåra besvär. Andelen som uppgav svåra besvär av nedstämdhet, stress eller sömnbesvär låg runt 4–6 procent vid samtliga tre mätningar. Enligt Folkhälsomyndigheten är det fortfarande en hög andel av deltagarna som uppger oro för covid-19 och dess konsekvenser, men konstaterar samtidigt att oron har minskat, särskilt i

<sup>1229</sup> Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 7 augusti 2021).

<sup>1230</sup> Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 7 augusti 2021).

<sup>1231</sup> Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 7 augusti 2021), och Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.

den äldsta åldersgruppen. Andelen som svarat att de känner sig oroliga för att bli allvarligt sjuka i covid-19 var i november 2020 65 procent jämfört med 53 procent i maj 2021.<sup>1232</sup>

### *Risk för ökad ojämlikhet i psykisk hälsa*

Enligt Folkhälsomyndigheten har den internationella forskningen i liten utsträckning hunnit analysera pandemins konsekvenser för olika grupper i befolkningen, men det finns tecken på en större ökning av psykiska besvär bland grupper som redan före pandemin hade en högre risk för psykisk ohälsa, exempelvis personer med migranterfarenhet, hbtqi-personer och barn i familjer med psykisk ohälsa, beroende eller våld.<sup>1233</sup> Det finns enligt myndigheten även tecken i Sverige på att vissa grupper har drabbats hårdare av pandemin än andra. Det finns studier som visar bl.a. att ensamheten ökat bland barn med svåra funktionsnedsättningar och en ökad stress hos föräldrarna till följd av nedstängda verksamheter samt en ökning av självrapporterade psykiska besvär hos bl.a. asylsökande. Detta kan påverka de framtida förutsättningarna för en god och jämlik folkhälsa.<sup>1234</sup>

När det gäller frågan om samband mellan psykisk ohälsa och risken att drabbas av allvarlig covid-19 respektive att avlida i sjukdomen, se avsnitt 13.5 och 13.6.

## 15.7 Personer med beroendeproblematik

Det betyder jättemycket för mig att ha någonstans att vara på om dagarna som är öppet. Om verksamheten stängs helt är det risk att jag blir isolerad. Förut hade jag problem med alkoholen. Skulle jag bli hemmasittande igen skulle det vara en fara att jag börjar missbruka igen. (Arbetsutvärderande inom Uppsala Stadsmission)<sup>1235</sup>

---

<sup>1232</sup> Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 7 augusti 2021).

<sup>1233</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.

<sup>1234</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Små förändringar i psykisk hälsa under covid-19-pandemin i Sverige*.

<sup>1235</sup> Citat hämtat från Riksföreningen Sveriges stadsmissioner (2020), *Fattigdomsrapporten 2020. Tema: Pandemins effekter*.

*Pandemins potentiella effekter på missbruk och beroende*

CES redovisade i april 2020 prognoser för pandemins potentiella effekter på alkoholvanorna och narkotikabruket. CES uttalade att pandemin, som påverkar ekonomin negativt, kan minska den genomsnittliga alkoholkonsumtionen på befolkningsnivå både på kort och lång sikt. Däremot kan social isolering, oro, stress och ångest orsaka ökad alkoholkonsumtion samt riskdrickande framför allt bland de som drabbas hårdast ekonomiskt, t.ex. arbetslösa. När det gäller pandemins potentiella effekter på narkotikabruket i befolkningen var CES:s bedömning att tillgången till narkotika minskar när gränserna stänger och färre personer rör sig i samhället. Samtidigt varnade man för att den narkotikarelaterade dödligheten riskerar att öka på sikt om resurserna till hälso- och sjukvård och socialtjänst minskar till följd av den ekonomiska krisen i pandemins spår.<sup>1236</sup>

Enligt Socialstyrelsens preliminära bedömningar minskade vård för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser i samma omfattning som övrig vård under våren 2020 jämfört med samma tidsperiod tidigare år. Särskilt markant var minskningen för vård av alkoholförgiftningar.<sup>1237</sup> Det saknas dock en entydig bild av om det skett en ökning eller minskning av antalet personer som söker hjälp och stöd för missbruksproblem, men enligt Socialstyrelsen ger rapporteringen från länsstyrelser och kommuner en tydlig bild av de sociala problem och den utsatthet som finns.<sup>1238</sup>

*Länsstyrelsernas lägesbilder*

Av länsstyrelsernas lägesbild från juli 2020 framgår bl.a. att det i vissa län då fanns tydliga tecken på ökat bruk av alkohol och narkotika, bland såväl ungdomar som vuxna. Rapporteringen från kommunerna var dock motstridig.

Flera kommuner rapporterade bl.a. om ett ökat antal samtal till stödlinjer för ANDTS (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel) och en ökad efterfrågan av missbruksvård. Andra kommuner me-

---

<sup>1236</sup> Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2020), *Coronapandemin och alkoholvanor. En prognos om kort- och långsiktiga effekter*, och *Coronapandemin och narkotikabruk. En prognos om kort- och långsiktiga effekter*.

<sup>1237</sup> Socialstyrelsen (2021), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021*.

<sup>1238</sup> Socialstyrelsen (2021), *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2021*.



nade att inflödet av nya klienter minskat, speciellt för ungdomar. En möjlig delförklaring till detta angavs vara svårigheterna för personal på gymnasieskolor att identifiera riskbeteenden vid distansundervisning. Hos kommunerna fanns en oro att fler unga dras in i kriminalitet. Det fanns också exempel på att elever i missbruk inte kunnat nås sedan distansundervisningen startades. Vissa kommuner rapporterade om resursbrist när det gällde behandlingsverksamhet och öppenvård samt stöd till anhöriga och närstående. Enligt rapporten uttryckte kommunerna stark oro för ett ökat och förändrat missbruk och liksom inom många andra områden nämndes en oro för ett mörkertal.<sup>1239</sup>

I den uppföljande lägesrapporten i slutet av oktober 2020 framgick att flera länsstyrelser rapporterat att kommunerna sett en ökad problematik kring ökad användning av framför allt alkohol samt i några fall även indikationer på ökad användning av narkotika. Några kommuner brottades särskilt med att fler ungdomar i låg ålder brukar narkotika. Bilden var dock inte heller då entydig. Några län rapporterade om att stängning av daglig verksamhet och beroendecenter haft en negativ påverkan på personer med missbruksbakgrund och ökat risken för alkoholkonsumtion. Flera av kommunerna ansåg vidare att den risk med missbruksproblematik som noterades vid den första rapporteringen kvarstod som en effekt av ökad ekonomisk oro och stress. Även missbruk och särskilt spelmissbruk som effekt av social isolering lyftes som en risk. Kommuner såg en risk för ökat tryck inom missbruksvården, dels av helt nya patienter, dels av patienter som inte kunde följas upp under våren.<sup>1240</sup>

### *Alkoholkonsumtionen*

Enligt preliminära uppgifter som Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) publicerade i maj 2021 hade den totala alkoholkonsumtionen sjunkit med 6 procent under pandemiåret 2020 jämfört med 2019, trots en kraftig ökning av Systembolagets försäljning. Enligt CAN berodde minskningen framför allt på en

---

<sup>1239</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 3 juli 2020.

<sup>1240</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering 2 avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 28 oktober 2020.

kraftigt minskad resandeförsel och lägre försäljning på restauranger. Enligt preliminära uppgifter hade försäljningen hos Systembolaget ökat med 11 procent, medan försäljningen på restauranger samtidigt minskat med 35 procent. Försäljningen av folköl låg kvar på ungefär samma nivå som tidigare. Den oregistrerade delen av konsumtionen (som består av alkohol som förs in i landet i samband med resor, hemtillverkning, köp av smugglad alkohol och köp via internet, utöver det som beställs via Systembolaget) hade sjunkit med ungefär 46 procent under 2020 jämfört med 2019.<sup>1241</sup>

### *Utvecklingen av spelproblem under pandemin*

Folkhälsomyndigheten har analyserat utvecklingen av spelproblem kopplat till pandemin. Man vet sedan tidigare att riskfaktorer för spelproblem kan vara ökad psykisk ohälsa, ekonomisk stress, permitteringar och arbetslöshet, social isolering i hemmet och ökat spel på spel med hög riskpotential som exempelvis onlinekasinon. Av myndighetens rapport framgår att varken spelproblemen eller behovet av stöd på grund av spelproblem har minskat under pandemin. Smittskyddsåtgärderna i form av till exempel stängning av internationella kasinon, inställda sportevenemang och restriktioner kopplat till lokaler där spel erbjuds kan ha bidragit till att minska spelproblem. Samtidigt kan åtgärderna också ha lett till ökade spelproblem då riskfaktorer för spelproblem ökat.

Folkhälsomyndigheten såg att det som hade tydligast samband med en ökad grad av spelproblem var arbetslöshet (3,6 procent hade ökad grad av spelproblem) och inställda fritidsaktiviteter (1,8 procent). Det var också fler än genomsnittet bland de som hade fått inställd daglig verksamhet eller andra LSS-insatser som hade ökad grad av spelproblem. Distansundervisning för studerande på högskola eller gymnasium verkar däremot inte ha haft några effekter på spelproblem.

Folkhälsomyndigheten uppmärksammar bl.a. att andelen med problemspelande är oförändrad eller möjligen något högre än tidi-

---

<sup>1241</sup> Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2021), *PM Alkoholkonsumtionen under pandemiåret 2020. Preliminära uppgifter*, och uppgifter hämtade från centralförbundets webbplats (besökt den 6 augusti 2021). Se även Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2020), *Effekter av Coronapandemin – alkoholkonsumtion och konsumtion under mars och april 2020, jämfört med samma period 2019*.

gare, trots minskad tillgänglighet till en rad spelformer. Man ser även en ökad grad av spelproblem bland de som hade ett problemspelande sedan tidigare och bland arbetslösa under pandemin. Hjälpökande via Stödlinjen eller stödföreningar gick ner under våren men ökade under hösten 2020 och självavstängningar via spelpaus.se fortsatte att öka under hela 2020. Hos de kommunala budget- och skuldrådgivarna har man sett en viss ökning i andelen ärenden som beror på spelproblem.<sup>1242</sup>

*Kommunal missbruks- och beroendevård har kunnat fortgå men de sammantagna effekterna på kvaliteten är svårbedömda*

Vård- och omsorgsanalys har i en fördjupad lägesbild angett att det finns en stor variation i hur verksamheterna inom individ- och familjeomsorgen ställt om och ställt in under pandemin men att omställningen och förändringarna över lag har fungerat bra. Den övergripande bild som ges är att arbetet inom den kommunala missbruks- och beroendevården har kunnat fortgå men att mycket har förändrats för både personal och brukare.<sup>1243</sup>

Myndigheten konstaterar att det skett en viss påverkan på kvaliteten i insatserna men att den sammantagna effekten är svår att bedöma i nuläget. Exempel på förhållanden som kan ha påverkat kvaliteten i insatserna är att det är svårare än vanligt för målgruppen att få tider till öppenvården, t.ex. för neuropsykiatriska utredningar och substitutionsbehandling. Det finns även färre platser inom slutenvård och sämre tillgänglighet till beroendeakuter och motsvarande. Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor, med representanter från civilsamhället, har också bl.a. belyst att det uppfattats vara svårare att få tid, stöd och insatser av socialtjänsten under pandemin och framför allt svårare att inleda vård- och behandling. Rådet har särskilt uppmärksammat kvinnor och utrikes födda som särskilt sårbara för pandemins konsekvenser samt sett nya grupper som tidigare inte besökt civilsamhällets verksamheter.<sup>1244</sup>

Vidare kan enligt Vård- och omsorgsanalys de klienter som har svårast problematik, särskilt personer med psykisk sjukdom, ha svårt

<sup>1242</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Fördjupad analys av utvecklingen av spelproblem kopplat till spridningen av covid-19. Återrapportering av ett regeringsuppdrag.*

<sup>1243</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1.

<sup>1244</sup> Socialstyrelsen (2021), *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2021.*

att dra nytta av fördelarna med digitala kontakter och kan därmed ha fått en sämre kvalitet i kontakten när fysiska möten inte kunnat genomföras. Myndigheten pekar även på att många i målgruppen har insatser från flera delar av socialtjänsten och tar del av stöd från olika organisationer i civilsamhället varför den sammantagna påverkan på gruppen är större än den som enbart beror på förändringar i den kommunala missbruks- och beroendevården. Exempel som ges på sådana förändringar är påverkan på boendestöd, inställda insatser i socialpsykiatri och stängda träfflokaler.<sup>1245</sup>

### *Isolering och ensamhet har förvärrats*

Folkhälsomyndigheten har intervjuat organisationer som företräder och möter personer med en pågående eller tidigare beroendeproblematik.<sup>1246</sup> Enligt dem känner sig personer med en pågående eller tidigare beroendeproblematik, oavsett om det handlar om alkohol, narkotika eller spel, ofta redan ensamma och socialt isolerade. Organisationerna upplever att den psykiska ohälsan ökat bland deras målgrupper, på grund av ökad ensamhet, social isolering och oro för sådant som arbete och ekonomi. Detta är faktorer som kan leda till ökad alkohol- och drogkonsumtion och ökat spelande samt öka risken för återfall. Vissa av organisationerna upplever också att antalet återfall ökat. En bidragande förklaring uppges vara att det inte längre är möjligt att gå på fysiska möten hos exempelvis Anonyma Alkoholister. Enligt Folkhälsomyndigheten har organisationerna vidare påtalat att det finns en stor brist på fysiska mötesplatser, både för målgruppen och för dem själva, och att många har problem med att myndighetskontakter helt har digitaliserats under pandemin.<sup>1247</sup>

---

<sup>1245</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1.

<sup>1246</sup> De organisationer som Folkhälsomyndigheten intervjuat var Stadsmissionen, Spelberoendegruppen – Riksorganisation för Spelberoende och Anhöriga, Verdandi, IOGT-NTO och Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor (KSAN).

<sup>1247</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*. Se även IOGT-NTO, *Utsatta grupper extra utsatta under coronakrisen. En rapport från IOGT-NTO*.

## 15.8 Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck

Jag och mina kompisar är oroliga att en annan kompis blir slagen hemma. Nu under corona får hon inte ens lämna sitt rum. Förut fick hon träffa oss ibland. En gång berättade hon att hon blivit slagen i ansiktet av sin mamma.

Alltså min mamma och pappa bråkar hela tiden och jag tycker inte det är kul. De skriker på varandra. Jag blir rädd och jätteledsen. Jag är rädd att de ska slåss och göra varandra illa som de gjort förut.

Pappa är hemma hela tiden nu och mamma är hemma tiden nu. Pappa kan vara dum mot mamma hela tiden nu. Han skriker dumma ord. Slår. Är arg på henne. Han kan ju göra det hela tiden nu när han inte är på jobbet.<sup>1248</sup>

### 15.8.1 Riskerna har ökat

Våld i nära relationer kännetecknas av att den utsatta har en nära relation till och ofta starka känslomässiga band till förövaren. Begreppet våld i nära relationer innefattar alla typer av våld mellan närstående. Det handlar både om heterosexuella och homosexuella parrelationer och om våld i andra familje- och släktrelationer, samt om barn som upplevt våld i sin familj.<sup>1249</sup> Med hedersrelaterat våld och förtryck avses enligt regeringen att människor, främst flickor och kvinnor men även pojkar och män, begränsas i sina liv och utsätts för påtryckningar och våld som syftar till att upprätthålla familjens kontroll över individen.<sup>1250</sup> Någon gemensam definition av hedersrelaterat våld och förtryck som tillämpas av samtliga aktörer som arbetar med dessa frågor finns dock inte.<sup>1251</sup>

Att nedstängningar och social isolering skulle öka risken för våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck befarades tidigt både i Sverige och internationellt. Erfarenheter från tidigare

---

<sup>1248</sup> Citaten hämtade från Bris (2020), *Årsrapport 2020. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet*, rapport 2021:1.

<sup>1249</sup> Uppgifter hämtade från Nationellt Centrum för Kvinnofrid vid Uppsala universitets webbplats (besökt den 30 april). Se även regeringens skrivelse Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid, skr. 2016/17:10.

<sup>1250</sup> Prop. 2019/20:131 s. 24.

<sup>1251</sup> SOU 2020:57.

kriser och pandemier har visat att denna typ av våld och förtryck tenderar att öka när människor spenderar mer tid i hemmet.<sup>1252</sup>

Även om Sverige valt en annan väg än många andra länder som stängt ned sina samhällen i högre utsträckning är stress, ångest, oro, en förändrad ekonomisk situation och mer tillbringad tid i hemmet riskfaktorer som ökat under pandemin också här. Isoleringen och de minskade sociala kontakterna medför inte bara en ökad risk att utsättas för våld och större kontrollmöjligheter för utövaren utan även försämrade möjligheter att söka hjälp, ta del av insatser och få stöd. Möjligheterna att få andrum i trygga miljöer som i exempelvis skolan eller på arbetsplatsen kan också ha påverkats. Viktiga aktörer för att upptäcka utsattheten, som skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, har fått försämrad insyn, liksom aktörer i det civila samhället (exempelvis idrotts-, folkbildnings- och ungdomsorganisationer).

Ett generellt problem när man ska studera förändringar i våld i nära relationer är, som SCB och många andra har framhållit, att det finns stora luckor i statistiken och att det i princip inte heller finns någon statistik att tillgå om hedersrelaterat våld och förtryck.<sup>1253</sup>

## 15.8.2 En splittrad bild

### *Svårtolkat mönster i anmälda brott*

Enligt Brottsförebyggande rådets (Brå) analyser minskade antalet årligen anmälda brott (samtliga brott) perioden mars–december något under 2020 jämfört med åren 2015–2019. Anmälningnivån varierar dock från brottstyp till brottstyp. Det finns enligt Brå ännu inte några fördjupade empiriska studier som kan ge svar på vilka effekter pandemin haft när det gäller våld i parrelationer. Utvecklingen av anmälningar om misshandel mellan bekanta visar ett svårtolkat mönster, med en ganska oförändrad nivå jämfört med 2019 under våren och hösten, och en tydligare ökning under sommaren. Myndigheten pekar på olika komplikationer med att använda anmäl-

---

<sup>1252</sup> Jämställdhetsmyndigheten (2021), *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÅM*, rapport 2021:8.

<sup>1253</sup> Statistiska centralbyrån (2020), *Lämna ingen utanför. Statistisk lägesbild av genomförandet av Agenda 2030 i Sverige, oktober 2020*.

ningsstatistik för att studera hur anmälningarna om våld i nära relationer utvecklats under pandemin.<sup>1254</sup>

### *Ingen heltäckande nationell bild av social utsatthet*

I länsstyrelsernas lägesbilder från juli och oktober 2020 framkom ett brett spektrum av social problematik och utsatthet kopplat till pandemin, men gav ingen heltäckande nationell bild.

Tolv av 21 länsstyrelser rapporterade om att det varit en normal nivå gällande ansökningar och anmälningar till socialtjänsten i kommunerna gällande våld i nära relationer. Fyra länsstyrelser angav att några kommuner uppgett ökad våldsutsatthet och hedersrelaterat våld. Det var dock långt ifrån alla kommuner som såg en ökning av ärenden och vissa kunde inte säga att en eventuell ökning var kopplad till covid-19. Likaså fanns exempel på att hedersrelaterat våld hade minskat samt att det förkom mindre våld mot äldre på boenden, när anhöriga inte fick hälsa på. Ett stort antal aktörer bedömde dock att mörkertalet är stort och det fanns en oro för att det kommer fler anmälningar efter krisen.<sup>1255</sup>

Av en kartläggning som Dagens Nyheter utfört under hösten 2020 framkom att en tredjedel av de 177 kommuner som svarat på DN:s enkät hade upplevt en ökning av våld i nära relation. Flera av de kommuner som upplevt en minskning befarade att det var till följd av isolering och minskade möjligheter att söka hjälp.<sup>1256</sup>

Socialstyrelsen har än så länge inte kunnat dra några slutsatser om huruvida pandemin har bidragit till en ökning i antal eller allvarlighetsgrad av våld i nära relationer eller hedersrelaterat våld och förtryck. Information från bl.a. olika intresseorganisationer tyder dock på att våld i nära relationer skulle ha ökat under pandemin.<sup>1257</sup>

Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld och förtryck vid Länsstyrelsen i Östergötlands län (NKT) har inte noterat att det hedersrelaterade våldet ökat i och med pandemin, men där-

---

<sup>1254</sup> Brottsförebyggande rådet (2021), *Pandemins inverkan på flödet i rättskedjan*, rapport 2021:4.

<sup>1255</sup> Länsstyrelsen i Hallands län, *Rapportering avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 3 juli 2020, och *Rapportering 2 avseende uppdrag "Lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet med anledning av covid-19"*, den 28 oktober 2020.

<sup>1256</sup> DN, *Ökat våld i nära relationer i var tredje kommun under pandemin*, publicerad den 7 december 2020.

<sup>1257</sup> Socialstyrelsen (2021), *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2021*.

emot att isolering i hemmet blivit mer normaliserat och att uppmärksamhetskedjan kring barn som befinner sig i en hederskontext bryts i högre utsträckning. En del anmälningar kommer också in i ett senare skede än innan pandemin.<sup>1258</sup>

### *Ökat tryck i verksamheterna på vissa håll*

Kvinnofridslinjen (020-50 50 50) är en nationell stödtelefon för personer som utsatts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld och drivs av Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset i Uppsala (NCK). Under 2020 inkom fler samtal än någonsin tidigare, vilket dock är en trend som pågått i flera år. Samtalens innehåll har inte förändrats, men det stora antalet visar på ett stort behov av stöd och att många kvinnor lever i en utsatt situation. NCK bedömer att antalet samtal kan komma att öka ytterligare i samband med att samhället åter öppnar upp.<sup>1259</sup>

Jämställdhetsmyndigheten uppger att riksorganisationerna för tjej-, kvinno-, och ungdomsjourer, Roks och Unizon, har haft delvis olika upplevelser av pandemins påverkan på våldsutsattheten. Roks har inte upplevt någon generell ökning av ärenden gällande stödsökande eller placeringar i deras jourer, däremot såg de inledningsvis en tydlig minskning som sedan återgick till det normala. De märkte dock genom chattar och telefonsamtal med utsatta att situationen hade förvärrats för många kvinnor och barn.

Unizon har, enligt myndigheten, däremot märkt av en ökning. Det har etablerats många chattar på jourerna för att öka tillgängligheten och många jourer har rapporterat om ett stort tryck på chattarna. 6 av 10 kvinnojourer har uppgett att de haft ett ökat antal stödsökande eller samma i sina chattar. Unizon har även vittnat om ett hårdare tryck på stödsamtal. Däremot har färre kvinnor och barn sökt sig till kvinnojournernas skyddade boenden. Av Unizons underlag framgår att kvinnor vittnat om grövre våld och större rädsla.<sup>1260</sup>

---

<sup>1258</sup> Myndigheten för delaktighet (2021), *Barn och unga mitt i en pandemi. Konsekvenser av coronapandemin för barn och unga med funktionsnedsättning*, 2021:9.

<sup>1259</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet (2021), *Redovisning av uppdrag att stärka och utveckla den nationella stödtelefonen för våldsutsatta (A2020/00866/JÄM)*, dnr. NCK 2021/8.

<sup>1260</sup> Jämställdhetsmyndigheten, *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, rapport 2021:8, och uppgifter om statistik för 2020 hämtade från Unizons webbplats (besökt den 10 maj 2021).



Tjejjers rätt i samhället (TRIS) uppger att samtalen till deras jourtelefon ökade under 2020. Den enda grupp som de upplevde ett minskat antal samtal från var gymnasieelever som under våren 2020 hade distansundervisning.<sup>1261</sup> Karaktären på många samtal har enligt TRIS förändrats under pandemin och blivit mer komplexa. Vidare har många unga väntat längre med att ta kontakt, ofta av pandemirelaterade orsaker, vilket gör att ärendena blivit mer akuta.<sup>1262</sup>

### *Våldsutsatta barn och unga*

Kommunernas uppgifter om anmälningar gällande barn i maj och september 2020 jämfört med motsvarande perioder 2019 visar att andelen anmälningar som rör våld i nära relationer har legat på samma nivå (på knappt 20 procent), men att bilden av anmälningar under pandemin varierar både till antal och innehåll och att variationerna inte kan kopplas till kommunstorlek.<sup>1263</sup> I SKR:s socialchefs nätverk rapporterades dock i maj 2021 att orosanmälningar om våld mot barn hade ökat.<sup>1264</sup>

Enligt Bris har samtal om fysiskt och psykiskt våld ökat markant och organisationen konstaterar att pandemin har förstärkt utsattheten för barn som redan innan levde med våld i hemmet. Jämfört med 2019 ökade samtalen om fysiskt våld med 28 procent, samtalen om psykiskt våld med 32 procent och samtalen om sexuella övergrepp med 26 procent. Samtalen om hedersrelaterat våld och förtryck under 2020 ökade också jämfört med 2019. Utvecklingen av samtal ger enligt Bris årsrapport för 2020 en indikation om att förekomsten av våld mot barn kan ha ökat i Sverige under året. Bris uppger även att många barn har vittnat om att familjekonflikter har ökat. Under 2020 ökade samtalen till Bris om familjekonflikter med hela 43 procent jämfört med 2019. Beslutet att inte stänga grundskolorna lyfts i rapporten fram som viktigt eftersom skolan utgör en viktig skyddsfaktor för barn som lever i utsatthet.<sup>1265</sup>

---

<sup>1261</sup> Jämställdhetsmyndigheten (2021), *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, rapport 2021:8.

<sup>1262</sup> Myndigheten för delaktighet (2021), *Barn och unga mitt i en pandemi – Konsekvenser av coronapandemin för barn och unga med funktionsnedsättning*, 2021:9.

<sup>1263</sup> Socialstyrelsen (2021), *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten*.

<sup>1264</sup> Socialstyrelsens svar till Coronakommissionen, den 6 maj 2021 och den 12 maj 2021.

<sup>1265</sup> Bris (2020), *Årsrapport 2020. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet*, rapport 2021:1.

Även Rädda Barnen har uppgett att de fått information om att våld i hemmet har ökat under pandemin och att isoleringen även försvårat för till exempel våldsutsatta kvinnor att söka hjälp, vilket innebär att också barnen får leva längre med våld i sin vardag. Även arbetslöshet har försvårat för många kvinnor att lämna en våldsutövande man. Organisationen har även fått information om att barn som lever med hedersrelaterat våld och förtryck fått det väldigt mycket svårare under pandemin.<sup>1266</sup> I deras stödchatt för unga som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck har antalet hjälpsökande ökat stort. I slutet av september 2020 hade 800 hört av sig jämfört med totalt 550 under hela 2019.<sup>1267</sup>

Rädda Barnen har också märkt av en ökning av förlovningar av barn och fått information om ett ökat antal ungdomar som blivit bortgifta.<sup>1268</sup> NKT:s statistik över samtal till deras stödtelefon för yrkesverksamma visar också på en stor ökning av samtal som rör bortförda barn.<sup>1269</sup>

MFD påtalar att barn och unga med funktionsnedsättning har en många gånger högre risk att utsättas för olika typer av våld jämfört med andra barn och att de också i högre grad än andra är utsatta för flera olika typer av våld och/eller övergrepp. Unga med intellektuell funktionsnedsättning är en särskilt sårbar grupp när det kommer till hedersrelaterat våld och förtryck. Det finns mycket få studier gjorda av hedersrelaterat våld som drabbar kvinnor, flickor och pojkar med funktionsnedsättning, men de studier som finns visar att det för dessa unga är ännu svårare att få hjälp och att deras situation sällan upptäcks. Det är därför inte osannolikt att pandemin särskilt drabbat dem. Pandemin försvårar också uppbyggnaden av det nya sociala nätverk som en ung person som lämnat en hederskontext behöver och detta kan vara en övermäktig uppgift att klara för unga med intellektuell funktionsnedsättning. Myndigheten har samtalat med TRIS som i sin verksamhet ser att unga, och framför allt unga med intellektuell funktionsnedsättning, som lyckats lämna en heders-

---

<sup>1266</sup> Rädda Barnen (2021), *1 år med pandemi – konsekvenser för barn och framtida risker*.

<sup>1267</sup> Jämställdhetsmyndigheten (2021), *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, rapport 2021:8.

<sup>1268</sup> Rädda Barnen (2021), *1 år med pandemi – konsekvenser för barn och framtida risker*.

<sup>1269</sup> Jämställdhetsmyndigheten (2021), *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, rapport 2021:8.

kontext, ger upp och återvänder till ursprungsfamiljen på grund av pandemirelaterade svårigheter att bygga upp ett nytt nätverk.<sup>1270</sup>

Barnafrid, som är ett nationellt kunskapscentrum för våld och andra övergrepp mot barn vid Linköpings universitet, anser dock att det förhållandet att orosanmälningarna har fortsatt att komma in i samma eller något ökad utsträckning bör tas som tecken på att systemet med att fånga in oro kring barn som misstänks fara illa ändå fungerar under pandemin. Man framhåller också att man med en fungerande förskola och skola når nästan samtliga barn och att dessa samhällsfunktioner spelar en viktig roll för att tillgodose barns behov av stöd och skydd.<sup>1271</sup>

### *För tidigt att dra slutsatser men utbredd oro för ökade mörkertal*

Trygghetsberedningen har konstaterat att det är för tidigt att dra några slutsatser om pandemisituationens konsekvenser när det gäller bl.a. våld i nära relationer och att tillgängliga indikatorer ger en splittrad bild av hur utsattheten för våld i hemmen sett ut under pandemin.<sup>1272</sup>

Att bilden är spretig och motsägelsefull är något som också Folkhälsomyndigheten konstaterar. Myndigheten hänvisar bl.a. till Unizon, vars kvinnojoursverksamhet ser ut ungefär som tidigare, och Stadsmissionen, som uppger att färre kvinnor tagit kontakt med deras stödverksamheter. Både Unizon och Stadsmissionen är överens om att det är svårt att veta vad som ligger bakom de delvis motstridiga uppgifterna. Det kan handla om att målgruppen har ett ökat stödbehov, att stödlinjerna har utökade öppettider, att nya digitala funktioner underlättar kontakt och att färre hör av sig för att de är isolerade med förövaren. Folkhälsomyndigheten pekar även på en ökad rapportering av grovt våld, både fysiskt och sexuellt, och fler som hör av sig under pågående utsatthet. De intervjuade organisationerna menar enligt myndigheten att det fortfarande är oklart hur personer, främst kvinnor, i våldsamma relationer har påverkats fysiskt och psykiskt av pandemin. De har också svårt att avgöra om

---

<sup>1270</sup> Myndigheten för delaktighet (2021), *Barn och unga mitt i en pandemi. Konsekvenser av coronapandemin för barn och unga med funktionsnedsättning*, 2021:9.

<sup>1271</sup> Barnafrid (2021), *Barnafridsrapport – angelägna utvecklingsområden 2021*.

<sup>1272</sup> Trygghetsberedningen (2020), *Coronapandemin, brottsligheten och rättsväsendets myndigheter*.

det handlar om att redan utsatta blivit än mer utsatta eller om nya målgrupper drabbats. En gemensam ståndpunkt är dock att detta bara är början av något som kommer få långsiktiga konsekvenser och att det förmodligen kommer att ta ett antal år innan konsekvenserna av exempelvis försämrad ekonomi, arbetslöshet och beroendeproblematik syns fullt ut i deras verksamheter.<sup>1273</sup>

### 15.8.3 Aktörernas arbete under pandemin

Det finns ett stort antal aktörer som arbetar mot våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck, både statliga myndigheter, kommuner och regioner samt, men inte minst, andra samhällsaktörer och idéburna organisationer som har en mycket stor och viktig roll på detta område.<sup>1274</sup> Vi ska enligt våra direktiv kartlägga och utvärdera hur berörda statliga myndigheter, kommuner och regioner samt andra aktörer arbetat under pandemin för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck och för att ge adekvat skydd och stöd. Vi har valt att fokusera på aktörer som främst finns bland de som har en mer central roll på området. Nedan följer en översiktlig beskrivning av dessa aktörers arbete under coronakrisen. Det finns dock ett stort antal andra myndigheter och aktörer (exempelvis Polismyndigheten, Försäkringskassan och Migrationsverket) som arbetar mer operativt med dessa frågor vars arbete vi inte haft utrymme att granska.

#### *Kommunerna*

Av Vård- och omsorgsanalys intervjuer hösten 2020 framkom att förmågan att erbjuda våldsutsatta individer akut stöd och skydd inte varit hotad av pandemin och att man inom kommunerna generellt inte såg någon allvarlig påverkan på verksamheten. Däremot såg man flera risker för kvaliteten i stödet om situationen skulle bli långvarig.

<sup>1273</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*.

<sup>1274</sup> Statskontoret har nyligen publicerat rapporten *Mäns våld mot kvinnor – En analys av myndigheternas arbete med den nationella strategin*, 2021:3, där en mer grundlig genomgång av de centrala myndigheterna på området görs.

Det påpekades också att kommunerna har mycket varierande förutsättningar för arbetet inom området våld i nära relationer.<sup>1275</sup>

Även Jämställdhetsmyndigheten noterar att det förekommer stora skillnader mellan kommuner och att kommuner, myndigheter och organisationer påtalat att socialtjänstens situation är allvarlig i flera kommuner. Flertalet kommuner har dock enligt myndigheten bedrivit ett aktivt arbete för att ställa om och anpassa verksamheten under pandemin samt vidtagit olika åtgärder för att förbättra och utveckla information och förändra arbetssätt.<sup>1276</sup>

De flesta kommuner uppger i en enkätundersökning som Unizon och MÄN gjort att covid-19 inte påverkat det förebyggande arbetet i kommunerna. Det är dock inte en bild Unizon eller MÄN delar då enligt dem flera jouter rapporterat att uppdrag blivit inställda eller framflyttade på obestämd tid och det våldsförebyggande arbetet i skolor och kommuner runt om i landet satts på paus.<sup>1277</sup>

### *Jämställdhetsmyndigheten*

Jämställdhetsmyndigheten har under pandemin haft i uppdrag av regeringen att identifiera och utveckla effektiva arbetssätt för hur kommuner ska kunna sprida information om våld i nära relationer och om hedersrelaterat våld och förtryck och hur kontakt kan etableras med våldsutsatta.<sup>1278</sup> Uppdraget har redovisats i *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, och har av kommuner beskrivits som värdefullt.<sup>1279</sup>

Förutom detta uppdrag har Jämställdhetsmyndigheten bl.a. sammanställt information om pandemins påverkan ur ett jämställdhetsperspektiv på sin webbplats och där också tillhandhållit gratis informationsmaterial som kommunerna kunnat använda sig av. Nya arbetssätt och informationssatsningar som bedömts som viktiga har

---

<sup>1275</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1.

<sup>1276</sup> Jämställdhetsmyndigheten (2021), *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, rapport 2021:8.

<sup>1277</sup> MÄN och Unizon (2020), *Ett steg på vägen. En undersökning av kommunernas förebyggande arbete mot mäns våld mot kvinnor*.

<sup>1278</sup> Regeringsbeslut den 30 april 2020, A2020/01001/JÄM.

<sup>1279</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1.

också listats och spridits till kommuner.<sup>1280</sup> Myndigheten har vidare genomfört flera webinarier, gjort särskilda utskick till kommuner i samband med exempelvis skolstart, inom äldreomsorgsområdet och funktionshindersonrådet samt genomfört en nationell kampanj tillsammans med länsstyrelserna.<sup>1281</sup>

### *Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen har under 2020 med anledning av utbrottet av covid-19 haft i uppdrag av regeringen att fördela medel till ideella organisationer som arbetar med våldsutsatta kvinnor, barn och hbtq-personer samt våld i nära relationer inklusive hedersrelaterat våld och förtryck. Uppdraget har förlängts och fortsätter under 2021.

Socialstyrelsen har genom ett egeninitierat projekt publicerat rapporten *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten*. Myndigheten har vidare initierat ett projekt vars syfte är att undersöka om hälso- och sjukvården fått en ökad belastning under 2020 i form av skador bland kvinnor som orsakats av våld från annan person. Myndigheten har vidare bl.a. ökat kommunikationsinsatserna och uppmärksammat riskerna för ökat våld och tillsammans med andra myndigheter genomfört olika aktiviteter samt medverkat i andra aktörers arbeten med pandemins konsekvenser på våld.<sup>1282</sup> Myndigheten har också kontinuerligt avstämningar i sina samverkansforum och nätverk.<sup>1283</sup>

### *Länsstyrelserna*

I de veckovisa lägesrapporteringarna har det i olika län ställts separata uppföljande frågor specifikt om våld i nära relation och flera länsstyrelser har regelbunden kontakt med tjej- och kvinnojourer

---

<sup>1280</sup> Jämställdhetsmyndigheten (2021), *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, rapport 2021:8, och uppgifter hämtade från myndighetens webbplats (besökt den 3 maj 2021).

<sup>1281</sup> Information som lämnats av myndigheten vid Nationell myndighetssamverkan för kvinnofrids seminarium den 7 maj 2021.

<sup>1282</sup> Socialstyrelsens svar till Coronakommissionen den 6 maj 2021. Se även Jämställdhetsmyndigheten (2021), *Covid-19 och våldsutsatthet. Slutrapport av uppdrag A2020/01001/JÄM*, rapport 2021:8, och länsstyrelsernas lägesbilder.

<sup>1283</sup> Socialstyrelsens svar till Coronakommissionen den 6 maj 2021.

för att ha en uppdaterad bild av situationen. Länsstyrelserna gör även månatliga uppföljningar, främst med socialtjänsten.<sup>1284</sup>

Vidare har länsstyrelserna haft i uppdrag av regeringen att samordna lägesbilder av kommunernas bedömningar av eventuell risk för social problematik och utsatthet med anledning av konsekvenser av covid-19-pandemin samt kommunernas beskrivning av vidtagna eller planerade åtgärder.<sup>1285</sup>

Flera länsstyrelser har under pandemin också gjort egna analyser över pandemins påverkan och konsekvenser inom området social hållbarhet där våld i nära relation och hedersvåld är en viktig del. Även en större länsstyrelsegemensam analys gjordes sommaren 2020 om pandemins påverkan på samhällets skyddsvärden.<sup>1286</sup> Länsstyrelserna har bl.a. också varit samarbetspart i Jämställdhetsmyndighetens arbete med regeringsuppdraget att identifiera och utveckla effektiva arbetsätt för kommuner.<sup>1287</sup>

Av länsstyrelsernas verksamhetsredovisningar avseende regeringsuppdraget om mäns våld mot kvinnor för 2020<sup>1288</sup> framgår att genomförandet av uppdraget har påverkats av pandemin i olika utsträckning, bl.a. har en omställning till digitala arbetsformer skett. Vissa länsstyrelser har genomfört specifika insatser med fokus på den särskilda situation som råder i och med covid-19. En länsstyrelse har beskrivit det som att utmaningen under året snarare bestått av att upprätthålla det arbete som redan pågår i länet. Men det har även förts fram vissa positiva aspekter som ett ökat utbyte av erfarenheter, goda exempel och kunskap mellan yrkesverksamma i de olika länen.<sup>1289</sup>

### *Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld*

NKT:s arbete syftar främst till att stärka andra myndigheters och yrkesverksammas insatser på området, bl.a. genom den nationella stödtelefonen för yrkesverksamma som behöver rådgivning och vägledning. Antalet samtal till stödtelefonen har under 2020 varit fort-

---

<sup>1284</sup> Uppgifter inhämtade från Länsstyrelsen i Hallands län den 21 maj 2021.

<sup>1285</sup> Regeringsbeslut den 11 juni, 2020 S2020/05273/SOF (delvis).

<sup>1286</sup> Uppgifter inhämtade från Länsstyrelsen i Hallands län den 21 maj 2021.

<sup>1287</sup> Uppgifter lämnade vid möte med samordnaren vid Länsstyrelsen i Stockholms län och sekretariatet, den 11 maj 2021.

<sup>1288</sup> Regeringsbeslut den 18 december 2017, S2017/07420/JÄM (delvis).

<sup>1289</sup> Länsstyrelsernas verksamhetsredovisningar av uppdraget Mäns våld mot kvinnor, 2020.

satt högt, men har under året minskat vilket enligt NKT åtminstone delvis får antas vara en följd av den situation som uppstått på grund av pandemin.

Många av kompetensteamets utbildningsinsatser ställdes in under våren 2020 och därefter har de huvudsakligen genomförts digitalt, vilket NKT menar lett till en ökad tillgänglighet och att man kunnat nå fler yrkesverksamma än tidigare. Vidare har webbstödet via webbplatsen [www.hedersfortryck.se](http://www.hedersfortryck.se) moderniserats och ett antal kampanjer har genomförts. Under hösten 2020 genomförde NKT även intervjuer med länsstyrelserepresentanter i syfte att få en samlad bild av utvecklingen av arbetet på området och verksamheter som kan möta utsatta gruppers behov i varje län. I princip samtliga länsstyrelser uppgav att verksamheterna i länet inte alls, eller endast delvis, kan möta målgruppens behov.<sup>1290</sup>

Den större ansatsen vad avser det arbete som bedrivits med anledning av pandemin innefattas i samverkan med Jämställdhetsmyndigheten inom ramen för regeringsuppdrag, bl.a. avseende rapporten *Covid-19 och våldsutsatthet*. NKT har även bidragit vid framtagandet av länsstyrelsernas lägesbilder avseende covid-19 och mäns våld mot kvinnor.<sup>1291</sup>

### *Nationellt centrum för kvinnofrid*

NCK har i uppdrag att höja kunskapen nationellt om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck och våld i samkönade relationer samt att ge stöd till våldsutsatta kvinnor. NCK arbetar med bl.a. utbildning av yrkesverksamma och studenter, information, forskning och kunskapssammanställning samt driver den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen (020-50 50 50). NCK har även en specialistmottagning för kvinnor som utsatts för våld.<sup>1292</sup>

Under 2020 har NCK utifrån ett regeringsuppdrag arbetat med att förstärka och utveckla verksamheten med den nationella stödtelefonen. Vidare intensifierades insatserna för att sprida information via olika kanaler och i samarbete med andra aktörer. NCK har

---

<sup>1290</sup> Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld (2021), *Årsrapport. Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld och förtryck – verksamheten under 2020*.

<sup>1291</sup> Uppgifter lämnade av Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld, den 8 juni 2021.

<sup>1292</sup> Uppgifter hämtade från Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat vålds webbplats (besökt den 19 maj 2021).



också bl.a. medverkat vid MSB:s avstämningar för stödlinjer under pandemin för att redovisa erfarenheter och deltagit i diskussioner om frågan med SKR.<sup>1293</sup> Under 2020 ökade antalet nya användare av NCK:s webbkurs om våld med 78 procent jämfört med 2019.<sup>1294</sup> NCK har även arrangerat ett internt webinarium inom ramen för det nationella nätverket för myndighetssamverkan som handlade om pandemins påverkan på området våld och förtryck.

### *Barnafrid – Nationellt kunskapscentrum för våld och andra övergrepp mot barn vid Linköpings universitet*

Barnafrid har i uppdrag att samla och sprida kunskap om våld och andra övergrepp mot barn och riktar sig till yrkesverksamma som möter barn och unga som utsatts för våld och andra övergrepp samt till yrkesverksamma vid t.ex. myndigheter.

Under 2020 gjorde Barnafrid en digital omställning i verksamheten och anordnade bl.a. nätverksmöten och konferenser på distans. Barnafrid lanserade i september 2020 en digital basutbildning om våld mot barn riktad till yrkesverksamma. Vidare deltog Barnafrid i olika nätverk och webinarier med anledning av pandemin och i olika internationella samarbeten. Barnafrid har även bl.a. tagit fram faktaunderlag, deltagit i ett globalt webinarium, gjort en analys av de kort- och långsiktiga konsekvenserna ur ett barnperspektiv och deltagit i andra myndigheters uppdrag. Samverkan med olika nationella aktörer beskrivs som mycket mer aktiv under pandemin.<sup>1295</sup>

### *SKR*

I mars 2020 påbörjade SKR en genomgång av läget kopplat till covid-19 och tog kontakt med bl.a. kommunala skyddade boenden i storstadskommunerna för att få en uppfattning om läget och beredskapen. Kontakt togs även med SKR:s kvinnofridsnätverk, social-

---

<sup>1293</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid, *Redovisning av uppdrag att stärka och utveckla den nationella stödtelefonen för våldsutsatta (A2020/00866/JÅM)*, dnr. NCK 2021/8.

<sup>1294</sup> Uppgifter hämtade från Nationellt centrum för kvinnofrids webbplats (besökt den 7 maj 2021).

<sup>1295</sup> Barnafrid (2021), *Verksamhetsberättelse 2020*, och uppgifter lämnade av Barnafrid vid möte med sekretariatet, den 18 maj 2021.

chefs nätverk och nätverk för utvecklingsledare för kvinnofrid inom de regionala samverkans- och stödstrukturerna, RSS.

SKR har under hela 2020 haft ett nära samarbete med Unizon och Roks, inledningsvis genom avstämningar varje vecka som efterhand glesades ut till varannan månad. SKR har även samverkat med olika myndigheter kring frågor om ökad utsatthet för våld i pandemins spår. Under våren tog SKR fram råd till kommuner med anledning av risken för ökat våld under pandemin. Risken för ökat våld uppmärksammades även i organisationens socialtjänstblogg. SKR bidrog även till att sprida den myndighetsgemensamma kampanjen ”Våga berätta”, samt det stöd till kommuner för att nå våldsutsatta under pandemin som Jämställdhetsmyndigheten tog fram på uppdrag av regeringen.<sup>1296</sup>

### *Kvinno- och tjejjourer*

I en rapport som har tagits fram på uppdrag av Roks presenteras en studie av hur Roks medlemsjourer upplevt och hanterat de specifika utmaningarna som pandemin gör. Studien gjordes under hösten 2020. Enligt rapporten påverkar pandemin jourernas verksamhet avsevärt. Det framkom bl.a. att en övervägande majoritet ansåg att det blivit svårare att engagera befintliga ideella medlemmar (på grund av tillhörighet till riskgrupp eller frånvaro), att det blivit svårare att utöva den vanliga verksamheten och att det blivit svårare för jourernas målgrupper att söka kontakt och att delta i verksamheten. Det fysiska stödsökandet hade avtagit men det digitala stödsökandet via chatten tycktes ha ökat explosionsartat.

Samverkan kommunalt och regionalt varierar enligt rapporten mycket över landet. Ingen av jourerna uttryckte några större problem i samverkan med den regionala nivån. Nästan hälften av de som svarade uppgav dock att de inte alls gjorts delaktiga i kommunalt eller regionalt krisarbete. Många ansåg också att kommuner och regioner borde ha beredskap för att utöka, inte bara vårdplatser, utan

---

<sup>1296</sup> Uppgifter inhämtade från SKR den 3 maj 2021 och SKR (2021), *Slutrapport Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner för att stärka jämställdhetsarbetet på lokal och regional nivå 2018–2020*, dnr 21/00472.

även platser för skyddat boende i det fall jourerna inte längre är tillräckliga.<sup>1297</sup>

## 15.9 Summering

Hela samhället och samtliga invånare i Sverige har påverkats av pandemin och de åtgärder som satts in för att bekämpa den. De senaste ett och ett halvt åren har många människors liv förändrats i fråga om bl.a. försörjningsmöjligheter, boendesituation, arbetsförhållanden, arbets- och studiemiljö, sociala kontakter och deltagande i kultur- och samhällsliv. Det blev dock – på ett mer övergripande plan – inte lika illa som man först kunde befara. Det finns t.o.m. vissa positiva indirekta effekter till följd av pandemin såsom digitaliseringen som lett till en ökad tillgänglighet för många, en nedgång i olika infektionssjukdomar och mer utevistelse och mindre stress som lett till ett bättre liv för vissa.

För en del har pandemin lett till att rutiner och vardagsliv behövt ändras i viss utsträckning, men för andra har den lett till betydande problem och för vissa har pandemin ställt hela livet på ända. I likhet med ohälsa och dödsfall till följd av covid-19 har pandemin drabbat ojämnt även i fråga om andra, indirekta konsekvenser för människors hälsa, välbefinnande, livsvillkor m.m. Det är tydligt att redan utsatta och sårbara grupper drabbats hårdare än andra och att strukturella faktorer inklusive socioekonomisk status har stor betydelse.

Något som också blivit tydligt i en omfattande samhällskris som denna är civilsamhällets viktiga roll för människor. Civilsamhällesorganisationer har ofta kunnat nå ut till, möta och bistå enskilda på ett sätt som det offentliga inte har möjlighet att göra. För vissa personer har sådant stöd varit avgörande. Pandemin har dock försvårat även dessa organisationers verksamhet.

Även om covid-19 haft en mer begränsad direkt påverkan på barn och unga har pandemin i stort fått tydliga konsekvenser även för dem. Civilsamhällesorganisationer rapporterar att den psykiska ohälsan hos barn har ökat. Oro för sjukdom och död har också varit mycket vanligt i alla åldrar. Man har inte sett någon dramatiskt ökad utsatthet hos barnfamiljer, men det finns flera tecken på att den lett

---

<sup>1297</sup> A. Önnerfors (2021), *COVID-19, kvinnofrid och krisberedskap – den idéburna sektorns förutsättningar att verka i samhällelig kris. En rapport på uppdrag av Roks.*

till stora påfrestningar för många familjer och det finns stora variationer i vilken utsträckning kommunerna har ställt om och förändrat sitt arbetssätt.

Många äldre har känt en djup oro för allvarlig sjukdom och för att inte få vård. Rekommendationen om social isolering har lett till sämre psykisk hälsa för vissa grupper och riskerat att försämra den fysiska hälsan. Isoleringen har gjort det digitala utanförskapet för vissa grupper tydligare och drabbat hårt. Mycket talar för att ensamheten bland de äldre har ökat och civilsamhället vittnar om att många äldre har haft en oerhört tung tid och att många fortfarande har det.

Bland personer med funktionsnedsättning är det många som har multidiagnoser och flera tillhör riskgrupperna för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19. Att pandemin skulle bli kännbar för denna grupp, som ofta har en sämre hälsa, svårare att kommunicera och sämre förutsättningar att delta i samhällslivet, framstår därför inte som förvånande. När verksamheter pausas eller ställs om förändras vardagen drastiskt för många, särskilt för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar för vilka rutiner, invanda miljöer och välkända ansikten kan vara avgörande för att livet och vardagen inte ska bli kaotisk. Men även åtgärder som till synes förefaller mindre ingripande kan få långtgående konsekvenser för den enskilde. Vad gäller barn och unga blir, även om omsorgs- och vårdinsatser för dem inte påverkats i någon mer omfattande utsträckning, konsekvenserna och belastningen för de drabbade familjerna mycket stora. Flera funktionshinderorganisationer vittnar om ett tydligt försämrat mående hos personer med funktionsnedsättning, framför allt hos personer med neuropsykiatriska och intellektuella funktionsnedsättningar. Hos barn och unga med funktionsnedsättning förefaller oron och stressen ha varit stor och påtaglig under pandemin.

Tidigare kunskap talar för att covid-19-pandemin innefattar flera riskfaktorer för psykisk ohälsa. Det finns i dag ingen fullständig bild över vilka konsekvenser pandemin fått för den psykiska hälsan. Socialstyrelsen har hittills inte sett några stora förändringar jämfört med tidigare år när det gäller inrapporterade psykiatriska tillstånd från hälso- och sjukvården. Psykiatrisk vård för tillstånd som depression, ångest och stress har minskat bland vuxna och depressionsvård även bland ungdomar. Samtidigt minskar inte andelen som

hämtat ut antidepressiv medicin, vilket kan tyda på att förekomsten av dessa tillstånd är lika hög som tidigare. Det finns också studier som talar för att den psykiska ohälsan ökat. Antalet besök vid psykiatriska akutmottagningar har varit färre men fler ledde till inskrivningar i slutenvård jämfört med tidigare år. Det har jämfört med tidigare år inte skett någon ökning av antalet självmord under pandemin. I den internationella forskningen har man sett tecken på en större ökning av psykiska besvär bland grupper som redan före pandemin hade en högre risk för psykisk ohälsa. Det finns även tecken i Sverige på att vissa grupper har drabbats hårdare än andra.

För personer med beroendeproblematik saknas entydig information om missbruket ökat eller minskat, men lägesbilder och myndighetsrapporter ger en tydlig bild av de sociala problem och den utsatthet som finns i denna grupp. Andelen med en spelproblematik synes vara i stort sett oförändrad trots en minskad tillgång till en rad spelformer. Man ser även en ökad grad av spelproblem under pandemin bland de som hade ett problemspelande sedan tidigare och bland arbetslösa.

Farhågorna för att våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck ska komma att öka till följd av covid-19 har än så länge inte bekräftats av någon enhetlig eller tydlig nationell statistik. Det underlag som finns att tillgå ger en mycket varierad bild. Problemet med avsaknad av tillförlitlig och jämförbar statistik har blivit ännu tydligare under pandemin. Det finns dock hos både myndigheter och organisationer en stor uppslutning kring att pandemin indirekt för med sig allvarliga risker för ökad utsatthet. Oron för att pandemin kommer att få långsiktiga konsekvenser för utsattheten är utbredd.

De flesta aktörer som arbetar mot våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck synes ha aktivt ställt om och anpassat sitt arbete. När det gäller socialtjänstens arbete finns stora skillnader och i vissa kommuner har situationen beskrivits som allvarlig.

Något man bör bära med sig är att det i dag ännu inte är möjligt att se de sammantagna konsekvenserna av pandemin. Det finns en utbredd oro för växande mörkertal på flera områden och en oro hur omställning till nya arbetssätt inverkar på kvaliteten i insatser. Det kommer att ta lång tid innan man kan se hela vidden av pandemins

återverkningar, också för andra grupper än de vi ägnat uppmärksamhet åt i detta kapitel.

I nästa kapitel försöker vi ge ett övergripande svar på frågan om hur stora de uppdämda behoven på det sociala området är.

## 16 Uppdämda behov på det sociala området

Pandemin kan leda till en risk för undanträngningseffekter och uppdämda behov även inom andra områden än hälso- och sjukvården. (Vi har i kapitel 12 om inställd och uppskjuten vård undersökt effekterna inom hälso- och sjukvården.) I detta kapitel, som kompletterar kapitel 15 om den sociala isoleringens pris, avser vi att ge en inblick i den s.k. sociala skulden som har uppstått eller riskerar att uppstå till följd av pandemin på det sociala området. Pandemin och olika pandemirelaterade åtgärder kan, som vi redovisat i föregående kapitel, leda till en faktisk ökning av sociala problem men även till försämrad kapacitet och kvalitet i verksamheten. Avbrutna och uppskjutna insatser innebär ofta att den enskildes behov av insatsen finns kvar. I vilken utsträckning inställda insatser ersätts av annat stöd påverkar dock förstås.

Även förändringar i insatser såsom färre fysiska möten och mindre förebyggande verksamhet som riskerar att påverka kvaliteten negativt, kan leda till att den enskildes behov förlängs eller till och med förstärks. Pandemin kan också leda till att det blir svårare att upptäcka individers behov och att individen själv på grund av exempelvis smittrisk väljer att avstå från att söka eller ta emot hjälp, vilket får till följd att behovet av insatser bara skjuts framåt i tiden.

Omfattningen av eventuella uppdämda behov beror på en mängd olika och inbördes beroende faktorer. Det har bl.a. betydelse hur oro, stress, ekonomisk situation, arbetslöshet m.m. utvecklar sig och hur andra delar i samhället klarar av att möta den enskildes behov, exempelvis vård, skola och olika trygghetssystem. Om den enskildes behov på andra områden inte tillgodoses riskerar det att spilla över på de sociala behoven.

Vi försöker i detta kapitel teckna konturerna av den sociala skulden. Denna övergripande bild baserar vi på bl.a. IVO:s uppgifter och statistik om ej verkställda beslut under 2020 enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (avsnitt 16.1). I avsnitt 16.2 beskriver vi förändringar i hemtjänstinsatser och inflyttningar på särskilt boende för äldre. När det gäller personer med funktionsnedsättning beskriver vi vilka förändringar som skett i insatserna under 2020 (avsnitt 16.3). I avsnitt 16.4 redovisar vi andra möjliga indikationer på uppdämda eller ökande behov inom socialtjänsten. Vi berör där bl.a. IVO:s nationella tillsyn avseende förändringar i socialtjänstinsatser och Vård- och omsorgsanalys rapport *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*. Kapitlet avslutas därefter med en summering (avsnitt 16.5).

## 16.1 Ej verkställda SoL- och LSS-beslut

### *Rapporteringskyldigheten*

En person som har beviljats rätt till bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL eller en insats enligt 9 § LSS ska få detta beslut genomfört (verkställt). Om kommunen (eller regionen) inte verkställer ett sådant beslut inom skälig tid ska kommunen åläggas att betala en särskild avgift. Samma sak gäller när kommunen inte inom skälig tid på nytt verkställer ett beslut efter avbruten verkställighet.<sup>1298</sup>

Om kommunen (eller regionen) inte verkställer beslutet inom tre månader är kommunen skyldig att rapportera detta till IVO. Skyldigheten gäller även beslut där verkställigheten avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader.<sup>1299</sup>

Bestämmelserna om särskild avgift och rapporteringskyldighet omfattar alla typer av beslut om bistånd.<sup>1300</sup> Det kan därför i fråga om bistånd enligt socialtjänstlagen handla om beslut inom individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen och insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. De insatser som en enskild kan ha rätt till enligt 9 § LSS och som också omfattas av rapporterings-

---

<sup>1298</sup> 16 kap. 6 a § SoL och 28 a § LSS.

<sup>1299</sup> 16 kap. 6 f § SoL och 28 f § LSS.

<sup>1300</sup> Prop. 2005/06:115 s. 122 ff.



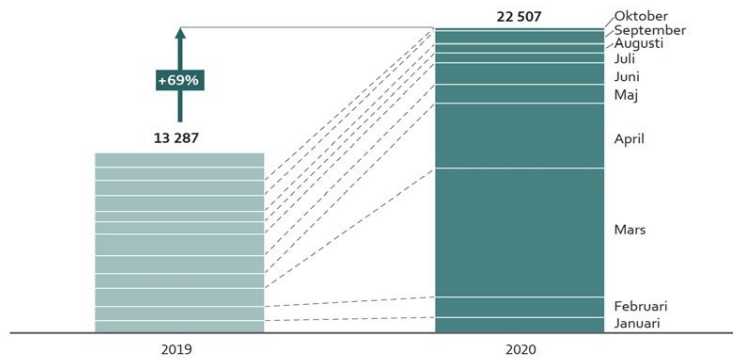
skyldigheten är t.ex. personlig assistent, ledsagarservice, olika bostadsformer och daglig verksamhet.

### *Inrapporterade ej verkställda beslut januari–oktober 2020*

IVO redovisade i mars 2021 inrapporterade s.k. ej verkställda beslut avseende socialtjänstinsatser för perioden den 1 januari till och med den 31 oktober 2020. På grund av en eftersläpning i rapporteringen har uppgifter för helåret inte kunnat analyseras. Värdet för hela 2020 förväntas enligt IVO därför att öka. Vi har visserligen fått tillgång till nya data avseende återstående del av 2020 från IVO. Vissa uppgifter saknas dock fortfarande vilket gör att samtliga uppgifter inte kan redovisas för samma tidsperiod. Vi har därför valt att redovisa den statistik som finns för perioden januari–oktober 2020. Det bör noteras att statistiken enbart avser rapporterade förhållanden och alltså inte omfattar beslut som kommuner och regioner av någon anledning inte har rapporterat.

Under 2020 ökade antalet ej verkställda beslut markant i jämförelse med 2019. Kommunerna rapporterade under januari–oktober drygt 9 000 fler ej verkställda beslut till IVO än 2019, vilket motsvarar en ökning på 69 procent. Ökningen var som störst under mars och april 2020, då antalet ej verkställda beslut sjudubblades respektive femdubblades i jämförelse med samma månader 2019 (se figur 16.1). Det finns enligt IVO skillnader mellan pandemins utbredning i landet och vilka kommuner som har rapporterat in ett förändrat antal ej verkställda beslut till myndigheten. Det finns även en stor spridning i vilka socialtjänstinsatser som kommunerna har förändrat under 2020.

**Figur 16.1** Antal ej verkställda beslut som kommunerna rapporterade in till IVO januari till och med oktober 2019–2020

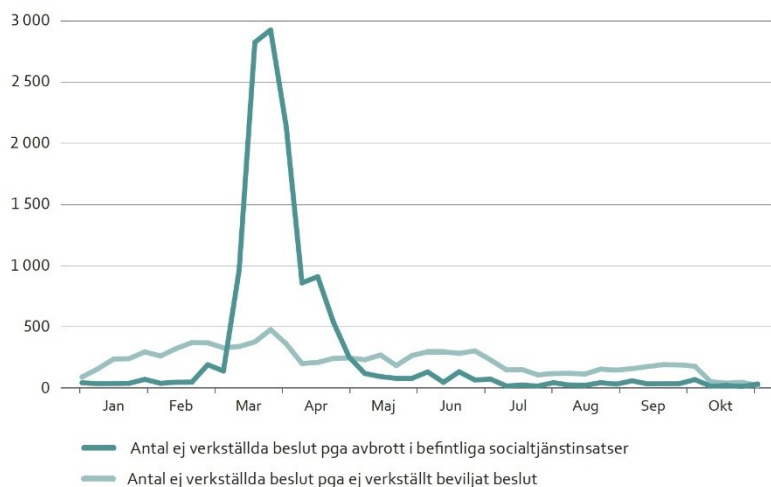


Anm.: Datumangivelser avser det datum då individens väntetid börjar, dvs. det datum kommunen fattade ett gynnande beslut om insats eller då en redan pågående insats avbröts.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Ökningen av antalet inrapporterade ej verkställda beslut under 2020 kan enligt IVO framför allt kopplas till avbrott i befintliga socialtjänstinsatser. Ungefär 60 procent av det totala antalet ej verkställda beslut under den aktuella perioden berodde på avbrott i befintliga insatser, medan övriga ca 40 procent berodde på att insatsen inte hade verkställts (se figur 16.2).

**Figur 16.2** Antal ej verkställda beslut som kommunerna rapporterade in till IVO under perioden januari till och med oktober 2020 per orsakskategori



Kommentar: Datumangivelser avser det datum då individens väntetid börjar, dvs. det datum kommunen fattade ett gynnande beslut om insats eller då en redan pågående insats avbröts.

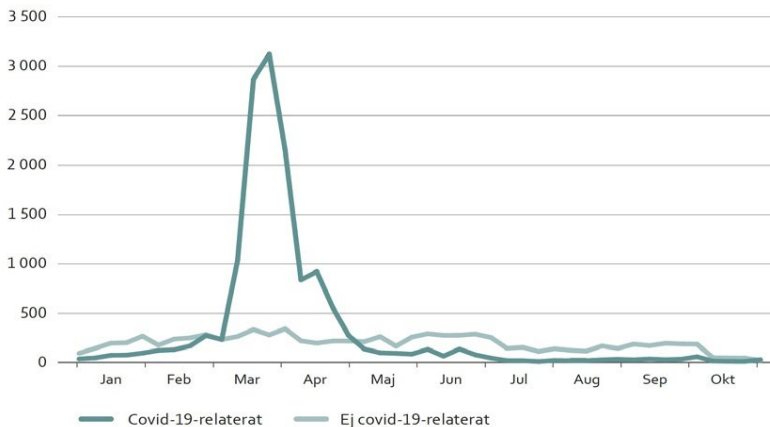
Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

När kommunerna rapporterar in ej verkställda beslut till IVO ska de bl.a. ange det huvudsakliga skälet till att beslutet inte är verkställt. Fyra huvudsakliga skäl till varför beslutet inte verkställts kan anges: resursbrist på grund av exempelvis avsaknad av ledig bostad, resursbrist på grund av exempelvis avsaknad av lämplig personal/uppdrags-tagare, den enskilde har tackat nej till erbjudande och annat skäl där kommunen kan komplettera med förklaring i fritext. Under januari till och med oktober 2020 angavs "annat skäl" (71 procent) som huvudsakligt skäl till att beslutet inte verkställts. Vilka mer exakta skäl som ryms inom denna kategori återstår att utreda inom ramen för en pågående tillsyn (angående denna se avsnitt 16.54), men IVO har i sin initiala hantering bedömt att 82 procent av de rapporteringar som angett "annat skäl" har direkt eller indirekt koppling till covid-19. I elva procent av de inrapporterade besluten anges att den enskilde själv har valt att tacka nej och här har IVO bedömt att 31 procent av dessa har en direkt eller indirekt koppling till covid-19.

Sammantaget bedömer IVO att 63 procent av de inrapporterade ej verkställda besluten under perioden januari till och med oktober

2020 hade en direkt eller indirekt koppling till covid-19. Störst påverkan av pandemin fanns under vecka 12 och 13, och här har IVO bedömt att över 90 procent av de inrapporterade ej verkställda besluten hade en koppling till pandemin (se figur 16.3).

**Figur 16.3** Antal covid-19-relaterade och ej covid-19-relaterade ej verkställda beslut under perioden januari till och med oktober 2020



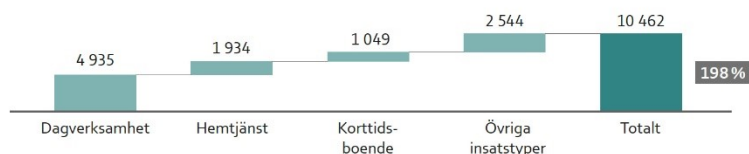
Kommentar: Datumangivelser avser det datum då individens väntetid börjar, dvs. det datum kommunen fattade ett gynnande beslut om insats eller då en redan pågående insats avbröts.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

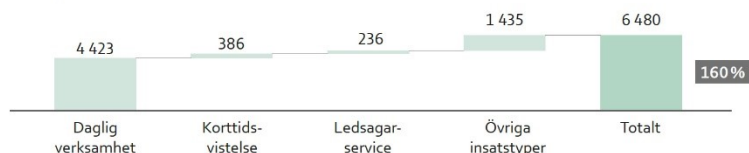
Det var främst dagverksamheterna enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS som hade ställts in. Antalet inrapporterade ej verkställda beslut inom hemtjänst samt korttidsboende inom äldreomsorgen hade också ökat markant för första halvan av 2020 i jämförelse med samma tidsperiod 2019. IVO såg även en ökning av ärenden inom öppenvårdsverksamhet inom individ- och familjeomsorgen (se figur 16.4).

**Figur 16.4** Antalet ej verkställda beslut per verksamhetsområde och insatstyp, januari till och med juli 2020

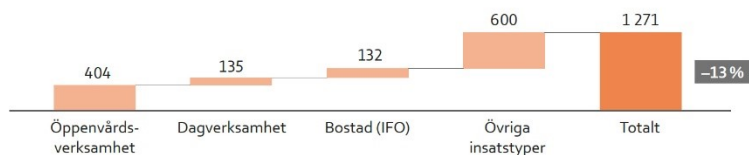
*Äldreomsorg*



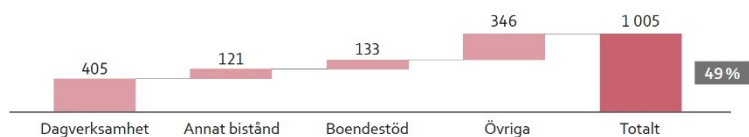
*Omsorg funktionsnedsättning / LSS*



*Individ- och familjeomsorg*



*Omsorg funktionsnedsättning / SoL*

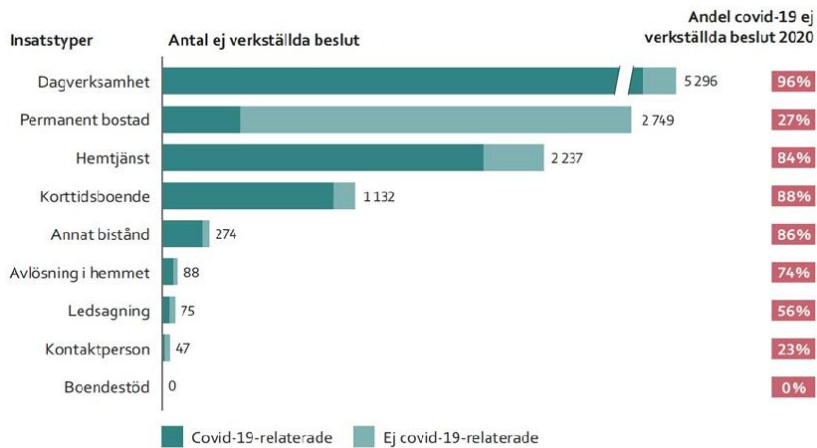


Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Av alla inrapporterade ej verkställda beslut om dagverksamhet inom äldreomsorgen under perioden januari till och med oktober 2020 hade 96 procent direkt eller indirekt koppling till covid-19. Permanent bostad samt kontaktperson var de enda insatstyperna där den direkta eller indirekta kopplingen till covid-19 saknades för majoriteten av ärendena (se figur 16.5).<sup>1301</sup>

<sup>1301</sup> IVO (2021), *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020.*

**Figur 16.5** Antal, andel samt procentuell ökning av ej verkställda beslut inom äldreomsorg orsakade av covid-19, januari till oktober 2020



Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Beträffande LSS-insatser rapporterade kommunerna under 2020 (helår) in totalt 8 725 ej verkställda beslut, varav drygt hälften uppgavs bero på covid-19 (se tabell 16.1). Det vanligaste var att verkställigheten av beslut om daglig verksamhet dröjt.<sup>1302</sup> Socialstyrelsen påpekar dock att många kommuner tycks ha försökt minska konsekvenserna av pandemin på olika sätt, exempelvis genom ökade digitala aktiviteter och personal från daglig verksamhet som åkt hem till brukare på regelbunden basis.<sup>1303</sup>

<sup>1302</sup> Socialstyrelsen (2021), *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Slutrapport*.

<sup>1303</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

**Tabell 16.1 Ej verkställda beslut som är relaterade till covid-19**

Antal ej verkställda beslut inrapporterade till IVO, uppdelade på insatser och lagrum\*, totalt antal samt antal och andel av dessa som är relaterade till covid-19, andel angiven i procent, 2020

Typ av insats/bistånd	Totalt antal	Antal beslut relaterade till covid-19	Andel beslut relaterade till covid-19
<b>Insatser enligt LSS</b>			
Personlig assistent	33	2	6
Ledsagarservice	398	107	27
Kontaktperson	1 366	158	12
Avlösarservice i hemmet	294	53	18
Korttidsvistelse	587	187	33
Korttidstillsyn	44	8	18
Boende för barn och ungdomar	46	1	2
Bostad för vuxna	1 101	26	2,5
Daglig verksamhet	4 849	4 025	83
<i>Totalt LSS</i>	<i>8 725</i>	<i>4 568</i>	<i>52,5</i>
<b>Insatser enligt socialtjänstlagen</b>			
Särskilt boende	226	4	18
Hemtjänst	2	1	50
Boendestöd	236	55	24
Dagverksamhet	520	316	61
Kontaktfamilj	12	0	0
Kontaktperson	363	27	8
Korttidsboende	23	5	2
Ledsagning	38	6	16
Avlösning i hemmet	13	2	16
Annat bistånd	164	103	63
<i>Totalt Sol</i>	<i>1 600</i>	<i>519</i>	<i>32</i>

\* Insatser enligt Sol avser insatser till personer med funktionsnedsättning 0–64 år.

Källor: Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

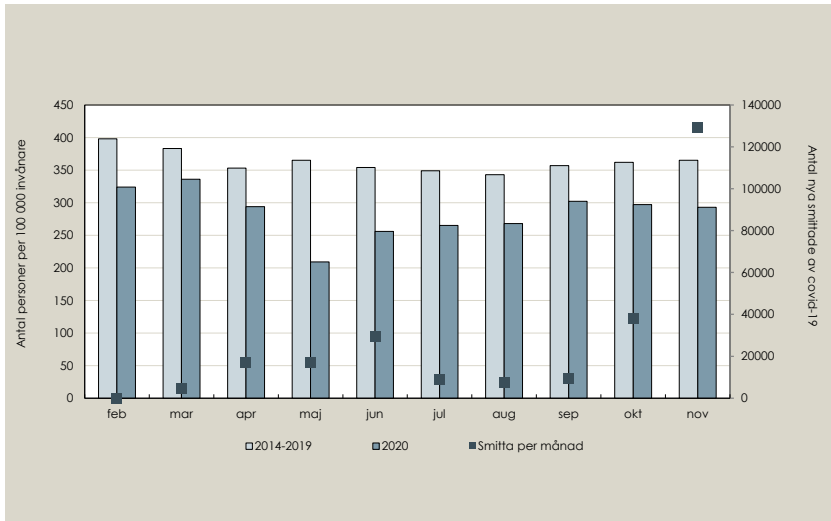
## 16.2 Färre hemtjänstinsatser och inflyttningar på särskilt boende för äldre

Enligt Socialstyrelsens lägesrapport *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021* har färre äldre (70 år och äldre) fått socialtjänstinsatser 2020. Andelen äldre personer som för första gången fick en hemtjänstinsats (personlig omvårdnad eller service i ordinärt boende)

beviljad och utförd var enligt Socialstyrelsen lägre år 2020 än medelvärdet 2014–2019. Minskningen var tydligast under månaderna mars till maj 2020 (se figur 16.6).

**Figur 16.6 Andel äldre som fick hemtjänst för första gången**

Andel av 100 000 personer, 70 år och äldre, som för första gången fick hemtjänst i ordinarie boende under februari–oktober 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019



Anm.: Hemtjänst i form av enbart trygghetslarm är exkluderat. Hemtjänstinsatsen är beviljad och utförd.

Källor: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och Folkhälsomyndigheten.

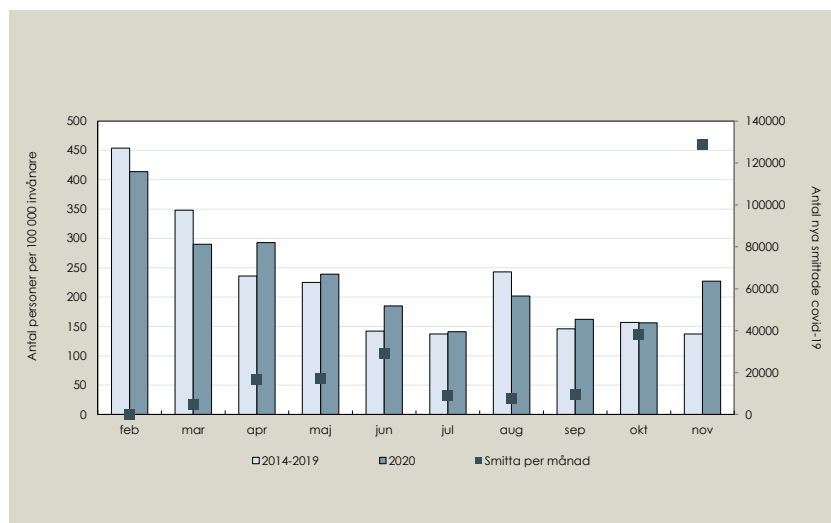
Andelen personer som får hemtjänst för första gången ökar med stigande ålder, och den högsta frekvensen ses hos de som är 80 år och äldre. Det var enligt rapporten just i den åldersgruppen som minskningen var som störst, och det gällde både kvinnor och män.

Vidare har Socialstyrelsen analyserat statistiken för de personer 70 år och äldre som hade hemtjänst i januari 2020, innan den allmänna smittspridningen, men som valde att avsluta den under de följande månaderna. Under april–juni ökade de avslutade hemtjänstinsatserna, följt av ett par månader utan något tydligt mönster, varefter avbeställningarna ökade med 66 procent i november. Socialstyrelsen konstaterar att mönstret även här följer smittspridningen i samhället (se figur 16.7).



**Figur 16.7** Antal äldre som hade avslutad hemtjänst

Andel av 100 000 personer i ordinärt boende, 70 år och äldre i januari, som avslutade hemtjänsten under februari–november. Jämförelse av 2020 med medelvärdet 2014–2019



Anm.: Hemtjänst i form av enbart trygghetslarm är exkluderat.

Källor: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret och Folkhälsomyndigheten.

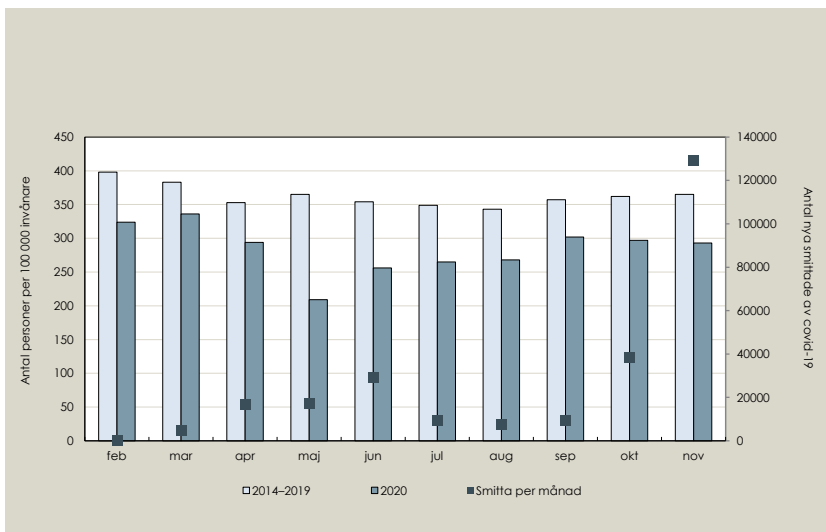
Socialstyrelsen har även analyserat andelen personer som flyttade in på särskilt boende för äldre år 2020 i jämförelse med åren 2014–2019. Den andelen minskade tydligt under ungefär samma period. I juni 2020 började antalet personer som flyttade in på särskilt boende för äldre öka igen, men det låg fortfarande på en mycket lägre nivå än medelvärdet för motsvarande period 2014–2019 (se figur 16.8).

Socialstyrelsen anger att antalet äldre personer som haft en bi-ståndsbedömd insats om särskilt boende i oktober 2020 var drygt 78 000, jämfört med drygt 82 000 personer 2019. Anledningen till det minskade antalet kan enligt myndigheten vara den allmänna smittspridningen av covid-19, som ledde till ett intagningsstopp på de särskilda boenden där det fanns smitta, att fler äldre tackade nej till boende, och att färre personer ville flytta in.<sup>1304</sup>

<sup>1304</sup> Socialstyrelsen (2021), *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*.

**Figur 16.8 Andel äldre som flyttade in på särskilt boende för äldre (SÄBO)**

Andel av 100 000 personer, 70 år och äldre, som flyttade in på SÄBO under februari–november 2020 jämfört med medelvärdet 2014–2019



Källa: Socialstyrelsen, Socialtjänstregistret. Folkhälsomyndigheten.

### 16.3 Många förändringar i insatser till personer med funktionsnedsättning

Antalet nya beslut enligt LSS tycks inte ha påverkats av covid-19 men däremot, som framgått tidigare, verkställigheten av dem.<sup>1305</sup> Förutom en väsentlig ökning av ej verkställda beslut genomförde majoriteten av landets kommuner och stadsdelar under 2020 även förändringar i sina insatser till personer med funktionsnedsättning. Andelen uppgick inom LSS till 80 procent, och inom SoL till 59 procent. I december 2020 pågick förändringarna fortfarande i omkring 75 procent av kommunerna.<sup>1306</sup>

Flest förändringar hade enligt Socialstyrelsen skett inom daglig verksamhet och boende för vuxna enligt LSS. Den vanligaste förändringen inom daglig verksamhet var minskade gruppaktiviteter och fler individuella aktiviteter. Vidare hade 35 procent av kommunerna

<sup>1305</sup> Socialstyrelsen (2021), *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Slutrapport.*

<sup>1306</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021.*

och stadsdelarna ställt in insatsen helt och hållet och en lika hög andel hade minskat insatsens omfattning.<sup>1307</sup> Daglig verksamhet enligt LSS ställdes in för drygt 17 200 personer.<sup>1308</sup> (Se tabell 16.2. Se även figur 16.4 angående ej verkställda LSS-beslut perioden januari till och med juli 2020.)

---

<sup>1307</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

<sup>1308</sup> Socialstyrelsen (2021), *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Slutrapport*.

**Tabell 16.2 Förändringar inom LSS till följd av covid-19**

Andel kommuner och stadsdelar som har genomfört förändringar i verksamheter enligt LSS på grund av covid-19, uppdelat på insatser och förändringar, andel angiven i procent, 2020 (N=310)

	Minskat insatsens omfattning	Färre gruppaktiviteter	Fler individuella aktiviteter	Ställt in helt	Flyttat fram starten av en insats	Annat	Inga förändringar har genomförts
Råd och stöd*	0,05	0,5	0,05	0	0,05	2	25
Personlig assistent	2	3	4	0	0,05	11	66
Ledsagar-service	6	3	4	3	1	8	63
Kontaktperson	5	2	2	3	4	9	63
Avlösarservice i hemmet	3	2	3	2	0,05	5	69
Korttidsvistelse	5	7	6	9	3	6	57
Korttidstillsyn	2	5	5	2	0	4	66
Boende för barn och ungdomar	4	3	4	2	3	4	69
Bostad för vuxna	4	25	23	2	3	10	51
Daglig verksamhet	36	40	44	35	11	22	8

Anm.: Det finns ett visst bortfall på frågan och flera kommuner har svarat vet ej. Svaren bör därför tolkas med viss försiktighet.

\* 53 procent av de kommuner och stadsdelar som uppgav att de genomfört förändringar inom LSS till följd av covid-19 och därmed besvarade frågorna som redovisas i denna tabell uppgav att de inte ansvarar för insatsen råd och stöd.

Källor: Socialstyrelsen och arbetsmaterial från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Omfattningen av de insatser som helt eller delvis riktar sig till barn hade enligt Socialstyrelsen dock påverkats i mindre utsträckning. Exempelvis uppgav två tredjedelar av kommunerna att de inte genomfört några förändringar i insatserna avlösarservice och korttidstillsyn. Ungefär lika många kommuner uppgav att de inte genomfört några förändringar inom boende för barn enligt LSS. Korttidsvistelse

som framför allt ges till barn och unga har påverkats i något högre utsträckning än de tidigare nämnda insatserna och drygt hälften av kommunerna uppgav att de inte genomfört några förändringar i insatsen. Uppgifterna tyder enligt Socialstyrelsen på att många kommuner och stadsdelar har upprätthållit stödet till barn och unga med funktionsnedsättning under pandemin. Hur barnen och de unga, liksom deras vårdnadshavare, har påverkats i de fall insatserna minskat i omfattning har Socialstyrelsen inte kunnat fastställa. Konsekvenserna torde dock enligt myndigheten ha varit rätt omfattande i de kommuner som helt ställt in insatserna.<sup>1309</sup> Att många personer med funktionshinder och föräldrar till barn med funktionshinder har drabbats hårt av uppskjutna och uteblivna insatser vittnar bl.a. flera organisationer om, se kapitel 15.5. Det bör också nämnas att enskilda kan drabbas även då några förändringar inte gjorts i verksamheterna. Ett exempel är att vissa föräldrar till barn med funktionsnedsättning på grund av rädsla för smitta har valt att inte nyttja insatsen korttidsvistelse då det där funnits permanent boende barn som varit smittade.<sup>1310</sup>

Mönstret är enligt Socialstyrelsen detsamma inom SoL som inom LSS. Den insats enligt SoL som har påverkats mest av covid-19 är dagverksamhet. Knappt 20 procent av kommunerna uppgav att de ställt in insatsen helt och hållet och en lika hög andel uppgav att de har minskat insatsens omfattning. Även boendestöd har påverkats och 4 procent av kommunerna uppgav att de har ställt in insatsen helt och hållet. Ytterligare drygt 10 procent uppgav att de minskat insatsens omfattning (se tabell 16.3).<sup>1311</sup>

---

<sup>1309</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

<sup>1310</sup> Uppgifter lämnade av Riksförbundet för rörelsehindrade barn och unga (RBU) vid Coronakommissionens hearing med patient- och brukarorganisationer, den 19 augusti 2021.

<sup>1311</sup> Socialstyrelsen (2021), *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021*.

**Tabell 16.3 Förändringar inom SoL (0–64 år) till följd av covid-19, uppdelat på insatser och åtgärder**

Andel kommuner och stadsdelar som har genomfört förändringar i verksamheter enligt SoL 0–64 år på grund av covid-19, uppdelat på insatser och åtgärder, 2020 (N=315)

	Minskat insatsens omfatt- ning	Färre grupp- aktivi- teter	Fler indi- viduella aktivi- teter	Ställt in insatsen helt	Flyttat fram starten av en insats	Annat	Inga för- ändringar har genom- förts
Särskilt boende	2	9	6,5	1	2	5,5	39
Hemtjänst	4	1	1	1	1	7	33,5
Boende- stöd	10	7,5	6,5	4	3	14,5	31,5
Dagverk- samhet	18,5	24	22	18	48,5	1	14
Kontakt- person	4,5	1	1	2,5	2	7	42
Korttids- boende	2	2	2	2	1	3,5	42
Avlösning i hemmet	1	0,5	1	2	0,5	2	39

Källor: Socialstyrelsen, arbetsmaterial från Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Knappt hälften av kommunerna och stadsdelarna införde förändringar i LSS redan i mars 2020. Ungefär en tredjedel uppgav att förändringarna pågick från mars och året ut, vilket enligt Socialstyrelsen handlar om långvariga förändringar. Det saknas uppgifter om förändringarna i LSS-insatserna har fortsatt under 2021, men utifrån de dialoger som myndigheten haft erfar den att en stor del av förändringarna har gjort det. I takt med att allt fler vaccineras mot covid-19, tycks dock fler dagliga verksamheter öppnas upp.<sup>1312</sup>

<sup>1312</sup> Socialstyrelsen (2021), *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. Slutrapport.*

## 16.4 Andra indikationer på uppdämda eller ökande behov inom socialtjänsten

Statistik över ej verkställda beslut, beviljade insatser och förändringar i insatser är en pusselbit, men ger inte hela bilden av hur omfattande den sociala skulden är. Exempelvis avser statistiken om ej verkställda beslut endast inrapporterade fall. Vidare kan den enskildes möjligheter att fullt ut tillgodogöra sig en insats, som trots allt fortgår, ha försvårats under pandemin. Man behöver därför komplettera bilden och även se på andra förhållanden som kan indikera att sociala behov har ökat eller inte kunnat mötas under pandemin.

### *IVO:s nationella tillsyn avseende förändringar i socialtjänstinsatser*

IVO har genomfört en nationell tillsyn av hur kommunerna verkställt socialtjänstinsatser under utbrottet av covid-19. En sammanställning av resultaten pågår fortfarande, men IVO har redan nu dragit några övergripande slutsatser som Coronakommissionen fått ta del av.

Enligt IVO har kommunerna kommit olika långt i arbetet med att säkerställa att enskilda personer fått sina behov tillgodosedda under pandemin.

Många kommuner har på ett systematiskt sätt säkerställt kvalitet och säkerhet för personer när de har gjort förändringar i deras insatser. Detta har skett genom föregående riskanalyser, kontakt med enskilda och/eller deras anhöriga kring förändringarna och att man vidtagit åtgärder vid behov samt även följt upp att genomförda åtgärder fått önskad effekt. Enskilda har också fått vara delaktiga och haft inflytande i det som rör dem. Enligt myndigheten är en kontinuerlig kontakt med de enskilda avgörande för att säkerställa att förändringar i insatserna får önskad effekt. Men det finns också kommuner som inte har haft ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete och där delaktighet och inflytande för den enskilde blir obefintligt.

Sammanfattningsvis ser IVO olikheter både mellan och inom kommunerna och att en del kommuner har fått mer effekt av sitt arbete än andra. IVO ser även kommuner som samverkar och lär av

varandra. På IVO pågår nu ett arbete med att färdigställa ett samlat kunskapsunderlag från tillsynen.<sup>1313</sup>

*Kvaliteten i verksamheterna, ökade riskfaktorer, mörkertal m.m.*

Vård- och omsorgsanalys har analyserat bl.a. vilka konsekvenser det bör finnas beredskap för på ett års sikt inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. Även om mycket fortfarande är okänt pekar myndigheten på att arbetslösheten har ökat, att många varit mer isolerade än vanligt, att skolfrånvaron varit högre än vanligt och att många haft tillgång till mindre stöd i vardagen från anhöriga, civilsamhället och det offentliga. Forskning och tidigare erfarenheter tyder enligt myndigheten på att behoven av stöd från socialtjänsten kommer att öka till följd av pandemin. En av de mest avgörande faktorerna för utvecklingen är enligt myndigheten arbetslösheten och den ekonomiska utvecklingen. Myndigheten har bedömt det sannolikt att behoven av stöd och insatser från individ- och familjeomsorgen kommer att öka något under 2021, men att det i början av året inte fanns tecken på någon omfattande ökning på kort sikt. Vård- och omsorgsanalys ser hittills i fråga om biståndsbedömda insatser som skjutits upp eller ställts in inte heller tecken på att det under pandemin har byggts upp en omfattande social skuld. Där emot ser myndigheten flera tecken på att samverkan och samordningen över organisatoriska gränser i individärenden har påverkats negativt av pandemin, särskilt för vuxna som har missbruk och beroende och som behöver ekonomiskt bistånd på grund av arbetslöshet. Bristande samordning och samverkan mellan olika aktörer är enligt myndigheten en stor källa till bristande kvalitet i stödet till personer som behöver stöd från flera olika aktörer och kan, om detta förvärras under en lång tid, leda till att människor far än mer illa och att fler hamnar mellan stolarna. Myndigheten menar att det är de redan utsatta som sannolikt kommer drabbas hårdast och konsekvenserna bli störst i grupper och områden med befintliga sociala risker.<sup>1314</sup>

Akademikerförbundet SSR genomförde hösten 2020 en enkät angående hur förbundets medlemmar som är socialarbetare ser på frågan om en framväxande social skuld. En hög andel bedömde att pan-

---

<sup>1313</sup> Uppgifter lämnade av IVO till Coronakommissionen den 6 september 2021.

<sup>1314</sup> Vård- och omsorgsanalys (2021), *Under rådande omständigheter. Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg*, rapport 2021:1.



demin inneburit mer sociala problem som våld, missbruk, psykisk ohälsa eller social oro. Många ansåg att det blivit svårare att upptäcka psykisk ohälsa eller sociala problem som våld och missbruk. Förbundets bedömning är att det finns en påtaglig risk för att både kvaliteten och effektiviteten inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg har försämrats under pandemin och nämner bl.a. färre fysiska klientkontakter och problem med samverkan. Förebyggande och uppsökande arbete anses också ha påverkats mycket negativt.<sup>1315</sup>

I kapitel 15 ges en bred bild av hur pandemin påverkat och påverkar ett antal olika grupper. Där framkommer uppgifter som exempelvis ökade riskfaktorer, ett sämre psykiskt mående för vissa, uteblivna rehabiliteringsinsatser, vissa som trots behov avstått från att söka stöd, hårt belastade anhöriga, oro för att omställningen till nya arbetssätt påverkar kvaliteten i insatserna och oro för växande mörkertal.

## 16.5 Summering

Framväxten av en s.k. social skuld beror på en mängd olika faktorer. Det kan handla om allt från utvecklingen av olika omvärldsfaktorer som påverkar den enskildes hälsa, till kvaliteten och effektiviteten i de insatser som ges och hur väl övriga välfärdstjänster fungerar för att stödja individen. Vidare kan den enskilde av olika orsaker själv välja att avvakta med att söka stöd. Hur enskildas behov av stöd och insatser påverkas av pandemin och hur stort det kvarstående behovet av sociala insatser kommer att bli är med andra ord svårt att bedöma.

En annan utmaning består i svårigheterna att urskilja om ett ökat behov av stöd har uppstått på grund av pandemin eller om det finns andra förklaringar. Det finns även en trubbighet i att bedöma om uteblivna eller förändrade insatser leder till ett kvarstående behov eller inte. Behovet kan ha tillgodosetts på annat sätt eller vara temporärt. Ytterligare en svårighet i att få en mer fullständig bild av det uppdämda behovet är att det saknas tillräckligt med statistik och datakällor. Av särskild betydelse är förstås att många sociala konsekvenser visar sig först på sikt.

Antalet inrapporterade ej verkställda beslut om olika former av insatser under 2020 till IVO ökade markant (med 69 procent) under

---

<sup>1315</sup> Akademikerförbundet SSR (2021), *Den sociala skulden i skuggan av pandemin*.

januari–oktober 2020 i jämförelse med motsvarande period 2019. Ungefär 60 procent av de ej verkställda besluten berodde på avbrott i befintliga insatser, övriga ca 40 procent berodde på att insatsen inte verkställdes (inom tre månader). IVO bedömer att 63 procent av de inrapporterade ej verkställda besluten hade en direkt eller indirekt koppling till covid-19. Ökningen var störst under mars-april 2020. Det finns dock skillnader mellan kommunerna.

De inställda insatserna är främst dagverksamheterna enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Bland personer 70 år och äldre hade färre fått hemtjänstinsatser 2020 jämfört med tidigare år och inflyttningarna på SÄBO minskade tydligt, särskilt under våren 2020. För personer med funktionsnedsättning skedde, förutom en väsentlig ökning av ej verkställda beslut, många förändringar i insatserna. De insatser som påverkades mest av pandemin under 2020 för dessa personer var daglig verksamhet enligt LSS (80 procent) och dagverksamhet enligt SoL (59 procent). Daglig verksamhet enligt LSS ställdes in helt i 35 procent av kommunerna och en lika hög andel minskade insatsens omfattning. Förändringarna har även varit långvariga. Omfattningen av insatser som riktar sig till barn och unga med funktionsnedsättning verkar däremot ha påverkats i relativt liten utsträckning överlag. Det finns dock mycket som talar för att många barn och även deras föräldrar har drabbats mycket hårt i de fall insatser skjutits upp eller uteblivit.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har hittills inte sett några tecken på att det under pandemin byggts upp en omfattande social skuld i fråga om biståndsbedömda insatser som skjutits upp eller ställts in. Däremot har det sannolikt byggts upp en viss social skuld som verksamheterna behöver komma ikapp med, t.ex. behöver bristande samordning och samverkan mellan olika aktörer åtgärdas, och tillgången till vissa typer av öppna och förebyggande stödinsatser förbättras. Enligt myndigheten har sannolikt fler individer fallit mellan olika myndigheters stolar och därmed fått ett sämre och mindre samordnat stöd.

Även om den sociala skulden inte framstår som så omfattande som man först kunde befara finns det alltså flera tecken på att det kommer att finnas ett utökad behov av stöd och insatser till följd av pandemin. De signaler som kommer från civilsamhället m.fl. och den bild som redovisas i kapitel 15 om den sociala isoleringens pris pekar i samma riktning.

Vi har nu i detta och föregående kapitel redovisat vilka effekter som pandemin fått för hälso- och sjukvård och på det sociala området. I nästa kapitel fördjupar vi oss i vilka effekter som fjärr- och distansundervisningen fått för elever och studenter.



## 17 Fjärr- och distansundervisningens effekter

Under pandemin har skolor i Sverige, till skillnad från flertalet andra länder, i stor utsträckning hållits öppna. Den 17 mars 2020 beslutade regeringen, baserat på rekommendationer från Folkhälsomyndigheten, att undervisningen i gymnasieskolorna, inom den kommunala vuxenutbildningen samt vid högskolor och universitet skulle övergå till fjärr- och distansundervisning.<sup>1316</sup> Från mitten av mars 2020 och fram till vårterminens slut 2020 bedrevs undervisningen på distans inom dessa skolformer. Verksamheten i förskolan och grundskolan fortsatte dock som vanligt. När smittspridningen tog fart i Sverige igen under hösten 2020 gick berörda skolformer återigen delvis över till fjärr- och distansundervisning<sup>1317</sup>, vilket innebar att berörda elever och studenter har fått en stor del av undervisningen på distans fram till vårterminen 2021. I början av januari 2021, under den andra vågen, fattade regeringen beslut om att även möjliggöra för högstadiet att använda fjärr- eller distansundervisning. Beroende på smittläget i olika kommuner har fjärr- och distansundervisningens

---

<sup>1316</sup> Regeringens pressträff, den 17 mars 2020. Se även Folkhälsomyndighetens webbplats, *Lärosäten och gymnasieskolor uppmanas nu att bedriva distansundervisning*, den 17 mars 2020 (besökt den 6 juli 2021).

<sup>1317</sup> Fjärrundervisning definieras i skollagen som ”interaktiv undervisning som bedrivs med informations- och kommunikationsteknik där elever och lärare är åtskilda i rum men inte i tid”. Enligt skollagen ska elever som deltar i fjärrundervisning göra det i lokaler som skolenheten disponerar. I grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan ska det finnas en handledare närvarande där eleverna befinner sig. Även i gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska en handledare vara närvarande, men i dessa skolformer är det inte alltid nödvändigt att handledaren befinner sig i samma lokal som eleverna under hela lektionen. Distansundervisning definieras i skollagen som ”interaktiv undervisning som bedrivs med informations- och kommunikationsteknik där elever och lärare är åtskilda i både rum och tid”. Vid distansundervisning finns det enligt skollagen inget krav på att det ska finnas en handledare eller lärare fysiskt närvarande när undervisningen bedrivs. Men distansläraren ska ha regelbunden direktkontakt med eleverna. (SFS 2010:800).

omfattning i högstadieskolorna varierat.<sup>1318</sup> Huvudregeln inför höstterminens start 2021 har varit att högstadie- och gymnasieskolor ska bedriva undervisning på plats. Samma rekommendation gäller även för högskolor och universitet som stegvis under hösten 2021 har återgått till närundervisning.<sup>1319</sup>

I kapitlet försöker vi besvara ett antal frågor. Har regeringens, myndigheternas och huvudmännens vidtagna åtgärder underlättat övergången till fjärr- och distansundervisning inom skolväsendet? Har barn, elever och studenter runtom i Sverige fått en likvärdig utbildning? Har elever och studenter med funktionsnedsättning eller de som är särskilt utsatta av annan anledning fått det stöd som de är i behov av? Har fjärr- och distansundervisningen inneburit en ökad psykisk ohälsa? På vilket sätt har skolresultaten påverkats?

Kapitlet inleds med en översiktlig beskrivning av regler och huvudsakliga aktörer inom skolväsendet (avsnitt 17.1). Avsnitt 17.2 redovisar åtgärder av regeringen, berörda myndigheter, huvudmän, skolor och lärosäten för att bland annat möjliggöra och underlätta själva övergången till fjärr- och distansundervisning. I avsnitt 17.3 redogörs för fjärr- och distansundervisningens effekter vad gäller skolresultat samt psykisk hälsa med fokus på elever i högstadie- och gymnasieskolor samt studenter vid Sveriges lärosäten. Avsnittet baseras främst på forskningsresultat som presenteras i en underlagsrapport som kommissionen initierat.<sup>1320</sup> (I kapitel 15 redogörs för hur den sociala isoleringen mer allmänt har påverkat barn och ungas psykiska hälsa under pandemin.) I avsnitt 17.4 summeras kapitlets huvudsakliga slutsatser.

---

<sup>1318</sup> Förordningen (2021:10) om ändring i förordningen (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta. Enligt Skolverket hade två tredjedelar av högstadieskolorna helt eller delvis övergått till fjärr- eller distansundervisning under januari 2021. Se Skolverket, *Fjärr- och distansundervisning på högstadiet och i gymnasieskolan. Intervjuer med huvudmän med anledning av Covid-19-pandemin*, januari 2021.

<sup>1319</sup> Uppgifter hämtade från regeringens webbplats (besökt den 31 augusti 2021).

<sup>1320</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

## 17.1 Reglering och ansvariga aktörer inom skolväsendet

### 17.1.1 Rätten till utbildning

Enligt FN:s konvention om barnets rättigheter, den s.k. Barnkonventionen, ska varje barn få sina rättigheter tillgodosedda. Förhållanden som boendeort, socioekonomi, ålder, könsidentitet, hudfärg eller funktionsvariation ska inte påverka denna möjlighet. Beslutsfattare på alla nivåer måste se till att barnets bästa och barnets rätt till delaktighet tillgodoses i tillämpningen av de beslut som fattas.<sup>1321</sup>

I barnkonventionens artikel 28 erkänns barnets rätt till utbildning. Rätten till utbildning ska förverkligas på grundval av lika möjligheter. Det innebär att alla barn har samma rätt till utbildning, oavsett religion, etniskt ursprung, kön eller på grund av att ett barn tillhör en minoritet. Utbildningen ska därför även vara likvärdig i alla delar av landet och oavsett om barnet bor i en stad eller på landsbygden. Staten ska dessutom vidta åtgärder för att uppmuntra regelbunden närvaro i skolan och minska antalet studieavbrott. Varje barn har även rätt till en bestämd kvalitet på utbildningen.<sup>1322</sup>

Enligt skollagen (2010:800) ska alla barn oavsett boendeort och socioekonomisk bakgrund ha lika tillgång till utbildning. Utbildningen ska också vara likvärdig oavsett var i landet den anordnas.<sup>1323</sup> Skolan har dessutom ett kompensatoriskt uppdrag, dvs. hänsyn ska tas till barns olika behov och barn och elever ska ges stöd så att de utvecklas så långt som möjligt. Barnets bästa ska vara utgångspunkt i all utbildning enligt skollagen. I förarbetena till skollagen framhålls att barnets bästa ska väga tungt i förhållande till andra intressen. Vidare framgår också att det i utbildningen ska beaktas övriga relevanta rättigheter såsom rätten till inflytande och delaktighet samt skydd mot diskriminering.<sup>1324</sup>

---

<sup>1321</sup> § 2 FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen).

<sup>1322</sup> §§ 28–29 FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen).

<sup>1323</sup> 1 kap. §§ 8–9 skollagen (2010:800).

<sup>1324</sup> Den nya skollagen - för kunskap, valfrihet och trygghet (prop. 2009/10:165), s. 230.

## 17.1.2 Huvudsakliga aktörer inom skolväsendet

### *Huvudmän*

Huvudmannen ansvarar för att utbildningen genomförs i enlighet med bestämmelserna i skollagen, föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och de bestämmelser för utbildningen som kan finnas i andra författningar.<sup>1325</sup>

Kommuner är huvudmän för förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola, kommunal vuxenutbildning och fritidshem. Även en region kan vara en huvudman för gymnasieskola, gymnasiesärskola och kommunal vuxenutbildning i den utsträckning som anges i skollagen. Även enskilda får efter ansökan godkännas som huvudmän för förskola, förskoleklass, grundskola, grundsärskola, gymnasieskola, gymnasiesärskola och fritidshem.<sup>1326</sup>

### *Skolverket*

Statens skolverk ansvarar för att främja att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ska även bidra till goda förutsättningar för barns utveckling och lärande och till förbättrade kunskapsresultat för elever. Inom ramen för detta ska myndigheten främja en stärkt likvärdighet mellan skolor och mellan förskolor. Skolverket ska i nära samarbete med kommuner och andra huvudmän stödja dem i deras utbildningsverksamhet och andra pedagogiska verksamheter samt bidra till att förbättra huvudmännens förutsättningar att arbeta med utveckling av verksamheten.<sup>1327</sup>

### *Skolinspektionen*

Statens skolinspektion ska genom granskning av huvudmän och verksamheter verka för att alla barn och elever får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg

---

<sup>1325</sup> 1 kap. § 8 skollagen (2010:800).

<sup>1326</sup> 2 kap. § 5 skollagen (2010:800) Staten är huvudman för specialskolan och sameskolan samt förskoleklass och fritidshem vid en skolenhet med specialskola eller sameskola.

<sup>1327</sup> 7 § förordning (2015:1047) med instruktion för Statens skolverk.



miljö. Myndigheten ska bidra till goda förutsättningar för barnens utveckling och lärande samt förbättrade kunskapsresultat. Inom ramen för detta ska myndigheten främja en stärkt likvärdighet mellan skolor och mellan förskolor.<sup>1328</sup>

Inspektionen ska utöva en löpande tillsyn över förskola, fritidshem, annan pedagogisk verksamhet och vuxenutbildning, i huvudsak på huvudmannanivå. Den löpande tillsynen över övrig barn- och ungdomsutbildning ska utövas på huvudmannanivå och skolnivå.<sup>1329</sup>

Skolinspektionen ska integrera ett jämställdhetsperspektiv och perspektivet mänskliga rättigheter i sin verksamhet. Myndigheten ska också i sin verksamhet analysera konsekvenserna för barn och då ta särskild hänsyn till barnets bästa enligt Barnkonventionen.<sup>1330</sup>

### *Specialpedagogiska skolmyndigheten, SPSM*

Den Specialpedagogiska skolmyndigheten, (SPSM) ska verka för att alla barn, elever och vuxenstuderande med funktionsnedsättning får tillgång till en likvärdig utbildning och annan verksamhet av god kvalitet i en trygg miljö. Myndigheten ansvarar även för specialpedagogiskt stöd samt för utbildning i specialskolan och i förskoleklass och fritidshem vid en skolenhet med specialskola.<sup>1331</sup>

### *Universitetskanslersämbetet*

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) ansvarar bland annat för kvalitetssäkring, granskning av effektivitet, uppföljning och tillsyn. UKÄ:s ansvar omfattar de universitet och högskolor som omfattas av högskolelagen (1992:1424) samt enskilda anordnare av utbildning som kan leda fram till en examen som får utfärdas enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina, samt enskilda anordnare av utbildning på högskolenivå som får statsbidrag.<sup>1332</sup>

---

<sup>1328</sup> 1 § förordning (2011:556) med instruktion för Statens skolinspektion.

<sup>1329</sup> 2 § förordning (2011:556) med instruktion för Statens skolinspektion.

<sup>1330</sup> 7 § förordning (2011:556) med instruktion för Statens skolinspektion.

<sup>1331</sup> 1 § förordning (2011:130) med instruktion för Specialpedagogiska skolmyndigheten.

<sup>1332</sup> 1 § förordning (2012:810) med instruktion för Universitetskanslersämbetet.

## 17.2 Åtgärder för att säkerställa tillgång till utbildning under pandemin

### 17.2.1 Myndigheters uppföljningar under pandemin

Flera myndigheter, bl.a. Skolverket, Skolinspektionen, SPSM, Barnombudsmannen och Folkhälsomyndigheten har hittills haft i uppdrag av regeringen att följa upp och kartlägga konsekvenser av pandemin för barns och elevers utbildning.<sup>1333</sup> En ytterligare förlängning av flera av dessa uppdrag har även skett för att kunna fastställa mer långsiktiga konsekvenser av den undervisning som har skett på distans. Det innebär att utvärderingar och granskningar av genomförda åtgärder inom skolväsendet samt effekter av fjärr- och distansundervisningen fortfarande pågår.

Skolverket har i olika omgångar fått i uppdrag att följa upp konsekvenserna av pandemin för utbildningen inom skolväsendet. Enligt Skolverkets delredovisning i maj 2021 har tillgången till utbildning varit god inom samtliga skolformer under pandemin. Inom de flesta av skolformerna har verksamheterna hållits öppna för barnen och eleverna i stort sett i samma utsträckning som vanligt. Det gäller förskolan, förskoleklassen, grundskolan upp till och med årskurs 6, grund- och gymnasiesärskolan, specialskolan och i huvudsak även på högstadiet. Enligt de förskole- eller skolenheter som har stängt ner helt under perioder har det rört sig om en begränsad period på grund av antingen utbredd smittspridning, frånvaro bland personalen eller på inrådan av regionens smittskydd.<sup>1334</sup>

Inom gymnasieskolan, den kommunala vuxenutbildningen (komvux) och i perioder även inom högstadiet i grundskolan, har tillgången till undervisning kunnat upprätthållas genom en övergång till fjärr- eller distansundervisning. I vissa yrkesprogram inom gymnasieskolan och komvux har dock tillgången till utbildning påverkats av pandemin. Utmaningarna har varit störst på yrkesprogram i gymnasieskolan som är inriktade mot branscher med många småföretag, samt mot service- och omsorgssektorn.

---

<sup>1333</sup> De sammanställningar av skolornas arbete som Skolverket och Skolinspektionen har gjort är tämligen översiktliga. Skolverket gick i början av pandemin ut med en tydlig uppmaning till alla forskare att begränsa enkätutskick och dylikt till skolorna. Att mer detaljerade insamlingar av data (exempelvis frånvaro, undervisningssätt) inte har kunnat göras har försvårat möjligheterna för forskare och utredare att följa upp effekter av fjärr- och distansundervisningen.

<sup>1334</sup> Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, den 21 maj 2021.

Vid komvux har utmaningarna främst funnits inom sfi (svenska för invandrare) och inom den utbildning (studieväg 1) som riktar sig till elever som har kort eller ingen skolbakgrund sedan tidigare. Svårigheterna har bland annat varit brist på teknisk utrustning i hemmet, digital ovana, studieovana samt språkliga svårigheter.<sup>1335</sup> När det gäller yrkeshögskolans utbildningar har utbildningsanordnare upplevt att det har varit svårt att ersätta en del av de praktiska delar som ingår inom ramen för Lärande i arbete (LIA). Många utbildningar och moment har dock kunnat ställa om till fjärr- och distansundervisning.<sup>1336</sup>

Även Skolinspektionen har fått i uppdrag att granska den undervisning som bedrivits på distans i respektive skolform.<sup>1337</sup> Resultatet från en av Skolinspektionens delredovisningar vad gäller grundskolan bekräftar bland annat Skolverkets slutsatser. Den övergripande bilden är att grundskolor har gjort stora ansträngningar och lyckats väl när det gäller att genomföra de flesta moment i undervisningen. Granskningen sägs ge få indikationer på att eleverna helt har gått miste om undervisning eller något undervisningsmoment.<sup>1338</sup>

Enligt uppföljningar som UKÄ har genomfört har övergången till undervisning på distans i högskolor och universitet generellt fungerat väl även om den har inneburit flera utmaningar. En viktig orsak till att omställningen kunde göras så snabbt är att den tekniska infrastrukturen till stor del redan fanns på plats när pandemin bröt ut. Omställningen har dock inneburit stora utmaningar för högskolans olika verksamheter. Personalen på olika nivåer har varit hårt belastad. Den undervisande personalen har tvingats att ställa om till nya arbetssätt på mycket kort tid och majoriteten av studenterna har upplevt ett sämre välbefinnande och en ökad negativ stress och oro.<sup>1339</sup>

I avsnitten nedan belyser kommissionen några av de åtgärder som har vidtagits av regering, myndigheter och huvudmän för att säker-

---

<sup>1335</sup> Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, den 21 maj 2021.

<sup>1336</sup> Post- och telestyrelsen, *Digital omställning till följd av covid-19. Uppdrag att kartlägga och analysera erfarenheter och behov av åtgärder för att leva och verka digitalt i spåren av utbrottet av covid-19*, den 14 januari 2021.

<sup>1337</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Statens skolinspektion.

<sup>1338</sup> Skolinspektionen, *Fjärr- och distansundervisning i grundskolan. Iakttagelser baserade på intervjuer med rektorer och elever i 56 skolor under covid-19-pandemin*, den 25 maj 2021.

<sup>1339</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag. Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

ställa elevers, vuxenstuderandes och studenters tillgång till utbildning under pandemin.

### 17.2.2 Rekommendationer om övergång till fjärr- och distansundervisning

Folkhälsomyndigheten har vid flera tillfällen utfärdat olika rekommendationer kring undervisningen i gymnasieskolan, komvux, yrkeshögskolan och högskolan. Övriga skolformer har inte omfattats av Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Den 17 mars 2020 rekommenderade Folkhälsomyndigheten att undervisningen i gymnasieskolan inte skulle bedrivas i skolans lokaler, utan genom fjärr- eller distansundervisning. Motsvarande rekommendation gällde även högskolan, yrkeshögskolan och komvux. Rekommendationen angavs främst syfta till att bromsa takten i spridningen av covid-19 i samhället, och att avlasta sjukvården och skydda de mest sårbara från att smittas. Till skillnad från barn i grundskolans tidiga årskurser ansågs inte gymnasieelever och studenter vara i samma behov av omsorg som yngre elever i grundskolan. Gymnasieskolor, universitet och högskolor bedömdes även samla elever och studenter från uppbyggnadsområden som var mycket större än grundskolans.<sup>1340</sup>

Myndigheten har sedan dess meddelat vissa undantag från rekommendationen. Rekommendation om distansundervisning i gymnasieskolor upphörde exempelvis att gälla den 15 juni 2020 för att eleverna skulle kunna återvända till skolorna under höstterminen 2020. Den 3 december 2020, under smittspridningens andra våg, rekommenderade Folkhälsomyndigheten återigen gymnasieskolors huvudmän att delvis stänga och därmed övergå till distans- eller fjärrundervisning till och med den 6 januari 2021. Folkhälsomyndigheten rekommenderade därefter i ett beslut från 28 december 2020 att gymnasieskolorna fortsatt skulle hållas delvis stängda fram till den 24 januari 2021.<sup>1341</sup>

Från och med den 25 januari 2021 förlängdes men justerades rekommendationen till att undervisningen skulle bedrivas som en

<sup>1340</sup> Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 16 augusti 2021).

<sup>1341</sup> Folkhälsomyndigheten, *Rekommendation om fortsatt delvis stängning och fjärr- eller distansundervisning för gymnasieskolan* (beslut), den 28 december 2020. Den rättsliga grunden för huvudmännens beslut baserat på Folkhälsomyndighetens rekommendation fanns i förordning (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta.

kombination av fjärr-, eller distansundervisning och viss närundervisning till och med den 1 april 2021. Folkhälsomyndigheten angav att smittläget då fortfarande var allvarligt, men att den var något avtagande och att därför fanns skäl att gradvis återuppta närundervisning i skolans lokaler. Det lokala smittläget skulle vara avgörande. Den 25 mars 2021 meddelade skolminister Anna Ekström vid en pressträff att rekommendationen inte skulle förlängas ytterligare då Folkhälsomyndigheten bedömde att nackdelarna för eleverna och studenterna med fjärr- och distansundervisning var betydande, och att närundervisning på plats i skolan skulle vara bättre för deras kunskapsinhämtning och hälsa.<sup>1342</sup> Från höstterminen 2021 skulle således de berörda skolformerna genomföra undervisning på plats även om det fortfarande var möjligt att vid behov, beroende på smittläget, bedriva fjärr- och distansundervisning.<sup>1343</sup>

### 17.2.3 Beslutade föreskrifter

Den 13 mars 2020 beslutade regeringen förordning (2020:115) som gav huvudmännen möjligheter att anpassa skolverksamheten, till exempel genom att erbjuda fjärr- och distansundervisning för att elever ska kunna tillförsäkras sin rätt till utbildning enligt skollagen.

Förordningen trädde i kraft den 16 mars 2020. Den kunde även tillämpas när en huvudman i olika situationer håller eller har hållit skolor stängda och gav t.ex. möjlighet till att förlänga läsåret, förlägga undervisning på andra dagar, eller fördela undervisningstiden i ett eller flera ämnen på ett annat sätt än som föreskrivs.<sup>1344</sup>

Riksdagen beslutade den 19 mars 2020 lag (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid. Den innehåller bl.a. bemyndigande för regeringen att vid extraordinära förhållanden i fredstid meddela föreskrifter om att förskoleenheter, skolenheter, fritidshem eller andra verksamheter enligt skollagen ska stängas tillfälligt på nationell, regional eller kommunal nivå (3 §).<sup>1345</sup> Regeringen har sedan lagen trädde i kraft den

---

<sup>1342</sup> Regeringens pressträff, Utbildningsdepartementet, den 25 mars 2021.

<sup>1343</sup> Uppgifter hämtade från regeringens webbplats (den 31 augusti 2020).

<sup>1344</sup> Förordning (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridande av smitta.

<sup>1345</sup> Lagen (2020: 148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid (bet. 2019/20:UbU25, rskr. 2019/20:189), den 19 mars 2020.

21 mars 2020 ännu inte beslutat om att stänga förskolor, skolor eller annan verksamhet på skolområdet med stöd av lagen.

Regeringen har under 2020 beslutat om ett flertal ändringar i den nämnda förordningen Några av dem nämns i det följande.

Den 27 april trädde en ändring i kraft som innebär att en huvudman ges möjlighet att tillämpa förordningens bestämmelser om fjärr- och distansundervisning, om det behövs för att lärare eller elever inte är eller har varit närvarande i en skolenhets lokaler därför att de följer eller har följt en rekommendation från Folkhälsomyndigheten.<sup>1346</sup>

Den 16 juli utfärdades ännu en ändring som innebär att en huvudman för en gymnasieskola som håller den öppen kan använda sig av exempelvis om fjärr- och distansundervisning om det behövs för att kunna anpassa utbildningens utformning, omfattning eller förläggning för att lärare och elever ska kunna följa föreskrifter, allmänna råd eller rekommendationer från Folkhälsomyndigheten som rör kollektivtrafiken och andra allmänna färdmedel.<sup>1347</sup> Detta bland annat för att undvika trängsel i kollektivtrafiken.

En ändring som trädde i kraft den 23 november innebär fjärr- och distansundervisning får användas i en öppen gymnasieskola även i de fall antalet elever som är samtidigt närvarande i skolenhetens lokaler behöver begränsas för att följa föreskrifter, allmänna råd eller rekommendationer från Folkhälsomyndigheten.<sup>1348</sup>

Den 8 januari 2021 beslutade regeringen om ännu en ändring som innebär att huvudmannen för en grundskola som är öppen för eleverna kan besluta att använda fjärr- eller distansundervisning även i högstadiet för att undvika trängsel i skolans lokaler eller i kollektivtrafiken.<sup>1349</sup>

Sedan den 1 augusti 2020 finns i 21 och 22 kap. skollagen även nya bestämmelser om fjärr- respektive distansundervisning i vissa skolformer. Det innebär att skolor från och med den 1 juli 2021 får använda fjärrundervisning inom fler ämnen än tidigare och regelverket för distansutbildning har lättats något.

---

<sup>1346</sup> Förordningen (2020:257) om ändring av förordningen (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridande av smitta.

<sup>1347</sup> Förordningen (2020:732) om ändring av förordningen (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridande av smitta.

<sup>1348</sup> Förordningen (2020:957) om ändring av förordningen (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridande av smitta.

<sup>1349</sup> Förordningen (2021:10) om ändring i förordningen (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta.

### 17.2.4 Regeringens satsningar och resurstillskott

Under pandemin har regeringen genomfört flera riktade satsningar och resurstillskott för att stödja olika aktörer inom skolväsendet.<sup>1350</sup>

Regeringen och SKR tecknade i november 2020 en överenskommelse som bland annat innebar att SKR skulle arbeta för att stödja huvudmän, skolor och andra utbildningsanordnare inom skolväsendet i deras digitala arbete. För överenskommelsen har regeringen avsatt 2,5 miljoner kronor för år 2020. För 2021 och 2022 är 5 miljoner kronor avsatta årligen.<sup>1351</sup>

För att ge huvudmännen ökade möjligheter att erbjuda barn och elever den utbildning de inte har kunnat tillgodogöra sig under pandemin och genomföra andra stödinsatser tillförde regeringen skolväsendet 250 miljoner kronor i vårandringsbudgeten i april 2021. Medlen ska fördelas på samma sätt som den så kallade skolmiljarden och kan exempelvis användas för att skapa förutsättningar för ökad undervisningstid för att så långt som möjligt undvika att barn och elevers kunskapsutveckling ska påverkas negativt, för att skapa en bättre arbetsmiljö för elever och lärare och för att smittsäkra verksamheterna. Dessutom föreslog regeringen 100 miljoner kronor ytterligare för att finansiera möjligheter till stöd, bland annat i form av förstärkt frivillig undervisning under skollov för elever i grundskolan och gymnasieskolan. En utbyggd lovskola ska ge större möjligheter att erbjuda elever den utbildning de inte har kunnat tillgodogöra sig under pandemin. Deltagande i lovskola kan även kombineras med sommarjobb som anordnas av kommuner.<sup>1352</sup>

### 17.2.5 Stöd för att underlätta arbetssituationen för lärare och elever

För att förbättra arbetssituationen för lärare och elever vid övergången till fjärr- och distansundervisning beslutade regeringen den 30 april 2020 att uppdra åt Skolverket att genomföra insatser för att stödja huvudmän, utbildningsanordnare, rektorer, lärare, förskol-

---

<sup>1350</sup> Ytterligare satsningar har genomförts inom området skolväsendet i samband med coronapandemin, till exempel förstärkning av Folkhögskolan, för att bland annat motverka långtidsarbetslöshet.

<sup>1351</sup> Se Utbildningsdepartementet, *Digitaliseringens möjligheter för att främja kunskapsutveckling och likvärdighet i skolväsendet*, Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde, den 5 november 2020.

<sup>1352</sup> Uppgifter hämtade från regeringens webbplats (besökt den 19 augusti 2021).

lärare samt övrig personal i skolväsendet och annan pedagogisk verksamhet under pandemin.<sup>1353</sup> Uppdraget innebar att Skolverket skulle ta fram och sprida lärande exempel på hur arbetet skulle kunna organiseras. I uppdraget ingick att ta fram specifikt stöd för att underlätta de delar av utbildningen som ansågs särskilt svåra att genomföra under pandemin, som exempelvis praktisk arbetslivsorientering (prao), arbetsplatsförlagt lärande (APL), betygssättning och utvecklingssamtal m.m.<sup>1354</sup>

I uppdraget ingick även att ta fram stöd för elevhälsans arbete, stöd för arbetet med nyanlända elever, elever på introduktionsprogram och elever i behov av särskilda stödinsatser, exempelvis på grund av familjens situation eller andra sociala skäl, en funktionsnedsättning, bristande kunskaper i svenska språket, bristande datorvana eller bristande tillgång till sådan utrustning som behövs i denna situation. Skolverket skulle även utforma stöd som ger huvudmän, utbildningsanordnare och rektorer vägledning att organisera verksamheten på ett sätt som ger en rimlig arbetssituation för förskollärare, lärare samt övrig personal i skolväsendet och annan pedagogisk verksamhet. Vidare skulle stöd för att bemöta barns och elevers oro till följd av den pågående situationen tas fram.<sup>1355</sup>

För att ge stöd har Skolverket bland annat utvecklat sitt redan befintliga webbaserade stöd och givit information inom ett tjugotal stödområden. Skolverket har försökt ge råd och vägledning men också stöd i form av diskussionsunderlag.<sup>1356</sup>

Skolverkets egen bedömning i en redovisning den 18 december 2020 var att stödet till skolväsendet generellt har kunnat svara upp mot de behov som har funnits hos skolor och huvudmän under 2020. De stödinsatser som hade genomförts bedömdes vara ändamålsenliga och hade dessutom nått berörda målgrupper. Skolor och huvudmän hade dock använt sig av Skolverkets stödmaterial i varierad grad.

Före pandemin stod den svenska skolan enligt Skolverket inför flera utmaningar. Det fanns bland annat skolor och huvudmän med

---

<sup>1353</sup> Regeringsbeslut, *Uppdrag att genomföra stödjande insatser med anledning av covid-19* (U2020/02765/S), den 30 april 2020.

<sup>1354</sup> Regeringsbeslut, *Uppdrag att genomföra stödjande insatser med anledning av covid-19* (U2020/02765/S), den 30 april 2020.

<sup>1355</sup> Regeringsbeslut, *Uppdrag att genomföra stödjande insatser med anledning av covid-19* (U2020/02765/S), den 30 april 2020.

<sup>1356</sup> Skolverket, *Skolverkets stöd till skolväsendet under covid-19 pandemin 2020*, den 16 december 2020. Se även Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, den 21 maj 2021.



stora problem där styrningen och kvaliteten i undervisningen hade brustit. Pandemins konsekvenser har förstärkt och synliggjort befintliga utmaningar, vilket även har påverkat hur smidigt övergången till fjärr- och distansundervisning har gått. I flera fall har inte skolor till fullo kunnat nyttja det stöd som har getts och i vissa andra fall har stödet inte varit tillräckligt.<sup>1357</sup>

Lärare, skolledare och huvudmän har dessutom inte alltid haft samma bild av hur pandemin har påverkat skolans verksamhet eller vilka åtgärder som har varit nödvändiga för att minska bland annat smittspridning och de eventuella konsekvenser som undervisning på distans kan ge upphov till. Skolverket gör även bedömningen att huvudmän inte alltid har förmått ge tillräckligt stöd till sina skolor under pandemin när det gäller hanteringen av pandemins effekter.<sup>1358</sup>

En undersökning av Sveriges Elevkårer från april 2020 bekräftar bilden av att det har funnits utmaningar avseende arbetsituationen för lärare och elever i exempelvis gymnasieskolor.<sup>1359</sup> Utmaningar som då lyftes var bland annat att eleverna upplevde en större arbetsbörda och avsaknad av motivation. De upplevde även att de hade ett stort eget ansvar och kände stress och oro och att det var svårt att visa sin kapacitet på distans.<sup>1360</sup>

### 17.2.6 Tekniska förutsättningar för att bedriva fjärr-och distansundervisning

Övergången till fjärr- och distansundervisning den 17 mars 2020 skedde från en dag till en annan. Huvudmän och rektorer inom skolväsendet tvingades snabbt att inventera och utveckla sin digitala infrastruktur och uppdatera tillgången till enheter och programvara för att kunna erbjuda undervisning på distans. Det fanns även behov av fortbildning av personal.

---

<sup>1357</sup> Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, den 21 maj 2021.

<sup>1358</sup> Skolverket, *Skolverkets stöd till skolväsendet under covid-19 pandemin 2020*, den 16 december 2020.

<sup>1359</sup> Sveriges Elevkårer skickade den 14 april 2020 ut en enkät till alla sina medlemmar om hur det fungerar att studera på distans. Enkäten gick ut till 44 511 mejladresser och besvarades av 7 543 personer. Se Sveriges Elevkårer, *Gymnasieelevers upplevelse av distansundervisning under coronakrisen*, april 2020.

<sup>1360</sup> Se Sveriges Elevkårer, *Gymnasieelevers upplevelse av distansundervisning under coronakrisen*, april 2020.

En gemensam erfarenhet för andra länder som har infört fjärr- och distansundervisning är att det är de elever och studenter som redan är sårbara eller inte digitalt delaktiga som har påverkats mest. Det rör sig framförallt om elever eller studenter som har en funktionsnedsättning, har språksvårigheter, är socioekonomiskt utsatta, saknar tillgång till funktionellt internet eller annan digital utrustning samt de som inte kan få tillräckligt stöd i hemmet. En utmaning även i andra länder har varit att digitalt ställa om utbildningar eller ämnen med praktiskt innehåll. Det har i vissa fall medfört att studietiden för drabbade elever och studenter har behövt förlängas.<sup>1361</sup>

Enligt en rapport från Post- och telestyrelsen (PTS) är det övergripande intrycket att den digitala omställningen för bland annat gymnasieskolor och vuxenutbildningen i Sverige gått bättre än förväntat.<sup>1362</sup> Även för universitet och högskolor innebar pandemin att all undervisning ställdes om till digital verksamhet. Enligt Universitetskanslersämbetet (UKÄ) hade de flesta lärosäten redan innan pandemin digitala läroplattformar och har sedan många år tillbaka möjliggjort utbildning på distans, exempelvis nätbaserad utbildning. Detta hade dock inte utgjort en majoritet av utbudet och långt ifrån alla lärare och studenter hade haft erfarenheter av sådan utbildning. Personal som normalt inte undervisar och forskar hade heller inte någon större vana att arbeta digitalt på distans, men även bland dessa verkar omställningen ha fungerat väl och engagemanget har varit stort.<sup>1363</sup>

Flera lärosäten vittnar dock om att genomförandet av digitala examinationer har inneburit svårigheter.<sup>1364</sup> De utmaningar som lyfts fram har att göra med att digitalt pröva studenternas kunskaper på ett rättssäkert sätt. Det har bland annat upplevts vara svårt för lärare att avgöra vilken student som genomgår den digitala examinationen.

---

<sup>1361</sup> Post- och telestyrelsen, *Internationell utblick – distansundervisning under covid-19*, oktober 2020.

<sup>1362</sup> Post- och telestyrelsen, *Digital omställning till följd av covid-19. Uppdrag att kartlägga och analysera erfarenheter och behov av åtgärder för att leva och verka digitalt i spåren av utbrottet av covid-19*, den 14 januari 2021.

<sup>1363</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021. Regeringen har gett UKÄ i uppdrag att följa upp konsekvenserna för högskolans verksamhet av beslut och insatser som genomförts med anledning av det nya coronaviruset. Syftet är att kunna följa resultatet av insatserna och dra lärdom av effekterna på högre utbildning och forskning på både kort och lång sikt. Uppdraget ska slutredovisas den 1 december 2022.

<sup>1364</sup> Enligt uppgift från Sofia Berlin Kolm vid Universitetskanslersämbetet (UKÄ) den 17 maj 2021. Se även UKÄ, *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

Det har även funnits svårigheter att avgöra om studenterna har använt otillåtna hjälpmedel och om studenterna har tagit hjälp av varandra för att lösa vissa examinationsuppgifter. Ytterligare ett problem med de digitala examinationerna har varit svårigheten att anonymisera tentamensuppgifter. Anonymiteten har setts som avgörande för att examinationen ska vara rättssäker. Flera studenter har också känt oro för att deras internetuppkoppling inte skulle vara tillräcklig för att klara de tekniska krav som ställs vid examinationen och att de därmed skulle underkännas.<sup>1365</sup>

Sverige är på många sätt väl utrustat för distansundervisning och elevernas tillgång till datorer via skolan har bedömts vara mycket god då nästan alla ungdomar har tillgång till datorer och internet i hemmet.<sup>1366</sup>

Enligt en undersökning genomförd av Stockholms universitet under våren 2020 kring förutsättningar för den digitala omställningen i gymnasieskolor ansåg ungefär en tredjedel av lärarna att skolledningen eller huvudmannen hade tagit ansvar för att undersöka elevernas tillgång till teknisk utrustning (t.ex. datorer och pekplattor) samt internetuppkoppling. Det fanns dock ett betydande antal lärare (cirka en tredjedel) som påpekade att inga sådana undersökningar hade gjorts eller diskuterats varken på huvudmanna-, skol- eller lärarnivå.<sup>1367</sup>

Kartläggningar som gjordes under våren 2020 visade att samtliga elever inte hade tillgång till nödvändig teknisk utrustning i hemmet. En del elever behövde dela tekniska enheter med andra familjemedlemmar och andra hade inte tillräcklig snabb internetuppkoppling eller uppkoppling med tillräcklig datamängd. I flera fall har skolor kunnat låna ut datorer, men det fanns även exempel på situationer där skolor inte hade haft tillgång till enheter att låna ut. I sådana fall har man bland annat öppnat upp för att dessa elever skulle kunna komma till skolan och kombinera fjärrundervisning med närundervisning, vilket ibland har inneburit en högre arbetsbelastning för lärare. En del skolor har även hänvisat till teknisk utrustning vid skol- eller stadsbibliotek. Det har även gjorts försök att få till

---

<sup>1365</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Omställningen till distansundervisning som följd av coronapandemin. En sammanställning av lärosätenas och studentkårernas egna kartläggningar och analyser*, 2021.

<sup>1366</sup> Statens medieråd, *Ungar & medier 2017: demografi*, den 1 december 2017 (uppdaterad den 18 april 2021).

<sup>1367</sup> Jalal Nouri och Nina Bergdahl, *Covid-19 och omställning till distansundervisning i svensk skola*, Stockholms universitet, den 26 mars 2020.

analoga uppgifter för de elever som inte har haft tillgång till nödvändig teknisk utrustning och i vissa fall har samtliga elever i klassen fått analoga uppgifter för att upprätthålla likvärdigheten i utbildningen.<sup>1368</sup>

Flera lärosäten har genom enkätundersökningar undersökt studenters tillgång till teknisk utrustning. Överlag visar resultaten från dessa undersökningar att majoriteten av studenterna har haft tillräckliga tekniska förutsättningar för att kunna delta i distansundervisningen. Det har dock funnits utmaningar för en del studenter när det gäller tillräcklig internetuppkoppling för att kunna delta vid fjärrundervisning. Vissa lärosäten har via sina bibliotek kunnat erbjuda studieplatser åt de studenter som saknat tekniska förutsättningar att delta i undervisningen i hemifrån.<sup>1369</sup>

### 17.2.7 Stöd för elever och studenter med funktionsnedsättning

Liksom Skolverket skapade SPSM i samband med regeringens uppdrag den 30 april 2020 en kunskapsportal för digitalt lärande som stöd för den undervisning som genomfördes på distans. I SPSM:s läromedelsverksamhet har myndigheten under 2021 även gett tillgång till kostnadsfria läromedel för barn och elever. De uppföljningar som SPSM har gjort under pandemin har visat att barn och elever med funktionsnedsättning ofta har upplevt en bristande tillgänglighet i distansundervisningen. SPSM har därför utvecklat sin webbplats ytterligare med råd vid undervisning på distans utifrån målgruppernas behov. En omställning till webbaserad kompetensutveckling har även påbörjats där kurser övergått helt till digital form.<sup>1370</sup>

Enligt en av Skolverkets uppföljningsrapporter har det varit hög frånvaro bland både elever och personal även i specialskolan, men

---

<sup>1368</sup> Jalal Nouri och Nina Bergdahl, *Covid-19 och omställning till distansundervisning i svensk skola*, Stockholms universitet, den 26 mars 2020.

<sup>1369</sup> Universitetskanslersämbetet, *Omställningen till distansundervisning som följd av coronapandemin. En sammanställning av lärosätenas och studentkårens egna kartläggningar och analyser*, 2021.

<sup>1370</sup> Skolverket, *Skolverkets stöd till skolväsendet under covid-19 pandemin 2020*, den 16 december 2020. Se även Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, den 21 maj 2021.

specialskolorna har till stor del varit öppna under pandemin vilket har varit viktigt för elever som har behov av en anpassad lärmiljö.<sup>1371</sup>

Elever inom gymnasieskolan med funktionsnedsättningar har trots ett utökat stöd varit särskilt utsatta under pandemin. Distansundervisningen våren 2020 blev enligt Riksförbundet Attention<sup>1372</sup> kaotisk och rörig för gymnasieungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Rutiner bröts, eleverna klarade inte av att ta eget ansvar hemma, och stödinsatser i skolan försvann från en dag till en annan. Detta ledde till förtvivlan hos många anhöriga som tvingades hemundervisa sina gymnasieungdomar. För vissa elevgrupper blev situationen bättre när gymnasiet öppnades upp för dem under hösten 2020. Även grundskole- och förskoleelever med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har påverkats av ändrade rutiner, många vikarier, nya undervisningsformer och högre sjukfrånvaro.

Enligt FUB<sup>1373</sup> stängde även flera gymnasiesärskolor ner under våren, trots att regeringens beslut om distansundervisning på gymnasieskolan inte gällde dem. Detta orsakade enligt FUB problem eftersom det handlar om elever som inte klarar av självständiga hemstudier och där många har ett tillsynsbehov som i vanliga fall tillgodoses av skolan.<sup>1374</sup>

FUB och Attention menar att det inte bara är barn och unga som har påverkats negativt av den förändrade skolsituationen. Anhöriga uppger att det har uppstått fler konflikter i hemmen på grund av ökad ångest och oro vid distansstudier, särskilt eftersom fler i familjen är hemma i större utsträckning. Föräldrar har också behövt ägna sig åt hemundervisning och tillsyn, vilket har gjort det svårt för dem att arbeta – något som i sin tur medfört ökad stress och ekonomisk påverkan och/eller oro. Det har även inneburit minskade möjligheter till avlastning och återhämtning för föräldrar som, enligt organisationerna, är i stort behov av detta. För ett mindre antal barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar uppges distans-

---

<sup>1371</sup> Skolverket, *Skolverkets stöd till skolväsendet under covid-19 pandemin 2020*, den 16 december 2020. Se även Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, den 21 maj 2021.

<sup>1372</sup> Riksförbundet Attention är en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (exempelvis adhd, autismspektrumtillstånd (AST), språkstörning och Tourettes syndrom).

<sup>1373</sup> FUB är en intresseorganisation för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning/intellektuell funktionsnedsättning.

<sup>1374</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020, 2021*.

undervisningen dock i stället ha underlättat livet.<sup>1375</sup> Samtidigt som många huvudmän har använt de möjligheter som funnits att undanta mer utsatta grupper från fjärr- eller distansundervisning har pandemin inneburit svårigheter att ge barn och elever de stödinsatser de har haft rätt till.

Även undersökningar från olika lärosäten lyfter fram att distansundervisningen inte har passat alla studenter, och sårbarheten bland studenter med funktionsnedsättning har poängterats särskilt. Denna bild bekräftas av studentkårerna som har följt upp hur stödet för studenter med funktionsnedsättning har fungerat under pandemin. Uppföljningar visar att dessa studenters upplevelser av det extra stödet har varierat, men kontakten med stödfunktioner upplevs överlag ha fungerat väl. I vissa fall har behovet av stöd minskat när undervisningen skett på distans. Några studenter upplevde att undervisningen hade blivit svårare, att föreläsningarna höll ett högre tempo och att det hade blivit svårare att ställa förtydligande frågor till läraren.<sup>1376</sup> Andra upplevde att det blev svårare att fokusera på studierna när rutinerna löstes upp och studierna skulle skötas på egen hand hemma. Även den stora mängden snabba förändringar i när och hur undervisningen och examinationen genomfördes försvårade situationen för en del av dessa studenter vilket gav upphov till ökad stress, oro och frustration. Till exempel har digitala examinationer inte anpassats, eller anpassades inte tillräckligt, för dessa studenters behov.<sup>1377</sup>

Omställningen till distansutbildning verkar dock initialt ha inneburit bättre studievillkor för en del studenter med funktionsnedsättning. Dessa kunde till exempel omvandla restiden till mer, välbehövad, studietid och studiemiljön hemma fungerade bättre än miljön vid lärosätet. Bland sådant som flera studenter med funktionsnedsättning angav som positiva förändringar var förinspelade föreläsningar som de kunde titta på flera gånger.<sup>1378</sup>

---

<sup>1375</sup> Folkhälsomyndigheten (2021), *Hur har folkhälsan påverkats av covid-19-pandemin? Samlad bedömning utifrån svensk empiri och internationell forskning under 2020*, 2021.

<sup>1376</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

<sup>1377</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

<sup>1378</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

### 17.2.8 Stöd för särskilt utsatta elever

Enligt Barnombudsmannens finns indikationer på att det inte bara är elever med funktionsnedsättningar som har drabbats till följd av fjärr- och distansundervisningen. Även andra särskilt utsatta elever har drabbats.<sup>1379</sup> Detta bekräftas även av olika uppföljningsrapporter från exempelvis Skolverket. Det gäller exempelvis nyanlända elever, elever som har svenska som andraspråk, men även elever som inte har tillgång till internetuppkoppling eller av olika anledningar har svårt att finna studiero hemma.<sup>1380</sup> Pandemin har enligt dessa myndigheter påverkat skolors möjligheter att tillgodose elevers behov av extra anpassningar och särskilt stöd. Omställningen till distansundervisning har krävt nya arbetssätt och lösningar för att ge elever stöd. Flera vittnar om att det på många sätt har fungerat bra, men utmaningar har ändå funnits. I grundskolan nämns frånvaro hos personal som en anledning till att det i vissa fall har varit svårt att tillgodose elevers behov av stöd.<sup>1381</sup>

Enligt Skolinspektionen har flera skolor i olika uppföljningar beskrivit att stöd till de elever som är i behov av det fortgår på samma sätt som före fjärr- och distansundervisningen. De elever som tidigare hade behov av stödinsatser, till exempel i form av en resursperson, har haft ett sådant stöd även under pandemin. Resurspersonerna har exempelvis utfört samma jobb som tidigare fast på distans. Kontakt mellan resursperson alternativt specialpedagog och en elev har skett via telefon- eller videosamtal. Elever har även erbjudits att komma in till skolan för att få särskilt stöd på plats.<sup>1382</sup> En annan uppföljningsrapport genomförd av Skolinspektionen visar att elever som läser sfi vid komvux har haft det svårt när tillfällena att träna svenska med lärarna och andra elever har minskat. Resultaten visar även att dessa elevers mående har påverkats negativt som en följd av att de sociala kontakterna har minskat.<sup>1383</sup>

---

<sup>1379</sup> Se Barnombudsmannen, *Covid-19 pandemins konsekvenser för barn - slutredovisning av regeringsuppdrag*, den 30 juni 2021.

<sup>1380</sup> Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, den 21 maj 2021.

<sup>1381</sup> Skolverket, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet (delredovisning augusti 2020)*, den 6 augusti 2020.

<sup>1382</sup> Skolinspektionen, *Gymnasieskolors distansundervisning under covid-19 pandemin: Skolinspektionens centrala iakttagelser efter intervjuer med rektorer*, den 25 juni 2020.

<sup>1383</sup> Skolinspektionen, *Fjärr- och distansundervisning vid kommunal vuxenutbildning. Iakttagelser baserade på intervjuer med rektorer och elever från 54 verksamheter under covid-19-pandemin*, 2021.

Enligt Skolverket innebär skolans kompensatoriska uppdrag att det i utbildningen ska tas hänsyn till barns och elevers olika behov och att de ska ges stöd och stimulans för att utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen. Den bristande likvärdigheten som sedan tidigare är ett problem för svensk skola har enligt Skolverket förstärkts under pandemin.<sup>1384</sup> En ökad personalförbrukning och övergången till fjärr- eller distansundervisning har till stor del påverkat förutsättningarna för att tillgodose behov av stöd för dessa elever. Samtidigt som många huvudmän har använt de möjligheter som funnits att undanta vissa grupper från fjärr- eller distansundervisning har pandemin ändå inneburit svårigheter att ge särskilt utsatta elever nödvändiga stödinsatser som de har rätt till.<sup>1385</sup> Detta bekräftas av Barnombudsmannen som menar att det finns indikationer på att barns rättigheter som exempelvis rätten till likvärdig utbildning enligt Barnkonventionen har påverkats.<sup>1386</sup>

### 17.3 Effekter på skolresultat och psykisk hälsa hos elever och studenter

Följande avsnitt fokuserar på fjärr- och distansundervisningens effekter vad gäller elevers och studenters psykiska hälsa och påverkan på skolresultat. Fokus är universitetet och högskolor, gymnasieskolor samt högstadieskolor som är de skolformer som har bedrivit mer omfattande fjärr- och distansundervisning. Avsnittet baseras bland annat på den underlagsrapport som tidigare nämnts om hur högstadie- och gymnasieelever har påverkats av att undervisning har bedrivits på distans.<sup>1387</sup>

#### 17.3.1 Effekter på skolresultat

Gymnasieelever och studenter vid Sveriges lärosäten har under pandemin i flera fall haft undervisning på distans i drygt ett år. Det finns

---

<sup>1384</sup> Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, 21 maj 2021.

<sup>1385</sup> Skolverkets delredovisning 3, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, 21 maj 2021.

<sup>1386</sup> Barnombudsmannen, *Covid-19 pandemins konsekvenser för barn – slutredovisning av rege- ringsuppdrag*, den 30 juni 2021.

<sup>1387</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.



indikationer från berörda myndigheter att skolresultaten i främst gymnasieskolan kan ha påverkats, särskilt för de elever som redan innan pandemin var särskilt utsatta. I Skolinspektionens rapport om fjärr- och distansundervisning i högstadiet framgår att även om undervisningsmoment har genomförts enligt plan finns det mycket som tyder på att kvaliteten i den undervisning som har getts på distans inte har varit lika hög som vid närundervisning. Eleverna har upplevt att de inte kan lära av varandra i samma utsträckning som tidigare och de har även haft svårare att följa med i själva undervisningen och har inte fått tillgång till samma stöd på distans. Vidare har framgått att eleverna har upplevt att det har varit svårare att ställa frågor vilket innebär att de kan ha gått miste om ett fördjupat lärande.<sup>1388</sup>

### *Universitet och högskolor*

UKÄ har bland annat undersökt hur studenternas resultat har påverkats av övergången till fjärr- och distansundervisning. UKÄ:s slutsats är att det inte finns några indikationer på att resultatet eller den så kallade prestationsgraden<sup>1389</sup> hos studenter har påverkats i någon större omfattning.

Enligt UKÄ finns inga stora skillnader mellan studenternas prestationsgrader under vårterminen 2019 och vårterminen 2020. Det gäller både på totalnivå som för olika grupper av studenter.<sup>1390</sup> Det finns heller inte några tydliga skillnader i prestationsgrad mellan studenter med olika social och nationell bakgrund. Undantaget är att yngre studenter tycks ha ökat sin prestationsgrad, medan den har minskat bland äldre studenter vårterminen 2020 jämfört med året innan.<sup>1391</sup>

UKÄ konstaterar att pandemin har inneburit lättnader för vissa studentgrupper som tidigare haft svårt att klara studierna på grund av exempelvis hög sjukfrånvaro. Det finns exempel på studenter som upplever att distansundervisningen har haft en positiv effekt efter-

<sup>1388</sup> Skolinspektionen, *Fjärr- och distansundervisning i grundskolan - Iakttagelser baserade på intervjuer med rektorer och elever i 56 skolor under covid-19-pandemin*, 2021.

<sup>1389</sup> Prestationsgrad är ett mått som visar hur många högskolepoäng studenter tar av de antal högskolepoäng de är registrerade för under en termin.

<sup>1390</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Genomströmningen i högskolan under coronapandemin – studenternas prestationsgrad*, PM, den 9 mars 2021.

<sup>1391</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Genomströmningen i högskolan under coronapandemin – studenternas prestationsgrad*, PM, den 9 mars 2021.

som den inneburit att de, trots symptom som tidigare förhindrat dem från att ta sig till lärosätet, nu kunnat delta i undervisningen bland annat med hjälp av förinspelade föreläsningar. För dessa studenter har skolresultaten påverkats positivt.<sup>1392</sup>

### *Högstadiе- och gymnasieskolor*

I en första redovisning (från augusti 2020) bedömde Skolverket att skolresultaten för våren 2020 inte hade påverkats nämnvärt.<sup>1393</sup> Den preliminära betygsstatistiken för våren 2020 visade till och med att andelen niondeklassare som var behöriga till gymnasieskolan ökade något jämfört med föregående läsår. Samtidigt hade fler avgångselever i gymnasieskolan tagit examen inom tre år. Statistik från våren 2020 visade bland annat att det var 78,1 procent av eleverna som genomförde gymnasieskolan med examen inom tre år. Våren 2019 var motsvarande andel 76,6 procent, vilket innebär en ökning med 1,5 procentenheter under 2020. Andelen ökade för såväl flickor som pojkar. Skolverket kunde dock inte uttala sig om huruvida förändrade förutsättningar för betygssättning och bedömning hade påverkat dessa resultat.<sup>1394</sup> I en redovisning från maj 2021 konstaterar Skolverket att omställningen till fjärr- eller distansundervisning samt de inställda nationella proven våren 2020, kan ha påverkat förutsättningarna för bedömning och betygssättning och lett till höjda kursbetyg i gymnasieskolan under 2020. Det verkar även ha lett till vissa ökade skillnader i betyg mellan kommunala och enskilda huvudmän.

Enligt Helena Svaleryds och Jonas Vlachos underlagsrapport finns heller inga tydliga tecken på att skolresultaten i högstadiе- eller gymnasieskolan i genomsnitt påverkats av övergången till fjärr- och distansundervisning.<sup>1395</sup> Som framgår av figur 17.1 var betygen i genomsnitt under vårterminerna 2020 och 2021 på jämförbar nivå med tidigare år när det gäller eleverna i högstadiet och detsamma gäller

---

<sup>1392</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

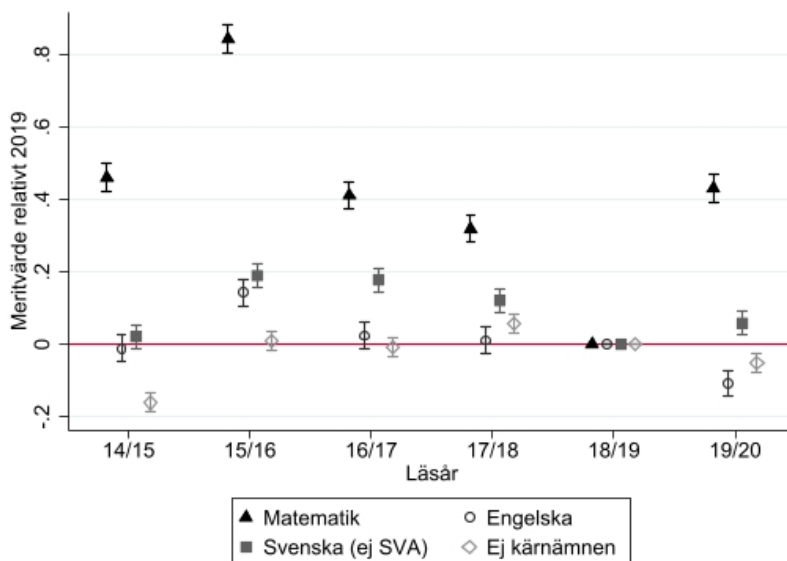
<sup>1393</sup> Skolverket, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, (delredovisning 1), augusti 2020.

<sup>1394</sup> Skolverket, *Covid-19-pandemins påverkan på skolväsendet*, (delredovisning 1), augusti 2020.

<sup>1395</sup> Underlagsrapportens analys av hur skolresultaten har påverkats av undervisning på distans har försvårats av flera skäl. Skolresultaten för läsåret 2020/21 fanns när rapporten sammanställdes endast tillgängliga i preliminär och aggregerad form och inställda nationella prov var en ytterligare databegränsning.

för behörigheten till gymnasiet vilket gäller både för pojkar och flickor. Däremot steg betygen i matematik under vårterminen 2020 vilket sannolikt beror på en generösare betygssättning i samband med inställda nationella prov. Betygen i engelska föll dock vilket kan bero på att kravnivån på de nationella proven i engelska inte motsvarar lärarnas tolkningar av betygskriterierna.

Figur 17.1 Ämnesbetyg årskurs 9



Anm.: Resultat från separata regressioner för olika ämnen. Kontrollvariabler inkluderade. 95-procentigt konfidensintervall indikerat.

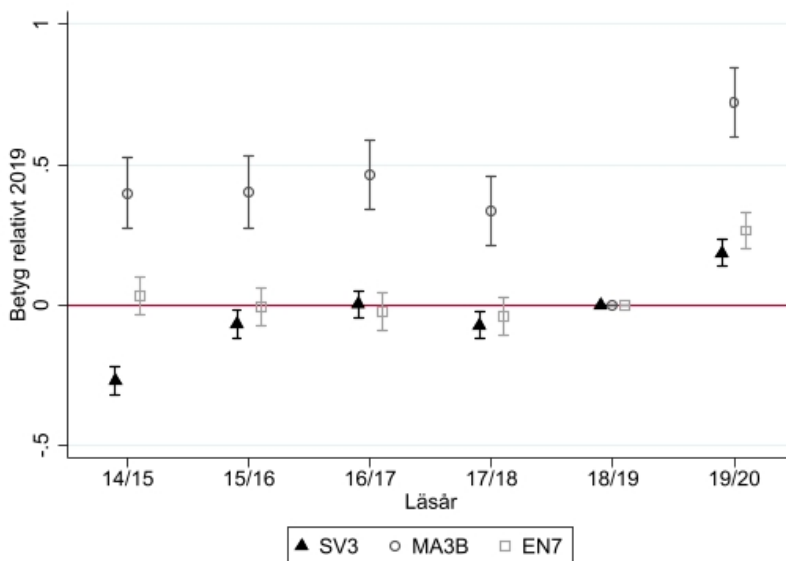
Källa: Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

Det finns inga indikationer på att elevgrupper med olika familjebakgrund gynnats eller missgynnats av den förändrade betygssättningen. Däremot finns en viss tendens till att pojkar missgynnats av den förändrade betygssättningen då deras medelbetyg föll mer relativt flickors under 2019 och 2020 än vad som kan hänföras till ämnen med inställda nationella prov. Vidare föll resultaten i årskurs 9 under vårterminen 2020 tydligt bland elever med tidigare psykiatrisk dia-

gnos. Den relativa resultatförsämringen för denna grupp är inte så stor, men följer samma mönster i samtliga ämnen.<sup>1396</sup>

Gymnasiebetygen följer samma utveckling som innan pandemin. Att de nationella proven ställts in försvårar emellertid jämförelser av betyg då rapportens resultat tydligt pekar på att betygssättningen påverkats av detta. För gymnasiet innebär detta en generösare betygssättning i genomsnitt och det finns tecken på att denna ökning varit störst bland fristående skolor. Som framgår av figur 17.2 har kursbetygen i matematik, svenska och engelska förbättrats jämfört med tidigare år. Att distansundervisning under vårterminens sista månader skulle ha resulterat i tydligt förbättrade kunskaper förefaller mindre troligt. Den rimligaste förklaringen till denna betygsförbättring är därför att inställda prov resulterade i generösare betygssättning.<sup>1397</sup>

Figur 17.2 Kurser som sannolikt avslutas under vårterminen (betyg)



Anm.: Resultat från separata regressioner för olika gymnasiekurser. Kontrollvariabler inkluderade. 95-procentigt konfidensintervall indikerat.

Källa: Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1396</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1397</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

På kursen Matematik 3B, som läses av många elever på studieförberedande program, är den ökade betygsskillnaden under vårterminen 2020 mellan fristående och kommunala skolor anmärkningsvärt stor. Det finns också vissa tecken på att pojkar missgynnats relativt flickor av att proven ställts in. Under höstterminen 2020 skrevs ett antal nationella prov på gymnasiet och resultaten på dessa är i nivå med tidigare år. Det finns inte heller några tydliga tecken på att resultatskillnaderna mellan olika elevgrupper på dessa prov skulle ha ändrats på något systematiskt sätt. Det finns inte heller några tydliga tecken på att resultatskillnaderna mellan elever i gymnasieskolan med olika familjebakgrund har ökat under pandemin.<sup>1398</sup>

### 17.3.2 Effekter på psykisk hälsa

Pandemin och smittskyddsåtgärdernas (exempelvis fjärr- och distansundervisning) påverkan på psykisk hälsa och välbefinnande hos befolkningen har fått stor uppmärksamhet under hanteringen av pandemin.

Flera internationella studier har även undersökt utvecklingen av psykiska besvär sedan länder världen över stängde ner för att minska smittspridningen. Det som dessa studier har gemensamt är att det finns en svårighet att särskilja effekten av pandemin från andra faktorer som kan påverka den psykiska hälsan och att resultaten har baserats på en analys av små populationer, vilket sammantaget gör det svårt att dra några generella slutsatser. Det finns ännu ingen entydig bild vad gäller huruvida pandemin har bidragit till en ökad psykisk ohälsa hos exempelvis ungdomar som har fått uppleva en stängd skola.<sup>1399</sup> En liknande slutsats drar Folkhälsomyndigheten som under 2021 har konstaterat att det inte går att avgöra om undervisning på distans påverkar förekomsten av psykiska besvär bland exempelvis gymnasieungdomar.<sup>1400</sup>

---

<sup>1398</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1399</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1400</sup> Folkhälsomyndigheten, *Har covid-19-pandemin och smittskyddsåtgärderna påverkat gymnasieungdomars och universitets- och högskolestudenternas hälsa och levnadsvanor? En kartläggande litteraturoversikt över internationell forskning*, 2021.

Framförallt grund- och gymnasieskolan är vanligtvis betydelsefulla för elevernas kontakt med vården, särskilt i kontakten med barn- och ungdomspsykiatri och ungdomsmottagningar. Enligt lag är skolans huvudman ansvarig för att eleverna ska ha tillgång till elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser.<sup>1401</sup> Skolhälsovården arbetar främst förebyggande, men utför även enklare sjukvård. Skolhälsovården spelar en central roll för remittering av barn med neuropsykiatrisk frågeställning till specialistverksamheter inom sjukvården för diagnostisk utredning. När skolan är stängd finns en risk att tillgång till vård och remittering till specialistverksamheter minskar. Elever i gymnasiet ska exempelvis erbjudas minst ett hälsobesök med allmän hälsokontroll hos elevhälsan under ett läsår. Under pandemin har sannolikt dessa kontroller inte alltid kunnat utföras som planerat.<sup>1402</sup>

### *Studenter vid universitet och högskolor*

UKÄ har sammanfattat de undersökningar som olika lärosäten har genomfört för att kartlägga hur omställningen till fjärr- och distansundervisningen har påverkat studenternas psykiska hälsa.<sup>1403</sup>

Undersökningar från 16 lärosäten för vårterminen 2020 har visat att studenter har upplevt ett allmänt sämre välbefinnande och en ökad negativ stress och oro. Det handlar dels om pandemins effekter på den egna livssituationen och framtida möjligheter att få anställning, dels om olika negativa effekter genom förändringar i utbildningssituationen. En majoritet av studenterna har bland annat upplevt försämringar i studiemiljön efter övergången till undervisning på distans där det främst är den sociala studiemiljön som försämrats mest. När undervisningen bedrevs på distans har studenterna minskat sina sociala kontakter med studiekamrater och lärare i stor utsträckning. Flera studenter har vittnat om att det har upplevts som en utmaning att hålla uppe både motivation och fokus på studier under den tid som universitet och högskolor har hållits stängda. Studenter har även beskrivit att de har känt av ensamhet och

---

<sup>1401</sup> Enligt 25 § skollagen (2010:800).

<sup>1402</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1403</sup> Se exempelvis Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Studenternas studiemiljö och hälsa efter omställningen till distansutbildning vårterminen 2020*, PM, den 15 mars 2021.

isolering vid det uteblivna sociala studentlivet. För en del studenter har dock undervisningen på distans inneburit positiva förändringar. Dessa anser till exempel att fjärr- och distansundervisningen har lett till en ökad flexibilitet och möjlighet att studera mer effektivt genom färre resor och mer material på nätet.<sup>1404</sup>

UKÄ konstaterar även att ovissheten för vårdstudenter har varit större än för andra grupper, särskilt eftersom dessa inte alltid har känt till om det har varit möjligt att genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) som planerat och om de därmed skulle kunna fullfölja sina studier. Detta har lett till ökad stress, vilket påverkat såväl studiemotivation som studieprestation. Även de studenter som har kunnat genomföra sin VFU har känt en oro på grund av en rädsla att bli smittade av covid-19.<sup>1405</sup>

### *Högstadiе- och gymnasieelever*

I olika uppföljningar där elever har intervjuats har det framkommit att övergången till fjärr- och distansundervisningen har bidragit till ökad psykisk ohälsa. En förändrad skolgång har enligt en rapport inneburit utmaningar, bland annat har den lett till stress över studier, känslor av kontrollförlust och minskade sociala relationer. Skolors efterlevnad av riktlinjer, information till elever och förmåga att snabbt ställa om har varierat i landet. Utöver myndighetsrestriktioner har vissa barn också behövt förhålla sig till föräldrars inställning till barnets skolgång, exempelvis föräldrar som hindrat sina barn från att gå till skolan och sjukanmält dem fastän de varit friska, vilket också kan ha orsakat stress över missad skolgång och funderingar kring betyg och prestationer.<sup>1406</sup>

Elever, särskilt i gymnasieskolan, har upplevt en känsla av ensamhet och minskad motivation som har förvärrats ju längre distansundervisningen har varat. Minskade sociala kontakter och avsaknaden av dagliga rutiner har påverkat elevernas mående negativt. Det

<sup>1404</sup> Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

<sup>1405</sup> Nästan 70 procent av de som har deltagit i olika undersökningar vid de medicinska fakulteterna vid Göteborgs, Lunds och Umeå universitet uppger att de varit ganska eller mycket oroade över att bli smittade. Ungefär 40 procent av studenterna har även känt oro över att sprida smittan vidare till andra. Se Universitetskanslersämbetet (UKÄ), *Universitetskanslersämbetets pandemiuppdrag Delrapportering 1*, den 16 mars 2021.

<sup>1406</sup> Bris (2020), *Årsrapport 2020. Första året med pandemin. Om barns mående och utsatthet*, rapport 2021:1, 2020.

finns även elever som har upplevt att gränsen mellan skola och fritid har suddats ut, vilket i vissa fall även har lett till stress hos dessa elever.<sup>1407</sup>

Helena Svaleryd och Jonas Vlachos har undersökt hur förekomsten av psykiatriska diagnoser och läkemedelsförskrivning har förändrats för elever i högstadie- och gymnasieskolan under den tid skolorna har hållits stängda. Rapporten analyserar skillnaden mellan elever i högstadiet, som i stort sett haft närundervisning med undantag för delar av våren 2021, och gymnasieelever som helt eller delvis haft distansundervisning.<sup>1408</sup>

Eftersom högstadie- och gymnasieungdomar drabbas på liknande sätt av andra införda smittskyddsåtgärder kan eventuella skillnader mellan grupperna bero på om eleverna undervisats på plats i skolans lokaler eller på distans. Underlagsrapporten visar att det emellertid är svårt att slå fast orsakerna bakom de förändringar som dokumenteras. En eventuell ökad psykisk ohälsa kan exempelvis påverkas av benägenheten att söka vård och möjligheterna att få vård och behöver inte endast bero på att undervisningen bedrivs på distans.<sup>1409</sup>

Vård och läkemedelsförskrivning för psykiatriska tillstånd har under lång tid ökat bland tonåringar och antalet vårdkontakter och förskrivning av läkemedel bland högstadieelever ökade under pandemin på likartat sätt som tidigare år. Samma ökning syns däremot inte bland gymnasieeleverna. Förekomsten av vårdkontakter för vissa psykiatriska tillstånd, som exempelvis depression och ångest<sup>1410</sup>, har även minskat bland högstadieeleverna i jämförelse med trenden från tidigare år och underlagsrapportens resultat visar att minskningen är ännu större bland gymnasieeleverna. Som framgår av figur 17.3 har andelen elever som får vård eller läkemedel förskrivet för ett psykiatriskt tillstånd ökat över tid i båda grupperna. Utvecklingen före pandemin ser ungefär likadan ut för högstadie- och gymnasieelever.

---

<sup>1407</sup> Se exempelvis Skolverket, *Ändrade lärotider och utbildningstapp, intervjuer med huvudmän med anledning av covid-19-pandemin*, 2021, Skolinspektionen, *Fjärr- och distansundervisning i grundskolan – Iakttagelser baserade på intervjuer med rektorer och elever i 56 skolor under covid-19-pandemin*, 2021, och Skolinspektionen, *Utbildning under påverkan av coronapandemin i gymnasieskolan*, 2020.

<sup>1408</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

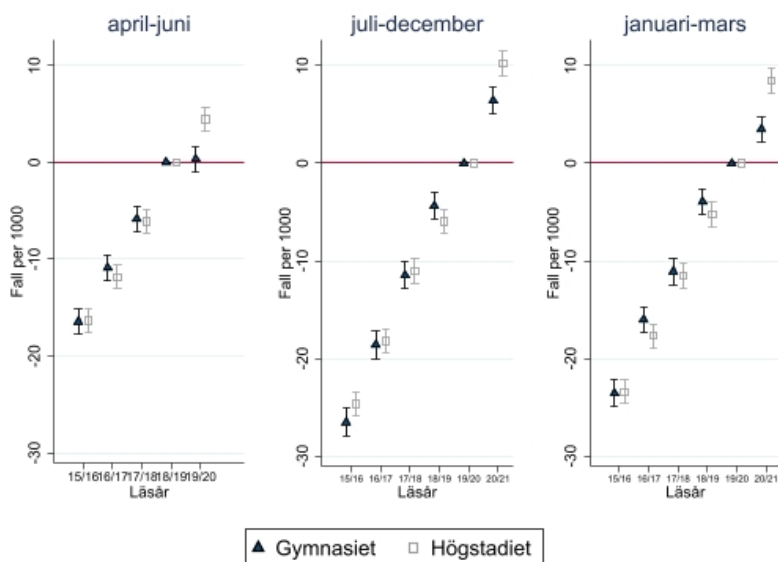
<sup>1409</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1410</sup> Andra psykiatriska tillstånd inkluderar störning på grund av psykoaktiv substans, självska- debeteende, ätstörning, antidepressiva läkemedel och ADHD.



Från och med april 2020, när skolorna stängde, ser förekomsten av vård och läkemedelsförskrivning för psykiatriska tillstånd bland gymnasieelever emellertid ut att öka i lägre grad än bland högstadielever. Figuren längst till vänster visar hur indikatorn för psykisk ohälsa ligger på samma nivå perioden april–juni 2020 som samma period 2019 bland gymnasieeleverna, medan den psykiska ohälsan ökade på samma sätt som tidigare år bland högstadielever. Mönstret ser likartat ut för juli–december och januari–mars; förekomsten av vårdkontakter eller läkemedelsförskrivning för psykiatriska tillstånd bland högstadieleverna följer en stigande trend medan förekomsten bland gymnasieeleverna ser ut att vara lägre än den trendmässiga utvecklingen.

**Figur 17.3 Utvecklingen av psykisk ohälsa 2015–2021 bland gymnasie- och högstadielever**



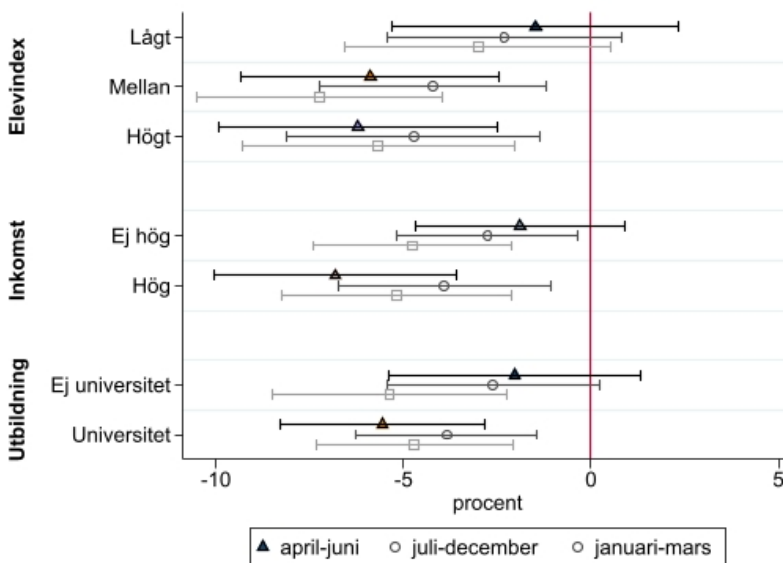
Anm.: Resultat från separata regressioner för högstadie- och gymnasieelever. Kontrollvariabler inkluderade. 95-procentigt konfidensintervall indikerat.

Källa: Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

Rapportens analys av olika diagnoser och läkemedel visar på en nedgång av vårdkontakter och läkemedelsförskrivning för alla studerade psykiatriska tillstånd bland gymnasieeleverna i jämförelse med hög-

stadieeleverna. Analysen av olika elevgrupper visar även som framgår av figur 17.4 på att minskningen bland gymnasieelever är större i socioekonomiskt starkare grupper.<sup>1411</sup>

**Figur 17.4** Förändring av psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar i jämförelse med högstadieungdomar under pandemin uppdelat på elevindex, föräldrars inkomst och utbildningsnivå



Anm.: Varje punkt indikerar estimatet från en separat regression. Kontrollvariabler inkluderade. 95-procentigt konfidensintervall indikerat.

Källa: Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

Det är också framförallt bland elever som inte haft kontakt med vården under året före pandemin där minskningen skett, vilket indikerar att elever som redan innan pandemin varit i kontakt med vården fått vård i samma utsträckning som tidigare. Både planerade och oplanerade vårdkontakter har minskat men minskningen är större för oplanerade besök.<sup>1412</sup> Resultaten visar även att antalet besök vid akutmottagningar minskade med ungefär 20 procent

<sup>1411</sup> Elevindex är ett sammanfattande mått som avser fånga elevens studieförutsättningar.

<sup>1412</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

bland gymnasieungdomar medan antalet besök av högstadieungdomarna låg på samma nivå som tidigare år.

När det gäller förskrivning av läkemedel i primärvården har det inte skett någon förändring, men förskrivningen till gymnasielever vid psykiatriska vårdmottagningar har minskat. Det förefaller mindre sannolikt att tillgängligheten till dessa vårdinrättningar skulle försämrats mer för gymnasie- än högstadieungdomar. Därför tyder resultaten antingen på att tröskeln för att söka vård har höjts mer för gymnasielever eller att dessa elevers psykiska hälsa faktiskt har förbättrats jämfört med elever vid högstadieskolorna.<sup>1413</sup> Inget tyder heller på att skillnaden mellan gymnasie- och högstadieungdomar minskar under pandemins senare fas. Det finns inte heller några indikationer på att skolstängningen under vårterminen 2020 ledde till ett uppdämt vårdbehov som blev tillgodosett när gymnasieskolorna delvis återgick till undervisning på plats under hösten 2020.<sup>1414</sup>

Som nämnts tidigare har uppföljningsrapporter även visat att vissa elever har upplevt mindre stress och mindre negativ påverkan, vissa har inte påverkats alls och andra har en positiv erfarenhet av undervisning på distans. Vissa elever som har haft det besvärligt i skolan har upplevt distansundervisningen som positiv. Vid gymnasieskolan har till exempel fjärr- och distansundervisningen medfört att närvaron har ökat för vissa elevgrupper. Hemmasittare och elever med psykisk ohälsa har i högre grad varit närvarande när undervisningen bedrivits digitalt.<sup>1415</sup>

## 17.4 Summering

Regeringen har på rekommendationer av Folkhälsomyndigheten genom föreskrifter och resurstillskott möjliggjort en övergång till fjärr- och distansundervisning vid högstadie- och gymnasieskolor, inom vuxenutbildningen samt vid högskolor och universitet.

Myndigheters uppföljningar har visat att tillgången till utbildning generellt har varit god inom samtliga skolformer under pandemin. Förskolan, förskoleklassen, grundskolan upp till och med årskurs 6,

---

<sup>1413</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1414</sup> Helena Svaleryd och Jonas Vlachos, underlagsrapport (2021), *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever*.

<sup>1415</sup> Barnombudsmannen, *Covid-19 pandemins konsekvenser för barn – slutredovisning av regeringsuppdrag*, den 30 juni 2021.

grund- och gymnasiesärskolan, specialskolan och i huvudsak även högstadiet har i stort sett hållits öppna som vanligt. I gymnasieskolan, den kommunala vuxenutbildningen (komvux) har tillgången till undervisning kunnat upprätthållas genom en övergång till fjärr- eller distansundervisning.

Det har funnits svårigheter i omställningen till undervisning på distans. På vissa yrkesprogram inom gymnasieskolan och komvux samt på yrkeshögskolans utbildningar har bland annat tillgången till utbildning påverkats särskilt då det vid undervisning på distans har varit svårt att ersätta en del av de praktiska delarna som ingår.

Enligt Skolverket innebär skolans kompensatoriska uppdrag att det i utbildningen ska tas hänsyn till barns och elevers olika behov och att de ska ges stöd och stimulans för att utvecklas så långt som möjligt. Skillnader i förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen ska uppvägas och jämnas ut.

Den bristande likvärdighet som sedan tidigare funnits i svensk skola har delvis förstärkts under pandemin. En ökad personalfrånvaro och övergången till fjärr- eller distansundervisning har till stor del påverkat förutsättningarna för att tillgodose behov av stöd för särskilt utsatta elever eller elever med funktionsnedsättningar. Samtidigt som många huvudmän har använt de möjligheter som funnits att undanta vissa grupper från fjärr- eller distansundervisning har pandemin ändå inneburit svårigheter att ge särskilt utsatta elever nödvändiga stödinsatser som de har rätt till. Detta gäller i såväl högstadie- och gymnasieskolor som vid olika lärosäten.

Distansundervisningen under våren 2020 blev särskilt kaotisk för gymnasieungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar när rutiner bröts och stödinsatser i skolan försvann från en dag till en annan.

Även undersökningar från olika lärosäten lyfter fram att distansundervisningen inte har passerat alla studenter – sårbarheten bland studenter med funktionsnedsättning har poängterats särskilt.

Det finns även indikationer på att även andra särskilt utsatta elever i högstadie- och gymnasieskolan har drabbats. Det gäller exempelvis nyanlända elever, elever som har svenska som andraspråk, men även elever som inte har tillgång till internetuppkoppling eller av olika anledningar har svårt att finna studiero hemma.

Även om det har funnits svårigheter för flera elever och studenter noterar kommissionen att det finns fall där elever och studenter som

även tidigare har behövt mer stöd har upplevt övergången till fjärr- och distansundervisningen som positiv.

De undersökningar och uppföljningar som huvudmän, lärosäten och berörda myndigheter genomfört indikerar att den psykiska hälsan har påverkats under den tid som undervisning har bedrivits på distans. Särskilt gymnasieelever har under olika intervjuer angett att de har känt stress och oro samt upplevt en större arbetsbörda och avsaknad av motivation. De har även upplevt att de haft ett stort eget ansvar och att det var svårt att visa sin kapacitet för lärarna samt ökad negativ stress och oro. Även studenter vid Sveriges lärosäten har framfört att de har känt ökad stress och oro.

Det finns dock ännu ingen entydig bild i de internationella undersökningar som har genomförts vad gäller huruvida pandemin har bidragit till en ökad psykisk ohälsa hos exempelvis ungdomar som har upplevt en stängd skola. Enligt resultaten i Svaleryds och Vlachos underlagsrapport finns heller inget som tyder på att vårdkontakter och läkemedelsförskrivning har ökat för högstadie- och gymnasieelever. Däremot råder viss oklarhet kring vad som orsakat den reduktion av vårdkontakter och läkemedelsförskrivning bland gymnasieeleverna som rapporten kartlägger (relativt högstadieeleverna). Det kan exempelvis bero på minskad benägenhet att söka vård eller på att vård inte funnits tillgänglig. Det finns därmed anledning till uppföljningar av framtida vårdbehov och psykiska ohälsa för dessa elever.

När det gäller elevers och studenter resultat i högstadie- och gymnasieskolan samt vid olika lärosäten har det inte skett någon större förändring. Det finns inte några indikationer på att resultatet eller den så kallade prestationsgraden hos studenter har påverkats i någon större omfattning. I högstadieskolor har inställda nationella prov snarare än fjärr- och distansundervisningen i sig påverkat betygssättningen. Skolresultaten i årskurs 9 föll dock något under vårterminen 2020 bland elever som tidigare fått en psykiatrisk diagnos.

Betyg i gymnasiet följer samma utveckling som före pandemin. För gymnasiet tycks dock inställda nationella prov ha medfört en ”generösare” betygssättning i genomsnitt och det finns tecken på att denna ”generositet” varit störst bland fristående skolor.



## 18 Kommissionens sammanfattande bedömning och förslag

Detta slutkapitel presenterar våra observationer, bedömningar och förslag utifrån den granskning vi hittills har genomfört.

Åtskilliga av våra synpunkter avser hanteringen av pandemins första våg våren 2020. Vi ägnar särskild uppmärksamhet åt denna period, eftersom den avslöjade att vår beredskap var undermålig och därför ger lärdomar inför framtida kriser av liknande slag.

Vi uppehåller oss också vid virusutbrottets tidiga skede eftersom det var där och då Sverige tydligt valde en annan väg än många andra länder. Mycket talar även för att denna tid var helt avgörande för den initiala smittspridningen, antal sjuka och döda.

Huruvida det vägvalet var befogat – eller om det hade varit bättre att vidta andra typer av åtgärder – återkommer vi till i vårt slutbetänkande. En anledning att avvakta med behandlingen av frågan är att vi behöver få ännu bättre insikter om den information som centrala beslutsfattare hade till stöd för de smittskyddsåtgärder som vidtogs under pandemins olika skeden. Det ger oss också ett bättre underlag för att kunna pröva frågor om ansvar.

Dessutom återstår flera andra aspekter av den svenska krishanteringen att utreda och bedöma. Det gäller exempelvis pandemins påverkan på samhällets och enskildas ekonomi och vilken förmåga den svenska samhällsorganisationen och dess institutioner hade att hantera en kris. Först efter en sådan vidare granskning kan vi bedöma om de ansvariga gjorde rimliga avvägningar mellan ett effektivt smittskydd och andra intressen, som t.ex. enskildas frihet och grundläggande rättigheter, ungas rätt till utbildning, och en fungerande samhällsekonomi.

När vi nu ger uttryck för kritiska synpunkter är vi självfallet medvetna om efterklokhetens lockelse och faror. Vi har åtminstone strävat efter att pröva vidtagna eller underlåtna åtgärder mot bakgrund av det vi hittills vet om den information myndigheterna hade – eller borde ha haft – vid den aktuella tidpunkten. Men vi tillåter oss att också bedöma åtgärder i ljuset av senare erfarenheter och nyvunnen kunskap, eftersom det perspektivet ger lärdomar inför framtiden. Kommissionens viktigaste övergripande slutsatser utifrån den granskning som vi hittills har gjort och redovisar i detta betänkande är:

- Sveriges hantering av pandemin har präglats av senfärdighet. De inledande skyddsåtgärderna mot smittan var otillräckliga för att stoppa eller ens kraftigt begränsa smittspridningen i landet.
- Det svenska vägvalet har betonat smittskyddsåtgärder som bygger på frivillighet och personligt ansvar, snarare än mer ingripande åtgärder.
- Den svenska pandemiberedskapen var undermålig.
- Smittskyddslagstiftningen var och är otillräcklig för att möta ett allvarligt epidemiskt eller pandemiskt utbrott.
- Sveriges smittskydd var och är decentraliserat och fragmenterat på ett sätt som gör det oklart vem som bär ansvaret för helheten när en allvarlig infektionssjukdom drabbar landet.
- Hälso- och sjukvården har med kort varsel kunnat ställa om och skala upp vården av sjuka i covid-19. Det är i stor utsträckning personalens förtjänst. Omställningen har skett till priset av en extrem belastning för de anställda liksom inställd och uppskjuten vård. Vi kommer därför att leva med pandemins konsekvenser under en lång tid framöver.
- Det finns på flera områden en besvärande brist på data som gör det svårare att övervaka pandemin medan den pågår och att fullgott utvärdera pandemihanteringen i efterhand.



## 18.1 Virusets spridning i Sverige

### Kommissionens observationer och bedömningar:

- Smittan spred sig till Sverige huvudsakligen via norra Italien och österrikiska alperna. Vinterlovsresor till alperna spelade en stor roll i den tidiga smittspridningen.
- Om coronaviruset alls fanns i Sverige före vecka 9 år 2020 var det fråga om en mycket begränsad smittspridning. Import av viruset från Italien och Österrike inledde den första vågen av pandemin i Sverige, men sedan skedde nästan all spridning inom landet.
- Mycket talar för att den inhemska smittspridningen under de första veckorna av mars 2020 var mer dramatisk än vad som framgick av de data som då dominerade rapporteringen: antal sjukhusinlagda, intensivvårdade och avlidna.
- Risken att avlida i covid-19 var särskilt hög bland de äldre. Även män, ensamstående samt grupper med lägre socioekonomisk status löpte en förhöjd risk för allvarlig sjukdom och död i pandemin. Risken att bli smittad, inlagd och att avlida var avsevärt högre för utrikes födda, även med hänsyn till socioekonomisk bakgrund och hälsostatus.
- De virusvarianter som förekom på särskilda boenden under den tidiga pandemin var desamma som de varianter sportlovsresenärer tog hem från Italien och Österrike. Vi kan därför nu med än större säkerhet säga att den allmänna samhällsspridningen var den främsta källan till smittspridningen i äldreomsorgen.
- Risken att avlida för äldre på särskilda boenden var hög även under den andra vågen. Denna risk hade inget samband med om boendet var offentligt eller privat. Däremot var risken högre på större boenden och på boenden med högre personalomsättning.

- Äldreomsorgen är ett bra exempel på hur bättre data skulle göra det möjligt för myndigheter och forskare att närmare följa utvecklingen i realtid och ge underlag för utvärderingar i efterhand.

Under pandemins första och möjligen även andra våg blev Europa pandemins epicentrum. Många länder var hårt ansatta i båda vågorna, t.ex. Belgien och Spanien, medan andra länder klarade sig bra i bägge, t.ex. Finland och Norge. Sverige framstår som ett genomsnittligt europeiskt land sett till antalet döda under den första och andra vågen. Under den tredje vågen har dödstalen varit låga och Sverige har hittills klarat sig bättre än de flesta länder i Europa. Gemensamt för de europeiska länderna är att den andra vågen har slagit hårdare än den första (se avsnitt 2.1).

#### *Coronaviruset spreds till Sverige genom sportlovsresor*

I Sverige och flera andra länder har skolorna vinterlov i februari och mars. Studier visar att regioner som i likhet med Stockholm hade sportlov vecka 9 var utsatta för en betydligt högre överdödlighet under veckorna 14–23 jämfört med regioner som hade sportlov under andra veckor. Vinterlovsresor till alperna spelade en stor roll i Europas tidiga smittspridning (se avsnitt 3.2).

För att få en bild av hur smittan kom till Sverige och spred sig vidare i landet har kommissionen beställt en underlagsrapport som bygger på analyser av virusets arvsmassa. Vi har också använt oss av andra uppgifter som samlats in genom Stockholms universitets covid-19-program, om utlandsresor under de kritiska veckorna våren 2020. Utifrån dessa källor kan kommissionen dra följande tre slutsatser (se avsnitt 3.2):

1. Om viruset alls fanns i omlopp i Sverige före vecka 9 år 2020 så var dess utbredning högst begränsad.
2. Virusets spridning till Sverige var sannolikt via resor från främst Italien och Österrike under vecka 9 år 2020.
3. De allra flesta som insjuknade i covid-19 våren 2020 blev smittade i Sverige snarare än utomlands.

När viruset hade nått Sverige spred det sig snabbt i landet. Sett i backspegeln var uppgången i smittspridningen troligen betydligt mer dramatisk under mars månad 2020 än som framgick av de data myndigheterna presenterade i realtid (se avsnitt 2.2).

När pandemin slog till i mars 2020 visar data hämtade från förflyttningar av mobiltelefoner att människors rörlighet minskade snabbt, redan innan Folkhälsomyndigheten uppmanade oss till hemarbete och att avstå onödiga resor. Människor valde alltså – även utan råd och rekommendationer – att ändra sitt beteende för att minska risken att bli smittade eller smitta andra (se avsnitt 3.4).

### *Pandemin har drabbat vissa grupper hårdare*

Pandemin har slagit olika hårt mot olika befolkningsgrupper. Bland annat har grupper med lägre socioekonomisk status varit mer utsatta för pandemin, sett både till de direkta effekterna, såsom antal smittade och avlidna, och till de indirekta effekterna, såsom följder av olika restriktioner. Rekommendationer om att ”stanna hemma om du känner dig sjuk” och att ”jobba hemifrån” kan t.ex. vara svårare att följa för grupper med lägre socioekonomisk status än för andra. Även andra grupper har varit mer utsatta, jämfört med befolkningen i stort. Vi återkommer till indirekta konsekvenser av pandemin vad gäller inställd och uppskjuten vård i avsnitt 18.3.2 samt för särskilt utsatta grupper i avsnitt 18.4.1.

Sjuklighet och dödlighet i covid-19 bland dem som blev intagna på sjukhus var tydligt förknippad med utbildningsnivå, inkomst samt kön och civilstånd. Individer med lägre utbildning, lägre inkomster samt män och ensamstående löpte en större risk att bli inlagda på IVA och att avlida till följd av covid-19, jämfört med individer med högre utbildning eller inkomster respektive kvinnor och gifta (eller samboende). Mycket talar för att skillnader i risk att smittas och i underliggande hälsa inte ensamt kan förklara dessa socioekonomiska och demografiska skillnader (se avsnitt 13.5 och 13.6).

Forskningen visar att risken att utveckla allvarlig covid-19 och att avlida som en följd av covid-19 var särskilt hög bland utrikes födda personer, även när socioekonomiska, demografiska och medicinska

faktorer beaktas. Risken sjönk under andra och tredje vågen men var ändå anmärkningsvärt hög.

Risken var även hög bland äldre i befolkningen och bland personer på särskilt boende var risken hög också under den andra vågen, trots god tillgång till skyddsutrustning, utökad provtagningskapacitet och bättre kunskaper (se avsnitt 14.1).

Även under den andra vågen ser vi ett tydligt samband mellan den allmänna smittspridningen och smitta på särskilda boenden. De virusvarianter som förekom på särskilda boenden under den tidiga pandemin var desamma som de varianter sportlovsresenärer tog hem från Italien och Österrike. Det stärker vår bedömning i det första delbetänkandet om att den allmänna smittspridningen var den främsta källan till spridningen på särskilda boenden.

Den allmänna smittspridningen kan dock inte ensam förklara skillnaderna mellan (eller inom) boenden. Forskning som kommissionen tagit initiativ till genom Stockholms universitets covid-19-program tyder på att smittan tog sig in på boenden via personalen snarare än de anhöriga (se avsnitt 14.3). Risken för att dö i covid-19 har varit högre i boenden med högre personalomsättning och på större boenden. Huruvida boendet hade privat eller offentlig drift tycks däremot inte ha påverkat risken att insjukna eller dö (se avsnitt 14.4).

Det saknas dock fortfarande mycket kunskap om smittspridningen i äldreomsorgen. Detta speglar i stort bristen på nationella data kring de som har sin bostad i särskilda boenden för äldre. Kommissionen anser att denna brist måste åtgärdas, inte minst för att göra det möjligt att övervaka en uppkommen smittspridning i realtid och anpassa åtgärderna till händelseutvecklingen.

## 18.2 Sveriges hantering av pandemin

### 18.2.1 Frivilliga, mindre ingripande och sena åtgärder

#### Kommissionens observationer och bedömningar:

- Åtgärderna under pandemins tidiga skede lyckades inte stoppa eller ens kraftigt begränsa smittspridningen i landet. De insatta åtgärderna framstår som sena, både i jämförelse med våra nordiska grannländer och i förhållande till smittspridningen i landet.
- Framför allt under första vågen innebar det svenska vägvalet att icke-medicinska smittskyddsåtgärder tog formen av allmänna råd och rekommendationer och därmed betonade frivillighet, personligt ansvar och egen motivation. Flertalet andra länder använde i stället större mått av nedstängningar eller andra mer ingripande regleringar och betonade därmed tvång, böter och yttre påtryckningar.
- I backspegeln framstår det som oklart vilken betydelse som besöksförbudet på äldreboenden hade för att förhindra att smittan tog sig in. Vid tiden för beslutet var förbudet ändå befogat.
- Regeringens initiativ till ny lagstiftning som innehöll skarpare åtgärder var för långsamma.
- Utrikesförvaltningens arbete med att avråda från resor och att bistå strandsatta svenskar tycks väsentligen ha fungerat väl.

Vi har alltså funnit att smittan kom till Sverige främst genom sportlovsresenärer från Italien och Österrike under vecka 9 år 2020 och att viruset därefter snabbt spred sig inom landet. Utifrån denna kunskap kan vi konstatera att valet av åtgärder under mars 2020 var avgörande för smittspridningens utveckling i landet. De åtgärder som vidtogs lyckades inte stoppa eller ens kraftigt begränsa smittspridningen i landet. Vår genomgång av regeringens och Folkhälsomyndighetens åtgärder från denna period visar tydligt att vårt land då skiljde sig från våra nordiska grannländer och många andra länder (se kapitel 6).

Den 11 mars 2020 deklarerade WHO att den internationella virusspridningen blivit en pandemi och att Europa var utbrottets epicentrum. Inom en eller två dagar satte Danmarks och Norges regeringar in en rad skarpa åtgärder och några dagar senare beslutade Finlands regering om undantagstillstånd. Det rörde sig om nedstängningar av stora delar av samhället, stängda gränser och karantän för inresande som var bosatta i landet (se avsnitt 6.7). Sveriges regering och myndigheter vidtog inga motsvarande åtgärder.

De bindande föreskrifterna under mars 2020 var, förutom ett inreseförbud till följd av en överenskommelse i EU, begränsade till två områden:

1. ett deltagartak vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar om först 500 personer (från den 12 mars), och sedan 50 personer (från den 29 mars), och
2. ett besöksförbud i särskilda boenden för äldre (från den 1 april).

Dessutom uppmanade Folkhälsomyndigheten till fjärr- och distansundervisning på gymnasieskolorna, inom den kommunala vuxenutbildningen samt vid högskolor och universitet (den 17 mars).

De svenska smittskyddsinsatserna, särskilt våren 2020, bestod i stället nästan uteslutande av allmänna råd och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Råden och rekommendationerna kommunicerades bl.a. på presskonferenser, men formaliserades inte förrän den 1 april.

När det gäller besöksförbudet på äldreboenden tyder en underlagsrapport till kommissionen på att viruset kommit in via personalen snarare än de anhöriga (se avsnitt 14.3). Det framstår därför som oklart om förbudet verkligen hade någon betydelse för smittspridningen på dessa boenden. Kommissionen anser dock att det under våren 2020 var befogat att anta att ett besöksförbud skulle kunna bidra till att minska smittspridningen. I vårt första delbetänkande riktade vi ändå kritik mot beslutets utformning.

I mitten av mars 2020 följde Sverige alltså inte den inriktning som våra grannländer – som då hade ungefär lika många konstaterade smittfall som Sverige – och många andra länder valde. I ett tydligt svenskt vägval kom myndigheterna i stället att huvudsakligen basera de insatta smittskyddsåtgärderna på rekommendationer som befolk-

ningen förväntades att frivilligt följa (se kapitel 6). Vi återkommer till en utvärdering av detta vägval i vårt slutbetänkande.

Vi kan också konstatera att de svenska åtgärderna under våren 2020 framstår som sena. De var sena inte bara i förhållande till våra nordiska grannländer, utan även – inte minst utifrån vår nuvarande kunskap – i förhållande till den då rådande smittspridningen i landet.

Tidigt i pandemin var provtagningskapaciteten mycket begränsad, både i Sverige och de flesta andra länder (se kapitel 7). Rapporteringen kretsade därför kring nyckeltal som antalet sjukhusinlagda, intensivvårdade och avlidna. Dessa mått avser händelser sent i sjukdomsförloppet och fördröjer därmed övervakningen av pandemin. Andra datakällor som vi nu har undersökt tyder på att antalet fall av covid-19 ökade snabbt i Sverige redan under de första veckorna av mars 2020 (se avsnitt 2.2). Om de nämnda nyckeltalen dominerade den inhemska pandemiövervakningen finns en risk att denna information bidrog till sena åtgärder mot pandemin och var en av orsakerna till den senfärdighet som, enligt kommissionen, präglade Sveriges pandemihantering våren 2020.

Norge och Danmark valde inte bara kraftfullare åtgärder tidigt i pandemin. De var också snabbare än Sverige att få på plats ny lagstiftning med utrymme för skarpare åtgärder. Finland hade redan en beredskap vid undantagsförhållanden i form av en beredskapslag som man tidigt kunde sätta i kraft.

Även i det avseendet var den svenska hanteringen för långsam. Den tillfälliga ändringen i smittskyddslagen, den s.k. bemyndigandelagen, borde ha kommit på plats betydligt tidigare. Detsamma gäller arbetet med den tillfälliga pandemilagen. Det borde redan under den första vågen ha stått klart att smittskyddslagens verktyg var otillräckliga (denna fråga behandlar vi i avsnitt 18.5.1). Då hade det varit rimligt att påbörja beredningen av annan lagstiftning som kunde komma att behövas. Beredningen fick dock vänta ända till augusti 2020 och den särskilda pandemilagen kunde inte träda i kraft förrän den 10 januari 2021 – dvs. när den andra vågen redan passerat sin topp.

Under den andra och tredje vågen beslutade regering och myndigheter om flera nya och mer kraftfulla åtgärder, åtgärder som man under den första vågen avfärdat eller uttryckligen avstått från att använda. Dessa omsvängningar skedde i stort utan någon motivering i form av ny kunskap. Som exempel kan nämnas olika restriktioner

för restauranger, familjekarantän, åtgärder mot trängsel i handeln och rekommendation om munskydd i kollektivtrafiken. Det rörde sig till en del om åtgärder som många andra länder vidtagit redan våren 2020 och som även då diskuterades i det offentliga samtalet i Sverige. Kommissionen har ingen anledning att betvivla att de nya åtgärderna var klok politik. Men att uttryckligen avstå från dem under första vågen och därefter sätta in dem under andra vågen, utan tydliga motiveringar, skapade rimligen en förvirring hos människor som knappast bidrog till en hög grad av efterlevnad.

När det gäller tidiga åtgärder vill vi dock gärna nämna att UD och utrikesförvaltningen avrådde från vissa resor och bistod strandsatta svenskar som hade svårt att ta sig hem. Detta arbete tycks väsentligen ha fungerat väl.

## 18.2.2 Provtagning och smittspårning

### **Kommissionens observationer och bedömningar:**

- Det gick alldeles för långsamt att bygga upp en tillräckligt stor provtagningskapacitet.
- Folkhälsomyndighetens tidiga riktlinjer för provtagning var mera inriktade på prioriteringar än en tydlig strävan efter en snabb uppbyggnad av provtagningskapaciteten.
- Det är oacceptabelt att diskussioner om vem som hade ansvaret och vem som skulle betala bidrog till att en storskalig provtagning – och därmed även en bättre övervakning av pandemin – inte kom till stånd förrän den första vågen var över.
- Det dröjde för lång tid innan någon mera omfattande smittspårning kom till stånd, vilket gick ut över smittskyddet. Det är även anmärkningsvärt att Folkhälsomyndigheten först i februari 2021 ändrade sin rekommendation att smittspåra den smittades kontakter bakåt i tiden från 24 till 48 timmar.



- Inför nästa mera omfattande epidemiska virusutbrott måste ansvariga myndigheter säkerställa tillräcklig kapacitet för att snabbt kunna skala upp användningen av provtagning och smittspårning. Det gäller inte bara laboratoriekapacitet utan också kompatibla IT-lösningar, lagerhållning av erforderlig utrustning, klara och tydliga ansvarsförhållanden och tillgång till personal med fullgod utbildning i provtagning och smittspårning.

*Det fanns flera utmaningar med att införa storskalig provtagning*

Provtagning och smittspårning är grundläggande verktyg för att begränsa och stoppa utbrott av smittsamma sjukdomar. WHO pekade tidigt på vikten av att provta. Generalsekreteraren Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus budskap till alla länder den 16 mars 2020 var ”Testa, testa, testa. Testa varje misstänkt fall.”

Smittskyddslagen föreskriver att allmän- och samhällsfarliga sjukdomar är anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Det förutsätter att smittskyddsläkare och andra ansvariga kan konstatera att en individ bär på en sådan sjukdom. Det kräver i sin tur att provtagning är möjlig.

För att följa lagen borde alltså, allteftersom smittspridningen tog fart, en omfattande provtagning och smittspårning ha skett. Regeringen formulerade i april 2020 målet att kunna genomföra 100 000 tester per vecka i mitten av maj 2020. En provtagning i den omfattningen hade aldrig tidigare förekommit. Att Sverige och de flesta andra länder hade flera svårigheter med att bygga upp en sådan provtagningskapacitet är därför inte förvånande. Det krävdes bl.a. stora resurser i form av personal, material, skyddsutrustning och finansiering (se kapitel 7). Samtidigt ställde vården av covidsjuka krav på resurser av samma slag.

Ytterligare en faktor som kan ha bidragit till den långsamma uppskalningen är att Sveriges, liksom många andra länders, pandemiberedskap utgick från en influensapandemi och inte förutsåg en provtagning i en skala som dittills inte förekommit.

Den 30 mars 2020 gav regeringen Folkhälsomyndigheten uppdraget att ta fram en nationell teststrategi. Regeringens beredning av detta uppdrag påbörjades redan omkring den 1 mars. Myndighe-

ten presenterade sedan en strategi ca tre veckor senare, den 17 april. Den 11 juni 2020 godkände regeringen slutligen en överenskommelse med SKR som gjorde att arbetet med en utökad provtagning kunde komma igång. Regeringens mål från april om 100 000 tester per vecka infriades först fem månader senare, i början av september 2020.

Kommissionen förstår de många utmaningar och svårigheter som låg i att bygga upp och hantera en storskalig provtagning. Det gick tämligen snabbt att expandera den mikrobiologiska analyskapaciteten, men för övriga delar av provtagningskedjan gick det långsammare. Vi anser att det var rimligt att prioritera vård av svårt sjuka framför mer omfattande provtagning när dessa behov inte samtidigt kunde tillgodoses. Men det gick på tok för långsamt att få en tillräcklig provtagningskapacitet på plats. Det gick väsentligt långsammare i Sverige än i jämförbara länder, t.ex. Norge, Danmark och Finland.

#### *Det är regionernas ansvar att provta alla med symtom*

Folkhälsomyndighetens tidiga riktlinjer för provtagning var mera inriktade på prioriteringar än en tydlig strävan efter en snabb uppbyggnad av provtagningskapaciteten. Myndighetens beslut om att begränsa behandlande läkares skyldighet att anmäla fall av covid-19 verkade i samma begränsande riktning. Enligt riktlinjerna skulle fokus ligga på sjuka i behov av sjukhusvård (priogrupp 1) och personal i vård och äldreomsorg med känd exponering och symtom (priogrupp 2). Däremot skulle man i första hand hantera misstänkta fall utan behov av sjukvård genom isolering i hemmet och social distansering. Den nationella teststrategin från den 17 april 2020 angav två nya priogrupper, nämligen: 3) samhällsviktig personal och 4) ”övriga relevanta delar av samhället”.

Varje region har enligt smittskyddslagen ansvaret för att vidta behövliga smittskyddsåtgärder inom regionens område. Vidare är läkare skyldiga att vid misstanke om smitta undersöka och ta nödvändiga prover. Utgångspunkten är således att regionerna har ansvaret för att undersöka och provta alla människor med symtom på covid-19. Givet den begränsade provtagningskapacitet som fanns våren 2020 kunde inte alla regioner axla detta ansvar.

Kommissionen kan förstå att Folkhälsomyndigheten i den situationen satte upp en prioriteringsordning, som ett stöd till regionerna. Vi anser dock att myndigheten borde ha varit tydlig med att prioriteringarna bara var nödvändiga undantag tills dess att alla regioner hade möjlighet att uppfylla sin skyldighet fullt ut.

Den 11 mars 2020 uttalade regeringen och samarbetspartierna att staten skulle täcka ”extraordinära åtgärder och merkostnader” inom hälso- och sjukvården kopplade till coronaviruset. När Folkhälsomyndigheten publicerade den nationella strategin hade riksdagen dessutom beslutat om den s.k. testmiljarden. Det uppstod ändå en tvist om pengar och om ansvaret för provtagning av främst priogrupp 3 och 4, men även av priogrupp 2. Vissa regioner ansåg att dessa grupper inte var deras ansvar och att om de ändå skulle provta dem behövde de få särskilda medel för det. SKR intog samma ståndpunkt och frågan förhandlades under april och maj 2020.

Folkhälsomyndigheten angav i den nationella teststrategin bl.a. att en högre kapacitet för provtagning och laboratorieanalys vid lindriga symtom skulle göra det möjligt för arbetstagare med negativt provsvar att snabbare återgå till arbetet. Myndigheten angav också att provtagning inom priogrupp 3 behövde ”hanteras utanför respektive regions sjukvårdsuppdrag”. Dessa uttalanden kan enligt kommissionens mening ha gett intrycket att en vidare provtagning var en screeningåtgärd motiverad av samhällsekonomiska skäl, snarare än en smittskyddsåtgärd.

Även om främst Folkhälsomyndigheten kunde ha varit tydligare i ansvarsfrågan anser vi att det står klart att regionerna ansvarar för att provta den som kan misstänkas vara smittad av en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom, oavsett om det handlar om en sjuksköterska (priogrupp 2), polis (priogrupp 3) eller truckförare (priogrupp 4).

Kommissionen anser att det knappast kan beskrivas som annat än ett haveri att en diskussion om ansvar och finansiering bidrog till att någon storskalig provtagning inte kom till stånd förrän den första vågen var över. Utan en sådan diskussion borde åtminstone en gemensam satsning på att bygga upp en storskalig provtagning ha kunnat komma igång och gått i mål tidigare.

Den försenade provtagningen gjorde det inte bara svårt eller omöjligt att smittspåra ett antal fall. Den försämrade också övervakningen av pandemin och gjorde det därför svårare att följa regeringens strategi att ”sätta in rätt åtgärd vid rätt tillfälle”.

### *Omfattande smittspårning drog ut på tiden*

Våren 2020 stod provtagning snarare än smittspårning i fokus. Först när 5,8 miljarder kronor tillfördes regionerna i början av juni gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att bistå regionerna med att bygga upp kapacitet för smittspårning. Det dröjde dock till den 22 juli 2020 innan myndigheten presenterade en första vägledning. Den första vågen hade således ebbat ut utan att någon mera omfattande smittspårning kom till stånd. Kommissionen anser att detta dröjde alltför lång tid och hämmade smittskyddsarbetet. Vi finner det även anmärkningsvärt att Folkhälsomyndigheten först mot slutet av februari 2021 ändrade sin rekommendation om smittspårning bakåt i tiden av den smittades kontakter från 24 till 48 timmar. Internationell expertis hade redan våren 2020 förordat 48 timmar.

Inga aktörer i Sverige har använt någon mobil-app eller liknande digitalt verktyg för smittspårning, något som varit vanligt i andra länder (se avsnitt 7.5 och 7.15). MSB tog våren 2020 initiativ till att utveckla ett digitalt verktyg med syftet att låta människor rapportera sjukdomsfall för att ge en tydligare bild av pandemin i Sverige. Enligt uppgift från Dan Eliasson, dåvarande generaldirektör vid MSB, var ett skäl att avbryta projektet att Folkhälsomyndigheten ansåg att verktyget skulle kunna skapa oro. Det må ha funnits andra problem med att använda ett digitalt verktyg, som att lämnade uppgifter kunde vara integritetskänsliga. Men enligt kommissionens mening kan risken för att verktyget kunde skapa oro på intet sätt vara ett godtagbart skäl för att avbryta projektet.

### *Bättre kapacitet krävs*

Inför nästa virusutbrott måste ansvariga myndigheter säkerställa tillräcklig kapacitet för att snabbt kunna skala upp användningen av provtagning och smittspårning. Det gäller inte bara laboratoriekapacitet utan också kompatibla IT-lösningar, lagerhållning av erforderlig utrustning, klara och tydliga ansvarsförhållanden och tillgång till personal med fullgod utbildning i provtagning och smittspårning.

### 18.2.3 Skyddsutrustning och läkemedel

**Kommissionens observationer och bedömningar:**

- Februari 2020 framstår som en förlorad månad när det gäller att åtgärda bristen på skyddsutrustning.
- Regeringen borde inte ha gett uppdraget att säkra tillgången till skyddsutrustning till Socialstyrelsen.
- Regioner och kommuner gjorde stora ansträngningar för att göra egna inköp och lyckades i många fall med detta.
- Flera företag och näringslivsorganisationer var villiga att på olika sätt bidra till att minska bristen på skyddsutrustning. Socialstyrelsen förmådde dock inte ta emot många bidrag eller medverka till en vidare omställning.
- Den nationella beredskapen att hålla lager och köpa in nödvändiga produkter måste bli mycket bättre. Detta kräver sedan tidigare etablerade rapporteringskanaler för att snabbt sammanställa de nationella behoven.
- Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten har brustit, både i öppenhet och samordning, när det gäller riktlinjerna kring användningen av skyddsutrustning.
- Tillgången till läkemedel har, bl.a. genom samverkan mellan aktörer och regioner, varit relativt god under pandemin.

#### *Tidiga signaler om brist på skyddsutrustning*

Under pandemins första våg våren 2020 rådde en så akut brist på skyddsutrustning, framför allt inom kommunerna, att personalen periodvis var tvungen att arbeta utan adekvat utrustning (se avsnitt 8.3). Denna brist har flera förklaringar. Sveriges beredskapslager hade under flera år monterats ner och var vid utbrottet i princip obefintliga. Inköpen av skyddsutrustning bygger oftast på ”just-in-time”-konceptet, dvs. att aktörer strävar efter att ha så små och effektiva lager som möjligt. Dessutom var bristen på skyddsutrustning global och hela världen konkurrerade i princip om den begränsade utrustning som fanns tillgänglig.

Ansvar för att säkerställa tillgång till skyddsutrustning faller visserligen i huvudsak på regionerna och kommunerna som arbetsgivare och vårdgivare. Detta till trots borde Socialstyrelsen ha vidtagit förberedande åtgärder, eller regeringen ha tagit initiativ till sådana åtgärder, när det fanns anledning att befara att en omfattande kris kunde slå till mot landet.

Signaler på att Sverige kunde drabbas av en allvarlig kris med bristande beredskap nådde regeringen redan i slutet av januari/början av februari 2020, både genom Folkhälsomyndighetens hemställan om att covid-19 skulle klassificeras som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom och genom en lägesbild från MSB. Även den enkätundersökning hos akutsjukhusen som Socialstyrelsen genomförde visade att regionerna saknade buffertlager. Socialstyrelsen gjorde i februari visserligen mindre inköp men varken myndigheten eller regeringen tog vid denna tid något initiativ till att inhämta information om läget i kommunernas sjukvård och omsorg. Regeringen gav Socialstyrelsen uppdraget att säkra tillgången till skyddsutrustning först den 16 mars 2020, efter en begäran från några regioner. De sex veckorna i februari och början av mars framstår därför i kommissionens ögon som förlorad tid för att avhjälpa bristerna på skyddsutrustning. Redan i det första delbetänkandet konstaterade kommissionen att ”det tog orimligt lång tid att klarlägga och konstatera äldreomsorgens behov av skyddsutrustning. Med det stora antalet kommuner och vårdgivare borde rapporteringsvägar redan ha existerat eller skyndsamt ha byggts upp.”

*Regeringen borde inte ha gett Socialstyrelsen uppdraget att säkra tillgången till skyddsutrustning*

Socialstyrelsen saknade både organisation och erfarenhet för en upphandling på världsmarknaden i den omfattning som var nödvändig. Den process som Socialstyrelsen tillämpade vid sina inköp framstår för kommissionen som både krånglig och bakvänd med få proaktiva inslag (se avsnitt 8.6). Socialstyrelsen agerade passivt och flera företag skickade propåer och erbjudanden men fick ibland inte några svar alls.

Kommissionen anser att det hade varit mer ändamålsenligt om regeringen gett uppdraget att skaffa skyddsutrustning till en etablerad upphandlingsmyndighet. Ett möjligen ännu bättre – eller i vart

fall kompletterande – alternativ hade varit att tillgripa okonventionella lösningar, exempelvis att medverka till ett nationellt Command Center liknande den modell som Region Stockholm etablerade (se avsnitt 8.10.). Det är också svårbegripligt att SKR:s inköpscentral, Adda, inte kunde erbjuda materiel förrän mot slutet av maj 2020.

Socialstyrelsens uppdrag må ha varit tydligt för både regeringen och myndigheten själv, nämligen att det endast bestod i att komplettera regioners och kommuners egna inköp. Det skapade likväl en viss förvirring – leverantörer var osäkra på om de fick leverera direkt till vårdgivare och vissa vårdgivare frågade sig om de fick använda sin egen utrustning eller behövde skicka in den till Socialstyrelsen. Det kompletterande uppdraget medförde också att Socialstyrelsen och vårdgivare kunde göra beställningar hos samma leverantörer, vilket skapade undanträngningseffekter och sägs ha trissat upp priserna på vissa leveranser.

Vi vill dock framhålla att regioner och kommuner har gjort stora ansträngningar för att göra egna inköp och i många fall lyckats genomföra sådana, mycket tack vare beundransvärt driv, idériakedom och engagemang. Kommissionen har hört berättelser om anställda som jagat skyddsutrustning på byggvaruhus och läkare som opererat i cyklop. Även Socialstyrelsens och Addas inköp har, framför allt för vissa kommuner, trots allt varit ett välkommet tillskott.

Både näringslivet och civilsamhället har gjort stora insatser för att bidra med skyddsutrustning till vården och omsorgen. Det finns flera goda exempel på företag som ställt om sin produktion och bidragit med t.ex. handsprit och munskydd. Det har dock framkommit att flera företag som erbjöd hjälp hade svårt att få svar från myndigheterna. Civilsamhället fick träda in även för att samordna sådana erbjudanden. Röda Korset fick under våren 2020 i uppdrag av Socialstyrelsen att samordna donationer och gåvor som företag och organisationer ville skänka till sjukvården.

Kommissionens slutsats är att flera företag och näringslivsorganisationer var beredvilliga att bidra men att det offentliga, främst Socialstyrelsen, inte lyckades medverka till en vidare omställning av deras produktion.

Inför nästa kris - särskilt om den riskerar att påverka världshandeln - måste den nationella beredskapen bli betydligt bättre, när det gäller både lagerhållning och inköp av nödvändiga produkter på nationell nivå. Detta kräver i sin tur väl fungerande rapporteringskana-

ler som kan bidra till att sammanställa de enskilda aktörernas behov för att få en nationell bild. Vidare måste myndigheterna på ett bättre sätt ta till vara näringslivets bidrag, trots osäker kunskap och risk för kostnader för det allmänna som i slutändan kan visa sig vara onödigt stora.

### *Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten – motstridiga och otydliga budskap*

Skyddsutrustning skyddar såväl arbetstagare som vårdtagare. För dessa två skyddsintressen finns olika uppsättningar föreskrifter och riktlinjer och frågorna faller under olika myndigheter; främst Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket (se avsnitt 8.2).

Folkhälsomyndighetens riktlinjer för användning av skyddsutrustning förordade våren 2020 en lägre skyddsnivå än ECDC och WHO. Arbetsmiljöverket gav då officiellt inte uttryck för någon annan uppfattning än Folkhälsomyndigheten. Verket uttryckte även till JO (i ett yttrande från september 2020) att dess beslut i ett enskilt ärende våren 2020 stod i samklang med Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Av material som kommissionen nu har tagit del av framgår det dock att Arbetsmiljöverket redan i mars 2020 ifrågasatte riktlinjerna från Folkhälsomyndigheten. Vidare framgår det att myndigheten i det ovannämnda beslutet i själva verket ansåg att Folkhälsomyndighetens riktlinjer inte gav arbetstagaren tillräckligt skydd mot smitta och att verket därför uppställt en högre skyddsnivå. Trots att Arbetsmiljöverket alltså de facto hade en annan uppfattning om det tillräckliga skyddet mot smitta gav verket sken av att dela Folkhälsomyndighetens uppfattning ända fram till våren 2021.

Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten borde under de extrema förhållanden som rådde våren 2020 ha varit transparenta med att det rådde brist på skyddsutrustning. Myndigheterna borde ha lämnat riktlinjer eller stöd till vårdgivarna som tydligt angav vilka åtgärder som i bristsituationen kunde vidtas för att minska smitt-riskerna för arbetstagare och vårdtagare. Det är svårt att se Arbetsmiljöverkets agerande som något annat än ett svek mot alla de arbetstagare som i en akut bristsituation var tvungna att utföra vård och omsorg utan adekvat skyddsutrustning och utan annat stöd för



att skydda sig på alternativa sätt. Detta gällde framför allt inom den kommunala vården och omsorgen.

### *Tillgången till läkemedel har varit relativt god*

Även efterfrågan på vissa läkemedel ökade under våren 2020. Den höga efterfrågan skapade brist på vissa intensivvårdsläkemedel. Generellt sett har läkemedelstillgången dock varit relativt god under pandemin och de allra flesta har fått tillgång till sina läkemedel (se kapitel 9).

En väsentlig skillnad mellan läkemedel och skyddsutrustning är att det redan före pandemin fanns nationella initiativ för att undvika brist på läkemedel. Vidare fanns det några månaders lager hos distributörer och apotek vars ordinarie lager dessutom växte under pandemin. Information om tillgång och efterfrågan på läkemedel i landet blev sammanställd av det nyinrättade organet Nationellt Kontrolltorn och Läkemedelsverket. Regionerna gjorde också gemensamma inköp till ett nationellt förråd och Kontrolltornet förmedlade läkemedel till verksamheter med särskilt stora behov. När det gäller just läkemedel stod Sverige alltså bättre rustad inför pandemin än när det gäller skyddsutrustning.

## **18.3 Hälsa- och sjukvården under pandemin**

### **18.3.1 Hälsa- och sjukvårdens förmåga att hantera pandemin**

#### **Kommissionens observationer och bedömningar:**

- Hälsa- och sjukvården har haft förmåga att ställa om och hantera coronavirusets utbrott, trots existerande kapacitetsbrister. Detta får i stor utsträckning tillskrivas sjukvårdens personal och ledning.
- Omställningen har skett till priset av en extremt hårt ansträngd personal och att patienter som behövt annan vård har fått vänta.

- Pandemin har förbättrat och i många fall fördjupat samverkan mellan regioner och mellan regioner och kommuner. Det har delvis skett genom vårdrkenas egna organisationer men också genom SKR:s samordnande roll.
- Regioner och kommuner bör prioritera ett sammanhållet patientcentrerat journalsystem. Möjligheterna till nationell uppföljning, måste också stärkas, i synnerhet vad gäller primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Det måste även till standardiserade IT-lösningar som gör det möjligt med kommunikation mellan regioner och mellan regioner och kommuner.
- Regionernas och kommuners beredskap avseende lokaler, utrustning och personal måste bli avsevärt bättre. Regioner och kommuner måste sträva efter att ge vårdens anställda sådana arbetsvillkor att de väljer att stanna och utvecklas i sina yrken, vilket skulle förbättra möjligheten att klara bemanningen under en pandemi.
- Ett annat sätt att förstärka bemanningen kan vara att – genom lag eller avtal – säkerställa att åtminstone privata vårdgivare som får del av offentliga medel också ger den offentliga vården stöd i en nationell kris.
- Regeringen behöver stimulera kunskapsutvecklingen genom att stödja forskning om postcovid.

*Vården har haft förmåga att ställa om och hantera virusutbrottet*

Svensk hälso- och sjukvård har under pandemin genomgått extremt stora prövningar. Dess styrkor och svagheter före virusets utbrott bör ha påverkat dess förmåga att möta pandemin.

Den svenska hälso- och sjukvården visar ofta upp goda medicinska resultat i internationella jämförelser och har en långt utvecklad högspecialiserad vård. Den har även kommit långt i digitaliseringen. Det bör ha underlättat vårdens möte med covid-19.

Samtidigt har hälso- och sjukvården dragits med flera svagheter. Sverige uppvisar svaga resultat när det gäller att skapa en patientcentrerad vård, med god kontinuitet och tillgänglighet. En vårdpersonal

med god kännedom om sina patienter underlättar individuella bedömningar av den behandling de bör få, även under en pandemi.

I mars och april 2020 ökade antalet inläggningar på sjukhus och IVA mycket snabbt. Detta gällde framför allt Stockholm, men även Göteborg och andra regioner i Mellansverige. Den andra vågen började i oktober 2020, men antalet inläggningar gick då inte upp i samma takt som under våren 2020 – även om de till slut nådde de allra högsta nivåerna under pandemin på många kliniker och sjukhus. I jämförelse med andra EU-länder har Sverige haft lägst antal sjukhusplatser per invånare. Lokalbehovet för patienter med covid-19 var därför stort i alla regioner. Det ställde krav på en extremt snabb förmåga till omställning och omdisponering av befintliga resurser.

Vi kan konstatera att hälso- och sjukvården i stort klarade av denna omställning. Patienter med covid-19 som har varit i behov av sjukhusvård tycks överlag ha fått vård. Det verkar i stort även gälla IVA-vård. Denna omställning har skett trots avsaknaden av inövade pandemiplaner och extra kapacitet. I avsnitt 18.3.2 kommenterar vi de undanträngningseffekter som en sådan omställning med nödvändighet har medfört.

### *Priset för omställningen har varit högt för vårdpersonalen*

Priset har varit högt för de anställda. De har många gånger pressats till insatser långt utöver vad som är rimligt att begära. Bristen på personal före pandemin blev än mer accentuerad i och med att patienters vårdbehov och sjukfrånvaron hos personalen ökade kraftigt. Vården har fått hantera pandemin genom att utnyttja den befintliga personalen intill bristningsgränsen. Personalen har arbetat övertid och förskjutit och begränsat sina semestrar. Bristen på skyddsutrustning har – framför allt under första vågen – orsakat stor oro och stress. Pandemin har på ett tydligt sätt visat att personalförsörjningen i vården saknar marginaler.

Kommissionen anser att bemanningsfrågor måste ingå i sjukvårdens beredskapsplanering. Personalbristen som rådde innan pandemin behöver åtgärdas. Staten har nyligen genom att inrätta det s.k. Vårdkompetensrådet tagit ett fastare grepp om vårdens kompetensförsörjning. Detta arbete behöver intensifieras. Regioner och kommuner behöver minska personalomsättningen och öka attraktions-

kraften i vårddyrkena genom att ge hälso- och sjukvårdens personal så goda arbetsvillkor att de väljer att stanna och utvecklas i yrket.

Den privata vården har bidragit genom att låna ut personal, vårda patienter med covid-19 och ta över operationer. Men det finns likväl skäl att överväga att – genom lag eller avtal – föreskriva att åtminstone de privata vårdgivare som får del av offentliga medel också är skyldiga att ge stöd till offentliga vårdgivare i en nationell kris. Det gäller förstas särskilt i de regioner där privata vårdgivare är vanligt förekommande.

### *Samverkan mellan regioner och kommuner har utvecklats under pandemin*

Samverkan mellan regioner samt mellan regioner och kommuner har förbättrats och fördjupats, mellan både ledningar och verksamheter. Digitala arbetssätt har blivit vanligare, mobila team har kommit till och gemensamma utbildningar har genomförts. Samtidigt har många utvecklingsprojekt fått stå tillbaka.

Samverkan har delvis skett genom vårddyrkenas egna organisationer, men även SKR har spelat en viktig samordnande roll. Organisationen har bl.a. arrangerat överläggningar och utbyten av erfarenheter i etablerade och nya nätverk, på olika nivåer från medicinskt ansvariga sjuksköterskor i äldreomsorgen till regiondirektörer.

Kommissionens slutsats är att regioner och kommuner ytterligare behöver stärka sin samverkan för att under normala omständigheter kunna säkerställa att patienterna får en god och samordnad vård och omsorg. I vårt första delbetänkande framhöll vi att ett hinder och ”en riskfaktor är informationsöverföringen mellan huvudmännen och olika vårdgivare och den sekretess som råder dem emellan”. Detta gäller hälso- och sjukvården i stort men också i kontakterna med socialtjänsten. Bristen på samordning är särskilt påtaglig när det gäller digitala system som kan kommunicera med varandra i realtid och göra utbyte av information möjlig. En starkt samverkan rymmer alltså aspekter allt ifrån vårdens styrning till sammanhållna och patientcentrerade journalsystem.

Avsaknaden av individdata försvårar även utvärdering och forskning om hur hälso- och sjukvården påverkats av pandemin. En viktig del i beredskapen och i förmågan att hantera en pågående pandemi är att det finns ett fungerande system för informationsöverföring

och uppföljning inom hälso- och sjukvården. Kommissionen anser att en utvecklad nationell uppföljning med möjligheter till realtids-data och uppföljning i efterhand måste ges hög prioritet framöver. Även kunskapen om patienternas upplevelser och erfarenheter av samordnade vård- och omsorgsinsatser behöver stärkas.

### *Kunskaperna om postcovid behöver förbättras*

Under pandemin har vi sett en ny patientkategori växa fram: de patienter som har haft så svåra efterverkningar av covid-infektioner att detta påverkar återgången till arbete och skola samt förmågan att klara av dagliga aktiviteter. Kunskaperna om postcovid är fortfarande bristfälliga och det är i dag oklart hur omfattande detta hälso-problem är.

Kommissionen anser därför att det är viktigt att bygga upp kunskap – inte minst genom klinisk forskning – och att sprida denna inom primärvården och andra vårdformer som möter postcovid-patienter.

### **18.3.2 Inställd och uppskjuten vård**

#### **Kommissionens observationer och bedömningar:**

- Patienter har avstått från att söka vård för att undvika att bli smittade, smitta andra eller belasta vården.
- Vården av covid-19-patienter har trängt undan annan vård och verksamhet. De fysiska besöken inom primärvård och slutenvård har minskat och operationer har blivit inställda. Samtidigt har de digitala besöken ökat.
- De prioriteringar som vården har tvingats göra har präglats av pragmatism och rimliga överväganden. Erfarenheter från den första vågen tycks ha tagits väl till vara i senare skeden.
- Det går ännu inte att bedöma de långsiktiga hälsoeffekterna av den inställda och uppskjutna vården.

Den massiva belastningen på vården har trängt undan annan vård och verksamhet. Fysiska besök inom primärvård och specialiserad vård har minskat och planerade operationer har ställts in. Samtidigt syns tecken på att människor medvetet har avstått ifrån att söka vård för att undvika att bli smittade, smitta andra eller belasta vården. Digitala besök har dock ökat. Rehabiliteringen av både covidsjuka och patienter med annan diagnos har fått stå tillbaka. I kapitel 12 har vi belyst hur pandemin har påverkat efterfrågan och utbudet av vård som inte är direkt relaterad till covid-19.

De prioriteringar som vården gjort kännetecknas dock av pragmatism och rimliga överväganden. Erfarenheter från den första vågen tycks ha tagits väl till vara i senare skeden. Det kan även nämnas att allmänhetens förtroende för den svenska sjukvården aldrig har varit högre än just under pandemin.

Barnhälsovården verkar i stort ha fungerat väl med endast marginella effekter på verksamheten. En oroande aspekt är visserligen att vi ser en ökning i barnfetma hos 3–5-åringarna. Men mödravården visar överlag på goda resultat och små förändringar jämfört med tidigare år.

Antalet hjärtinfarkter har sjunkit tämligen drastiskt under pandemin, vilket kan förefalla oväntat. Detta gäller alla regioner, åldersgrupper och är oberoende av kön. Rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten ledde till stora förändringar vad gäller livsstil. Såväl minskat antal infektioner till följd av bättre hygien som minskad stress till följd av hemarbete kan hypotetiskt ha bidragit till nedgången. För grupper med kronisk sjukdom som ledgångsreumatism eller diabetes finns också tecken på att antalet vårdbesök minskat. Inom diabetesvården har dock kontroller av ögon- och fotstatus blivit mindre frekventa, vilket är oroande eftersom bestående skador kan ha uppkommit. Besöksfrekvensen inom psykiatri är oförändrad om man tar hänsyn till både distansbesök och fysiska besök. Detta gäller såväl barn- som vuxenpsykiatri, och bilden är likartad från primärvård och specialistkliniker.

Inom slutenvården har cancervården konstaterat en nedgång i antalet nya rapporterade fall på över 6 procent. Vissa regioner har helt lagt ner screeningverksamheten för bröstcancer och/eller minskat uppföljningen av PSA-test för prostatacancer. Även screeningen för livmoderhalscancer har minskat med nästan 5 procent, dock med stora regionala skillnader. Det ger viss anledning till oro, då det finns

goda skäl att tro att det är de med högst risk som uteblivit från sin screening.

Planerad kirurgi visar på en nedgång med 11 procent, medan akut kirurgi visar på en mindre uppgång med 3 procent. Nedgången i planerad kirurgi var störst under den första vågen då det också fanns en klar tendens till nedprioritering av de äldsta åldersgrupperna.

Det är viktigt att påpeka att vi ännu inte vet något om de långsiktiga hälsoeffekterna av neddragningarna inom framför allt cancerområdet, och inte heller av neddragningar som rör kroniska tillstånd som diabetes eller psykisk sjukdom.

## 18.4 Indirekta konsekvenser av pandemin

### 18.4.1 Den sociala isoleringens pris

#### Kommissionens observationer och bedömningar:

- Det är tydligt att pandemin har drabbat redan utsatta och sårbara grupper hårdare än andra i flera olika dimensioner, inklusive välmående och livsvillkor.
- Socialstyrelsen har hittills inte sett några stora förändringar i inrapporterade psykiatriska tillstånd från hälso- och sjukvården, men rapporter har kommit om ökad psykisk ohälsa bl.a. hos personer med funktionsnedsättning, framför allt de med neuropsykiatriska och intellektuella nedsättningar.
- Den ökade digitaliseringen har ökat de sociala kontakterna och underlättat vårdkontakterna för många. Men den har också ökat utanförskapet för vissa grupper, inklusive äldre, personer med funktionsnedsättning och personer med beroendeproblem.
- Det saknas en entydig bild av hur pandemin har påverkat våld i nära relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck, delvis beroende på att statistiska uppgifter saknas. Inte minst civilsamhällets organisationer uttrycker oro för ett ökat behov av stödinsatser och att pandemin kommer att få långsiktiga konsekvenser för sådan utsatthet.

- Civilsamhället har varit och är en viktig resurs under pandemin. I nästa kris måste det offentliga ta bättre vara på den kompetens och erfarenhet som finns i civilsamhällets organisationer.
- Den sociala skulden kommer sannolikt att visa sig vara ojämnt fördelad.

### *Tydligt att pandemin slår mycket hårt mot vissa grupper*

Pandemin har i grunden påverkat hela samhället och i stort sett samtliga invånare i Sverige. Många människor har fått sin tillvaro omstöpt på olika sätt. Det kan gälla möjligheten att försörja sig, situationen i familjen, villkoren på arbetet, studiemiljön och – inte minst – utrymmet för sociala kontakter.

I kapitel 15 har vi gett en bred bild av pandemins indirekta effekter för människors hälsa, välbefinnande, livsvillkor m.m. För en del har pandemin ”bara” gett upphov till en viss ändring av rutiner och vardagsliv, för andra har den lett till betydande problem och för vissa har pandemin ställt hela livet på ända. I likhet med ohälsa och dödsfall till följd av covid-19 har pandemin drabbat ojämnt även i fråga om dessa indirekta konsekvenser. Det är tydligt att redan utsatta och sårbara grupper drabbats hårdare än andra och att socioekonomiska och medicinska faktorer har stor betydelse.

Något som också blivit tydligt i den omfattande samhällskris vi gått igenom är civilsamhällets viktiga roll för människor. För vissa personer har civilsamhällets stöd varit avgörande under pandemin. Den kompetens och de erfarenheter som finns i civilsamhällets formella och informella organisationer måste tas till vara på ett bättre sätt vid framtida kriser (avsnitt 15.2). Kommissionen avser att återkomma till civilsamhällets betydelse för krishantering i sitt slutbetänkande.

De flesta i befolkningen har fortfarande ett gott allmänt hälsotillstånd, även om lättare psykiska besvär fortfarande är vanliga. Vissa av pandemins indirekta effekter kan också ha varit positiva: mindre stress som gett vissa ett bättre liv och ökad digitalisering som gett många en bättre social tillgänglighet. Men vissa människor har påverkats betydligt mer och mår betydligt sämre. Det finns med andra ord en risk för en ökad ojämlikhet i psykisk hälsa.



Även om covid-19 haft en mer begränsad direkt påverkan på barn och unga har pandemin i stort fått tydliga konsekvenser även för dem. Civilsamhällets organisationer rapporterar att den psykiska ohälsan hos barn ökat (se avsnitt 15.3).

Många äldre har känt en djup oro för allvarlig sjukdom och för att inte få vård. Rekommendationen om social isolering har lett till sämre psykisk hälsa för vissa grupper och riskerat försämra den fysiska hälsan. Isoleringen har gjort det digitala utanförskapet för vissa grupper tydligare. Mycket talar för att ensamheten bland de äldre har ökat och civilsamhällets organisationer vittnar om att många äldre har haft, och fortfarande har, en oerhört tung tid (se avsnitt 15.4).

För många personer med funktionsnedsättning har pandemin blivit mycket kännbar. När verksamheter pausas eller ställs om förändras vardagen drastiskt, särskilt för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Även om omsorgs- och vårdinsatser för barn och unga inte påverkats i någon mer omfattande utsträckning, har konsekvenserna och belastningen för många familjer blivit mycket stora. Det finns rapporter om ett tydligt försämrat välbefinnande hos personer med funktionsnedsättning, framför allt hos de med neuropsykiatriska och intellektuella funktionsnedsättningar (se avsnitt 15.5).

Det finns studier som talar för att den psykiska ohälsan ökat. Socialstyrelsen har dock hittills inte sett några stora förändringar jämfört med tidigare år när det gäller inrapporterade psykiatriska tillstånd från hälso- och sjukvården. Det finns i nuläget inga uppgifter om ett ökat antal självmord under pandemin (se avsnitt 15.6).

För personer med beroendeproblematik saknas entydig information om missbruket har ökat eller minskat, men lägesbilder och myndighetsrapporter ger ändå en tydlig bild av sociala problem och utsatthet (avsnitt 15.7).

Vi saknar fullgoda uppgifter om hur pandemin påverkat våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Det underlag som finns att tillgå ger en mycket varierad bild. Problemet med avsaknad av tillförlitlig och jämförbar statistik – som måste åtgärdas – har blivit ännu tydligare under pandemin. Civilsamhällets organisationer m.fl. uttrycker dock en stor oro för ett ökat behov av stödinsatser och för att pandemin kommer att få långsiktiga konsekvenser för sådan utsatthet. De flesta aktörer som arbetar mot våld

i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck tycks ha bedrivit ett aktivt arbete för att ställa om och anpassa sina verksamheter. Bland framför allt kommunerna finns det dock stora variationer i förutsättningarna för arbetet och vi har fått höra att socialtjänstens situation är allvarlig i flera kommuner (se avsnitt 15.8).

### *Behovet av stöd och insatser kommer sannolikt att öka*

Det är ännu inte möjligt att se de sammantagna konsekvenserna av pandemin. I kapitel 16 försöker vi trots det att ge en inblick i den s.k. sociala skuld – ett latent behov av sociala insatser – som har uppstått, eller riskerar att uppstå, till följd av pandemin. Det finns flera svårigheter i att bedöma detta behov. En sådan är att det saknas statistik och datakällor för att få en mer fullständig bild av det uppdämda behovet. En annan svårighet är förstås att många sociala konsekvenser visar sig först på sikt.

De rapporter som kom in till IVO om ej verkställda beslut om olika insatser ökade markant under 2020. En stor del av dessa hade en direkt eller indirekt koppling till covid-19. De inställda insatserna gäller i hög grad dagverksamheter enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Bland personer 70 år och äldre har färre fått hemtjänstinsatser och inflyttningarna på SÄBO har minskat tydligt, särskilt under våren 2020. Förändringarna har även varit långvariga.

Även om den sociala skulden inte framstår som så omfattande som man kanske kunde befara är vår bedömning att det sannolikt kommer att finnas ett utökat behov av stöd och insatser till följd av pandemin. Inte minst den kraftiga ökningen av ej verkställda beslut och den oro som bl.a. civilsamhällets organisationer uttrycker talar för detta. Den sociala skulden kommer sannolikt också att visa sig vara ojämnt fördelad i befolkningen.

Kommissionen anser att ytterligare uppföljningar och forskning måste komma till stånd även på detta område för att skapa en mer fullständig bild av de negativa konsekvenser som pandemin orsakat för enskilda medborgare. Det är nödvändigt eftersom de fulla konsekvenserna av inställda, uppskjutna eller förändrade insatser sannolikt kommer att framträda i senare skeden.

## 18.4.2 Fjärr- och distansundervisningens effekter

### Kommissionens observationer och bedömningar:

- Tillgången till utbildning under pandemin har generellt varit god inom samtliga utbildningsformer. Omställningen till distansundervisning har dock medfört svårigheter, särskilt inom yrkesinriktade utbildningar.
- Den svenska skolan har blivit mindre likvärdig under pandemin.
- Det finns indikationer på att stress och oro har ökat hos många elever till följd av distansundervisningen, särskilt hos gymnasieelever.
- Elevers och studenters dokumenterade resultat i högstadieskola- och gymnasieskolan, samt vid olika universitet och högskolor, är i stort oförändrade.
- Det måste ske en uppföljning av den faktiska kunskapsutvecklingen, främst bland gymnasieeleverna, när det går att undersöka denna med hjälp av nationella prov och data för skolresultat och kunskaper bland fler årskullar.

*Tillgången till utbildning har generellt varit god men omställningen har inneburit vissa svårigheter*

Under pandemin övergick ett antal skolformer till fjärr- och distansundervisning. I gymnasieskolan gällde det all undervisning under den senare delen av vårterminen 2020 och viss undervisning fram till våren 2021. Grundskolan och förskolan har i stort varit öppna, även om en del högstadieskolor bedrivit undervisning på distans. Nästan all vuxenutbildning samt undervisning vid högskolor och universitet har skett på distans under hela pandemin och börjar först nu (under hösten 2021) öppna upp.

Kommissionen kan konstatera att det har funnits svårigheter i omställningen. Den har särskilt påverkat vissa yrkesprogram inom gymnasieskolan och Komvux samt yrkeshögskolans utbildningar då det varit svårt att ersätta en del av utbildningarnas praktiska delar.

*Likvärdigheten i svensk skola har försämrats ytterligare*

Den svenska skolan drogs redan innan pandemin med problem i form av skillnader i undervisningskvalitet och skolresultat mellan olika skolor och olika grupper av unga. Dessa skillnader har till en del blivit större under pandemin. En ökad personalfrånvaro och övergången till fjärr- eller distansundervisning har gjort det svårt att ge särskilt utsatta elever liksom de med funktionsnedsättningar nödvändigt stöd. Detta gäller såväl högstadie- och gymnasieskolor som universitet och högskolor.

Distansundervisningen har passat vissa, men långt ifrån alla. Våren 2020 blev särskilt kaotisk för gymnasieungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar när undervisning på distans bröt kända rutiner och skolans stödinsatser försvann från en dag till en annan.

Det finns också indikationer på att även andra grupper särskilt utsatta elever i högstadie- och gymnasieskolan har drabbats, t.ex. nyanlända elever, elever som har svenska som andraspråk och elever som av olika anledningar haft svårt att studera hemma.

*Oförändrade skolresultat men ökad stress och oro*

De undersökningar och uppföljningar som gjorts i Sverige indikerar att stress och oro har ökat under den tid som undervisning har bedrivits på distans. Särskilt gymnasieelever har i olika intervjuer angett att de har känt stress och oro samt upplevt en större arbetsbörda och avsaknad av motivation. Även studenter vid universitet och högskolor har framfört att de har känt ökad stress och oro. Det finns dock ännu ingen entydig bild, vare sig i svenska eller internationella undersökningar, om de stängda skolorna under pandemin har bidragit till en ökad psykisk ohälsa hos ungdomar.

Elevers och studenters dokumenterade resultat i form av betyg i högstadie- och gymnasieskolan samt vid olika universitet och högskolor har i stort legat kvar på samma nivå under pandemin. I högstadiet och gymnasiet ser det ut som de inställda nationella proven, snarare än fjärr- och distansundervisningen i sig, påverkat betygssättningen. Skolresultaten i årskurs 9 föll något under vårterminen 2020 bland de elever som tidigare fått en psykiatrisk diagnos. För gymnasiet tycks dock inställda nationella prov ha medfört en gene-

rösare betygssättning i genomsnitt och resultaten tyder på att denna generositet varit störst bland fristående skolor (se avsnitt 17.3).

Det är inte möjligt att redan nu bedöma konsekvenserna av omställningen för skolresultat, psykisk ohälsa hos unga eller den kunskapsbrist som kan ha uppstått hos vissa elever och studenter. Ett betydande kunskapsstapp skulle kunna påverka deras långsiktiga kunskapsutveckling och därmed i förlängningen deras livschanser. Kommissionen anser därför att det måste ske en uppföljning av kunskapsutvecklingen främst bland de elever som fått gå delar av gymnasiet på distans. Detta kräver nya nationella prov och/eller andra data för kunskaper och skolresultat bland elever ur fler årskullar. Det är också viktigt att följa upp den psykiska ohälsan för dessa elever.

## 18.5 Brister bakom den svenska pandemihanteringen

I detta betänkande har vi konstaterat att vägvalet och de vidtagna åtgärderna i den tidiga fasen av pandemin kan ha varit avgörande för smittspridningen inom Sverige. Vår bedömning är att den svenska pandemihanteringen i flera avseenden präglades av senfärdighet. En sen start som byggde på frivilliga och mindre ingripande åtgärder är det som mest tydligt har skiljt ut oss, framför allt från våra grannländer men även från flertalet andra länder. Den stora fråga vi måste ställa oss är varför starten och vägvalet blev som de blev.

I vissa avseenden anser vi oss redan nu ha tillräckligt med underlag för en mer slutgiltig bedömning. Men då viktiga frågor återstår för oss att utreda kan vi inte ännu dra skarpa slutsatser om den samlade pandemihanteringen. Vi kommer därför i dessa delar att begränsa oss till att belysa några faktorer som kan ha haft betydelse. Den definitiva analysen och de övergripande slutsatserna får vi återkomma till i vårt slutbetänkande.

### 18.5.1 Smittskyddslagstiftningen är otillräcklig

#### Kommissionens observationer och bedömningar:

- Smittskyddslagen innehåller grundläggande verktyg för att motverka spridning av smittsamma sjukdomar. Flera borde ha kunnat användas men har inte tagits i bruk, vissa har använts i för liten utsträckning och enstaka verktyg har inte kunnat användas alls.
- Lagen har även visat sig otillräcklig eftersom den inte ger stöd för alla de åtgärder som framstätt som nödvändiga under pandemin.

Innehållet i smittskyddslagen är centralt för möjligheterna att hantera en pandemi (se avsnitt 4.1). Den sätter gränser för vilka åtgärder som regeringen, myndigheterna och sjukvården kan använda för att bekämpa spridningen av smittsamma sjukdomar. Våra nordiska grannländer förefaller ha haft tillgång till både fler och skarpare instrument, och även ha varit snabbare med att skaffa sig sådana under pandemin.

Sveriges smittskyddslag bygger på frivillighet och personligt ansvar men innehåller även flera av de ”klassiska” elementen för bekämpning av smittsamma sjukdomar: provtagning, smittspårning, förhållningsregler, karantän, isolering och avspärning. Flera av dessa verktyg har av olika anledningar inte tagits i bruk.

Kommissionen konstaterar att vår smittskyddslag i flera avseenden visat sig vara otillräcklig för att hantera en pandemi då lagen är alltför individinriktad. I en pandemi gäller det inte bara att ta hand om enstaka individer utan om att skydda en hel befolkning.

Isolering kan, i praktiken, bara användas om sjuk- och smittfallen är relativt få. Isolering måste nämligen ske på sjukvårdsinrättning vilket inte varit möjligt under pandemin då vårdplatserna knappt räckte till för att ta hand om de allvarligt sjuka. Isolering förutsätter även att smittskyddsläkaren ger in en ansökan till allmän förvaltningsdomstol. När många var sjuka samtidigt hade det knappast varit genomförbart att fatta sådana beslut, annat än i enstaka fall.

Folkhälsomyndigheten får besluta om inresekontroll av resande från ett visst område, men kontrollen får inte vara förenad med frihetsberövande, provtagning eller annat kroppsligt ingrepp. Det är

visserligen möjligt för smittskyddsläkare att besluta om mera ingripande åtgärder för enskilda individer, som att ansöka om tvångsundersökning. Det finns inte heller rättsliga hinder för smittskyddsläkare att besluta om karantän för inresande från ett visst område med stor smittspridning. En annan sak är att det fanns svårigheter att verkställa ett sådant beslut eftersom det skulle kräva att lokaler snabbt ställdes i ordning för att avskilja grupper av resenärer för inresekontroll eller för karantän. Även om vissa åtgärder i smittskyddslagen rent rättsligt hade kunnat användas har det alltså funnits andra mer praktiska eller administrativa hinder eller svårigheter.

Andra insatser som efter hand ansetts nödvändiga under pandemin, som t.ex. besöksförbud och restaurangrestriktioner, saknas helt i smittskyddslagen. Där har man i stället fått luta sig mot mera allmänt hållna bemyndiganden i andra regelverk, som socialtjänstlagen, ordningslagen och alkohollagen. Regeringen har dessutom i två omgångar tvingats ta fram ny, mera ingripande lagstiftning.

Sammantaget kan vi konstatera att smittskyddslagen i flera avseenden saknar skarpa och användbara verktyg för att hantera en allvarlig pandemi. Att vidta alternativa åtgärder med stöd av diverse andra lagstiftningar har inte bara försvårat en snabb hantering utan också begränsat vilka insatser som alls kan göras. Smittskyddslagstiftningen behöver alltså genomgå ordentliga reformer. Eftersom regeringen den 2 september 2021 har gett en särskild utredare i uppdrag att bl.a. göra en översyn av smittskyddslagen och analysera behovet av nya bestämmelser inför framtida pandemier (dir. 2021:68) avstår vi dock i denna del från att lämna några konkreta förslag.

### 18.5.2 Smittskyddsläkarna bör få en starkare ställning

#### **Kommissionens observationer och bedömningar:**

- Förhållandet mellan region och smittskyddsläkare är otydligt. Ett tecken på detta är att smittskyddsläkarens ställning och resurser varierar avsevärt mellan olika regioner.
- Även förhållandet mellan smittskyddsläkarna och Folkhälsomyndigheten förefaller oklart. Hur en tydlig ordning med starka smittskyddsläkare bör se ut måste utredas vidare.

Vi har i kapitel 4 beskrivit smittskyddsläkarens roll och ansvar (se avsnitt 4.1.4 och 4.2.9). I kort sammanfattning är varje region skyldig att ha en smittskyddsläkare. Hen har en central roll i samhällets smittskydd och ansvarar för att leda och organisera regionens smittskyddsarbete. Smittskyddsläkaren ska stå självständig i frågor som gäller myndighetsutövning. Regionen har dock som huvudman det övergripande ansvaret för planering, organisering och finansiering av verksamheten. Detta otydliga förhållande mellan region och smittskyddsläkare – en smittskyddsfunktion som är tänkt att agera under stort oberoende, samtidigt som den är beroende av huvudmannens ekonomiska och organisatoriska muskler – har diskuterats redan i förarbetena till smittskyddslagen. I vårt arbete har vi erfart att smittskyddsläkarens ställning och inflytande varierar avsevärt mellan olika regioner.

Även förhållandet mellan smittskyddsläkarna och Folkhälsomyndigheten förefaller oklart. Folkhälsomyndigheten överlägger regelbundet med smittskyddsläkarna men de senare ingår alltså inte i myndighetens organisation, utan har andra uppdragsgivare. Kommissionens intryck är att det ibland varit oklart huruvida smittskyddsläkare kan och bör göra bedömningar som avviker från Folkhälsomyndighetens. Det borde inte ha varit oklart: Folkhälsomyndigheten har en samordnande roll men det är smittskyddsläkarna som bestämmer vilka smittskyddsåtgärder som ska vidtas.

Kommissionen anser att smittskyddsläkarnas ställning måste stärkas och göras tydlig. Hur det bäst kan ske fordrar mera ingående överväganden än vi har haft möjlighet till. Det gäller att finna en rimlig balans mellan starka och beslutskompetenta smittskyddsexperter ute i landet å ena sidan och en möjlighet till ett samlat nationellt agerande som kan behövas i en pandemi å den andra.

Vi noterar att regeringen den 2 september 2021 gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över bl.a. smittskyddsläkarnas förutsättningar. En sak man bör överväga är om det inte också behövs smittskyddsexpertis på lokal nivå. En smittskyddsläkare måste ta flera av de mera ingripande beslut man kan behöva fatta under en pandemi, till exempel att förplikta misstänkt smittade att försätta sig i karantän. I t.ex. Norge och Finland fattas sådana beslut av läkare i kommunerna.



### 18.5.3 En undermålig pandemiberedskap

#### Kommissionens observationer och bedömningar:

- Tidigare identifierade brister har inte åtgärdats, flera aktörer har saknat uppdaterade pandemiplaner, övningar har överlag varit fåtaliga, och dessutom har det saknats beredskapslager för sjukvårdsprodukter och läkemedel liksom för personlig skyddsutrustning. Pandemiberedskapen har ensidigt utgått från ett utbrott av influensa, vilken kan ha bidragit till att man inte tagit höjd för ett omfattande och långvarigt behov av skyddsutrustning eller av provtagning och smittspårning.
- Beredskapen för en pandemi har varit undermålig.
- Folkhälsomyndigheten eller en annan central förvaltningsmyndighet bör få ett tydligt och lagstadgat uppdrag att fortlopande följa upp och stödja andra aktörers pandemiberedskap, övningar och planer.

Under en intervju i P4 Västmanland den 28 februari 2020 sa socialminister Lena Hallengren:

När jag lyssnar till både Folkhälsomyndigheten som är en expertmyndighet när det gäller smittskydd och på Socialstyrelsen som också samordnar hälso- och sjukvården får jag bilden av att vi har en god beredskap. Både utifrån hur situationen ser ut idag, men också utifrån att man tar höjd, vilket ju all krisberedskap handlar om, för en annan situation.<sup>1416</sup>

Vår granskning – liksom den dramatiska verklighet som Sverige genomlevt – visar att så inte var fallet. Givetvis hade knappast någon regering eller myndighet i februari 2020 klart för sig hur omfattande eller långvarig pandemin skulle komma att bli och flertalet andra länder var också illa förberedda. Det förändrar dock inte bilden av den svenska beredskapen.

Faktum är att flera tidigare granskningar har identifierat brister i pandemiberedskapen som fortfarande inte är åtgärdade. Riksrevisionens granskning 2008, liksom MSB:s och Socialstyrelsens utvärdering av hanteringen av svininfluensan 2010, visade på brister i fråga

---

<sup>1416</sup> Jfr. även regeringens presskonferens den 24 februari 2020 då socialminister Hallengren uttalade sig på ett likartat sätt.

om ledning, organisation och samverkan när det gäller att hantera en pandemi. Nuvarande regering och dess föregångare borde ha åtgärdat de identifierade och påtalade bristerna.

Vi kan konstatera att flera länsstyrelser och kommuner saknade pandemiplaner innan pandemin bröt ut och i de fall sådana planer fanns var de oftast inte uppdaterade eller integrerade i verksamheten. Regionala och centrala aktörer hade inte heller övat i någon större omfattning eller inkluderat privata vård- och omsorgsgivare i övningarna.

Sveriges pandemiberedskap har vidare varit alltför ensidig då den, liksom i andra länder, huvudsakligen utgått från influensapandemier. En typisk influensapandemi har ett relativt kort sjukdomsförlopp, kända smittvägar och goda utsikter att snabbt få ett vaccin på plats. Under det första skedet av coronapandemin kan detta ha bidragit till att myndigheterna tog vissa beslut alltför sent. Det kan också ha bidragit till att man inte tog höjd för ett omfattande och långvarigt behov av skyddsutrustning eller provtagning och smittspårning.

Det är svårt att förstå att en nationell expertmyndighet som Folkhälsomyndigheten inte i sitt planeringsstöd problematiserade möjliga scenarier och drog lärdomar från epidemiutbrott som SARS, MERS och Ebola. Samma ensidighet tycks emellertid ha präglat både WHO:s och andra länders planering.<sup>1417</sup>

När det gäller materiell beredskap saknade Sverige under våren 2020 i allt väsentligt beredskapslager för sjukvårdsprodukter och läkemedel och bristen på personlig skyddsutrustning blev omgående akut. Mot bakgrund av att Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap utreder frågor om bl.a. lagerhållning av kritiska produkter inför ett pandemiutbrott (dir. 2018:77 och dir. 2020:84) avstår vi i denna del från att lämna några förslag och nöjer oss med att konstatera att beredskapen i detta avseende måste stärkas. Som vi nyss beskrivit i avsnitt 18.3 har en bristande beredskap i hälso- och sjukvården avseende även lokaler och personal påverkat förmågan att hantera pandemin. Beredskapen måste stärkas också i detta avseende.

De brister som vi nu redovisat kan inte föranleda någon annan slutsats än att den svenska pandemiberedskapen var undermålig.

---

<sup>1417</sup> Se t ex *Coronavirus: lessons learned to date - Sixth Report of the Health and Social Care Committee and Third Report of the Science and Technology Committee of Session 2021–22*, publicerad den 12 oktober 2021.

Samtidigt vill kommissionen understryka att beredskapsplaner inte är tillräckliga för att kunna hantera en mer omfattande kris. Det måste även finnas en mental beredskap som innebär att man vågar agera i tid och fatta ingripande beslut på ett mycket osäkert underlag. En sådan förmåga uppnås bäst genom planering, utbildning och övning. Dessutom behöver många aktörer öva tillsammans. De behöver också etablera rapporteringsvägar, något som ofta saknats under pandemin, och öva på att använda dessa.

Det är förmodligen inte möjligt att vara fullt förberedd för utbrott av ett okänt virus som leder till en pandemi vars allvar och utsträckning i tid är svårt att förutse. Men en lärdom bör vara att man kontinuerligt måste öva förmågan att tänka kreativt och proaktivt. Att tänka nytt kan också kräva att beslutsfattare aktivt söker kunskap och erfarenheter från utomstående experter, som universitet och högskolor, civilsamhället eller andra icke-myndighetsorgan.

Som vi strax kommer in på har ett stort antal aktörer på olika nivåer ansvar för smittskydd och pandemihantering. Det är anmärkningsvärt att ingen instans har ett ansvar för att följa upp dessa aktörers pandemiberedskap eller pandemiplaner. Kommissionen anser därför att Folkhälsomyndigheten eller annan lämplig central förvaltningsmyndighet, bör få ett tydligt och lagstadgat uppdrag att följa upp och stödja andra aktörers pandemiberedskap, övningar och planer.

#### 18.5.4 En problematisk ansvarsfördelning

##### **Kommissionens observationer och bedömningar:**

- Ansvaret för det svenska smittskyddet är fördelat på många händer i ett decentraliserat och fragmenterat system även i kristid. Det leder till ett otydligt ansvar. Ett sådant system blir svårstyrt i en allvarlig pandemi. Det kan också bidra till att enstaka aktörer bortser från de nationella konsekvenserna i sin planering före pandemin.
- Det är i flera avseenden problematiskt att en betydande del av ansvaret för den faktiska pandemibekämpningen har fått vila på en arbetsgivar- och intresseorganisation som SKR.

Som vi redovisat tidigare, i kapitel 4, har ett stort antal svenska myndigheter och aktörer – både offentliga och privata – anknytning till smittskydd, pandemiberedskap och pandemihantering. De verkar på olika förvaltningsnivåer. Kommissionen kan konstatera att Sverige har ett decentraliserat, men också fragmenterat, system där de olika aktörernas ansvar blir utspätt och otydligt. Ett uppenbart exempel på detta är Folkhälsomyndighetens och Arbetsmiljöverkets delvis överlappande ansvar i fråga om användning av skyddsutrustning.

En annan trolig konsekvens av ett utspätt ansvar är att enskilda aktörer – som regioner och kommuner – bortser från de fulla konsekvenserna av sina beslut när de planerar för en kommande pandemi. Det kan bidra till nationella brister, t.ex. på provtagningskapacitet eller lager av skyddsutrustning, som vi behandlat i tidigare avsnitt av kapitlet. Skälet är att varje aktör som främst planerar för den egna verksamheten investerar mindre i kapacitet eller lager än de skulle göra om de tog hänsyn till nationella behov. Ett fragmenterat och decentraliserat system blir självklart också svårare att styra.

Den rådande formella ansvarsfördelningen mellan de olika statliga myndigheterna med anknytning till smittskyddsområdet ger inte heller någon av dem uppgiften att leda andra myndigheter i en omfattande kris. Det var därför inte givet på förhand hur hanteringen de facto skulle komma att organiseras under pandemin. MSB, som besitter expertis i fråga om samhällskriser och krishantering, skulle teoretiskt kunna ha fått ett betydligt större utrymme och en tydligare position, snarare än en mer undanskymd roll. I stället har Folkhälsomyndigheten tagit den ledande rollen i pandembekämpningen.

Kommissionen anser att det kan finnas fördelar med att en myndighet har ett brett perspektiv och ansvarar för såväl smittskydd som hela paletten av övriga folkhälsofrågor under normala förhållanden. Men under en sådan omfattande och utdragen samhällskris som pandemin, finns det tydliga risker med att låta en myndighet göra svåra avvägningar mellan smittskydd och andra samhälleliga värden. Det kan också vara problematiskt att en och samma myndighet får ansvar för att bedöma både risker (riskvärdering) och möjliga åtgärder (krishantering).

Vi avser att återkomma till dessa specifika och allmänna frågor om Folkhälsomyndighetens organisation, uppgifter och hantering

av pandemin i vårt slutbetänkande, liksom till fördelningen av ansvaret för krishantering i stort.

Pandemin väcker också frågor om hur man bör utforma den statliga styrningen av den kommunala nivån för att garantera en effektiv krishantering i samhället. Hälso- och sjukvårdens huvudmän är 21 regioner och 290 kommuner som styrs av direktvalda politiker. Mot bakgrund av den existerande hälso- och sjukvårdslagstiftningen (generella regler i en ramlagstiftning) och den kommunala självstyrelsen har regioner och kommuner ett långtgående självbestämmande på området. Det decentraliserade ansvaret – tillsammans med ansvarsprincipen (att samma aktör har ansvaret för en verksamhet i såväl kristider som normala tider) – har bl.a. inneburit att den statliga styrningen av vården, förutom genom lag och förordning, fått ske genom överenskommelser mellan regeringen och SKR.

SKR har fått en mycket central roll i pandemibekämpningen. I avsaknad av andra användbara strukturer för dialog mellan staten och kommuner/regioner har SKR fullgjort en nödvändig uppgift för samordning och för att överbrygga problemen med det decentraliserade systemet. Det framstår emellertid som i flera avseenden problematiskt att en betydande del av ansvaret för pandemibekämpningen i realiteten måste vila på en arbetsgivar- och intresseorganisation, en organisation som inte ansvarar inför vare sig riksdag, regering eller medborgare för sina beslut eller åtgärder.

I kort sammanfattning, menar vi alltså att det sätt på vilket Sverige valt att organisera sitt smittskydd har gett upphov till en rad problem när det gäller att bekämpa pandemin. Dessa problem återkommer vi till i vårt slutbetänkande.



# Kommittédirektiv 2020:09

## Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19

Beslut vid regeringssammanträde den 30 juni 2020

### Sammanfattning

En kommitté i form av en kommission får i uppdrag att utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och spridningens effekter. Kommissionen ska också göra en internationell jämförelse med relevanta länder av de olika åtgärder som vidtagits och åtgärdernas effekter.

Kommissionen ska bl.a.

- Utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regionernas och kommunernas åtgärder för att hantera virusutbrottet och utbrottets effekter,
- utvärdera hur krisorganisationen inom Regeringskansliet, berörda förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner har fungerat under pandemin,
- utvärdera hur ansvarsprincipen och det geografiska områdesansvaret har fungerat under krisen, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2022. En första delredovisning ska lämnas senast den 30 november 2020 och en andra delredovisning senast den 31 oktober 2021.

## **Bakgrund**

### **Viruset som orsakar sjukdomen covid-19**

Flera sjukdomsfall med luftvägssymtom och lunginflammation uppmärksammades i staden Wuhan i Kina i slutet av december 2019. Dessa kopp-lades till en marknad med försäljning av levande djur och smittspridningen tros ursprungligen ha skett från djur till människa. Den lokala hälsomyndigheten angav att virustypen var en ny typ av coronavirus. I januari rapporterade Världshälsoorganisationen (WHO) om förekomsten av sjukdomen som senare fick namnet covid-19 (corona virus disease 2019).

Covid-19 är en akut luftvägsinfektion. Flertalet av de smittade uppvisar endast milda symptom. Sjukdomen leder dock i vissa fall till allvarlig lung-sjukdom som kräver intensivvård. Det finns fortfarande stor osäkerhet kring flera aspekter av sjukdomen, eftersom det rör sig om en helt ny typ av coronavirus.

Sjukdomen covid-19 förklarades den 30 januari 2020 av WHO som ett internationellt hot mot människors hälsa. Regeringen beslutade den 1 februari 2020 att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom ska tillämpas på covid-19. Den 11 mars 2020 deklarerade WHO att utbrottet av det virus som orsakar covid-19 är en pandemi, dvs. att viruset sprids i hela världen. Sverige har drabbats av ett stort antal sjukdomsfall med många avlidna. Spridningen av viruset har inneburit stora påfrestningar och påverkat alla delar av samhället. Situationen har också bidragit till en djup ekonomisk kris som riskerar att påverka samhället under lång tid framöver.

### **Strategi och mål för hantering av virusutbrottet**

Det övergripande målet för Sveriges hantering av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och smittspridningens effekter är att begränsa smittspridningen för att skydda människors liv och hälsa



och säkra sjukvårdens kapacitet. Som mål för hanteringen ingår också att resurser till hälso- och sjukvården ska säkerställas, att inverkan på annan samhällsviktig verksamhet ska begränsas, att konsekvenser för medborgare och företag ska lindras samt att oron i befolkningen ska dämpas.

Den svenska strategin vid hanteringen av viruset är att de åtgärder som vidtas ska baseras på kunskap och beprövad erfarenhet och att rätt åtgärder ska vidtas vid rätt tidpunkt. För att denna strategi ska kunna upprätthållas omprövas åtgärderna löpande utifrån kunskapsläge och smittspridningssituation.

Utgångspunkten har varit att de åtgärder som vidtas för att minska smittspridningen ska präglas av uthållighet och delaktighet samt att effekter på samhället och folkhälsan i stort ska beaktas. Samarbetet inom EU och övrigt internationellt samarbete ska värnas.

## Uppdraget

### Behovet av en utvärdering

Utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 har ställt det svenska samhället inför svåra prövningar. För att det svenska samhället ska kunna dra lärdomar av det inträffade bör hanteringen av virusutbrottet och utbrottets effekter utvärderas. Regeringen tillsätter därför en kommitté i form av en kommission för att genomföra en sådan utvärdering.

### Krishanteringen

#### *Den svenska förvaltningsmodellens funktion vid en kris*

Regeringen styr riket och ansvarar inför riksdagen. Under regeringen lyder statliga förvaltningsmyndigheter. Förvaltningen ska förverkliga regeringens politik. Myndigheter under regeringen har en lydndsrelation till regeringen men inte till riksdagen eller medborgarna, och inte heller till ett enskilt statsråd. Det är också regeringen som beslutar om uppgifter och uppdrag till de statliga myndigheterna, med undantag för dem som lyder under riksdagen. Regeringen delegerar alltså en del av sitt ansvar till myndigheterna. Ansvar för styrningen av myndigheterna kvarstår dock hos rege-

ringen. Det innebär att regeringen inför riksdagen är ytterst ansvarig för allt som myndigheterna gör, utom på det område där förvaltningens lydnadsplikt mot regeringen inte gäller, dvs. i fråga om beslut i särskilt fall som rör myndighetsutövning eller tillämpning av lag. Myndigheternas fristående ställning och långtgående befogenheter att besluta om hur de egna uppgifterna ska lösas är en viktig komponent i den svenska förvaltningen. Principen lägger grunden till att myndigheterna självständigt ska kunna sköta sin dagliga verksamhet på ett effektivt och rättssäkert sätt. Detta är inte minst viktigt i samhällliga krissituationer, där myndigheterna ofta kan vidta långtgående åtgärder inom lagens ramar utan att invänta ett regeringsbeslut.

Sverige har en långtgående kommunal självstyrelse som innebär att beslut fattas nära medborgarna utifrån lokala förutsättningar och behov. Styrningen av den kommunala sektorn ska ske genom lag och inskränkningar ska vara proportionella. Kommuner och regioner ansvarar för många och omfattande uppgifter inom den offentliga välfärden – t.ex. hälso- och sjukvård och äldreomsorg – och står därför för en stor del av myndighetsutövningen. Samtliga kommuner och regioner är medlemmar i medlems- och arbetsgivarorganisationen Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). SKR:s uppgift är att på medlemmarnas uppdrag stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. SKR företräder inte enskilda kommuner och regioner i formell mening och har ingen bestämmanderätt över dem. SKR är den organisation som samlat för deras talan och deltar i exempelvis dialoger med regeringen.

Den svenska krisberedskapen bygger på de ordinarie förvaltningsstrukturerna och på ansvarsprincipen, som innebär att den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer har motsvarande verksamhetsansvar vid en kris. Ansvaret inkluderar att vidta de åtgärder som krävs för att skapa både robusthet och krishanteringsförmåga. I ansvaret ingår även att samverka med andra, ofta sektorsövergripande. Statliga myndigheter ska genom sin verksamhet minska sårbarheten i samhället och utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida krissituationer och inför och vid höjd beredskap. De myndigheter som anges i bilagan till förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap har ett särskilt ansvar för

att planera och vidta förberedelser för att skapa förmåga att hantera en kris, förebygga sårbarheter och motstå hot och risker.

Strukturen för samhällets krisberedskap bygger även på ett geografiskt områdesansvar. Inom ett geografiskt område ansvarar ett områdesansvarigt organ för inriktning, prioritering och samordning av tvärssektoriella åtgärder inför, under och efter en kris. Regeringen och förvaltningsmyndigheterna ansvarar för ovan nämnda åtgärder på nationell nivå och länsstyrelsen och regioner samt kommuner på regional respektive lokal nivå.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har ansvar för frågor om krisberedskap, i den utsträckning inte någon annan myndighet har det ansvaret. Ansvaret avser bl.a. åtgärder före, under och efter en kris. Myndigheten har också i uppgift att se till att berörda aktörer vid en kris får tillfälle att samordna krishanteringsåtgärder och effektivt använda samhällets samlade resurser och internationella förstärkningsresurser.

### *Regeringskansliets krishantering*

Regeringskansliet stöder regeringen i dess krishantering. Statsministern är chef för Regeringskansliet och har ett övergripande ansvar för Regeringskansliets organisation och det krishanteringsarbete som bedrivs. Frågor som gäller samhällets krisberedskap är samlade under inrikesministern i Justitiedepartementet. Inrikesministerns statssekreterare leder Regeringskansliets krishantering, bedömer behovet av samordning i Regeringskansliet och kan sammanföra gruppen för strategisk samordning, som består av statssekreterare i de departement vars verksamhetsområde berörs.

I Regeringskansliet finns en särskild chefstjänsteman och ett kansli för krishantering. De stöder inrikesministerns statssekreterare och arbetar med att utveckla, samordna och följa upp Regeringskansliets krishantering. I chefstjänstemannens ansvar ingår också att se till att Regeringskansliet genomför nödvändiga förberedelser för krishanteringsarbetet.

Kommissionen ska

- göra en samlad bedömning av den svenska strategin och målen för att begränsa smittspridningen och dess effekter,

- utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters samt kommuners och regioners åtgärder för att hantera virusutbrottet och utbrottets effekter,
- belysa hur regeringen samspelat med riksdagen under krishanteringens,
- utvärdera hur krisorganisationen inom Regeringskansliet, berörda förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner har fungerat under pandemin,
- utvärdera hur ansvarsprincipen och det geografiska områdesansvaret har fungerat under krisen,
- göra en jämförelse med andra relevanta länder, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

Kommissionen ska se till att den pågående krishanteringens inte påverkas negativt av kommissionens arbete.

### **Viruset spridning till och inom Sverige**

Sverige fick sitt första bekräftade fall av sjukdomen covid-19 den 31 januari 2020, när en person som varit i Wuhan uppvisade symptom efter ankomst till Sverige och själv uppsökte vård. Patienten hade endast milda symptom och ingen smittspridning från detta fall har observerats. I början av mars 2020 fick Sverige allt fler bekräftade fall av covid-19. Flertalet av de då bekräftade fallen hade blivit smittade på resa i norra Italien. Kort därefter konstaterade Folkhälsomyndigheten att det fanns flera tecken på samhällsspridning av viruset i Stockholms och Västra Götalands län.

För att åtgärder ska kunna baseras på kunskap är det viktigt att förstå hur smittspridningen har sett ut i Sverige. Folkhälsomyndigheten genomför därför analyser av data från svenska fall av covid-19. I den första redovisningen av denna analys anges det bl.a. att det är troligt att spridningen i Europa var sådan under månadsskiftet februari–mars 2020 att smittan då härrörde från ett antal olika länder, även om en majoritet av proverna i undersökningen härrör

från Italien och Österrike. Det finns också uppgifter om att smittspridning förekom i Sverige före det första bekräftade fallet.

Kommissionen ska

- beskriva den initiala smittspridningen till och inom Sverige,
- analysera reseströmmarnas betydelse för smittspridningen i Sverige och i övriga nordiska länder, och
- särskilt beskriva smittspridningen i områden med socioekonomiska utmaningar och smittspridningens konsekvenser för utsatta grupper.

## Åtgärder för att begränsa smittspridningen

### *Utgångspunkter för det svenska smittskyddsarbetet*

Enligt smittskyddslagen ska smittskyddsåtgärder bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärderna får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärderna ska vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. Den humanistiska grundsyn som ligger till grund för samhällets smittskydd betonas i lagens förarbeten. I förarbetena betonas också det ansvar som var och en i Sverige, såväl smittade som osmittade, har för att förhindra smittspridning. Tyngdpunkten i smittskyddsarbetet i Sverige ligger alltså på det frivilliga förebyggande arbetet. Ett exempel på detta är att smittskyddslagen inte ger regeringen eller någon annan aktör befogenheter att fatta beslut om att stänga enskilda verksamheter som samlar flera människor. Detta har motiverats med att det torde kunna förutsättas att allmänheten i en krissituation rättar sig efter rekommendationer från de myndigheter som har ansvar för smittskyddet.

För sjukdomar som klassificeras som samhällsfarliga ger dock smittskyddslagen rätt till vissa extraordinära smittskyddsåtgärder. Regeringen beslutade den 1 februari 2020 att bestämmelserna i smittskyddslagen om allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom ska tillämpas på covid-19. Smittskyddsläkaren får när det gäller sådana sjukdomar bl.a. fatta beslut om hållande i karantän i viss byggnad eller visst område. Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks

ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får dessutom Folkhälsomyndigheten besluta att ett visst område ska vara avspärrat.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Regeringen får dock meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet. Av förarbetena framgår att regeringen därvid kan besluta om sjukvårdshuvudmännens, inklusive smittskyddsläkarnas, deltagande i samordnade nationella åtgärder till skydd för befolkningen varvid sjukvårdshuvudmännen kan åläggas att ställa personella resurser, utrustning och läkemedel till förfogande för epidemibekämpning även utanför den egna regionen.

### *Smittspridning i samhället i stort*

Spridningen av ett nytt virus som det varken finns vaccin eller verkningfulla mediciner mot har förstärkt behovet av icke-medicinska åtgärder som social distansering. Regeringen verkar dock för att Sverige ska få tillgång till vaccin när det finns ett sådant samt för att det ska finnas en solidarisk fördelning av vaccin mellan världens länder.

Folkhälsomyndigheten har lämnat ett antal rekommendationer och allmänna råd för att begränsa smittspridningen. I de allmänna råden ges anvisningar om hur var och en bör agera för att minska smittspridningen. I de allmänna råden uppmanas dessutom personer över 70 år och personer som tillhör andra riskgrupper att begränsa sina sociala kontakter och stanna hemma så mycket som möjligt. Det innebär att de bör undvika att åka med kollektivtrafik, handla i butiker eller vistas på andra platser där människor samlas. Folkhälsomyndigheten har även under våren rekommenderat att utbildningen inom gymnasieskolan, den kommunala vuxenutbildningen, yrkeshögskolan och högskolan ska bedrivas genom fjärr- eller distansundervisning. En särskild lag om förstärkt tillsyn av caféer, barer och restauranger har beslutats. Folkhälsomyndigheten har avrått från besök vid äldreboenden. Regeringen har därefter genom förordning

infört ett motsvarande förbud. Det har däremot inte införts något förbud mot besök vid särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning.

Bland de åtgärder som i övrigt har vidtagits kan nämnas att allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med fler än 50 deltagare har förbjudits. Därtill kan nämnas den tillfälliga kompensering för karensavdraget som införts för att människor ska stanna hemma vid sjukdom. Folkhälsomyndigheten har också rekommenderat distansarbete i de fall det är möjligt.

Den omfattande sociala distanseringen i samhället har medfört ökad psykisk ohälsa. Den har också fått stor inverkan på situationen för äldre och personer med funktionsnedsättning med bl.a. ensamhet och minskad fysisk aktivitet som följd. Den sociala distanseringen medför också att tiden i hemmet tilltar vilket kan medföra en större utsatthet för bl.a. kvinnor, barn och hbtq-personer som riskerar att utsättas för eller utsätts för våld, inklusive hedersrelaterat våld och förtryck. Det har samtidigt blivit svårare för myndigheter och andra aktörer att upptäcka denna utsatthet.

Kommissionen ska

- utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, kommuners och regioners åtgärder för att begränsa smittspridningen,
- utvärdera hur ändamålsenliga Folkhälsomyndighetens rekommendationer har varit under olika faser av pandemin,
- utvärdera i vilken utsträckning befolkningen har följt Folkhälsomyndighetens rekommendationer och om detta har påverkats av socioekonomiska förhållanden, ålder eller könstillhörighet,
- analysera om smittskyddslagstiftningen och annan lagstiftning gett samhället ändamålsenliga förutsättningar för att begränsa smittspridningen,
- utvärdera effekterna av den sociala distanseringen för befolkningen som helhet och särskilt för gruppen äldre samt för personer med funktionsnedsättning,
- redovisa överdödligheten i Sverige över tid och sätta den i relation till överdödligheten i andra länder,

- belysa om det finns skillnader när det gäller överdödlighet mellan områden med skilda socioekonomiska förhållanden samt mellan skilda sociala förhållanden i övrigt och vad dessa skillnader i så fall beror på,
- utvärdera arbetet med att begränsa smittspridningen inom områden med socioekonomiska utmaningar, och
- kartlägga och utvärdera hur berörda statliga myndigheter, kommuner och regioner samt andra aktörer arbetat under pandemin för att upptäcka utsatthet för våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck och för att ge adekvat skydd och stöd, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

Även sådana åtgärder för att begränsa smittspridningen som övervägts men inte vidtagits bör uppmärksammas av kommissionen.

### Smittspridning inom vård och omsorg om äldre

Kommunerna är enligt socialtjänstlagen (2001:453) ansvariga för omsorg om äldre. I kommunerna finns dock olika utförare inom omsorgen, dessa kan vara privata eller bedriva verksamhet i annan form. Kommunerna har också ett hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). I nästan alla län har kommunerna tagit över ansvaret för hemsjukvården. Regionen i respektive län ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i de verksamheter som kommunerna ansvarar för.

Flera studier har visat att hög ålder utgör en särskild riskfaktor för ett allvarligt sjukdomsförlopp i covid-19. En utgångspunkt har därför varit att så långt det är möjligt skydda de äldre. Folkhälsomyndigheten har rekommenderat att besök vid äldreboenden undviks och pekat på vikten av att upprätthålla basala hygienrutiner. Regeringen har därefter beslutat om en förordning om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre. Regeringen gav även Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en informations-



insats riktad till personal inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården i syfte att minska smittspridningen.

Trots insatserna har en stor andel av de avlidna i covid-19 varit personer som varit föremål för insatser inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Detta väcker en rad frågor och det kan inte uteslutas att utvecklingen har strukturella orsaker.

Kommissionen ska

- analysera orsakerna till smittspridningen på särskilda boenden för äldre och inom hemtjänsten,
- utvärdera regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regioners och kommuners åtgärder för att begränsa smittspridningen inom äldreomsorgen och sätta dem i relation till de åtgärder som vidtagits för att begränsa smittspridningen i samhället,
- belysa om strukturella orsaker kan ha bidragit till den uppkomna situationen,
- belysa om det funnits brister vid de medicinska bedömningarna av äldre personer,
- utvärdera tillgången till relevant medicinsk behandling på särskilda boenden för äldre,
- belysa om det funnits brister när det gäller tillgången till adekvat skyddsutrustning,
- utvärdera om det funnits brister i utbildning och kompetens, arbetsorganisation, arbetsmiljö och anställningsförhållanden eller liknande som kan ha försvårat äldreomsorgens förmåga att hantera smittspridningen,
- göra en internationell jämförelse av hur äldre personer och särskilt äldre personer inom äldreomsorg har drabbats, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### **Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera virusutbrottet**

Regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården i Sverige och därmed ansvariga för vårdens hantering av utbrottet av

covid-19. Vårdens förmåga att hantera utbrottet är beroende av tillgång till de resurser som finns för att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Under utbrottets första veckor, när antalet smittade ökade kraftigt, blev en vikande tillgång till skyddsutrustning tydlig. Sjukvården byggde snabbt upp ett stort antal intensivvårdsplatser i storstadsregionerna. Arbetet omorganiserades för att kunna hantera en kraftigt ökad belastning av svårt sjuka patienter. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial samt inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser. Socialstyrelsen har även fördelat skyddsutrustning till kommunal omsorg och hälso- och sjukvård.

Pandemin har även inneburit utmaningar när det gäller att säkerställa tillgång till läkemedel. Det har framför allt handlat om sådana läkemedel som används i intensivvården, t.ex. narkosmedel. Det har också handlat om andra typer av läkemedel eftersom det har förekommit störningar i produktions- och distributionsprocesser. Mot denna bakgrund har regeringen gett Läkemedelsverket i uppdrag att arbeta förebyggande mot läkemedelsbrist som skulle kunna uppstå på grund av utbrottet av det nya coronaviruset.

Medarbetarna inom hälso- och sjukvården är avgörande för att verksamheten ska fungera. De behöver ha förutsättningar att genomföra de arbets-uppgifter som en pandemi för med sig. Inte minst handlar det om kunskap om hur arbetssätt och aktiviteter kan anpassas för att undvika smittspridning och upprätthålla en god vård. Ansvaret för att anpassa hälso- och sjukvårdens verksamhet till rådande villkor vilar på vårdens huvudmän och vårdgivare men staten har bistått i arbetet på olika sätt, bl.a. genom tillskott av resurser samt genom att löpande förmedla information, stöd och vägledning om covid-19 till hälso- och sjukvården.

Kommissionen ska

- beskriva hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19,
- redovisa tillgången till vård, läkemedel, sjukvårdsrådgivning, medicinteknisk utrustning, skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial under pandemin,
- utvärdera de åtgärder som vidtagits för att säkerställa resurser till hälso- och sjukvård,
- belysa om tillgången till vård under pandemin har påverkats av socioekonomiska förhållanden, språkkunskaper, ålder, könstillhörighet eller funktionsnedsättning,
- belysa vårdanställdas arbetsvillkor under krisen,
- belysa konsekvenserna av att hälso- och sjukvård och andra insatser har behövt skjutas upp, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### Provtagning och smittspårning

Under våren har ett antal åtgärder vidtagits för att öka kapaciteten för provtagning för pågående infektion med covid-19. Detta har varit angeläget för att fortsatt säkerställa provtagning av prioriterade grupper inom hälso- och sjukvården och inom omsorgen, både bland patienter och personal, och för att en utökad provtagning och smittspårning kan lindra effekter på samhället och ekonomin.

I nuläget finns det begränsad kunskap om immunitet mot det virus som orsakar sjukdomen covid-19. Det gäller till exempel hur väl antikroppar skyddar mot återkommande infektioner samt hur länge ett sådant skydd varar. Det finns dock vetenskapliga studier som tyder på att förekomst av antikroppar skyddar mot ny infektion under en period. Sedan tidigare är det känt att individer som smittats av andra cirkulerande coronavirus som orsakar förkylning utvecklar ett antikroppssvar och skyddas mot återinfektion under något eller några år. I de fall återinfektion sker är den ofta mild eller asymtomatisk. Att göra antikroppstester tillgängliga för stora delar av

Sveriges befolkning har därför bedömts ha potentiella samhällsekonomiska fördelar.

Folkhälsomyndigheten ska bidra till ett effektivt nationellt smittskydd genom bland annat diagnostik. Utöver att bistå myndigheter, regioner, kommuner och organisationer med expertstöd vid konstaterade eller misstänkta utbrott av smittsamma sjukdomar ska myndigheten upprätthålla den laboratorieberedskap som behövs och inte tillgodoses av andra aktörer.

Folkhälsomyndigheten fick den 30 mars 2020 i uppdrag att bl.a. utarbeta en nationell strategi för utökad nationell provtagning med anledning av covid-19. I den nationella strategin har Folkhälsomyndigheten bl.a. tagit fram en prioriteringsordning för provtagning och laboratorieanalys.

Regionerna är ansvariga för sådan provtagning och analys som görs enligt hälso- och sjukvårdslagen och smittskyddslagen. Regionerna har enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) även arbetsmiljöansvaret för den egna personalen.

Kommissionen ska

- utvärdera de åtgärder som vidtagits för provtagning av den svenska befolkningen när det gäller såväl pågående infektion som förekomsten av antikroppar,
- utvärdera den samverkan som förekommit mellan staten och regionerna i syfte att utöka antalet provtagningar och i det sammanhanget beakta den nationella strategin för utökad nationell provtagning,
- utvärdera variationer i regionernas insatser för provtagning och smittspårning,
- göra en jämförelse av arbetet med provtagning och smittspårning i Sverige med andra relevanta länder, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### **Begränsning av inverkan på samhällsviktig verksamhet**

Ett grundläggande mål vid hanteringen av viruset och dess effekter är att begränsa dess inverkan på samhällsviktiga verksamheter. Med

samhällsviktig verksamhet menas de verksamheter, anläggningar, noder och infrastrukturer och tjänster som upprätthåller den funktion som de ingår i och är verksamhet som är av avgörande betydelse för upprätthållandet av viktiga samhällsfunktioner. Samhällsviktiga verksamheter finns i både privat och offentlig regi. Med samhällsviktig verksamhet avses en verksamhet som uppfyller minst ett av följande villkor:

- Ett bortfall av, eller en svår störning i verksamheten som ensamt eller tillsammans med motsvarande händelser i andra verksamheter på kort tid kan leda till att en allvarlig kris inträffar i samhället.
- Verksamheten är nödvändig eller mycket väsentlig för att en redan inträffad kris i samhället ska kunna hanteras så att skadeverkningarna blir så små som möjligt.

Det är dock sällan så att all verksamhet och alla arbetsuppgifter inom en organisation eller ett företag är samhällsviktiga. Det är upp till varje organisation eller företag att analysera och bedöma vilka delar av verksamheten som är samhällsviktig vid varje givet tillfälle. Vad som kan anses vara en samhällsviktig verksamhet kan vidare se olika ut beroende på sammanhang och hur länge en kris pågår.

Kommissionen ska

- belysa pandemins effekter på samhällsviktig verksamhet,
- utvärdera de åtgärder som vidtagits för att begränsa pandemins effekter på samhällsviktig verksamhet, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### **Åtgärder för att lindra de samhällsekonomiska konsekvenserna**

Pandemin har haft omfattande konsekvenser för svensk ekonomi. Såväl åtgärder från myndigheter som ett mer allmänt förändrat beteende för att begränsa smittspridningen har kraftigt dämpat den ekonomiska aktiviteten i Sverige, inte minst i det svenska näringslivet. Denna utveckling har förstärkts av den minskade ekonomiska aktiviteten i andra länder.

Ett mål har varit att lindra de samhällsekonomiska konsekvenserna av virusutbrottet. Regeringen har i ett antal propositioner med förslag till ändringar i statens budget lagt fram förslag till åtgärder som syftar till att mildra de negativa konsekvenserna för produktion och sysselsättning. Riksdagen har skyndsamt behandlat förslagen och i vissa fall tidigarelagt eller gjort justeringar av åtgärderna. Riksdagen har i vissa fall även gett regeringen tillkänna att regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om vissa ändringar i åtgärderna eller kompletteringar (se bet. 2019/20:FiU51, 2019/20:FiU59, 2019/20:FiU61). Sammantaget handlar det om uppemot 270 miljarder kronor i åtgärder med direkt budgetpåverkan och ytterligare cirka 600 miljarder kronor i likviditetsförstärkningar och garantier.

Till de åtgärder som har vidtagits hör det statliga stöd vid korttidsarbete, som innebär att anställda kan gå ned i arbetstid men behålla merparten av sin lön. Stödet är tillfälligt förstärkt under 2020 genom att staten täcker större del av kostnaden samt att arbetstidsminskningen har höjts till 80 procent under maj–juli. Arbetsgivaravgifterna har, med vissa begränsningar, satts ned tillfälligt till att endast omfatta ålderspensionsavgifter. Även egenavgifterna har satts ned. Företag som har fått minskad omsättning i mars och april 2020 på grund av coronaviruset kan få stöd för fasta kostnader. För att ytterligare stötta företagen ersätter staten arbetsgivare för sjuklönekostnader mellan april och september. Vidare erbjuds en tillfällig hyresrabatt för utpekade utsatta branscher. För att mildra företags likviditetsproblem har ett flertal åtgärder genomförts, som exempelvis möjlighet till anstånd med skatteinbetalningar, utökade avsättningar till periodiseringsfonder för enskilda näringsidkare och utfärdandet av kreditgarantier till kreditinstitut för lån till i första hand små och medelstora företag. Förslagen har också omfattat satsningar på fler utbildningsplatser inom kommunal vuxenutbildning, folkbildning, yrkeshögskola samt inom högskolan för att möta ökad arbetslöshet och underlätta omställning. Även Sveriges riksbank, Riksgäldskontoret och Finansinspektionen har vidtagit åtgärder för att mildra de ekonomiska konsekvenserna.

Kommissionen ska

- utvärdera effekterna av de åtgärder som vidtagits för att lindra de samhällsekonomiska konsekvenserna ur bl.a. ett stabiliserings- och inkomstfördelningsperspektiv,
- utvärdera åtgärdernas kort- och långsiktiga effekter för de offentliga finanserna, för Sveriges näringsliv och samlade produktion, sysselsättning och arbetslöshet,
- belysa åtgärdernas effekter för olika typer av företag och för anställda med olika anställningsformer,
- jämföra dessa åtgärder med åtgärder som vidtagits av andra länder med hänsyn tagen till ländernas olika ekonomiska strukturer och olika grad av nedstängningar, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### **Åtgärder för att lindra konsekvenserna för enskilda individer**

Ett annat grundläggande mål för hanteringen av virusutbrottet och utbrottets effekter är att lindra de ekonomiska konsekvenserna för enskilda individer och bidra till att smittspridningen begränsas. Flera åtgärder har därför vidtagits för att bl.a. värna människors liv och hälsa samt minska belastningen på hälso- och sjukvården. Exempel på åtgärder är tillfällig kompensation för karensavdraget, tillfälligt förlängd läkarintygsfri tid samt förändringar för att effektivisera informationsutbytet mellan berörda myndigheter. En rad tillfälliga åtgärder har också beslutats i syfte att fler ska få arbetslöshetsersättning, bl.a. ändrat medlemsvillkor och lättnader i arbetsvillkoret. Dessutom har ersättningsnivåerna i arbetslöshetsförsäkringen höjts. Inom studiestödet har flera åtgärder beslutats, bl.a. får studerande behålla sitt studiestöd i vissa situationer vid inställd undervisning. Vidare har fribeloppet tillfälligt slopats under 2020.

Därutöver har regeringen beslutat om ersättning i form av tillfällig föräldrapenning till föräldrar som avstår från arbete för att vårda barn vars förskola eller skola har stängts i vissa situationer kopplade till covid-19. Vidare har det skapats möjlighet för personer som i arbete eller utbildning vid sjukvårdsinrättningar eller vid annan

hantering av smittförande person blivit sjuka i covid-19 att få förmåner inom arbetsskadeförsäkringen. Det har också införts ekonomisk kompensation i form av ett tillfälligt tilläggsbidrag till bostadsbidraget för barnfamiljer och ersättning till personer i vissa riskgrupper som helt eller delvis avstår från förvärvsarbete för att undvika att smittas av covid-19, vissa anhöriga och föräldrar till barn som nyligen haft eller genomgått behandling för en allvarlig sjukdom.

Kommissionen ska

- utvärdera de åtgärder som vidtagits för att lindra konsekvenserna för enskilda individer, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

## EU och internationell samverkan

Sedan de första fallen i Europa rapporterades i januari har ett antal möten inom EU ägt rum på hälsoministernivå med fokus på hanteringen av covid-19. Vid rådet för sysselsättning, socialpolitik, hälso- och sjukvård samt konsumentfrågor antogs den 13 februari 2020 rådslutsatser om det nya coronaviruset. Vidare har Sverige deltagit i det arbete som bedrivs av EU:s hälsosäkerhetskommitté och som syftar till att underlätta informationsutbyte och koordinering mellan medlemsstater i frågor som rör gränsöverskridande hälsohot. EU-arrangemanget för integrerad politisk krishantering (IPCR) aktiverades den 28 januari 2020. Genom IPCR har medlemsstaterna löpande diskuterat frågor för att kartlägga sektorsövergripande luckor och utarbeta konkreta motåtgärder. Den 28 februari 2020 undertecknade Sverige ett avtal för att möjliggöra EU-gemensam upphandling av olika typer av medicinska motåtgärder, ex. skyddsutrustning. Regeringen arbetar också inom EU och internationellt för att Sverige ska få tillgång till vaccin.

Pandemin är en global kris och understryker vikten av ett väl-fungerande internationellt samarbete, starka internationella institutioner och internationell solidaritet. WHO:s roll är central i sammanhanget och såväl Sverige som EU har i samband med krisen ökat sitt redan omfattande stöd till organisationen. Sverige har haft en kontinuerlig dialog med WHO:s ledning.



Pandemin har kraftigt påverkat världshandeln. Internationell handel bygger på fria flöden för varor och tjänster. För att bekämpa smittspridningen har länder infört åtgärder som påverkar såväl produktion som internationell handel. Utegångsförbud, gränsåtgärder och exportrestriktioner har inneburit produktionsstopp, ickefungerande logistikkedjor och stopp i handeln, även på EU:s inre marknad. Detta inkluderar produkter med direkt påverkan på Sveriges förmåga att hantera pandemin, som skyddsutrustning och läkemedel. Situationen har föranlett aktivt svenskt agerande såväl bilateralt som i internationella organisationer och i EU, för att upprätta fri handel och motverka handelshinder.

Samarbetet inom EU och Norden är centralt för Sveriges hantering av pandemin. Det redan omfattande nordiska samarbetet har ytterligare intensifierats under krisen, med täta kontakter både på politisk nivå och mellan myndigheter.

Kommissionen ska

- utvärdera det samarbete Sverige har haft inom EU och med internationella organ, såsom WHO,
- utvärdera det samarbete Sverige haft med övriga nordiska länder, såväl på myndighetsnivå som på politisk nivå, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

## Det konsulära arbetet

Utrikesdepartementet (UD) och utlandsmyndigheterna har ett uppdrag att ge konsulär service, det vill säga råd och stöd till svenskar utomlands i olika nödsituationer. Utgångspunkten i det konsulära arbetet är att den enskilde har ett eget ansvar för sin person vid vistelse utomlands och att staten enligt gällande konsulärt regelverk kan gå in vid nödsituationer för att ge råd eller ekonomiskt bistånd i form av lån. När säkerhetssituationen i ett land eller en region bedöms vara farlig, oberäknelig eller snabbt föränderlig kan Utrikesdepartementet också avråda svenskar från att resa till ett land eller delar av ett land. Detta är också en signal om att UD:s och utlandsmyndighetens möjligheter att ge konsulär service på en plats är begränsad. Omfattningen av den enskildes personliga ansvar tydlig-

görs även genom att staten endast i vissa extraordinära situationer kan agera genom konsulära katastrofinsatser. Flera beslut om avrådan har fattats under pandemin.

Under pandemin blev många svenskar strandsatta runtom i världen, och ett omfattande konsulärt arbete har utförts av UD och utlandsmyndigheterna. Det konsulära arbetet har främst bestått av olika typer av repatrieringsinsatser samt att ge uppdaterad reseinformation.

Kommissionen ska

- utvärdera det svenska konsulära arbetet, inklusive repatrieringsinsatser, beslut om avrådan samt konsulär kommunikation, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### **Det offentligas samarbete med näringslivet och civilsamhället för att hantera virusutbrottets konsekvenser**

Näringslivet har på olika sätt stöttat hälso- och sjukvården med bl.a. donationer av skyddsutrustning samt erbjudanden om inlån av personal. Svenska företag med produktion av skyddsutrustning respektive medicinteknik har utökat sin produktion i den mån det varit möjligt. Redan under krisens inledning identifierades möjligheter att ställa om produktionen hos företag som normalt inte riktar sin verksamhet mot hälso- och sjukvården. Även civilsamhället, i form av bl.a. ideella föreningar, stiftelser och trossamfund, har gjort viktiga insatser för olika utsatta grupper som drabbas av effekterna av pandemin.

Kommissionen ska

- utifrån ett brett perspektiv belysa berörda förvaltningsmyndigheters samarbete med näringslivet för att tillgodose behovet av utrustning och annat relevant stöd till hälso- och sjukvården,
- utvärdera regeringens, berörda myndigheters, regionernas och kommunernas förmåga att ta tillvara det stöd som näringslivet och civilsamhället erbjudit under krisen,

- belysa betydelsen av regelverk, internationellt samarbete samt vad som försvårat respektive förenklat näringslivets bidrag i samband med pandemin,
- belysa civilsamhällets bidrag till samhällets hantering av pandemin,
- utvärdera om det offentliga stödet till civilsamhället varit ändamålsenligt, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### Digital omställning, utbildning och forskning

En konsekvens av pandemin är att flera sektorer övergått till nya digitala arbetssätt och lösningar vilka varit viktiga förutsättningar för att kunna upprätthålla olika verksamheter och viktiga samhällsfunktioner.

Regeringen har beslutat att ge Post- och telestyrelsen i uppdrag att genomföra insatser i syfte att bidra till tillgänglighet och användning av it och elektroniska kommunikationstjänster för äldre inom äldreomsorgen och för dem som befinner sig i isolering med anledningen av utbrottet av covid-19.

Pandemin har medfört ett behov av olika åtgärder för att säkerställa barns, elevers, studerandes och studenter rätt och tillgång till omsorg och utbildning. I Sverige har förskolor, grundskolor eller motsvarande skolformer inte stängts. Regeringen har dock gett huvudmännen möjligheter att göra vissa undantag från skollagen (2010:800) i syfte att tillförsäkra elever deras rätt till utbildning. Huvudmän har vidare getts möjlighet att tillfälligt stänga t.ex. en förskoleenhet eller ett fritidshem om det under viss tid inte går att bedriva verksamheten med anledning av sjukdomen covid-19.

Folkhälsomyndigheten rekommenderade den 16 mars 2020 att undervisning i gymnasieskolan, den kommunala vuxenutbildningen, yrkeshögskolan och högskolan skulle bedrivas genom fjärr- eller distansundervisning, en rekommendation som även folkhögskolor följt. Senare under våren ändrades rekommendationen så att ett mindre antal elever och studenter kunde tas emot i lokalerna, t.ex. för att ge särskilt stöd eller genomföra praktiska moment i under-

visningen. Rekommendationen om fjärr- eller distansundervisning upphörde från och med den 15 juni 2020.

Regeringen har gett Statens skolverk i uppdrag att genomföra stödande insatser i syfte att stödja huvudmän, utbildningsanordnare, rektorer, lärare, förskollärare samt övrig personal i skolväsendet och annan pedagogisk verksamhet under virusutbrottet.

Flera myndigheter har även tagit fram stöd för att underlätta omställningen till fjärr- eller distansundervisning och regeringen har tillfört medel för att stärka yrkeshögskolans samt universitet och högskolors arbete med distansundervisning.

Smittskyddsåtgärder ska enligt smittskyddslagen bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Under pandemin har regeringen vidtagit åtgärder för att möjliggöra forsknings- och innovationsinsatser som syftat till att snabbt, men med bibehållna högt ställda krav på kvalitet och etisk prövning, ge kunskap som kan bidra till att begränsa pandemin och dess effekter.

Kommissionen ska

- utvärdera de åtgärder som vidtagits för att säkerställa barns, elevers, studerandes och studenters rätt och tillgång till omsorg och utbildning,
- utvärdera effekterna av övergången till fjärr- eller distansundervisning både ur ett individuellt och samhälleligt perspektiv samt utifrån elevers, studenters och studerandes olika behov och förutsättningar,
- belysa de åtgärder som vidtagits inom forsknings- och innovationsområdet för hantering av pandemin, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

### **Kommunikationen med anledning av virusutbrottet**

I samband med samhällsstörningar, som vid olyckor och kriser, är det viktigt med korrekt, tydlig och samordnad information och kommunikation för att alla ska kunna ta sitt ansvar och för att motverka missförstånd och ryktesspridning. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap driver webbplatsen Krisinformation.se som förmedlar information från myndigheter och andra ansvariga till

allmänheten före, under och efter en allvarlig händelse eller kris. Myndigheten har också i uppgift att se till att berörda aktörer vid en kris får tillfälle att samordna information till allmänhet och medier och samordna stödet till centrala, regionala och lokala organ i fråga om information och lägesbilder. Den 19 mars 2020 gav regeringen Myndigheten för samhällsskydd och beredskap ett särskilt uppdrag att säkerställa att myndigheternas information med anledning av utbrottet av coronaviruset är samordnad och tydlig samt att det finns effektiva kanaler för att föra ut informationen. I uppdraget ingår också att skyndsamt utarbeta ett nationellt informationsmaterial som på ett effektivt sätt ska kommuniceras till så många som möjligt.

Regeringen, Regeringskansliet, berörda förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner har haft en omfattande kommunikation om hanteringen av utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och utbrottets effekter. Exempelvis har Folkhälsomyndigheten hållit regelbundna press-konferenser där även Socialstyrelsen och andra myndigheter och aktörer har deltagit. Myndigheten har även informerat allmänheten i andra kanaler. Regeringen har kommunicerat löpande med anledning av virusutbrottet, bl.a. genom ett stort antal presskonferenser. Riktade kommunikationsinsatser har genomförts av berörda myndigheter till andra grupper såsom personal inom vård och omsorg samt barn och unga. Kommunikationen har syftat till att få genomslag för åtgärderna och att minska smittspridningen genom information om råd och rekommendationer. Syftet har även varit att möta och dämpa oron i samhället.

Kommissionen ska

- utvärdera kommunikationen från regeringen, Regeringskansliet, berörda förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner och särskilt belysa om kommunikationen varit tydlig, tillgänglig för alla grupper i samhället, samstämmig samt om den uppnått sitt syfte, och
- lämna de förslag på åtgärder som kommissionens iakttagelser ger anledning till.

## Konsekvensbeskrivningar

Kommissionen ska genomgående redovisa vilka konsekvenser vidtagna åtgärder har fått för mänskliga fri- och rättigheter, däribland barnets rättigheter. Kommissionen ska också redovisa konsekvenserna för jämställdhet och för personer med funktionsnedsättning. Åtgärdernas effekter för individer ska utvärderas utifrån socioekonomiska förhållanden, ålder, kön och andra relevanta faktorer.

## Arbetets genomförande, kontakter och redovisning av uppdraget

Kommissionen ska skaffa sig en helhetsbild av de åtgärder som regeringen, Regeringskansliet och berörda förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner har vidtagit med anledning av virusutbrottet. Kommissionen ska även samråda med andra utredningar som har ett uppdrag som berör kommissionens uppdrag, bl.a. Utredningen om civilt försvar (Ju 2018:05) och Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09). Kommissionen ska också samråda med andra relevanta myndigheter.

Kommissionen ska utifrån tidigare gjorda utvärderingar inhämta erfarenheter av hur samhället hanterat andra svåra påfrestningar på samhället i fredstid.

I fråga om utvärdering av arbetsorganisation, arbetsmiljö och anställningsförhållanden eller liknande ska samråd ske med arbetsmarknadens parter.

Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 28 februari 2022.

En första delredovisning, som avser deluppdraget om smittspridning inom vård och omsorg om äldre, ska lämnas den 30 november 2020.

En andra delredovisning ska lämnas den 31 oktober 2021 och innehålla en redovisning av följande deluppdrag:

- Virusets spridning till och inom Sverige
- Åtgärder för att begränsa smittspridningen
- Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera virusutbrottet

- Provtagning och smittspårning
- Begränsning av inverkan på samhällsviktig verksamhet
- Åtgärder för att lindra konsekvenserna för enskilda individer
- EU och internationell samverkan
- Det konsulära arbetet
- Det offentliga samarbete med näringslivet och civilsamhället för att hantera virusutbrottets konsekvenser
- Digital omställning, utbildning och forskning
- Kommunikationen med anledning av virusutbrottet

(Socialdepartementet)





## Personer som kommissionen har träffat

Sekretariatet (hela eller delar av) har under arbetet med det andra betänkandet haft möten med följande personer.

*SciLifeLab, den 12 januari 2021*

Mia Phillipsson, scientific Director  
Sandra Falck, vice head of operations

*Karolinska Universitetssjukhuset, den 12 januari 2021*

Kristina Lennquist Montan, utbildnings- och övningsansvarig för kris och katastrofberedskap.

*Region Värmland, den 14 januari 2021*

Anna Jansson-Heimdal, kvalitetssamordnare för smittspårning

*Svenska Covid-föreningen, den 15 januari 2021*

Emma Mårtensson, ledamot och talesperson  
Emma Moderato, sekreterare  
Ulrika Ekebro, medlem  
Åsa Kristoferson, ordförande

*Harriet Wallberg, den 20 januari 2021*

*Karolinska Universitetslaboratoriet, den 28 januari 2021*

Claes Ruth, funktionschef, Karolinska Universitetslaboratoriet

*Sahlgrenska Universitetssjukhuset, den 28 januari 2021*

Lars Magnus Andersson, verksamhetschef vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt ordförande i Svenska Infektionsläkarföreningen

*Swedish Medtech, den 28 januari 2021*

Petrus Laestadius, vice VD  
Ia Magnusson, jurist

*Vårdhygien, Region Örebro, den 1 februari 2021*

Gunnar Hagström, tidigare hygiensjuksköterska

*Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), den 5 februari 2021*

Helen Nymansson Lundkvist, sektionschef för avdelningen för vård och omsorg  
Åsa Furén Thulin, sektionschef för socialtjänst  
Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård  
Greger Bengtsson, expert och samordnare för äldreomsorgen  
Ulrika Vestin, sakkunnig  
Ann-Sofie Eriksson, sektionschef  
Nils Blume, kommunikationsstrateg för kommunikationsavdelningen

*Deltagit i SNS:s webinarium "Hur har coronarestriktionerna upplevts och följts i Sverige?", den 15 februari 2021*

*Novus, den 17 februari 2021*

Torbjörn Sjöström, VD

*Västra Götaland Regionen, den 26 februari 2021*

Maria Fast, enhetschef, Säkerhet och beredskap

*Deltagit i seminariet "Staten, professionen, folket och SKR – hur skapar vi en god och ändamålsenlig styrning av vården?", arrangerat av Statsvetenskapliga Institutionen, Göteborgs Universitet, Svenska Infektionsläkarföreningen och Svenska Läkaresällskapet, den 9 mars 2021.*

*Svenska resebyrå- och arrangörsföreningen (SRF), den 10 mars 2021*

Didrik von Seth, generalsekreterare

*Myndigheten för delaktighet (MFD), den 29 mars 2021*

Anna Dahlberg, sektionschef  
Emelie Lindahl, avdelningschef  
Therese Arnewing, utredare  
Maria Melin, processamordnare

*Deltagit i Amnesty talks: Äldre personers rättigheter på äldreboenden under Covid-19, den 31 mars 2021.*

*Smittskydd, Region Stockholm, den 1 april 2021*

Jenny Stenkvist, biträdande smittskyddsläkare

*Amnesty, den 13 april 2021*

Anna Johansson, tf. generalsekreterare  
Johanna Westeson, jurist  
Brittis Edman, policychef

*IKEM, den 13 april 2021*

Jonas Hagelqvist, VD  
Andreas Strömberg, chef för public affairs

*Deltagit i webinarium ”Integrationen efter Covid-19” arrangerat av  
Invandrarindex, den 15 april 2021.*

*Regiondirektörsnätverket, den 16 april 2021*

Carina Lundberg-Udelepp (Stockholm)  
Johan von Knorring (Uppsala)  
Jan Grönlund (Sörmland)  
Krister Björkegren (Östergötland)  
Jane Ydman (Jönköping)  
Martin Myrskog (Kronoberg)  
Ingeborg Eriksson (Kalmar)  
Peter Lindvall (Gotland)  
Peter Lilja (Blekinge)  
Alf Jönsson (Skåne)  
Jörgen Preuss (Halland)  
Ann-Sofi Lodin (Västra Götaland)  
Peter Bäckstrand (Värmland)  
Rickard Simonsson (Örebro)  
Anders Åhlund (Västmanland)  
Anders Friberg (Dalarna)  
Göran Angergård (Gävleborg)  
Åsa Bellander (Västernorrland)  
Hans Svensson (Jämtland/Härjedalen)  
Tommy Svensson (Västerbotten)  
Anna-Stina Nordmark-Nilsson (Norrbotten)

Staffan Isling (SKR)  
Fredrik Lennartsson (SKR)  
Emma Spak (SKR)

*Deltagit i webinariet "Ett år med covid – hur har det påverkat utbudet av stöd till personer med funktionsnedsättning?", arrangerat av Myndigheten för Delaktighet (MFD), den 20 april 2021.*

*Region Stockholm, Regionledningskontoret, Strategiskt inköp, den 20 april 2021*

Ann Eva Askensten, biträdande inköpsdirektör

*Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), den 21 april 2021*

Helen Nymansson Lundkvist, sektionschef för avdelningen för vård och omsorg  
Ann-Sofie Eriksson, sektionschef  
Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård  
Åsa Furén Thulin, sektionschef för socialtjänst  
Helena Linde, förbundsjurist

*Deltagit i seminariet: "Fältsjukhuset" i Älvsjö - Rekordbygget som ingen ville ha?", arrangerat av Försvarshögskolan, den 22 april 2021.*

*Verksamhetscheferna vid länssjukhuset i Kalmar, den 22 april 2021*

Annkristin Svensbergh  
Andreas Hurve  
Anna Andersson  
Anna Parke  
Ann-Marie Berglund  
Arne Sjöberg  
Björn Forsberg  
Christina Welander Gunnarsson  
Erica Isaksson

Eva Marcusson  
Fredrik Stenmark  
Gunhild Nordesjö Haglund  
Gunnar Norberg  
Henning Ronold  
Inger Engdahl  
Jonas Löf  
Katarina Holmdahl Källén  
Lena Nordström Hellberg  
Magnus Hellström  
Magnus Karlsson  
Magnus Lagerlund  
Petra van Echtelt Hornstra  
Sibylle Loo

*Region Norrbotten, den 27 april 2021*

Niklas Ranneberg, upphandlingschef  
Anders Blomqvist, verksamhetschef

*Statens veterinärmedicinska anstalt (SVA), den 29 april 2021*

Ann Lindberg, generaldirektör  
Staffan Roos, planeringsdirektör och stf. generaldirektör  
Henrik Ericsson, avdelningschef för mikrobiologi

*Region Östergötland, den 29 april 2021*

Charlotta Jonegård, inköpare

*Delta i seminariet "Hur skapar vi en god och ändamålsenlig styrning av vården? Del 2. Jämförelse mellan Sverige, Norge, Danmark och Finland", arrangerat av mellan Statsvetenskapliga Institutionen, Göteborgs Universitet, Svenska*

*Infektionsläkarföreningen och Svenska Läkaresällskapet,  
den 3 maj 2021.*

*SPF Seniorerna, den 4 maj 2021*

Eva Eriksson, förbundsordförande  
Martin Engman, samhällspolitisk chef  
Gösta Bucht  
Kent Löfgren

*Försvarsmakten, den 4 maj 2021*

Johan Falkholt, överstelöjtnant

*Inspektionen för vård och omsorg (IVO), den 6 maj 2021*

Anna Stjernberg, utredare  
Ina Ceasar, samordnare  
Peder Carlsson, chef för avdelning mitt  
Daniel Lilja, chef för avdelning sydöst  
Patrick Barringer, chef för avdelning syd och tf. chef för avdelnings  
sydväst  
Sabina Wikgren Orstam, chef för avdelning öst

*Teknikföretagen, den 6 maj 2021*

Björn Widlert, chef medlemsenheten  
Anders Östergren, ansvarig produktsäkerhet

*Karolinska Universitetslaboratoriet, den 6 maj 2021*

Tobias Allander, överläkare och verksamhetschef

*Tillfälligt covidsjukhus, Asturien, Spanien, den 7 maj 2021*

Rafael Castrom, professor och ansvarig läkare

*Deltagit i Nationell myndighetssamverkan för kvinnofrids seminarium "Har våldet ökat under pandemin? – Vad ser vi på myndigheterna?", arrangerat av Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet, den 7 maj 2021.*

*Stockholms stad, den 10 maj 2021*

Staffan Forsell, projektledare

*Försvarmakten och Folkhälsomyndigheten, den 11 maj 2021*

Philip Bacchus, kommendörkapten

Andreas Bråve, utredare

*Länsstyrelsen i Stockholms län, den 11 maj 2021*

Ulrika Sandberg, samordnare

*Funktionsrätt Sverige, den 11 maj 2021*

Marie Steen, första vice ordförande

Nicklas Mårtensson, generalsekreterare

Roshan Tofighi, ansvarig för bevakingsområdet jämlik hälsa

*De forskande läkemedelsföretagen, LIF, den 12 maj 2021*

Anders Blanck, VD

Karolina Antonov, analyschef

Bengt Mattsson, sakkunnig policy

*Scania, den 17 maj 2021*

Tobias Rydin, head of Supply Chain Networks



*Universitetskanslersämbetet, UKÄ, den 17 maj 2021*

Sofia Berlin Kolm

*Luleå kommun, den 18 maj 2021*

Ulrika Rönngren, sjuksköterska

*Barnafrid vid Linköpings universitet, den 18 maj 2021*

Laura Korhonen, centrumchef

*Arbetsmiljöverket, den 19 maj 2021*

Maria Dalin, sakkunnig

Björne Olsson, enhetschef

Igge Gustafsson, medicinsk handläggare

Jenny Persson Blom, sakkunnig

Tatjana Weigelt, sakkunnig

Ywonne Strempl, avdelningschef

*Essity, den 20 maj 2021*

Anna Brodowsky, vice president Public Affairs

*SKR och Adda, den 21 maj 2021*

Staffan Isling, VD SKR

Åsa Edman, chefsjurist Adda

Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård

Eva Lotta Lundell, VD Adda

Olof Molander, affärsområdeschef

Clara Diskay, upphandlingskonsult Adda

*PRO, den 28 maj 2021*

Christina Tallberg, ordförande  
Johanna Hållén, förbundssekreterare

*Deltagit i webinariet ”Psyisk ohälsa i coronapandemins spår – ett framväxande fenomen”, arrangerat av H. Lundbeck AB, den 1 juni 2021*

*Arbetsterapeuter och Fysioterapeuter, den 1 juni 2021*

Ida Kåhlin, förbundsordförande Arbetsterapeuterna  
Cecilia Fridén, FOU-chef Fysioterapeuterna  
Cecilia Winberg, ordförande Fysioterapeuterna  
Christina Lundqvist, utvecklingschef Arbetsterapeuterna  
Charlotte Chruzander, hälso- och sjukvårdsstrateg Fysioterapeuterna

*Kommunal, den 2 juni 2021*

Mari Huupponen, utredare  
Peter Larsson, ombudsman  
Lisa Bondesson, samhällspolitisk chef

*Sveriges Läkarförbund, den 2 juni 2021*

Sofia Rydgren Stale, ordförande  
Peter Wursen, chefsförhandlare  
Hampus Carlson, politisk sekreterare  
Johan Andersson, enhetschef för läkemedel i användning

*Nätverk med samtliga ordföranden och vice ordföranden i socialnämnder i Norrbottens kommuner, den 3 juni 2021*

Eva Lakso  
Benitha Eliasson

Helena Asklund  
Åsa Heikkilä  
Erika Sjöo  
Béatrice Öman  
Leif Nilsson  
Kerstin Hellgren Tobiasson  
Sara Risberg  
Anneli Johansson  
Ingrid Tagesdotter  
Johnny Bäckström  
Ann-Sofi Henriksson  
Tim Larsson  
Bodil Wennerbrandt Sevastik  
Sven-Gösta Pettersson

*Läkemedelsverket, den 7 juni 2021*

Maja Marklund, direktör för verksamhetsområdet användning  
Monica Lidberg, direktör för verksamhetsområdet tillstånd  
Gunilla Andrew-Nielsen, chef för kliniska prövningar  
Joakim Brandberg, chefsjurist

*Medborgarnas Coronakommission, den 8 juni 2021*

Irene Wanland  
Marianne Berg Ekbohm  
Eva Nikell  
Lars Henriksson  
Maria Sundvall  
Åsa Andersson  
Gunnar Lindholm  
Gabor Tiroler  
Eva Lund  
Janne Hägglöf  
Lars Taxén

*Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), den 11 juni 2021*

Magnus Isacson, ordförande  
Panteha Hatefi, styrelseledamot  
Anna Elmerfeldt Wallinder, styrelseledamot

*Svenska distriktsläkarföreningen, den 14 juni 2021*

Marina Tuutma, ordförande  
Heiko Botman, vice ordförande

*Tamro AB, den 15 juni 2021*

Lars Schenatz, VD  
Pontus Moberg, chefsjurist

*SKR om sjukvårdens uppskalning och kapacitet, den 16 juni*

Göran Karlström, samordnar SIR, IVA läkare Värmland  
Jaenette Hedberg – biträdande förhandlingschef – bemanning avtal  
och även krislägesavtal.  
Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård  
Carin Renger, handläggare  
Helén Lundkvist Nymansson, sektionschef för avdelningen för vård  
och omsorg

*Vårdförbundet, den 18 juni 2021*

Sineva Ribeiro, ordförande  
Marlene Furbeck, ordförande Norrbotten  
Annelie Söderberg, förhandlingschef  
Anna Olsson, presschef

*Sveriges Apoteksförening, den 22 juni 2021*

Johan Wallér, VD  
Fredrik Boström, Chefsfarmaceut

*SKR, den 23 juni 2021*

Annika Wallenskog, chefsekonom  
Niclas Johansson, sektionschef  
Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård  
Åsa Furén Thulin, sektionschef för socialtjänst  
Helén Lundkvist Nymansson, sektionschef för avdelningen för vård och omsorg

*Vårdföretagarna, den 9 augusti 2021*

Peter Seger, VD och sjukhuschef Sophiahemmet  
Johan Lahne, näringspolitisk expert Vårdföretagarna  
Henrik Brehmer, kommunikationsdirektör Capio  
Karin Liljeblad, näringspolitisk expert Vårdföretagarna

*Covidföreningen, den 10 augusti 2021*

Åsa Kristoferson, ordförande  
Gisela Rosenkvist, suppleant  
Susanne Liljeholm, ledamot  
Emma Moderato, sekreterare

*SKR, (om provtagning) den 25 augusti 2021*

Helén Lundkvist Nymansson, sektionschef för avdelningen för vård och omsorg  
Sofia Medin, ledamot i MTP-rådet  
Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård  
Pål Resare, förbundsjurist

*Svensk Sjuksköterskeförening, den 27 augusti 2021*

Olli Dahl, ordförande  
Marie Iwarzon, kanslichef

*Mika Salminen, hälsosäkerhetschef och professor vid Institutet för hälsa och välfärd, Finland, den 30 augusti 2021*

*SKR, den 31 augusti (om primärvården)*

Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård  
Lisbeth Löpare Johansson, ansvarig samordnare för nära vård, SKR  
Maj Rom, handläggare SKR  
Helén Lundkvist Nymansson, sektionschef för avdelningen för vård och omsorg

*Kåre Mølbak, professor, Ekspert, Infektionsberedskab, Statens Serum Institut (SSI), Danmark, den 1 september 2021*

*Postcovid-kliniken Vrinnevisjukhuset Norrköping, den 2 september 2021*

Samtlig personal på kliniken.

*Torkel Nyman, departementsråd och huvudman för Enheten för folkhälsa och sjukvård, Socialdepartementet, den 6 september 2021*

*Frode Forland, MD DPH, Fagsjef og avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn. Avdelingsdirektør og divisjonsdirektør i Helsedirektoratet, Norge, den 7 september 2021*

*Folkhälsomyndigheten, den 13 september 2021*

Johan Carlson, generaldirektör  
Karin Tegmark Wisell, avdelningschef  
Sara Byfors, enhetschef  
Agneta Falk Filipsson, enhetschef

*Regionernas Hälso- och sjukvårdsdirektörer, den 14–15 september 2021*

Maria Blom Niklasson, SKR  
Emma Spak, SKR  
Helén Lundqvist Nymansson, SKR  
Jan Kilhamn, hälso- och sjukvårdsdirektör Region Västra Götaland  
Kaarina Sundelin, direktör för koncernstab-beställning och produktionsstyrning av hälso- o sjukvård Region Västra Götaland  
Martin Engström, hälso- och sjukvårdsdirektör Region Halland  
Lena Lundgren, hälso- och sjukvårdsdirektör Östergötland  
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör Jönköping  
Johan Rosenqvist, hälso- och sjukvårdsdirektör Kalmar  
Johan Bratt, tf. hälso- och sjukvårdsdirektör Region Stockholm  
Anna Ingmansson, enhetschef närsjukvård Region Stockholm  
Maria Maria Rotzén Östlund, smittskyddsläkare Region Stockholm  
Marie Loob, hälso- och sjukvårdsdirektör Region Gotland  
Maria Amér, smittskyddsläkare Region Gotland  
Johan Kaarme, hälso- och sjukvårdsdirektör Gävleborg  
Håkan Wittgren, hälso- och sjukvårdsdirektör Västmanland  
Lena Gjevert, hälso- och sjukvårdsdirektör Värmland  
Jonas Claesson, hälso- och sjukvårdsdirektör Örebro  
Monika Samuelsson, hälso- och sjukvårdsdirektör Sörmland  
Mikael Köhler, hälso- och sjukvårdsdirektör Uppsala  
Åsa Dederling, hälso- och sjukvårdsdirektör Dalarna  
Tomas Riman, kirurgisamordnare Region Dalarna  
Pia Näswall, hälso- och sjukvårdsdirektör Norrbotten  
Brita Winsa, hälso- och sjukvårdsdirektör Västerbotten  
Maria Söderkvist, hälso- och sjukvårdsdirektör Jämtland-  
Härjedalen  
Anna-Karin Andersson, vårdstrateg och stabschef under pandemin  
Jämtland Härjedalen  
Kurt Pettersson, hälso- och sjukvårdsdirektör och biträdande  
regiondirektör Västernorrland  
Anna Lena Lundberg, primärvårdsdirektör Västernorrland  
Pia Lindbom, hälso- och sjukvårdsdirektör Skåne  
Rasmus Havmöller, regional chefsläkare Skåne  
Kjell Ivarsson, hälso- och sjukvårdsdirektör Blekinge  
Roger O Nilsson, hälso- och sjukvårdsdirektör Kronoberg

*Möte med läkare till läkare (med postcovid), den 17 september 2021*

Lisa Norén  
Sofia Breland  
Sofia Säfholm

*Regiondirektörsnätverket, den 24 september 2021*

Carina Lundberg-Uudelepp (Stockholm)  
Johan von Knorring (Uppsala)  
Krister Björkegren (Östergötland)  
Jane Ydman (Jönköping)  
Martin Myrskog (Kronoberg)  
Ingeborg Eriksson (Kalmar)  
Peter Lindvall (Gotland)  
Peter Lilja (Blekinge)  
Alf Jönsson (Skåne))  
Ann-Sofi Lodin (VGR)  
Peter Bäckstrand (Värmland)  
Anders Åhlund (Västmanland)  
Anders Friberg (Dalarna)  
Göran Angergård (Gävleborg)  
Åsa Bellander (Västernorrland)  
Hans Svensson (Jämtland/Härjedalen)  
Tommy Svensson (Västerbotten)  
Anna-Stina Nordmark-Nilsson (Norrbottnen)

*Nyamko Sabuni, partiledare, och Johan Pehrson, riksdagsgruppledare,  
Liberalerna, den 28 september 2021*

*Emma Lennartsson och Max Elger, statssekreterare,  
Finansdepartementet, den 29 september 2021*

*Svenska kyrkan, den 1 oktober 2021*

Helén Ottosson Lovén, generalsekreterare  
Cristina Grenholm, kyrkosekreterare



Karin Sarja, chef för avdelningen för kyrkoliv  
Kaisa Syrjänen Schaal, policyrådgivare

*Ebba Busch, partiledare, och Tobias Karlström, stabschef  
partiledarstaben, Kristdemokraterna, den 4 oktober 2021*

*Ulf Kristersson, partiledare, och Per Clareus, biträdande kanslichef,  
Moderaterna, den 4 oktober 2021*

*Nooshi Dadgostar, partiledare, och Jonas Sjöstedt, f.d. partiledare,  
Vänsterpartiet, den 6 oktober 2021*

*Anders W Jonsson, gruppleadare, och Gunnar Caperius, samordnare  
Januariavtalet, Centerpartiet, den 12 oktober 2021*

*Samtal med Jimmie Åkesson, partiledare, Sverigedemokraterna, är  
planerat till den 26 oktober 2021*



## Personer som kommissionen har frågat ut

### *Kommissionsmöte, den 25 januari 2021*

Åke Örtqvist, specialist i infektionssjukdomar och docent vid Karolinska Institutet

### *Kommissionsmöte, den 22 februari 2021*

Dan Eliasson, f.d. generaldirektör, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

Svante Werger, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

Filip Wijkström, docent, Handelshögskolan

Lars Svedberg, seniorprofessor i socialt arbete vid Ersta Sköndal Bräcke högskola

Veronica Strandh, lektor i statsvetenskap, Umeå

Carina Wiro, nationell samordnare krisberedskap, Civilförsvarsförbundet

Ylva Jonsson Strömberg, enhetschef Beredskap och Krishantering, Röda Korset

Ahmed Abdirahman, grundare och vd, Stiftelsen The Global Village

Haider Ibrahim, Islamiska Shiasamfunden (ISS)

### *Kommissionsmöte, den 22 mars 2021*

Olivia Wigzell, generaldirektör, Socialstyrelsen

Taha Alexandersson, operativ chef, Socialstyrelsen

Thomas Lindén, avdelningschef, Socialstyrelsen  
Pär Ödman, chefsjurist, Socialstyrelsen  
Sven-Erik Österberg, landshövding Länsstyrelsen i Stockholms län  
Jörgen Peters, länsråd, Länsstyrelsen i Hallands län  
Anders Knappe, ordförande, Sveriges Kommuner och Regioner  
Carola Gunnarsson, förste vice ordförande, Sveriges Kommuner och Regioner  
Anders Henriksson, andre vice ordförande, Sveriges Kommuner och Regioner  
Staffan Isling, vd, Sveriges Kommuner och Regioner  
Emma Spak, avdelningschef, Sveriges Kommuner och Regioner  
Helén Lundkvist Nymansson, sektionschef, Sveriges Kommuner och Regioner

*Kommissionsmöte, den 26 april 2021*

Johan Carlson, generaldirektör, Folkhälsomyndigheten  
Anders Tegnell, statsepidemiolog, Folkhälsomyndigheten  
Sara Byfors, enhetschef, Folkhälsomyndigheten  
Staffan Normark, ledamot av Kungliga Vetenskapsakademien  
Annika Linde, ledamot av Kungliga Vetenskapsakademien  
Gunilla Karlsson Hedestam, ledamot av Kungliga Vetenskapsakademien  
Eva Melander, smittskyddsläkare Region Skåne  
Maria Rotzén Östlund, smittskyddsläkare Region Stockholm  
Thomas Wahlberg, smittskyddsläkare Västra Götalandsregionen  
Anders Lindblom, smittskyddsläkare, Region Dalarna  
Stephan Stenmark, smittskyddsläkare Region Västerbotten

*Kommissionsmöte, den 24 maj 2021*

Karin Lindgren, chefstjänsteman för krishantering i Regeringskansliet  
Annika Brändström, chefstjänsteman för krishantering i Regeringskansliet  
Maja Fjaestad, statssekreterare hos socialministern  
Elisabeth Backteman, statssekreterare hos inrikesministern  
Nils Vikmång, statssekreterare hos statsministern

*Hearing med patient- och brukarorganisationer, den 19 augusti 2021*

Maria Persdotter, Riksförbundet för rörelsehindrade barn och unga

Carina Lindegren, Demensförbundet

Lise Lidbäck, Neuroförbundet

Inger Ros, Riksförbundet HjärtLung

Magnus Andersson, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Ulla Adolfsson och Maria Sivall, Autism- och Aspergerförbundet

Åsa Kristofersson Hedlund och Emma Moderato, Svenska Covid-föreningen

Anna Stigsdotter Jansson, Diabetesförbundet

Calle Waller, Prostatacancerförbundet

Susanne Dieroff Hay, Bröstcancerförbundet

Eva Borgström, Riksförbundet FUB

Karin Sandström, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

*Kommissionsmöte, den 23 augusti 2021*

Erica Falkenström, fil. dr, Institutet för framtidsstudier



# Expertgrupper

## *Smittskyddsfrågor*

Jan Albert, professor i smittskydd, speciellt klinisk virologi  
Anders Ekbom, professor i epidemiologi  
Tove Fall, professor i molekylär epidemiologi  
Eva Melander, smittskyddsläkare  
Björn Olsen, professor i infektionsmedicin  
Ingmar Skoog, professor i psykiatri och föreståndare för Centrum för äldre och hälsa vid Göteborgs universitet

## *Pandemins ekonomiska och sociala konsekvenser*

Karolina Ekholm, professor i nationalekonomi  
John Hassler, professor i nationalekonomi  
Lena Hensvik, professor i nationalekonomi  
Olle Lundberg, professor i Health Equity Studies  
Oskar Nordström-Skans, professor i nationalekonomi  
David Strömberg, professor i nationalekonomi

## *Krisberedskap och krishantering*

Erna Danielsson, professor i sociologi och föreståndare för Risk and Crisis Research Centre (RCR) vid Mittuniversitetet  
Johan Hirschfeldt, f.d. president i Svea hovrätt  
Daniel Nohrstedt, professor i statsvetenskap  
Jon Pierre, professor i statsvetenskap  
Ulrika Winblad, professor i hälso- och sjukvårdsforskning





# Underlagsrapporter

Underlagsrapporterna är tillgängliga för nedladdning från kommissionens hemsida (<https://coronakommissionen.com>).

Åke Örtqvist (2021). *Strategies for PCR-testing and contact tracing during the first year of the covid-19 pandemic – a comparison between Sweden and five other European countries.*

Matilda Almgren och Jonas Björk (2021). *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin.*

Helena Svaleryd och Jonas Vlachos (2021). *Skolresultat och psykisk ohälsa bland elever.*

Peter Nilsson (2021). *Betydelsen av anställda och anhörigas sociala nätverk för smittspridning av COVID-19 på äldreboenden under 2020.*

Rasmus Broms, Carl Dahlström, Jenna Najar och Marina Nistotskaya (2021). *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige.*

Arizo Karimi (2021). *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond.*

Anders Ekbohm (2021). *Uppskjuten och inställd vård under pandemin.*

Robert Dyrdak och Jan Albert (2021). *Utredning av den initiala smittspridningen av SARS-CoV-2 till och inom Sverige.*

Gunnar Andersson, Sven Drefahl, Eleonora Mussino, Karin Modig och Anna Meyer (2021). *Dödlighet och sjuklighet i covid-19 i Sverige under mars 2020 – februari 2021.*

Åsa Hallgårde (2021). *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19 pandemin.*

Bengt Gerdin (2021). *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin.*

### *Författarna*

**Jan Albert**, professor i smittskydd, speciellt klinisk virologi, Karolinska Institutet. Överläkare vid Karolinska Universitetssjukhuset. Ordförande i Karolinska Institutets Covid-19 expertgrupp.

**Matilda Almgren**, specialistsjuksköterska i intensivvård och doktor i medicinsk vetenskap, Region Skåne.

**Gunnar Andersson**, professor i demografi, Stockholms universitet.

**Jonas Björk**, professor i epidemiologi, Lunds universitet.

**Rasmus Broms**, docent i statsvetenskap, Göteborgs universitet.

**Carl Dahlström**, professor i statsvetenskap, Göteborgs universitet.

**Sven Drefahl**, docent i demografi, Stockholms universitet.

**Robert Dyrdak**, specialistläkare och doktorand vid Institutionen för mikrobiologi, tumör- och cellbiologi, Karolinska Institutet.

**Anders Ekbohm**, professor i epidemiologi vid Karolinska Institutet.

**Bengt Gerdin**, seniorprofessor, Institutionen för kirurgiska vetenskaper, plastikkirurgi, Uppsala universitet. Tidigare överläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala.

**Åsa Hallgårde**, specialist i infektionssjukdomar, har tidigare varit verksamhetschef för infektionskliniken i Lund, ordförande för Svenska infektionläkarföreningen, samt regional chefläkare på Region Skåne.

**Arizo Karimi**, biträdande lektor i nationalekonomi, Uppsala universitet.

**Anna Meyer**, doktorand vid Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet.

**Karin Modig**, docent i epidemiologi vid Institutet för Miljömedicin, Karolinska Institutet.

**Eleonora Mussino**, docent i demografi, Stockholms universitet.

**Jenna Najar**, läkare och doktor i medicinsk vetenskap, Göteborgs universitet.

**Peter Nilsson**, professor i nationalekonomi vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet.

**Marina Nistotskaya**, docent i statsvetenskap, Göteborgs universitet.

**Helena Svaleryd**, professor i nationalekonomi, Uppsala universitet.

**Jonas Vlachos**, docent i nationalekonomi, Stockholmsuniversitet.

**Åke Örtqvist**, specialist i infektionssjukdomar och docent vid Karolinska Institutet. Har varit Smittskyddsläkare i Region Stockholm och innan dess överläkare och verksamhetschef vid infektionskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.



# Ett forskningsprogram om covid-19 i Sverige: Smittspridning, bekämpning och effekter på individer och samhälle

Kommissionen har bedömt att det krävs genuint ny kunskap för att på ett tillfredställande sätt uppfylla kommissionens direktiv. Mot bakgrund av detta har kommissionen initierat *Ett forskningsprogram om covid-19 i Sverige: Smittspridning, bekämpning och effekter på individer och samhälle*. Programmet har sin hemvist på Stockholms universitet (SU). Det leds av Torsten Persson (som också är ledamot i kommissionen) och koordineras av Adam Altmejd, Evelina Björkergren samt Olof Östergren (som också är anställda på deltid i kommissionens sekretariat).

Programmet har två övergripande frågeställningar:

1. Vilka är konsekvenserna av covid-19 – samt av de smittskyddsåtgärder myndigheterna satt in för att hantera utbrottet – för folkhälsan, i termer av mortalitet, morbiditet, samt psykisk och fysisk ohälsa i bred bemärkelse?
2. Vilka är konsekvenserna av pandemin – samt av åtgärderna för smittskydd och för att mildra skadeverkningarna på samhället – för centrala sociala och ekonomiska utfall, som till exempel jobb, inkomster och ojämlikhet?

Resultaten från SU:s covid-19 program utgör ett oberoende vetenskapligt underlag och syftar till att komplettera – men även bekräfta och utvärdera – existerande rapporter från myndigheter, samt andra forskare och aktörer.

Programmet har en kvantitativ ansats och bygger på ett omfattande datamaterial som huvudsakligen består av registeruppgifter

om enskilda individer, företag samt vårdinrättningar från ett tjugotal leverantörer, inklusive Statistiska Centralbyrån, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Skatteverket samt Inera/1177. Uppgifter som kan identifiera specifika individer och företag, till exempel namn, personnummer eller organisationsnummer, ingår inte i materialet. Programmet har sökt och fått etiskt tillstånd från Etikprövningsmyndigheten (Dnr. 2020–06492 och Dnr. 2021–01115) för att hantera de ingående registeruppgifterna för att svara på ett antal specifika frågeställningar.

För närvarande deltar ett trettiotal forskare i programmet. Dessa får, enligt etablerad praxis i svensk registerforskning, tillgång till relevanta delar av datamaterialet via säkra anslutningar till SCB:s fjärrsystem Microdata online access (MONA). Forskningsprogrammet kommer att fortsätta behandla frågor kring pandemin under ett antal år efter det att kommissionen har levererat sitt slutbetänkande.

Relationen mellan SU:s covid-19 program och kommissionen är specificerad i ovannämnda etiktillstånd. Forskarna i programmet samarbetar med kommissionen på två sätt. För det första erbjuder programmet tillgång till registermaterialet åt ett antal forskare som kommissionen också har anlitat för att skriva underlagsrapporter. Dessa forskare har enbart tillgång till de uppgifter som är nödvändiga för att besvara de frågor som skall behandlas i respektive underlagsrapport.

För det andra producerar SU:s covid-19 program beskrivande statistik och analyser till grund för kommissionens betänkanden (samt för ett par underlagsrapporter där författarna inte har direkt tillgång till registermaterialet). Programmet levererar sålunda färdiga tabeller eller figurer, för publikation i kommissionens betänkanden eller underlagsrapporter. Statistikens specifika innehåll bestäms i samråd mellan sekretariatet och programmets koordinatörer. De senare arbetar således deltid som sekreterare på kommissionen och deltid som forskare på Stockholms universitet. I linje med rådande lagstiftning har kommissionen (som är en myndighet) inte direkt tillgång till några registeruppgifter, trots att den delvis bekostat beställningen och leveransen av dessa data.

Kommissionens betänkanden innehåller tabeller och figurer som bygger på statistik från en rad olika källor. I de fall en tabell eller figur har tagits fram inom SU-programmet anger källhänvisningen ”Beräkningar inom SU:s covid-19-program” såväl som den myndig-

het vars register ligger till grund för beräkningarna, (t.ex. SCB eller Socialstyrelsen).





# Statens offentliga utredningar 2021

---

## Kronologisk förteckning

---

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.

80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S
81. En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. N.
82. Säkerhetsprövning av totalförsvarspiktiga. Fö.
83. Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. U.
84. Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. Ju.
85. Vägar till ett tryggare samhälle. Vol. 1 och 2. Ju.
86. ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. A.
87. Granskning av utländska direktinvesteringar. Ju.
88. Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. Ju.
89. Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd. Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. S.

# Statens offentliga utredningar 2021

## Systematisk förteckning

---

### Arbetsmarknadsdepartementet

ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet [86]

### Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto  
– schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

En god kommunal hushållning.  
+ Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]

En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

### Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet  
– behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Säkerhetsprövning  
av totalförsvarspliktiga. [82]

### Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift  
rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamåls-  
enlig användning av betrodda tjänster  
i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal  
handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten  
i den offentliga förvaltningen. [62]

Regler för statliga elvägar. [73]

### Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och  
samhällskunskap för svenskt  
medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskrafts-  
invandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röst-  
mottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag  
– En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse  
för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna.  
Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av  
brottmålsdomar mot tredjelandsmed-  
borgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lag-  
föring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella  
kränkningar. [43]

Snabbare lagföring  
– ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Ett modernt belöningssystem,  
de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. [84]

Vägar till ett tryggare samhälle.  
Vol. 1 och 2. [85]

Granskning av utländska direktinvesteringar. [87]

Ett förbättrat system mot  
arbetskraftsexploatering m.m. [xx]

### **Kulturdepartementet**

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

### **Miljödepartementet**

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall  
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.  
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar.  
Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

### **Näringsdepartementet**

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. [81]

### **Socialdepartementet**

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra  
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans.  
Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.  
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

- Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]
- En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. [69]
- Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]
- Börja med barnen!  
Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]
- Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]
- Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. [89]

### **Utbildningsdepartementet**

- Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]
- Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]
- Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]
- Papper, poddar och ...  
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]
- En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]
- Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]
- Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]
- Högskoleprovets organisation och styrning. [72]
- Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. [83]



**Regeringskansliet**

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 [www.regeringen.se](http://www.regeringen.se)

ISBN 978-91-525-0255-6 ISSN 0375-250X

Ömslag: Elanders Sverige AB  
Bild: z wei  
Bildbearbetning: Agneta S Öberg