

Äldreomsorgen under pandemin

Delbetänkande av Coronakommissionen

Stockholm 2020



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2020:80

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

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

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Maria Neijnes

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25132-4

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade, efter överläggningar med riksdagens partier, den 30 juni 2020 att tillsätta en kommission med uppdrag att utvärdera regeringens, förvaltningsmyndigheternas, regionernas och kommunernas åtgärder för att begränsa spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19 och spridningens effekter.

Samma dag förordnades det tidigare justitierådet och ordföranden i Högsta förvaltningsdomstolen Mats Melin som ordförande i kommissionen. Som övriga ledamöter förordnades professorn i statsvetenskap vid Uppsala universitet Shirin Ahlbäck Öberg, professor emeritus i ledarskap vid Försvarshögskolan Ann Enander, Akademikerförbundet SSR:s socialpolitiska chef och tidigare VD för Sveriges Kommuner och Regioner Vesna Jovic, prästen och kyrkoherden i Katarina församling i Stockholm Camilla Lif, professorn i nationalekonomi vid Institutet för internationell ekonomi, Stockholms universitet, Torsten Persson, infektionsläkaren och docenten Göran Stiernstedt, samt professor emeritus i socialgerontologi vid Karolinska Institutet Mats Thorslund.

Den 1 augusti förordnades filosofie doktorn Joakim Sonnegård som huvudsekreterare. Som sekreterare i utredningen förordnades fr.o.m. den 31 augusti hovrättsassessorn Helen Ziobro, från den 1 september kanslirådet Micaela Bodelius samt den tidigare chefen för Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum Sven Erik Wånell, från den 14 september kammarrättsrådet Petra Jansson och filosofie doktorn Evelina Björkegren, och fr.o.m. den 1 november filosofie doktorn Olof Östergren. Från den 1 december, dvs. strax innan föreliggande betänkande låg klart, förordnades även filosofie doktorn Anneli Eriksson och nationalekonomen Carl Lundgren som

sekreterare i utredningen. Som assistent förordnades från den 21 september Maria Neijnes.

Kommissionen, som antagit namnet Coronakommissionen, får härmed överlämna delbetänkandet Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80).

Stockholm den 7 december 2020

Mats Melin
Shirin Ahlbäck Öberg
Ann Enander
Vesna Jovic
Camilla Lif
Torsten Persson
Göran Stiernstedt
Mats Thorslund

/Joakim Sonnegård
Evelina Björkegren
Micaela Bodelius
Petra Jansson
Maria Neijnes
Sven Erik Wånell
Helen Ziobro
Olof Östergren

Innehåll

Förkortningar	11
Sammanfattning	13
1 Kommissionens uppdrag och arbete	23
1.1 Betänkandets begränsningar.....	24
1.2 Uppdraget.....	25
1.3 Kommissionens arbete.....	26
1.4 Betänkandets uppläggning.....	28
2 Pandemins utveckling	31
2.1 Händelseförloppet under våren 2020	31
2.2 När, var och vilka drabbade pandemin?.....	37
2.3 Orsaker till äldres utsatthet.....	47
3 Från fattigvård till äldreomsorg	53
3.1 Från fattigvård till socialtjänst	53
3.2 Från vårdhem till hemvård	55
3.3 Ädelreformen	58
3.4 Kommunernas hälso- och sjukvård	60
3.5 Drivkrafter bakom förändringarna	62
3.6 Ökad styrning under tre decennier.....	64
3.7 Summering.....	65

4	Äldreomsorgens rättsliga reglering	67
4.1	Socialtjänstlagen	67
4.2	Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade	72
4.3	Hälso- och sjukvårdslagen	73
4.4	Patientlagen.....	76
4.5	Inspektionen för vård och omsorg	77
4.6	Vårdvalssystemet	78
4.7	Sekretessbestämmelser inom vård och omsorg	79
4.8	Summering	81
5	Äldreomsorgen i dag	83
5.1	Vilka är de äldre?	83
5.2	Äldreomsorgens utformning och omfattning	86
5.3	Kommunernas kostnad för vård och omsorg av äldre personer.....	92
5.4	Insatser för äldre personer enligt LSS	94
5.5	Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret	95
5.5.1	Hemsjukvård en ofta förbisedd kommunal uppgift.....	95
5.5.2	Samspelet med regionernas hälso- och sjukvård.....	98
5.6	Många yrken i äldrevården	100
5.7	En fragmenterad organisation.....	111
5.8	En nordisk jämförelse	114
5.9	Socialstyrelsens och IVO:s iakttagelser	119
5.9.1	Socialstyrelsens lägesrapporter.....	119
5.9.2	IVO:s tillsynsrapporter	122
5.10	Summering	124

6	Regler om smittskyddsarbetet	127
6.1	Grundlagen i kristider.....	127
6.2	Ansvars-, likhets- och närhetsprinciperna.....	130
6.3	Smittskyddslagen	131
6.3.1	Smittsamma, allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar.....	131
6.3.2	Smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen	132
6.3.3	Ansvaret för smittskyddet	136
6.4	Vårdgivarens ansvar	138
6.4.1	Socialstyrelsens uppdrag	138
6.4.2	Föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg.....	138
6.5	Arbetsgivarens ansvar	139
6.5.1	Arbetsmiljölagen	140
6.5.2	Arbetsmiljöverkets föreskrifter	141
6.6	Summering.....	142
7	Beslut och andra nationella åtgärder för att skydda de äldre	145
7.1	Den övergripande strategin under pandemin.....	146
7.2	Covid-19 klassificeras som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom	146
7.3	Tidiga regeringsuppdrag	147
7.4	Kunskapsstöd till vården och omsorgen	148
7.5	Stanna hemma, håll avstånd och tvätta händerna!	151
7.6	Skyddsutrustning.....	153
7.7	Besöksförbud	159
7.8	Tillfällig ändring i smittskyddslagen.....	163
7.9	Provtagning	164
7.10	Uppdrag om behov av nya föreskrifter	169

7.11	Regeringens satsningar på äldreomsorgen	171
7.12	Summering	172
8	Berättelser	175
8.1	Intervjuer med personal på särskilda boenden	175
8.2	Intervju med tre verksamhetschefer.....	182
8.3	Summering	184
9	Äldreomsorgen våren 2020	187
9.1	När pandemin bröt ut	187
9.2	Hygienrutiner, skyddsutrustning, provtagning och smittspårning	191
9.2.1	Beredskap i kommunerna	191
9.2.2	Hygienrutinerna skärptes	192
9.2.3	Provtagning och skyddsutrustning	195
9.3	Påverkan på verksamheten	209
9.3.1	Hög arbetsbelastning för personalen.....	209
9.3.2	Hemtjänst och hemsjukvård	211
9.3.3	Svårigheter att nå ut med information.....	212
9.3.4	LSS-verksamheter.....	213
9.3.5	Begränsa sociala kontakter	214
9.4	Tillgången till hälso- och sjukvård.....	221
9.4.1	Hälso- och sjukvården i särskilt boende.....	221
9.4.2	Risk för brist på sjukhusplatser.....	232
9.5	Summering	235
10	Kommissionens sammanfattande bedömning och förslag till åtgärder.....	241
10.1	Strategin att skydda de äldre har misslyckats	242
10.2	Äldreomsorgens beredskap – strukturella brister	246
10.2.1	Fragmenterad organisation.....	246
10.2.2	Behov av högre bemanning, ökad kompetens, och rimliga arbetsförhållanden.....	250

10.2.3	Otillräckligt regelverk	256
10.2.4	Kommuner bör få möjlighet att anställa läkare ...	259
10.2.5	Tillgång till medicinsk utrustning behöver säkerställas.....	260
10.3	Enskilda beslut och åtgärder – sena och ibland otillräckliga	261
10.3.1	Äldreomsorgen uppmärksammades sent	261
10.3.2	Problem kring skyddsutrustning.....	265
10.3.3	Provtagningen kom igång sent	267
10.3.4	Besöksförbudet kom sent och omprövades för sällan	269
10.4	Andra uppmärksammade brister.....	271
10.4.1	Riskabla riktlinjer angående tillgången till sjukhusvård	271
10.4.2	Brister i läkarnärvaro och uteblivna individuella läkarbedömningar.....	273
10.4.3	Många äldre avled ensamma.....	275
10.5	Om ansvaret för de brister vi funnit	276
	Personer som kommissionen har träffat	279
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2020:09	287

Förkortningar

ADL

AFS

Arbetsmiljöverkets
författningssamling

AML

Arbetsmiljölagen

BNP

Bruttonationalprodukt

ECDC

EU:s smittskydds-enhet (European
Centre for Disease Prevention and
Control)

FHM

Folkhälsomyndigheten

HSL

Hälsa- och sjukvårdslagen

IIR

Kirurgiskt munskydd

IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KOL	Kronisk obstruktiv lungsjukdom
LOV	Lagen om valfrihetssystem
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MSB	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
NkA	Nationellt kompetenscentrum Anhöriga
NKS	Nya Karolinska sjukhuset
NOSOSKO	Nordiska socialstatistikkommittén
NPM	New Public Management
OECD	Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen
PCR-prov	Polymerase Chain Reaction (molekylärbiologisk metod för att spåra ett smittämnes arvsmassa)
PDL	Patientdatalagen
PSL	Patientsäkerhetslagen
SCB	Statistiska Centralbyrån
SIP	Samordnad individuell plan
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
Smer	Statens medicinsk-etiska råd
SmittskL	Smittskyddslagen
SoL	Socialtjänstlagen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
säbo	Särskilt boende
WHO	Världshälsoorganisationen

Sammanfattning

Sverige står fortfarande mitt uppe i en stor och omfattande kris. Coronaviruset har dragit fram över hela världen och orsakat ett stort antal sjuka och döda. Pandemin har även lett till andra långtgående konsekvenser för såväl enskilda som för samhället i stort, som vi ännu inte kan överblicka. Parallellt med den offentliga debatten om akut krishantering har ett antal länder nu satt igång en process av mer långsiktig eftertanke och självprövning.

I början av december 2020 hade i Sverige fler än 7 000 människor avlidit med diagnosen covid-19. Av dessa personer var nära 90 procent 70 år eller äldre. Hälften av dem bodde i särskilt boende och knappt 30 procent hade hemtjänst. Den stora andelen avlidna bland de sköra äldre ligger i linje med hur det ser ut i många andra länder. Vi kan konstatera att den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen och det höga antalet döda i äldreomsorgen högst sannolikt är den allmänna smittspridningen i samhället.

Att smittspridningen i äldreomsorgen följt liknande mönster i olika länder framstår som förklarligt. OECD konstaterar att pandemin har satt sökljus på en resursmässigt eftersatt och undervärderad del av samhället. Även WHO pekar på ett antal gemensamma strukturella problem som bidragit till att pandemin drabbat äldreomsorgen så hårt.

Alla länder har dock inte drabbats lika hårt, vare sig inom eller utom äldreomsorgen. Stora skillnader finns även mellan regioner inom länder och mellan enskilda äldreboenden. I detta betänkande redovisar vi de enligt vår bedömning viktigaste orsakerna till den stora smittspridningen och de höga dödstaten bland äldre i Sverige. På det underlag vi nu har kan vi dock ännu inte bedöma den relativa betydelsen av de olika orsakerna till de höga infektions- och dödstaten på särskilda boenden för äldre och inom hemtjänsten. Vi har inte heller underlag för att utvärdera ett antal av de vidtagna åtgär-

derna utan en mer fullständig analys av smittspridningen i samhället i stort och en bedömning av den mera generella pandemihanteringen. Dessa frågor återkommer vi därför till i senare betänkanden.

Strategin att skydda de äldre har misslyckats

Kommissionens övergripande bedömning kan enkelt sammanfattas med att det som, utöver den allmänna smittspridningen i samhället, har haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg är sedan länge välkända strukturella brister. Dessa brister gjorde att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad att hantera en pandemi. De anställda i äldreomsorgen lämnades i stor utsträckning ensamma att hantera krissituationen.

Regeringen och statliga myndigheter satte under våren 2020 in ett antal åtgärder för att minska riskerna för smittspridning i äldreomsorgen. Enligt vår övergripande bedömning var dessa sena, trots tidig information om att äldre personer var särskilt utsatta. Vi bedömer att åtgärderna i flera avseenden även var otillräckliga.

Enligt kommissionens mening står det klart att ambitionen i den svenska övergripande strategin att särskilt skydda de äldre var och är riktig. Även om Sverige i jämförelse med andra länder inte är ensamt om ett stort antal dödsfall inom äldreomsorgen, står det likafullt klart att denna del av strategin hittills har misslyckats.

Äldreomsorgens beredskap – strukturella brister

Fragmenterad organisation

Enligt ansvarsprincipen har den som ansvarar för en verksamhet i normala situationer motsvarande verksamhetsansvar vid en kris. Det är en enkel princip i teorin men ju fler som delar på ansvaret, desto svårare blir det att få helheten att fungera väl i praktiken. Ansvaret för vård och omsorg av äldre är uppdelat på 21 regioner och 290 kommuner. I många regioner och kommuner finns dessutom ett stort antal privata utförare. Därtill kommer de statliga myndigheter som har ett nationellt ansvar inom dessa områden.

När smittan bröt ut på allvar fanns på nationell nivå ingen överblick över kommunernas beredskap för att kunna möta en pan-

demi. Berörda statliga myndigheter har inte heller tillräckligt tidigt, eller i tillräcklig utsträckning, sökt denna kunskap eller så har den inte nått ända fram. Det saknades också etablerade kanaler mellan till exempel Socialstyrelsen och den kommunala hälso- och sjukvården liknande de utarbetade kanalerna mellan myndigheten och den regionala sjukvården.

När det gäller ansvarsgränserna mellan regioner och kommuner har det påtalats i många årtionden att de för med sig betydande problem. Olika studier och utredningar har under de två senaste decennierna belyst vilka konsekvenser brister i samordningen kan få. Regionernas ansvar för läkarinsatser och kommunernas ansvar för äldreomsorgen illustrerar det problem som uppstår när två huvudmän samtidigt bär ansvar för en verksamhet i vid mening. Även Socialstyrelsen och IVO har i många år påtalat brister i fråga om samverkan mellan regioner och kommuner.

Det delade ansvaret mellan olika huvudmän och en mängd olika andra aktörer förutsätter även i normala tider ett gott, förtroende- fullt och kontinuerligt samarbete. I en pandemi – med krav på snabba prioriteringar och kunskapsspridning samt med brist på nödvändig materiel – ställer denna ansvarsfördelning än högre krav på fungerande verksamheter, samordning och samarbete.

En del av kommissionens uppdrag inför kommande betänkanden är att utvärdera hur ansvarsprincipen har fungerat under krisen och lämna de förslag på åtgärder som våra iakttagelser ger anledning till. Så länge nuvarande ansvarsprincip gäller är vår bedömning att en fungerande samordning och samverkan mellan kommuner och regioner är av yttersta vikt, särskilt för att hantera en krissituation som en pandemi. Det behövs verktyg och utarbetade kanaler som säkerställer en operationell och kontinuerlig samordning mellan regioner och kommuner där varje aktör förmår se till helheten och investerar i tillräckligt med resurser. Detta kräver sannolikt genomgripande förändringar i styrningen av äldreomsorgen inklusive den medicinska vården.

Avsaknaden av en patientcentrerad sammanhållen journalföring är ett allvarligt patientsäkerhetsproblem. Regionerna och kommunerna måste vidta åtgärder för att förverkliga en sammanhållen journalföring.

Behov av högre bemanning, ökad kompetens, och rimliga arbetsförhållanden

Stora insatser har gjorts under pandemin för att under rådande omständigheter ge de äldre en så god vård och omsorg som möjligt. Många anställda har arbetat under extremt stor press, upplevt rädsla och utsatt sig själva och sina familjer för betydande risker. De har ändå gjort sitt yttersta för att tillgodose vård- och omsorgsmottagarnas behov och få verksamheterna att fungera. Även många chefer och krisledningarna runt om i landet har arbetat hårt för att finna lösningar i en utomordentligt svår situation.

Samtidigt kan kommissionen konstatera att äldreomsorgen, utöver ett uppdelat huvudmannaskap för hälso- och sjukvård, har uppenbara och stora strukturella problem som pandemin blottlagt. Sverige utgör inget undantag från den bild som OECD och WHO ger av äldreomsorgen som en resursmässigt eftersatt del av samhället med en undervärderad yrkeskår.

Äldreomsorgens strukturella och sedan länge välkända problem måste åtgärdas. Det är nödvändigt att höja ambitionsnivån och att höja statusen på och attraktionskraften i omsorgsyrkena för att kunna ge vård och omsorg av god kvalitet under en sådan kris som pandemin.

Kommissionen anser att riksdag och regering måste se över vad som är en tillräcklig bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten, inte minst vad gäller vård och behandling av demenssjuka.

Arbetsgivarna måste också förbättra förutsättningarna för ledarskap genom att se över ledningsstrukturer och organisering så att antalet medarbetare som en chef ansvarar för sänks väsentligt. Vidare måste arbetsgivarna förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten i äldreomsorgen samt kraftigt minska andelen personal med timanställning. Timanställda som med kort varsel kan kallas in vid behov är visserligen svåra att undvara i en så personalintensiv verksamhet som vård och omsorg, men deras andel av personalstyrkan måste kraftigt minskas.

När det gäller kompetensnivån inom äldreomsorgen skiljer sig personalens yrkesmässiga sammansättning tydligt åt mellan de nordiska länderna. Sverige sticker dessvärre inte ut i positiv bemärkelse. Trots ökade medicinska behov hos omsorgsmottagarna i Sverige är bemanningen med medicinskt utbildad personal generellt sett låg.

Kommissionen anser att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas. Detta kan ske exempelvis genom att införa krav på minimiutbildningar för olika yrkeskategorier och i samband med detta överväga behovet av extra utbildningssatsningar. Sjuksköterskekompetens bör som huvudregel finnas på plats på varje särskilt boende, dygnet runt under veckans alla dagar. Detta är en förutsättning för bland annat kontinuerlig tillgång till medicinska insatser i form av dropp och syrgas, men också för att den övriga personalen ska kunna få stöd och handledning inom såväl omvårdnad som medicinsk behandling. Vidare måste kommunerna genomföra språkutbildningsinsatser för omsorgspersonal som saknar tillfredsställande språkkunskaper.

Den nödvändiga ambitionshöjningen kan kräva stöd av statliga insatser.

Otillräckligt regelverk

Många smittskyddsåtgärder inom ramen för ett särskilt boende strider mot äldreomsorgens värdegrund och det är åtminstone osäkert om den lagstiftning som finns ger utrymme för samtliga de åtgärder som behöver vidtas där. Det gäller till exempel att anordna så kallad kohortvård, det vill säga att en eller flera smittade vårdas avskilt av personal som enbart arbetar med dem.

Kommissionen anser att en vård- och omsorgsgivare i en undantagssituation måste kunna vidta de begränsningsåtgärder som krävs för ett effektivt smittskyddsarbete. Det är dock självklart att sådana begränsningar i den enskildes frihet och rättigheter måste ha stöd i lag och det är orimligt att lämna anställda och lokala politiker ensamma i att själva fatta dessa svåra beslut.

Gällande regelverk är inte tillräckligt eller tillräckligt tydligt. Lagstiftaren måste därför säkerställa att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter att vidta de åtgärder som krävs för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära krissituationer.

Kommuners möjlighet att anställa läkare och tillgång till medicinsk utrustning

Kommunerna är en av huvudmännen för hälso- och sjukvård av äldre. Ansvaret för läkarinsatser ligger dock på regionerna och får inte överlåtas till kommunerna. Detta innebär i princip ett hinder för kommuner att själva anställa läkare i äldreomsorgen. Det gör inte bara äldrevården beroende av regionernas prioriteringar för sådana medicinska bedömningar som bara en läkare kan göra. Det medför också att läkare i princip inte kan delta i kommunens planeringsarbete på vårdområdet, inte ens i det krisledningsarbete som kommunen har att utföra under en pandemi. Någon motsvarande uppdelning i ansvaret mellan olika huvudmän går inte att finna i våra grannländer.

Kommissionen anser att den kategoriska uppdelningen mellan kommun och region i fråga om läkaransvar inte ens i en normal situation framstår som en lämplig lösning, och i synnerhet inte i en kris där varje beslutsled och gränssnitt innebär en sårbarhet i sig. Kommissionen anser därför att det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare.

Kommissionen anser vidare att det vid varje särskilt boende bör finnas tillgång till sådan medicinsk utrustning att nödvändiga medicinska insatser och en god palliativ vård kan ges på plats. Det gäller bland annat apparatur för att ge syrgas och näringslösning. Ett uppenbart skäl är att den boende då kan få tillgång till sådana insatser utan de påfrestningar en sjukhustransport och sjukhusvistelse kan innebära och en god lindrande (palliativ) vård kan ges på plats.

Enskilda beslut och åtgärder – sena och ibland otillräckliga

Äldreomsorgen uppmärksammades sent

Att skydda de äldre blev ett mål i ett tidigt skede av pandemin. Det tog dock alltför lång tid innan de särskilda problemen och bristerna inom kommunernas äldreomsorg uppmärksammades.

Kommissionen kan konstatera att de ansvariga statliga myndigheterna hade sitt huvudsakliga fokus under pandemins första skede på kapaciteten i regionernas sjukvård. Vi anser att det var rimligt att prioritera sjukvårdens förmåga att behandla allvarliga fall av covid-19

och att ge rekommendationer till allmänheten för att motverka samhällsspridning av viruset. Likväl framstår det som klandervärt att förhållandena på särskilda boenden med genomgående svaga äldre inte uppmärksammades tidigare, i synnerhet då det redan fanns kunskap om att sjukdomen var särskilt allvarlig för den gruppen. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen borde omgående ha lagt mera vikt vid förhållandena på särskilda boenden. Vår bedömning är att dessa myndigheter inte haft en tillräcklig överblick över den kommunala äldreomsorgens problem och brister. Det innebar att vägledning för arbetet i äldreomsorgen dröjde.

Problem kring skyddsutrustning

Tillgången till skyddsutrustning var mycket bristfällig i pandemins inledande skede. Både MSB och Socialstyrelsen uppmärksammade redan den 4–6 februari att det förelåg en risk för att brist på personlig skyddsutrustning skulle uppstå. Det dröjde emellertid till slutet av april, då smittan för länge sedan tagit sig in på de särskilda boendena, innan Socialstyrelsen via länsstyrelserna började få en bild av läget i kommunerna.

Kommissionen anser att det tog orimligt lång tid att klarlägga och konstatera äldreomsorgens behov av skyddsutrustning. Med det stora antalet kommuner och vårdgivare som finns i Sverige borde rapporteringsvägar redan ha existerat eller skyndsamt ha byggts upp. Dessa frågor återstår dock att studera i ett senare betänkande. Det samma gäller bland annat frågor om beredskapslager, prioriteringar i en bristsituation och upphandling eller omställning av produktion.

Frågan om vilken skyddsutrustning som skulle användas i arbetet med misstänkt eller konstaterat smittade vårdtagare var länge omstridd och konflikter uppstod på flera arbetsplatser. Ansvariga myndigheters hantering av frågan om skyddsutrustning i äldreomsorgen gav upphov till oklarheter om vilken skyddsutrustning som skulle användas. Enligt kommissionen har frånvaron av tydliga riktlinjer och den uppenbara bristen på skyddsutrustning i äldreomsorgen rimligen bidragit till smittspridningen där. Det borde tidigt ha funnits ett samstämt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndig-

heten. Alternativt borde det ha framgått hur målen om arbetarskydd och smittskydd skulle vägas av mot varandra.

Provtagningen kom igång sent

När pandemin under april drabbade Sverige som kraftigast fanns inte förutsättningar för en bred provtagning. Den 30 mars gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att skyndsamt ta fram en nationell strategi för att utöka provtagningen. Någon sådan strategi publicerades dock inte förrän den 17 april. Anledningen till dröjsmålet och vad som försiggått i frågan före den 30 mars återstår för kommissionen att pröva. Det återstår också för oss att utreda och utvärdera flera andra aspekter av provtagning och smittspårning samt frågan om den provtagningskapacitet som fanns hade kunnat användas bättre med andra prioriteringar. Kommissionen anser dock redan nu att provtagning, även med en knapp kapacitet, utan undantag borde ha skett av alla de äldre som flyttade in på särskilt boende samt de som blev utskrivna från sjukhus och återvände till sina särskilda boenden.

Besöksförbudet kom sent och omprövades för sällan

Besöksförbudet på särskilda boenden som infördes den 1 april tillkom på goda grunder från ett renodlat smittskyddsperspektiv. Det var tidigt känt att covid-19 riskerade att drabba äldre särskilt allvarligt. Kommissionen känner inte till några studier av det svenska besöksförbudets faktiska effekter för att begränsa smittspridningen till särskilda boenden. Internationella studier har inte funnit belägg för att ett sådant förbud är särskilt effektivt. Även om de huvudsakliga smittvägarna in på de särskilda boenden inte är helt klarlagda, var det trots allt rimligt att anta att anhöriga till de boende kunde föra med sig smitta när denna fanns i det omgivande samhället. Kommissionen anser därför att det var både begripligt och försvarligt att införa det nationella besöksförbudet. Av antagandet att förbudet var verkningsfullt följer också att det nationella förbudet borde ha beslutats tidigare, något som också skedde i flera kommuner och hos flera privata vårdgivare.

Regeringen borde ha låtit beslutet om besöksförbud gälla för en betydligt kortare tid. Man hade sedan kunnat överväga en eventuell förlängning. Frågan om förbudets bestånd och dess rättighetsinskränkningar hade då mera kontinuerligt kunnat vägas mot det allmänna smittläget och regionala förhållanden.

Kommissionen anser vidare att regeringen redan i förordningen med besöksförbud borde ha klargjort att besök av anhöriga skulle vara tillåtna under den boendes sista tid i livet. Att så många fick dö utan någon anhörig vid sin sida är oacceptabelt, även om starka smittskyddsskäl kunnat anföras för förbudet. Frågan om det funnits rättsligt stöd för beslutade besöksförbud avser vi att återkomma till i senare betänkande.

Andra uppmärksammade brister

Riskabla riktlinjer angående tillgången till sjukhusvård

Flera regioner gav ut riktlinjer eller regelverk för prioriteringar. Mest uppmärksammat har innehållet i Region Stockholms styrande regelverk den 20 mars varit. Regelverket angav bland annat att man vid beslut om sjukhusvård skulle prioritera personer i kategorierna 1–4 enligt den så kallade CFS-skalan, som mäter hur skör en person är. Knappast någon person i ett särskilt boende tillhör de prioriterade kategorierna.

IVO har visat att antalet remisser till sjukhus från särskilt boende minskade markant under februari–juni 2020. Det är dock svårt att belägga om den här typen av riktlinjer inneburit att läkare underlåtit att göra en individuell bedömning av behovet – något som skulle göras enligt såväl Socialstyrelsens som Region Stockholms riktlinjer. Men det går inte att utesluta att dylika riktlinjer – tillsammans med bristen på utrustning och delvis även personal för medicinsk behandling på plats i äldreboendena – kan ha drivit fram beslut om övergång till endast lindrande (palliativ) vård i stället för sjukhusvård eller annan aktiv sjukdomsrelaterad behandling.

Kommissionen anser att man även i en pandemi bör undvika riktlinjer som riskerar kategorivisa prövningar av människors vårdbehov. Även om riktlinjerna anger att en individuell bedömning alltid ska ske är risken betydande att så inte sker i en kaotisk situation, med efterfrågan på tydliga handlingsregler och en utbredd oro för

att sjukvårds- och intensivvårdsplatser ska ta slut, i kombination med bedömningar på distans utan tillräcklig patientkännedom. Riktlinjerna måste alltid utformas med stor omsorg, betona individuell bedömning, undvika enkla kategoriseringar samt bygga på noggranna etiska överväganden.

Brister i läkarnärvaro och uteblivna individuella läkarbedömningar

IVO:s granskning av journaler för 847 personer på 98 särskilda boenden ger vid handen att det i så mycket som runt 20 procent av de fallen inte skett någon läkarbedömning alls. I 40 procent av dessa fall har det inte heller skett en individuell bedömning av en sjuksköterska. Vidare visar IVO:s granskning att inte ens 10 procent av patienterna/omsorgsmottagarna fått en bedömning på plats i boendet.

Kommissionen anser att det är oacceptabelt att det förekommit fall där den boende inte fått någon individuell läkarbedömning, och i vissa fall inte någon medicinsk bedömning alls.

Läkarbedömningar på distans är särskilt problematiska när de avser en eventuell remittering till sjukhus. Risken för felbedömningar i denna fråga har förmodligen varit än större under pandemin, bland annat med tanke på alla okända faktorer kring sjukdomen. Enligt kommissionen är det oacceptabelt att så många läkarbedömningar skedde på distans när läkarna saknade tidigare kännedom om patienten.

Ansvar för bristerna

Vi har bland annat funnit att äldreomsorgen stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till och att det bottnade i strukturella brister som varit kända långt före virusutbrottet. För dessa brister bär den sittande regeringen – liksom de tidigare regeringar som också haft denna kunskap – det yttersta ansvaret. Regeringen styr riket (1 kap. 6 § regeringsformen) och hade därför bort ta de initiativ som behövts för att äldreomsorgen skulle stå bättre rustad för en kris av detta slag.

1 Kommissionens uppdrag och arbete

Fler än 7 000 personer med diagnosen covid-19 har hittills, i början av december 2020, avlidit i Sverige, varav nästan 9 av 10 var 70 år eller äldre. De allra flesta hade vård och omsorg i någon form – nästan hälften på ett särskilt boende för äldre.

Hur väl det samlade smittskyddsarbetet lyckats skydda dem som var föremål för vård och omsorg om äldre har därför kommit att bli en viktig del av det offentliga samtalet om pandemin, dess verkningar och den svenska strategin.

Det är vad just detta betänkande handlar om. Vi skildrar vad som hände främst under våren 2020 utifrån vad vi bedömer vara relevant för äldreomsorgens möjligheter att hantera virusutbrottet. Vi identifierar ett antal brister som vi anser kan ha bidragit till den stora smittspridningen och de höga dödstalen bland äldre, i synnerhet på särskilda boenden.

Vi menar att möjliga orsaker till smittspridning ytterst förenklat kan hänföras till tre olika kategorier.

En kategori är rent slumpmässiga orsaker eller sådana som återspeglar ett samhälles grundläggande drag, som befolkningstäthet eller allmän hälsonivå. Sådana ting är det svårt att göra något åt, åtminstone inom en rimlig tidshorisont.

En annan kategori handlar om institutionella arrangemang i vid mening. Det gäller hur gällande lagar och förordningar fördelar ansvaret mellan myndigheter och andra organ men också vilka verktyg för smittbekämpning de innehåller. Till denna kategori hör förstås också hur äldreomsorgen är organiserad. Institutioner är visserligen tröga, men om de inte har fungerat som det är tänkt går de att reformera.

En tredje kategori är de faktiska beslut som ansvariga aktörer hittills tagit under pandemin, till exempel om prioritering av behandling, provtagning eller skyddsutrustning. Sådana beslut är förstås redan fattade, men ändå viktiga att granska, både ur ett ansvarsperspektiv och för att lära för framtiden.

Mot denna bakgrund kan vi formulera betänkandets två huvudfrågor. Var äldreomsorgens institutioner utformade så att de var förberedda för att hantera pandemin? Fattade myndigheter och övriga aktörer nödvändiga och rimliga beslut för att hindra smittspridningen att slå mot äldreomsorgen?

1.1 Betänkandets begränsningar

En grundläggande utmaning i kommissionens arbete är att utvärdera institutioner och åtgärder medan pandemin fortfarande pågår, nu även med tilltagande intensitet. Det mera långsiktiga utfallet låter sig därför knappast fastställas eller måste i vart fall bedömas med försiktighet. Det hindrar givetvis inte att vissa åtgärder kan värderas i ljuset av vad som var känt – eller borde ha varit känt – när de vidtogs.

När det gäller att bedöma orsakerna till smittspridningen på särskilda boenden för äldre och inom hemtjänsten kan dessutom bedömningen inte bli fullständig utan en analys av smittspridningen i samhället i stort och de mera generella åtgärder som vidtagits mot spridningen. Vi varken kan eller förväntas göra den analysen redan i detta tidiga skede av kommissionens arbete, men återkommer till den i senare betänkanden.

Vi begränsar oss därför nu till att belysa vissa förhållanden av särskild relevans för just vård och omsorg om äldre. Det bör understrykas att vårt uppdrag inte är att utvärdera den svenska äldreomsorgen överlag. Vi fokuserar i stället på vissa aspekter av betydelse för bekämpningen av pandemin och dess konsekvenser. Det gäller till exempel frågor om hur denna vård och omsorg är organiserad, hur arbetsmiljö och anställningsförhållanden med mera ser ut liksom hur tillgång till medicinsk utrustning och behandling är anordnad.

Vi försöker även belysa andra förhållanden som har varit och är av betydelse för äldreomsorgen under pandemin, som möjligheterna till provtagning och diagnos av såväl äldre som vård- och omsorgspersonal liksom tillgången till personlig skyddsutrustning.

Vi vill betona att vi ännu inte haft möjlighet att bedöma betydelsen av olika faktorer inbördes. Detta betänkande blir därmed mer av en inventering av möjliga orsaker än en bedömning av deras relativa styrka. Vi får anledning att återkomma till dessa frågor i kommande betänkan.

En del av de frågor vi tar upp har förstås betydelse även utanför äldreomsorgen. Mera övergripande aspekter, som till exempel om gjorda prioriteringar var rimliga eller om lagerhållning och upphandling hade kunnat hanterats annorlunda, måste prövas längre fram i vårt arbete. Detsamma gäller uppgiften att analysera vidtagna åtgärder med hänsyn till sådana faktorer som till exempel socio-ekonomiska förhållanden.

En ytterligare central fråga som återstår att pröva är om den svenska statsapparaten visat sig vara organiserad så att den kan fungera väl under en sådan samhällskris som pandemin är ett exempel på. Svaret är av vikt såväl för att förbereda inför kommande kriser som för att bedöma frågor om ansvar för brister inom äldreomsorgen under den nu aktuella krisen.

Även om en mera fullständig och slutlig analys således återstår, anser vi att det begränsade underlag vi nu har ger tillräckligt stöd för de bedömningar som framgår i betänkandets avslutande kapitel.

1.2 Uppdraget

Regeringen fattade den 30 juni 2020 beslut om direktiv för kommissionens arbete. I yttersta korthet är uppdraget att utvärdera åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar covid-19. Uppdraget omfattar regeringens, berörda förvaltningsmyndigheters, regionernas och kommunernas åtgärder.

Uppdraget ska slutredovisas den 28 februari 2022.

Detta delbetänkande

Denna delredovisning ska enligt direktiven belysa smittspridningen inom vård och omsorg om äldre personer. I direktiven anges att trots de insatser som vidtagits för att skydda äldre och sköra personer har en stor andel av de avlidna i covid-19 varit personer som varit beviljade insatser inom äldreomsorgen och den kommunala hälso- och

sjukvården. Detta, sägs det vidare, ”väcker en rad frågor och det kan inte uteslutas att utvecklingen har strukturella orsaker.” Kommissionen ska därför enligt följande nio punkter

- 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.

1.3 Kommissionens arbete

Kommissionen har under hösten haft sju sammanträden. Kommissionens sekretariat kan sägas ha varit fullt operativt från mitten av september månad, men har även därefter fått viss förstärkning.

Kommissionen har vid sina sammanträden tagit emot information från och ställt frågor till bland andra ledande företrädare för Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Inspektionen för vård

och omsorg (IVO), forskare och personer med erfarenhet av äldreomsorgens arbete under pandemin.

Kommissionen har tagit del av föreskrifter, råd och kunskapsstöd från regeringen, förvaltningsmyndigheterna och regionerna samt rapporter och kartläggningar som gjorts i olika regioner och kommuner. Vi har även fått ta del av resultat från granskningar som IVO gjort. Kommissionen och dess sekretariat har också tagit del av annat relevant material rörande äldrevården som till exempel myndighetsrapporter, forskningsrapporter, artiklar i fackpress samt artiklar och inslag i medierna.

Vi har också begärt och fått rapporter från Sveriges ambassader i våra nordiska grannländer och några andra europeiska länder om äldrevårdens organisation och de åtgärder som vidtagits för att hindra smittspridningen där. Vi har även fått hjälp med information om dessa åtgärder av motsvarande kommissioner i Danmark och Norge samt ett granskningsorgan i Finland. Professor emeritus Marta Szebehely har på kommissionens uppdrag författat en underlagsrapport om äldreomsorgen under pandemin i Sverige, Norden och några andra länder.

Kommissionen och dess sekretariat har inhämtat upplysningar från och samtalat med företrädare för vissa regioner och kommuner, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), vårdgivare, fackliga organisationer, yrkesföreningar och forskare. SKR har bland annat bistått med anteckningar från veckovisa möten med socialchefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). En förteckning över personer som kommissionen och dess sekretariat samtalat med finns sist i betänkandet. Vi har också intervjuat ett antal anställda inom äldreomsorgen om deras erfarenheter av arbetet under pandemin. Därutöver har ett tämligen stort antal enskilda personer, ideella föreningar och liknande vänt sig till kommissionen med berättelser, synpunkter eller framtagna rapporter.

Som redan framgått bygger detta delbetänkande väsentligen på material som tagits fram av andra och på samtal med olika aktörer. Vi har hittills av tidsskäl inte kunnat genomföra några egna studier av olika sakförhållanden.

Kommissionens arbete fortsätter alltså, även när det gäller frågor med anknytning till smittskyddsarbetet i äldreomsorgen. Vi avser att beställa ett antal rapporter och att initiera ett antal forskningsprojekt för att bland annat öka kunskapen om smittspridningen i samhället.

Vi har för några mera övergripande områden knutit till oss grupper av experter som bland annat kan ge råd om vilka aspekter som är särskilt betydelsefulla att studera. De kan även bidra med kunskap om angelägna forskningsprojekt och om erkänt sakkunniga personer som kan ges i uppdrag att författa rapporter som underlag för kommissionens bedömningar. Den rapport som professor emeritus Marta Szebehely författat är den första i raden av sådana rapporter.

Vi har hittills vidtalat expertgrupper för tre områden. En grupp kommer att ägna sig åt smittskyddsfrågor, en andra åt pandemins ekonomiska och sociala konsekvenser och en tredje åt olika aspekter av krisberedskap och krishantering (expertgruppernas nuvarande sammansättning redovisas sist i betänkandet.).

1.4 Betänkandets uppläggning

I kapitel 2 beskriver vi pandemins utveckling i det inledande skedet i världen och i vårt land men också mera översiktligt hur den drabbat människor i Sverige och i andra länder.

I överensstämmelse med vad vi inledningsvis angav som en huvudsaklig indelning av möjliga orsaker tecknar vi i kapitel 3–5 en bild av institutionerna i dagens äldreomsorg, hur de vuxit fram och innebörden av det regelverk som styr dem. Vi fokuserar där på de faktorer som vi bedömer har haft en betydelse för äldreomsorgens förutsättningar att möta virusutbrottet. Även beskrivningen i kapitel 6 om mera övergripande rättsliga förutsättningar för smittskyddsarbetet kan sägas höra till den institutionella aspekten.

Kapitel 7 redovisar sedan de nya regler, riktlinjer och uppdrag som under pandemins förlopp beslutades för att motverka smittspridningen i äldreomsorgen och lindra dess effekter.

I kapitel 8–9 beskriver vi så konsekvenserna av institutionella förutsättningar och fattade beslut, alltså vad som faktiskt inträffat inom äldreomsorgen, främst under våren 2020. I kapitel 8 kommer några av de många anställda inom äldreomsorgen som mera direkt haft att tackla utbrottets verkningar till tals. Därefter skildrar vi i kapitel 9 vår egen bild av hur pandemin har påverkat äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården.

I kapitel 10 redovisar vi så kommissionens sammanfattande bedömningar och förslag.

Det bör avslutningsvis nämnas att när vi i främst kapitel 9 skildrar hur äldreomsorgen påverkats under pandemin har vi i huvudsak begränsat oss till vad som hände under våren 2020. När betänkandet överlämnas i december samma år har smittspridningen åter tagit fart och flera rapporter finns om att den har drabbat särskilda boenden för äldre. Vi har inte kunnat pröva vilka slutsatser det bör leda till. De statistiska uppgifter som finns i kapitel 2 har dock uppdaterats intill den 23 november.

2 Pandemins utveckling

Runt årsskiftet fick världen rapporter om det första dödsfallet i den sjukdom som sedermera skulle få namnet covid-19. Den avlidne var en 61-årig kinesisk man i storstaden Wuhan som, i likhet med en grupp andra i staden, insjuknat i lunginflammation efter infektion av ett tidigare okänt virus. Under de kommande veckorna och månaderna spred sig detta virus – som så småningom fick namnet Sars-CoV-2 – snabbt över världen. I början av mars klassificerade Världshälsoorganisationen (WHO) spridningen av viruset som en pandemi.

Detta kapitel börjar med en kortfattad kronologisk beskrivning fram till och med mars 2020 av smittspridningen och informationen kring den, både i världen och i Sverige (avsnitt 2.1).

I det följande tar vi hjälp av tillgänglig statistik för att ange några basfakta om pandemin, med fokus på när, var och mot vilka den hittills slagit till. Ett centralt mål i den svenska strategin är att skydda de äldre och andra riskgrupper. Detta mål till trots är det just dessa grupper som blivit särskilt hårt drabbade av covid-19, ett faktum som gäller inte bara Sverige utan nästan alla länder (avsnitt 2.2).

Möjliga förklaringar till denna utveckling är också huvudtemat för detta betänkande. Vi avslutar med en allmän diskussion av olika typer av sådana förklaringar i ljuset av de fakta vi presenterat i kapitlet (avsnitt 2.3).

2.1 Händelseförloppet under våren 2020

Tidig januari – begynnande information från Kina

På själva nyårsafton 2019 fick WHO upplysningar av kinesiska myndigheter om upptäckten av ett okänt virus. Utbrottet hade ägt rum i Wuhan, huvudstaden för Hubei-provinsen belägen vid Yangtze-

floden i centrala Kina. Enligt myndigheterna i denna elvamiljonersstad hade virusinfektionen redan orsakat 41 fall av lunginflammation, varav de första dykt upp redan i början av december. Den först avlidne och andra smittade hade handlat mat på en marknad med levande djur (wet market), som myndigheterna snabbt stängt ned. Ungefär en vecka efter den första rapporten meddelade WHO att kinesiska myndigheter nu hade identifierat viruset som en tidigare okänd medlem av familjen Coronavirus.¹

EU:s smittskyddsenshet, (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC), publicerade en första bedömning av hotet mot EU den 9 januari 2020. ECDC bedömde risken för spridning till Europa som låg, då man ännu inte kunde hänföra något känt sjukdomsfall till smitta mellan människor. Men myndigheten uteslöt inte en spridning av virusinfektionen.² Den 14 januari meddelade även WHO (via Twitter) att preliminära analyser av kinesiska myndigheter inte visade några klara tecken på smitta från människa till människa.³

Två dagar senare uttalade sig Folkhälsomyndigheten för första gången om virusutbrottet. Myndigheten såg risken för spridning till Sverige som mycket låg, och påpekade att det inte var klarlagt att viruset smittade mellan människor. Om personer som besökt Wuhan kontaktade sjukvården med luftvägssymtom, feber och hosta så kunde Folkhälsomyndigheten hjälpa till med att diagnostisera det aktuella viruset.⁴

Sen januari – rapporter om ökande smitta och fara för äldre

Den 21 januari rapporterade WHO att 282 personer nu bekräftats smittade med Sars-CoV-2. Alla konstaterat smittade utom fyra bodde i Kina (varav sex avlidit). De fyra icke-kinesiska fallen var två i Thailand, ett i Japan och ett i Sydkorea.⁵ Den 21 januari fick också USA sitt första bekräftade fall och tre dagar senare gick Frankrike

¹ WHO, *Situation Report 1*, den 21 januari 2020.

² ECDC, *Threat Assessment Brief: Pneumonia cases possibly associated with a novel coronavirus in Wuban, China*, den 9 januari 2020.

³ WHO, Twitter, den 14 januari 2020.

⁴ Folkhälsomyndigheten, *Nytt Coronavirus upptäckt i Kina*, Pressmeddelande, den 16 januari 2020.

⁵ WHO, *Situation Report 1*, den 21 januari 2020.

ut med information om att två personer testat positivt för det nya viruset.⁶

I slutet av januari menade ECDC att om något EU/EES-land fick oupptäckta fall av covid-19 så skulle det göra en europeisk smittspridning mycket sannolik.⁷ Den 26 januari uppgav China National Health Commission⁸ att det nya coronaviruset är smittsamt även under inkubationstiden.⁹ Samma dag avrådde Utrikesdepartementet från resor till de områden i Kina som drabbats av viruset.¹⁰

Den 30 januari betonade China National Health Commission i ett pressmeddelande att äldre personer med kroniska sjukdomar var de mest sårbara för det nya viruset.¹¹ Denna dag klassificerade också WHO utbrottet som ett internationellt hälsönödläge och uppmanade alla länder att omgående försöka förhindra ökad smittspridning. Det gällde främst att testa och smittspåra, att införa social distansering och att isolera smittade.¹²

Den 31 januari rapporterade WHO att man dittills registrerat sammanlagt 10 000 bekräftade sjukdomsfall i 19 länder och 213 avlidna med viruset.¹³

Tidig februari – viruset når Sverige

Sverige fick sitt första bekräftade fall den 31 januari. En kvinna i 20-årsåldern, som insjuknat efter besök i Wuhan, blev snabbt isole-

⁶ *First US case of Wuhan coronavirus confirmed by CDC*, webbartikel, CNN, den 21 januari 2020 samt *Coronaviruset har nått Europa-bekräftade fall i Frankrike*, webbartikel, den 24 januari 2020, SVT.

⁷ ECDC, Risk Assessment, den 26 januari 2020.

⁸ National Health Commission (NHC) har ministeriestatus och är Kinas högsta myndighet för hälsorelaterade frågor. Under NHC finns en rad expertmyndigheter som rapporterar till NHC. En sådan myndighet är Chinese Center for Disease Control and Prevention (China CDC). Förhållandet mellan NHC och China CDC kan liknas vid förhållandet mellan Socialdepartementet och Folkhälsomyndigheten.

⁹ China National Health Commission, *Q&A on novel coronavirus with national expert*, den 26 januari 2020. Kansliet för krishantering vid Justitiedepartementet noterade detta i sin lägesbild dagen efter; *Lägesbild coronavirus 2019n-CoV*, kl. 18.30, den 27 januari 2020, Kansliet för krishantering, Justitiedepartementet.

¹⁰ UD avråder från icke-nödvändiga resor till Hubeiprovinserna i Kina, Krisinformation.se, den 26 januari 2020.

¹¹ China National Health Commission, *Elderly still most vulnerable to the virus*, den 31 januari 2020.

¹² WHO, WHO News, den 30 januari 2020.

¹³ WHO, *Situation Report 11*, den 31 januari 2020.

rad på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping.¹⁴ Samma dag upprepade Folkhälsomyndigheten sin bedömning från den 16 januari: risken för smittspridning var mycket låg. Myndigheten hemställde ändå hos regeringen att klassificera covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom, i enlighet med smittskyddslagen, för att göra fler instrument tillgängliga i en allvarlig situation. Den meddelade vidare att Sverige hade en god beredskap och ett starkt smittskydd för att hantera denna typ av virus.¹⁵ När regeringen nästa dag biföll myndighetens begäran innebar det att smittskyddsläkare fick rätt att besluta om åtgärder som karantän och isolering av smittsamma eller sjuka personer, vid risk för spridning av viruset.

Den 13 februari hade enligt ECDC 13 länder förutom Kina – nämligen Frankrike, Förenade Arabemiraten, Japan, Kanada, Malaysia, Sydkorea, Singapore, Storbritannien, Taiwan, Thailand, Tyskland, USA och Vietnam – rapporterat om lokal smittspridning (i så kallade kluster). Den europeiska smittskyddsmyndigheten menade att det nu fanns evidens för att coronaviruset kunde ge långvarig smittspridning. Men då det främst rörde sig om lokala utbrott såg ECDC fortfarande risken som låg att EU/EES-medborgare skulle bli drabbade av viruset.¹⁶

Fyra dagar senare publicerade Chinese Center for Disease Control and Prevention (Kinas folkhälsomyndighet) ett dokument med frågor och svar om covid-19.¹⁷ Här framhöll den kinesiska myndigheten särskilt att äldre och personer med underliggande sjukdomar löpte större risk att bli svårt sjuka om de blev infekterade av viruset.¹⁸

Månadsskiftet februari/mars – smittan exploderar i sportlovstid

Några dagar senare, den 23 februari, såg ECDC risken att EU/EES-medborgare skulle drabbas av covid-19 som låg till måttlig, men påpekade att denna bedömning snabbt kunde komma att ändras. Myn-

¹⁴ Folkhälsomyndigheten, *Bekräftat fall av nytt coronavirus i Sverige*, Pressmeddelande, den 31 januari 2020.

¹⁵ Folkhälsomyndigheten, *Sverige har en stark smittskyddsorganisation*, Pressmeddelande, den 31 januari 2020.

¹⁶ ECDC, Risk Assessment, den 14 februari 2020.

¹⁷ Den 11 februari meddelade WHO att sjukdomen som det nya viruset leder till får namnet covid-19.

¹⁸ Chinese Center for Disease Control and Prevention, *General Questions*, den 17 februari 2020.

digheten framhöll även att en allmän smittspridning främst skulle drabba äldre och personer med underliggande sjukdomar.¹⁹

Detta var i slutet på vecka 8, då många familjer återkom till Sverige från sportlovsfirande utomlands och andra just skulle ge sig iväg. Folkhälsomyndigheten rapporterade den 24 februari att viruset drabbat en rad länder utanför Kina. Men få av dessa hade rapporterat en utbredd samhällsspridning, sådan förekom endast i vissa regioner i Sydkorea, Italien och Iran. Myndigheten hade tagit fram skriftliga råd, tillgängliga på Arlanda, om hur resenärer till de drabbade regionerna skulle agera om de utvecklade symtom. Den såg dock en allmän screening av återvändande resenärer på flygplatser som alltför resurskrävande och ineffektiv, då de flesta blir sjuka först 3–5 dygn efter kontakt med en smittad person.²⁰

Den 25 februari kom en ny bedömning, med hänsyn till de nya uppgifterna från WHO och ECDC. Folkhälsomyndigheten såg nu risken att svenskar utomlands blev smittade som hög. Samtidigt bedömde den risken för allmän smittspridning i Sverige som låg.²¹ Men två dagar senare informerade Folkhälsomyndigheten om 11 bekräftade fall av smitta i Sverige. Samma dag graderade WHO upp risken för en allmän global smittspridning till mycket hög.²²

Några dagar senare, den 2 mars, kom ännu en ny bedömning från Folkhälsomyndigheten. Risken för nya fall i Sverige ansågs nu vara mycket hög och risken för allmän smittspridning måttlig.²³

Tidig mars – smittan når särskilda boenden för äldre

En dryg vecka senare, den 11 mars, förklarade WHO att covid-19 var en pandemi.²⁴ Samma dag fick Sverige sitt första bekräftade dödsfall. Region Stockholm meddelade att en äldre person avlidit, efter

¹⁹ ECDC, Threat Assessment, den 23 februari 2020.

²⁰ Folkhälsomyndigheten, *Information till resenärer om det nya coronaviruset*, Pressmeddelande, den 24 februari 2020.

²¹ Folkhälsomyndigheten använder en femgradig skala för smittspridning med risknivåerna mycket låg, låg, måttlig, hög och mycket hög, Folkhälsomyndigheten, *Förändrad riskbedömning för fall av covid-19 i Sverige*, Pressmeddelande, den 25 februari 2020.

²² Folkhälsomyndigheten, *Ytterligare fall av covid-19 i flera regioner*, Pressmeddelande, den 27 februari 2020 samt WHO, *Situation Report 39*, den 28 februari 2020.

²³ Folkhälsomyndigheten, *Uppdaterad riskbedömning för covid-19 i Sverige*, Pressmeddelande, den 2 mars 2020.

²⁴ *Coronavirus confirmed as pandemic by World Health Organization*, BBC News, den 11 mars 2020.

att ha blivit smittad och sedan inlagd på intensivvårdsavdelningen vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.²⁵

Folkhälsomyndigheten hävdade nu att WHO:s deklARATION av covid-19 som en pandemi inte påverkade hur Sverige hanterade sjukdomen. Ansvariga hade redan vidtagit flera viktiga åtgärder för att förhindra samhällspridning och för att skydda grupper i riskzonen, det vill säga de äldre och de med underliggande sjukdomar.²⁶

Första och andra veckan i mars hade dock Region Stockholm redan observerat enstaka fall av covid-19 på vissa av regionens särskilda boenden för äldre.²⁷ Den 10 mars hade Folkhälsomyndigheten också rapporterat att myndigheten såg tecken på samhällspridning i Region Stockholm och Västra Götalandsregionen, men inte i övriga landet. Myndigheten framhöll att det nu var särskilt viktigt att personal inom äldreomsorg och äldrevård inte skulle gå till jobbet med symtom på luftvägsinfektion. Anhöriga borde också undvika onödiga besök på sjukhus och särskilda boenden, definitivt i de fall de hade egna förkylningssymtom.²⁸

Några dagar senare meddelade myndigheten att det behövdes nya insatser mot smittspridning i drabbade regioner då risken för samhällssmitta nu bedömdes som mycket hög. Istället för att provta resenärer från utländska riskområden gav Folkhälsomyndigheten rådet att provta personer med behov av sjukhusvård, vilka akut insjuknat i feber eller luftvägssymtom utan annan känd orsak. Dessutom borde man provta personal med dessa sjukdomstecken i sjukvård och äldreomsorg, för att hindra smittspridning där.²⁹

Tre dagar efter beskedet från Region Stockholm, den 14 mars, bekräftade även Västra Götalands smittskyddsmyndighet att covid-19 fanns på regionens särskilda boenden för äldre. Detta skedde i samband med det andra bekräftade dödsfallet i Sverige.³⁰

²⁵ Första dödsfallet kopplat till Covid-19, Läkartidningen, den 11 mars 2020.

²⁶ Folkhälsomyndigheten, *Spridningen av covid-19 är en pandemi*, Pressmeddelande, den 11 mars 2020.

²⁷ Kartläggning av covid-19 på SÄBO i Stockholms län, Smittskydd-Region Stockholm, den 4 maj 2020.

²⁸ Folkhälsomyndigheten, *Flera tecken på samhällspridning av covid-19 i Sverige*, Pressmeddelande, den 10 mars 2020.

²⁹ Folkhälsomyndigheten, *Ny fas kräver nya insatser mot covid-19*, Pressmeddelande, den 13 mars 2020.

³⁰ 85-åring avliden – andra svenska coronadödsfallet, Svenska Dagbladet, den 14 mars 2020.

2.2 När, var och vilka drabbade pandemin?

Det här avsnittet beskriver utvalda basfakta om pandemins utbredning och dess konsekvenser för folkhälsan. Framställningen fokuserar av naturliga skäl på Sverige, men ger också en översiktlig bild av pandemin globalt. Samtliga svenska uppgifter är hämtade från Socialstyrelsen och Statistiska centralbyrån (SCB). De utländska uppgifterna är huvudsakligen inhämtade från WHO. Alla uppgifter är uppdaterade till och med den 23 november 2020 om inte annat anges.

Smittspridning och avlidna över tid

Figur 2.1 visar konsekvenserna av smittspridningen i Sverige med hjälp av tre olika mått som är jämförbara över tid. Det är det dagliga antalet personer som blivit inlagda på sjukhus, på intensivvårdsavdelning och avlidit med covid-19.³¹ Avlidna med covid-19 är definierade som personer som avlidit med covid-19 som underliggande dödsorsak i dödsorsaksintyget.³² I det här avsnittet tar vi inte upp uppgifter om antalet som testat positivt för viruset, då variationen över tid i hög grad reflekterar förändringar i kapaciteten för provtagning under våren, snarare än faktiska förändringar i smittspridningen.

Figuren visar hur antalet inlagda ökar i mitten på mars, vilket tyder på en snabb underliggande smittspridning. Med en eftersläpning på ett par veckor växer belastningen på sjukvården ytterligare, vilket syns tydligt i antalet inlagda för intensivvård. Den samtidigt – och än större – ökningen av antalet döda per dag speglar hur sjukdomen tog sig in bland de äldre, framför allt på särskilda boenden där de som insjuknade i covid-19 i flertalet fall inte blev inlagda på sjukhus.³³

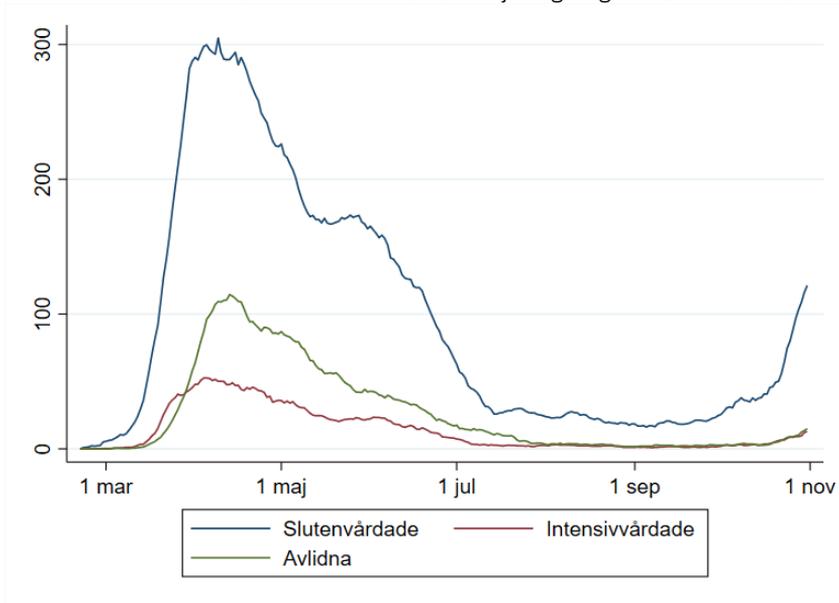
³¹ Uppgifter om inläggningar kommer från patientregistret och frivillig rapportering av regionerna till Socialstyrelsen. Dessa uppgifter kan ha viss eftersläpning, särskilt för den senaste månaden och i synnerhet för pågående vårdtillfällen där patienten ännu inte är utskriven.

³² Dödsorsaksintyg ska skickas till Socialstyrelsen senast tre veckor efter dödsfallet.

³³ Uppgifter för november redovisas inte i figur 2.1 då det finns viss eftersläpning i rapporteringen.

Figur 2.1 Antal avlidna samt inlagda i slutenvård och intensivvård med covid-19

Datum för första inläggning och dödsdatum. Antal i slutenvård inkluderar även intensivvårdade. Sju dagars glidande medelvärden



Källa: Socialstyrelsen, *Statistik om covid-19* (uppdaterad den 23 november 2020) och egna bearbetningar.

Alla de tre tidsserierna i figuren toppar i början av april. Flest nya inskrivningar per dag (omkring 300) ser vi under månadens två första veckor, liksom antalet nya intensivvårdade per dag (omkring 50). Flest avlidna per dag (omkring 100) ser vi under den andra veckan i april. Därefter går smittspridningen och antalet sjuka ner, om än tämligen sakta. Nedgången pågår ända fram till sent i september, då smittspridningen tar fart igen.

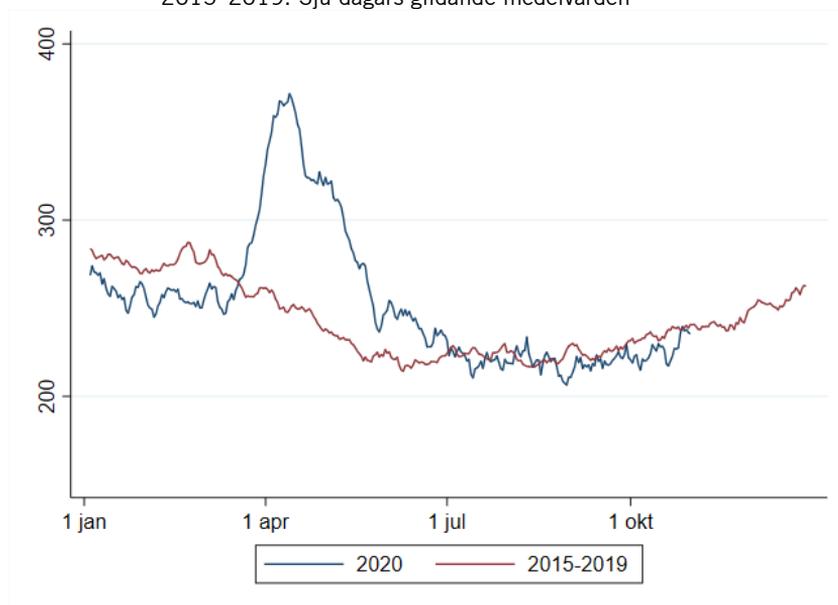
Ett annat mått på smittspridningen och dess konsekvenser är den så kallade överdödligheten, det vill säga det totala antalet döda under en viss tid i förhållande till samma tid under tidigare år. Detta mått kan också fånga upp indirekta effekter av en pandemi (till exempel effekterna av utebliven vård av annan typ). Det går också lättare att jämföra mellan länder som har olika strategier för provtagning, olika sjukvårdskapacitet, samt olika rutiner för att rapportera döds-

orsaker. Figur 2.2 visar dagliga dödstal i Sverige under 2020 jämfört med genomsnittet under de senaste fem åren.

De första månaderna av året ligger dödligheten i Sverige lite under genomsnittet för tidigare år. Under andra halvan av mars stiger dock antalet döda snabbt till högre nivåer. Dödligheten 2020 är som högst de två första veckorna i april med över 350 avlidna per dag jämfört med ett genomsnitt på 250 under 2015–2019.

Figur 2.2 Överdödlighet

Antalet döda per dag för år 2020 och i genomsnitt för åren 2015–2019. Sju dagars glidande medelvärden



Källor: SCB, *Preliminär statistik över döda* (uppdaterad den 23 november 2020) och egna bearbetningar.

Överdödligheten med 100 personer (omkring 40 procent) under dessa veckor stämmer väl överens med uppgifterna om antalet döda med covid-19 enligt figur 2.1. Under april–juni dör nära 60 procent fler än genomsnittligt i Region Stockholm (vi återkommer strax till de avsevärda regionala skillnaderna).

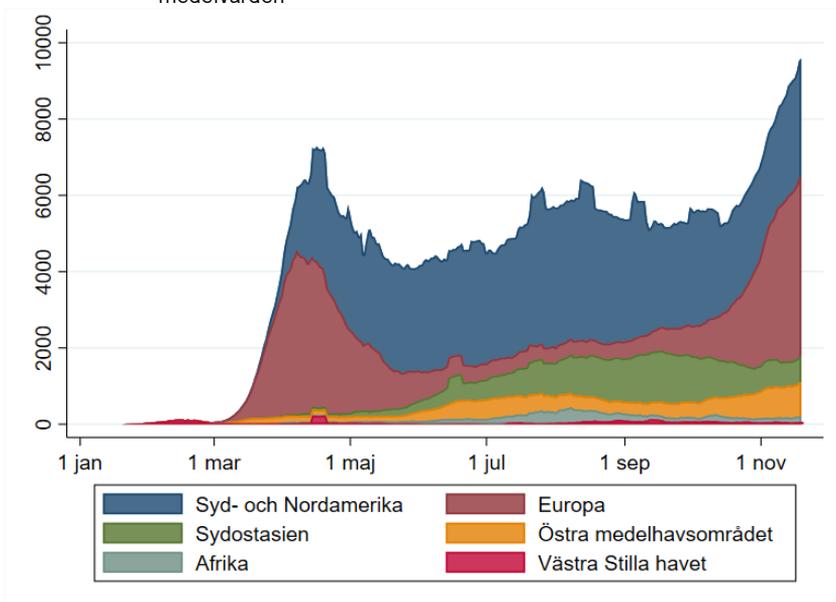
Liksom antalet döda per dag med covid-19 sjunker överdödligheten sedan långsamt tillbaka under våren. I hela landet är antalet

dödsfall ett par procent lägre under juli–september än under motsvarande period 2015–2019.

Figur 2.3 visar utvecklingen av den globala pandemin med hjälp av siffror på det rapporterade totala antalet dagligen avlidna i världen. De olikfärgade delarna av figuren indikerar den separata utvecklingen i fem globala regioner. Den globala smittspridningen och antalet döda tar fart i mars när pandemin slår mot Europa och når dödstal runt 4 000 människor per dag under mitten på april. Dock ser vi inte någon nedgång under sommaren globalt sett, eftersom fler avlidna i Nord- och Sydamerika samt i Sydostasien uppväger de färre avlidna när den första europeiska vågen tillfälligt – som det skulle visa sig – ebbar ut.

Figur 2.3 Antalet globalt avlidna med covid-19

Antalet rapporterade döda per dag för år 2020. Sju dagars glidande medelvärden



Källor: WHO, *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard* (uppdaterad den 23 november 2020) och egna bearbetningar.

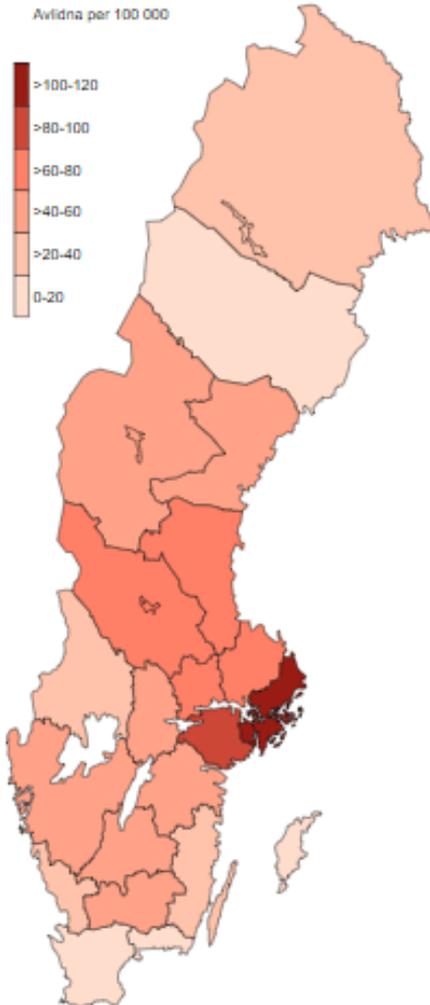
Figur 2.1, 2.2 och 2.3 skildrar dramatiken i pandemin med hjälp av totalsiffror för Sverige och världen som helhet. Den sista figuren antyder dock att de aggregerade talen maskerar en betydande

variation mellan olika länder. På samma sätt döljer de svenska talen en betydande variation mellan svenska regioner.

Smittspridning och avlidna i olika regioner och länder

Den första stora importen till Sverige av Sars-CoV-2 ägde rum vid månadsskiftet februari/mars och var – precis som de underliggande reseströmmarna – ojämnt fördelad över landet. Den snedfördelade importen av viruset, tillsammans med den gradvisa, klustervisa smittspridningen har lett till en stor variation i antalet smittade i olika regioner. Hälften av alla avlidna till och med den 31 oktober har varit folkbokförda i Stockholm och Västra Götaland.

Tar vi hänsyn till befolkningens storlek är Stockholm, Södermanland och Dalarna de mest drabbade regionerna, med drygt 100 avlidna per 100 000 invånare i Stockholm, drygt 90 i Södermanland och nästan 80 i Dalarna. Den lägsta dödligheten återfinns på Gotland med knappt 10 avlidna per 100 000 invånare och i Västerbotten med drygt 10. Kartan i figur 2.4 illustrerar tydligt den stora variationen i andelen avlidna mellan olika regioner.

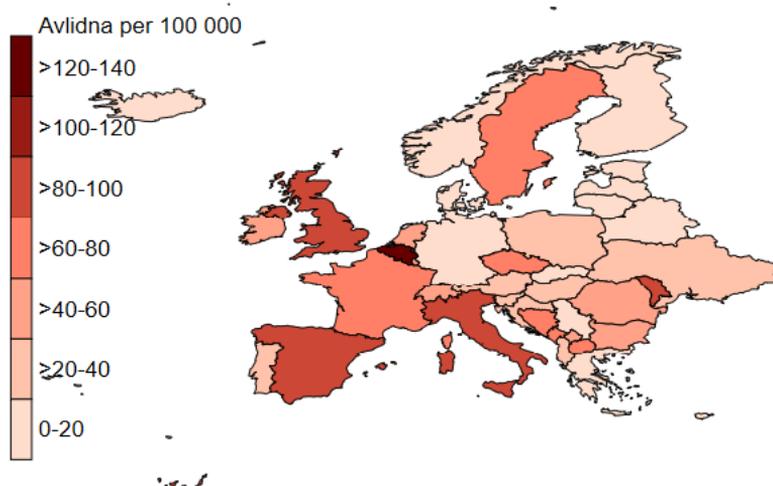
Figur 2.4 Antal avlidna med covid-19 per 100 000 invånare i Sverige

Källor: Socialstyrelsen, *Statistik covid-19 avlidna* (uppdaterad den 23 oktober 2020), SCB (folkmängddecember 2019) och egna bearbetningar.

Antalet döda med covid-19 skiljer sig också avsevärt åt mellan världens länder, inklusive länder i närheten av varandra. Sverige och våra nordiska grannländer är bara ett av många exempel på detta. Figur 2.5 illustrerar variationen inom Europa, som vi återigen mäter med totalt antal avlidna med covid-19. Notera att färgerna på europakartan och de intervall de illustrerar är desamma som på

sverigekartan i figur 2.4. Det innebär till exempel att dödstalen i Stockholm är av ungefär samma storleksordning som (de genomsnittliga) dödstalen i Spanien (om än lägre än i Madrid), medan dödstalen på Gotland är jämförbara med de i våra nordiska grannländer.

Figur 2.5 Antal avlidna med covid-19 per 100 000 invånare i Europa



Källor: WHO, *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard* (uppdaterad den 23 november 2020), World bank (befolkningsstorlek 2019) och egna bearbetningar.

Data på andelen döda hittills under pandemin visar på dramatiska skillnader mellan olika delar av världen. Dessa speglar, i sin tur, var den ursprungliga spridningen av viruset från djur till människor ägde rum och den utdragna spridningen från människor till människor. Dock döljer den geografiska variationen viktiga skillnader mellan olika grupper inom varje geografiskt område.

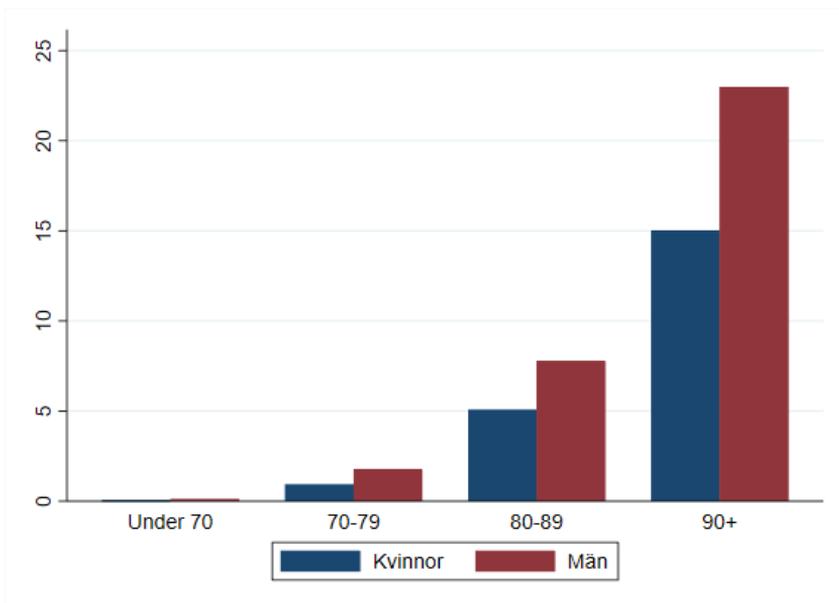
Smittspridning och avlidna i olika befolkningsgrupper

De tidiga kinesiska varningarna om äldre människors stora utsatthet för infektion och covid-19 skulle visa sig korrekta. Figur 2.6 visar den andel av olika åldersgrupper som avlidit med konstaterad covid-19 i Sverige. Den ökande risken för allvarlig sjukdom när vi vandrar uppåt i ålderspyramiden är slående. De relativa dödstalen mer än fördubblas för varje åldersgrupp. En högre dödsrisk för män

än för kvinnor syns också tydligt i varje åldersgrupp. Av de totalt 6 448 registrerade avlidna till och med den 23 november var nästan 90 procent 70 år eller äldre. Samma mönster går igen också för andra indikatorer för allvarlig covid-19-sjukdom. Bilden är också i stort densamma i alla länder med tillförlitlig statistik.

Även om den ökande dödsrisken med högre ålder är påtaglig, så är äldre personer långt ifrån en homogen grupp med avseende på underliggande hälsa och därmed riskfaktorer för covid-19.

Figur 2.6 Antal avlidna med covid-19 per 100 000 invånare per åldersgrupp och kön



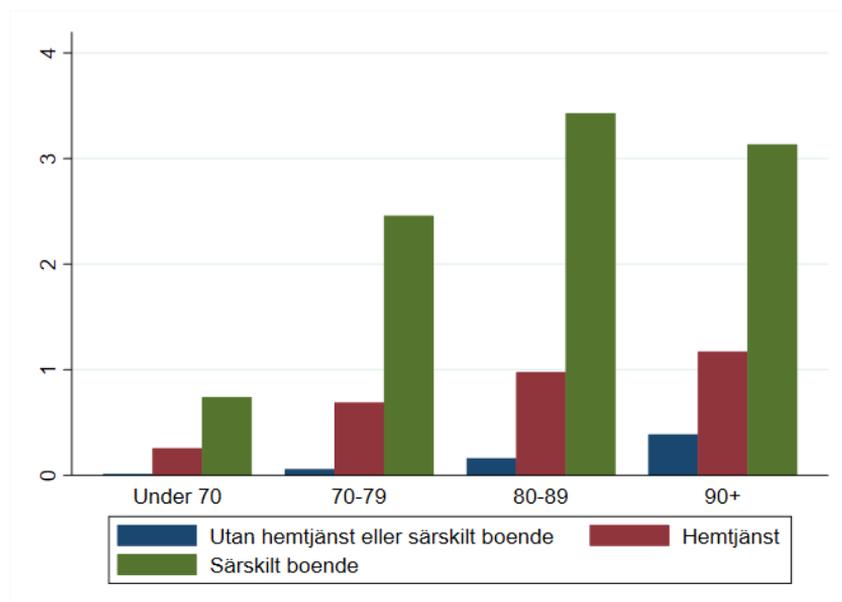
Källor: Socialstyrelsen, *Statistik covid-19 avlidna* (uppdaterad den 23 november 2020), SCB (folkmängd 2019) och egna bearbetningar.

Sämre underliggande hälsa och större allmän skörhet är kopplat till ett större behov av omsorg innan utbrottet av pandemin. Det senare relaterar, i sin tur, nära till boendeformen. Om vi tar fasta på detta kan vi grovt dela in svenska äldre i tre grupper: (i) de som bor hemma utan särskild hjälp, (ii) hemmaboende med mer eller mindre behov av hemtjänst och (iii) de som har sin bostad på ett särskilt boende.

Figur 2.7 visar andelen avlidna med covid-19 för var och en av dessa boendegrupper inom varje åldersgrupp. Andelen avlidna med

covid-19 är högst bland de som bor på ett särskilt boende, i alla ålderskategorier. Näst högst är dödligheten bland dem som har hemtjänst. Bilden stämmer väl överens med gruppernas förmodade skörhet, även om både exponeringen för smitta och tillgången till olika former av medicinsk vård förstås kan variera med boendetyp och omsorgsform.

Figur 2.7 Andelen (procent) avlidna med covid-19 per åldersgrupp och boendegrupp



Källor: Socialstyrelsen (antal avlidna med covid-19 den 23 november 2020) och antal boende på särskilt boende och med hemtjänst som baseras på registreringar i registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning under 2019–2020, SCB (medelvärde av antalet invånare februari-september 2020) och egna bearbetningar.

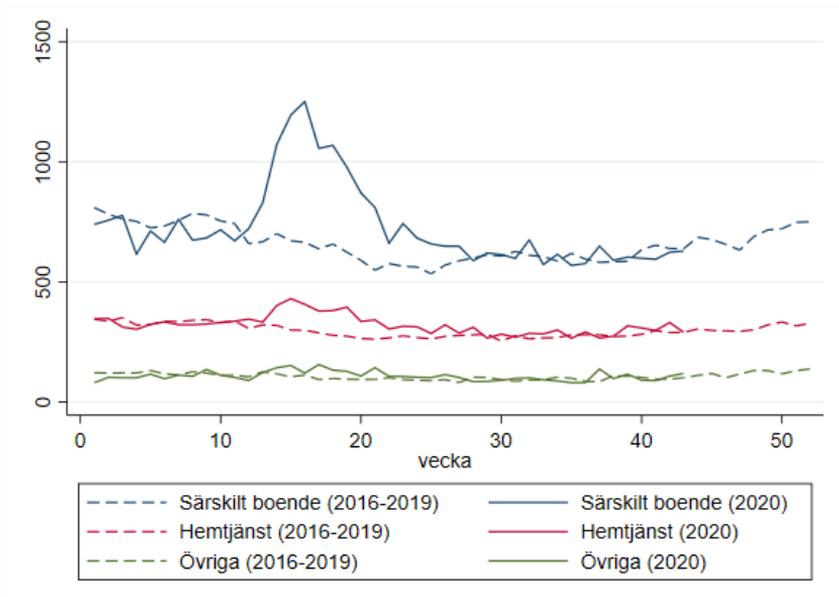
Den höga sjukligheten och dödligheten bland de allra äldsta (som syns i figur 2.6, tillsammans med den höga sjukligheten och dödligheten för dem på särskilda boenden (som syns i figur 2.7), gör att den grupp som drabbats allra värst av covid-19 i Sverige är gruppen av äldre på särskilda boenden.

Koncentrationen av de fatala covid-19-fallen syns också tydligt i Figur 2.8, som visar överdödligheten för äldre i olika boendeformer för alla veckor under 2020 fram till slutet av oktober. Här har grupperna med personer med hemtjänst och personer utan insats viktats

om för att göra dem jämförbara med gruppen i särskilt boende med avseende på kön och ålder.

Figur 2.8 Överdödlighet per vecka och per 100 000 i gruppen 70 år eller äldre med olika insatser

Antal döda per vecka. År 2020 samt genomsnittet år 2016–2020.
Ålders- och könsstandardiserade siffror



Källor: Socialstyrelsen, *Dödlighet bland äldre med särskilt boende eller hemtjänst, 2016–2020*, Dnr. 6.7–34095/2020 (uppdaterad den 23 november 2020).

Det framgår tydligt av Marta Szebehelys underlagsrapport³⁴ till betänkandet att den stora utsattheten för smitta och död bland omsorgstagare på särskilda boenden för äldre inte är unik för Sverige. Även om formerna och organisationen för äldreomsorg – liksom för den medicinska vården av de äldre – skiljer sig åt mellan länder så har de flesta välfärdsstater boenden avsedda för samhällets äldsta och sjukaste invånare. Den relativa utsattheten för allvarlig eller dödlig covid-19 i den sköra grupp som finns på dessa boenden är ett gemensamt drag för de flesta av dessa länder. Den är också huvudämnet i det här betänkandet.

³⁴ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

2.3 Orsaker till äldres utsatthet

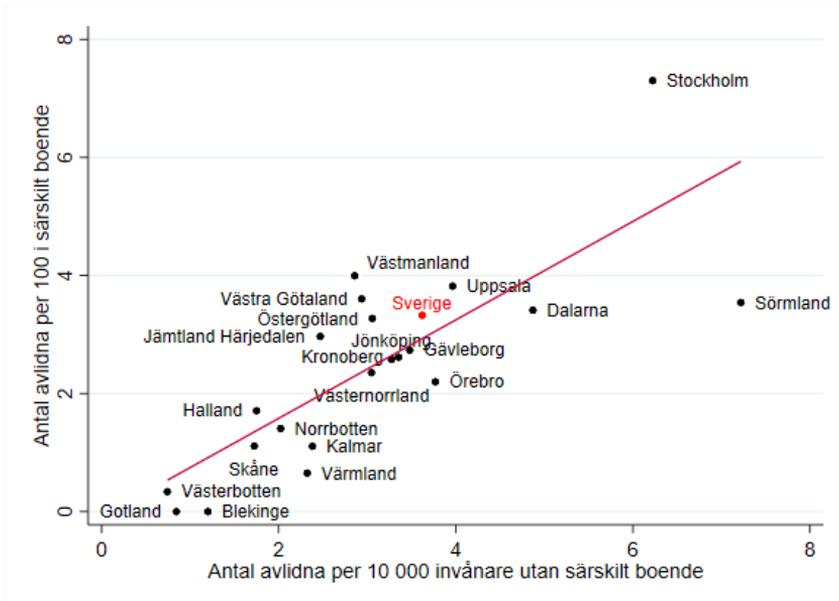
Förra avsnittet presenterade ett antal basfakta kring hur covid-19 hittills drabbat Sverige och andra länder. Det här avsnittet tar fasta på två av dessa. För det första varierar den allmänna smittspridningen och den andel av befolkningen som drabbats hårt av covid-19 kraftigt mellan olika regioner, såväl nationellt som internationellt. För det andra har de äldre och speciellt de som bor på särskilda boenden varit mest utsatta för allvarlig sjukdom och död.

Allmän smittspridning och avlidna på särskilda boenden för äldre

Låt oss nu kombinera dessa observationer med början i Sverige. Figur 2.9 illustrerar förhållandet mellan den allmänna smittspridningen och avlidna med covid-19 på särskilda boenden i Sveriges regioner. Personer i alla åldrar är inkluderade. Mer specifikt visar värdet på figurens vertikala axel andelen avlidna, per 100, bland dem som haft sitt hem på ett särskilt boende i regionen. Värdet på figurens horisontella axel visar totalt antal avlidna, per 10 000, bland alla de som inte lever på ett särskilt boende i regionen. Det är ett grovt mått på allmän smittspridning i regionen. Figuren innehåller också en (rödfärgad) markör för det genomsnittliga utfallet för hela Sverige.

Figur 2.9 Andel avlidna med covid-19 med och utan särskilt boende i Sveriges regioner

Den röda linjen visar det genomsnittliga regionala sambandet



Källor: Socialstyrelsen, *Statistik covid-19 avlidna* (uppdaterad den 23 november 2020) och antal personer över 65 år med beslut om permanent plats på särskilt boende december 2019, SCB (folkmängd 2019) och egna bearbetningar.

Diagrammet visar ett relativt nära samband mellan andelen avlidna som bor på särskilda boenden för äldre och den allmänna smittspridningen, mätt som andelen avlidna som inte bor på särskilt boende, mellan regioner. Eftersom andelen personer i befolkningen som bor på särskilda boenden är strax under 1 på 100 betyder det att en region som haft 100 fler dödsfall utanför särskilda boenden också haft 100 fler dödsfall på särskilda boenden. Sverige som helhet har nästan haft lika många avlidna på särskilda boenden som utanför. Givet hur vi har definierat måtten på axlarna i diagrammet, reflekteras det i diagrammet av att lutningen på den röda linjen som visar det genomsnittliga sambandet är nära ett.

Figur 2.9 visar också att dödstalen i Gävleborg, Östergötland och Uppsala ligger nära det nationella genomsnittet. Några regioner, speciellt Stockholm och Sörmland, sticker dock ut en del med högre, respektive lägre, relativa dödstal på särskilda boenden. Sambandet i

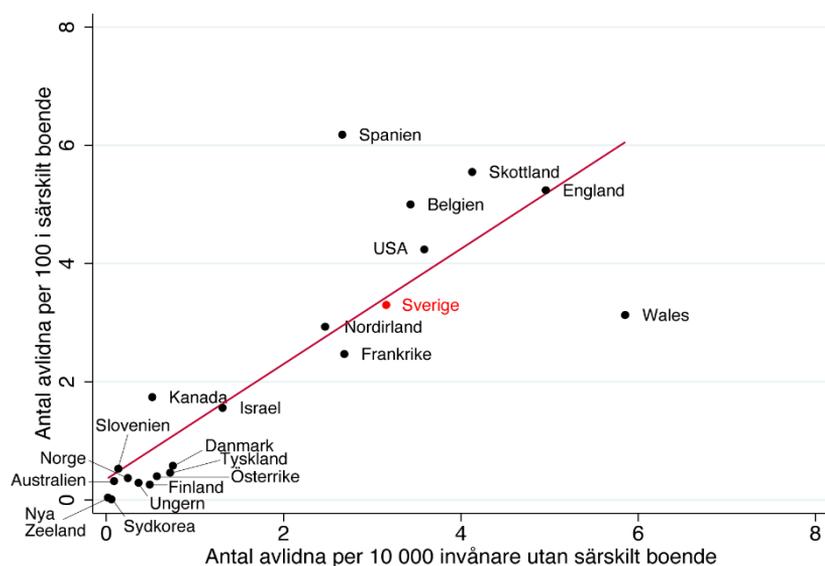
figur 2.9 förefaller dock tydligt, antalet avlidna äldre på särskilda boenden tycks i hög grad bero på den allmänna smittspridningen i regionen.

Likartat samband mellan länder

Ett snarlikt samband visar sig också om vi i stället studerar utfallen i olika länder. Detta syns tydligt i figur 2.10.³⁵ Ett land är bara med i figuren om det har jämförbara boendeformer för äldre, det vi i Sverige kallar särskilda boenden, med tillgänglig statistik för dödstal (därför saknas en del länder, till exempel Italien och Nederländerna, som båda har högre dödstal än Sverige).

Figur 2.10 Andelar avlidna med covid-19 med och utan särskilt boende i olika länder

Den röda linjen visar det genomsnittliga internationella sambandet



Källor: Comas-Herrera et al, *Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence*, LTCCovid (uppdaterad den 14 oktober 2020). Egen bearbetning av tabell 1 och 2.

³⁵ Motsvarande figur finns också med i Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

Figur 2.10 ger ytterligare näring till vår tidigare tolkning av figur 2.9, det finns ett nära samband mellan den allmänna smittspridningen i befolkningen och andelen döda med covid-19 på särskilda boenden. Sambanden är ungefär lika starka vare sig vi jämför svenska regioner eller olika länder. Figuren illustrerar också att Sverige ser ut som ett genomsnittligt land vad gäller kvoten mellan andelen avlidna med och utan särskilt boende (Sverige ligger nära den röda linjen som markerar det genomsnittliga internationella sambandet).

Varför har så många avlidit på särskilda boenden i Sverige?

Låt oss nu använda figur 2.10 för att ställa frågan om olika möjliga orsaker till sjukligheten och dödligheten i covid-19 på svenska särskilda boenden. När vi gör detta ser vi explicit dödligheten utanför särskilda boenden – markerad på figurens horisontella axel – som ett mått på den hittillsvarande allmänna smittspridningen under pandemin. Vi antar också att figuren verkligen speglar ett genomsnittligt orsakssamband från allmän smittspridning till dödlighet på särskilda boenden.

Vi kan då tänka på frågan varför Sveriges äldre drabbades som det gjorde i två led. Det första ledet handlar om indirekta orsaker, nämligen faktorer bakom den allmänna smittspridningen. Det andra ledet handlar om direkta orsaker, nämligen faktorer bakom smittspridningen på just särskilda boenden och dess konsekvenser för omsorgsmottagarna där, givet den allmänna smittspridningen.

Frågor som hänger samman med det första ledet kräver ytterligare studier som vi ska återkomma till i senare betänkanden. Kommissionen bedömer dock redan nu att den allmänna smittspridningen i samhället högst sannolikt är den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen på Sveriges särskilda boenden.

I stället ägnar vi detta första betänkande åt orsaker i det andra ledet, de direkta orsakerna till hälsoutfallen för de äldre, som visar sig i Sveriges position på den vertikala axeln i figur 2.10 givet den allmänna smittspridningen. Som redan nämnts i förra kapitlet kan man dela in de möjliga orsakerna i tre typer, nämligen de som går att hänföra till *slump och ett samhälles grundläggande drag*, till våra *institutioner* och till faktiska *beslut under pandemin*.

Exempel på en slumpmässig faktor som har nämnts av fristående forskare, men också av Folkhälsomyndigheten, är att Sverige hade många sköra äldre innan pandemin.³⁶ Hypotesen går ut på att influensasäsongerna under 2019 och 2020 var ovanligt milda i Sverige, jämfört med andra länder, och att detta bidragit till en hög dödlighet bland sköra äldre, som inte avlidit i influensan men blivit smittade med covid-19.

Exempel på en institutionell faktor är att ett uppdelat ansvar mellan stat, regioner och kommuner kring smittskyddet på särskilda boenden, tillsammans med långtgående decentralisering av kommunernas äldreomsorg, kan ha bidragit till oklarheter om hur exempelvis riktlinjer om lämplig skyddsutrustning skulle förstås, med större smittspridning bland omsorgsmottagarna som följd.

Exempel på faktiska beslut är att regioners och statliga myndigheters tidiga prioritering av sjukvårdens, snarare än äldreomsorgens, personal i rekommendationer och faktiska tilldelningar av skyddsutrustning kan ha lett till fler infektioner och dödsfall på särskilda boenden.

Då det inte går att göra så mycket åt orsaker som speglar slump och ett samhälles grundläggande drag, kommer vi i betänkandet främst att pröva frågor om möjliga institutionella orsaker till smittspridning och svår sjukdom på särskilda boenden, samt om de fattade besluten under pandemin varit tillräckliga för att motverka smittspridning och död bland de äldre.

³⁶ Detta kallas ibland för ”dry tinder hypotesen”; se Klein et al 2020, *16 Possible Factors for Sweden's High Covid Death Rate among the Nordics*, GMU Working Paper in Economics No. 20-27, och Juul et al, *Mortality in Norway and Sweden before and after the Covid-19 outbreak: a cohort study*, medRxiv 2020.11.11.20229708.

3 Från fattigvård till äldreomsorg

För att kunna besvara frågan vilka förutsättningar som äldreomsorgen hade att hantera den utveckling som pandemins framfart innebar behövs en inblick i hur dagens organisation och ansvarsförhållanden inom äldreomsorgen har vuxit fram liksom de värderingar och andra drivkrafter som lett till förändringarna. Detta kapitel beskriver utvecklingen från fattigvård till den äldreomsorg vi har i dag. Det har varit en utveckling där ambitiösa mål för äldreomsorgen har utmanats av kärv kommunal ekonomi och en snabbt växande äldre befolkning.

Utvecklingen från 1900-talets början till dagens äldreomsorg har genomgått olika faser. Ålderdomshemmen ersatte fattigstugan och sågs som den enda formen för kommunernas äldreomsorg. Kring 1950 skedde ett perspektivskifte. Hemvård i stället för vårdhem blev parollen. Kvarboendepincipen blev vägledande för svensk äldreomsorg och hemtjänsten byggdes ut. Med Ädelreformen 1992 fick kommunerna det samlade ansvaret för allt långvarigt boende för äldre personer, och möjligheten att ta över hemsjukvården också i ordinärt boende. Kommunerna blev då även hälso- och sjukvårdshuvudman vid sidan av landstingen (dagens regioner). Vi redovisar också kort om drivkrafter bakom förändringarna och den ökade styrning som präglade de senaste årtiondenas äldreomsorg.

3.1 Från fattigvård till socialtjänst

Fattigstugan

Friska, sjuka, idioter, vansinniga, äkta par och barn är blandade om varandra.

Förvisso en skarp kritik från en inspektion på Lidingö fattighus 1908 av en representant för Svenska fattigvårdsförbundet. Den bild som målas upp vid inspektörens besök på Lidingö, då ännu i huvudsak landsbygd, speglar väl hur det såg ut på de flesta håll i landet. Det fanns 2 500 kommuner i Sverige vid den här tiden. Sverige var ett fattigt land med små möjligheter att tillhandahålla ett bra boende och omhändertagande för de som var fattiga och inte hade en familj som kunde ta hand om dem.

Skulle de hederliga, gamla, fattiga få tala fritt ut bland oss, skulle de nog kunna berätta om, att den fattige får icke blott lefva utan sol, utan också dö utan sol. De skulle kunna tala om för oss, att det för dem mången gång ser ut som om vi ansågo det vara ett brott att vara gammal och att vara fattig.³⁷

Så yttrade prästen Hagbard Isberg, i många decennier sakkunnig i olika statliga utredningar, i en debatt i Malmö 1910.

Ålderdomshemmen

Fattigvårdslagen, som beslutades av riksdagen 1918, innebar en reformering av fattigvården.³⁸ Begreppet ålderdomshem blev allt vanligare och rotegång³⁹ och fattigvårdsauktioner förbjöds.

Att kommunerna skulle anförtros ansvaret för åldringsvården var dock inte givet. Det fanns röster i riksdagen som höjdes för att landstingen eller staten borde ha den rollen eftersom de flesta kommunerna var små och därmed ekonomiskt svaga. Kommunernas fortsatta ansvar motiverades bland annat med att staten skulle ta ökat ansvar för sinnessjukvården och landstingen skulle ta över vissa vårdkostnader. Det kommunala självstyret vägde också tungt. Redan föreskriften att alla kommunerna måste kunna erbjuda ålderdomshem ansågs av många riksdagsledamöter från landsbygden som att gå för långt i statlig reglering. De som reserverade sig mot beslutet anförde också att det inte alltid var lämpligt att avskilja gamla fattiga från samhället i övrigt.

³⁷ Isberg, H (2011) *Huru de fattiga kunna ha det i Malmö*, Malmö 1911 AB Lundgrens söners boktryckeri.

³⁸ Historiken för 1900-talets första hälft grundas i huvudsak på framställningen i Edebalk, P.G. (2020) *Åldreboenden: Från ålderdomshem till särskilda boenden*, Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

³⁹ När det inte fanns ett fattighus fick fattiga som inte var arbetsföra gå mellan gårdarna i en bestämd ordningsföljd, rotegång, för att bli försörjda.

Folkpension gav valfrihet

Folkpension hade införts 1913, men låg inte på en nivå som det gick att leva på. Fattiga äldre hade därmed inte något alternativ till ålderdomshemmet. År 1948 höjdes folkpensionerna så att det skulle vara möjligt att klara sig utan hjälp av slakten eller fattigvården.

Detta innebar att även äldre personer med dålig ekonomi kunde efterfråga en lägenhet i de pensionärshem som hade börjat byggas redan före andra världskriget.⁴⁰

Ålderdomshemmen var framtiden

När riksdagen efter andra världskriget drog upp riktlinjerna för åldringsvården tänkte man sig att ålderdomshemmen skulle byggas ut kraftigt. Utgångspunkten var att ungefär var tionde ålderspensionär skulle behöva plats. Ålderdomshemmets karaktär av passivitet och dålig bostadsstandard skulle förändras. Ålderdomshemmet skulle bli en boendeform där de boende inte skulle ses som understödstagare utan som inackorderingsgäster.⁴¹

Ansvarsområden förtydligas

Genom en ändring i sjukhuslagen fick landstingen 1951 ett mer tydligt ansvar för vården av kroniskt sjuka som då jämfördes med övrig kroppssjukvård. Året innan hade riksdagen beslutat om en statlig utbyggnad av mentalsjukhusen.

Gränsen mellan kommunernas ålderdomshem och landstingens kronikervård blev dock inte så tydlig i praktiken. På ålderdomshemmen kunde personer bo som var lika sjuka som i landstingens kronikervård. Från 1959 blev begreppet för landstingens kronikervård sjukhem, men någon hemlik miljö var det långt ifrån fråga om.

3.2 Från vårdhem till hemvård

Riksdagsbeslutet om ålderdomshemmen från 1947 blev snabbt omdebatterat.

⁴⁰ SOU 1963:47.

⁴¹ Proposition 1979/80:1.

Det räcker inte med att varje åldring får en sängkant att sitta på och stirra mot döden, även om anstalten är aldrig så ny

skrev Ivar Lo Johansson i en debattbok, *Ålderdoms-Sverige*, som kom ut 1952.⁴² Ivar Lo Johansson bidrog aktivt till att få upp en diskussion om hur en human vård och omsorg om äldre personer skulle utformas. ”Hemvård i stället för vårdhem” blev hans sammanfattande paroll.

Den nya synen kom till uttryck i den åldringsvårdsutredning som utredaren Gunnar Sträng överlämnade till regeringen i mitten av 1950-talet:

Åtgärderna inom åldringsvården måste i första hand och i största möjliga utsträckning inriktas på att med alla medel förhjälpa de gamla att utan alltför stora personliga påfrestningar få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem.⁴³

Kvarboendepincipen har därefter varit vägledande för utformningen av svensk äldreomsorg. Enligt 1957 års riktlinjer för vården av åldringar borde efterfrågan tillgodoses inom ramen för ett så långt som möjligt fritt konsumtionsval.⁴⁴ Denna utveckling präglades av en vilja att sätta individen i centrum. Nu skulle den äldre få välja själv. De äldre behövde inte längre flytta till ålderdomshem på grund av fattigdom. En annan faktor som bidrog till att det blev möjligt att välja var en förbättrad bostadsstandard. Ytterligare en faktor var den under 1950-talet nya verksamheten hemtjänst. Hjälp kunde nu ges inte bara på en ”institution” utan också i den äldres hem. Civilsamhället visade vägen. Röda Korset i Uppsala började under våren 1950 att erbjuda hemhjälp till äldre personer, vilket snabbt fick efterföljare runt om i landet. Vanligen var det hemmafruar som blev hemsamariter. De hade låg lön, eftersom de förutsattes vara försörjda av sina män.

Dåvarande socialborgarrådet Hjalmar Mehr sa 1951 i Stockholms stadsfullmäktige att

den källa vi här vill ösa ur är dessa medelålders, och även äldre, hemmafruar som kunna gå ifrån några timmar och som nöja sig med en relativt

⁴² Lo Johansson, Ivar. *Ålderdoms-Sverige, en stridsskrift*. Stockholm 1952; nyutgåva Carlssons 1987.

⁴³ SOU 1956:1.

⁴⁴ Proposition 1979/80:1.

blygsam ersättning – men som äro intresserade av uppgiften och kunna ha nytta av den lilla utkomst som följer.⁴⁵

Flest får insatser kring 1980

För att kunna hantera det ökande antalet äldre skedde en stor utbyggnad av äldreomsorgen under några decennier, från 1960-talet till mitten av 1980-talet. Ålderdomshemsplatserna blev fler samtidigt som boendestandarden i dem förbättrades. År 1957 var antalet platser cirka 40 000 och ökade till cirka 60 000 i slutet av 1960-talet.⁴⁶

År 1954 hade en procent av ålderspensionärerna hemtjänst, tio år senare hade andelen ökat till sex procent. Därefter skedde en snabb utbyggnad av hemtjänsten och i början av 1980-talet hade cirka 17 procent hemtjänst i ordinärt boende eller servicehus. Också långvården byggdes ut, från drygt 9 000 vårdplatser i mitten av 1950-talet till 38 500 platser 1975 och cirka 49 000 platser 1990.⁴⁷

Servicehusen en trend i tiden

Ålderdomshemmen kom efter hand att ifrågasattas. En ny trend var att komma bort från institutionerna. Ensamhet, isolering och passivitet var ord som användes för att beskriva livet på ett ålderdomshem. En annan trend var en ökad betoning av den personliga integriteten.

Ett svar på detta var servicehusen, som i pionjärkommunen Stockholm på 1970-talet kallades bostadshotell. Servicehusen hade en god bostadsstandard, gemensamhetslokaler och ofta en restaurang. Det fanns såväl omsorgs- som hälso- och sjukvårdspersonal i huset. Trygghet skulle förenas med frihet och självständighet.⁴⁸

⁴⁵ Citerat efter R-M. Eliasson och M. Szebehely, *Äldreomsorgens särart och särbehandling*, Socialmedicinsk tidskrift 68 s. 69–77.

⁴⁶ Wånell, S.E. (2006), Boende för äldre, i Thorslund, M. och Wånell, S.E. (red.) *Åldrandet och äldreomsorgen* Lund, Studentlitteratur 2006.

⁴⁷ Prop. 1990/91:14.

⁴⁸ Wånell, S.E. (2006), Boende för äldre, i Thorslund, M. och Wånell, S.E. (red.) *Åldrandet och äldreomsorgen* Lund, Studentlitteratur 2006.

Vård utanför kontorstid

Trots att inriktningen var att underlätta för äldre att bo kvar i sina hem fanns en kritik mot att så många behövde flytta till ett ålderdomshem. I en kartläggning som gjordes av Sjukvårdens och socialtjänstens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) under 1980-talet redovisades att ett skäl att flytta till ålderdomshem eller långvård var att hemtjänst och hemsjukvård främst gavs under ”kontorstid”.⁴⁹ Under 1980-talet byggdes kommunernas hemtjänst och landstingens hemsjukvård därför ut så att insatser kunde ges dygnet runt. Därmed ökade möjligheten för äldre att välja att bo kvar hemma.

Demenssjukvård i nya former

Personer som drabbades av en demenssjukdom var fram till mitten av 1970-talet främst en fråga för de psykiatriska sjukhusen, varefter långvårdssjukhusen övertog det ansvaret. Ännu 1988 hade dock 16 procent av patienterna inom slutna psykiatrisk vård en demensdiagnos.

Under slutet av 1980-talet växte det i flera kommuner fram små, friliggande gruppboende som drevs i samverkan mellan landstinget och kommunen. Friliggande gruppboende var dock dyra, så den modell som blev den vanliga var större hus som rymde ett antal gruppboendeenheter med 8–9 boende i varje enhet.

3.3 Ädelreformen

Flera decenniers diskussioner om hur ansvaret för vården och omsorgen skulle organiseras mynnade ut i den så kallade Ädelreformen 1992. Regeringen tillsatte i maj 1988 Äldredelegationen, som fick smeknamnet Ädel och därmed gav namnet till hela den reform som skulle komma.

Långvården blev primärkommunalt ansvar. Kommunerna fick möjlighet att, om överenskommelse träffades med landstinget, ta över hemsjukvården också i ordinärt boende. Kommunerna fick

⁴⁹ Johansson, L. (1985) *Visst kan fler äldre bo kvar hemma! Erfarenheter från Spris utvecklingsarbete inom Äldreomsorgen*, Stockholm: Spri.

vidare betalningsansvar för patienter som blev kvar på sjukhus trots att de var färdigbehandlade.

Genom Ädelreformen övertog kommunerna ansvaret för långvården som omfattade sjukhem med cirka 31 000 långvårdsplatser och 3 000 platser i gruppboende för personer med demenssjukdom. Cirka 55 000 anställda fick kommunen som ny arbetsgivare.⁵⁰

Det särskilda boendet

Särskilt boende blev det nya begreppet och samlingsbegrepp för de former av boenden som tidigare benämndes servicehus/servicelägenhet, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem/långvård.⁵¹ Även korttidsboende inrymdes i begreppet särskilt boende.⁵²

Kommunerna fick en stor frihet att avgöra hur äldres behov av ett sådant boende och sådan service och vård skulle tillgodoses. De är inte bundna vid att anordna en viss form av boende, utan kan anordna de boendeformer som anses vara mest ändamålsenliga med utgångspunkt i de lokala förhållandena.⁵³ Några vägledande beskrivningar finns dock:

- Bostaden ska vara utformad och utrustad så att den boende kan utveckla sina personliga resurser och leva ett självständigt liv.
- Den boende ska varje tid på dygnet kunna erhålla de tjänster som krävs för att denne ska klara sin tillvaro och känna sig trygg.
- Det ska finnas tillgång till personal som kan bedöma när det behövs social och medicinsk vård och som kan svara för att det ges sådan.⁵⁴

I propositionen som låg till grund för Ädelreformen framhölls att

alla, oberoende av behovet av stöd, hjälp och vård, ska ha rätt till en bostad med god tillgänglighet och god utrymmes- och utrustnings-

⁵⁰ Sveriges Riksdag, Kommittédirektiv 2003:40, *Översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen*.

⁵¹ Prop. 1990/91:14.

⁵² Prop. 1990/91:14 och prop. 2005/06:115.

⁵³ Prop. 1990/91:14.

⁵⁴ Prop. 1979/80:01 och prop. 2005/06:115.

standard i en miljö som ger förutsättningar för ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Samma mål angavs för personer med demenssjukdom.⁵⁵

Den äldre som flyttade till ett särskilt boende fick eget hyreskontrakt. Det betraktades som en symbol för att den äldre inte längre skulle ses som en patient som personalen bestämde över i fråga om vilket rum och vilken säng personen skulle ha, utan som en självständig individ med rådhighet över sitt eget liv. Det särskilda boendet är den äldre personens hem.

”Långliggarna” blev en kostnad för kommunerna

På 1970-talet fanns en infekterad diskussion om ”långliggarna” inom akutsjukvården. Det handlade om personer, ofta äldre personer, som vistades en längre tid på sjukhus, i väntan på att fortsatt vård skulle ordnas. En kartläggning som dåvarande Landstingsförbundet gjorde 1990 visade att 15 procent av de inneliggande patienterna, 4 000 personer, bedömdes som färdigbehandlade på sjukhuset och klara för fortsatt vård i öppenvården. Ett betalningsansvar för kommunerna när färdigbehandlade blev kvar på sjukhuset skulle

stimulera utvecklingen mot moderna boende- och vårdformer samt främja effektiv resursanvändning.⁵⁶

3.4 Kommunernas hälso- och sjukvård

Med Ädelreformen fick kommunerna skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård vid särskilda boendeformer och i kommunala dagverksamheter, och befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende givet att överenskommelse då träffas med landstinget. Inskränkningen var att kommunens ansvar inte i något fall ska omfatta sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare.

I förarbetena uttalas att det är önskvärt att

⁵⁵ Prop. 1990/91:14.

⁵⁶ Prop. 1990/91:14.

social och medicinsk kompetens integreras genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården integreras.⁵⁷

Ett skäl till att kommunerna inte skulle få anställa läkare var att läkarernas insatser tidsmässigt var mer begränsade. I förarbetena betonades dock

att insatserna från läkare görs tillgängliga och dimensioneras så att människor som bor i de särskilda boendeformerna/bostäderna kan få den läkarhjälp som de behöver.⁵⁸

Kritik mot bristande läkarmedverkan

Under de fem första åren pekade Socialstyrelsen på flera brister i sin årliga uppföljning av Ädelreformen. Några av dessa påtalade brister är något som Socialstyrelsen än i dag återkommer till (se exempelvis kapitel 5). Det var till exempel redan vid den tiden en otillräcklig direktkontakt mellan läkare och patient och övrig personal fick otillräckligt läkarstöd.⁵⁹ Socialutskottet påtalade 1996

att läkarens roll, ansvar och funktion blivit alltmer perifer, vilket innebär försämrade medicinsk kvalitet.⁶⁰

I Socialstyrelsens slutrapport år 2000 för Äldreuppdraget redovisas att

den tid som är avsatt av landstinget för läkarmedverkan sällan räcker till för besök hos enskilda, i stället försiggår denna kontakt indirekt via sjuksköterska.⁶¹

Landstingens ansvar för att tillhandahålla de läkarresurser som krävs tydliggjordes 2007 genom en ändring i hälso- och sjukvårdslagen. Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården granskade 2016 de avtal om läkarmedverkan som träffats mellan landstingen och kommunerna. Samordnaren bedömde att de var alltför mekaniska. De tog inte i tillräcklig utsträck-

⁵⁷ Prop. 1990/91:14.

⁵⁸ Prop. 1990/91:14.

⁵⁹ Socialstyrelsen 2003, återgivet i kommittédirektiv 2003:40.

⁶⁰ Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU07.

⁶¹ Socialstyrelsen (2000), *Äldreuppdraget, slutrapport*.

ning sin utgångspunkt i betydelsen av att patient och läkare känner varandra, att det finns kontinuitet, närhet och flexibilitet.⁶²

Kommunernas ansvar för hemsjukvården

Svårigheter att enas om den ekonomiska regleringen och tveksamhet i landstingen bidrog till att det i flera län tog tid innan kommunerna övertagit hemsjukvårdsansvaret. Tio år efter reformen hade hälften av landets kommuner övertagit hemsjukvården. I dag är hemsjukvården kommunal i alla regioner förutom i Region Stockholm.

Den inriktning som gällt från 1990-talet att alltmer av sjukvården ska kunna ske i hemmet i stället för på sjukhus har påverkat också den kommunala hemsjukvården.

Delar av det som tidigare var slutenvård flyttar ut från sjukhusbyggnaden till vårdtagarens eget hem. Man kan sammanfatta det hela med att Vården flyttar hem.

Så beskrev Vårdförbundet i Västra Götaland situationen i en rapport 2014.⁶³

3.5 Drivkrafter bakom förändringarna

Individen i centrum

Under första hälften av 1900-talet var kommunernas åldringsvård en del av fattigvården. Det fanns en paternalistisk syn på hjälptagarna. Under andra hälften av 1900-talet blir fokus i ökande utsträckning på att kunna leva självständigt och med bibehållen integritet och självbestämmande.

I den nu gällande socialtjänstlagens portalparagraf (1 kap. 1 §) anges att alla insatser inom socialtjänsten ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Det sägs också att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

⁶² SOU 2016:2.

⁶³ Åberg, R., Brindbergs, M. (2014), *När vården flyttar hem*, Göteborg 2014, Vårdförbundet avdelning Västra Götaland.

I regeringens proposition om genomförandet av Ädelreformen redovisades att utvecklingen och förnyelsen av den offentliga sektorn syftade till

att stärka den enskilde medborgarens möjligheter att påverka utformningen av samhällets service och vård. Inriktningen är vidare att erbjuda ett mer varierat utbud av tjänster så att den enskilde kan välja mellan dessa.⁶⁴

Värdighetsutredningen betonade i sitt betänkande Värddigt liv i äldreomsorgen (SOU 2008:51) vikten av att äldre människor ska få leva ett värdigt liv med välbefinnande. Utredningen framhöll att äldre personers och deras anhörigas inflytande över vilka hjälpinsatser som behövs, hur de utförs, när och av vilka är av grundläggande betydelse.⁶⁵ Det var också ett av målen i regeringens proposition om värdigt liv i äldreomsorgen (prop. 2009/10:116).

Valfrihet har över tid fått en ändrad betydelse. Från 1950-talet och framåt innebar det dels möjligheten att välja att bo kvar i sitt hem med hemtjänst eller flytta till ett äldreboende, dels att kunna välja mellan olika former av insatser. Under 2000-talet har tonvikten förskjutits mot att – efter biståndsbeslut – kunna välja utförare, och omsorgsmottagaren benämns ibland ”kund”. Denna trend kom till uttryck i lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV.

Ekonomiska och demografiska förutsättningar

Ädelreformen sammanföll med den så kallade nittiotalskrisen som drabbade Sverige mellan 1990 och 1994. Dess konsekvenser påverkade under hela 1990-talet kommunernas möjligheter att leva upp till intentionerna i reformen. Även under 2000-talet har de ekonomiska förutsättningarna varit begränsade, och ytterligare kriser, som finanskriserna i början av 2000-talet (”IT-bubblan”) och 2008–2009 (”Lehman Brothers”), har bidragit till det.

Ytterligare en faktor som har bidragit till kommunernas begränsade ekonomi och trycket på äldreomsorgen är demografiska förändringar i form av ett ökande antal äldre personer. Under 2000-talet har antalet personer som är 65 år eller äldre ökat med över en halv miljon, från drygt 1,5 miljoner till över 2 miljoner. År 1960 var an-

⁶⁴ Prop. 1990/91:14.

⁶⁵ SOU 2008:51.

talet knappt 0,9 miljoner. Andelen personer 65 år och äldre var då tolv procent, år 2020 är andelen 20 procent. Trenden att fler äldre personer behöver omsorg sammanfaller med en sjunkande försörjningskvot, det vill säga en minskande andel personer i yrkesverksam ålder i relation till andel barn/unga och äldre personer.

3.6 Ökad styrning under tre decennier

Beslut om insats – en egen profession

Fram till 1990-talet var bedömningen av individens behov och dess utförande integrerat. Hemvårdsassistenten hade ansvar för ett geografiskt område, ofta samma som landstingets distriktssköterska. Hemvårdsassistenten var både arbetsledare för vårdbiträdena och gjorde bedömningen av hur mycket hjälp en person behövde.

Allt fler kommuner började under 1990-talet dela upp myndighetsutövningen och arbetsledningen i två professioner, biståndshandläggare och enhetschef. Biståndsbesluten har blivit mer detaljerade och tidsatta. Tillsammans med den ekonomiska åtstramningen och datorstödda centralt lagda scheman har hemtjänstpersonalens möjligheter till situationsanpassning minskat.⁶⁶

Målstyrning gav detaljstyrning

Denna utveckling med ökad styrning i äldreomsorgen har bland annat grundat sig på New Public Management (NPM). Bland de bärande elementen i NPM är att mäta prestationer i tydliga, kvantifierbara mått. Resultatansvar ska delegeras till lokala enheter. Man ska sträva efter konkurrens. Målstyrning och decentralisering skulle minska detaljstyrningen, men det har funnits kritiker som hävdar att det blivit tvärtom.⁶⁷

Under 1990-talet blev konkurrens i flera kommuner en strategi för att öka kvaliteten och sänka kostnaderna. Under 2000-talets första decennium blev i stället kundval den vanliga modellen. Tanken var att kvaliteten skulle främjas genom att omsorgsmottagarna kunde välja mellan flera olika aktörer. I större städer, och särskilt i

⁶⁶ R. Strandell, *Lika olika hemtjänst – omsorgspersonalens arbetssituation i stad och land*, i H. Jönsson och M. Szebehely (red) *Äldreomsorger i Sverige*, Lund, Gleerups 2018.

⁶⁷ SOU 2019:43.

stockholmsregionen, har denna inriktning lett till ett stort antal utförare inom hemtjänsten. Detta tillsammans med vårdval inom primärvården har inneburit en fragmentiserad organisation med påtagliga samordningsproblem.

Mot bakgrund av kritiken mot styrmodellerna tillsatte regeringen 2016 den så kallade Tillitsdelegationen. I direktiven uttalades att den verksamhetsstyrning som varit dominerande de senaste decennierna kan ha bidragit till att den offentliga verksamheten har brister när det gäller att styra verksamheten utifrån dess förutsättningar och medborgarnas behov och med tillit till medarbetarnas kompetens och förmåga.⁶⁸

Tillitsdelegationen kom att peka på att den administrativa bördan ökat och att NPM underminerat flexibiliteten, kvaliteten och arbetsglädjen.⁶⁹

3.7 Summering

Synen på äldre personer som behöver stöd har förändrats, från att samhället ansett sig ha rätt att bestämma över den äldre personen till att betona dennes självbestämmande och rätt att utforma sitt eget liv. Det blev möjligt att välja att bo kvar i sitt hem även med stora vård- och omsorgsbehov. Kvarboendeprincipen har varit vägledande för svensk äldreomsorg i över 60 år. Från att äldreomsorg var liktydigt med ålderdomshem är i dag hemtjänsten den dominerande formen av äldreomsorg.

I dag råder en tämligen bred samstämmig uppfattning om att denna utveckling varit positiv, även om varnande röster höjts för att kvarboendeprincipen drivits för långt, att det har blivit för svårt att få plats i ett särskilt boende.

Det ses nog i dag också som självklart att den enskilde ska kunna utforma sitt liv själv även när hen har hemtjänst eller bor i ett särskilt boende.

Målet är att det särskilda boendet ska vara en hemlik miljö, vilket kan beskrivas som en vårdhygienisk utmaning.

Personalen i hemtjänsten var tidigare ofta hemmafruar, eftersom insatserna i stor utsträckning var hemmets skötsel. Länge har synen

⁶⁸ Kommittédirektiv 2016:51, Beslut vid regeringssammanträde den 16 juni 2016.

⁶⁹ SOU 2019:43.

att det inte krävs någon utbildning dröjt sig kvar i äldreomsorgen, delvis finns den nog kvar ännu.

Den utveckling som har inneburit mer standardiserade biståndsbeslut, tidsbedömningar och schemaläggningar har lett till minskade möjligheter för personalen i hemtjänsten att vara flexibel vid till exempel sjukdom. En schemaläggning som utgår från att i princip all tid tillbringas hemma hos omsorgsmottagarna försvårar möjligheten att iaktta basala hygienrutiner mellan besöken. De utmätta tiderna för varje besök försvårar att kunna hantera problem som inte kunnat förutses eller ingår i biståndsbedömningen.

Från en under förra hälften av 1900-talet oklar ansvarsfördelning mellan landsting och primärkommuner gjordes åtskilliga försök under ett antal årtionden från 1950-talet och framåt att driva kompetensprincipen – landstingen svarar för hälso- och sjukvården, kommunerna för omsorgen. Det löste varken gränsdragnings- eller samverkansproblem. Ädelreformen innebar att kommunerna också blev en hälso- och sjukvårdsaktör, och fick ansvaret för allt långvarigt boende för äldre personer. De samordningsproblem som följer av ett dubbelt huvudmannaskap kvarstod dock, ett exempel är att regionerna ansvarar för läkarinsatserna i den kommunala hem-sjukvården och de särskilda boendena. Till detta kommer många olika utförare inom kundval och vårdval i främst större kommuner.

4 Äldreomsorgens rättsliga reglering

Äldreomsorgens beredskap att hantera pandemin påverkas av såväl den rättsliga reglering som styr verksamheten som dess organisation, bemanning m.m. I detta kapitel lämnar vi en översiktlig beskrivning av de bestämmelser som reglerar regionernas och kommunernas ansvar för vården och omsorgen om de äldre. Kapitlet belyser huvudsakligen socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen (avsnitt 4.1 och 4.3). Vi beskriver även mycket kortfattat lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (avsnitt 4.2), patientlagen (avsnitt 4.4), Inspektionen för vård och omsorg (avsnitt 4.5) och vårdvalssystemet (avsnitt 4.6). Avslutningsvis beskriver vi relevanta sekretessbestämmelser inom vård och omsorg och bestämmelser om sammanhållen journalföring (avsnitt 4.7).

4.1 Socialtjänstlagen

Äldreomsorgen är huvudsakligen kommunernas ansvar och regleras främst i socialtjänstlagen (2001:453). Kommunerna har även ansvar för viss hälso- och sjukvård avseende vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Socialtjänstlagen bygger på en värdegrund som framgår redan av 1 kap. 1 §.

Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska bland annat inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser och verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. Värdegrunden

ska genomsyra all verksamhet och innebär i regel att insatserna ska bygga på samtycke från den enskilde.

Socialtjänstlagen är en så kallad ramlag vilket innebär att den endast innehåller grundläggande riktlinjer och mål. Detaljreglering saknas och kommunerna har stor frihet att ordna verksamheten utifrån sina behov och förutsättningar. Detta medför att olika kommuner gör olika bedömningar och äldreomsorgen kan därmed skilja sig mycket åt i olika delar av landet.

Kompletterande bestämmelser till socialtjänstlagen finns i socialtjänstförordningen (2001:937).

Kommunen har det yttersta ansvaret

Varje kommun har som utgångspunkt det yttersta ansvaret för att alla som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 1 § och 2 a kap. 1 §).

En kommun får sluta avtal med en enskild person om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten (2 kap. 5 §). Med ”enskild person” avses både fysiska och juridiska personer, till exempel bolag, föreningar och stiftelser. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas. Som exempel kan nämnas att kommunen inte får överlåta befogenheten att fatta beslut om olika former av bistånd.⁷⁰

När en enskild har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan, om det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Planen ska om möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska få möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt. Av planen ska framgå bland annat vilka insatser som behövs, vem insatserna ska utföras av och om det är kommunen eller regionen som har det övergripande ansvaret (2 kap. 7 §). Sekretessbestämmelser innebär också ofta att samtycke från den enskilde krävs för att uppgifter ska kunna lämnas mellan kommunen och regionen, vilket är en förutsättning för att en plan ska kunna upp-

⁷⁰ Se Clevesköld, Socialtjänstlagen (2001:453), 2 kap. 5 §, Karnov (JUNO), (besökt den 28 september 2020).

rättas. En motsvarande bestämmelse om skyldighet att samverka finns även i hälso- och sjukvårdslagen.

Samverkan vid utskrivning

I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, samverkanslagen, finns särskilda bestämmelser om regioners och kommuners samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning behöver fortsatta insatser. 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 patientens utskrivning och genomförande av en samordnad individuell planering. Lagen innebär bland annat att regioner och kommuner tillsammans ska fastställa gemensamma riktlinjer för samverkan.

Genom samverkanslagen upphävdes lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. 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. Minskade vårdtider handlade även om effektivt resursutnyttjande eftersom slutenvård på sjukhus är den mest kostnadskrävande vårdformen. Mot denna bakgrund ansågs det angeläget att skapa förutsättningar för att patienter som inte längre behöver sjukhusvård men som behöver vidare insatser från socialtjänsten eller hälso- och sjukvården, så snabbt som möjligt kan få fortsatt vård och omsorg i det egna hemmet eller inom olika former av särskilda boenden. Det anfördes att detta ställer krav på ett väl utvecklat och fungerande samarbete mellan kommuner och regioner och att en god samverkan mellan huvudmännen är en förutsättning för att lagen ska ge önskad effekt. Flera remissinstanser hade synpunkter på förslaget till samverkanslagen och bland annat ifrågasatte en kommun om den nya lagen skulle ge önskvärd effekt när det

gällde samverkan mellan kommuner och regioner. En annan kommun ansåg att det behövdes ett tvingande incitament för regionen att samverka med kommunen samt med en tydligare utgångspunkt i den enskildes förutsättningar och behov. Samma kommun ansåg även att den redan då otydliga gränsen mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård riskerade att bli ännu otydligare. Sveriges läkarförbund anförde att förslaget inte var tillräckligt för att säkra samverkan. Regeringen anförde att synpunkterna visade i delar en tydlig brist på förtroende mellan huvudmännen men att den förväntade sig att kommuner och regioner skulle följa gällande lagstiftning som i allt väsentligt handlar om att enskilda ska få det stöd och den vård och omsorg som de behöver.⁷¹

Socialtjänstens insatser

Generella bestämmelser om insatser inom socialtjänsten finns i tredje kapitlet i socialtjänstlagen. Sådana insatser ska vara av god kvalitet och för utförandet ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 §). Socialstyrelsen har i allmänna råd utfärdat rekommendationer om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.⁷²

Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne, och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar (3 kap. 5 §). Vidare bör socialnämnden genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra (3 kap. 6 §).

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt (4 kap. 1 §).

Regeringen får meddela särskilda föreskrifter om socialtjänsten om riket kommer i krig eller krigsfara eller om det råder sådana utomordentliga förhållanden som är föranledda av krig eller av krigsfara som riket har befunnit sig i (16 kap. 9 §). Någon motsvarande bestämmelse för fredstida kriser finns inte, men regeringen eller den

⁷¹ Prop. 2016/17:106, s. 16 f.

⁷² Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa som avser bland annat äldre personer (16 kap. 10 §).

Bestämmelser som avser äldre personer

Närmare bestämmelser som rör äldre människor finns i socialtjänstlagens femte kapitel. Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Socialnämnden ska verka för att äldre får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Vidare ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. För äldre människor som behöver särskilt stöd ska kommunen inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges (5 kap. 4 och 5 §§). Socialstyrelsen har i allmänna råd utfärdat rekommendationer till stöd för tillämpningen av bestämmelsen om att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande.⁷³

Genom uppsökande verksamhet ska socialnämnden upplysa om sin verksamhet på detta område och göra sig väl förtrogen med de äldres levnadsförhållanden. Vid planeringen av sina insatser för äldre ska kommunen samverka med regionen och andra samhällsorgan (5 kap. 6 §).

I socialtjänstlagen finns även bestämmelser om handläggningen av ärenden. I korthet innebär dessa att en biståndshandläggare, efter ansökan från den enskilde, gör en utredning och beslutar om vilket stöd den enskilde har rätt till. Utifrån detta beslut kan den enskilde sedan vända sig till en utförare för att få stödet eller vården.

⁷³ Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2012:3) om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre.

4.2 Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt (1) personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd och (2) personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder som föranletts av yttre våld eller kroppslig sjukdom. Lagen omfattar även (3) personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service (1 §).

Verksamheten ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra (5 §). Verksamheten ska vara av god kvalitet och bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter. Den ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Den enskilde ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. För verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges (6 §).

Insatser som kan beviljas enligt lagen är bland annat rådgivning och annat personligt stöd, personlig assistent, ledsagarservice, kontaktperson, korttidsvistelse utanför det egna hemmet och bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9 §).

Med personlig assistans avses personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionshinder behöver hjälp med så kallade grundläggande behov (9 a §). Efter att den insatsberättigade har fyllt 65 år finns rätt till personlig assistans endast om insatsen har beviljats innan hen har fyllt 65 år, eller om ansökan om sådan insats gjorts senast dagen före 65-årsdagen och därefter blivit beviljad. Insatserna får dock inte utökas efter det att den insatsberättigade fyllt 65 år (9 b §).

Kommunerna ansvarar för samtliga insatser enligt lagen med undantag för rådgivning och annat personligt stöd, som regionen som regel ansvarar för (2 §). Den som fullgör uppgifter i verksamhet ska genast rapportera om hen uppmärksammar eller får kännedom om ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (24 b §).

Ytterligare bestämmelser på området finns bland annat i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

4.3 Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 §).

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna (2 kap. 1 §). Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. 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 (3 kap. 1 §).

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Bland annat ska vården 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 (5 kap. 1 §). Kravet på respekt för patientens integritet, innebär att patienten är skyddad mot ingrepp som hen inte samtycker till. Vägledande för vården är att inga åtgärder får vidtas utan patientens samtycke. Vägledande är också möjligheten till information och kravet på att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.⁷⁴

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

⁷⁴ Se Valhne Westerhäll, Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 5 kap. 1 §, Karnov (JUNO), (besökt den 28 september 2020).

Regionerna bär det huvudsakliga ansvaret

Det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården vilar på regionerna. Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen (8 kap. 1 §).

Kommunerna bär emellertid ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i ett särskilt boende för äldre människor eller i ett särskilt boende för människor med funktionshinder, i såväl kommunala som enskilda verksamheter. Kommunerna ska även i samband med dagverksamhet erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten (12 kap. 1 §). Regionen får vidare till en kommun överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i särskilda boenden, om regionen och kommunen kommer överens om det (14 kap. 1 §).

Kommunens ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Sådan vård ansvarar regionen för och regionen får inte heller överlåta ansvaret till en kommun. Bestämmelserna innebär i princip ett hinder för kommunerna att anställa egna läkare i äldreomsorgen (se 12 kap. 3 § och 14 kap. 1 § HSL samt 2 kap. 2 § kommunallagen [2017:725]).

Närmare bestämmelser om regionens ansvar för läkarresurser finns bland annat i 16 kap. 1 §. Enligt dessa bestämmelser ska regionen till kommunerna avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet. Detsamma gäller för hemsjukvården om ansvaret för den överlåtit till kommunen. Vidare framgår att regionen med kommunerna inom regionen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen.

Som nämnts tidigare ska regioner och kommuner samverka med varandra, och bland annat upprätta en individuell plan, när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården (16 kap. 4 §). Såväl regioner som kommuner ska dessutom som huvudmän samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården (7 kap. 7 § och 11 kap. 3 §). Regionen ska planera sin hälso-

och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Vid planeringen ska även den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare beaktas.

Katastrofmedicinsk beredskap

Regionen ska också planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 2 §). Närmare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap (SOSFS 2013:22).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser (6 kap. 2 § 3). Regeringen får även vid krig eller krigsfara meddela särskilda föreskrifter (6 kap. 1 §). I övrigt finns det i hälso- och sjukvårdslagen inga särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvården i kris och krig.

Det kan även nämnas att Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har i uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. Utredningen lämnade ett delbetänkande i april 2020 (SOU 2020:23) och slutbetänkandet ska lämnas senast den 30 september 2021. Kommissionen avser att löpande ta del av utredningens arbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (11 kap. 4 §). Denna funktion brukar betecknas MAS. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering får en fysioterapeut eller arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Hen kallas då medicinskt ansvarig för rehabilitering, MAR.

MAS och MAR-funktionen kom till när ansvaret för viss hälso- och sjukvård fördes över från regionerna till kommunerna. Lagstifta-

ren ansåg då att vissa arbetsuppgifter måste utföras av en medicinskt sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det finns rimliga möjligheter att utföra dem på ett patientsäkert sätt. Det ansågs därför nödvändigt att skapa garantier för att dessa uppgifter alltid ska ligga på en person med tillräcklig kompetens.⁷⁵

Närmare bestämmelser om MAS:arnas ansvar finns i hälso- och sjukvårdsförordningen. Enligt 4 kap. 6 § ska en medicinskt ansvarig sjuksköterska ansvara för att

1. patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde,
2. patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om,
3. journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355),
4. beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten,
5. det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - a) läkemedelshantering,
 - b) rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och
 - c) att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.

Detsamma gäller när en MAR bär ansvaret.

Ytterligare bestämmelser om MAS:arnas ansvar finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

4.4 Patientlagen

Patientlagen (2014:821), PL, 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 inne-

⁷⁵ Prop. 1990/91:14, s. 68 ff.

håller bland annat bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården och rätt till information.

Patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 §). Patienten ska vidare få information om bland annat sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, och väsentliga risker för komplikationer och biverkningar (3 kap. 1 §). Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar och om den inte kan lämnas till patienten ska den i stället, såvitt möjligt, lämnas till en närstående (3 kap. 4 och 6 §§ PL). Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta (5 kap. 1 och 3 §§ PL).

Såvitt nu är av intresse är bestämmelser i patientlagen främst av relevans när det gäller de läkarbedömningar som har skett, eller inte skett, på särskilda boenden.

4.5 Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Tillsynen innebär bland annat granskning av att verksamheterna uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. IVO ska inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen och informera och ge råd till allmänheten. IVO handlägger även anmälningar enligt de så kallade Lex Sarah-bestämmelserna i socialtjänstlagen. Utöver tillsynen ansvarar IVO också för tillståndsprövning. Tillstånd krävs för att bedriva viss verksamhet i privat regi, till exempel särskilt boende, korttidsplats och hemtjänst.

Under pandemin har IVO genomfört nationella granskningar av verksamheter inom äldreomsorgen. IVO:s resultat av dessa gransk-

ningar har varit ett viktigt underlag i vårt arbete. Vi återkommer därför till dessa senare i betänkandet.

4.6 Vårdvalssystemet

Det så kallade vårdvalssystemet innebär att den enskilde själv kan ha rätt att välja vilken leverantör som ska utföra en tjänst inom stöd, vård- och omsorg, enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. Grundprincipen är att den enskilde väljer vilken, av den upphandlande regionen respektive kommunen godkända och kontrakterade leverantörer, som ska utföra tjänsten. 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.⁷⁶

Lagen om valfrihetssystem innehåller bestämmelser om förfarandet vid myndigheternas upphandling av leverantörer av hälsovård och socialtjänster. Det finns till exempel bestämmelser om lika-behandling och icke-diskriminering, krav på annonsering och förfrågningsunderlagets innehåll. Alla vårdgivare som uppfyller kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig med offentlig finansiering. Ersättning och villkor ska vara desamma för alla vårdgivare.

För regionerna är vårdvalssystemet obligatoriskt när det gäller primärvården. Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård 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 vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare (7 kap. 3 § HSL).

Någon motsvarande bestämmelse finns inte för kommuner. Det är alltså upp till varje kommun att själv bestämma om ett vårdvalssystem ska införas eller inte. Enligt statistik från SKR hade 160 av landets 290 kommuner infört valfrihetssystem i juli 2020.⁷⁷

⁷⁶ Prop. 2008/09:29, s. 54.

⁷⁷ SKR, *Beslutsläge LOV-införande juli 2020*, den 3 juli 2020.

4.7 Sekretessbestämmelser inom vård och omsorg

Sekretess och tystnadsplikt i vården regleras i olika lagar beroende på om verksamheten är offentlig eller privat/enskild. Bestämmelser om sekretess för myndigheter och beslutande kommunala församlingar eller kommunala företag inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns främst i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. För privata vårdgivare och enskilda verksamheter gäller i stället bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och socialtjänstlagen.

Bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt är, i detta sammanhang, till för att skydda individens integritet och begränsa vilka som får ta del av uppgifter. Tillämpning av bestämmelserna innefattar flera bedömningsmoment och kan leda till grannlaga bedömningar och avvägningar.

Offentlighets- och sekretesslagen

Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för en uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet som exempelvis åtgärder mot smittsamma sjukdomar (25 kap. 1 §). Motsvarande sekretess gäller för uppgift om enskilds personliga förhållanden inom socialtjänsten (26 kap. 1 §).

En enskild kan som huvudregel samtycka till att en uppgift som är sekretessbelagd till skydd för honom eller henne lämnas till en annan enskild eller myndighet (10 kap. 1 § och 12 kap. 2 §). Frågan om ett samtycke i juridisk mening föreligger eller inte är dock inte alltid helt enkel att avgöra, till exempel om personen har nedsatt beslutsförmåga. Om personen på grund av sitt hälsotillstånd inte kan samtycka får en uppgift som behövs för nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten (25 kap. 13 §).

Om sekretess gäller får uppgiften som huvudregel inte heller röjas för andra myndigheter. Detta gäller även mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (8 kap. 1 och 2 §§). Enligt en sekretessbrytande bestämmelse i 25 kap. 11 § får emellertid sekretess-

belagda uppgifter bland annat lämnas mellan myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård i samma kommun och mellan sådana myndigheter i samma region.

Sekretess för privata vårdgivare och enskilda verksamheter

Sekretessbestämmelser i den privata hälso- och sjukvården kommer till uttryck genom bestämmelser om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. För enskilda verksamheter som avser insatser enligt socialtjänstlagen finns bestämmelser om tystnadsplikt i socialtjänstlagen.

Av förarbetena framgår att lagstiftaren avsett att den enskilde ska ha likvärdigt skydd för sin personliga integritet oavsett om han eller hon behandlas vid offentligt eller privat/enskilt bedriven verksamhet.⁷⁸

Sammanhållen journalföring

Sammanhållen journalföring är enligt patientdatalagen (2008:355), PDL, ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan vårdgivare. Vårdgivare definieras som statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare) (1 kap. 3 § PDL).

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring innebär alltså att vårdgivare under vissa förutsättningar kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journaler och andra personuppgifter. En patient ska, innan uppgifter görs tillgängliga, få information om vad den sammanhållna journalföringen innebär, för att kunna säga nej. Vidare måste en patient aktivt samtycka till att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare gjort tillgängliga. Uppgifterna ska röra en patient som det finns en aktuell patientrelation med och ska kunna antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten. I nödsituationer får

⁷⁸ Se t.ex. prop. 1980/81:28, s. 23 och prop. 2007/08:126, s. 46.

vårdgivare behandla uppgifter trots att samtycke saknas. (Se 6 kap. 3–5 §§ för samtliga villkor.)

4.8 Summering

De lagar som styr vården och omsorgen om äldre bygger på självbestämmande och integritet och som utgångspunkt förutsätter insatser och åtgärder samtycke från den enskilde. Det särskilda boendet är ett hem där de äldre hyr sina lägenheter. Dessa omständigheter innebär att det åtminstone inte står klart att det utan samtycke är möjligt att flytta en boende till särskilda lägenheter eller avdelningar, även om det från smittskyddssynpunkt finns starka skäl för att avskilja smittade från övriga boende.

Den rättsliga regleringen innebär att två huvudmän bär ansvaret för hälso- och sjukvården om äldre: regionerna och kommunerna. Vidare finns i regionerna och kommunerna flera olika utförare, både offentliga och privata. Kommunernas hälso- och sjukvård är omfattande men ansvaret för läkarinsatser ligger på regionerna och kommunerna är i princip förhindrade att anställa egna läkare inom äldreomsorgen.

MAS:arna har formellt ett mycket långtgående och omfattande ansvar. De ska bland annat ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. De är dock ofta få till antalet och kan endast medverka till att goda strukturer finns på plats. MAS:arnas roll i praktiken och förutsättningar för att utöva det formella ansvaret har dock under pandemin varierat mycket mellan olika kommuner. Vi återkommer något till detta i avsnitt 9.2.

En förutsättning för att det delade ansvaret för hälso- och sjukvården ska kunna fungera är en god samverkan. Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen innehåller därför ett flertal bestämmelser om krav på samverkan mellan de två huvudmännen och olika vårdgivare, till exempel krav på upprättande av samordnad individuell plan (SIP). Samverkanslagen innehåller även särskilda bestämmelser om samverkan mellan regioner och kommuner vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Vid lagens tillkomst betonade regeringen vikten av en god samverkan och att den förväntade sig att kommuner och landsting följer gällande lagstiftning. Trots dessa bestämmelser

har Socialstyrelsen och IVO flera gånger påtalat brister i samverkan (se närmare om detta i nästa kapitel). När det gäller pandemin är en fungerande samverkan särskilt viktig för att investera i olika former av infrastruktur, såsom exempelvis för att hantera provtagning och smittspårning i äldreomsorgen samt för möjligheten att ge vissa former av medicinsk vård på de särskilda boendena.

Vi har under vårt arbete erfarit att samverkan mellan regioner och kommuner före pandemin såg olika ut i olika delar av landet. Vissa huvudmän har uppgett att det redan före fanns ett mycket gott samarbete medan andra har uppgett att pandemin framtvingade ett samarbete som inte riktigt fanns tidigare.

En ytterligare försvårande omständighet som kan uppstå för samarbetet i äldrevården är den sekretess som råder mellan regioner och kommuner. Det finns visserligen bestämmelser som möjliggör sammanhållen journalföring men det synes vara få kommuner som i dagsläget infört ett sådant system.

5 Äldreomsorgen i dag

Den omsorg som Sverige har i dag för äldre personer har formats av den utveckling som beskrivits i kapitel 3 och den regleras av de lagar vi redovisat i kapitel 4. Detta kapitel beskriver äldreomsorgens målgrupp, de sköraste äldre, som är den grupp som drabbats hårdast av covid-19 (avsnitt 5.1). Kapitlet ger även en översiktlig bild av omfattningen av kommunernas omsorg enligt socialtjänstlagen och LSS samt det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret (avsnitt 5.2–5.5). Det beskriver också skillnader mellan kommunerna när det gäller hur stor andel av befolkningen som har omsorg samt skillnader i boendetider och kostnader för särskilt boende.

Personalens förutsättningar var av stor vikt när pandemin bröt ut. Hur de förutsättningarna såg ut beskrivs i avsnitt 5.6. En annan faktor som kan ha haft betydelse är det splittrade ansvar som följer av en fragmenterad och decentraliserad organisation (avsnitt 5.7).

De nordiska länderna har, som Marta Szebehely belyser i en underlagsrapport till detta delbetänkande, hanterat pandemin olika. Utifrån den analysen beskriver detta kapitel även de viktigaste skillnaderna mellan de nordiska länderna vad gäller just äldreomsorgen (avsnitt 5.8). Socialstyrelsen och IVO har uppmärksammat flera brister i kommunernas hälso- och sjukvård och äldreomsorg och en redovisning av dessa brister ges i det avslutande avsnittet (avsnitt 5.9) före en summering.

5.1 Vilka är de äldre?

”Äldre” är ett brett begrepp på många sätt. En vanlig gräns är att äldre personer är de som fyllt 65 år, men de som nyss fyllt 65 är en generation under de som fyllt 90.

Den fjärde åldern

Medellivslängden har ökat nästan oavbrutet sedan 1860-talet, med ett hack 1918 då spanska sjukan skördade många liv. På 1860-talet var medellivslängden under 50 år för både kvinnor och män. Hundra år senare (1960) var medellivslängden 75 år för kvinnor och drygt 73 år för män. År 2019 var medellivslängden 84,7 år för kvinnor och 81,3 år för män. Det finns betydande skillnader i medellivslängd mellan olika socioekonomiska grupper. Ju högre utbildning en person har, desto längre kan man förväntas leva.⁷⁹

Under 1970- och 80-talet redovisades resultat från både svensk och internationell forskning som pekade mot att äldre blev ”piggare och friskare” samtidigt som hypoteser om en ”komprimerad sjuklighet” vid livets slut presenterades.⁸⁰ Det betyder allt fler friska år under vår levnad. Det innebär också allt fler som uppnår en hög ålder. Frågan är då om det även innebär en allt kortare period av sjuklighet vid livets slut. Det mesta tyder dock på en uppskjuten eller kanske till och med förlängd period av sjuklighet vid livets slut.⁸¹

Den del av pensionärstiden då man i huvudsak klarar sig själv benämns ibland den tredje åldern. Åren mot livets slut då man är beroende av andra kallas ibland med ett begrepp lånat från den brittiske sociologen Peter Laslett för den fjärde åldern.⁸² Det är främst i den fasen av livet som det är aktuellt med vård och omsorg. Det är också dessa som har drabbats hårdast av pandemin och har haft störst risk att avlida med covid-19.

Hög ålder och stort omsorgsbehov i äldreomsorgen

Den typiska äldreomsorgsmottagaren är en kvinna som bor ensam, är 87 år gammal och har cirka 15 timmars hemtjänst i månaden. Utöver ålder, kön och typ av insats saknas det uppgifter i den nationella statistiken om omsorgsmottagarna. Det finns inte heller några rikstäckande uppgifter som baserar sig på biståndsbedömningen.

⁷⁹ SOU 2017:47.

⁸⁰ J. Fries (1980), *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. *New England Journal of Medicine*, 302, s. 130–135.

⁸¹ S. Fors, C. Lennartsson, N. Agahi, M. Parker, & M. Thorslund (2013), *Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre*. *Läkartidningen*, 110, s. 1–3.

⁸² P. Laslett (1987), *The emergence of the third age*. *Ageing and Society* 7, s. 133–160.

I Stockholms stad genomfördes en kartläggning 2017.⁸³ Dessa data går inte att översätta till hela riket, men kan ändå ge en bild. En majoritet var ensamstående oavsett omsorgsform, nästan 90 procent av kvinnorna och cirka 70 procent av männen. Av de som bodde i vård- och omsorgsboende⁸⁴ hade 60 procent omfattande behov av hjälp med den personliga omvårdnaden (PADL⁸⁵), andelen för de som hade hemtjänst var 15 procent.

Var tionde som hade hemtjänst och hälften av de som bodde i särskilt boende bedömdes ha svår eller mycket svår kognitiv ned-sättning, vanligen en svår demens. Var tionde med hemtjänst och knappt 40 procent av de som bodde i vård- och omsorgsboende bedömdes lida av svår eller mycket svår oro. Svår eller mycket svår nedstämdhet rapporterades för var tionde som hade hemtjänst och var fjärde som bodde i vård- och omsorgsboende.

I den så kallade HALT-undersökningen⁸⁶ från 2016 deltog 155 kommuner. Av den kartläggningen framgick att 64 procent av de som bodde i särskilt boende var desorienterade, 37 procent var rullstolsburna, 56 procent urininkontinenta och 32 procent avfö-ringsinkontinenta.⁸⁷

En analys har, med data från SNAC-K⁸⁸, gjorts av de som beviljats äldreomsorg första gången. Populationen, 1 538 personer, var personer boende i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm. Genomsnitts-åldern för inträdet i äldreomsorgen var 84 år. De flesta var kvinnor (74 procent). Fyra av fem var ensamboende.⁸⁹

En studie från göteborgsregionen visar att de som ansöker om äldreomsorg oftast har tämligen stora omvårdnadsbehov redan vid ansökningstillfället. Många har haft omfattande hjälp från anhöriga under flera år. Utan stöd från anhöriga hade många behövt söka mer omfattande hjälp från kommunen och fått hjälpen betydligt tidigare.

⁸³ M. Lagergren (2017), *StockholmsSNAC. Rapport från undersökning 2017 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2017:5.

⁸⁴ I Stockholms stad delas särskilt boende in i ”vård- och omsorgsboende” och ”servicehus”.

⁸⁵ Bad/dusch, av/påklädning, toalettbesök, förflyttning och födo-intag.

⁸⁶ Svenska HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning isär-skilt boende.

⁸⁷ Folkhälsomyndigheten (2017), *Svenska HALT i korthet 2016*.

⁸⁸ Swedish National Study om Ageing and Care, en longitudinell studie som bedrivits sedan 2000 i fyra områden i landet, i Stockholm på Kungsholmen, SNAC-K, i Skåne benämnt GÅS (Gott åldrande i Skåne).

⁸⁹ M. Lagergren (2013), *Äldreomsorgens debutanter*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2013:7.

I ungefär hälften av de undersökta fallen var det en akut händelse, exempelvis stroke eller allvarlig fallolycka med frakturer som följd, som gjorde att den äldre behövde söka stöd och då ofta omfattande sådant.⁹⁰

5.2 Äldreomsorgens utformning och omfattning

Insatsernas art och omfattning

Äldreomsorg är, som redovisats i kapitel 4, insatser som beviljas som bistånd enligt socialtjänstlagen. Det är den enskilde som ska ansöka om bistånd. Den vanligaste insatsen är trygghetslarm, en insats som kan ges utan biståndsbedömning, och kan kombineras med andra insatser. Den näst vanligaste är hemtjänst, därefter särskilt boende. Andra insatser är matdistribution, dagverksamhet, ledsagning, avlösning och korttidsplats.

Tabell 5.1 Antal som var beviljade någon form av äldreomsorg den 31 oktober 2019

Form av omsorg	kvinnor	män	alla 65+
Trygghetslarm	138 247	65 051	203 298
Hemtjänst i ordinärt boende	112 009	60 781	172 790
Särskilt Boende	54 853	27 364	82 217
Matdistribution	29 224	17 845	47 069
Ledsagning	20 601	9 079	29 680
Dagverksamhet	6 127	4 796	10 923
Korttidsplats	4 129	5 131	9 260
Avlösning	2 748	4 670	7 418
Boendestöd	1 564	1 252	2 816
Kontaktperson/-familj	860	525	1 385
Annat bistånd	1 609	1 008	2 617
Totalt antal med omsorg*	216 520	112 675	329 195

* En person kan ha flera av de ovanstående insatserna.

Källa: Socialstyrelsen, statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019.

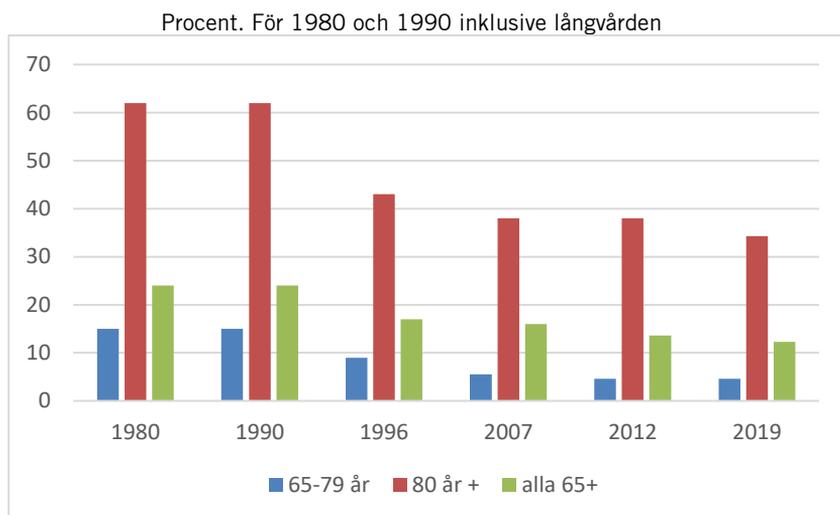
⁹⁰ T. Larsen (2016), *Rätt stöd I rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsakerna till varför äldre söker bistånd från äldreomsorgen första gången*. Göteborg: FoU i Väst rapport 2016.

Kvinnorna är som synes i stor majoritet. Kvinnorna lever längre och överlever ofta sina män. De enda insatser där männen är i majoritet är korttidsplats och avlösning, insatser som kan fungera som stöd för att avlasta en anhörigvårdare, ofta hustrun.

Färre får äldreomsorg

Som figur 5.1 illustrerar var andelen som har äldreomsorg högst kring 1980, därefter har det skett en successiv minskning.

Figur 5.1 Förändring 1980–2019 av andel i olika åldrar med hemtjänst eller plats i särskilt boende



Källor: Regeringens prop. 1996/07:113 s. 36 för åren 1980 och 1990, Socialstyrelsens socialtjänststatistik och SCB:s befolkningsstatistik för övriga år.

Störst har minskningen varit av andel äldre personer som beviljas plats i särskilt boende. Två år efter Ädelreformen, 1994, hade 128 500 personer plats i särskilt boende, 24 procent av befolkningen som var 80 år och äldre bodde då i särskilt boende.⁹¹ Tjugofem år senare hade drygt 82 000 plats, tolv procent av befolkningen som var 80 år och äldre bodde i särskilt boende. De personer som i dag flyttar in i ett särskilt boende har ett större vård- och omsorgsbehov än

⁹¹ SCB, *Statistisk årsbok 1996*.

tidigare när fler beviljades plats. Även i hemtjänsten har vårdtyngden ökat genom att fler bor kvar i sina hem. En bidragande orsak är också att vårdtiderna på sjukhus blivit kortare.⁹²

Hemtjänst

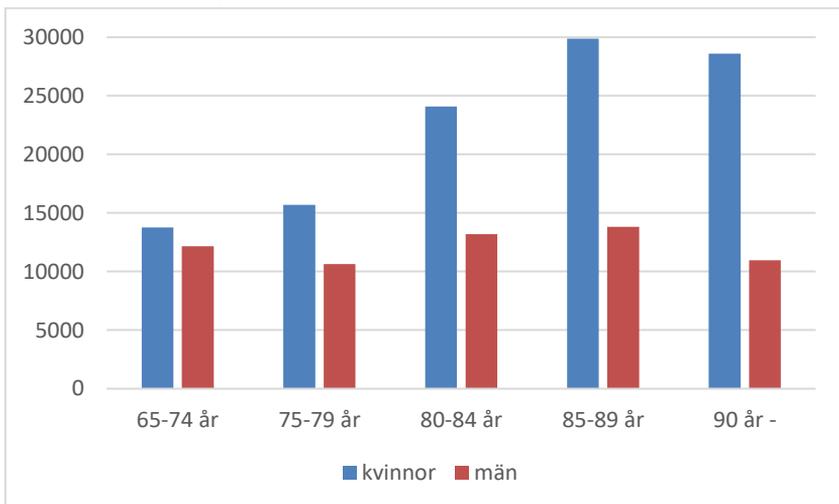
Hemtjänst delas ofta upp i serviceinsatser och personlig omvårdnad. Med service menas till exempel hjälp med att bostaden blir städad, kläder tvättade och att man får mat på bordet. I den personliga omvårdnaden kan ingå att få hjälp med att klä sig, duscha, äta och med toalettbesök.

Tre fjärdedelar av hemtjänstenheterna i landet drivs i kommunal regi, en fjärdedel i enskild regi.⁹³

Nästan hälften av de som får hemtjänst, 48 procent, är 85 år eller äldre (52 procent av kvinnorna, 41 procent av männen).

Figur 5.2 Mottagare av hemtjänst 31 oktober 2019 efter kön och ålder

Antal personer



Källa: Socialstyrelsen, statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019.

En majoritet (58 procent) av de som den 31 oktober 2019 hade hemtjänst fick hjälp mindre än 26 timmar i månaden, 38 procent hade

⁹² Socialstyrelsen (2020), *Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2020*.

⁹³ Socialstyrelsen (2020), *Enhetsundersökningen 2019*.

hjälp mindre än tio timmar per månad. Fyra procent hade hemtjänst 120 timmar eller mer i månaden och en procent hade omsorg dygnet runt. Andelen med mer omfattande hemtjänst har ökat sedan Ädelreformen vilket framgår av tabell 5.2.

Tabell 5.2 Andel personer med hemtjänst efter beviljade timmar per månad 1992 och 2019

Beviljade timmar	1992	2019
1–9	40%	32%
10–25	26%	22%
26–49	16%	19%
50–119	14%	22%
120–	3%	5%

Källor: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 1997 och Socialtjänststatistiken 2019.

Särskilt boende

Det särskilda boendet är förbehållet personer med stora omvårdnadsbehov. Kommunerna har vanligen riktlinjer för vilka kriterier som ska gälla när biståndsbedömningen sker. Flertalet särskilda boenden i landet (83 procent) drivs i kommunal regi.

Flertalet särskilda boenden är förhållandevis små, i genomsnitt 47 bostäder.⁹⁴ En fastighet kan vara uppdelad på två eller fler separata enheter. Medianvärdet för enheter med egen ledning är 36 bostäder, det minsta har fem bostäder, det största (Danvikshem i Nacka kommun) har 206 bostäder.⁹⁵

Av de som bodde i särskilt boende var 59 procent 85 år och äldre (66 procent av kvinnorna, 46 procent av männen).

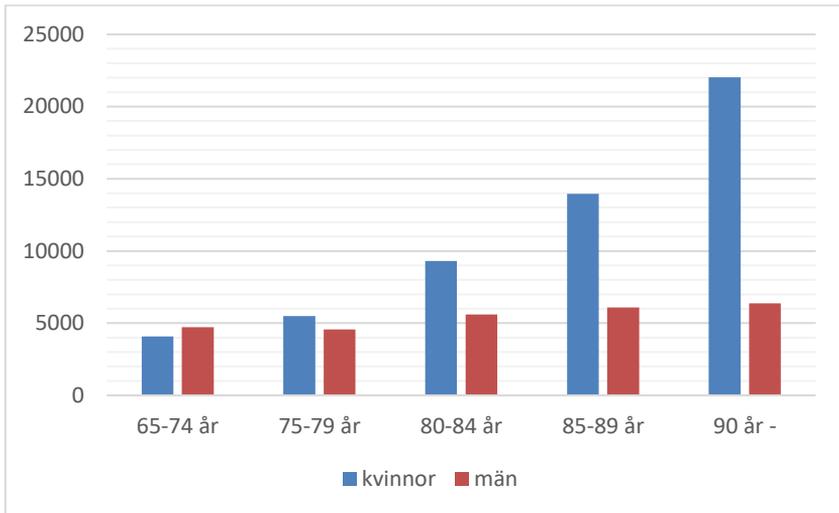
De nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom anger att socialtjänsten bör erbjuda särskilt boende som är anpassat för personer med demenssjukdom.⁹⁶

⁹⁴ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

⁹⁵ Socialstyrelsen (2020), *Enhetsundersökningen 2019*.

⁹⁶ Socialstyrelsen (2017), *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*.

Figur 5.3 Boende i särskilt boende 31 oktober 2019 efter kön och ålder
Antal personer



Källa: Socialstyrelsen, statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019.

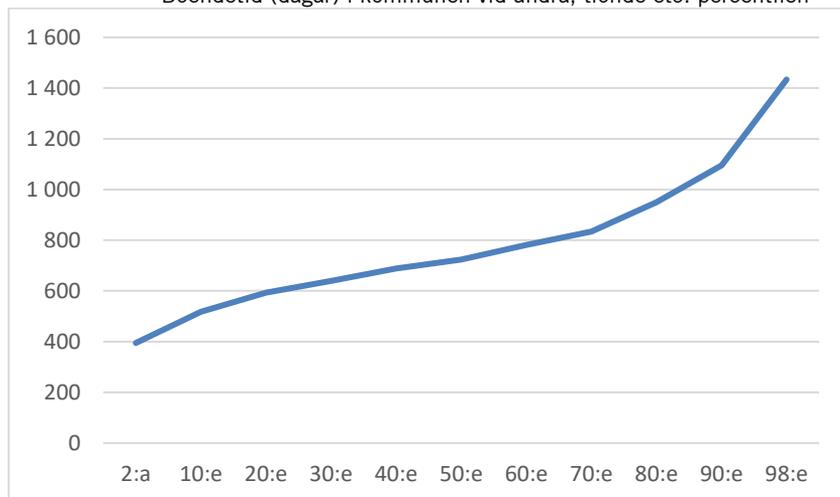
Årligen flyttar cirka 20 000 till 25 000 äldre till ett särskilt boende. Medianåldern vid inflyttningen var år 2014 för kvinnor 87 år och för män 85 år. Den stora majoriteten av de som flyttar till ett särskilt boende har i dag hemtjänst före inflyttningen.⁹⁷

Mediantiden för boende i särskilt boende för hela riket var år 2017 754 dagar, 2018 720 dagar (drygt respektive knappt två år). Skillnaderna i medianboendetid mellan landets kommuner är, som framgår av figur 5.4, stora från en medianboendetid på mindre än ett och ett halvt år till tre år och mer.⁹⁸ Nästan 70 procent bodde 2018 kvar ett år efter inflyttningen, 25 procent bodde kvar 46 månader senare (knappt fyra år).⁹⁹ Personer som flyttar till särskilt boende på grund av en demenssjukdom bor vanligen betydligt längre i det särskilda boende än de som flyttar in av somatiska skäl.

⁹⁷ Socialstyrelsen (2016), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016*.

⁹⁸ Kolada.

⁹⁹ Socialstyrelsen (2020), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*.

Figur 5.4 Medianboendetid särskilt boende i landets kommuner 2019Boendetid (dagar) i kommunen vid andra, tionde etc. percentilen¹⁰⁰

Källa: Kolada

Skillnader mellan kommunerna

Det är stora skillnader mellan olika kommuner när det gäller såväl andelen som har äldreomsorg, som i vilken form omsorgen ges. Skillnaderna har alltid varit stora. För 60 år sedan hade i genomsnitt 20 procent av den äldre befolkningen någon form av insats. Andelen varierade mellan länen med mellan 13 och 27 procent, skillnaden mellan olika kommuner var ännu större.¹⁰¹

Även om det är svårt att identifiera vad dessa skillnader kan bero på förefaller traditionen i kommunen ha större betydelse än faktorer som befolkningens behov, kommunens ekonomi eller politiska värderingar.¹⁰²

Det är alltjämt, som framgår av figur 5.5, stora skillnader mellan kommuner, andelen med hemtjänst varierar mellan 12 och 40 procent, andelen med särskilt boende varierar mellan 5 och 17 procent. Andelen med någon av dessa former av äldreomsorg varierar mellan

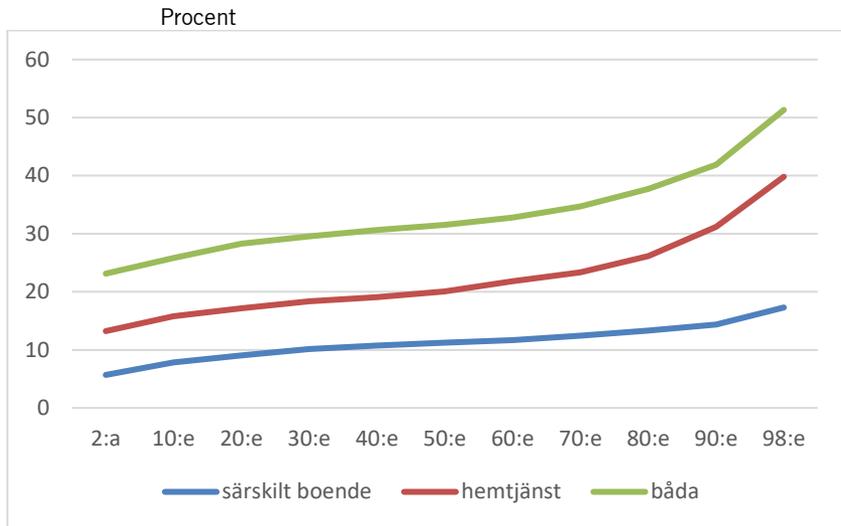
¹⁰⁰ Ett värde som innebär att en viss procent av observationerna är lägre än det värdet. Vid tionde percentilen har alltså tio procent ett lägre värde.

¹⁰¹ SOU 1963:47.

¹⁰² G-B. Trydegård (2000), *Traditions, change and variation. Past and present trends in public old-age-care*. (Doktorsavhandling) Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

21 och 51 procent, medianvärdet är 32 procent av befolkningen 80 år och äldre.

Figur 5.5 Andel av personer 80 år och äldre med beviljad omsorg i olika kommuner, andra, tionde percentilen etc.



Källa: Socialstyrelsen, statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019.

Det finns kommuner med en låg andel i särskilt boende som har en hög andel med hemtjänstinsatser eller vice versa, men också kommuner där ett sådant samband saknas.¹⁰³

5.3 Kommunernas kostnad för vård och omsorg av äldre personer

Äldreomsorgen står för en stor del av kommunernas kostnader. Under 2018 uppgick kostnaderna till 126 miljarder kronor, eller 18,4 procent av kommunernas totala kostnader. Av det gick 57 procent till särskilt boende, 42 procent till olika former av insatser för

¹⁰³ M. Szebehely och G-B. Trydegård (2018), *Generell välfärd och lokalt självstyre – ett dilemma i den svenska äldreomsorgen?* i H. Jönsson och M. Szebehely (red) *Äldreomsorgen i Sverige*, Lund, Gleerups 2018.

personer som bor i ordinärt boende och en procent till öppen verksamhet.¹⁰⁴

Mellan åren 2011 och 2018 har kommunernas kostnader för äldreomsorgen ökat med 4,6 procent i fasta priser.¹⁰⁵ Antalet personer 65 år och äldre har under samma tid ökat med 14,1 procent.¹⁰⁶ Detta är en trend sedan 1990-talet. Under 1980-talet ökade det reala tillskottet av medel till äldreomsorgen. Mellan 1990 och 2000 ökade resurstillskottet med fem procent samtidigt som antalet personer 80 år och äldre ökade med 14 procent. Mellan 2002 och 2009 minskade kommunernas kostnader för omsorgen med fyra procent.¹⁰⁷

Andelen äldre med hemtjänst som har få timmar har, som redovisats i tabell 5.2, minskat samtidigt som äldres flytt till särskilt boende sker senare i livet. Det innebär att behovet av vård och omsorg för de som beviljas äldreomsorg är högre än förr vilket i sin tur innebär ett ökat behov av insatser och därmed högre kostnad per omsorgsmottagare.

Skillnader i kostnader mellan kommunerna

Kommunernas kostnad per plats i särskilt boende varierar, som framgår av figur 5.6, kraftigt från knappt 700 000 kronor till drygt det dubbla, 1,5 miljoner kronor. Medianvärdet är drygt 900 000 kronor. Kommissionen har inte hittat några analyser på nationell nivå om vad dessa skillnader beror på. De kan spegla såväl skillnader i kommunernas struktur, olika vårdtyngd på boendena som olika ambitionsnivå i kommunerna.

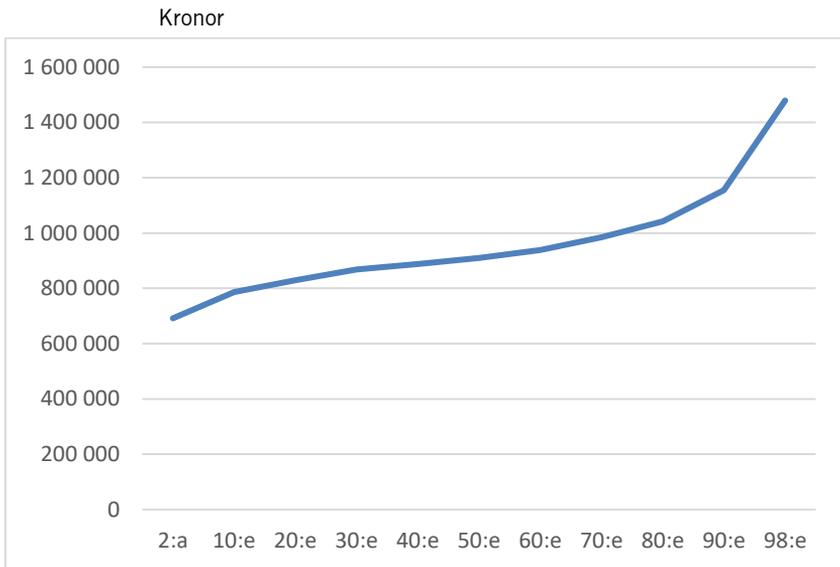
¹⁰⁴ Socialstyrelsen (2020), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen (2017 och 2020), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017 resp. 2020*.

¹⁰⁶ SCB befolkningsstatistik för respektive år.

¹⁰⁷ G. Meagher och M. Szebehely (2012), *Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors and Consequences*, I C. Ranci och E. Pavolini (red) *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe*. Springer, New York 2012.

Figur 5.6 Kostnad för särskilt boende per boende, jämförelse mellan kommunerna vid andra, 10:e percentilen etc.



Källa: Kolada.

5.4 Insatser för äldre personer enligt LSS

Insatser enligt LSS kan ges till personer som tillhör någon av de tre personkretsar som redogjorts för i förra kapitlet. Antalet äldre personer som har insatser enligt LSS ökar, bland annat eftersom personer med Downs syndrom lever längre än tidigare.

Totalt hade 6 113 äldre personer någon eller flera insatser enligt LSS den 1 oktober 2019, vilket är åtta procent av alla personer som har insatser enligt lagen. Majoriteten (92 procent) av dessa är i åldern 65–79 år. Flertalet (63 procent) hör till personkrets 1 (se kapitel 4.2), knappt en tredjedel (29 procent) till personkrets 3 och åtta procent till personkrets 2.

Tabell 5.3 Antal och andel personer 65 år och äldre med viss insats enligt LSS

Insats enligt LSS	Kvinnor	Män	Totalt	Andel
1. Rådgivning/personligt stöd	38	24	62	1
2. Personlig assistans	382	400	782	13
3. Ledsagarservice	426	372	798	13
4. Kontaktperson	891	909	1 800	29
5. Avlösarservice	21	22	43	1
6. Korttidsvistelse	8	20	28	0,5
9. Boende, vuxna	1 683	2 127	3 810	62
10. Daglig verksamhet	272	418	690	11
Totalt antal personer	2 851	3 262	6 113	100
Totalt antal insatser	3 721	4 292	8 013	

Källa: Socialstyrelsen, Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2019.

Den vanligaste formen av LSS-insats för äldre personer är bostad med särskild service. Liksom i särskilt boende har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård förutom läkare.

5.5 Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret

5.5.1 Hemsjukvård en ofta förbisedd kommunal uppgift

I en studie 2018 konstaterade Socialstyrelsen att många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Under 2019 svarade kommunerna för hälso- och sjukvård i hemmet och i särskilt boende för cirka 364 000 personer. Ändå avspeglas detta inte tillräckligt i beskrivningarna av hälso- och sjukvården och nationella initiativ. Socialstyrelsen har framhållit att den kommunala hälso- och sjukvården behöver synliggöras i beskrivningar av hälso- och sjukvård.¹⁰⁸

Den kommunala hälso- och sjukvården är olika organiserad i olika kommuner. I vissa kommuner, som Göteborg och Malmö, är den organiserad som en egen enhet som arbetar konsultativt gentemot särskilt boende och hemtjänst, i andra kommuner arbetar den

¹⁰⁸ Socialstyrelsen (2019), *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, förstudie*.

legitimerade personalen och omsorgspersonalen som ett team. Organisationen kan också skilja mellan olika särskilda boenden och hemtjänstenheter i samma kommun.

Vanliga uppgifter i den basala hemsjukvården är läkemedelsdistribution, injektioner, omläggning av sår och rehabilitering. Det vanligaste sättet att dra gränsen för vilka som ska skrivas in i hemsjukvård är den så kallade tröskelprincipen, det vill säga att man själv har svårigheter att ta sig till en vårdcentral och vanligen också att man har ett mer långvarigt hjälpbehov.

Utmaningar och brister

Socialstyrelsen redovisade i sin årsrapport 2020 att den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården är omfattande och expanderar. Allt fler äldre med hemsjukvård har komplexa vårdbehov och därför behov av alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser, bland annat till följd av att patienter skrivs ut snabbare från sjukhusen och att de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat. Det ställer, anser Socialstyrelsen, krav på personalresurser och kompetens, liksom på en bra samverkan med både socialtjänst och regioner och mellan olika utförare.¹⁰⁹

Åtta av tio kommuner har något slag av forum för systematiskt patientsäkerhetsarbete, men bara drygt var tredje kommun har en övergripande kompetensutvecklingsplan för fortbildning i exempelvis allmän palliativ vård.¹¹⁰

Socialstyrelsen frågar årligen om vilka rutiner som finns för att säkerställa en god och trygg omvårdnad. En tredjedel av kommunerna uppgav 2019 att de saknade en aktuell rutin för vilka åtgärder som bör vidtas när den enskilde plötsligt uppvisar ett försämrat allmäntillstånd. Drygt en tredjedel saknade rutiner för schemalagda möten mellan omsorgspersonal och kommunal hälso- och sjukvård. Lika många saknade rutiner för vårdplanering och kontakter med regionernas hälso- och sjukvård.¹¹¹

¹⁰⁹ Socialstyrelsen (2020), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*.

¹¹⁰ Socialstyrelsen (2020), *Öppna jämförelser 2020 – Kommunal hälso- och sjukvård*.

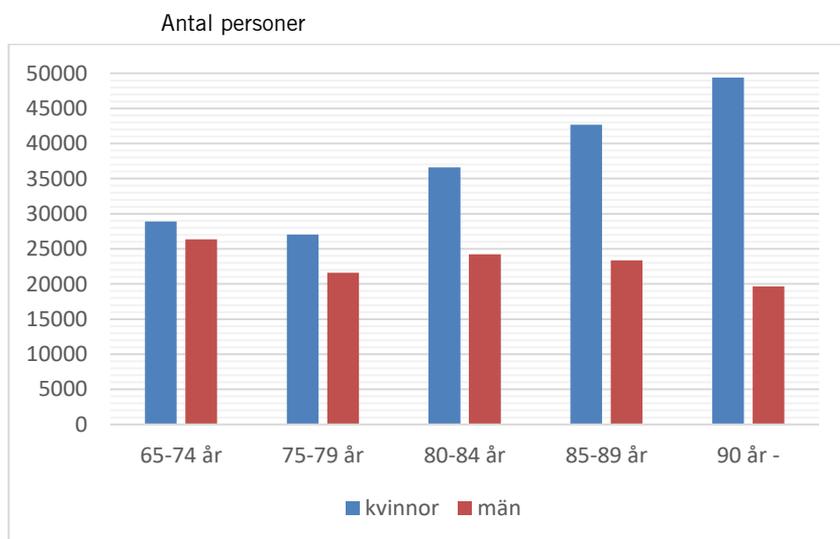
¹¹¹ Socialstyrelsen, *Enhetsundersökningen 2019*.

Det finns enligt Socialstyrelsen ytterligare ett antal olika riskområden som kommunerna behöver arbeta med. Det gäller bland annat infektioner, smittspridning och vårdhygien.¹¹²

Hemsjukvårdens patienter

Av de nära 364 000 personer som 2019 fick insatser av den kommunala hälso- och sjukvården hade cirka 44 procent insatser varje månad under hela året. Majoriteten var äldre, 82 procent var 65 år eller äldre och 62 procent av dessa var kvinnor. Av kvinnorna var hälften 85 år eller äldre, bland männen var andelen över 85 år 45 procent.¹¹³

Figur 5.7 Personer 65 år och äldre med hemsjukvård någon gång under 2019 efter kön och ålder



Källa: Socialstyrelsen, statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019.

Majoriteten av hemsjukvårdspatienterna som var 65 år och äldre bodde i ordinarie boende (65 procent av kvinnorna, 70 procent av männen). Av alla som hade kommunal hemsjukvård hade 71 procent

¹¹² Socialstyrelsen (2019), *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, förstudie*.

¹¹³ Socialstyrelsen, Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019.

av kvinnorna och 66 procent av männen också insatser enligt socialtjänstlagen, vanligen hemtjänst.¹¹⁴

Andelen personer som är 80 år och äldre och som har hemsjukvård varierar mellan kommunerna. Delvis kan det förklaras med att det skiljer mellan regionerna hur omfattande ansvar för hemsjukvården som förts över till kommunerna, delvis med att inrapporteringen alltjämt har brister. Det går inte att se några tydliga samband mellan hög andel med hemsjukvård och hög andel med äldreomsorg. Region Stockholm skiljer ut sig eftersom hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende där ligger kvar på regionen.

5.5.2 Samspelet med regionernas hälso- och sjukvård

Avancerad hemsjukvård

Den avancerade hemsjukvården (ASIH) syftar till att möjliggöra för patienten att i sitt hem få vård och rehabilitering som annars ges på sjukhus. Det är en läkarledd teamorganisation inom regionernas ansvarsområde. Den har hittills främst varit inriktad på personer med cancersjukdom i en palliativ fas.

Ansvar för den avancerade hemsjukvården vilar på regionerna, men i vissa regioner har överenskommelser träffats om att kommunen kan överta vissa hemsjukvårdsuppgifter utöver de basala. I utredningen om nära vård görs bedömningen att den avancerade hemsjukvården ska vara ett ansvar för regionerna även i framtiden.¹¹⁵

Geriatriner och läkare i särskilt boende

År 2017 fanns 37 specialitläkare i geriatrik inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare som var 70 år och äldre. Det är en minskning per capita från 47 specialitläkare 2006. Antalet specialitläkare inom geriatrik har inte ökat i samma takt som den äldre befolkningen har vuxit.¹¹⁶ Det är stora regionala skillnader. Flest geriatriner och geriatriska kliniker per capita finns i Region Stockholm.

¹¹⁴ Socialstyrelsen (2020), *Vård och omsorg om äldre., Lägesrapport 2020.*

¹¹⁵ SOU 2020:19.

¹¹⁶ Socialstyrelsen (2020), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020.*

Hur läkarförsörjningen till de särskilda boendena är organiserad skiljer sig mellan regionerna. Det vanliga är att en närliggande vårdcentral har ansvaret för läkare i det särskilda boendet. I Region Stockholm har läkarbemanningen upphandlats, med två dominerande aktörer. Det finns ingen nationell sammanställning av vilka krav som regionerna ställer på kompetens och hur samarbetet ska utformas med den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns inte heller sammanställt hur mycket tid som läkarna förväntas lägga på uppdraget.

Sluten sjukhusvård

Utvecklingen har under de senaste decennierna varit mot att mer vård ges i öppna vårdformer. Antalet vårdplatser på sjukhus har minskat och antalet platser på sjukhus i Sverige är lägst i EU, 2,2 vårdplatser per 1 000 invånare år 2017, att jämföra med snittet för EU om 5,0.¹¹⁷

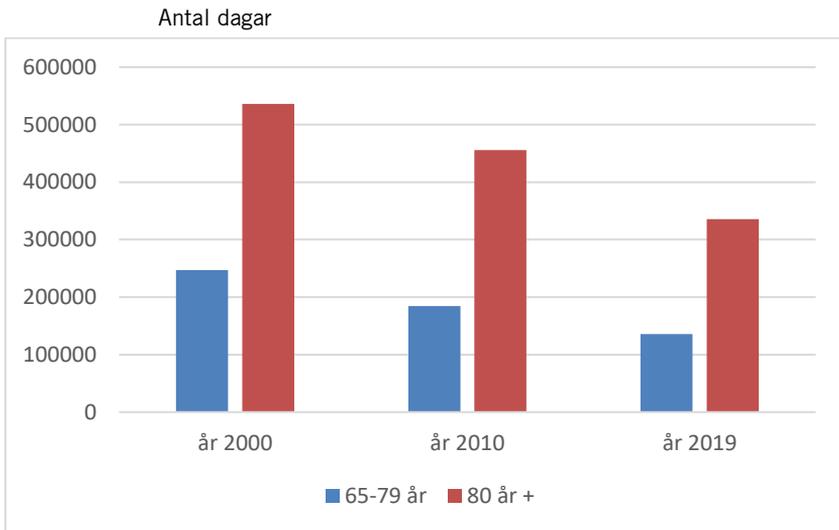
Andelen personer 80 år och äldre i befolkningen var 2017 5,1 procent. Den åldersgruppen svarade för 21 procent av alla vårdtillfällen, 24 procent av all vårdtid.¹¹⁸

Mellan 2000 och 2019 har antalet vårddagar minskat kraftigt också för de äldsta åldersgrupperna. År 2000 hade personer 80 år och äldre 2 382 246 vårddagar i slutna sjukhusvård, 2019 var antalet 1 775 282 dagar vilket är en minskning med 32 procent. Tar man hänsyn till befolkningsutvecklingen blir, som framgår av figur 5.8, minskningen än tydligare, från 535 912 dagar per 100 000 innevånare till 335 453 dagar, en minskning med 60 procent. Vård som tidigare gavs på sjukhuset ges nu i hemmet och en stor del av den utförs av den kommunala hälso- och sjukvården.

¹¹⁷ OECD (2019), *State of Health in the EU. Sverige, landprofil hälsa 2019*.

¹¹⁸ *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019: Öppna jämförelser*, SKR Vården i siffror.

Figur 5.8 Vård dagar per 100 000 innevånare för personer 65–79 år och 80 år och äldre åren 2000, 2010 och 2019



Källa: Socialstyrelsen, statistikdatabas för diagnoser.

5.6 Många yrken i äldrevården

Antal anställda

Drygt en kvarts miljon personer arbetar inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre personer. Den största personalgruppen är omsorgspersonalen det vill säga undersköterskor och vårdbiträden. År 2015 utgjorde den högskoleutbildade personalen 9,9 procent av all personal i äldreomsorgen, en ökning med en procentenhet från 2009. Förändringarna mellan dessa år är redovisade i tabell 5.4.¹¹⁹

¹¹⁹ SOU 2017:21.

Tabell 5.4 Antal anställda personer i vård och omsorg fördelat på yrken, år 2015 och förändringar från 2009¹²⁰

Antal anställda samt procentuell förändring

Yrkesgrupp/År	2015	Andel (%)	Förändring 2009–2015 (%)
Undersköterskor	127 703	50	+35 347 (38)
Vårdbiträden	63 828	25	-36 606 (-36)
Övrig vård- och omsorgspersonal ¹	37 454	15	+23 727 (200)
Summa omsorgspersonal	228 985	90	+24 986 (12)
Sjuksköterskor	13 419	5,3	+2 954 (28)
Fysioterapeuter	1 656	0,7	+642 (63)
Arbsterapeuter	2 610	1,0	+678 (35)
Enhetschefer	4 135	1,6	+74 (2)
Biståndsbedömare ²	3 368	1,3	+549 (21)
Summa högskoleutbildad personal	25 188	10	+4 897 (24)
Totalt	254 173	100	+28 624 (13)

¹ Ökningen beror på förändrad yrkesindelning.² Avser 2014, uppgift för 2015 saknas.

Källa: SOU 2017:21, bearbetning av data av SCB.

Sysselsättningsgrad

SKR:s personalstatistik visar att 72 procent av de anställda inom vård och omsorg i kommunernas egen regi är tillsvidareanställda, medan visstidsanställda utgör sex procent. Andelen som arbetar vid behov, ”timavlönade”, är 23 procent. Sett till arbetad tid står tillsvidareanställda för 78 procent av den arbetade tiden, månadsavlönat tidsbegränsade anställda står för sex procent och timavlönade för 16 procent.¹²¹ Enligt fackförbundet Kommunal har andelen tidsbegränsat anställda inom äldreomsorgen ökat mellan 2010 och 2017 med cirka fem procentenheter. I verksamheter i kommunal regi var 27 procent tidsbegränsat anställda, i privat regi 37 procent. Kommunals analyser bygger på data från SCB:s arbetskraftsundersökning.¹²²

Andelen som är heltidsanställda och heltidsarbetande i de tre personalgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden är betydligt lägre än i övriga personalgrupper i kommunerna,

¹²⁰ SOU 2017:21, Specialbearbetning av data från SCB, liknande har inte gjorts senare.¹²¹ Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av coronapandemin*.¹²² H. Andersson (2018), *Så mycket bättre? En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg*, Kommunal 2018.

59 procent är anställda på heltid och 46 procent arbetar heltid. Genomsnittet för samtliga anställda i en kommun ligger på 81 respektive 69 procent. Ökningen går dock i en något snabbare takt i dessa tre grupper än för övriga personalkategorier. Ökningen beror både på att många av de nyanställda arbetar heltid och att redan anställda som arbetar deltid går upp till heltid.¹²³ Andelen som arbetar heltid i hemtjänsten är högre i storstads- och större kommuner (60 procent) än landsbygdskommuner (40 procent). Att vara anställd heltid är även i särskilt boende vanligare i storstadskommuner (58 procent) än i landsbygdskommuner (33 procent). I landsbygdskommunerna finns däremot fler tillsvidareanställda (94 procent) än i storstadskommunerna (83 procent).¹²⁴

Personalrörligheten inom kommunal vård och omsorg är något högre (18 procent) än genomsnittet på arbetsmarknaden (16 procent) och något lägre än vård och omsorg i privat sektor (20 procent).¹²⁵ År 2017 var omsorgspersonalen sjukskriven i snitt 20 dagar om året, vilket är dubbelt så många dagar som för genomsnittet av alla anställda i Sverige.¹²⁶

Bemanning

Internationella studier har visat att kvalitetsbrister i särskilda boenden har samband med låg bemanning.¹²⁷ Hög personaltäthet, särskilt bland sjuksköterskor, hade enligt en internationell översikt samband

¹²³ Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Fakta om äldreomsorgen i ljust av coronapandemin*.

¹²⁴ A. Stranz (2018), *Att arbeta på äldreboende: en jämförelse över tid och mellan stad, tätort och landsbygd*, i H. Jönsson och M. Szebehely (red) *Äldreomsorgen i Sverige*, Lund, Gleerups 2018.

¹²⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Fakta om äldreomsorgen i ljust av coronapandemin*.

¹²⁶ Socialstyrelsen (2020), *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19*.

¹²⁷ U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services prepared by Abt Associates Inc.: *Appropriateness of minimum nurse staffing ratios in nursing homes. Report to Congress: Phase II final* (Vol. I-III). Baltimore, MD: Author, 2001.; Wagner, L. M. & Rust, T. B.: *Safety in long-term care settings; Broadening the patient safety agenda*. Edmonton, Alberta, Canada: Canadian Patient Safety Institute, 2008.

med bra vårdprocesser och vårdresultat.¹²⁸ Regeringen framhåller i Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan att äldreomsorgen är en komplex miljö att arbeta i, vilket kräver personal med kvalificerad yrkeskompetens.¹²⁹

Det är förhållandevis stora skillnader mellan kommunerna vad gäller bemanningen, särskilt vad gäller sjuksköterskor. I Socialstyrelsens enhetsundersökning redovisar de särskilda boendena uppgifter om antal sjuksköterskor respektive omsorgspersonal dagtid vardagar och helger. Socialstyrelsen har räknat om detta till antal personal per antalet bostäder.

För sjuksköterskorna skiljer det, som redovisas i figur 5.9, vardagar mellan 0,02 sjuksköterska per bostad för boendet vid andra percentilen (två procent av boendena har lägre värden) och 0,14 för boende vid 98:e percentilen (98 procent har lägre och två procent alltså högre värden), helger mellan 0,002 och 0,07. Medianvärdet är vardagar 0,043 och helger 0,007 (figur 5.9). Omräknat till en boendeenhet med nio bostäder innebär det i genomsnitt vardagar 0,4 sjuksköterska per boendeenhet, helger 0,06 sjuksköterska.

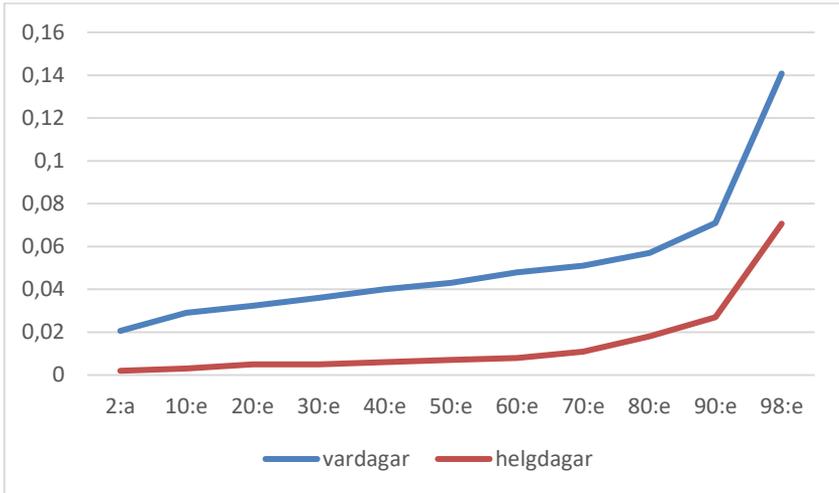
För omsorgspersonalen är, som framgår av figur 5.10, skillnaderna för de olika särskilda boendena vardagar mellan 0,2 och 0,53 personal per bostad, helger 0,17 och 0,44 per bostad. Medianvärdet är 0,29 respektive 0,25 (figur 5.10). Omräknat till en boendeenhet med nio bostäder innebär det i genomsnitt vardagar 2,6 och helger 2,3 omsorgspersonal per boendeenhet.¹³⁰

¹²⁸ Bostick, J. E., Rantz, M.J., Flesner, M.K., & Riggs, C. J.: *Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes*. Journal of the American Medical Directors Association, 7, s. 366–376, 2006.; Castle, N.: *Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: A literature review*. Journal of Applied Gerontology, s. 27, s. 375-405, 2008.; Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L. & Bowman, C.: *The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A Systematic review*. International Journal of Nursing Studies, 48(6), s. 732–750, 2011.

¹²⁹ Regeringens skrivelse 2017/18:280.

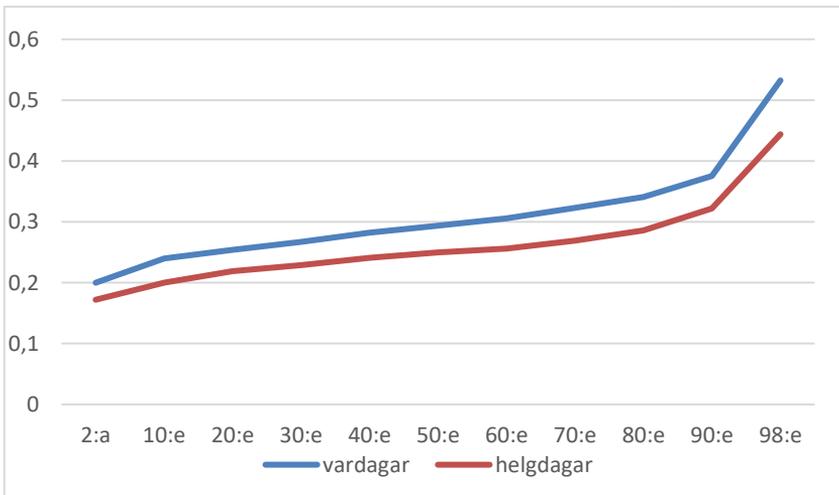
¹³⁰ Källa: Socialstyrelsen Enhetsundersökningen 2019.

Figur 5.9 Antal sjuksköterskor per antal bostäder i särskilt boende
 Antal i det särskilda boendet vid andra, tionde etc. percentilen



Källa: Socialstyrelsen, Enhetsundersökningen 2019.

Figur 5.10 Antal omsorgspersonal per antalet bostäder i särskilt boende
 Antal i det särskilda boendet vid andra, tionde etc. percentilen



Källa: Socialstyrelsen, Enhetsundersökningen 2019.

Det finns ingen etablerad norm för vad som är ”rätt” bemanning. I socialtjänstförordningen föreskrivs att det i särskilt boende ska finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om de boende behöver stöd och hjälp (2 kap. 3 § SoF).

I en studie genomförd av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum var slutsatsen att det med en bemanning om tre anställda dagtid på ett gruppboende för personer med demenssjukdom med nio boende finns förutsättningar för att ge en god vård och omsorg, medan tiden inte räcker på de enheter som har två anställda eller 2,5 där man delar på en så kallad ”löpare” mellan två boende-enheter.¹³¹

I snitt i landet har en sjuksköterska hand om cirka 30 omsorgsmottagare vardagar och mellan 100–150 på helgdagar.¹³² I Sverige är det räknat för hela landet 14 omsorgsmottagare per sjuksköterska i de särskilda boendena, att jämföra med Norge där det går 2,5 omsorgsmottagare per sjuksköterska i sjukhemmen.¹³³

I ett avhandlingsarbete studerades den personliga omvårdnaden i särskilt boende. En slutsats var att låg bemanning och tidsbrist medförde att den kroppsliga omvårdnaden skedde i ett så högt tempo att det kunde leda till sänkt välbefinnande för den äldre, samvetsstress hos undersköterskorna och försätta anhöriga i en ambivalent situation.¹³⁴

Att omsorgspersonalen upplever sig tidspressade är inget som bara gäller Sverige, det ser likadant ut i de övriga nordiska länderna. I Norge som har högst bemanning upplever en tredjedel av omsorgspersonalen att de oftast har för mycket att göra att jämföra med hälften i Sverige. Sex av tio är oroliga för att den låga bemanningen innebär en risk för omsorgsmottagarna.¹³⁵

¹³¹ S. E. Wänell, B. Trygg (2010), *Lämplig bemanning – i boende särskilt avsett för personer med demenssjukdom*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2010:10.

¹³² Socialstyrelsen (2020), *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*.

¹³³ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

¹³⁴ B. Holmberg (2020), *Att vilja men inte kunna*, *Äldre i centrum* 3/2020, s. 50–53.

¹³⁵ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

Utbildningsnivån hos omsorgspersonalen

Undersköterska är ännu inte en skyddad yrkestitel och det finns ingen specifik ”undersköterskeutbildning”. Ett förslag finns att undersköterska ska bli en skyddad yrkestitel från och med 2025, med en tioårig övergångstid för de som då har en sådan tjänst.¹³⁶ Den vanligaste utbildningen i dag är gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram eller del av den om personen redan besitter viss kunskap som kan valideras. Socialstyrelsen har utfärdat allmänna råd om grundläggande kunskap för omsorgspersonalen (SOSFS 2011:2).

Utbildningsnivån för omsorgspersonalen har ökat över tid. För 25 år sedan var 26 procent av kommunernas omsorgspersonal undersköterskor¹³⁷, tjugo år senare (2015) var andelen 56 procent av omsorgspersonalen. Enligt Socialstyrelsens årliga kartläggning för 2019 där uppgifterna är självrapporterade och enbart avser tillsvidareanställd personal, var andelen med adekvat utbildning på vardagar i snitt 83 procent med en spridning från 15 till 100 procent. Tabell 5.5 visar dessa skillnader mellan kommunerna.¹³⁸

Tabell 5.5 Andel omsorgspersonal i särskilt boende som uppges ha adekvat utbildning, vardagar respektive heldagar

Andel	Vardagar	Helgdagar
Min	15	17
10:e percentilen	59	54,6
1:a kvartilen	72	67
Median	83	81
3:e kvartilen	93	93
90:e percentilen	100	100
Max	100	100

Källa: Enhetsundersökningen 2019.

Utredningen Nationell Kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer lät SCB göra en specialbearbetning för 2015 av alla anställda inom hemtjänst/hemsjukvård och särskilt boende. Den visade på en

¹³⁶ Ds 2020:15, Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser.

¹³⁷ SOU 2019:20.

¹³⁸ Socialstyrelsen, Enhetsundersökningen 2019.

lägre andel med utbildning än vad som framkommer i Socialstyrelsens enhetsundersökning. Andelen som 2015 hade yrkesutbildning för sitt arbete var för kvinnorna 62 procent, för männen 37 procent.¹³⁹ Utredningen förslog en avsevärd utbyggnad av utbildningen till undersköterska.

En utmaning för kommunerna, särskilt i storstadsregionerna, är att tillgodose behov av utbildning i svenska för den personal som har behov av dessa språkkunskaper. År 2015 var 56 procent av omsorgspersonalen, som var anställda i ett särskilt boende i storstadskommunerna, födda i ett annat land. I övriga kommuner var andelen 19 procent. Mer än hälften av omsorgspersonalen som besvarat enkäten i studien Nordcare instämde helt eller delvis att det är ett problem att många i personalen inte pratar eller skriver tillräckligt bra svenska.¹⁴⁰

Göran Johnsson, Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre, framhåller att utbildning är grundläggande.

Det är en särskild utmaning att arbeta i en annan människas hem, vilket ställer krav på lyhördhet och flexibilitet. Det handlar också om att två perspektiv – det medicinska och det sociala – behöver finnas tillsammans i balans.¹⁴¹

Många besök, många besökare

Personalkontinuitet är en faktor som identifierats som viktig för de som har hemtjänst, såväl vad gäller kvaliteten i det arbete som utförs som för den äldre personens trygghet. Antal anställda som en äldre person med hemtjänst och två besök eller mer varje dag (måndag–söndag) möter under en 14-dagarsperiod har ökat under de senaste 13 åren. År 2007 uppgick antalet till tolv personer jämfört med 16 personer enligt den senaste mätningen från hösten 2019. Variationen mellan kommunerna är stor och har varit det över tid. I

¹³⁹ SOU 2017:21.

¹⁴⁰ A. Stranz (2018), *Att arbeta på äldreboende: en jämförelse över tid mellan stad, tätort och landsbygd*, i H. Jönsson och M. Szebehely (red) *Äldreomsorgen i Sverige*, Lund, Gleerups 2018.

¹⁴¹ G. Johnsson (2020), *Utveckla med utbildning och mer professionalism*, *Äldre i centrum* 3/2020, s. 42–44.

kommunen med bäst personalkontinuitet möter den äldre personen sju olika personer, i kommunen med lägst personalkontinuitet 26.¹⁴²

För att stärka personalkontinuiteten har det sedan början av 2000-talet varit en ambition att det ska finnas en namngiven person i arbetsenheten som är den äldre personens kontaktperson. Regeringen tillsatte 2019 en utredning för att utreda hur ett krav på en fast omsorgskontakt kan utformas. Betänkandet lämnades den 30 november 2019. I betänkandet redovisas förslag om tillägg i socialtjänstlagen om en fast omsorgskontakt som ska ha yrkestiteln undersköterska och utföra både omsorg och den samordning som behövs.¹⁴³ En majoritet av landets hemtjänstenheter uppger redan i dag att de har en namngiven kontaktperson. Nästan fyra av tio enheter uppger dock att de inte har det.¹⁴⁴ Vad en kontaktperson ska göra kan variera från att den äldre personen sällan träffar denne till att det är den personen som utför merparten av insatserna.¹⁴⁵

Antalet omsorgsmottagare som hemtjänstpersonalen besöker under en dag har ökat från i genomsnitt fyra på 1980-talet till 12 år 2015.¹⁴⁶

I särskilt boende hjälper en anställd under ett arbetspass i genomsnitt tio omsorgsmottagare.¹⁴⁷

Enhetschefen har många medarbetare

År 2015 fanns drygt 4 100 enhetschefer¹⁴⁸ inom den av kommunerna finansierade vården och omsorgen om äldre.¹⁴⁹ Social omsorgsutbildning eller socionomutbildning är den vanligaste utbildningen och en betydande andel är sjuksköterskor. En mindre del har admi-

¹⁴² Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av coronapandemin*.

¹⁴³ SOU 2000:70.

¹⁴⁴ Socialstyrelsen, Enhetsundersökningen 2019.

¹⁴⁵ SOU 2020:70.

¹⁴⁶ M. Szebehely, A. Stranz, R. Strandell (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.

¹⁴⁷ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden.

¹⁴⁸ Här avses enhetschef enligt Standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) 2012, yrkesklassen 1532, enhetschef inom äldreomsorg, nivå 2.

¹⁴⁹ SOU 2017:21.

nistrativ utbildning.¹⁵⁰ Det finns inga föreskrifter med krav på vilken kompetens en enhetschef ska ha, men när juridiska personer ansöker att få tillstånd att driva särskilt boende eller hemtjänst prövar IVO om den som söker tillstånd har erfarenhet eller på annat sätt förvärvat insikt i de lagar och övriga föreskrifter som gäller för verksamheten.

Enhetscheferna har ofta många underställda medarbetare. För utredningen Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer tog Statistiska centralbyrån (SCB) fram data om genomsnittligt antal medarbetare per chef. År 2009 var det 54 medarbetare per chef och antalet har sedan dess ökat till genomsnittligt 60 medarbetare per chef 2015.¹⁵¹ SKR bedömer att det inte går att se att antalet medarbetare per enhetschef förändrats under senare år.¹⁵² Det administrativa stödet är ofta svagt. När en chef har många underställda uppfattar medarbetarna chefen som mindre stödjande.¹⁵³ I en nordisk jämförelse har enhetscheferna i svensk äldreomsorg betydligt fler medarbetare än grannländerna. I finska äldreboenden går det cirka 15 anställda per chef. Det återspeglas också i att personalen i de svenska särskilda boendena i betydligt mindre utsträckning än i de tre grannländerna haft möten med sin närmaste chef. I Sverige angav år 2015 tolv procent att de hade det minst en gång i veckan, att jämföra med Finland som ligger högst med 36 procent.¹⁵⁴

¹⁵⁰ M. Wolmesjö, P-Å Karlsson (2016), *Professionsutbildningsbakgrund och ledarskap inom äldreomsorgen*. i L. Dellve, L och M. Wolmesjö (red.) *Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat vårdeskapande. I en röra av vården och förutsättningar*. Vetenskap för profession 35:2016. Borås, 2016. Uppgifterna avser 474 enhetschefer verksamma i västra och södra Sverige som deltagit i den statliga ledarskapsutbildningen vid högskolan i Borås och som valt att delta i en forskningsstudie. I detta urval saknade ca 40 procent högskoleutbildning.

¹⁵¹ SOU 2017:21.

¹⁵² Sveriges Kommuner och Regioner (2020) *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av Coronapandemin*.

¹⁵³ A. Bäck, U. von Thiele Schwartz, H. Hasson, A. Richter (2020), *Aligning Perspectives? – Comparison of top and middle-level managers' views on how organization influences implementation of evidence-based practise*, The British Journal of Social Work, Volume 50, Issue 4, June 2020, p. 1126-1145.

¹⁵⁴ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

Legitimerad personal

Antalet legitimerade yrkesutövare för åren 2009–2015 framgår nedan av tabell 5.4 och för åren 2015–2017 av tabell 5.6. Den ökning av legitimerade yrkesutövare som fanns under åren 2009–2014 bröts 2014, därefter har antalet minskat ytterligare något.

Tabell 5.6 Legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård år 2015, 2016 och 2017¹⁵⁵

Yrkeskategori	2015	2016	2017	varav i ordinärt boende (%)	varav i säbo (%)
Sjuksköterska	14 350	14 100	14 075	59	41
Arbetsterapeut	2 760	2 719	2 665	58	43
Fysioterapeut	1 860	1 900	1 914	59	41
Dietist	34	42	37		
Summa	19 004	18 761	18 691		

Källa: Socialstyrelsen (2020) Vård och omsorg om äldre, lägesrapport.

Socialstyrelsen har kartlagt tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i kommunerna. Nästan sex av tio kommuner redovisade brist på sjuksköterskor. Bristen på specialistsjuksköterskor var ännu större. Av de svarande kommunerna hade 74 procent brist medan sex procent inte alls hade tillgång till den yrkesgruppen. Det var också vanligt med brist på rehabiliteringspersonal, nästan hälften av kommunerna hade brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Endast ett fåtal kommuner redovisade att de varken hade eller hade haft brist på legitimerad personal.

Biståndshandläggare – en svår yrkesroll

Biståndshandläggarens arbete styrs av socialtjänstlagen och kommunala riktlinjer. Handläggaren har även att ta hänsyn till den budget som kommunfullmäktige lagt fast och förväntas samtidigt vara socialarbetare och kurator och kunna lotsa den äldre personen i en

¹⁵⁵ Dataunderlaget för tabell 5.7 och 5.8 är olika, därför skiljer sig uppgifterna för 2015.

situation som är ny och oönskad – att inte längre klara sin vardag själv. Det kan vara en motsägelsefull roll.

År 2015 fanns det 3 316 biståndshandläggare, en ökning med nära 800 (21 procent) mellan 2009 och 2015.¹⁵⁶ En handläggare har ansvar för i genomsnitt 106 äldre personer, med stora variationer mellan kommunerna.¹⁵⁷

Socialstyrelsen gav 2007 ut allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som gäller äldre personer. I råden rekommenderas att den personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer bör ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning.¹⁵⁸ År 2019 var sju av tio socionomer.¹⁵⁹

5.7 En fragmenterad organisation

Som redovisats i kapitel 4 ger både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen kommunerna och regionerna skyldighet att samverka om vården och omsorgen om äldre personer, både på övergripande nivå och på individnivå i form av samordnade individuella vårdplaner (SIP).

I betänkandet Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer (2017) konstaterade utredningen att uppdelningen på två huvudmän, två lagar, sekretessbestämmelser, tidsbrist och, speciellt i större kommuner, många vård- och omsorgsgivare försvårar att kunna erbjuda en samordnad vård. De ekonomiska ersättningsmodellerna och den uppföljning som kommuner och regioner har av de som utför vården och omsorgen bidrar till att ge incitament att fokusera på den egna verksamheten, inte på samverkan med vårdgrannar.

För äldre personer med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork och ett sviktande socialt nätverk redovisade utredningen en rad brister i hur vården och omsorgen är organiserad. Det konstaterades att det brister alltför lätt i samspelet mellan slutenvård och primärvård liksom mellan primärvård och äldreomsorg. Rehabilitere-

¹⁵⁶ SOU 2017:21.

¹⁵⁷ Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2020 – äldreomsorg.

¹⁵⁸ Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2007:17 [S]) om *personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer*.

¹⁵⁹ Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2020 – äldreomsorg.

ringsinsatserna kan vara splittrade och kortvariga. Insatserna från de olika aktörerna är enligt utredningen ofta reaktiva, inte proaktiva och det finns allt för sällan någon som tar ett helhetsansvar. Det gäller såväl mellan som inom huvudmännen och mellan olika vårdgivare och utförare av hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Det anges vidare att om det finns anhöriga kan de ofta uppleva att de har en ensam roll i sin uppgift att stödja den närstående där de får ta stort ansvar att koordinera och samordna vården och omsorgen.¹⁶⁰

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bedömde 2016 att det då fanns cirka en miljon personer som hade komplexa samordningsbehov och att det var en växande grupp. Myndigheten konstaterade dock att verksamheterna till stor del är organiserade för att möta patienter och personer med mer avgränsade behov. Vården och omsorgen behöver hitta nya lösningar för att anpassa sig till en mer komplex och omfattande behovsbild.¹⁶¹

Regeringen tillsatte 2013 en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I samordnarens slutbetänkande konstaterades att hälso- och sjukvården och omsorgen behöver fokusera på de största utmaningarna, till exempel att tillgodose behoven för vårdens storkonsumenter på ett klokt sätt. Samordnarens bedömning var att så inte sker.¹⁶²

Nära vård – en ambition att förändra arbetssätt och samverkansformer

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård pekade på att den demografiska och medicinska utvecklingen ställer krav på en omställning till mer av såväl förebyggande och hälsofrämjande arbete som av vård i hemmet. Hur detta ska ske behöver enligt utredningen utformas lokalt, gemensamt av region och kommun, med ett långsiktigt perspektiv. Nära vård ska ses som ett förhållningssätt, inte en ny organisation. Utredningen framhöll att det bland annat handlar om en kulturförändring. Den individuella

¹⁶⁰ SOU 2017:21.

¹⁶¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016), *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.

¹⁶² SOU 2016:2.

situationen och den enskildes preferenser ska vara utgångspunkten och hela livssituationen ska beaktas.¹⁶³

Regeringen presenterade efter detta ett förslag till målbild som innebär att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.¹⁶⁴

Socialstyrelsen har kring årsskiftet 2019/2020 gjort en uppföljning av regionernas och kommunernas beredskap och förutsättningar för att forma en nära vård. I den redovisades bland annat att regionerna och kommunerna är överens om inriktningen, och att de har påbörjat arbetet. Av landets kommuner redovisade 28 procent att det fanns en överenskommen målbild för omställningen till en mer nära vård mellan kommun och region. Fyra av tio kommuner hade ett politiskt beslut om samverkan mellan kommunen och regionen för en sådan omställning. Svårigheter att rekrytera personer med rätt kompetens var dock ett återkommande tema i flertalet regioner och kommuner.¹⁶⁵

Även om målet med nära vård inte är nytt har det bara varit på enstaka platser i landet som detta förverkligats.¹⁶⁶

Enligt Socialstyrelsen uttrycker de allra flesta regioner i sina nulägesrapporter av omställningen till nära vård att de arbetar med olika former av mobila team för att kunna bedriva hälso- och sjukvård utanför sjukhusen och vårdcentralerna. En del regioner arbetar i projektform medan andra har etablerat mer permanenta lösningar. Mobila team bemannas ofta gemensamt från specialistvård, primärvård och kommun. Mobila team beskrivs som ett konkret sätt att flytta sjukhusresurser ut i första linjens vård, närmare befolkningen. Syftet anges vara att exempelvis undvika påfrestande transporter för patienten och minska antalet akutbesök och återinläggningar. Det handlar också om en effektivisering och en möjlighet att kunna minska behovet av vårdplatser i slutenvården.¹⁶⁷

Mobila team har funnits i Närvården i Skaraborg sedan 2001, och finns nu i hela Västra Götalandsregionen. Närvård Skaraborg har

¹⁶³ SOU 2020:19.

¹⁶⁴ Prop. 2019/20:164.

¹⁶⁵ Socialstyrelsen (2020) *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*.

¹⁶⁶ SOU 2017:21.

¹⁶⁷ Socialstyrelsen (2020) *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*.

utvärderats.¹⁶⁸ Några nationella utvärderingar av arbetsformerna har dock ännu inte gjorts.¹⁶⁹

5.8 En nordisk jämförelse

De nordiska grannländerna har en liknande struktur för sin vård och omsorg om äldre personer. Det är kommunen som ansvarar för insatser som hemtjänst och särskilt boende/motsvarande. I Finland och Norge svarar kommunerna även för primärvården. I Danmark har de fem regionerna ansvaret för avtalen med privata primärvårdsmottagningar, kommunerna har ansvaret för hemsjukvård och sjukhem. Vården och omsorgen är i huvudsak skattefinansierad, egenfinansiering genom avgifter varierar.

Enligt statistik från det nordiska samarbetet, NOSOSKO, för 2015 är den andel av BNP som gick till vård och omsorg för äldre personer relativt lika i Danmark, Finland och Sverige och något lägre i Norge.¹⁷⁰

Storleken på kommunerna skiljer. Både Norge och Island har många små kommuner. Även Finland har i förhållande till sin befolkning betydligt fler kommuner än Sverige. Danmark som har genomfört en stor kommunreform har minst antal.

Hemtjänst är basen och sjukhemmet en insats när hemtjänst inte räcker till. Det finns samtidigt, som redovisas i Marta Szebehelys underlagsrapport, skillnader mellan länderna som kan ha haft betydelse för hur covid-19 drabbade personer med äldreomsorg.

Andel äldre personer som har omsorg

Befolkningsstrukturen är relativt lika i de nordiska länderna. Andelen som är 80 år och äldre beräknas öka från knappt fem procent till 8,6 procent år 2040. I glesbygdskommuner är andelen äldre

¹⁶⁸ Health Care Management, *Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomiska analyser*, Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting 2013.

¹⁶⁹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa och utvärdera hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård. En första delrapport ska lämnas i januari 2021, slutrapport mars 2023.

¹⁷⁰ Nordiska socialstatistikkommittén (2017), *Social Protection in the Nordic Countries, Scope, Expenditure and Financing*, NOSOSKO 63:2017.

personer högre än i storstadskommunerna.¹⁷¹ Det skiljer dock mellan de nordiska länderna i andel av befolkningen som är 65 år eller äldre. I Island och Norge var andelen år 2013 drygt 13 procent, i Danmark cirka 18 procent och i Sverige och Finland cirka 19 procent.¹⁷²

Det finns vissa svårigheter med att jämföra andel av den äldre befolkningen som har någon form av omsorg, främst beroende av skilda gränsdragningar mellan vilka typer av äldreboenden som räknas in.

Hemtjänst

Högst andel med hemtjänst hade Danmark. År 2016 hade 32 procent av personer 80 år och äldre hemtjänst., Lägst andel hade Finland med 16 procent. I Sverige var andelen det året 23 procent.

I snitt har en mottagare av hemtjänst 3,5 timmar per vecka i Danmark. I Norge är snittet 4,5 timmar, i Sverige cirka åtta timmar.¹⁷³

Särskilt boende/motsvarande

Om enbart boendeformer med fast personal räknas in har Danmark, Finland och Sverige ungefär lika omfattande platstillgång, Norge har klart flest platser. I Danmark och Sverige talar man inte längre om institutioner. I Sverige försvann begreppet med Ädelreformen.

År 2016 hade Norge högst andel omsorgsmottagare som bor i sjukhem eller omsorgsboende, det vill säga 21 procent av befolkningen 80 år och äldre. I Danmark var andelen 12 procent och i Sverige var andelen 14 procent.¹⁷⁴

I alla de nordiska länderna minskar andelen som bor i särskilt boende/motsvarande. Minskningen är lägst i Norge. Ambitionen att den äldre personen så långt som möjligt ska kunna bo kvar i sitt hem finns i alla länderna.¹⁷⁵

¹⁷¹ Nordens Valfärdscenter (2015), *Äldreomsorg i Norden*.

¹⁷² Nordens Valfärdscenter (2013), *Så bor 80+ i Norden*.

¹⁷³ Nordens Valfärdscenter (2015), *Äldreomsorg i Norden*.

¹⁷⁴ Statistik från NOSOSKO, se vidare Marta Szebehely, Underlagsrapport 2020, Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden.

¹⁷⁵ Nordens Valfärdscenter (2015), *Äldreomsorg i Norden*.

Olika former av äldreboenden i de nordiska länderna

I Norge betraktas *sykehjem* som institution medan *omsorgsboliger* kan ha en lägre bemanning. Sex av tio bor på sjukhem, fyra av tio på omsorgsboende av totalt cirka 50 000 personer (cirka åtta procent av befolkningen 65+).

Även Finland skiljer mellan institutioner och mer serviceliknande äldreboenden. I Finland sker en snabb förändring från traditionella institutioner till servicehus. Totalt bodde år 2018 cirka 54 000 personer i någon av dessa former (drygt fyra procent av befolkningen 65+).

I Danmark skiljer man mellan boenden där det finns personal dygnet runt (*plejeboliger, plejehjem*) och allmänna äldre boenden där hjälpen ges genom hemtjänst. Cirka 42 000 personer (3,8 procent av befolkningen 65+) bor i *plejeboliger*/ motsvarande, cirka 24 000 i allmänna äldreboenden.

I Sverige ingår både vård- och omsorgsboenden och servicehus i det särskilda boendet. Det är dock bara vissa kommuner som har kvar servicehus. I servicehusen ges insatserna ofta i form av hemtjänst. Boendeformer som seniorboende och trygghetsboende ingår inte i den officiella statistiken.¹⁷⁶

Omsorgsbehov

I Sverige saknas som vi sett nationell statistik för vårdtyngd och omsorgsbehov hos de som bor i särskilt boende. Marta Szebehely konstaterar i sin underlagsrapport att det inte går att hitta jämförande data mellan länderna. Ett mått hon använder är hur länge man lever efter att ha flyttat in i ett särskilt boende/motsvarande. De norska uppgifterna omfattar dock enbart sjukhemmen. I Danmark lever den som flyttar in i snitt två år och åtta månader, i norska sjukhem två år, i Sverige som redovisats ovan knappt två år. Marta Szebehely har inte kunnat hitta några uppgifter från Finland.

I alla länderna finns det personer som dör en kort tid efter inflyttningen medan andra lever i flera år på boendet. Det återspeglas i alla de fyra studerade länderna att äldreboendet är en plats både för

¹⁷⁶ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

de som flyttar in vid livets slut och de som flyttar in, ofta med en demenssjukdom, och har flera år kvar i livet.

Det faktum att äldreboendet är en plats för både sociala aktiviteter och palliativ vård är en utmaning i alla ländernas äldreboenden – både under en pandemi och i vanliga fall

konstaterar Marta Szebehely.¹⁷⁷

Bemanning

I ett europeiskt perspektiv har Sverige en hög bemanning inom vård och omsorg om äldre personer. Norge och Sverige har flest anställda sjuksköterskor och undersköterskor räknat per invånare 65 år och äldre.¹⁷⁸

Marta Szebehely konstaterar i sin rapport till Coronakommissionen att det är svårt att bedöma personaltäthet i de särskilda boendena/motsvarande. Finland har som enda land i Norden lagstiftat om en minimibemanning, detta efter att tillsynsmyndigheterna uppmärksammat en rad brister i de nya servicehusen, främst när det gällde personaltätheten. Bemanningen ska ökas från 0,5 till 0,7 personal per omsorgsmottagare år 2023. I den tiden ingår enbart omsorgsarbete, varför bemanningstalet inte kan jämföras med Sverige, där det år 2011 var 0,96. Även om fler typer av insatser ingår i den svenska omsorgspersonalens arbetsuppgifter torde bemanningen i finska äldreboenden vara betydligt lägre än i svenska. Marta Szebehelys bedömning utifrån de osäkra data som finns att tillgå är att bemanningstätheten är ungefär lika i danska äldreboendena som svenska medan de är högre i de norska.¹⁷⁹

Sverige har troligen flest timanställda, data är även här osäkra.¹⁸⁰

I Danmark och Norge är den utbildning som svarar mot det svenska vård- och omsorgsprogrammet cirka fyra år, i Finland som i Sverige är den tre år. I samtliga våra tre grannländer leder utbild-

¹⁷⁷ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

¹⁷⁸ SOU 2017:21.

¹⁷⁹ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

¹⁸⁰ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

ningen fram till ett yrke med en skyddad yrkestitel, i Danmark och Norge även legitimation.¹⁸¹

I Danmark hade en tredjedel av kommunerna inga utbildade alls, i en tredjedel högst fem procent av omsorgspersonalen. En tredjedel är *social- och sundhetskjelpere* som har den fyraåriga utbildningen, hälften har en kortare utbildning (19 månader), *social- och sundhetsassistenter*. Tretton procent är legitimerade yrkesutövare.

I Norge är andelen *helsefagarbeider* 42 procent, sjuksköterskor 31 procent. En fjärdedel har ingen eller kortare vård- eller omsorgsutbildning.

I Finland är cirka 80 procent *närvårdare* som är en skyddad yrkestitel, nio procent är sjuksköterskor och de övriga elva procenten är vårdbiträden, omsorgsassistenter och motsvarande.

Andelen omsorgspersonal som saknar utbildning är högre i Sverige än i våra grannländer, nära 40 procent. Andelen sjuksköterskor är ungefär lika hög som i Danmark och Finland men klart lägre än i Norge.

Enhetscheferna i Sverige har fler medarbetare än i de övriga nordiska länderna, särskilt jämfört med Finland. I Sverige har som redovisats en enhetschef i genomsnitt 60 medarbetare, i Finland cirka 15.¹⁸²

Huvudmannskapet för läkarna

Läkarna tillhör i Norge den kommunala hälso- och sjukvården. Läkarna arbetar ofta både som sjukhemsläkare och *fastlege* (ungefär primärvårdsläkare). Läkartätheten har ökat under 2010-talet, och är i sjukhemmen i genomsnitt 0,55 timme per patient och vecka.

Danmark har tidigare haft ett system där varje boende hade kvar sin allmänläkare. Under andra hälften av 2010-talet har ambitionen, understödd med statsbidrag, varit att läkare ska knytas till äldreboendena. År 2019 hade en tredjedel av Danmarks kommuner infört fast läkare i alla sina äldreboenden.¹⁸³

¹⁸¹ SOU 2017:21.

¹⁸² Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

¹⁸³ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

Även i Finland är hälso- och sjukvården, inklusive läkarna, en kommunal angelägenhet. En utveckling är på väg mot att social- och hälsotjänsten integreras. Kommuner kan samarbeta med varandra om till exempel personal.¹⁸⁴

5.9 Socialstyrelsens och IVO:s iakttagelser

Socialstyrelsen ger årligen ut en lägesrapport där kommunernas vård och omsorg om äldre personer beskrivs. Sedan 2014 ger IVO ut årliga tillsynsrapporter. I detta avslutande avsnitt redovisas några av de beskrivningar som de båda myndigheterna gett, för Socialstyrelsen med start 2010.

5.9.1 Socialstyrelsens lägesrapporter

När Socialstyrelsen i sin lägesrapport 2010 gjorde en tillbakablick konstaterade myndigheten att de reformer som genomförts under åren 1990–2005 inneburit att personer med långvariga vård- och omsorgsbehov inte längre behövde vistas eller bo på sjukhus eller i annan institutionsmiljö. Boende och vård hade förbättrats för personer med demenssjukdom. Möjligheterna att bo kvar i det egna hemmet hade ökat.

Samtidigt redovisades några kvarstående problem:

- Korta vårdtider på sjukhus som innebär ökat tryck på hemsjukvård och kommunernas korttidsboenden.
- Brister i medicinsk kompetens i kommunal vård och omsorg.
- Brister i läkares medverkan i kommunal vård och omsorg.¹⁸⁵

I lägesrapporten konstaterades att många äldre personer bodde kvar hemma med stora vård- och omsorgsbehov och därför behövde ett sammanhållet omhändertagande och en organisation anpassad till deras olika behov. I rapporten påtalade Socialstyrelsen att det var en låg andel av personalen som hade en eftergymnasial utbildning, vilket myndigheten bedömde berodde på hur det varit tidigare och

¹⁸⁴ Nordens Välfärdscenter (2015), *Äldreomsorg i Norden*.

¹⁸⁵ Socialstyrelsen (2010), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2010.

att detta sannolikt skulle ta lång tid att förändra. Den stora omsättningen av personal och andelen timanställda inom äldreomsorgen bidrog till att göra situationen än mer komplex vilket innebar en risk för att omsorgsmottagarna inte skulle få sina behov tillgodosedda. Det får då också stora konsekvenser för de anhöriga som fått ta ett allt större ansvar för vården och omsorgen om sina närstående påpekade Socialstyrelsen.¹⁸⁶

Flera av dessa iakttagelser återkommer sedan i de kommande årliga lägesrapporterna.

Resurser

Det fanns starka skäl, menade Socialstyrelsen 2011, att ifrågasätta om alla äldre personer fick den vård och omsorg de behövde för att uppnå en skälig levnadsnivå. Resurstillgången i kommunernas vård och omsorg om äldre personer hade begränsats så att äldres säkerhet och trygghet inte alltid kunde tillgodoses. Det fanns också anledning att ifrågasätta om personer med stora hjälpbehov, för vilka alternativet är särskilt boende, fick hemtjänst i tillräcklig omfattning.¹⁸⁷

I lägesrapporten 2015 redovisade Socialstyrelsen att medan andelen personer 80 år och äldre som hade hemtjänst varit oförändrad åren 2008–2013 så hade andelen som bodde i särskilt boende minskat från 15,6 procent till 12,9. I drygt en femtedel av landets kommuner hade en minskning av andelen skett både för hemtjänst och särskilt boende.¹⁸⁸

I lägesrapporten 2020 redovisades att den minskning av andel med äldreomsorg som Socialstyrelsen pekade på 2015 hade fortsatt. Socialstyrelsen anförde att

minskningen av särskilt boende borde öka behoven av hemtjänst, korttidsboende och dagverksamhet, men så är inte fallet. Det innebär att insatsen hemtjänst minskar trots att andelen personer 80 år och äldre som tidigare bodde i särskilt boende men som nu bor längre tid i ordinärt boende ökat.¹⁸⁹

¹⁸⁶ Socialstyrelsen (2010), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2010.

¹⁸⁷ Socialstyrelsen (2011), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2011.

¹⁸⁸ Socialstyrelsen (2015), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015.

¹⁸⁹ Socialstyrelsen (2020), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*.

Hälso- och sjukvårdskompetens

Läkartillgången i särskilt boende var år 2011 i genomsnitt fem minuter per vecka och boende, med en variation om 3,5 till sju minuter, något Socialstyrelsen bedömde som otillräckligt.¹⁹⁰

Året därpå, 2012, pekade Socialstyrelsen på bristen på geriatrisk kompetens och att ytterst få sjuksköterskor hade specialistutbildning inom vård av äldre.¹⁹¹

I lägesrapporten för 2014 redovisades några positiva utvecklingstendenser. Andelen personal med högre utbildning hade ökat och förskrivningen av olämpliga läkemedel minskat.¹⁹²

Det finns behov av att utveckla den palliativa vården påpekade Socialstyrelsen år 2017, och tog bland annat upp vikten av samverkan, vårdplanering, fortbildning och handledning.¹⁹³

Problematiken med delegeringar är ett annat område Socialstyrelsen lyft. Sjuksköterskor tvingas av tidsskäl delegera administration av läkemedel till personal som saknar kunskap om läkemedel.¹⁹⁴

I 2012 års lägesrapport redovisade Socialstyrelsen en kartläggning som de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna gjort i landet och som visade på brister i kompetens i vårdhygien. MAS:arna efterlyste utbildning och kontinuerlig kompetensutveckling, konsekvent tillämpning av basala hygienrutiner och egenkontroll.¹⁹⁵

Samverkan mellan huvudmännen

Det är önskvärt med en utveckling av multiprofessionella team, strukturerad samverkan och särskilda samordningsfunktioner påpekade Socialstyrelsen år 2013. Den avancerade hemsjukvården (ASIH) lyftes fram som ett föredöme.¹⁹⁶

¹⁹⁰ Socialstyrelsen (2011), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2011.

¹⁹¹ Socialstyrelsen (2012), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2012. Lägesrapport 2012.

¹⁹² Socialstyrelsen (2014), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014.

¹⁹³ Socialstyrelsen (2017), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017*.

¹⁹⁴ Socialstyrelsen (2016), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016*.

¹⁹⁵ Socialstyrelsen (2012), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2012.

¹⁹⁶ Socialstyrelsen (2013), *Vård och omsorg om äldre*, i Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst 2013.

I lägesrapporten för 2019 pekade Socialstyrelsen på några goda arbetssätt, som särskilda team för trygg hemgång vid utskrivning från sjukhus, närvårdsenheter och mobila eller akuta närvårdsteam.¹⁹⁷

Omsorgspersonalen

I flera lägesrapporter, bland annat rapporten år 2017, redovisade Socialstyrelsen att personalkontinuiteten i hemtjänsten inte blivit bättre utan sämre.¹⁹⁸

I lägesrapporten för 2020 redovisade Socialstyrelsen att omsorgspersonal var sjukskriven dubbelt så många dagar (kvinnor i snitt 21 dagar, män 12 per år) som andra yrkesgrupper, något som gjorde det svårare att klara personalkontinuiteten.

5.9.2 IVO:s tillsynsrapporter

I IVO:s första rapport som egen myndighet redovisades den nationella tillsyn som Socialstyrelsen gjort 2010–2012 på regeringens uppdrag. Samordningen av vården och omsorgen om äldre personer med stora och sammansatta behov lyftes fram, liksom den bristande personalkontinuiteten.

Att få möta samma person eller ett mindre team under en längre period kan göra att den äldre personen känner sig tryggare. Det ökar också möjligheterna att tidigt uppmärksamma ett försämrat hälsotillstånd hos den äldre.¹⁹⁹

Flera av de iakttagelser IVO gjort i sina tillsynsrapporter återkommer i flera rapporter.

¹⁹⁷ Socialstyrelsen (2019), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019*.

¹⁹⁸ Socialstyrelsen (2017), *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017*.

¹⁹⁹ IVO (2013), *Äldre efterfrågar kontinuitet. Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013*.

Resurser

IVO har påpekat att de insatser som kommunerna beslutade inte styrs av enskildas behov utan beror på ekonomiska, organisatoriska eller politiska målsättningar. Ett exempel som angavs var att biståndshandläggare "förhandlar" om en ansökan om särskilt boende där den äldre personen förmås att acceptera att ansöka om hemtjänstinsatser i stället.²⁰⁰

Bemanningen har i flera fall varit bristfällig både vad gäller omsorgspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal.²⁰¹ Det har även funnits brister vad gäller personalkontinuitet.²⁰²

En konsekvens av låg bemanning var behovet av delegering. IVO menade att "den kommunala verksamheten är sällan utformad för att fungera utan delegering av läkemedel".²⁰³

Kompetens

IVO noterade också att en stor del av bristerna i äldreomsorgen berodde på kompetensbrist. Omsorgspersonal kunde vid IVO:s inspektion berätta att de inte hade den kompetens som krävdes, vårdgivare berättade att de hade problem med att rekrytera legitimerad personal. IVO kunde också se exempel på att hela eller delar av en arbetsgrupp saknade tillräcklig kompetens om demenssjukdom.²⁰⁴

IVO menade att bristande kunskap och samordning "bidrar till att utsätta de äldre för allt från otrygghet till missförhållanden och allvarliga vårdskador". Ett exempel som gavs var att personal inte alltid lade märke till kroppsliga sjukdomar hos en äldre person med demenssjukdom.²⁰⁵

²⁰⁰ IVO (2016), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*.

²⁰¹ IVO (2017), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2016*.

²⁰² IVO (2015), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014*.

²⁰³ IVO (2020), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2019*.

²⁰⁴ IVO (2016), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015*.

²⁰⁵ IVO (2019), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2018*.

IVO pekade också på brister i kompetens om exempelvis demens, rehabilitering och palliativ vård och i den språkliga kompetensen.²⁰⁶

Samverkan

Brister i samverkan kan leda till både sämre kvalitet och till att insatser uteblev.²⁰⁷ Den bristande samordningen gällde inte bara mellan olika aktörer utan även inom samma enhet mellan olika personal-kategorier och mellan olika arbetslag.²⁰⁸

Under 2017 gjorde IVO en fördjupad tillsyn av vården och omsorgen om multisjuka äldre som bodde i ordinärt boende. Det fanns oftast strukturerade former för samverkan mellan slutenvården, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården, men det var ”en utmaning att få samverkan att resultera i reella förbättringar i vården och omsorgen för den enskilde”.²⁰⁹

IVO har också gjort bedömningen att avsaknaden av en mer patientcentrerad sammanhållen journalföring var ett allvarligt hinder för en effektiv informationshantering i vården.²¹⁰

5.10 Summering

När coronaviruset snabbt spreds i februari/mars 2020 var inte kommunernas äldreomsorg och hälso- och sjukvård redo för en sådan utmaning. Många brister var väl kända, inte minst från Socialstyrelsens lägesrapporter och IVO:s tillsynsrapporter.

Kommunerna har vård- och omsorgsansvaret för de allra sköraste äldre personerna, de som visade sig kunna drabbas hårdast av covid-19. Bemanningen och personalens kompetensutveckling har inte följt med i utvecklingen mot att allt fler omsorgsmottagare har stora och sammansatta behov. Andelen sjuksköterskor är låg, inte

²⁰⁶ IVO (2018), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2017.*

²⁰⁷ IVO (2017), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2016.*

²⁰⁸ IVO (2019), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2018.*

²⁰⁹ IVO (2018), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2017.*

²¹⁰ IVO (2015), *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014.*

minst i en nordisk jämförelse. Enhetscheferna har betydligt fler medarbetare än i övriga nordiska länder vilket innebär att det är svårare att vara en närvarande och stödjande chef.

En relativt stor andel av omsorgspersonalen, nästan fyra av tio, saknar fortfarande undersköterskeutbildning. Nästan 25 procent är timanställda. Detta är faktorer som ger en potentiellt förhöjd risk för att kunskapen, förståelsen och efterlevnaden av god vårdhygien brister, vilket kan öka risken för smittspridning både till och inom det särskilda boendet.

De timanställda arbetar ofta på flera boenden och de kan ha svårt av ekonomiska skäl att stanna hemma eftersom det inte alltid är möjligt att få sjukpenning. Också det ger en ökad risk för smittspridning.

Bemanningen är knapp, det finns ingen "luft" i systemet som skulle kunna tillåta arbetstoppar. Det ökar risken att på grund av stressig arbetssituation missa något moment i de basala hygienrutinerna, som att sprita händerna före och efter att man varit inne hos en av de boende, eller att använda skyddshandskarna på rätt sätt. Att vårda smittade avskilt från övriga boende är personalkrävande. Det är problem vi återkommer till i kapitel 9.

Under lång tid har Socialstyrelsen redovisat att läkarbemanningen i de särskilda boendena är otillräcklig. Inriktningen mot nära vård där allt mer vård ska ges i hemmet har ännu inte resulterat i fler läkarinsatser och sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården. År 2009 fick en äldre person i särskilt boende i Sverige i genomsnitt fem minuter läkartid per vecka, på norska sjukhem i genomsnitt 33 minuter.

När pandemin bröt ut var ett av råden att begränsa kontakterna. En äldre person med mer omfattande hjälp kan få sina insatser av uppemot 20 olika anställda från hemtjänsten under en tvåveckorsperiod. En anställd i hemtjänsten möter under en dag i snitt tolv olika äldre personer. Att snabbt ställa om till en bättre personalkontinuitet är inte så enkelt, särskilt när sjukfrånvaron gick upp på grund av pandemin.

Vården och omsorgen ges i den äldre personens hem, även i de särskilda boendena. Det försvårar att hålla en god vårdhygien. De särskilda boendena är dessutom formade för gemenskap med utrymmen för samvaro och måltider.

Det är stora skillnader mellan kommunerna i hur mycket kommunen satsar på äldreomsorgen, hur många som beviljas äldreomsorg och hur långa boendetiderna är i särskilt boende. I kommissionens fortsatta arbete ska vi försöka analysera om detta kan ha haft betydelse för hur smittspridningen blev inom äldreomsorgen i de olika kommunerna.

Ett problem som påtalats i decennier från Socialstyrelsen och av IVO är bristen på samverkan. Vården och omsorgen av äldre personer är fragmenterad. Det handlar inte bara om uppdelningen på två huvudmän utan också att det finns många olika aktörer, särskilt i regioner och kommuner där vård- respektive kundval resulterat i ett stort antal utförare. Även inom en arbetsenhet kan det finnas olika arbetslag, och svårigheter att få till stånd ett nära samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal. När pandemin bröt ut ställdes behovet av samarbete på sin spets.

6 Regler om smittskyddsarbetet

Under den pågående pandemin har det ställts en rad frågor inte bara om vilka åtgärder som bör vidtas utan också om vilka åtgärder som alls kan vidtas i det svenska smittskyddsarbetet. Vilka verktyg ger smittskyddslagen? Vem ansvarar för olika åtgärder som kan behöva vidtas? Här försöker vi översiktligt beskriva det regelverk som styr och påverkar möjligheterna att bekämpa en pandemi i vårt land och som därmed också ger förutsättningarna för smittskyddsarbetet i äldreomsorgen. Vi börjar med den övergripande regleringen i grundlagen och de principer som ligger bakom den (avsnitt 6.1 och 6.2), övergår därefter till den centrala lagstiftningen på området, smittskyddslagen (avsnitt 6.3), och avslutar med de föreskrifter på myndighetsnivå som reglerar en av de mest uppmärksammade frågorna under smittskyddsarbetet – vårdgivarens och arbetsgivarens användning av skyddsutrustning (avsnitt 6.4 och 6.5).

6.1 Grundlagen i kristider

En kris som innebär en allvarlig störning eller en överhängande risk för en störning i viktiga samhällsfunktioner och därför kan kräva snabba beslut och en samordning mellan olika beslutsnivåer kan uppstå i flera olika situationer. Krig och krigsfara är förstas den yttersta krisen. En pandemi är endast ett exempel på vad som brukar kallas en civil kris.

”Den offentliga makten utövas under lagarna” heter det i regeringsformens första paragraf. Bestämmelsen ger uttryck för att Sverige är en rättsstat. Alla samhällsorgan är bundna av rättsordningens regler. All offentlig maktutövning ska vara grundad på lag eller annan föreskrift. Frågan är hur denna legalitetsprincip ska

kunna upprätthållas när samhällsordningen utsätts för påfrestningar och snabba och inte tidigare förutsedda beslut kan behöva fattas?

När krig eller fara för krig råder gäller enligt regeringsformen särskilda regler för statsmakternas handlande (15 kap.). De innebär till exempel att regeringen kan fatta beslut som under normala förhållanden ska fattas av riksdagen genom lag.

För civila kriser finns det inte några sådana undantagsregler. Samma grundlagsregler gäller alltså i en fredstida kris som under lugnare tider. Det innebär, även under en kris, till exempel att föreskrifter som innebär skyldigheter för enskilda eller ingrepp mot enskilda i princip ska beslutas av riksdagen, att begränsningar i flertalet grundläggande fri- och rättigheter bara får ske genom lag och endast på vissa i grundlagen särskilt angivna grunder. Det innebär även att lagförslag ska beredas i god ordning såväl i regeringens arbete som under behandlingen i riksdagen samt att regeringen fattar beslut kollektivt och att det finns vissa begränsningar i regeringens makt att styra sina förvaltningsmyndigheter.

Vissa av de krav som grundlagen ställer kan i ett krisläge tillgodoses snabbare än annars. I normala situationer ska regeringen till exempel skicka förslag till ny lagstiftning på remiss till berörda myndigheter och ofta även till kommuner, sammanslutningar och enskilda för att få synpunkter på förslaget. Det sker normalt skriftligt och de som yttrar sig brukar få i vart fall fyra veckor, ofta mer, på sig att svara. Det kan dock ibland gå mycket snabbt. I april beslutades en tillfällig lag om ändring i smittskyddslagen som gav regeringen möjlighet att vidta en rad ingripande åtgärder. Remisstiden sattes till 24 timmar. Även riksdagens beredning av ett lagförslag – med bordläggning, hänvisning till utskott, bordläggning av utskottsbetänkande och motionstid – kan förkortas avsevärt i en krissituation.

Även om det alltså kan gå tämligen snabbt att stifta lag när det anses nödvändigt medför grundlagens krav på hur processen ska gå till att riksdag och regering helst i förväg bör överväga vilka åtgärder som kan vara nödvändiga att vidta i olika krissituationer. Det kan ske genom att det redan i en lag anges vilka åtgärder regeringen eller en myndighet får besluta om. Ett exempel på det är att smittskyddslagen ger möjlighet till sådana ingripande åtgärder som karantän, isolering och avspärning.

Om det inte anses möjligt att på förhand bestämma vilka åtgärder som kan behövas kan riksdagen i lag bemyndiga regeringen att fatta nödvändiga beslut. Det innebär att riksdagen delegerar till regeringen att fatta vissa beslut som det annars vore riksdagens sak att besluta om. Riksdagen kan också medge att regeringen i sin tur delegerar rätten att fatta beslut till en förvaltningsmyndighet.

Exempel på sådana bemyndiganden av betydelse för smittskyddsarbetet är följande

- Enligt smittskyddslagen får regeringen meddela särskilda föreskrifter 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 (9 kap. 6 §).
- I hälso- och sjukvårdslagen föreskrivs att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser (6 kap. 2 § 3).
- Socialtjänstlagen medger att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser bland annat äldre personer (16 kap. 10 § första stycket).

Det finns i 8 kap. 3 § regeringsformen vissa begränsningar av vad riksdagen får överlåta till regeringen att besluta om; regeringen får till exempel inte föreskriva annat än böter för överträdelser av meddelade föreskrifter. Av större betydelse är att begränsningar i grundläggande fri- och rättigheter måste ske genom lag. Det viktigaste undantaget gäller att riksdagen får bemyndiga regeringen att begränsa mötes- och demonstrationsfriheten av hänsyn till rikets säkerhet eller för att ”motverka farsot” (2 kap. 24 §).

När det gäller generella bemyndiganden av det slag som nämnts kan det vara oklart hur långt de sträcker sig. När den tillfälliga lag om ändring i smittskyddslagen som nyss berörts och som gav regeringen möjlighet att vidta tämligen långtgående åtgärder infördes ansåg regeringen att det var oklart om den kunnat vidta sådana åtgär-

der med stöd av 9 kap. 6 § smittskyddslagen. Ett nytt särskilt bemyndigande behövdes därför. Lagrådet instämde i den bedömningen.²¹¹

6.2 Ansvars-, likhets- och närhetsprinciperna

Det brukar sägas att den svenska krisberedskapen bygger på tre principer – ansvarsprincipen, likhetsprincipen och närhetsprincipen.

- Ansvarsprincipen innebär att den som har ansvaret för en verksamhet under normala förhållanden ska ha det även under kris eller krig.
- Likhetsprincipen innebär att en verksamhets organisation så långt det är möjligt ska överensstämja under fred, kris och krig.
- Närhetsprincipen innebär att en kris ska hanteras på lägsta möjliga organisatoriska nivå.

Dessa principer innebär alltså att utgångspunkten är att det ansvar som regionerna, kommunerna och andra myndigheter har, enligt bland annat socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, kvarstår vid en kris. Även i en kris har kommunerna det yttersta ansvaret för att alla som vistas inom kommunen får det stöd och den hjälp de behöver och regionerna det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården. Det innebär även att det ansvar vårdgivaren och arbetsgivaren har för till exempel basala hygienrutiner och skyddsutrustning och regionernas ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas, som vi beskriver närmare längre fram i detta kapitel, består oförändrat i en kris.

Det kan förtjäna att nämnas att 2005 års Katastrofkommission föreslog en kompletterande princip, försiktighetsprincipen. Den skulle innebära att åtgärder bör sättas in redan i en fas när det inte finns full information om krisen. Regeringen följde dock inte förslaget utan ansåg att ansvarsprincipen i grunden innefattar även detta.²¹²

Till de övergripande principerna hör också det geografiska områdesansvaret som innebär att det inom ett visst område ska finnas

²¹¹ Se protokoll från Lagrådets sammanträde den 6 april 2020.

²¹² Prop. 2005/06:133, s. 51 ff.

ett organ med ansvar för inriktning, prioritering och samordning av tvärsektoriella krishanteringsåtgärder. Ansvar för hela nationen vilar på regeringen, för länet på länsstyrelsen och för kommunen på kommunstyrelsen. Även regionerna har inom sina verksamhetsområden ansvar för att förbereda för och verka vid extraordinära händelser i fredstid.²¹³

I kommissionens uppdrag ingår bland annat att utvärdera hur ansvarsprincipen och det geografiska områdesansvaret har fungerat under krisen. Vi har därför anledning att återkomma och närmare analysera dessa frågor i det fortsatta arbetet.

6.3 Smittskyddslagen

För det svenska smittskyddsarbetet utgör smittskyddslagen (2004:168), SmittskL, den centrala regleringen. I denna lag finns de huvudsakliga bestämmelserna om åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Smittskyddslagen kompletteras genom vissa föreskrifter i smittskyddförordningen (2004:255).

Smittskyddslagens syfte är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar (1 kap. 1 §). Vid införandet av lagen uttalade regeringen att den enskilde samtidigt bör skyddas från onödigt långtgående ingrepp. Enligt regeringen måste syftet primärt vara att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar men att lagen även måste ge ett skydd åt den som är smittad.²¹⁴

6.3.1 Smittsamma, allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar

I smittskyddslagen används definitionerna (i) smittsamma sjukdomar, (ii) allmänfarliga sjukdomar och (iii) samhällsfarliga sjukdomar (1 kap. 3 §). I bilaga 1 och 2 till lagen anges vilka sjukdomar som utgör allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar.

Bestämmelserna i smittskyddslagen omfattar alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett

²¹³ Lag (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

²¹⁴ Prop. 2003/04:30, s. 83 f.

inte ringa hot mot människors hälsa (smittsamma sjukdomar). Möjligheterna till ingripanden med stöd av lagen är dock i de flesta fall begränsade till de allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomarna.

Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade (1 kap. 3 § andra stycket).

Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder (1 kap. 3 § tredje stycket).

Regeringen får, om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller 2 inte kan avvaktas, under vissa förutsättningar föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet. Föreskrifter som har meddelats med stöd av denna bestämmelse ska snarast underställas riksdagens prövning (9 kap. 2 §). Regeringen har med stöd av dessa bestämmelser utfärdat en förordning²¹⁵ om att bestämmelserna om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med den sjukdom som numera betecknas covid-19. Riksdagen har därefter i lag fattat ett likalydande beslut.²¹⁶

6.3.2 Smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen

Gemensamt för samtliga smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen är att de ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte får 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 och åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds (1 kap. 4 §).

I förarbetena framhölls att en humanistisk människosyn bör ligga till grund för samhällets smittskydd, att tyngdpunkten i smitt-

²¹⁵ Förordningen (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.

²¹⁶ Lagen (2020:430) om ändring i smittskyddslagen (2004:168).

skyddsarbetet bör ligga på det frivilliga förebyggande arbetet, att det huvudsakliga smittskyddsarbetet genomförs på frivillighetens väg och att möjligheterna till tvångsåtgärder i praktiken inte spelar någon framträdande roll. I de fall då ingrepp i den enskildes frihet eller integritet anses befogat måste ingreppet anses vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Vidare ska var och en, såväl smittade som osmittade, ha ett ansvar för att förhindra smittspridning.²¹⁷

Allmänfarliga sjukdomar

I smittskyddslagen finns flera bestämmelser som särskilt tar sikte på de allmänfarliga sjukdomarna. Många av dem innehåller krav på att åtgärder ska utföras av den enskilde eller av den behandlande läkaren.

Den som vet eller har anledning att misstänka att hen bär på en allmänfarlig sjukdom är skyldig att utan dröjsmål söka läkare och låta läkaren göra de undersökningar och ta de prover som behövs. En läkare som misstänker att en patient bär på en allmänfarlig sjukdom ska skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs. Om patienten misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och inte samtycker till undersökning och provtagning ska läkaren utan dröjsmål anmäla detta till smittskyddsläkaren. Smittskyddsläkaren kan då ansöka om att förvaltningsrätten beslutar om tvångsundersökning. Beslut om tvångsundersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas (3 kap. 1 och 2 §§).

Om en behandlande läkare konstaterar eller misstänker att en undersökt patient har smittats av en allmänfarlig sjukdom ska läkaren eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Den enskilda patienten är skyldig att lämna de upplysningar som hen förmår lämna. Om den som ansvarar för smittspårning på grund av uppgifter från patienten misstänker att andra personer kan ha smittats, ska hen se till att dessa underrättas om att de kan ha smittats av sjukdomen och uppmanas att uppsöka läkare (3 kap. 4 §). Den som vet att hen bär på en allmänfarlig sjukdom är

²¹⁷ Prop. 2003/04:30, s. 83 ff.

vidare skyldig att lämna information om smittan till andra människor som hen kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma (2 kap. 2 §).

Den behandlande läkaren ska besluta om individuellt utformade förhållningsregler i syfte att hindra smittspridning. Om den behandlande läkaren misstänker eller får veta att en patient inte iakttar eller inte kommer att iaktta förhållningsreglerna i vissa fall ska detta anmälas till smittskyddsläkaren (4 kap. 2 och 4 §§). Den som bär på en allmänfarlig sjukdom ska av behandlande läkare erbjudas den vård och behandling som behövs för att förebygga eller minska risken för smittspridning (4 kap. 6 §).

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om hen inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt möjligt minska risken för smittspridning, eller om det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats. Beslut om isolering får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor smittas (5 kap. 1 §). Av förarbetena framgår att isolering är en åtgärd som endast får tillgripas som en sista utväg för att hindra smittspridning, när andra åtgärder har visat sig otillräckliga. Etiska och epidemiologiska bedömningar bör vara avgörande för om tvångsåtgärder ska få vidtas i en viss situation. Regeringen anförde i förarbetena vidare att det är otillfredsställande om tvångs-isolering används i brist på annan vård eller stöd.²¹⁸

Beslut om isolering fattas av förvaltningsrätten, efter ansökan av smittskyddsläkaren. En smittskyddsläkare får besluta om tillfällig isolering om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas. Ett beslut om tillfällig isolering måste underställas förvaltningsrätten senast inom fyra dagar, annars förfaller det. Om förvaltningsrätten fastställer beslutet får det bestå i högst två veckor (5 kap. 3 §). Isolering ska ske på en vårdinrättning som drivs av en region och isoleringen ska genast upphöra om det inte längre finns skäl för den (5 kap. 4 och 8 §§).

²¹⁸ Prop. 2003/04:30, s. 124 ff.

Samhällsfarliga sjukdomar

Samhällsfarliga sjukdomar är som framgått allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.

I förarbetena till den lagändring som innebar att covid-19 klassificerades som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom angavs att allvarliga störningar i viktiga samhällsfunktioner kan uppkomma genom att merparten av sjukhusens vårdplatser behöver erbjudas personer som insjuknat i denna sjukdom. Hela sjukvårdssystemet utsätts härigenom för en stor påfrestning vilket får till följd att personer som insjuknar i andra allvarliga sjukdomar eller som skadas i trafiken riskerar att bli utan vårdplats. Eftersom smittgraden för de samhällsfarliga sjukdomarna är hög, kan även andra viktiga samhällsfunktioner störas på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall.²¹⁹

Utöver de smittskyddsåtgärder som får vidtas när det gäller allmänfarliga sjukdomar finns särskilda bestämmelser om vissa extraordinära åtgärder som får vidtas vid samhällsfarliga sjukdomar.

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att denne samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Om det i ett visst geografiskt område skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom, får Folkhälsomyndigheten besluta att personer som anländer till Sverige från detta område samt andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Smittskyddsläkaren ska verkställa Folkhälsomyndighetens beslut. Hälsokontroll får dock inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp (3 kap. 8 §).

Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom, får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen ska hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där. Smittskyddsläkaren

²¹⁹ Prop. 2019/20:144, s. 8 f., jfr. även prop. 2003/04:158, s. 57 ff.

kan i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök (3 kap. 9 §).

Av förarbetena framgår att bestämmelsen om karantän ska möjliggöra isolering av personer som inte är sjuka men kan antas ha varit utsatta för smitta. Den är däremot inte avsedd för fall då någon företer sjukdomssymtom som ger anledning till misstanke om att hen smittats. I sådana fall kan i stället bestämmelsen om tillfällig isolering bli tillämplig. Ett särskilt fall som kan uppkomma är att någon sätts i karantän, men efter någon eller några dagar visar sig ha insjuknat i en samhällsfarlig sjukdom. Personen bör då inte längre hållas i karantän utan omgående isoleras på sjukhus. För det fall den insjuknade personen inte frivilligt låter sig isoleras, får isoleringen ske med stöd av bestämmelserna i 5 kap.²²⁰

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Folkhälsomyndigheten besluta att ett visst område ska vara avspärrat. Ett beslut om avspärrning innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Folkhälsomyndigheten får i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärrning (3 kap. 10 §).

Begär den som hålls i karantän att beslutet ska upphöra, ska smittskyddsläkaren utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag från beslut om förbud att besöka den som hålls i karantän eller från beslut om avspärrning. Finns inte längre skäl för karantän eller avspärrning ska beslutet omedelbart hävas (3 kap. 11 §).

6.3.3 Ansvaret för smittskyddet

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå och myndigheten ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska vidare följa och vidareutveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt (1 kap. 7 § SmittskL).

²²⁰ Prop. 2003/04:158, s. 105 f.

Folkhälsomyndigheten ska enligt sin instruktion, förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten, bland annat övervaka smittskyddets beredskap och ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar (8 §), bistå myndigheter, regioner, kommuner och organisationer med expertstöd vid utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar (10 §) och ansvara för att utfärda föreskrifter och allmänna råd (5 §).

Ansvaret för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas ligger i första hand på respektive region (1 kap. 8 § SmittskL). I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare (1 kap. 9 §). Vidare ska myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar (1 kap. 10 §).

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 §). I smittskyddsläkarens ansvar ingår bland annat att se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs, ge råd och anvisningar, se till att förebyggande åtgärder vidtas, följa upp anmälningar och se till att smittspårningsåtgärder vidtas och stödja andra verk-samma inom smittskyddet.

Var och en ska genom uppmärksamhet och rimliga försiktighets-åtgärder medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar. Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en smittsam sjukdom är skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk (2 kap. 1 och 2 §§). Den som vet eller har anledning att misstänka att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspårningspliktig sjukdom ska utan dröjsmål uppsöka läkare (3 kap. 1 §). Regionen och smittskyddsläkaren har en skyldighet att se till att allmänheten har den information och de råd som krävs för att kunna skydda sig mot smitta (2 kap. 3 §).

Det kan även nämnas att en behandlande läkare som misstänker eller konstaterar fall av allmänfarlig sjukdom eller annan anmälningspliktig sjukdom utan dröjsmål ska anmäla detta till ansvarig smittskyddsläkare och till Folkhälsomyndigheten (2 kap. 5 §). Detta utgör en så kallad sekretessbrytande bestämmelse som innebär att uppgifter kan lämnas ut utan hinder av sekretess.

6.4 Vårdgivarens ansvar

6.4.1 Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen är enligt förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel. Socialstyrelsen ska bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde.

Myndigheten har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska enligt instruktionen verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer (8 §). Socialstyrelsen ska även på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmaterial inför höjd beredskap och för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap (9 § 3).

Socialstyrelsen har bemyndigande att meddela vissa ytterligare föreskrifter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (8 kap. 1 § SoF och 8 kap. 1 § HSF). Socialstyrelsens föreskrifter är bindande och generellt gällande. Socialstyrelsen får även meddela föreskrifter om verkställigheten av socialtjänstlagen (8 kap. 5 § SoF).

Sedan den 1 juli 2015 är Socialstyrelsen utgivande myndighet för Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS). Författningssamlingen ges ut tillsammans med bland annat Folkhälsomyndigheten och IVO och innehåller föreskrifter, allmänna råd och kungörelser. I tiden före den 1 juli 2015 gav Socialstyrelsen ut föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde i en egen författningssamling (SOSFS).

6.4.2 Föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg

Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg ska tillämpas i verksamhet som omfattas av hälso- och

sjukvårdslagen och för särskilda boendeformer för äldre som omfattas av socialtjänstlagen, och innehåller detaljerade bestämmelser om hygien, arbetskläder och skyddskläder.

Enligt föreskrifterna ska den som är yrkesmässigt verksam eller under utbildning vid fysisk kontakt och i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen iaktta bland annat följande. Arbetskläder ska bytas dagligen eller så snart som möjligt om de blir förorenade. Om arbetskläderna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material ska plastförkläde, skyddsrock eller motsvarande skyddskläder användas utanpå arbetskläderna.

Underarmar och händer ska hållas fria från armbandsur, smycken, bandage, förband, stödskenor eller motsvarande. Naglarna ska vara korta och fria från konstgjorda material. Händerna ska desinfekteras med alkoholbaserat handdesinfektionsmedel, eller annat medel med motsvarande effekt, omedelbart före och efter ett vård- eller omsorgsmoment. Händerna ska tvättas med vatten och flytande tvål före desinfektionen, om de är eller kan antas vara smutsiga. Skyddshandskar ska användas om händerna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor. Skyddshandskar ska vara för engångsbruk och ska bytas mellan varje vård- och/eller omsorgsmoment.

Föreskrifterna hänvisar till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete av vilka framgår att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns sådana processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Föreskrifterna gäller alltså sådan skyddsutrustning som är till för vårdens kvalitet och patientsäkerhetsarbetet, vilket är vårdgivarens ansvar. Dessa föreskrifter reglerar inte användningen av vad som betecknas personlig skyddsutrustning och avser att skydda den anställde. Användandet av sådan skyddsutrustning är främst arbetsgivarens ansvar och bestämmelser om detta finns därför i arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, och Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

6.5 Arbetsgivarens ansvar

Arbetsgivare har ansvar för att systematiskt undersöka och förebygga arbetsmiljörisker så att anställda kan arbeta säkert. I detta

ansvar ingår att säkerställa att arbetstagarna har tillgång till den skyddsutrustning som behövs. En arbetsgivare kan till exempel vara en region, en kommun eller en privat vårdgivare. De grundläggande bestämmelserna om arbetsmiljön och arbetsgivarens ansvar finns i arbetsmiljölagen och i arbetsmiljöförordningen (1977:1166), AMF. Kompletterande bestämmelser till arbetsmiljölagen finns i Arbetsmiljöverkets föreskrifter, som ges ut som en egen författningssamling (AFS).

6.5.1 Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljölagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (1 kap. 1 §). Närmare bestämmelser om arbetsmiljöns beskaffenhet finns i andra kapitlet. Arbetsmiljön ska vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetet ska planläggas och anordnas så att det kan utföras i en sund och säker miljö och arbetslokalen ska vara utformad och inredd så att den är lämplig från arbetsmiljösynpunkt (2 kap. 1–3 §§).

Om betryggande skydd mot ohälsa inte kan nås på annat sätt ska personlig skyddsutrustning användas. Sådan utrustning ska tillhandahållas genom arbetsgivarens försorg (2 kap. 7 §). Av förarbetena följer att uttrycket skyddsutrustning avser ett vidsträckt område och att all utrustning och klädsel som fordras för att ett arbete ska kunna utföras utan risk för ohälsa eller olycksfall uppkommer bör hänföras till sådan utrustning.²²¹

I tredje kapitlet anges vad som åligger arbetsgivaren, för att uppnå en god arbetsmiljö. Kortfattat kan sägas att arbetsgivaren ska vidta alla de åtgärder som behövs för att arbetstagare inte ska utsättas för ohälsa eller skador i arbetet. Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbetsskador ska utredas och riskerna i verksamheten ska fortlöpande undersökas av arbetsgivaren, för att denna ska vidta de åtgärder som föranleds av detta. Arbetsgivaren ska även se till att arbetstagaren får god kännedom om de risker som är förbundna med

²²¹ Prop. 1976/77:149, s. 238.

arbetet och om att arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad hen har att iaktta för att undgå riskerna.

Även arbetstagaren har ett ansvar för att medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagare ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar och i övrigt iaktta den försiktighet som behövs. Om arbetstagaren finner att arbetet innebär omedelbar och allvarlig fara för liv eller hälsa, ska hen snarast underrätta arbetsgivaren eller skyddsombud (3 kap. 4 §).

6.5.2 Arbetsmiljöverkets föreskrifter

Arbetsmiljöverket har bemyndigande att meddela ytterligare föreskrifter om arbetsmiljön, enligt 18 § AMF. Arbetsmiljöverkets föreskrifter innehåller även i vissa delar allmänna råd. Allmänna råd skiljer sig från föreskrifter genom att de inte är bindande för vare sig myndigheter eller enskilda.

De föreskrifter som är relevanta med anledning av covid-19 är främst Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om smittorisker (AFS 2018:4).

Föreskrifterna syftar till att förebygga risker för att arbetstagare blir infekterade av smittämnen, eller blir varaktiga bärare av smittämnen, på grund av sina arbetsuppgifter. I arbeten med smittrisk ska arbetsgivaren se till att arbetstagare kan tvätta eller desinfektera händerna (9 §). I verksamheter där man kan riskera att komma i kontakt med kroppsvätskor från människor ställs därutöver bland annat följande krav på särskilda hygienåtgärder. Händerna ska desinfekteras före rent och efter orent arbete samt efter att skyddshandskar har använts. Om det behövs ska händerna tvättas med tvål och vatten innan de desinfekteras. Händerna ska vara fria från smycken och liknade när handtvätt och handdesinfektion utförs. Vidare ska personlig skyddsutrustning såsom engångsskyddshandskar och visir användas (14 §).

För de arbetstagare som omfattas av Socialstyrelsens krav på arbetskläder ska arbetsgivaren se till att arbetstagaren tar av arbetskläderna när arbetsdagen är slut. Arbetsgivaren ansvarar för att arbetskläder som är använda hålls åtskilda från andra kläder, tvättas i minst 60 grader och förstörs vid behov (16 §). Av tillhörande all-

männen råd följer även att alla kostnader hänförliga till tvätt av arbetskläder och andra arbetsmiljöåtgärder ska bäras av arbetsgivaren.

I föreskrifterna klassificeras smittämnen i fyra riskklasser med utgångspunkt i deras förmåga att orsaka infektion och hur allvariga följderna kan bli. För smittämnen i riskklass 3 och 4 uppställs ytterligare krav på skyddsåtgärder (17–28 §§). Arbetsmiljöverket beslutade den 6 april 2020 att smittämne SARS-CoV-2, som orsakar sjukdomen covid-19, skulle klassificeras som riskklass 3. Riskklass 3 omfattar smittämnen som kan orsaka allvarliga sjukdomar hos människor och kan utgöra en allvarlig fara för arbetstagare. När det är fråga om ett sådant smittämne ska arbetsgivaren bland annat se till att arbetstagaren tar av arbetskläder och personlig skyddsutrustning innan de lämnar arbetsområdet (22 §).

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning finns också vissa kompletterande bestämmelser om skyddsutrustning, främst avseende val och användning av skyddsutrustning samt underhåll och förvaring.

6.6 Summering

Ett effektivt smittskydd under en pandemi kan kräva åtgärder som innebär inskränkningar i människors arbets- och vardagsliv och beslut som avviker från vad som gäller under normala förhållanden. Samtidigt gäller alltså hos oss, till skillnad från många andra länder, att det under en civil kris inte är möjligt att göra undantag från de grundläggande regler som gäller när det inte är kris. Flera av de processer som under lugna tider är avsedda att medverka till att de normer som styr samhället diskuteras öppet och är väl övervägda kan visserligen skyndas på, men de huvudsakliga stegen i processen måste likväl följas. Det finns anledning för kommissionen att återkomma till dessa frågor vid en slutlig utvärdering av den svenska krisberedskapen.

Regeringens proposition med förslag till den nu gällande smittskyddslagen lämnades i november 2004. Vid den tidpunkten hade vårt land inte drabbats av någon pandemi sedan Honkonginfluensan 1968. Det kan därför framstå som begripligt att de smittsamma sjukdomar som diskuteras i propositionen främst är sexuellt överförbara sjukdomar (särskilt hiv), hepatiter, vårdrelaterade

infektioner i anslutning till antibiotikaresistens samt salmonella, tuberkulos och några ytterligare sjukdomar. Det nämns vidare att sjukdomen SARS som orsakats av ett tidigare okänt coronavirus identifierats i främst Kina, Vietnam och Singapore. Möjligheten att Sverige skulle kunna drabbas av en världsomfattande samtidigt pågående pandemi diskuteras emellertid inte.

Det förefaller rimligt att anta att denna verklighetsbild påverkat utformningen av smittskyddslagen med dess betoning av en humanistisk människosyn, frivilligt förebyggande arbete och den enskildes ansvar för att hindra smittspridning. Den svenska strategin att genom rekommendationer och riktlinjer uppmana folk att hålla social distansering m.m. ligger i linje med dessa intentioner i smittskyddslagen.

De skarpa verktyg som smittskyddslagen trots allt innehåller, som karantän, isolering och avspärrning, har hittills inte kommit till användning under pandemin. En fråga är i vilken utsträckning de ens hade varit möjliga att använda i smittskyddsarbetet i vård och omsorg om äldre. Beslut om karantän kan fattas för den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta och kan innebära att hen ska hållas avskild i en viss del av en byggnad. Det är en omvittnad svårighet i särskilda boenden att hålla de boende som lider av kognitiv svikt eller långt framskriden demenssjukdom avskilda från övriga boende. Vi återkommer till detta i kapitel 8, 9 och 10.

Den enda tvångsåtgärd som kan vidtas när någon misstänks eller bekräftas vara smittad är beslut om isolering. Det måste emellertid ske vid en sjukvårdsinrättning. Som framgår i flera senare kapitel fanns det i flera fall, åtminstone initialt, en återhållsamhet med att överföra sjuka äldre till sjukhus med hänsyn till den belastning på sjukvården som förväntades. Det måste i en sådan situation ha framstått som i det närmaste ogörligt att överföra en äldre person till sjukhus för att verkställa ett beslut om isolering, även frånsatt den påfrestning för den enskilde som en sådan åtgärd ofta skulle innebära.

Kommissionen får anledning att återkomma till den mera övergripande frågan om huruvida den svenska smittskyddslagstiftningen är ändamålsenligt utformad för en pandemi.

En angränsande fråga som kan förtjäna fortsatta överväganden rör vem eller vilka som har det yttersta ansvaret för att nödvändiga smittskyddsåtgärder vidtas. Som framgått ligger ett ansvar på

regionerna. I regionen synes ansvaret för flertalet åtgärder och de flesta befogenheter vila på smittskyddsläkaren. Det är smittskyddsläkaren som har att fatta beslut alternativt ansöka om tvångsmedlen tillfällig isolering, isolering och karantän. Beslut om avspärrning fattas av Folkhälsomyndigheten. I smittskyddsläkarens uppgifter ingår bland annat att informera allmänheten och se till att förebyggande åtgärder vidtas. Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå och är bland annat den myndighet som kan utfärda föreskrifter och allmänna råd. Vi förmodar att det inte minst är denna myndighets föreskriftsrätt som föranlett att råd om hur människor bör handla, efter hand även regionvis, främst kommit att meddelas av Folkhälsomyndigheten snarare än av smittskyddsläkare.

Som även framgår i kapitel 8 och 9 var det i vart fall initialt stor brist på skyddsutrustning. Även om det torde stå klart att det inledningsvis saknades skyddsutrustning av många slag, framstod det ibland som oklart om bristen gällde personlig skyddsutrustning som avser att skydda den anställde från smitta eller i vilken utsträckning det var fråga om brist på sådant skydd som syftar till att skydda patienter eller vårdmottagare. Som framgått finns det två myndigheter och därmed två uppsättningar föreskrifter som reglerar användningen av skyddsutrustning utifrån dessa båda aspekter. Särskilt i en kris med en akut bristsituation framstår en sådan ordning som olämplig. Den har också lett till förvirring och konflikter på flera arbetsplatser.

Vi har nu översiktligt försökt skildra regelverket sådant det såg ut när pandemin slog till. Under den pågående pandemin har en rad nya regler och riktlinjer tillkommit och regeringen har gett uppdrag till olika förvaltningsmyndigheter. Detta skildrar vi i nästa kapitel.

7 Beslut och andra nationella åtgärder för att skydda de äldre

Kapitlen 3–6 skildrar några av de strukturella och institutionella brister hos äldreomsorgen som har medfört att den inte var rustad för att hantera pandemin. Vi har också beskrivit det regelverk som fanns på plats vid virusutbrottet och har kunnat konstatera att det knappast har utformats med en pandemi i sikte.

Vi skiftar nu fokus till de många beslut som olika aktörer har fattat och de åtgärder som har vidtagits för att minska den allmänna smittspridningen och för att hantera pandemins konsekvenser. I det här kapitlet redovisar vi översiktligt de regler, riktlinjer och uppdrag som beslutats under pandemins förlopp och som har eller har haft betydelse för äldreomsorgen.

Framställningen är disponerad efter sakområde, snarare än efter de aktörer som fattade besluten i fråga. Vi inleder med Den övergripande strategin (avsnitt 7.1) och beskriver därefter olika beslut och åtgärder med utgångspunkt i kronologisk ordning, efter det första beslut/åtgärd som vidtogs i respektive sakområde. De avsnitt som följer är Covid-19 klassificeras som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom (avsnitt 7.2), Tidiga regeringsuppdrag (avsnitt 7.3), Kunskapsstöd till vården och omsorgen (avsnitt 7.4), Stanna hemma, håll avstånd och tvätta händerna! (avsnitt 7.5), Skyddsutrustning (avsnitt 7.6), Besöksförbud (avsnitt 7.7), Tillfällig ändring i smittskyddslagen (avsnitt 7.8), Provtagning (avsnitt 7.9), Uppdrag om behov av nya föreskrifter (avsnitt 7.10) och avslutningsvis Regeringens satsningar på äldreomsorgen (avsnitt 7.11). I avsnitten om skyddsutrustning, besöksförbud och provtagning lämnas även en kortfattad beskrivning av motsvarande åtgärder i våra nordiska grannländer.

7.1 Den övergripande strategin under pandemin

Det övergripande målet vid en pandemi är att minimera dödlighet och sjuklighet i befolkningen samt minimera övriga negativa konsekvenser för individen och samhället. Så skriver Folkhälsomyndigheten i sin publikation *Pandemiberedskap, Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag*, vilken publicerades den 19 december 2019.

Den 7 april 2020 publicerade regeringen en strategi med anledning av det nya coronaviruset. Enligt strategin är det övergripande målet med regeringens arbete att minska takten på smittspridningen. Regeringen anförde att rätt åtgärd behöver sättas in vid rätt tillfälle för att få så stor effekt som möjligt och att regeringen kommer att fatta varje beslut som är nödvändigt för att värna människors liv, hälsa och jobb. Strategin innebär att de åtgärder som regeringen och myndigheterna vidtar behöver balanseras mot vilka effekter det får på samhället och folkhälsan i stort. Regeringen anförde att en viktig utgångspunkt är att noga överväga den expertkunskap som myndigheterna bidrar med.

Syftet med regeringens arbete och beslut sammanfattades i sex punkter: (1) begränsa smittspridningen i landet (2) säkerställa resurser till hälso- och sjukvården (3) begränsa inverkan på samhällsviktig verksamhet (4) lindra konsekvenser för medborgare och företag, (5) dämpa oro och (6) sätta in rätt åtgärder vid rätt tillfälle.²²²

7.2 Covid-19 klassificeras som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom

Den 31 januari 2020, samma dag som den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC varnade för de potentiella effekterna av det nya coronaviruset i Europa, hemställde Folkhälsomyndigheten hos Socialdepartementet att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar skulle göras tillämpliga på sjukdomen covid-19. Den 1 februari 2020 beslutade regeringen med stöd av 9 kap. 2 § SmittskL, en förordning med den innebörden. Förordningen trädde i kraft den 2 februari 2020. Riksdagen ”fastställde” senare beslutet genom lag (se lag [2020:430] om ändring i smitt-

²²² Regeringens pressmeddelande, *Strategi med anledning av det nya coronaviruset*, den 7 april 2020.

skyddslagen [2004:168]). Ändringen trädde i kraft den 1 juli 2020 och därigenom upphävdes regeringens förordning.

Genom att covid-19 blev klassificerad som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom blev flera smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen möjliga att använda som verktyg för att begränsa smittspridningen.

7.3 Tidiga regeringsuppdrag

Den 5 mars 2020 fattade regeringen beslut för att stärka Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i arbetet med att hantera utbrottet av covid-19.

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att vidareutveckla befintliga och kommande samordnings- och stödinsatser, exempelvis för tillgången till diagnostik, vårdplatser och andra former av stöd till regioner och kommuner med anledning av det pågående utbrottet. Socialstyrelsen fick i uppdrag att representera Sverige i styrgruppen för den EU-gemensamma upphandlingen av skyddsutrustning.²²³

Regeringen gav Folkhälsomyndigheten i uppdrag att vidareutveckla befintliga och kommande samordnings- och informationsinsatser. Myndigheten fick även i uppdrag att utveckla olika stöd till berörda myndigheter och andra aktörer med anledning av det pågående utbrottet.²²⁴

Regeringen anförde i båda besluten att den avsåg att vid behov fatta beslut om att höja anslagskrediten för Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten för att på kort sikt skapa ett handlingsutrymme för myndigheterna.

Regeringen gav även den 20 mars 2020 länsstyrelserna i uppdrag att minst två gånger i veckan, eller enligt vad Regeringskansliet närmare angav, ge en samlad lägesbild över arbetet i länsstyrelserna och ge en redogörelse för utvecklingen av coronaviruset i samtliga län. Uppdraget skulle samordnas och redovisas av Länsstyrelsen i Hallands län.²²⁵

²²³ Regeringsbeslut den 5 mars 2020 (S2020/01233/FS, delvis).

²²⁴ Regeringsbeslut den 5 mars 2020 (S2020/01232/FS, delvis).

²²⁵ Regeringens pressmeddelande, *Uppdrag till Länsstyrelserna att inkomma med löpande samlade lägesbilder med anledning av covid-19*, den 20 mars 2020.

7.4 Kunskapsstöd till vården och omsorgen

Den 12 mars 2020 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram, sammanställa och sprida information till personal inom socialtjänstens verksamhetsområden, inkluderat LSS- och assistansverksamhet samt inom kommunernas hälso- och sjukvård, om vilka åtgärder som behöver vidtas för att skydda riskgrupper. Enligt uppdraget borde informationen anpassas efter personalens förutsättningar att tillgodogöra sig och tillämpa informationen. Informationsinsatsen skulle bygga på Folkhälsomyndighetens rekommendationer samt påbörjas skyndsamt och pågå så länge behov fanns.²²⁶ I beslutet pekade regeringen på att det är huvudmannens ansvar att säkerställa att personalen har den kompetens och den information de behöver för att kunna hantera situationer vid ökad risk för smittoutbrott på ett säkert sätt för brukare, patienter och anhöriga.

Socialstyrelsen samlade på sin webbplats information till personal som arbetar i vård och omsorg. Material har tagits fram löpande och uppdaterats. Visst material finns också på Sveriges minoritetsspråk och andra språk och det finns även som lästlöst och med stöd av bilder. Socialstyrelsen inrättade också en nationell telefonlinje som bemannades av hälsokommunikatörer i regionerna.

Socialstyrelsen uppdrog åt Karolinska Institutet att ta fram e-utbildningar med fokus på hygienprinciper och användning av personlig skyddsutrustning. Utbildningarna publicerades den 18 mars 2020.

Socialstyrelsen publicerade den 25 mars 2020 skriften *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. En uppdatering skedde den 29 april 2020. Syftet med skriften är att stödja hälso- och sjukvården att fatta beslut om prioriteringar. Principerna är tänkta att tillämpas i det fall smittutvecklingen leder till att behovet av intensivvård kommer överstiga tillgängliga resurser. I skriften anges bland annat

I linje med människovärdesprincipen får prioritering inte ske utifrån patientens kronologiska ålder i sig. Däremot är det tillåtet att ta hänsyn till patientens biologiska ålder, det vill säga vilken patientnytta som är möjlig given patientens biologiska tillstånd. Det innebär att en person med en låg kronologisk ålder men en hög bräcklighet kan komma att

²²⁶ Regeringsbeslut den 12 mars 2020 (S2020/01467/SOF).

prioriteras lägre än en person med en högre kronologisk ålder men större förmåga att klara och leva vidare efter intensivvård.

Avslutningsvis anges att prioritering inte heller får ske utifrån patientens sociala situation eller ställning, eventuell funktionsnedsättning eller utifrån huruvida patienten själv bidragit till att orsaka sitt tillstånd. Utifrån dessa principer formulerade Socialstyrelsen en prioritetsordning.

Den 3 april 2020 publicerade Socialstyrelsen skriften *Symtomlindring i livets slutskede, läkemedelsbehandling i palliativ vård vid covid-19*. Skriften innehåller behandlingsråd om symtomlindring vid vård i livets slutskede och riktar sig till läkare och sjuksköterskor i hemsjukvården, på ett korttidsboende eller på ett särskilt boende.²²⁷

Socialstyrelsen gav den 7 april 2020 ut kunskapsstödet *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19*. Uppdateringar har skett den 22 juni och den 17 juli 2020. Syftet med kunskapsstödet var att kunna ge god vård och omsorg till personer med covid-19 som vårdas i kommunernas hälso- och sjukvård utifrån individens behov, ge stöd till arbetet att ställa om rutiner och arbetsätt när flera personer samtidigt är sjuka med covid-19 i särskilda boendeformer och inom hemsjukvården, samt att skapa arbetsätt som minimerar smittspridning mellan olika vård- och omsorgstagare och till personal. I dokumentet fanns förslag när det gäller kontakt mellan läkare och sjuksköterska. Som förebyggande planering för förändrat hälsoläge anges bland annat:

Upprätta och sträva i förväg efter individuella vårdplaner med information om vårdnivå och behov av samverkan, behandling och vidare behandling vid förändrat hälsoläge. I bedömningen av patientens förmåga att klara av en behandling kan patientens skörhet skattas med stöd av exempelvis Clinical Frailty Scale.

Vidare angavs i den första versionen bland annat som förslag:

Undvik besök av läkare som skulle kunna hanteras på distans.

I den andra versionen togs denna formulering bort och ersattes av:

Bedöm om besök av läkare kan hanteras på distans. Läkaren måste i varje enskilt fall göra en individuell bedömning om det är lämpligt att genom-

²²⁷ Socialstyrelsen, *Symtomlindring i livets slutskede. Läkemedelsbehandling i palliativ vård vid covid-19*, version 1, den 3 april 2020.

föra läkarbesöket på distans eller om patientens vårdbehov förutsätter en fysisk kontakt.

Det fanns även förslag till åtgärder vid besök av läkare i särskilt boende, exempelvis att ta kontakt före besöket och försöka minimera antal kontakter per patient. Under rubriken Utredning och vård vid covid-19 anges, i samtliga versioner, vidare:

Medicinsk bedömning utifrån klinisk bedömning.

Klinisk bedömning behöver inte alltid göras fysiskt. Den kan göras utifrån personlig kännedom, i samråd med MAS eller ansvarig sjuksköterska, tillsammans med distansmonitorering/egenmonitorering av ovanstående vitalparametrar, symtomenkät och eventuellt vid behov videobesök direkt med patient i ordinärt boende eller med hjälp av personal från SÄBO.

Socialstyrelsen publicerade tillsammans med Ersta Sköndal Bräcke högskola den 8 april 2020 ett utbildningsmaterial, *Introduktion till arbete i vård och omsorg*. Det är främst riktat till ny personal, och kan ses som ett sätt att möta behoven när många utbildade behövde anställas när det var hög frånvaro bland den ordinarie personalen på grund av pandemin.

Den 24 april 2020 publicerade Socialstyrelsen kunskapsstödet *Arbetsätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre*. Uppdateringar har skett den 17 juli, 28 juli och 6 oktober. Dokumentet syftar till att ge stöd till personal och chefer i särskilda boendeformer för äldre om hur arbetsätt kan anpassas då personer med demenssjukdom bär på coronavirus.

De utbildningar som tagits fram av Socialstyrelsen har fått stor spridning, enligt uppgift från myndigheten. Detta stämmer även med uppgift från olika anställda inom äldreomsorgen som kommissionen samtalat med. De riktlinjer och förslag som Socialstyrelsen har utfärdat, bland annat om läkarbedömningar på distans, har uppmärksammats och varit föremål för diskussion i media. Vi återkommer därför till dessa senare i betänkandet.

7.5 Stanna hemma, håll avstånd och tvätta händerna!

Folkhälsomyndigheten har en central roll i den svenska hanteringen av pandemin. Av myndighetens instruktion följer att Folkhälsomyndigheten ska verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta, genom kunskapsbyggnad och kunskapsspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd. Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund. Särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa (1 §). Myndigheten ska även övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap och inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsorisker i kris och under höjd beredskap (8 §).

Folkhälsomyndigheten anger att den fullgör sitt uppdrag genom att följa utvecklingen av spridningen av covid-19 i Sverige och världen och utifrån detta vidta och föreslå åtgärder som kan bromsa smittspridningen och minska antalet som är sjuka samtidigt.²²⁸ Eftersom covid-19 har klassificerats som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom kan Folkhälsomyndigheten även utfärda föreskrifter och vidta vissa åtgärder enligt smittskyddslagen. Folkhälsomyndigheten utfärdar även allmänna råd. Dessa är rekommendationer för hur man kan göra för att uppfylla det som står i en lag, förordning eller föreskrift.

Den 13 mars 2020 bedömde Folkhälsomyndigheten att risken för samhällssmitta av covid-19 var mycket hög och publicerade rådet att alla som var sjuka i förkylning eller influensaliknande symtom ska vara hemma för att inte riskera att sprida smitta vidare till andra, detta gällde inte minst personal inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

Den 16 mars 2020 ansåg Folkhälsomyndigheten att ytterligare åtgärder borde vidtas för att bromsa smittspridningen och skydda de mest utsatta från att bli smittade. Myndigheten publicerade därför en rekommendation som innebar att personer över 70 år uppmanades att begränsa sina nära kontakter med andra så långt som möjligt under de efterföljande veckorna. Anhöriga uppmanades att

²²⁸ Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 5 oktober 2020).

inte träffa sina gamla släktingar om det inte var helt nödvändigt. De arbetsgivare som hade möjlighet att låta sina anställda arbeta hemifrån rekommenderades att överväga detta.

Den 19 mars 2020, inför kommande påskledighet, uppmanade Folkhälsomyndigheten alla att tänka igenom om planerade resor verkligen var nödvändiga att genomföra.

Den 1 april 2020 beslutade Folkhälsomyndigheten föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. (HSLF-FS 2020:12). Föreskrifterna har uppdaterats vid flera tillfällen.²²⁹ Enlig föreskrifterna ska alla verksamheter i Sverige såsom statliga myndigheter, företag, kommuner, kommunala verksamheter, regioner, föreningar och religiösa samfund utifrån rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkare säkerställa att de vidtar lämpliga åtgärder för att undvika smittspridning av covid-19.

Föreskrifterna innehåller även en rad allmänna råd, bland annat konkreta råd hur lämpliga åtgärder kan vidtas samt råd till enskilda när det gäller det personliga ansvaret att förhindra smittspridning. Var och en uppmanas att (1) vara noggranna med sin handhygien och ofta tvätta händerna med tvål och vatten i minst 20 sekunder, (2) hålla avstånd till varandra inom- och utomhus på platser där människor samlas, som till exempel butiker, köpcentrum, museer, bibliotek, servicekontor och väntrum, (3) hålla avstånd till varandra i kollektivtrafiken och i andra allmänna färdmedel, (4) avstå från att delta i större sociala sammanhang som fester, begravningar, dop, kalas och bröllop, (5) på idrottsplatser, badhus, gym och i andra träningslokaler hålla avstånd till varandra och undvika att byta om i allmänna omklädningsrum, (6) undvika att resa i rusningstid, och (7) avstå från onödiga resor. Till personer över 70 år och andra riskgrupper lämnades ytterligare råd om att begränsa sina sociala kontakter, undvika att åka kollektivtrafik och andra allmänna färdmedel samt undvika att handla i butiker eller vistas på andra platser där människor samlas.

Den 21 oktober 2020 beslutade Folkhälsomyndigheten att de allmänna råden till personer över 70 år och andra riskgrupper skulle upphöra att gälla den 22 oktober. Socialminister Lena Hallengren uttalade vid en pressträff den 22 oktober att detta innebär att alla i Sverige får samma ansvar för att skydda sig själv och alla andra. Upp-

²²⁹ Se HSLF-FS 2020:21, 2020:31, 2020:50 och 2020:52.

hävandet av de särskilda råden till äldre motiverades av de många negativa konsekvenserna för äldres hälsa som uppmärksammats, bland annat i en rapport från Folkhälsomyndigheten.²³⁰

7.6 Skyddsutrustning

Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen

Det stod tidigt klart att tillgången till skyddsutrustning inte var tillräcklig för att täcka de behov som uppstod och många aktörer agerade på egen hand för att skaffa fram sådan utrustning. Det fattades därför beslut om att hantera frågan om införskaffande av skyddsutrustning även på nationell nivå.

Den 16 mars 2020 gav regeringen ett uppdrag till Socialstyrelsen att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19. Uppdraget innebar att myndigheten på nationell nivå ska svara för fördelningen respektive, vid behov, omfördelning mellan huvudmännen samt, så långt det är möjligt, ta initiativ till att skyndsamt få igång en produktion av material inom Sverige. Beslutet innebar också att Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, ska bistå Socialstyrelsen vid genomförande av uppdraget samt att uppdraget ska genomföras i dialog med Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket och i nära samarbete med regionerna och kommunerna. Uppdraget skulle gälla så länge det krävs med tanke på spridningen av covid-19 och förutsättningarna för regionerna och kommunerna att på egen hand säkerställa försörjningen av skyddsutrustning och annan sjukvårdsmaterial.²³¹

Samma dag beslutade regeringen, med stöd av smittskyddslagen (9 kap. 6 §), om förordning (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen innebär att Socialstyrelsen får besluta om att en region eller kommun ska överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial till en eller flera andra regioner eller kommuner, med hänsyn till behovet inom en särskild del av landet eller inom en viss verksamhetsgren inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten

²³⁰ Folkhälsomyndigheten, *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*, den 22 oktober 2020.

²³¹ Regeringsbeslut den 16 mars 2020 (S2020/01558/FS och S2020/01594/FS).

eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Förordningen innebär även att regioner och kommuner på begäran till Socialstyrelsen ska lämna information om den personliga skyddsutrustning och det provtagningsmaterial som respektive region eller kommun har tillgång till.

Socialstyrelsen påbörjade redan före regeringens uppdrag inventeringar för att skapa lägesbilder samt arbetet med inköp av skyddsutrustning. Socialstyrelsen skickade i slutet av januari, i samverkan med Folkhälsomyndigheten, ut enkäter till landets samtliga akutsjukhus för att inventera sjukvårdsresurserna. En sammanställning av inventeringen av skyddsutrustning och tillgång till relevanta vårdplatser i regionerna genomfördes i mitten av februari.²³²

I en lägesrapport den 9 mars 2020 uppgav Socialstyrelsen även att myndigheten den 27 februari 2020 skickat ut en begäran om lägesbild med anledning av covid-19 till Sveriges regioner. Socialstyrelsen uppgav då även att myndigheten hade påbörjat arbetet med inköp av skyddsutrustning och materiel för provtagning genom EU samt på egen hand och att leveranser hade börjat inkomma i mindre kvantiteter.²³³ Den 13 mars 2020 skickade Socialstyrelsen ut en enkät till samtliga kommuner med frågor om bland annat beredskapen när det gäller personalförsörjning och nödvändig materiel och utrustning.

För att fullgöra sitt uppdrag som inköps- och fördelningscentral begärde Socialstyrelsen hjälp av MSB för att samordna kommunernas lägesbilder och begäran om stöd avseende material och skyddsutrustning via länsstyrelserna. Socialstyrelsen begärde stöd från MSB även med att kartlägga inhemsk produktion av material och skyddsutrustning till hälso- och sjukvård samt omsorgen. Myndigheten begärde även stöd från MSB med att samordna bedömningar av möjligheten för andra offentliga aktörer att lämna stöd avseende materiel, skyddsutrustning och andra nationella förstärkningsresurser. Socialstyrelsen kontaktade även Försvarets materielverk, FMV, för stöd med avrop och inköp av medicinteknisk utrustning och skyddsutrustning.²³⁴

Regeringen gav den 3 april 2020 länsstyrelserna i uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna kommunernas läges-

²³² Underlag till Coronakommissionen – presentation Socialstyrelsen, den 6 oktober 2020.

²³³ Socialstyrelsens nationella lägesrapport den 9 mars 2020 i dnr 10.2–5075/2020.

²³⁴ Underlag till Coronakommissionen – presentation Socialstyrelsen, den 6 oktober 2020.

bilder och behov av skyddsutrustning och sjukvårdsmateriel. Länsstyrelserna ska utföra uppdraget i samarbete med MSB och SKR.²³⁵ Regeringens uppdrag till länsstyrelserna beslutades efter att länsstyrelserna inkommit med en hemställan om ett bemyndigande, utan vilket länsstyrelserna inte ansåg sig kunna fullgöra uppdraget. Det var först i slutet av april som Socialstyrelsen började få en bild av kommunernas behov av utrustning.

Uppdrag till Arbetsmiljöverket

Den 7 april 2020 fick Arbetsmiljöverket i uppdrag av regeringen att säkerställa ett förfarande för att även icke CE-märkt personlig skyddsutrustning ska kunna användas.²³⁶ Uppdraget gavs mot bakgrund av EU-kommissionens rekommendation (EU) 2020/403 av den 13 mars 2020 om förfaranden för bedömning av överensstämmelse och marknadsövervakning inom ramen för hotet från covid-19. Enligt rekommendationen får marknadskontrollmyndigheter under vissa omständigheter tillåta personlig skyddsutrustning som saknar CE-märkning, men som myndigheten har konstaterat säkerställer ett tillräckligt skydd av hälsa och säkerhet.

Genom uppdraget ska möjliggöras att Arbetsmiljöverket under den pågående smittspridningen kan bidra till att säkerställa tillgången till personlig skyddsutrustning som säkerställer ett tillräckligt skydd för hälso- och sjukvårdspersonal, räddningstjänst och annan personal som arbetar med att bekämpa viruset och undvika ytterligare spridning.

Genom ett beslut den 24 september 2020 förlängde regeringen Arbetsmiljöverkets uppdrag och tidpunkten för den skriftliga redovisningen av uppdraget till den 30 juni 2021.²³⁷

Användning av skyddsutrustning

Folkhälsomyndigheten har på sin webbplats och i rekommendationer gett ut information som ska fungera som stöd för vården

²³⁵ Regeringsbeslut den 3 april 2020 (S2020/02676/SOF).

²³⁶ Regeringsbeslut den 7 april 2020 (A2020/00783/ARM).

²³⁷ Regeringsbeslut den 24 september 2020 (A2020/01979/ARM).

och omsorgen. Det första dokumentet med rekommendationer för handläggning av misstänkta fall av covid-19 publicerades den 23 januari 2020²³⁸ och det första dokumentet med rekommendationer för handläggning av bekräftade fall publicerades den 17 februari 2020.²³⁹

I den första versionen av rekommendationer vid misstänkta fall angavs att myndigheten, vid all patientkontakt med misstänkta fall, rekommenderar att samma personliga skyddsutrustning som används vid aerosolsmitta även ska användas i dessa fall. Det innefattar skyddshandskar, stänkskydd (tättslutande skyddsglasögon eller visir), tillpassat andningsskydd samt långärmad vätskeavvisande engångsskyddsrock alternativt långärmad skyddsrock och plastförkläde. I den sjunde versionen, daterad den 10 mars 2020, ändrades dessa rekommendationer och Folkhälsomyndigheten angav att ett vätskeavvisande munskydd i kombination med visir eller skyddsglasögon utgjorde ett adekvat barriärskydd för vårdpersonal i samband med både provtagning och vårdsituation, med undantag för aerosolgenererande procedurer.

Den 30 mars 2020 publicerade Folkhälsomyndigheten *Rekommendationer för handläggning och val av skyddsåtgärder mot covid-19 inom vård och omsorg*, vilka ersatte de båda tidigare dokumenten. Det övergripande syftet med rekommendationerna är att vara ett stöd till smittskyddsenheter, vårdhygieniska enheter och vårdgivare vid hantering av covid-19 inom vård och omsorg, och att vara ett stöd vid riskbedömningar och utarbetande av rutiner för smittförebyggande åtgärder i samband med olika vårdnära situationer.

I rekommendationerna anges bland annat att vid all vård- och omsorgsnära kontakt ska en riskbaserad och adekvat användning av personlig skyddsutrustning användas i tillägg till de basala hygienrutinerna. Myndigheten anger att vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor ska ögon, näsa och mun skyddas mot stänk. I rekommendationen hänvisas till Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2018:4) som anger att visir ska användas vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor. Folkhälsomyndigheten anger att om visir vid riskbedömning inte bedöms helt skydda mot stänk mot munnen kombineras det med

²³⁸ Folkhälsomyndigheten, *Rekommendationer för handläggning av misstänkta fall av det nya coronaviruset 2019-nCov*, version 1, den 23 januari 2020.

²³⁹ Folkhälsomyndigheten, *Rekommendationer för handläggning av bekräftade fall av covid-19*, version 1, den 17 februari 2020.

munskydd. Som ett alternativ till visir kan skyddsglasögon tillsammans med munskydd användas. Utifrån en riskbedömning och de arbetsmoment som utförs väljs det mest lämpliga alternativet. Vid risk för aerosolsmitta rekommenderas tillpassat andningsskydd.

Rekommendationerna har uppdaterats vid några tillfällen. I en version uppdaterad den 25 juni 2020 anges att vid covid-19 ska visir alltid kombineras med munskydd, vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor. Vidare anges att som ett alternativ till visir och munskydd kan skyddsglasögon användas tillsammans med vätskeavvisande munskydd. Om munskyddet inte används tillsammans med ett heltäckande visir så ska det enligt myndigheten vara vätskeavvisande. I den senast uppdaterade versionen, från den 1 juli 2020, har ordet vätskeavvisande bytts ut mot vätske-resistent.

Folkhälsomyndigheten har även den 8 maj 2020 publicerat skriften *Åtgärder för att minska smittspridning av covid-19 från personal till äldre brukare och patienter*. Skriften finns i både en lång och en kort version. Den 9 november ersattes de båda dokumenten av *Åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19 från personal inom vård, tandvård och omsorg*.

Skriften vänder sig till bland annat verksamhetsansvariga inom kommunal vård och omsorg och syftet anges vara att ge stöd vid utarbetande och implementering av regionala riktlinjer för att minska risken att patienter och vårdtagare i hemtjänst, kommunal hemsjukvård och på särskilda boenden smittas av personalen. Det anges att det inte handlar om skydd för personalen. I dokumenten lämnas ett flertal rekommendationer och i den första versionen anges bland annat följande.

Användning av visir eller munskydd på personalen kan övervägas som en extra åtgärd för att försöka minska risken att personal smittar brukare och patienter under förutsättning att verksamhetens kvalitetsarbete betonar att det är de övriga åtgärderna som är de grundläggande och viktigaste.

Huvuddelen av smitta sker från personer med symtom varför personal ska stanna hemma från jobbet även vid lindriga symtom. Det finns dock en möjlighet att personer utan symtom eller med så milda symtom att de inte uppfattar sig som sjuka, skulle kunna sprida smitta till riskgruppen äldre som behöver mycket vård och omsorg. I tillägg till att rekommendera all personal med symtom att stanna hemma från jobbet kan man därför överväga, när övriga åtgärder är vidtagna och spridning

pågår ute i samhället, att försöka minska den smittrisk de äldre utsatts för genom att införa en mekanisk barriär, som visir eller munskydd vid moment som innebär att man är nära ansiktet.

Arbetsmiljöverket har den 7 april 2020 beslutat om omedelbart förbud att utföra patientnära arbete med brukare med konstaterad eller misstänkt covid-19, på Serafens vård- och omsorgsboende.²⁴⁰ Beslutet förenades med ett vite om 100 000 kronor. Arbetsmiljöverket anförde som villkor för att förbudet skulle upphöra att adekvat skyddsutrustning ska bäras och att det innebär att visir ska användas i kombination med munskydd. Arbetsmiljöverkets beslut överklagades till Förvaltningsrätten i Stockholm. Förvaltningsrätten ansåg att begreppet ”patientnära arbete” inte är så tydligt och precist som krävs för att kommunen ska kunna förutse vilka åtgärder som behöver vidtas. Domstolen upphävde därför beslutet, utan att ta ställning till frågan om vad som utgör adekvat skyddsutrustning.²⁴¹

Det har även utfärdats riktlinjer och rekommendationer avseende användning av skyddsutrustning både på regional och lokal nivå, till exempel genom de regionala smittskyddsmyndigheterna.

Flera olika myndigheter och aktörer har alltså utfärdat riktlinjer för vilken skyddsutrustning som ska användas i olika situationer. Dessa riktlinjer har inte alltid varit helt överensstämmande med varandra och som illustrerats ovan har de även ändrats under tidens gång.

Personer som kommissionen har samtalat med har även berättat att regionens och kommunens personal har använt olika skyddsutrustning vid hembesök hos äldre, vilket skapat osäkerhet både hos personalen och de äldre.

Skyddsutrustning i nordiska grannländer

Även i övriga nordiska länder rådde inledningsvis i varierande grad brist på skyddsutrustning.

Danmark drabbades liksom övriga länder av utmaningar kring leveranser från den globala marknaden men det synes aldrig riktigt ha rått lika stor brist på skyddsutrustning som i de övriga nordiska länderna. För det fall att en brist skulle uppstå beslutades att landets

²⁴⁰ Arbetsmiljöverkets beslut den 7 april 2020 i ärende 2020/021709.

²⁴¹ Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 30 april i mål 8036–20.

regioner och därmed sjukhus skulle prioriteras. Vidare skulle regionerna sedan ombesörja fördelning till de kommuner där särskilt kritiska smittnivåer uppnåts. I Danmark har den Nationale Operative Stab (NOST) en stödjande funktion när det gäller inköp av och logistik kring skyddsutrustning. NOST leds av Rikspolisens och sammanträder vid tillfälle av kris eller andra nationella händelser för att säkra tvärgående samarbete och koordinering mellan myndigheter.²⁴²

Trots tillgången till beredskapslager rapporterades även i Finland brist på skyddsutrustning, och det uppges att det liksom i Sverige fanns motsättningar om behovet av och tillgång till personlig skyddsutrustning.²⁴³

Att det fanns brist på skyddsutrustning även i Norge noterades exempelvis i en rapport från Statens Helsetilsyn i juni 2020. Enligt rapporten uppgav en tredjedel av kommunerna brist på skyddsutrustning i hemtjänsten och en femtedel uppgav att de använt engångsutrustning flera gånger.²⁴⁴

7.7 Besöksförbud

Den 30 mars 2020 beslutade regeringen om förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen beslutades med stöd av 16 kap. 10 § socialtjänstlagen. I förordningen angavs att den verksamhetsansvarige för ett boende i det enskilda fallet fick medge undantag från förbudet mot besök om det fanns särskilda omständigheter som motiverade ett undantag och om risken för spridning av sjukdomen covid-19 var liten i boendet. Det kan redan nu nämnas att många boenden på flera håll i Sverige införde så kallade besöksförbud redan innan förordningen utfärdades.

Den 8 april beslutade Socialstyrelsen om allmänna råd om tillämpningen av den tillfälliga förordningen om besöksförbud, HSLF-FS 2020:17 (dessa råd ersattes den 13 juli 2020 av

²⁴² Svar från Sveriges ambassad i Köpenhamn, den 23 september 2020.

²⁴³ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

²⁴⁴ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

HSLF-FS 2020:41). I de allmänna råden gavs rekommendationer till den som är verksamhetsansvarig för de aktuella boendena. Syftet var att ge stöd vid bedömningar av om undantag kunde medges från besöksförbudet. Bland annat angavs som omständigheter för att medge undantag från besöksförbudet inomhus att det fanns behov av besök i samband med vård i livets slutskede, behov av besök av en person som har en obotlig icke smittsam sjukdom och själv är i livets slutskede eller stark oro. Omständigheter som kunde motivera undantag från besöksförbudet utomhus kunde vara behov av besök för att främja en aktiv och meningsfull tillvaro för den boende i gemenskap med andra, och behov av besök av närstående för att hålla kontakt över tid och minska negativa effekter av ensamhet.

Folkhälsomyndighetens publicerade den 9 april 2020 rekommendationer vid besök i särskilda boendeformer för äldre under pandemin. Bland annat ges exempel på besöksrutiner. Folkhälsomyndigheten publicerade även råd om hur ensamhet kan hanteras trots besöksförbudet. Myndigheten nämnde bland annat att besök kunde ske utomhus. Om det inte var möjligt föreslog myndigheten att personalen och de anhöriga skulle hjälpas åt att hitta sätt att träffas som är säkra och praktiska. Myndigheten pekade också på möjligheten till kontakt via telefon och/eller digitala hjälpmedel.

Den 15 juni 2020 beslutade regeringen att förlänga giltigheten av förordningen, till och med den 31 augusti 2020.²⁴⁵

Den 20 augusti 2020 beslutades på nytt om förlängning av besöksförbudet, till och med den 30 september 2020.²⁴⁶ Regeringen gav samtidigt Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att analysera om det tillfälliga besöksförbudet borde fortsätta att gälla framöver samt, för det fall förbudet anses kunna upphöra, redovisa vilka regelverk på myndighetsnivå som kan ersätta besöksförbudet.²⁴⁷

Den 15 september 2020 publicerade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten varsin rapport i vilka respektive myndighet redo-

²⁴⁵ Förordning (2020:506) om fortsatt giltighet av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19).

²⁴⁶ Förordning (2020:751) om fortsatt giltighet av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19).

²⁴⁷ Regeringsbeslut den 20 augusti 2020 (S2020/06466/SOF, delvis, och S2020/06467/SOF, delvis).

visade sin analys.²⁴⁸ Båda myndigheterna ansåg att besöksförbudet kunde upphöra den 30 september 2020. Som skäl anfördes bland annat att smittspridningen i samhället var mer omfattande vid förbudets införande samt att kunskapsläget om covid-19 blir bättre och bättre. Verksamheterna bedömes även ha haft tid att förbättra kompetensen och se över rutiner samt att det vid tidpunkten för rapporten fanns möjlighet att provtas för pågående covid-19 och förekomst av antikroppar. De negativa hälsokonsekvenserna av besöksförbudet vägdes också in.

När det gäller den andra delen av uppdraget föreslog Socialstyrelsen en föreskrift som skulle tydliggöra verksamhetens ansvar för att skapa goda förutsättningar så att personer som bor på boendena kan ta emot besök på ett säkert sätt. Socialstyrelsen anförde att myndigheten också planerade att ta fram stödmaterial till verksamheterna. Folkhälsomyndigheten hade även tagit fram förslag på rekommendationer till verksamheterna vid besök i särskilda boenden för äldre under covid-19-pandemin. Dessa rekommendationer skulle kunna användas som stöd vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter. Myndigheterna pekade även på individens eget ansvar att, precis som i övriga sammanhang, tillämpa Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. (HSLF-FS 2020:12).

Samma dag som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten redovisade sina analyser, det vill säga den 15 september 2020, meddelade regeringen att besöksförbudet skulle upphöra från och med den 1 oktober 2020.²⁴⁹

Den 28 september 2020 beslutade Socialstyrelsen om föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin, vilka trädde i kraft den 1 oktober 2020 (HSLF-FS 2020:46). I föreskrifterna anges bland annat att den verksamhetsansvarige ska fastställa rutiner för hur risken för spridning av sjukdomen covid-19 ska kunna begränsas och göra en riskanalys vad besök i det särskilda boendet kan innebära. Den verksamhetsansvarige ska se till att personalen kan tillämpa rutinerna och att de boende och deras besökare får information om de föreskrifter och

²⁴⁸ Socialstyrelsen, *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre*, den 15 september 2020, och Folkhälsomyndigheten, *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök i särskilda boendeformer för äldre*, den 15 september 2020.

²⁴⁹ Regeringens pressmeddelande, *Besöksförbudet på äldreboenden upphör 1 oktober*, den 15 september 2020.

allmänna råd samt rekommendationer som Folkhälsomyndigheten har utfärdat.

Besöksförbudet, som gällde i sex månader, drabbade många äldre och anhöriga hårt. Det framgår bland annat av intervjuer som kommissionen hållit men även av olika rapporter, exempelvis Folkhälsomyndighetens rapport. Under hösten 2020 återinförde flera kommuner i Sverige besöksstopp på grund av ökad smittspridning och den 19 november beslutade regeringen om en förordning som ger Folkhälsomyndigheten möjlighet att meddela föreskrifter om att förbjuda besök på särskilda boenden om det behövs. Verksamhetschefen har möjlighet att tillåta undantag, vilket särskilt gäller för att bryta separation med make, maka och partner. Förordningen trädde i kraft den 21 november 2020 och upphör att gälla vid utgången av februari 2021.

Besöksförbud och riktlinjer i nordiska grannländer

Beslut om besöksförbud eller besöksrestriktioner i äldreboenden fattades även i våra grannländer Norge, Finland och Danmark. I Norge publicerade Folkehelseinstituttet redan den 29 februari riktlinjer för pandemibekämpning i sjukhem. I dokumentet betonades att sjukhemmen är en plats där risken är stor för smittspridning eftersom många gamla med underliggande sjukdomar bor nära varandra och en stor andel av de boende har svårt att följa smittskyddsinstruktioner. Dokumentets riktlinjer innefattade bland annat att personal inom äldreomsorgen som varit i riskområden inte skulle gå till arbetet på 14 dagar och att personal som får symtom skulle vara isolerade i hemmet i 14 dagar. Den 6 mars skickade Helsedirektoratet ett brev med råd om vissa besöksrestriktioner till kommunerna, bland annat att närstående som varit i utsatta områden skulle undvika besök. Den 12 mars uppmanade Helsedirektoratet folk att inte besöka personer på institutioner för sårbara grupper och den 14 mars skickades ett nytt brev till kommunerna i vilket Helsedirektoratet underströk vikten av besöksstopp. Den 27 maj kom nya rekommendationer enligt vilka säkra besök så långt som möjligt bör ordnas.²⁵⁰

²⁵⁰ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden* samt uppgifter hämtade från Helsedirektoratets webbplats (besökt den 20 november 2020).

Den danska regeringen fattade ett nationellt beslut om besöksförbud på vårdhem för äldre personer den 18 mars. Dessa restriktioner förlängdes den 6 april. Initialt gällde totalt besöksförbud, men succesivt infördes alternativa lösningar såsom utomhusträffar via tält och paviljonger. Den 1 maj nåddes en politisk överenskommelse om att presentera initiativ för att hitta sätt att möjliggöra besök på vårdhem och den 2 juli hävdades förbudet. I samband med det utfärdades riktlinjer för besök. I Danmark infördes även en möjlighet för kommuner att under en period göra undantag från de krav på vård och omsorg som normalt är gällande, exempelvis kunde hemtjänsten nedprioritera vissa uppgifter såsom städning.²⁵¹

I Finland beslutade regeringen den 16 mars, med stöd av beredskapslagen, att undantagsförhållande skulle råda i landet. Detta innebar bland annat stängning av skolor, museer, simhallar m.m. Även dagverksamheter i äldreomsorgen stängdes och besök hos boendeserviceenheter för äldre och för andra riskgrupper förbjöds. Genom en anvisning förpliktades vidare personer över 70 år att undvika kontakter med andra personer och uppmanades att undvika kontakter utanför hemmet. Social- och hälsovårdsministeriet utfärdade riktlinjer för besök och bland annat var det möjligt att besöka äldre vid kritisk sjukdom. Undantagsförhållandena och utövningen av befogenheter enligt beredskapslagen upphävdes den 16 juni efter regeringens bedömning att coronaepidemin var hanterbar med hjälp av sedvanliga myndighetsbefogenheter. Dessförinnan hade flertal av de tidigare anvisningarna redan upphört, exempelvis upphörde besöksförbudet den 13 maj.²⁵²

7.8 Tillfällig ändring i smittskyddslagen

Den 16 april 2020 godkände riksdagen regeringens förslag om ändringar i smittskyddslagen för att kunna vidta särskilda åtgärder mot det nya coronaviruset. De tillfälliga ändringarna trädde i kraft den 18 april och gav regeringen rätt att utfärda vissa föreskrifter om särskilda åtgärder med anledning av coronaviruset (se lag [2020:241]

²⁵¹ Svar från Sveriges ambassad i Köpenhamn, den 23 september 2020, och uppgifter hämtade från Sundheds- og Ældreministeriets webbplats (besökt den 24 november 2020).

²⁵² Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*, och svar från Sveriges ambassad i Helsingfors, den 22 september och den 30 november 2020, samt svar från Social- och hälsovårdsministeriet i Finland, den 3 december 2020.

om ändring i smittskyddslagen [2004:168]). Föreskrifterna fick avse bland annat tillfälliga begränsningar för folksamlingar och tillfällig nedstängning av köpcentrum och andra handelsplatser (9 kap. 6 a § smittskyddslagen).

Enligt den tillfälliga lagen fick regeringen även meddela särskilda föreskrifter om bland annat samverkan i vissa avseenden när det gäller regioner och kommuner, om det i syfte att upprätthålla ett effektivt smittskydd behövdes för att hantera spridning av viruset (9 kap. 6 b §). Dessa utökade möjligheter att säkerställa samverkan mellan regioner och kommuner skulle avse åtgärder som avsåg att trygga försörjningen av läkemedel och medicinsk utrustning.²⁵³

Föreskrifter som meddelats med stöd av dessa bestämmelser skulle omedelbart underställas riksdagens prövning (9 kap. 6 c §). Regeringen utnyttjade dock aldrig den befogenhet som lagändringen medgav. De tillfälliga bestämmelserna upphörde att gälla den 1 juli.²⁵⁴

7.9 Provtagning

Provtagning är en central del i arbetet med smittspårning. Inicialt rådde en begränsad provtagningskapacitet, både i Sverige och i våra nordiska grannländer. Nedan lämnas en översiktlig beskrivning av Sveriges strategi och rekommendationer när det gäller provtagning under våren och sommaren.

Folkhälsomyndighetens rekommendationer

Den 23 januari 2020 publicerades den första versionen av det tidigare nämnda dokumentet *Rekommendationer för handläggning av misstänkta fall av det nya coronaviruset 2019-nCoV*. I detta dokument angav myndigheten att syftet med provtagning var att ställa diagnos, förhindra sjukhusspridning till andra patienter och vårdpersonal och samtidigt ge adekvat vård till misstänkta fall. Vidare angavs att provtagning skulle ske omedelbart vid inläggning av patient på sjukhus.

Den 28 januari 2020 uppdaterades dokumentet (version 3) och ett tillägg gjordes enligt vilket personer som uppfyller vissa kriterier

²⁵³ Prop. 2019/20:155 s. 27.

²⁵⁴ SFS 2020:242.

för provtagning skulle provtas skyndsamt. Utöver den kliniska bilden (luftvägsinfektion, feber m.m.) angavs att det skulle vara fråga om insjuknande inom 14 dagar efter utresa från område med pågående smittspridning, då endast provinsen Hubei i Kina, eller insjuknande inom 14 dagar efter nära kontakt med någon som haft verifierat fall av covid-19.

Dessa kriterier uppdaterades löpande under våren och från den 7 februari 2020 publicerades kriterierna i ett eget dokument, *Provtagningsindikation - infektion med 2019-nCoV*. I dokumentet uppgavs att provtagningsindikationen var en anvisning för sjukvården och att det var av särskild vikt att minimera risker för spridning till eller inom sjukvården. De områden som personer skulle ha rest från för att provtas ändrades under våren, från att endast avse provinsen Hubei i Kina till att avse hela Kinas fastland där smittspridning pågick och sedan till att omfatta även Iran, norra Italiens regioner, Sydkorea och den österrikiska delstaten Tyrolen.

I en uppdatering den 12 mars 2020 ändrades dokumentets utseende och i stora delar även dess innehåll. I dokumentet angavs att provtagningsstrategin fokuserade på att identifiera fall inom sjukvården för att på så sätt skydda de mest utsatta grupperna. För definition av misstänkt fall hänvisades till Folkhälsomyndighetens dokument *Falldefinitioner vid anmälan enligt smittskyddslagen*, publicerad den 13 december 2019. Vidare angavs att misstänkta fall i samhället hos individer med gott allmäntillstånd och utan behov av sjukvård i första hand skulle hanteras genom isolering i hemmet och social distansering. Nytt i denna uppdatering var också att en prioriteringsordning ställdes upp. Som prioriterad provtagning angavs i första hand patienter i behov av ineliggande vård på sjukhus och i andra hand personal i vård- och äldreomsorg vid känd covid-19 exposition. Som icke prioriterad provtagning uppgavs identifiering av fall av covid-19 i samhället som uppfyllde vissa kriterier, bland annat vistelse i riskområde.

I de därefter följande uppdateringarna ändrades skrivningarna avseende prioriteringsordningen något, bland annat fördes patienter i behov av ineliggande omsorg och redan ineliggande vid sjukhus och omsorgsboende in i prioriteringsgrupp 1 och i prioriteringsgrupp 2 placerades misstänkta fall vid institutionsboende baserat på vad som är mest ändamålsenligt utifrån aktuella resursbehov (version 11,

den 1 april 2020). Till prioritetsgrupp 1 fördes senare även individer med äldreomsorg i egen bostad (version 13, den 27 maj 2010).

Nationell strategi för utökad provtagning

Den 30 mars 2020 gav regeringen i uppdrag till Folkhälsomyndigheten att skyndsamt ta fram en nationell strategi för att utöka provtagningen för covid-19. I uppdraget låg att på nationell nivå samordna arbetet med att utöka provtagningen för covid-19 samt skyndsamt starta och leda arbetet med att koordinera de regioner, företrädare för kommuner och andra aktörer som behövdes för att provtagningen skulle kunna utökas med bibehållen kvalitetssäkring och fortsatt prioritering av resurserna till vård och omsorg.²⁵⁵

I beslutet angavs att den dåvarande strategin för provtagning i Sverige innefattade prioritering inom sjukvården för provtagning för personer som var i behov av vård på sjukhus samt personal inom sjukvård och äldreomsorg med misstänkt covid-19. Syftet med denna strategi var att skydda de mest utsatta grupperna i samhället från smitta samtidigt som en viss hushållning med resurser såsom personal och personlig skyddsutrustning kunde ske. Regionalt och lokalt skedde dock anpassningar av provtagningar, vilket samordnades av den regionala sjukvårdsledningen och ansvarig smittskyddsläkare. Med dåvarande provtagningsindikationer innefattades inte personal utanför hälso- och sjukvård och omsorg och en stor andel viktig personal riskerade att stanna hemma ifrån jobbet trots att de var arbetsföra.

Syftet med uppdraget var att skyndsamt utöka antalet provtagningar för covid-19 för att fortsatt säkerställa prioriterade provtagningsindikationer inom hälso- och sjukvården samt lindra de samhällseffekter ett stort bortfall på personal har inom hälso- och sjukvården, omsorgen, polisen, räddningstjänsten och annan personal inom verksamheter som kan anses vara särskilt viktiga, samt i ett andra steg övriga relevanta delar av samhället.

Folkhälsomyndigheten publicerade den första versionen av sin strategi den 17 april 2020.²⁵⁶ Strategin har därefter uppdaterats vid

²⁵⁵ Regeringsbeslut den 30 mars 2020 (S2020/02681/FS, delvis).

²⁵⁶ Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi för utökad provtagning och laboratorieanalys av covid-19*, version 1, den 17 april 2020.

några tillfällen och den senaste versionen, den fjärde, publicerades den 10 juni 2020.

Strategin bestod av två delar. Syftet med den första delen var att säkerställa att behovet av provtagning och analys för pågående covid-19 kunde tillgodoses. Syftet med den andra delen var att säkerställa tillgången till ändamålsenliga antikroppstester. Den första versionen av strategin omfattade bara den första delen. Den 30 april 2020 uppdaterade Folkhälsomyndigheten strategin så att den även omfattade provtagning av antikroppar.

Folkhälsomyndigheten anförde i sin rapport att målsättningen med provtagning för pågående covid-19 påverkas av i vilken fas pandemin befinner sig. I den tidiga fasen gäller det att försöka stoppa smittan och hitta alla sjuka, i den pandemiska fasen sker en kraftig ökning av antalet fall och man kan behöva prioritera vilka som ska provtas, och i den sena fasen blir målsättningen återigen att stoppa smittan.

Folkhälsomyndigheten tog, som en del av strategin, fram en prioriteringsordning för provtagning av pågående covid-19 enligt följande.

- Prioritet 1: Individer vid medicinsk indikation och vid smittskyddsåtgärder.
- Prioritet 2: Personal inom hälso- och sjukvård samt omsorg.
- Prioritet 3: Personal inom övrig samhällsviktig verksamhet.
- Prioritet 4: Individer inom övriga relevanta delar av samhället.

Den 29 maj 2020 publicerades även *Provtagning för covid-19 inom särskilt boende för äldre*. I denna anges att en generös provtagning är motiverad och önskvärd och det lämnas övergripande rekommendationer för hur provtagning inom särskilda boenden kan hanteras. Bland annat rekommenderas att alla som flyttar in på ett särskilt boende eller återkommer efter sjukhusvistelse bör provtas. I en uppdaterad version från den 17 juni 2020 lämnas även rekommendationer för äldre inom LSS-boenden, för ordinärt boende med hemtjänst och för kommunal hemsjukvård.

Storskalig provtagning

Den 4 juni 2020 gav regeringen ett nytt uppdrag till Folkhälsomyndigheten att, i samråd med länsstyrelserna och regionerna, skyndsamt säkerställa adekvata flödeskedjor för storskalig provtagning, både av pågående covid-19 och antikroppstest, i hela landet. Folkhälsomyndigheten skulle på nationell nivå säkerställa att alla behövliga strukturer för provtagning och provtagningens följder skulle finnas på plats i närtid, i samarbete med regionerna, länsstyrelserna och andra aktörer som behövdes för genomförandet. I uppdraget ingick även att stödja regionerna i fråga om att säkerställa att undanträngningseffekter inte uppstår gentemot hälso- och sjukvård eller omsorg, samt att säkerställa att provtagningen är ändamålsenlig och resurseffektiv utifrån förväntad immunitetsnivå och möjlighet till smittspårning.²⁵⁷

Samma dag, det vill säga den 4 juni, gav regeringen även ett uppdrag till länsstyrelserna att, i samråd med Folkhälsomyndigheten och på regionernas initiativ, bistå regionerna vid utbyggnaden av kapaciteten för och vid utförandet av provtagning inom sina respektive geografiska områden.²⁵⁸

Den 11 juni 2020 ingicks en överenskommelse mellan regeringen och SKR om utökad nationell provtagning för covid-19. Överenskommelsen, som gäller 1 juni–31 december 2020, innebär i korthet att regionerna åtar sig att utföra provtagningarna i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer och att staten åtar sig kostnaderna för detta.²⁵⁹

Provtagning i nordiska grannländer

Även i Danmark, Finland och Norge har det under pandemins första veckor varit brist på möjligheter till bred provtagning, vilket även har påverkat de äldre och den personal som arbetar i äldreboenden. Under pandemins allra första veckor provtog Norge dock i högre utsträckning än övriga nordiska länder. Från mitten av april och

²⁵⁷ Regeringsbeslut den 4 juni 2020 (S2020/05026/FS, delvis).

²⁵⁸ Regeringsbeslut den 4 juni 2020 (S2020/05027/FS, delvis).

²⁵⁹ Regeringens pressmeddelande, *Ökad nationell testning för covid-19, 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, den 11 juni 2020.

framåt har Danmark provtagit betydligt fler och Finland och Norge har provtagit i ungefär samma utsträckning.²⁶⁰

Finland och Danmark gick tidigt ut med rekommendationer kring provtagning av alla äldre och all personal vid utbrott i ett äldreboende. Danmark utökade den 18 april riktlinjerna för provtagning vid utbrott i exempelvis äldreboenden till att omfatta alla med symtom, men även asymtomatiska personer. Från den 27 april utökades riktlinjen till att vid utbrott provta all personal och alla boende, oavsett symtom. Äldreboenden behandlades i dessa riktlinjer på samma sätt som sjukhus.²⁶¹ I samband med att Danmark åter började öppna upp samhället utarbetades en omfattande provtagningsstrategi för hela landet. Den 12 maj offentliggjorde regeringen en nationell provtagningsstrategi som byggde på tre huvudsakliga delar; provtagning, uppspårning och isolering. Sedan juni gäller en överenskommelse mellan Sundheds- og äldreministeriet, regionerna och kommunerna om en särskild modell för provtagning av personal på vårdhem och i äldreboende.²⁶²

7.10 Uppdrag om behov av nya föreskrifter

Den 25 juni 2020 uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att undersöka behovet av föreskrifter inom vissa verksamheter som är riktade till äldre personer och verksamheter riktade till personer med funktionsnedsättning för att hindra spridning av det nya coronaviruset som orsakar sjukdomen covid-19 i sådan verksamhet.²⁶³

Socialstyrelsen redovisade sitt uppdrag den 30 september 2020, genom rapporten *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19*. Socialstyrelsen pekade bland annat på följande.

- Möjligheten för personer som får insatser i verksamheterna, deras närstående och personal att få information om aktuella rutiner och arbetssätt för att förebygga smittspridning behöver stärkas.

²⁶⁰ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

²⁶¹ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

²⁶² Svar från Sveriges ambassad i Köpenhamn, den 23 september 2020.

²⁶³ Regeringsbeslut den 25 juni 2020 (S2020/03751/SOF, delvis, S2020/05632/SOF, delvis, och S2020/03751/SOF, S2020/05633/SOF, delvis).

- Det behöver ställas krav på kontinuerlig utbildning av personal i basal hygien och vårdhygien.
- Det behöver säkerställas att verksamheter i äldreomsorgen organiserar personalen i särskilda team eller avdelningar för att minska risken att personal för med sig smitta till friska personer samt för att hålla friska och smittade personer separerade från varandra.

Socialstyrelsen anförde även att myndigheten ser ett behov av att stärka den medicinska kompetensen i äldreomsorgen och att fortsätta informationsinsatserna riktade till personal i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten pekade även på att det är viktigt att föreslagna åtgärder är proportionerliga och att behovet av smittskyddsåtgärder måste vägas mot andra negativa konsekvenser som kan drabba den enskilde.

Folkhälsomyndigheten redovisade sitt uppdrag den 5 oktober 2020, genom rapporten *Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*. I rapporten pekade Folkhälsomyndigheten på flera orsaker till smittspridningen, bland annat bristande tillgång till kontinuerlig utbildning inom vårdhygien- och smittskydd för all vård- och omsorgspersonal, bristande uppföljning av vårdhygieniska och smittförebyggande åtgärder, att bemanningen och organiseringen av personalen innebär många olika kontakter mellan brukare och personal, bristen på samordning mellan regionala och kommunala aktörer samt tillgången till medicinsk- vårdhygien- och smittskyddskompetens inom socialtjänstens verksamheter.

Utifrån detta pekade Folkhälsomyndigheten på behov av föreskrifter som innefattar krav på att verksamheterna ska ha ett strukturerat smittförebyggande arbete, krav på utbildning om basal hygien och andra smittförebyggande åtgärder, krav på att personalen organiseras så att kontinuiteten säkerställs och varje brukare träffar ett begränsat antal personer samt krav på att verksamheterna har särskilda rutiner för samverkan vid kriser. Utöver behovet av föreskrifter pekade Folkhälsomyndigheten även på att det finns behov av att överväga om kommunerna ska ha tillgång till egna läkare, eller möjlighet att anställa läkare, att MAS:ar bör ha ansvar för att det finns rutiner för kontakter med smittskyddsläkare eller expertis inom vårdhygien, samt behov att se över möjligheterna att införa

någon åtgärd på de särskilda boenden som innebär att personer kan isoleras.

7.11 Regeringens satsningar på äldreomsorgen

Utöver de regeringsuppdrag som givits till myndigheter har flera riktade satsningar samt resurstillskott tillkommit under året.

Totalt har regeringen föreslagit 20 miljarder kronor 2020 för kommunernas och regionernas merkostnader för hälso- och sjukvård och socialtjänst när det gäller omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning till följd av covid-19. Av dessa 20 miljarder föreslogs 5 miljarder kronor i ändringsbudgetar under våren (prop. 2019/20:132, prop. 2019/20:167 och prop. 2019/20:99). Dessa har beslutats av riksdagen. Därefter har regeringen föreslagit ytterligare 5 miljarder kronor i höständringsbudgeten för 2020 (prop. 2020/21:2). Den 3 november lämnades förslag om ytterligare 10 miljarder kronor 2020 (prop. 2020/21:45). Exempel på andra riktade satsningar:

- Äldreomsorgslyft för att stärka kompetensförsörjningen (maj 2020)

För att förbättra kompetensförsörjningen och göra det mer attraktivt att söka jobb inom äldreomsorgen initierade regeringen ett äldreomsorgslyft som innebär att ge befintlig personal möjlighet att genomgå utbildning till vårdbiträde eller undersköterska på betald arbetstid. Under 2021 inbegrips även andra kompetenshöjande insatser inom vård och omsorg, dessutom utökas målgruppen till att även omfatta första linjens chefer. Staten kommer att finansiera kostnaden för den tid den anställde är frånvarande på grund av studier. Satsningen omfattar sammanlagt cirka 3,85 miljarder kronor under 2020 och 2021.

- Krisstöd till personal inom vård och äldreomsorg som arbetat med covid-19 (september 2020, höständringsbudget för 2020)

Regeringen har föreslagit en särskild satsning på krisstöd till hälso- och sjukvårdspersonal samt för personal i äldreomsorgen som har arbetat med covid-19. Satsningen omfattar totalt 500 miljoner

kronor för 2020 (varav 350 miljoner kronor fördelas till regionerna och 150 miljoner kronor till kommunerna).

- Språkträning för anställda inom äldreomsorgen (september 2020)

I budgetpropositionen för 2021 föreslår regeringen en riktad satsning för att förbättra yrkessvenskan hos personal inom äldreomsorgen, till exempel vårdbiträden och undersköterskor, som saknar tillräckliga kunskaper i det svenska språket för det yrke de utövar. Satsningen beräknas omfatta 31 miljoner kronor per år 2021 och 2022. Stödet bör kunna gå till såväl befintliga som nya insatser.

- Budgetsatsning för en stärkt äldreomsorg (september 2020)

Regeringen föreslår i budgetpropositionen för 2021 att Sveriges kommuner får ett tillskott med 4 miljarder kronor årligen för att stärka äldreomsorgen.

7.12 Summering

Det vidtogs tidigt vissa åtgärder på nationell nivå, som att klassificera covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom och att höja Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens anslagskrediter.

Även regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att informera vårdens och omsorgens personal om åtgärder för att skydda riskgrupper får sägas ha lämnats i ett relativt tidigt skede. Det får emellertid förutsättas att Socialstyrelsen som central kunskapsmyndighet betraktat det som en uppgift även utan ett formligt regeringsuppdrag. Myndighetens e-utbildning om hygienprinciper och användning av personlig skyddsutrustning som tagits fram av Karolinska Institutet publicerades också en knapp vecka efter att regeringsuppdraget gavs.

Andra åtgärder har dock dröjt. Trots att det tidigt stod klart att äldre, och framförallt de på särskilda boenden, var särskilt utsatta för viruset publicerade Socialstyrelsen först den 7 april ett kunskapsstöd för den kommunala hälso- och sjukvården. Anmärkningsvärt är även att Socialstyrelsen först den 24 april tog fram ett kunskapsstöd för arbetssätt vid hantering av demenssjuka, trots att majoriteten av de boende på de särskilda boendena lider av kognitiv svikt.

Initialt rådde en stor brist på skyddsutrustning i hela landet, liksom även i våra nordiska grannländer. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att säkra tillgången till skyddsutrustning och fördela denna mellan regionerna och kommunerna. Vid den tidpunkten fanns dock enligt Socialstyrelsen ingen utrustning att omfördela. Socialstyrelsen påbörjade tidigt inventeringar av akutsjukhusens och regionernas sjukvårdsresurser men det dröjde till slutet av april innan myndigheten hade skaffat sig en bild av kommunernas behov av skyddsutrustning. Då hade smittan för länge sedan tagit sig in på de särskilda boendena och fått en omfattande spridning där.

Riktlinjer om användning av skyddsutrustning har publicerats av flera aktörer. Dessa riktlinjer har inte alltid varit tydliga eller lättillämpade. Olika myndigheter har även lämnat något olika riktlinjer. Det har exempelvis varit oklart om visir ger ett tillräckligt skydd mot smittan vid patientnära arbete eller om ett visir alltid ska kombineras med munskydd. Oklarheterna har skapat stor osäkerhet hos många anställda inom äldreomsorgen, särskilt mot bakgrund av den då rådande bristen på skyddsutrustning.

I våra nordiska grannländer infördes besöksförbud eller besöksrestriktioner på äldreboenden i mitten av mars. Trots att Sverige hade sitt första dödsfall ungefär samtidigt som Norge, Danmark och Finland dröjde det ytterligare cirka två veckor innan ett nationellt besöksförbud infördes även här. Sverige upphävde förbudet först den 1 oktober. I våra grannländer har förbuden upphävts eller restriktionerna lättats långt tidigare. Sverige har alltså haft ett mer ingripande besöksförbud på äldreboenden än något av våra nordiska grannländer.

Sverige hade initialt en begränsad kapacitet att genomföra provtagning för covid-19. Även om vård- och omsorgspersonal tidigt var en prioriterad grupp var det först i slutet av maj som Folkhälsomyndigheten publicerade en strategi särskilt för provtagning inom särskilt boende, i vilken en generös provtagning rekommenderades. Det har även i våra nordiska grannländer inledningsvis funnits en bristande provtagningskapacitet. I början av våren provtog dock Norge i högst utsträckning medan Danmark från april har provtagit i betydligt större omfattning än både Sverige, Norge och Finland.

Vilka effekter de nya reglerna, riktlinjerna och uppdragen har haft för berörda och vilka erfarenheter äldreomsorgen har skaffat sig

berör vi i kapitel 9. Det sista kapitlet återkommer till vår övergripande bedömning av vilken betydelse genomförda åtgärder kan ha haft för målsättningen att skydda de äldre.

8 Berättelser

Vi har hittills huvudsakligen uppehållit oss vid faktiska förhållanden som kan beskrivas i tabeller och diagram och i redovisningar av beslut och åtgärder. I detta kapitel skiftar vi perspektiv.

Under pandemin har personalen i äldreomsorgen arbetat hårt, många gånger under kaosartade förhållanden. De har inte bara utsatt sig själva utan även sina familjer för stora risker och många har levt med en stark press under flera månaders tid. Vi har intervjuat några av alla dem som under våren och sommaren på olika sätt har kämpat för att trots allt ge de äldre en så god vård och omsorg som möjligt. I redovisningen av dessa intervjuer låter vi först anställda och enhetschefer i äldreomsorgen komma till tals (avsnitt 8.1), därefter deras chefer (avsnitt 8.2).

Vi har tagit del av flera brev och rapporter med berättelser från personer som mist någon nära anhörig, ibland utan att ha haft möjlighet att närvara vid dödsbädden. Vi har även samtalat med några äldre personer som bor på särskilt boende. Inom den tidsram vi haft till vårt förfogande för detta betänkande har vi dock inte haft möjlighet att genomföra fler intervjuer.

8.1 Intervjuer med personal på särskilda boenden

Vi har intervjuat enhetschefer, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar vid särskilda boenden på olika håll i landet. Deras berättelser skiljer sig delvis åt, men de vittnar i flera delar om liknande upplevelser och erfarenheter. I detta avsnitt återger vi valda delar av de olika berättelserna. Delar av berättelserna återges även genom citat i kapitel 9. Vi har valt att inte namnge personalen.

Undersköterska i Huddinge

Huddinge kommun fick tidigt in corona-viruset på särskilda boenden och drabbades hårt. Huddinge var också en av de kommuner som införde besöksrestriktioner före det nationella besöksförbudet. En undersköterska som arbetar på det boende i Huddinge som först fick in smittan har särskilt berättat om den rädsla som präglade hela våren, både hos personal och anhöriga, och om det kaos som rådde. Hon har berättat bland annat följande.

Det var en jättetuff vår. Redan den 23 mars fick de in smittan och därefter har en tredjedel av alla boende avlidit av covid-19. Fler än hälften av personalen blev smittade. Riktlinjerna om vilken skyddsutrustning som skulle användas i olika situationer ändrades ofta, ibland flera gånger per dag. Vid omsorgsnära arbete har de alltid haft visir men inledningsvis skulle de exempelvis använda olika munskydd vid misstänkt och konstaterad smitta. De har även fått anpassa sig efter att viss utrustning har tagit slut. Otydligheten har skapat en stor osäkerhet och rädsla hos personalen för att de inte använt rätt utrustning i rätt situation. Många i personalen har även varit rädda för att själva bli smittade och timanställda har tackat nej till arbetspass. Det gjorde det svårt att få tag i ersättare och den fasta personalen blev därför ofta beordrad att jobba övertid.

Besöksförbudet har varit tråkigt för de boende. Personalen har försökt att hjälpa dem att använda Facetime och Skype men det är inte samma sak som att träffas. De införde även säkra mötesplatser, vilket innebär att de boende fick träffa sina anhöriga bakom plexiglas. Anhöriga har, även under besöksförbudet, haft möjlighet att vara närvarande de sista timmarna i livet men av rädsla för att själva bli smittade vågade många inte komma. Det är bara en av de boende som haft en anhörig på plats. De andra dog ensamma.

Eftersom de bara är två anställda på varje avdelning har det varit svårt att dela upp sig så att inte alla skulle jobba med smittade personer. Det var även svårt att hålla de demenssjuka på sina rum. Många förstod ju inte att de var smittade. Hon har själv både varit rädd för att bli smittad och för att smitta någon på boendet. Hon har därför knappt vågat röra sig någon annanstans än mellan jobbet och hemmet.

Enhetschef och sjuksköterska i Sundsvall

På ett boende i Sundsvalls kommun kom smittan in i slutet av juni under semestertider. Enhetschefen har berättat om svårigheterna att vara chef och hantera många problematiska personalfrågor, enligt följande.

Det var katastrof när utbrottet kom, de var då nere på halva personalstyrkan. De fick kämpa mycket för att ha bra rutiner och få in personal. De förstod att det behövdes mycket personal och skolade in vikarier hela tiden. De jobbade mycket med utbildning i basala hygienrutiner och användning av skyddsutrustning.

Inledningsvis var det brist på skyddsutrustning hos kommunerna men regionerna hade tillgång. Det kändes som ett hån när regionens personal kom i full mundering medan undersköterskorna på äldreboendet hade vanligt förkläde, tvål och handsprit. Det blev tydligt att det verkligen är skillnad att arbeta i kommunal och regional vård.

Under våren var det tydligt att läkarna inte var närvarande, de kom vid ytterst få tillfällen. Läkarna kunde dock komma till boendena om sjuksköterskorna tyckte det varit väldigt, väldigt viktigt. De som sjuksköterskor tycker att det fungerat bra så länge det var de ordinarie läkarna som de redan hade ett bra samarbete med. Problem uppstod dock när läkare utan patientkännedom hade rond per telefon. De upplever ändå att de har fått ett bra stöd och känt sig relativt trygga men patienterna borde ha haft rätt till en läkarbedömning.

Han har känt mycket oro för personalen. Det svåraste har varit det förebyggande arbetet, hur de skulle hantera situationen med smittade boende eftersom de inte har lagliga förutsättningar att flytta personer. Ibland har de tänkt att de fått ”offra” vissa vårdtagare som fått riskera att bli smittade, eftersom de inte haft möjlighet att flytta de smittade.

De har ett bemanningstal per vårdtagare som i princip är för litet i grunden. Det krävs högre bemanning men det finns inte budget för det. Det är även brist på kunnig personal med undersköterskeutbildning, vilket beror på låga löner och dåliga scheman. Nu finns rutiner på plats, men när det gäller personalbiten är det samma veva igen. De skolar in vikarier hela tiden, ändå är det brist på dem.

Undersköterska i Gällivare

En undersköterska och huvudskyddsombud för Kommunal har beslutat om skyddsstopp på ett särskilt boende i Gällivare kommun. Hon har framför allt berättat om den stora osäkerheten kring vilken skyddsutrustning som skulle användas och den påfrestning det innebär, enligt följande.

Hon tycker att informationen varit motsägelsefull och att det var oordning i regelverken. Arbetsmiljöverket rekommenderade en nivå medan Folkhälsomyndigheten rekommenderade en lägre. Därutöver kom Socialstyrelsen och Smittskydd med andra rekommendationer. Informationen uppdaterades ofta och det kunde vara svårt att veta om man hade aktuell information. Osäkerheten kring hur covid-19 smittar gjorde också att det var svårt att ta ställning till vilken skyddsutrustning som behövdes. Det var stor skillnad mellan vilken skyddsutrustning kommunens och regionens personal skulle använda sig av, trots att de vårdade personer med samma smitta. Hon fick även höra att regionen var högre prioriterad vid beställningar av skyddsutrustning. Det kändes som om man tänkte att folk är sjukare på sjukhus.

Gällivare kommun tillverkade egen skyddsutrustning och det var därför aldrig någon brist. Hon beslutade dock om skyddsstopp när personal skulle gå in med egentillverkad utrustning till personer som var eller misstänktes vara smittade. Arbetsmiljöverket hävde skyddsstoppet men förvaltningsrätten upphävde Arbetsmiljöverkets beslut. Det blev då klart att de skulle ha visir och munskydd i vårdnära arbete. Det var inte ett lätt beslut att lägga skyddsstopp. Det var ett etiskt dilemma eftersom de äldre ju var tvungna att få hjälp. De försökte lägga stoppet så att det skulle drabba de äldre så lite som möjligt.

Besöksförbudet har varit jobbigt, särskilt eftersom de som personal inte hade tid till något mer än det mest basala.

Tre sjuksköterskor i Göteborg

Vi har intervjuat tre sjuksköterskor på olika boenden i Göteborg, två boenden i kommunens regi och ett i en stiftelses. De har lämnat i flera delar samstämmiga uppgifter och av deras berättelser framgår bland annat följande.

Testkapaciteten i regionen var mycket begränsad inledningsvis. I början provtogs därför bara en eller två misstänkta smittade på en avdelning. Om provsvaret var positivt skulle de utgå från att alla andra med samma symtom på samma avdelning var smittade. I efterhand visade det sig att det fanns fler symtom än de som inledningsvis beskrevs. Vanliga symtom hos äldre kunde exempelvis vara diarré och kräkningar. Eftersom de inte kunde provta och symtomen var så olika är det svårt att säga hur många som drabbats på boendena. Först i maj blev det möjligt att provta alla boende om någon blivit smittad. Personalen provtogs inte alls i början. Det var först i slutet av maj som det var möjligt för personalen att testa sig. Det kändes amatörmässigt att ringa till anhöriga och berätta att de trodde att en person hade covid-19 men att de inte kunnat göra någon provtagning.

På två av boendena var det inledningsvis brist på skyddsutrustning medan det tredje hela tiden haft skyddsutrustning, även om det var oklart om all utrustning var CE-märkt. En av sjuksköterskorna har beskrivit hur de prioriterades framför undersköterskorna. De som sjuksköterskor fick skyddsutrustning av sin chef och hade alltid tillgång men det kunde ibland vara så att hon hade munskydd men inte undersköterskorna på samma boende. En av sjuksköterskorna har även beskrivit att fokus vid användning av skyddsutrustning var att skydda personalen, inte de äldre.

De har alla tre gett uttryck för att de i huvudsak varit nöjda med kontakterna med läkarna och att de äldre har fått bra vård på plats. Samarbetet med läkarna har varit bra och förtroendefullt. Läkarna drog ner på antalet besök och många beslut fattades utifrån sjuksköterskornas bedömningar, i samtal med läkarna. De har mestadels ändå upplevt denna hantering som okej eftersom läkarna oftast känt de boende väl och sjuksköterskorna är erfarna. Behovet av kontakt och stöd av läkaren var stort och en av sjuksköterskorna har uttryckt att det var bra att läkaren inte kom på besök. De ville inte riskera att läkaren skulle bli sjuk.

Undersköterska i Västra Götaland

Vi har intervjuat en undersköterska som arbetar på en demensavdelning på en mindre ort i Västra Götaland, där samtliga boende och

flera i personalen på boendet blev smittade. Hon har särskilt berättat om den press hon upplevt under våren, enligt följande.

Hennes boende fick in smittan först i juni och det var svettigt och jobbigt att arbeta med full skyddsutrustning i högsommarvärmen. Det hon upplever som allra jobbigast har ändå varit den press hon och hennes kollegor känt i flera månader och hur det påverkat privatlivet. Hennes vardag har sett helt annorlunda ut och hon har känt att hon inte riktigt kan leva som hon vill. Hon kände sig tvungen att isolera sig utanför arbetstid och har inte träffat familj eller vänner, av rädsla för att ta med sig smittan in på boendet. Hon har hela tiden tänkt att de boende är skörare än vad hon är och om hon smittar någon kan det bli den personens död.

De försökte så gott de kunde att hålla smittade boende på sina rum men det var inte särskilt lätt. De ser ju hur dåligt de dementa mår av att vara instängda på ett ställe. Det går då inte att tvinga personerna att isolera sig. De har försökt att använda pappersöverdrag och sprita möbler så mycket som möjligt. Det har varit jobbigt att hantera, både för de boende och personalen. De boende har även påverkats mycket av besöksförbudet, det blev som en slags depression för många. De har försökt använda Facetime men det är inte samma sak som att krama sina anhöriga. Hon och hennes kollegor har hela tiden hjälpts åt för att täcka upp och på andra sätt hjälpa varandra.

En enhetschef och en undersköterska/gruppchef i Stockholms län

Vi har intervjuat en enhetschef och en undersköterska på ett särskilt boende i Stockholms län som fick in smittan först under andra halvan i maj. De har berättat att de hade tid att förbereda sig och att de varit väldigt noggranna med skyddsutrustning, provtagning och att personal inte skulle gå emellan avdelningar. Trots det fick boendet in smittan och den spred sig även till både personal och andra boende. De har berättat bland annat följande.

När smittan kom hade de hunnit förbereda med rutiner och de hade tillräckligt med skyddsutrustning. De visste då att smittan även kunde ge andra symtom än de det först pratades om. För personer med demenssjukdom var symtomen ofta ökad förvirring och trötthet. Personalen var därför väldigt noggranna med att alltid meddela

sjuksköterskan vid förändring i någon boendes mående. De hade även bra möjligheter att provta personal och boende. Om en enhet fick in smittan provtogs all personal och alla boende på den enheten. Provtagningen visade dock att flera, både boende och personal, var sjuka trots att de inte hade några symtom alls. De skapade rutiner för inflyttningen så att alla som skulle flytta in provtogs och isolerades till dess provsvaret kommit.

De har båda uttryckt att det svåraste under våren har varit att hålla sig uppdaterade eftersom det kom så mycket information hela tiden att det ibland kändes hopplöst. Många i personalen var oroliga för sig själva och sina anhöriga. I en sådan situation är det viktigt med tydlig information.

Undersköterska i Stockholm

En undersköterska som arbetar på ett särskilt boende i Stockholm har särskilt berättat om den stress och oro det inneburit att arbeta med bristande skyddsutrustning. Hon har gett uttryck för en känsla av övergivenhet, enligt följande.

Det fanns inga munskydd. Arbetsgivaren ansåg att det räckte med visir vid vård av konstaterat smittade men de såg vilken utrustning personalen på sjukhusen hade. Det var även ett annat boende i samma stadsdel som använde full skyddsutrustning. Att bara jobba i visir kändes som att jobba naken. Det kändes som om arbetsgivaren sa till dem att de inte bryr sig ifall de dör. Hon kunde inte bara se på och beslutade därför om skyddsstopp. Efter att Arbetsmiljöverket sagt att de även skulle ha munskydd var det inte längre någon brist, då fanns munskydd. Efter det gällde i Stockholm generellt att både visir och munskydd skulle användas. Det var många i personalen som blev smittade och som var oroliga. En del har blivit deprimerade och undrade varför chefen utsatte dem för fara.

Läkaren har inte varit på plats utan bara funnits på telefon. De ville att läkaren skulle komma ut men denne hänvisade till besöksförbudet och kom inte. Läkarna borde ju ses som en del av vårdpersonalen. Skulle en läkare kunna hänvisa till besöksförbud på ett sjukhus också?

8.2 Intervju med tre verksamhetschefer

Vi har även intervjuat tre verksamhetschefer i olika delar av landet; Skellefteå, Huddinge och Göteborg. I detta avsnitt återger vi valda delar av deras berättelser. Delar av berättelserna återges även genom citat i kapitel 9.

Verksamhetschef i Skellefteå

I Skellefteå hade kommunen och regionen ett gott samarbete, både före och under pandemin. Ejja Häman Aktell som är avdelningschef med ansvar för särskilda boenden, hemtjänst och hemvård i kommunen har berättat följande.

Det fanns upparbetade arbetsätt och riktlinjer sedan tidigare och när viruset slog till hade de digitala chefsträffar en gång per dag. De utsåg särskilda covid-handledare på alla boenden och dessa fick specialträning i frågor som exempelvis basala hygienrutiner och skyddsutrustning. De startade även ett covid-team som skulle kunna hjälpa till med bemanning och en särskild covid-enhet dit individer som blivit utskrivna från sjukhus kunde avskiljas. Genom en gemensam "anslagstavla" har alla chefer dag för dag kunnat följa bland annat personalläget och kunnat skapat sig en bra överblick över alla enheter i kommunen.

De har sedan tidigare även ett bra samarbete med läkarna och det har fungerat ännu bättre under pandemin. De upplever sig ha fått tillräckligt stöd. Provtagningskapaciteten var begränsad inledningsvis men regionen provtog ändå många i personalen som hade symtom.

Kommunen och regionen hjälptes även åt med att skaffa och fördela skyddsutrustning. Regionen har varit bra på att ge stöd och information. Även om det funnits en oro för viruset har medarbetare och chefer verkligen samarbetat och jobbat hårt och mycket. De har gjort ett gediget arbete för att göra skillnad för dem de är till för och alla har ställt upp till hundra procent.

Chef för äldreomsorgen i Huddinge

När Huddinge kommun drabbades av viruset, i mitten av mars, hade kommunen redan börjat förbereda sig. Malin Svahn Schenström är chef för äldreomsorgen i Huddinge kommun och har berättat följande om samverkan och förhållandet mellan kommunen och regionen.

Förberedelserna bestod bland annat i att de hade bildat olika krisledningsgrupper. Att kommunen började förbereda sig tidigt berodde på att de själva läste signaler om att viruset var på väg och att Region Stockholm började kalla till så kallade klustermöten. Dessa möten hölls mellan olika aktörer i Stockholm och en person från Region Stockholm. På mötena, som hölls digitalt två gånger per vecka, fick de information från regionen om planering av vårdplatser, riktlinjer och uppdatering av smittoläget. Kommunen använde även dessa möten till att berätta för regionen hur det såg ut och vilket stöd kommunen behövde. Genom mötena fick de en direktkontakt med regionen och samverkan har därför förbättrats under pandemin.

Initialt var det brist på skyddsutrustning. Kommunen hade före pandemin flera leverantörer av skyddsutrustning men när upphandlingsavdelningen skulle lägga in beställningar fick de beskedet att leverantörerna bara fick leverera till regionen. Kommunen kunde därför inte använda sig av några av sina vanliga beställningsvägar utan fick hitta andra sätt, bland annat lyckades de hitta en leverantör i Kina. På mötena med regionen påtalades kommunens brist på skyddsutrustning. Svaret de fick var då att det inte fanns någon utrustning och att regionen inte kunde hjälpa kommunen. Det var först i juni som kommunen kunde börja få hjälp av regionen. När det gäller skyddsutrustning blev det vidare tydligt att olika riktlinjer gällde för regionens och kommunens personal. Vid hemsjukvård kom regionens personal i full skyddsutrustning medan kommunens personal bara behövde tvätta händerna. Hon önskar att det hade varit en större tydlighet från början när det gäller olika riktlinjer och att det funnits en större kunskap kring den kommunala vården och omsorgen. Hon känner att de blev bortglömda.

Direktör i stiftelse i Göteborg

Monica Berglund, direktör för Tre stiftelser som driver fyra boenden i Göteborg, har berättat om problemen med att få tag i skyddsutrustning och problemen med besöksförbudet, enligt följande.

De har hela tiden haft skyddsutrustning men det var en jakt i början. Som stiftelse fick de inte del av den skyddsutrustning som staden hade, bortsett från att staden gav dem OH-film. Staden hänvisade dem till att sköta sina inköp själva. Deras vanliga leverantörer kunde inte leverera och de fick därför hitta helt andra kanaler. De fick bland annat hjälp av lokala företag och hantverkare. Hon kan inte minnas att de haft någon kontakt med länsstyrelsen. Först i mitten av maj hade de tillräckligt många visir för att alltid kunna använda visir i nära vård. Innan dess räckte visiren bara till vård vid konstaterad smitta.

Hon har ifrågasatt värdigheten och konsekvenserna av besöksförbudet. Hennes boende gjorde undantag från besöksförbudet när någon var döende. En del anhöriga satt då i full skyddsmundering men det fanns också anhöriga som inte vågade komma. Hon har berättat att flera äldre uttryckte att de inte visste vad de levde för när de inte fick träffa sina barn och barnbarn, det är ju det som betyder mest. Allt handlade om smittbekämpning. Det var väldigt lite fokus på att de äldre skulle kunna leva, ha ett värdigt liv och känna välbefinnande. När besöksförbudet hela tiden förlängdes började hon undra om man hade glömt bort de äldre.

8.3 Summering

Olika delar av vårt land har drabbats olika av viruset, både tidsmässigt och i omfattning. Av de intervjuer vi genomfört framgår att smittan hanterats på något olika sätt och att saker som fungerat bra på ett boende inte fungerat lika bra på ett annat. Ett tydligt exempel på detta är kontakten med läkare. Vissa av de intervjuade har uttryckt att de känt ett starkt stöd av läkarna och att samarbetet fungerat bra medan andra undrat vart läkarna tog vägen. Av verksamhetschefernas berättelser framgår även tydligt att samverkan mellan kommun och region har sett olika ut i olika delar av landet.

Trots olikheterna återger personalen i stora delar liknande upplevelser. Samtliga har berättat om svårigheterna att hålla personer

med demenssjukdom avskilda och hur hårt besöksförbudet drabbade de äldre. De har även vittnat om den initiala bristen på skyddsutrustning och otydliga riktlinjer. Av berättelserna framgår att jakten på skyddsutrustning har lett till en imponerande kreativitet men det framgår även en förhållandevis samstämmig bild av upplevelsen att regionernas personal prioriterades högre än kommunernas.

Alla berättelser präglas av den oro som funnits för det okända viruset. Många har varit rädda, både för att själva bli smittade och för att smitta någon annan. Personalen har även gett uttryck för den stress det inneburit att inte ha haft förutsättningar att alltid ge den vård och omsorg som de vanligtvis ger och hade önskat ge även under våren. En bestående bild efter våra samtal är den höga arbetsmoralen och starka drivkraften att trots omständigheterna göra det så bra som möjligt för de boende.

9 Äldreomsorgen våren 2020

De personliga berättelserna i föregående kapitel visar att pandemin ställde kommunernas hälso- och sjukvård och omsorg om äldre personer inför stora utmaningar. Det fanns ingen beredskap för en mera omfattande smittspridning, inte heller för en kollaps av ordinarie leverantörskedjor av till exempel skyddsutrustning. Initialt var det ett stort fokus på den regionala hälso- och sjukvården, och då i synnerhet akutsjukvården och IVA. Samtidigt var budskapet både från regeringen och Folkhälsomyndigheten att ”skydda de äldre”. Vilka förutsättningar hade då personalen i äldreomsorgen att göra det? Hur har verksamheten påverkats under pandemin? I de tidigare kapitlen har vi belyst den rättsliga regleringen av kommunernas vård och omsorg och av smittskydd. Vi har också beskrivit en låg bemanning och brister i tillgång till hälso- och sjukvårdskompetens, det dubbla huvudmannaskapet och ett decentraliserat ansvar. Faktorer som visade sig vara av betydelse när pandemin bröt ut.

I detta kapitel belyser vi utifrån de rapporter och undersökningar som vi hittills tagit del av hur smittan kan antas ha tagit sig in i särskilda boenden och hemtjänst (avsnitt 9.1), hur smittan hantades när den väl kommit in (avsnitt 9.2), vad detta innebar för de äldre personerna, deras anhöriga och för personalen (avsnitt 9.3) samt hur tillgången till hälso- och sjukvård såg ut (avsnitt 9.4). Fokus är på våren 2020.

9.1 När pandemin bröt ut

Snabb smittspridning i vissa regioner

I de län där smittan spred sig först och snabbast har också störst antal personer med hemtjänst eller boende i särskilt boende avlidit. Det är den mest sköra gruppen äldre som har störst risk att avlida på

grund av covid-19 och det är de som är den kommunala äldreomsorgens målgrupp.²⁶⁴ Utmaningen var därför särskilt stor att hålla smittan utanför de särskilda boendena.

IVO genomförde under våren 2020 drygt 1 000 telefonintervjuer med särskilda boenden, hemtjänstenheter och LSS-bostäder för vuxna. Boendena och regionerna var olika drabbade. På vissa håll kom smittan mycket snabbt, utan möjlighet till förberedelser.²⁶⁵

Smittskydd i Västra Götalandsregionen, Region Stockholm och Region Sörmland har i mitten av april 2020 genomfört enkätstudier riktade till enhetscheferna i de särskilda boendena i sina respektive län.

I Västra Götaland hade 30 procent av de särskilda boenden som svarat på enkäten bekräftade och misstänkta fall med covid-19, 16 procent misstänkta fall och 54 procent hade inga kända fall. Smitta fanns i 22 av regionens 49 kommuner. I Stockholm hade 54 procent av boendena smitta, i Södermanland 38 procent.

Det första fallet i Stockholm rapporterades i enkäten ha inträffat den 6 mars, flest fall en enskild dag var den 1 april. Det första kända fallet i Västra Götaland som rapporterades i enkäten var den 18 mars och sedan inträffade enstaka fall fram till den 2 april då pandemin tog fart. Flest antal fall en enskild dag inträffade den 15 april.

Hur kom smittan in på boendena?

I enkäterna från Smittskydd i de tre regionerna efterfrågades vilka skäl den som besvarat enkäten trodde kunde finnas till att smitta kom in på boendet. Orsaker som angavs var att den kommit in via symtomfri personal och besökande anhöriga (innan besöksstoppet infördes), boende som varit i slutenvård och inte provtagits vid utskrivning, nyinflyttade boende samt via boende som rört sig ute. En del uppgav att det var oklart hur det hade gått till.

Även om kunskap fanns hos forskare att även personer utan symptom kunde föra in smittan var det ingen information som kommunicerades av Folkhälsomyndigheten, och den var inte etablerad i äldreomsorgen i landet. I en pågående studie som KI driver har fram-

²⁶⁴ S. Hägg m.fl. (2020), *Age, Frailty, and Comorbidity as Prognostic Factors for Short-Term Outcomes in Patients with Coronavirus Disease in Geriatric Care*, JAMDA, den 14 augusti, 2020.

²⁶⁵ IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

kommit att av 550 personer anställda inom äldreomsorgen som provtogs i vecka 47 (16–22/11) var 21 personer positiva. Av dem hade elva personer inte känt några symtom. Om de inte upptäckts genom studien hade de kunnat smitta boende och arbetskamrater.²⁶⁶

Av enkätsvaren till de tre regionernas Smittskydd framgår att det förekommit att personal insjuknat under ett arbetspass och att det då på grund av personalbrist inte alltid varit möjligt för dem att gå hem direkt. I Västra Götaland har flertalet boenden med covid-19 angett personalen som den största risken. De kunde uppvisa en sjukdomsbild med diffusa symtom. Det har varit svårt för den enskilde att bedöma om hen varit smittad. Det har också varit svårt att bedöma om en boende varit sjuk eftersom de ofta har en grundsjukdom där symtomen kan påminna om covid-19.²⁶⁷

Vi fick information om att vi skulle vara observanta på feber och hosta. Men alla fick inte feber, och långt ifrån alla fick hosta. Det vanligaste var diarréer och att de kräktes. Flera blev också extremt törstiga och behövde dricka mycket. Det fick man lära sig efterhand. (Sjuksköterska i särskilt boende i Göteborg)

Fackförbundet Kommunal genomförde med hjälp av Novus en webbundersökning med ett urval om 10 000 personer bland förbundets medlemmar inom hemtjänst och särskilt boende, svarsfrekvensen var 46,3 procent. Fem procent svarade att de gått till arbetet trots förkylningssymtom. Av dessa angav hälften svarsalternativet ”vill inte lämna kollegor i sticket”, fyra av tio angav ekonomiska skäl, antingen karensdagen eller att de är timanställda.²⁶⁸

Orsaker till att smittan spred sig på boendet

KPMG gjorde på uppdrag av Göteborgs stad en analys av hur smittspridningen kunde leda till så höga dödstal på vissa boenden. KPMG noterade i sin studie av 70 boenden skillnader som till exempel bestod i när åtgärder infördes för att minska risken för smittspridning, hur man arbetade med vikarier, hur arbetskläder hanterades samt vilka former för samverkan inom verksamheten och mellan boenden och regionen som fanns.

²⁶⁶ Muntlig uppgift den 24 november 2020 från professor Lars Engstrand, KI.

²⁶⁷ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

²⁶⁸ Novus (2020), *Kommunals medlemmar i äldreomsorgen om skyddsutrustning m.m.*

Det första boende i Göteborg som införde olika åtgärder vidtog dem redan i början av februari medan det sista boendet införde åtgärder så sent som den 24 april. Flera boenden var igång med förberedelser redan innan Göteborgs stad införde besöksförbud den 12 mars. Det gällde exempelvis åtgärder som att personal inte skulle röra sig mellan boendeenheter, åtgärder kring arbetssätt, minskning av sociala aktiviteter, repetitionsutbildningar i basal vårdhygien och inventering av skyddsutrustning. Den 1 april hade 46 av de 70 boendena vidtagit åtgärder.

Möjliga förklaringar till skillnaderna är, enligt KPMG:s rapport, att det fanns brister i kunskap om vårdhygien och tillgång till skyddsutrustning, hög sjukfrånvaro och ett otillräckligt nära ledarskap, områden som vi återkommer till nedan.²⁶⁹

Större enheter verkar ha drabbats mer

De större enheterna i Region Stockholm (med 80 boende eller fler) hade högre andel smittade än små boenden (med färre än 40 boende). Av boenden med covid-19 hade nästan hälften (47 procent) fler än 75 anställda, i boenden utan covid-19 var den andelen tolv procent.²⁷⁰

Samma tendens finns i Västra Götaland, där andelen enheter med 9–25 anställda hade en låg andel med smitta medan boenden med fler än 75 anställda hade en hög andel.²⁷¹ Amerikanska studier har också visat att större äldreboenden har signifikant större risk för dödsfall.²⁷²

²⁶⁹ KPMG (2020), *Utredning av smittspridning inom äldreboende. Rapport – Göteborgs stad.*

²⁷⁰ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län.*

²⁷¹ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland.*

²⁷² Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden.*

9.2 Hygienrutiner, skyddsutrustning, provtagning och smittspårning

9.2.1 Beredskap i kommunerna

En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad som ska göras vid en störning eller en kritisk aktivitet och kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå. På frågan i öppna jämförelser²⁷³ om kommunen har en kontinuitetsplan för särskilt boende svarade 32 procent ja, 25 procent svarade delvis av totalt 266 kommuner som svarat. I vilken mån en kontinuitetsplan underlättade för verksamheten när pandemin bröt ut har inte studerats.

Många av socialtjänstens verksamheter saknade enligt Folkhälsomyndigheten beredskap för utbrott av smittsamma sjukdomar. Det finns enligt myndigheten behov av att utveckla samverkan mellan huvudmännen för att säkerställa att kommunerna har tillgång till expertis vad gäller vårdhygien och smittskydd.²⁷⁴

Socialstyrelsen sände den 13 mars med hjälp av länsstyrelserna ut en enkät till alla kommuner samt stadsdelsförvaltningarna i Stockholms stad. Den visade att beredskapen var högre vad gäller personalförsörjningen än för material och utrustning, med tydliga regionala skillnader.²⁷⁵

Under mars månad aktiverades krisorganisationen i flertalet kommuner. Vissa kommuner, som Stockholms stad, startade sin krishantering redan i början av januari.²⁷⁶ I vissa kommuner fick MAS:en en mer framskjuten roll, men inte i alla. Ett problem som kommit fram i de samtal vi haft med bland annat MAS:arna är dock att det ibland saknats hälso- och sjukvårdskompetens i högsta krisledningen. Det kunde till exempel innebära att när MAS:en fick reda på beslut som fattats fick de göras om.²⁷⁷

²⁷³ Öppna jämförelser publiceras av Socialstyrelsen tillsammans med SKR och baseras på enkätdata, officiell statistik och kvalitetsregister.

²⁷⁴ Folkhälsomyndigheten (2020), *Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*.

²⁷⁵ Socialstyrelsen (2020), *Lägesbild – kommunernas beredskap för allmän spridning av covid-19*.

²⁷⁶ Muntlig uppgift från biträdande stadsdirektör Alexandra Göransson.

²⁷⁷ MAS, citerat från M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

I vissa regioner fanns också ett väl etablerat samarbete mellan region, kommun och länsstyrelse, som till exempel i Region Stockholm där Samverkan Stockholmsregionen tidigt var en aktiv aktör. Ett annat exempel är Västerbottens län.

Regionen i Västerbotten har varit väldigt bra på att ha dagliga möten och veckomöten och gett oss bra stöd. Vi riggade också en krisledning i hela kommunen på alla nivåer och där möten skett med länsstyrelsen, Socialstyrelsen och regionen övergripande. Vi har haft en bra röd tråd från individen på boendet, anhöriga ända upp till toppledningen i kommunen. ... vi hade utarbetade arbetssätt sedan tidigare. (Eija Häman Aktell, äldreomsorgschef, Skellefteå).

9.2.2 Hygienrutinerna skärptes

Den tydligaste rekommendation från Folkhälsomyndigheten när pandemin bröt ut var att iaktta goda hygienrutiner.²⁷⁸ Dessa rutiner finns även tydligt angivna i föreskrifter från Socialstyrelsen.

SKR gör årligen observationsstudier av hur väl medarbetarna i regionernas och kommunernas vård och omsorg följer åtta grundläggande hygiensteg. Årets undersökning skedde i vecka 11 och 12 (9–22 mars) i 71 kommuner. Drygt 7 800 medarbetare har observerats inom 71 kommuner.

Andelen korrekta hygienrutiner i samtliga steg låg 2020 på 65,5 procent, en ökning från 59 procent 2019 och 50,5 procent 2018. Variationen är stor mellan de 71 kommunerna, från under 20 procent till 100 procent. För vart och ett av de åtta momenten som studeras är det betydligt högre andel som hanterar hygien korrekt, men brister det på ett av momenten så är det inte ”godkänt”. Det kan till exempel handla om att man spritar händerna när man lämnar en boende men inte spritar igen när man går in i nästa rum på boendet. Så har till exempel nästan alla (95 procent) en korrekt användning av handskar och man har desinficerat sig efter patientnära arbete medan andelen är sämre (75 procent) innan patientnära arbete.²⁷⁹

Man är ju mycket nära utan skydd, utan förkläden och handskar, i den vanliga omsorgen. Man går från den ena hyresgästen till den andra. På

²⁷⁸ Folkhälsomyndigheten (2020), *Rekommendationer för handläggning och val av skyddsåtgärder mot covid-19 inom vård och omsorg*, publicerade den 30 mars 2020 och den 1 juli 2020.

²⁷⁹ Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *Punktprevalensmätning följ sambet till basala hygienrutiner och klädregler, kommunernas resultat 2010–2020*.

sjukhuset spritar man sig när man går in till patienten och när man går ut, det gör man inte här. Det är ju inte det att man inte har kunskapen, men det hör inte till den vanliga rutinen. Man går in till en person och hjälper på toaletten, går sedan in till en annan och hjälper med något annat. Det är inget som jag under de här två åren försökt ändra på, vi har inte haft några särskilda utbildningar om detta. När det är vinterkräksjuka eller influensaperiod stramas rutinerna upp, då vet alla vad man ska göra. Men när vinterkräksjukan är över, då släpper man på rutinerna igen. Man är ju mer personlig här, man känner varandra, inte som på ett sjukhus. (Sjuksköterska, Göteborg).

Tre forskare har med hjälp av Svensk Sjuksköterskeförening genomfört en studie som bygger på en enkät till MAS:ar och sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården. En tredjedel svarade att de upplevt att omsorgspersonal haft svårt att följa och tillämpa basala hygienrutiner. Sjuksköterskorna redovisade att omsorgspersonal med låg kompetens hade svårigheter att ta till sig information om hygienrutiner. Inom hemtjänsten var det svårigheter med att på ett bra sätt kunna ta på och av skyddsutrustning samt tvätta händerna utan att riskera att sprida smitta eller själv bli smittad. Också bristande språkkunskaper kunde försvåra.²⁸⁰

I en undersökning som fackförbundet Kommunal gjorde i juni svarade 67 procent av skyddsombuden i särskilda boenden som hade haft flera smittade nej på frågan om omsorgspersonalen hade svårt att följa basala hygienrutiner, att jämföra med 84 procent i de boenden som inte haft någon smitta.²⁸¹ I en tidigare medlemsstudie under våren angav 62 procent av de som svarat att det fanns brister i de basala hygienrutinerna ”okunskap” som skäl till att hygienrutinerna inte följdes, knappt en tredjedel angav tidsbrist och lika många angav brist på material (flera svar var möjliga).²⁸²

I Smittskydd Stockholms enkätundersökning redovisas att i tre fjärdedelar av boenden med covid-19 hade personalen inte haft svårt att följa basala hygienrutiner.²⁸³ I Västra Götaland var andelen något högre, 80 procent. Några kommenterade att de hade löpande infor-

²⁸⁰ M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

²⁸¹ Fackförbundet Kommunal (2020), *Pandemi på äldreboenden. En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin*.

²⁸² Fackförbundet Kommunal (2020), *Snabbenkät om skyddsutrustning, SO och RSO inom vård och omsorg vecka 14 2020*.

²⁸³ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län*.

mation, utbildning, och upprepade övningar. Det framkommer också nyanseringar av svaren, som att de flesta sköter sig exemplariskt men några har mer svårt att följa/komma ihåg, och att det framförallt var utbildade vikarier som saknade kunskaperna.²⁸⁴

I båda regionerna var brist på kunskap om basala hygienrutiner det vanligaste skälet till att alla inte följt hygienrutinerna. Personalbrist och materialbrist var mer ovanligt. Andra skäl som angavs var språksvårigheter, oro kring skyddsutrustning, bristande tillit till den information man får och att timvikarier ofta inte är med på de arbetsplatsträffar som genomförs och inte heller på gemensamma utbildningar. I båda regionerna hade de särskilda boendena haft ett bra kunskapsunderstöd från regionens enhet för Vårdhygien.²⁸⁵

Samtliga verksamheter som IVO har haft kontakt med, såväl särskilda boenden som hemtjänst, har uppgivit att de har sett över följsamheten till basala hygienrutiner. Enhetschefens och sjukköterskornas roll att utbilda och instruera övrig personal betonas. IVO lyfter i en rapport med goda exempel fram chefens viktiga roll, bland annat att vara närvarande i verksamheten för att informera, instruera och fånga upp oro och rädsla.²⁸⁶ IVO framhåller att det är viktigt att chef finns tillgänglig även på kvällar och helger. IVO uppger också att svaren tyder på att boendena sett över städrutiner och arbetar mer systematiskt än tidigare med desinficering av kontaktytor.²⁸⁷ Verksamheter som hade rutiner på plats och hade genomfört repetitionsutbildningar om hygien och skyddsutrustning, synes ha haft större förutsättningar att klara situationen när pandemin bröt ut.²⁸⁸ Verksamheterna inom äldreomsorgen kan avtala med Vårdhygien i regionen om vårdhygienrund, men det finns inga krav på detta.²⁸⁹

Att ge vård och omsorg i hemmet innebär flera utmaningar för att hålla en god vårdhygien enligt de föreskrifter som finns jämfört med när den ges på sjukhus.

²⁸⁴ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

²⁸⁵ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län* och Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

²⁸⁶ Folkhälsomyndigheten (2020), *Exempel på åtgärder för att minska spridning av covid-19 på särskilda boenden för äldre. En sammanställning av exempel från verksamheter, kommuner och regioner*.

²⁸⁷ IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

²⁸⁸ KPMG (2020), *Utredning av smittspridning inom äldreboende. Rapport – Göteborgs stad*.

²⁸⁹ Socialstyrelsen (2020), *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*, Socialstyrelsen oktober 2020, art.nr. 2020-9-6938.

Jämfört med sjukhus så är man på särskilda boenden och i hemtjänst i någons hem. De är inte inredda som en vårdmiljö, vilket komplicerar möjligheten att jobba rätt utifrån ett hygienperspektiv inklusive städning och rengöring. Gemensamma lokaler i till exempel särskilda boenden är gemensamma ytor där de boende exempelvis ska umgås och äta. De är inte heller utformade som en vårdmiljö och innebär vårdhygieniska utmaningar, bland annat avseende städning. (Eva Melander, smittskyddsläkare i Skåne)

Redan att ta hand om sopor från rummet där en smittad person bor var ett problem. Vi reserverade en av hissarna för den typen av transporter. När vi varit inne med en bricka med mat gjorde vi så när vi bar ut den att en annan i personalen tog emot den med handskar och inte satte ner den någonstans, eftersom den kunde vara infekterad. (Sjuksköterska Stockholmsregionen).²⁹⁰

9.2.3 Provtagning och skyddsutrustning

En expertrapport till EU-kommissionen i november 2020 redovisar några viktiga förutsättningar för att motverka spridningen av covid-19. Rapporten framhåller bland annat vikten av att ha en verktygslåda med strategier som exempelvis provtagning, smittspårning och att kunna isolera. Vidare framhålls vikten av att ha en robust och rättvis tillgång till verksamhetskritiska produkter och att kunna prioritera och omfördela när det är begränsad tillgång till nödvändig utrustning vid en pandemi.²⁹¹

En översikt över internationella erfarenheter redovisar bland annat vikten av att hindra att utbrott sprids till äldreboendena och att smittan inte sprids inom dem.²⁹² Bland de faktorer som då nämns som viktiga åtgärder är upprepad systematisk provtagning och tillgång till skyddsutrustning.²⁹³

²⁹⁰ Z. Kabir m.fl. (2020), *In Conversation with a Frontline Worker in a Care Home in Sweden during the covid-19 pandemic*, Journal of Cross-Cultural Gerontology, den 5 oktober 2020.

²⁹¹ EU-kommissionen (2020), *Improving pandemic preparedness and management. Lessons learned and ways forward*, Independent expert report; joint opinion november 2020 Bryssel den 11 november 2020, se vidare Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

²⁹² Comas-Herrera m.fl. (2020), *International examples of measures to prevent and manage covid-19 outbreaks in residential care and nursing home settings*, Report in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, mer utförligt redovisat i Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

²⁹³ Se referenser i Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

När pandemin bröt ut var möjligheterna att provta och smittspåra på de särskilda boendena mycket begränsad, och det rådde en global brist på nödvändig skyddsutrustning.

Provtagning och smittspårning dröjde

Det uppstod tidigt brist på olika typer av material som behövdes för provtagning på grund av att den globala efterfrågan var mycket stor. De största bristerna var initialt pinnar för provtagning och extraktionskit. Det tog också tid att få nödvändig logistik på plats liksom att få tillräcklig analyskapacitet.²⁹⁴

Folkhälsomyndigheten uppdaterade regelbundet sina rekommendationer för handläggning av misstänkta fall av det nya coronaviruset. Versionen från den 12 mars angav att provtagningsstrategin skulle fokusera på att identifiera fall inom sjukvården. Inneliggande patienter var prioritet 1, personal inom vård och omsorg prioritet 2.²⁹⁵ Ett skäl till prioriteringen var att Folkhälsomyndigheten fick signaler från flera regioner att de inte längre kunde hantera provtagning och smittspårning.²⁹⁶

Det fanns dock regionala skillnader. Ett exempel är Region Stockholm där chefläkaren den 14 mars skrev till kommunerna att personal inom äldreomsorgen inte skulle provtas. Vid symtom skulle man i stället stanna hemma. Provtagning skulle enbart ske ”av personer som vårdas på sjukhus och personer som bor på särskilda boenden för äldre med symtom på covid-19 (luftvägsinfektioner)”. ”Vårdtagare med symtom bör i första hand vistas i sin lägenhet med stängd dörr”. ”Exponerad vårdtagare utan symtom är inte smittosam.”²⁹⁷ Denna formulering återspeglar de bedömningar som gjordes vid den här tiden av bland annat Folkhälsomyndigheten, det vill säga att det var de som hade symtom som smittar.

I Västra Götalandsregionen var det i en inledande fas inte möjligt att provta misstänkt smittade.²⁹⁸ I en vägledning den 25 mars anges

²⁹⁴ Folkhälsomyndighetens svar på Coronakommissionens frågor, den 13 november 2020.

²⁹⁵ Se kapitel 7.

²⁹⁶ Folkhälsomyndighetens svar på Coronakommissionens frågor, den 13 november 2020.

²⁹⁷ Region Stockholm, till kommuner i Stockholms län den 14 mars 2020, *Påverkan på rutiner vid kommunala verksamheter för hanteringen av covid-19 efter ny inriktning från Region Stockholm*.

²⁹⁸ Muntliga uppgifter från intervjuade sjuksköterskor.

att ansvarig läkare bedömer om det behövs provtagning. Om en person var konstaterat smittad behövdes exempelvis ingen ytterligare provtagning på boendet om fler visade symtom. Alla med luftvägsinfektionssymtom och epidemiologiska samband borde då betraktas som smittade.²⁹⁹ Den 9 april rekommenderades en utökad provtagning för patienter/vårdtagare med symtom förenliga med covid-19.³⁰⁰ Den 24 april beslutade regionen om en förändring som innebar att ”alla patienter/vårdtagare med symtom förenliga med covid-19 provtas”.³⁰¹

Det var bara två av de boende som testades, om några fler fick symtom skulle man utgå från att de hade covid-19. Personal testades inte, inte ens de som hade symtom. Det fanns inte kapacitet i regionen. Man borde ha kunnat testa. (Sjuksköterska, Göteborg)

Vid SKR:s socialchefs nätverk den 23 mars rapporterades från vissa regioner att kommunal personal inom vård och omsorg kunde provtas, i andra regioner var det inte möjligt.³⁰²

Figur 9.1 visar utvecklingen över tid av antalet PCR-tester i hela Sverige. Antalet provtagna personer i riket per vecka ökade från ett fåtal i vecka nio (24 februari–1 mars) för att i vecka 15 (13–19 april) ha ökat till cirka 20 000. Från vecka 16 (13–17 april) ökade provtagningskapaciteten för att i vecka 23 uppgå till cirka 140 000 analyser per vecka.³⁰³ Faktiskt antal genomförda provtagningar ökade inte i samma takt. Det var främst patienter som krävt sjukhusvård och personal inom hälso- och sjukvård och omsorg som provtagits. Antalet PCR-prov ökade snabbt från juni, liksom antalet antikroppstester.

I vecka 45 (2–6 november) var provtagningskapaciteten uppe i 265 000 analyser. Den veckan genomfördes 234 000 provtagningar.³⁰⁴ Det kan noteras att om enbart all personal i den kommunala hälso- och sjukvården och äldreomsorgen skulle provtas varje vecka skulle det ta hela den tillgängliga kapaciteten i anspråk.

²⁹⁹ Västra Götalandsregionen (2020), *Regional rutin Covid 19 provtagningar inom kommunal hälso- och sjukvård, version 1*.

³⁰⁰ Västra Götalandsregionen (2020), *Regional rutin Covid 19 provtagningar inom kommunal hälso- och sjukvård, version 5*.

³⁰¹ Västra Götalandsregionen (2020), *Regional rutin Covid 19 provtagningar inom kommunal hälso- och sjukvård, version 6*.

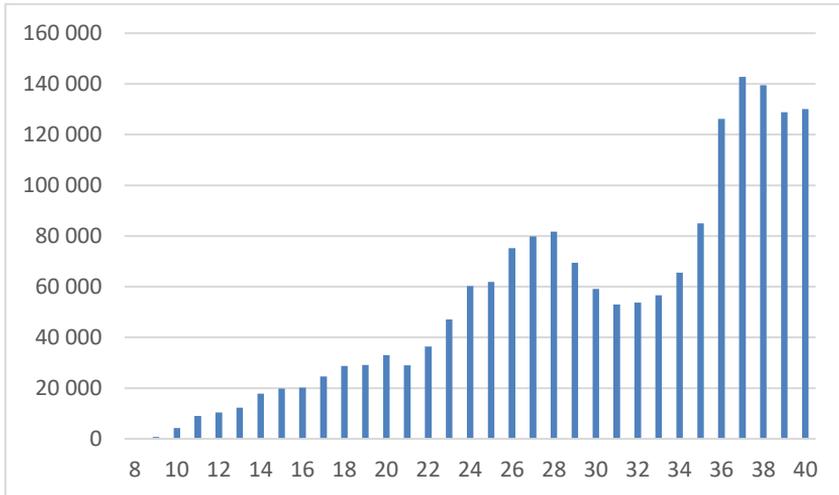
³⁰² Sveriges Kommuner och Regioner, *Mimesanteckningar socialchefs nätverk den 23 mars 2020*.

³⁰³ Folkhälsomyndigheten (2020), *Nationell strategi för utökad provtagning och laboratorieanalys av covid-19, version 4, den 10 juni 2020*.

³⁰⁴ Folkhälsomyndighetens svar på Coronakommissionens frågor, den 13 november 2020.

Forskare på KI undersöker nu på ett antal särskilda boenden om snabbtest kan vara tillräckligt tillförlitligt.³⁰⁵

Figur 9.1 Antal PCR-testningar per vecka veckorna 8–41



Källa: Folkhälsomyndighetens veckostatistik.

Ökningen från juni framstår som en effekt av den överenskommelse som ingicks mellan regeringen och SKR den 11 juni. Det fanns nu större förutsättningar för masstestning. Överenskommelsen innebar att det var personer med symtom som skulle provtas.

Stor brist initialt på skyddsutrustning

MSB publicerade den 6 februari en nationell lägesbild. I den redovisade MSB bland annat att

Regionerna bör uppmanas att säkerställa inköp och distribution av bland annat personlig skyddsutrustning, hygienartiklar och läkemedel.³⁰⁶

³⁰⁵ Muntlig uppgift den 24 november 2020 från professor Lars Engstrand, KI.

³⁰⁶ MSB, *Nationell samlad lägesbild, Coronavirus 2019-nCov*, 2020-02-06 Dnr 2020-01433.

Socialstyrelsen hade den 4 februari uppmärksammat MSB på att en möjlig brist på skyddsutrustning förelåg.³⁰⁷ Folkhälsomyndigheten såg vid den tidpunkten inga risker avseende försörjning av kritiska varor och tjänster inom myndighetens verksamhetsområde, inte heller vad gällde resurser.³⁰⁸ I en lägesrapport från den 7 februari sammanställd av Kansliet för krishantering i Regeringskansliet, noterades att

efterfrågan på skyddsutrustning [är] hög globalt. Det rapporteras om brist, men många tillverkare kommer att öka sin produktion.³⁰⁹

I lägesrapporten från den 28 februari, även den sammanställd av Kansliet för krishantering, står det angivet att MSB och Socialstyrelsen gemensamt gjort bedömningen att Sverige inte kan bistå andra länder med material eftersom Sverige måste hushålla med de resurser som finns i landet.³¹⁰

Den 4 mars noterade en annan lägesrapport, sammanställd av Kansliet för krishantering, att WHO varnade för materielbrist och uppmanade industrisektorn och regeringar att öka produktionen för att möta den globala efterfrågan på produkter som ansiktsmasker och plasthandskar.³¹¹ Den 13 mars inkom regionerna i Skånes, Stockholms och Västra Götalands län med en gemensam hemställan till regeringen om behovet av nationella beslut för att säkra varuförsörjningen i sjukvården och att den utrustning som fanns användes på rätt ställe.³¹²

Den 17 mars skrev Vårdföretagarna till regeringen och påtalade bland annat den oro som fanns inom vård och omsorg för bristen på skyddsutrustning.³¹³

Den 18 mars skrev finansborgarrådet i Stockholms stad ett brev till socialministern och generaldirektörerna för Socialstyrelsen och MSB där hon bland annat framförde att Stockholm upplevde en särskilt ansträngd situation. Bristen på skyddsutrustning, handsprit och desinficeringsmedel började bli påtaglig.

Staden och regionen har påtalat detta för länsstyrelsen och nationella myndigheter. Länsstyrelsen har på ett förtjänstfullt sätt tagit på sig

³⁰⁷ Socialstyrelsen Dnr. 10.2-5075/2020.

³⁰⁸ Folkhälsomyndigheten den 4 februari 2020.

³⁰⁹ Regeringskansliet, *Lägesbild coronavirus 2019-nCov den 7 februari 2020 kl. 16.00.*

³¹⁰ Regeringskansliet, *Lägesbild coronaviruset och covid-19 den 4 mars 2020 kl. 14.00.*

³¹¹ Regeringskansliet, *Lägesbild nya coronaviruset och covid-19 den 4 mars 2020 kl. 14.00.*

³¹² Regeringen (2020), *Uppdrag om att på nationell nivå säkra tillgången på skyddsutrustning.*

³¹³ Uppgift från Vårdföretagarna.

rollen som samordnare av behoven i länet. Men det är inte tillräckligt för att lösa problemen.

Finansborgarrådet uppmanade Socialstyrelsen att ta hänsyn till kommunernas behov, och tillade att

vi har nåtts av informationen att regionerna och sjukvården prioriteras i arbetet med förbrukningsvaror.³¹⁴

Länsstyrelsen i Stockholms län som fört vidare begäran från Stockholms stad fick följande svar från Socialstyrelsen:

Eftersom en nationell prioritering behöver göras kan Socialstyrelsen i nuläget inte leverera nedanstående utrustning med mindre än att ert behov av utrustning är akut (behov inom 48h). Vår prioritering grundar sig i en nationell och regional lägesbild.

Länsstyrelsens egen bedömning var att Stockholms län vid den här tiden, det vill säga i mitten av mars, var den mest drabbade regionen i Sverige.³¹⁵

Den 20 mars framhöll SKR kommunernas utmaningar till Socialdepartementet och Näringsdepartementet. Den 25 mars initierades en process för kommunernas möjlighet att begära stöd.³¹⁶

Av Socialstyrelsens kartläggning i mars framgår att svårigheterna att få fram skyddsutrustning var störst i storstäder och storstadsnära kommuner. Många kommuner angav att de hade lagt beställningar men att leveranserna uteblivit. Bland skyddsutrustning som saknades nämndes stänkskydd, ansiktsmasker, visir, skyddskläder och handsprit.³¹⁷ Vid SKR:s socialchefsnätverk den 31 mars rapporterades att det var brist på skyddsutrustning i stort sett över allt i landet.³¹⁸

Samma bild har styrelsen för MAS/MAR-föreningen gett. Det uppstod snabbt svårigheter att få tag på skyddsutrustning, handsprit och liknande, leverantörerna kunde inte leverera. Regionerna behövde inledningsvis prioritera att sjukhusen hade utrustning. I

³¹⁴ *Brev om kommunernas materialförsörjning*, Finansborgarrådet Anna König Jerlmyr, Stockholms stad, den 18 mars 2020.

³¹⁵ Länsstyrelsen i Stockholms län, svar den 22 november 2020 på frågor från Corona-kommissionen.

³¹⁶ Redovisat av representanter för SKR vid möte med kommissionens sekretariat den 14 september 2020.

³¹⁷ Socialstyrelsen (2020), *Lägesbild – kommunernas beredskap för allmän spridning av covid-19*.

³¹⁸ Sveriges Kommuner och Regioner, *Mimesanteckningar socialchefsnätverk den 31 mars 2020*.

några län upplevde MAS:arna att länsstyrelsen saknade kunskap om kommunernas hälso- och sjukvård och inte hade beredskap att agera så snabbt som behövdes.

Av enkäterna från Smittskydd i Region Stockholm och Region Sörmland framgår att nästan alla särskilda boenden i mitten av april hade tillgång till plastförkläden, handskar, heltäckande visir, handdesinfektion och ytdesinfektion. Åtta procent av boenden med covid-19 rapporterade brist på munskydd och var fjärde att de hade brist på skyddsglasögon.³¹⁹ I Sörmland angav färre än hälften att de hade tillgång till skyddsglasögon, däremot hade alla tillgång till munskydd. En kommentar var att ”nu har vi allt, men vi hade inte allt den dagen smittan konstaterades”.³²⁰

I Västra Götaland svarade var tionde särskilt boende med minst en person med konstaterad covid-19 att tillgången på skyddsutrustning varit undermålig, var fjärde att den var dålig i början eller att det var brist på vissa produkter. Två av tre anger att det varit god tillgång.³²¹

Vårdföretagarna gjorde en medlemsenkät i mitten av april. Då svarade 60 procent av företagen att de antingen hade akut brist eller sannolik brist på skyddsutrustning. Endast knappt var fjärde verksamhet svarade att de inte hade någon brist. Mellan tio och 40 procent av verksamheterna i de olika länen uppgav att de inte fått någon hjälp från regionen eller sin kommun med skyddsutrustning. Endast var tionde verksamhet uppgav att de fått god hjälp.

I en medlemsundersökning fackförbundet Kommunal gjorde i vecka 14 (30 mars–3 april) svarade 42 procent av de anställda i hemtjänst och 28 procent av personalen i särskilt boende att det förekommit situationer där anställda arbetat utan rätt skyddsutrustning.³²²

Vi såg vilken utrustning personalen på sjukhus hade och vi hade bara visir, och jobbade med samma smitta. Det kändes som att jobba naken. Varför inte kirurgiskt munskydd hos oss också? Det är ju som om vår

³¹⁹ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län*.

³²⁰ Smittskydd/Vårdhygien Region Sörmland (2020), *Enkät om covid-19 besvarad av verksamhetschefer på säbo*.

³²¹ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

³²² Fackförbundet Kommunal (2020), *Snabbenkät om skyddsutrustning, SO och RSO inom vård och omsorg vecka 14 2020*.

arbetsgivare säger till oss att de inte bryr sig om oss, om vi dör. (Undersköterska, skyddsombud Kommunal)

Hemtjänsten fick under våren vanligen prioritera hårt när skyddsutrustning skulle användas. I Stockholms stad kunde personalen använda visir vid varje besök först i början av sommaren.³²³ En av de största enskilda vårdgivarna, Attendo, har uppgivit att de i början av april började införa munskydd för all personal i sina hemtjänst-enheter. Attendo gjorde egna inköp direkt från Kina.

Rekommendationerna om skyddsutrustning upplevdes som oklara

Folkhälsomyndigheten och de regionala smittskyddsmyndigheterna har under pandemin utfärdat rekommendationer om vilken skyddsutrustning som ska användas. I kapitel 7 har vi redovisat Folkhälsomyndigheternas rekommendationer om skyddsutrustning. De första rekommendationerna från myndigheten kom den 23 januari 2020 och uppdaterades sedan vid flera tillfällen. Folkhälsomyndigheten beslutade den 30 mars om rekommendationer som bland annat angav att visir ska kombineras med munskydd om visir vid en riskbedömning inte bedöms helt skydda mot stänk mot munnen. SKR framförde då att rekommendationerna behöver vara så tydliga som möjligt och inkludera kommunens verksamheter. SKR ansåg även att rekommendationerna inte gav tillräckligt tydliga svar om när munskydd ska användas.³²⁴ Vårdföretagarna har utifrån sina medlemsföretags erfarenheter konstaterat att det fanns skillnader mellan regionernas råd om vilken skyddsutrustning som skulle användas, som exempelvis om munskydd skulle användas eller om långärmade eller kortärmade förkläden skulle bäras. Även inom en region kunde det skilja eftersom vissa kommuner upprättade egna riktlinjer för skyddsutrustning.³²⁵

Först använde vi förkläden med lång ärm, visir och munskydd, sedan kom besked att det inte behövs munskydd när man har visir, och att det räcker med kortärmat förkläde när man till exempel delar medicin eller ger en person mat, långärmat i ännu mer patientnära arbete ... När vi

³²³ Muntlig uppgift från projektledare Staffan Forsell, Stockholms stad, den 10 november 2020.

³²⁴ Sveriges Kommuner och Regioner, *Mimesanteckningar socialchefsnätverk den 31 mars 2020*.

³²⁵ A. Bergendahl (2020), *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?* Vårdföretagarna publicerad den 2 december 2020.

gick ut med rekommendationerna att det inte behövdes munskydd blev det mycket prat, mycket oro. Den personal som kände sig osäker och orolig om man inte hade munskydd fick munskydd. (Sjuksköterska, särskilt boende Göteborg)

Enligt fackförbundet Kommunal uppstod problem då regelverken ämnade att skydda patienten och att skydda personalen upplevdes som motstridiga. Ett exempel är skyddsvisir, där ett skyddsombud anmälde att arbetsgivaren lät återanvända skyddsvisir som enligt tillverkaren inte var tänkt för det. Arbetsmiljöverket bedömde dock efter inspektion att skyddsvisiren hade använts för att skydda patienterna, varför ärendena lämnades vidare till Läkemiddelsverket och IVO.³²⁶ Det fanns oklarheter kring vad som var skyddsutrustning för att skydda omsorgsmottagaren och vad som skyddade personalen.

När det var konstaterad smitta så skulle vi ha skyddsutrustning. Men man tänkte bara på att personalen inte skulle bli smittad. Vi skulle ha haft skyddsutrustning på från början för att skydda våra brukare. Det började komma först i juni, att vi skulle jobba med visir med alla våra brukare, även hemtjänsten. Det var fel fokus, att vi inte ska smittas, när vi kunde smitta dem. Och man kunde ju vara sjuk utan att ha symtom. Men då var ju budskapet att om man inte hade symtom så kunde man inte smitta, det var det som gällde. (Sjuksköterska, Göteborg)

Fackförbundet Kommunal har uppgivit att det under våren lades cirka 100 skyddsstopp beroende på att skyddsutrustning saknades.

En utmaning i vår planering har varit Arbetsmiljöverkets ställningstaganden. De har ett uppdrag, men när de förbjöd användning av det enda material som gick att få fram orsakade det problem för oss. Deras budskap var inte synkat med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Vi kan inte jobba med försörjning av skyddsmaterial med olika riktlinjer från statliga myndigheter. Vårdhygien och Smittskydd följde Socialstyrelsen och FHM. Fram till början av april gick det inte att tillgodose behovet. ... Vi behövde råd om hur vi skulle agera om vi inte hade tillgång till godkänd utrustning, skulle vi ge omvårdnad utan skyddsutrustning, skulle vi avstå från att ge omvårdnad eller skulle vi ge omvårdnad och använda den bästa utrustning vi kunde få tag på och som våra MAS:ar ansåg vara tillräckligt bra? (Staffan Forsell, projektledare, Stockholms stad).

³²⁶ Arbetsmiljöverket (2020), *Förbjudet att återanvända engångsvisir som personlig skyddsutrustning*, publicerad den 23 september 2020.

Det finns inga studier som visar hur de ansvariga vid de särskilda boendena tolkade och tillämpade rekommendationerna. I den enkätstudie fackförbundet Kommunal tagit fram för sina skyddsombud framkommer att det i drygt hälften (54 procent) av de särskilda boenden som haft flera smittade förekommit att personal arbetat utan rätt skyddsutrustning, mot en dryg tredjedel (37 procent) i de boenden som bara haft ett fall.³²⁷

Trots att det efter hand fanns mer skyddsutrustning att tillgå fanns längre fram under våren kvarstående oklarheter. Frågor som kvarstod att besvara var exempelvis när personal skulle bära både visir och munskydd och när det räckte med heltäckande visir. Var det tillräckligt med kortärmade förkläden och vad var patientnära arbete och inte.

Provisoriska lösningar

Det behövdes många kreativa lösningar för att kunna säkra tillgång på skyddsutrustning. Under den mest intensiva fasen av pandemin fick personalen vid de särskilda boendena improvisera och många gånger tillverka egen skyddsutrustning för att så långt möjligt kunna skydda patienterna och även sig själva.

Vi fick gå ut i butikerna och köpa arbetskläder

var en kommentar. Byggmarknader tömdes på munskydd. En sjuksköterska berättade hur hantverkarna på hennes boende kom med munskydd.

När vi fick vårt första konstaterade fall i början av april hade vi visir som vi gjorde själva men inte munskydd. En kollega till mig tillverkade munskydd av kompresser. Vi hade inget val, vi måste gå in i hennes lägenhet. De som kom från Region Stockholm för att göra testen hade all skyddsutrustning, jag hade ingenting. När vi fick information att vår boende testat positivt åkte jag och min man runt och köpte regnrockar vi kunde ha som skydd. Efter denna initiala period fick vi skyddsutrustning både

³²⁷ Fackförbundet Kommunal (2020), *Pandemi på äldreboenden. En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin.*

från kommunen och det företag som äger vårt boende. (Sjuksköterska stockholmregionen)³²⁸

Många erbjöd sig att bistå med att tillverka skyddsutrustning. Dessa var vanligen inte testade, och uppfyllde inte kravet på CE-märkning³²⁹. Regeringen gav den 7 april i uppdrag till Arbetsmiljöverket att identifiera metoder för att även utrustning som saknade CE-märkning skulle kunna godkännas. Det kunde till exempel gälla 3D-utskrivna visir.

Det var brist på skyddsutrustning i hela stadsdelen när vi inventerade i början av mars. Mellan den 10–12 mars fanns det i stort sett ingenting. Vartefter kom det mer och mer. Daglig verksamhet i stadsdelen gjorde visir, också Chalmers hjälpte till (Sjuksköterska, Göteborg).

I Kommunals medlemsundersökning våren 2020 svarade drygt hälften att de kände oro över tillgången till skyddsutrustning. Jobbindex är ett företag som under våren bland annat mätte medarbetarnas nöjdhet med hur arbetsgivaren hanterat pandemin. Antalet som besvarade enkäten är låg men den kan ge en viss bild. Femton procent av de som svarat inom vård- och omsorg var kritiska, 41 procent svarade att de var varken nöjda eller kritiska, 44 procent svarade att de var nöjda.³³⁰

Olika vägar för att säkra tillgången på skyddsutrustning

När Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att omfördela skyddsutrustning i landet fanns det inga regioner som hade överskott.³³¹ Bedömningarna av behov och prioriteringar för kommunerna gjordes av länsstyrelserna som fick regeringens uppdrag att bistå Socialstyrelsen med att kartlägga behov och fördela.

Länsstyrelsernas kartläggningar blev klara i slutet av april. Socialstyrelsen tog i början av april fram en egen beräkning av det totala behovet inom bland annat särskilt boende utifrån olika scenarier. De behov av stöd som rapporterades in har enligt myndigheten legat till

³²⁸ Z. Kabir m.fl. (2020), *In Conversation with a Frontline Worker in a Care Home in Sweden during the covid-19 pandemic*, Journal of Cross-Cultural Gerontology, den 5 oktober 2020.

³²⁹ CE (Conformité Européenne), att produkten är i överrensstämmelse med EG-direktiven.

³³⁰ Jobbhälsindex AB & Svensk kvalitetsindex (2020), *Coronapandemin, anställdas upplevelser*, rapport 2020:1.

³³¹ Muntlig uppgift från Socialstyrelsen till kommissionen.

grund för det som Socialstyrelsen levererat.³³² Försvarets Materielverk fick ansvaret för att hantera inköpen.

MSB har i ett svar till kommissionen angett att det fanns stora utmaningar när det gällde att få en samlad bild av kommunernas behov. Den främsta anledningen var enligt MSB:s bedömning att det inte fanns någon struktur för att fånga upp dessa behov. Länsstyrelserna har inte haft ett sådant uppdrag. MSB:s uppfattning är att det fortfarande i november 2020 inte finns en bra bild av kommunernas behov av skyddsutrustning, framförallt på lång sikt.³³³

Socialstyrelsens uppdrag var att komplettera de inköp som regionerna och kommunerna kunde göra. Även givet detta var det inte möjligt för Socialstyrelsen att få fram allt det material som regionerna och länsstyrelserna redovisade behov av. Det var initialt stora problem med leveranserna till Socialstyrelsen, men från mitten av april förbättrades situationen.³³⁴ Av sammanställningar som Socialstyrelsen gjort framgår att det först är under sommaren 2020 som noteringen ”tilldelning 100 procent” blir den vanliga. Kommentarer ”delvis” eller ”ej tilldelning” angavs för cirka sju av tio av beställningarna. Under mars och april var handskar den dominerande varan, 3 471 350 respektive 4 645 841 par. Munskydd levererades också i stort antal, i mars 1 193 600, i april 979 240 och i maj 4 652 400. En begränsad leverans av munskydd IIR fick Socialstyrelsen för första gången in den 18 april.

Den första noterade leveransen från Socialstyrelsen sker den 17 mars. Den första leveransen till en länsstyrelse var till Länsstyrelsen i Stockholms län som den 21 mars fick 4 800 munskydd. Under april fick ytterligare sju länsstyrelser leveranser från Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen prioriterade bland de aktörer som uttryckte ett behov av skyddsutrustning. De aktörer som gjorde en beställning till Socialstyrelsen men hade lager för en veckas förbrukning fick stå tillbaka för de som endast hade utrustning för två dygn. De verksamheter som hade drabbats av mycket smitta prioriterades före verksamhet där smittan var låg.³³⁵

³³² Svar på Coronakommissionens frågor till Socialstyrelsen, den 13 november 2020.

³³³ Svar på Coronakommissionens frågor till MSB, den 20 november 2020.

³³⁴ Svar på Coronakommissionens frågor till Socialstyrelsen, den 13 november 2020.

³³⁵ Muntlig uppgift vid samtal med Ingrid Forss och Erik Magnusson, Socialstyrelsen.

Från kommunalt verksamhetsuttryckts att det fanns en prioritering av regionernas behov, och att det kunde bli konkurrens om produkter som det var brist på.

Det som FMV köpte in gick till regionerna via Socialstyrelsen. Inget till oss kommuner. Vi klargjorde detta mot länsstyrelsen, SKR m.fl. Vår leverantör av skyddsutrustning upphörde i början av pandemin i princip att leverera till oss. De hänvisade till att de fördelade leveranserna utifrån hur kunderna historiskt beställt (volym och artiklar). Men vi kommuner använder normalt sett aldrig vissa av de artiklar som nu används. (Johan Ahlström, stabschef Västerås)

Bristen var större hos oss eftersom de upphandlade leverantörerna bara fick leverera till regionen. Kommunen har flera vanliga leverantörer, men de fick vi inte beställa av. Vi hade en stor leverantör och flera mindre. Men de fick bara leverera till regionen, ingen av dem fungerade. Vår upphandlingsavdelning i Huddinge kommun satte igång att leta andra leverantörer utanför Sverige. Vi fick visir från Kina. Vi var tvungna att hitta helt nya leverantörer. Vi lyckades med det. (Malin Svahn Schenström, äldreomsorgschef Huddinge kommun)

Det finns exempel på aktörer som hittade nya vägar när de vanliga leverantörsvägarna inte fungerade och det inte fanns tidsmässiga möjligheter till en offentlig upphandling. Ett är Karolinska universitetssjukhusets Command Center som med hjälp av korttids- eller tillfälliga inköpare från bland annat Scania kunde få kontakt med leverantörer i Kina och lyckades ordna med flygtransporter till Sverige. Sjukhuset kunde, bland annat med hjälp av dessa insatser, därmed klara behov som fanns i regionen och sökte också bistå den kommunala äldreomsorgen.³³⁶

Command Center kunde klara inte bara regionens behov utan även en stor del av behoven hos kommunerna i Stockholms län. Länsstyrelsen samordnade det arbetet och fattade beslut om fördelning. Stockholms stad åtog sig att vara den som köpte in och byggde upp egen distribution.³³⁷

Då stödet från Socialstyrelsen i stort sett var obefintligt samt att arbetet med Region Stockholm gick trögare än vi önskade så var vår plan för att nå den effekt vi behövde att vår ledning skulle se Command Center med egna ögon. Av den anledningen arrangerades ett möte med lands-

³³⁶ Muntlig uppgift från divisionschef Per Matsson, NKS. (tjänsteanteckning).

³³⁷ Muntlig uppgift från projektledare Staffan Matsson, Stockholms stad.

hövding, länsöverdirektör, samhällsbyggnadsdirektör samt Command Centers ledning.³³⁸

Flera regioner hade sedan tidigare samverkan med kommunerna om uppköp och samordnade uppköpen liksom kontakterna med Socialstyrelsen även under våren 2020.

Vi hade brist på olika saker, olika dagar, men vi saknade främst skydds-förkläden och visir som inte gick att få fram någonstans i Sverige. Vi startade produktion av visir och förkläden själva. Vi insåg också ganska snabbt att vi och regionen behövde hjälpas åt. De sa, vi behöver skyddsutrustning. Jag sa, men vill ni ha in individer från oss om vi inte har skyddsutrustning till sjukhuset? Nej absolut inte, sa de. Men då hjälps vi åt, sa vi. På så sätt hittade vi samarbete. När vi hade nästan slut på skyddsutrustning behövde jag bara skicka en medarbetare att hämta hos regionen. Eller när vi startat produktion av skydds-förkläden, då skickade vi till regionen. (Eija Häman Aktell, äldreomsorgschef, Skellefteå kommun)

Tillgången förbättrades över tid

SKL Kommentus³³⁹ fick den 8 april i uppdrag att teckna ett ramavtal för bristvaror som omfattar varor som det rådde brist på under coronapandemin. Dessa skulle i första hand gå till kommunala och kommunalt finansierade privata vård- och omsorgsverksamheter. Den 27 maj kunde SKL Kommentus börja leverera utrustning till kommunerna. Det var då en mer stabil situation såväl för kommuner som regioner.³⁴⁰ SKR fick under andra hälften av maj via sitt socialchefs nätverk information att tillgången till skyddsutrustning då var kritisk i endast tio kommuner.³⁴¹ Arbetsmiljöverket kunde den 8 juli informera berörda att det fanns tillräckligt med CE-märkt skyddsutrustning. Myndigheten meddelade då att det endast skulle vara tillåtet att använda personlig skyddsutrustning som är CE-märkt eller som har tillfälligt tillstånd från Arbetsmiljöverket.

Av den enkät som fackförbundet Kommunal genomförde i juni angav 91 procent av skyddsombuden att på deras boende använde

³³⁸ Länsstyrelsen i Stockholms län, svar den 22 november 2020 på frågor från Corona-kommissionen.

³³⁹ SKL Kommentus ägs av SKR och en majoritet av Sveriges kommuner.

³⁴⁰ Redovisat av representanter för SKR vid möte med kommissionens sekretariat den 14 september 2020.

³⁴¹ Sveriges Kommuner och Regioner, *Minnesanteckningar socialchefs nätverk den 19 maj 2020*.

man skyddsutrustning hos varje brukare med misstänkt eller konstaterad smitta.³⁴²

9.3 Påverkan på verksamheten

9.3.1 Hög arbetsbelastning för personalen

Pandemin innebar ett snabbt ökande arbetstryck för personalen samtidigt som sjukskrivningarna blev allt fler. I en enkät som Vårdföretagarna gjorde under våren till sina medlemsföretag rapporterade tre fjärdedelar av de som har verksamhet inom äldreomsorg en högre eller mycket högre arbetsbelastning.

Ökad sjukfrånvaro

Folkhälsomyndigheten har beräknat att sjukfrånvaron i hälso- och sjukvård och omsorg var fyra procentenheter högre jämfört med april 2019, vilket motsvarar cirka 24 000 personer fler sjuka per dag.³⁴³ Av den enkät som Smittskydd i Västra Götalandsregionen gjort framgår att i mer än 90 procent av de särskilda boendena var sjukfrånvaron högre än normalt, särskilt i början av pandemin. I vissa fall har några svarat att hela personalstyrkan var sjuk. Bland skälen till detta nämndes att man skulle vara hemma vid minsta symtom. Rädsla var också ett skäl till att stanna hemma från arbetet, både för att smitta de boende och för att själv bli smittad.³⁴⁴

Från Stockholms stad redovisas att stadsdelarna i februari förberedde sig på ett värsta scenario om 20 procents frånvaro. På en del enheter kunde sjukfrånvaron uppgå till 30 procent.³⁴⁵ Vi har tagit del av exempel där sju av tio var borta, i något fall hela den ordinarie personalen.

³⁴² Fackförbundet Kommunal (2020), *Pandemi på äldreboenden. En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin.*

³⁴³ Folkhälsomyndigheten (2020), *Nationell strategi för utökad provtagning och laboratorieanalys av covid 19, version 4*, den 10 juni 2020.

³⁴⁴ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland.*

³⁴⁵ Samtal med företrädare för Stockholms stad den 2 oktober 2020, kommunicerat med stadsdelsdirektör Kerstin Sandström.

Den vanligaste strategin för att hantera frånvaron var, så långt vi kunnat inhämta uppgifter, att ta in extra personal, som fick snabbutbildning för att kunna klara exempelvis basal hygien.

I enkäten som Smittskydd i Region Stockholm genomförde utgjorde en fråga hur stor andel av omsorgspersonalen som sedan mitten på mars utgjorts av timanställda och personal från bemaningsföretag. Andelen var klart högre för boenden som haft smittan än boenden som inte haft den.³⁴⁶ Skillnaden beror förmodligen på att äldreboenden med smittade hade mer sjukskriven personal och därmed större vikariebehov. I Västra Götaland gick det inte att se något sådant samband.³⁴⁷

Stor oro hos personalen

Smittskydd Stockholms enkät visar att det fanns en omfattande oro bland personalen. Det ledde enligt en del av de som svarat till ökad sjukskrivning. Det kunde i vissa fall även vara svårt att få in timanställda. Att personal tog till sig information från sociala medier och nyhetssändningar från andra länder kunde i vissa fall även innebära att de fick svårt att lita på den information som verksamhetschefen gav.³⁴⁸ Även i Västra Götaland rapporterade enhetscheferna att personalen var orolig, om än inte i samma omfattning som i stockholmsregionen.³⁴⁹

Många i personalen var väldigt rädda, det var mycket okunskap om den nya smittan. Det var hela tiden nya direktiv. Personalen var jätteduktig, kunniga, bra chef som informerade på ett bra sätt. Vi försökte så gott det gick. Alla försökte så gott man kunde efter omständigheterna trots att många var rädda, göra så gott det gick för de boende och de anhöriga, det var en hög arbetsmoral. (Sjuksköterska, Göteborg)

De var rädda, det fanns ingen trygghet hos personalen. Man kunde ju inte säga till arbetskamraterna ”var inte oroliga”. Det var många i personalen som blev smittade, fyra eller fem behövde respiratorvård, men ingen har dött. En del har blivit deprimerade. De har frågat varför min

³⁴⁶ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län*.

³⁴⁷ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

³⁴⁸ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län*.

³⁴⁹ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

chef gjorde så här mot mig, skicka in mig utan skydd till en person som var smittad. (Undersköterska, Stockholmsregionen)

IVO redovisade från sin intervjustudie med enhetschefer vid 490 särskilda boenden att

i princip samtliga verksamheter som IVO varit i kontakt med beskriver vikten av att hantera medarbetarnas oro.

En närvarande chef är viktig betonar IVO, liksom samtalsstöd till personal.³⁵⁰

Det fanns regioner som inrättade särskilda stödteam för sin personal, några liknande exempel från kommunerna har vi inte mött. KPMG bedömer utifrån sina intervjuer i Göteborg att de chefer som klarade att ge trygghet till sin personal hade lägre personalfrånvaro.³⁵¹

9.3.2 Hemtjänst och hemsjukvård

För hemtjänstpersonalen och den kommunala hemsjukvården har det varit angeläget att inte föra smitta från omsorgsmottagare som varit smittade till de som inte var smittade. IVO har i sin granskning under våren gjort telefonintervjuer med 388 hemtjänstenheter. De flesta enheterna hade förändrat sitt arbete med personalplaneringen för att minska risken för smittspridning. Att försöka bibehålla personalkontinuiteten har lyfts fram som en nyckelfaktor. I vissa kommuner har hemtjänsten fått tillgång till extra personal i de fall då dagverksamheter har stängts.³⁵²

Flera av de personer som IVO har intervjuat har nämnt att de hade avdelat särskild personal för att arbeta med personer som var smittade eller misstänkt smittade med covid-19. SKR har pekat på vikten av att hemtjänsten så långt möjligt bör ha särskilda covid-team.³⁵³ Stockholms stad har framfört att särskilda förstärkningsteam var en bra strategi för att minska risken för smittspridning genom att en del av personalen endast går till de äldre

³⁵⁰ IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

³⁵¹ KPMG (2020), *Utredning av smittspridning inom äldreboende. Rapport – Göteborgs stad*.

³⁵² IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

³⁵³ Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *10 lärdomar om att förhindra smitta i äldreomsorgen*.

som är smittade eller misstänkt smittade.³⁵⁴ Andra kommuner har betonat vikten av kontinuitet i en tid av stor oro och att det då kan vara av värde att det är den ordinarie personalen som är hemma hos sina omsorgsmottagare.

Av Socialstyrelsens kartläggning i mars framgår att lägst beredskap att klara bemanning fanns i hemtjänsten och hemsjukvården, och då främst i mindre städer/tätorter och på landsbygden. Vid personalbrist uppgav flera kommuner att de skulle behöva prioritera nödvändig och basal verksamhet.³⁵⁵

IVO har pekat på att hemtjänstens sociala roll blir viktigare när isoleringen för äldre personer blivit större genom att anhöriga undviker att komma på besök och dagverksamheter stängts.³⁵⁶

9.3.3 Svårigheter att nå ut med information

Av de enkätstudier tre regioner gjorde samt av samtals med personal framgår att en försvårande faktor för verksamheterna var att informationen förändrades snabbt och kom från olika avsändare. Den kom från myndigheter, regionledningen, regionens smittskydd/vårdhygien och kommunen, ibland även från olika nivåer i kommunen. Det saknades i vissa kommuner en tydlig struktur för vem som skulle ansvara för att samordna och föra vidare information till verksamheten.

Det var stressande att det kunde komma fem mejl med nya direktiv på en dag, det tog tid att läsa igenom, vad som var nytt, ta till sig, det kunde komma ett mejl två timmar senare som sa något annat. Det var inte givet att man hann läsa under dagen. (Sjuksköterska, Göteborg)

Det var jobbigt att inte veta vilka regler som gällde, inte heller cheferna visste alltid. Jag hann inte alltid med att läsa informationen som kom så ofta, det förväntades att vi skulle uppdatera oss och samtidigt vara på plats för de som bor här, och då hinner man inte med att läsa allt. Vi bombarderas med flera mejl per dag. Borde ha samordnats på högre nivå. (Sjuksköterska, Göteborg)

³⁵⁴ Uppgift från avdelningschefen vid Äldreförvaltningen, Stockholms stad, Raili Karlsson (e-brev den 13 november 2011).

³⁵⁵ Socialstyrelsen (2020), *Lägesbild – kommunernas beredskap för allmän spridning av covid-19*.

³⁵⁶ IVO (2020), *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – hemtjänst*.

I vissa kommuner samordnades informationen, till exempel av MAS. I större koncerner, som exempelvis Ambea/Vardaga, kom sammanställd information från koncernledningen.

Vardaga startade tidigt i mars med att sammanställa material, ge oss stöd. Vi hade möten varje vecka där alla kunde delta eller lyssna i efterhand. (Pia Henriksson, enhetschef Villa Agadir, Lidingö)

Informationen från bland annat Socialstyrelsen upplevdes även som sjukhusinriktad. Flera MAS:ar saknade information anpassad för hemtjänstens personal och det arbete de utför i omsorgstagarnas hem.³⁵⁷

Det har upplevts som svårt för enhetscheferna att hinna sätta sig in i den nya informationen och sedan anpassa den för att informera personalen. Det har även varit svårt att följa upp att informationen har nått fram, tillämpats och att den fått effekt.

Det var också svårt att nå ut till all personal och för personalen att ta till sig och lita på den information som fanns tillgänglig. Information spreds ibland via e-post vilket alla inte hade möjlighet att läsa varje dag och gemensamma möten nedprioriterades av såväl tids- som smittskyddsskäl. Personal kunde ta till sig information från många håll.

Trots att vi dagligen informerat både via tal, skrift och film så upplever vi enhetschefer att flera bland personalen haft svårt att ta till sig detta. Många tar in mycket information från sociala media och det skapar förvirring och osäkerhet. Lyssnar på andra länders rekommendationer och vill hellre följa dem.³⁵⁸

9.3.4 LSS-verksamheter

Jämfört med omsorgsmottagare i särskilt boende har en lägre andel av personer 65 år och äldre som bor i en bostad med särskild service blivit smittade, 3,5 procent att jämföra med 7,7 procent i särskilt boende. Andelen som avlidit var 0,6 procent att jämföra med 3,3 procent i särskilt boende.³⁵⁹ Skillnaden beror nog inte på att LSS-boenden uppmärksammats mer än äldreomsorgen, det var nog

³⁵⁷ Samtal med Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering.

³⁵⁸ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

³⁵⁹ Socialstyrelsen (2020), *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*.

snarare ofta tvärtom. En orsak kan vara att det inte är lika mycket personal i en gruppboestad som i ett särskilt boende och att det är färre boende. Någon studie har ännu inte gjorts om orsakerna till skillnaderna.

Verksamheterna inom LSS uppmärksammades inte nationellt under pandemins inledande skede när man talade om ”äldreboenden”. I en studie vid Mittuniversitetet som genomfördes under våren berättade en av de intervjuade att

Det känns som att man inte har diskuterat den här typen av vård överhuvudtaget särskilt mycket. --- Och alla LSS-boenden där man kanske inte ens kan få brukarna att tvätta händerna för att de inte förstår.³⁶⁰

Det infördes inget nationellt besöksförbud för LSS-boenden. Vissa kommuner införde dock egna besöksförbud. Stockholms stads krisledningsnämnd fattade beslut den 19 mars om att det skulle vara möjligt för stadsdelsdirektörerna att fatta beslut om besöksstopp efter samråd med LSS-hälsan.³⁶¹

IVO har gjort intervjuer med enhetschefer vid 167 bostäder med särskild service för vuxna. Alla de verksamheter IVO varit i kontakt med var medvetna om och arbetade för att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Anpassad information togs fram för de boende. De flesta gruppboendena hade gjort riskbedömningar och handlingsplaner för varje person på boendet. Dagliga verksamheter stängdes för att minska smittspridningen och personalen i den dagliga verksamheten kunde i stället arbeta i gruppboendena vilket kunde minska behovet av att ta in vikarier. Aktiviteter i grupp minskade.

Vi har fått tänka nytt och vara kreativa på många sätt. Vi har till exempel hittat på olika aktiviteter som kan genomföras utomhus och sett till att det finns mer utrustning för lek, sport eller hobby i boendet.³⁶²

9.3.5 Begränsa sociala kontakter

De kartläggningar som gjorts visar att en stor majoritet av de särskilda boendena försökt att på olika sätt minimera möten mellan

³⁶⁰ E. Wall (2020), *Hellre en rimlig jobbsituation än applåder*, Mittuniversitetet publicerat den 15 juni 2020.

³⁶¹ Stockholms stad, *Krisledningsnämnden Stockholms stad – beslut fattade den 19 mars*.

³⁶² IVO (2020), *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – LSS-boende för vuxna*.

de boende och externa personer, liksom att undvika att omsorgsmottagare som är smittade möter andra som inte är det.

Färre gemensamma aktiviteter

I det särskilda boendet äter de flesta vanligen sina måltider i en gemensam matsal. I två tredjedelar av boendena i Region Stockholm som hade covid-19 var så fallet också när enkäten gjordes. I Västra Götaland var det fler som angav att de serverade måltiderna enskilt i rummen/lägenheten i de boenden som hade bekräftade fall. I boenden utan smitta använde en majoritet (85 procent) den gemensamma matsalen men att äta på rummet fanns ofta med som alternativ. I stort sett alla boenden i båda regionerna hade vidtagit åtgärder för att måltidssituationen skulle bli säkrare.

Måltider har serverats i lägenheterna, men sedan smittan försvunnit har några åt gången tillåtit äta i matsalen eftersom isoleringen börjat skapa dålig psykisk hälsa vilket påverkat aptiten och allmäntillståndet negativt.³⁶³

Två tredjedelar av boendena med covid-19 hade fortsatt med gruppaktiviteter i Stockholm, en tredjedel i Västra Götaland. Dessa aktiviteter ordnades ofta under lite andra former som exempelvis utomhusaktiviteter, mindre grupper och genom att inte blanda boende från olika enheter.

Vid KPMG:s intervjuundersökning på 70 särskilda boenden i Göteborg kunde de se att de flesta boendena begränsade de gemensamma aktiviteterna, men att det också fanns boenden som till exempel ordnade gemensam bingo ännu i slutet av april.

Sex av tio boenden med covid-19 i Region Stockholm och tre av tio i Västra Götaland rapporterade att de boende inte hållit avstånd, vanligen beroende på kognitiv svikt som demenssjukdom, men också att de hade små lokaler och trångt, för att de boende hörde illa och längtade efter sällskap.³⁶⁴

IVO:s intervjustudier bekräftar bilden av hur boendena har förändrat formerna för sociala aktiviteter, bland annat genom att ordna

³⁶³ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

³⁶⁴ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län*.

med fler möjligheter till utevistelse. Boendena har enligt IVO arbetat med att hitta säkra former för sociala aktiviteter.³⁶⁵

Besöksförbud

Innan regeringen beslutade om nationellt besöksförbud införde nästan samtliga boenden i Stockholms län besöksförbud, vanligen i vecka 11 (9–15 mars). Även i Västra Götaland infördes besöksförbud i mars, flertalet i vecka 11 och 12. Restriktionerna innebar att inga externa besökare tilläts på boendet, men vissa boenden behöll möjligheten för anhöriga att besöka en svårt sjuk närstående. Stockholms stad motiverade sitt beslut som togs den 18 mars med att de rekommendationer som lämnades till anhöriga inför och vid besök inte hade följts.

Från och med den 1 april gällde det nationella besöksförbudet som fattades av regeringen. Inför att det skulle upphöra den 1 oktober fanns en oro, bland annat framfört vid SKR:s nätverk med medicinskt ansvariga sjuksköterskor vid dess möte den 17 september 2020. MAS:arna liksom SKR efterlyste mer handfasta råd från Folkhälsomyndigheten och större möjligheter att hindra besökare som inte iakttar den försiktighet som kan krävas på det särskilda boendet och framhöll att verksamheterna saknade nödvändiga verktyg för detta.³⁶⁶ När pandemin tog ny fart under oktober 2020 införde flera kommuner besöksstopp.

Det finns inga belägg för att de besöksförbud som infördes i de flesta europeiska länder faktiskt haft någon avgörande effekt för att minska smittspridningen. Förbuden kan däremot ha fått negativa konsekvenser för de som har berörts.³⁶⁷

Det fanns de som uttryckte att vad lever jag för, när jag inte får träffa mina barn och barnbarn. Den tid de har kvar är ju begränsad. Att då inte få träffa sina anhöriga, det är ju det som betyder mest. Det var etiskt svårt. De träffade under sommaren många nya vikarier, men fick inte träffa sina anhöriga, vad är skillnaden kunde de fråga. Det var bra under sommaren när de kunde träffas ute i trädgården. Som en dam med demenssjukdom, hon var orolig, kunde inte alls sitta still, när de

³⁶⁵ IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

³⁶⁶ Sveriges Kommuner och Regioner, *Minnesanteckningar från nätverksmöte SKR – medicinskt ansvariga sjuksköterskor*.

³⁶⁷ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

anhöriga var där satt hon helt still en halvtimme, blev lugn. (Monica Berglund, direktör Tre Stiftelser, Göteborg)

Enligt IVO har boendena under pandemin hjälpt omsorgsmottagarna att via telefon och digitala hjälpmedel hålla kontakt med sina anhöriga även om det har varit med varierande resultat. Videosamtal har oftast fungerat bra även för personer med demenssjukdom.³⁶⁸

Den äldre generationen är inte bra på vare sig telefon eller Skype så kommunikationsformerna har varit få. I de fall de upplevt att de äldre mått väldigt dåligt har de tillåtit besök på rummet, men då sett till att avstånd kunnat hållas. (Enhetschef, Sundsvall)

Använt mycket Facetime. Det har fungerat jättebra. Vi har skickat mycket bilder. De har ändå varit uppkopplade med sina anhöriga. Men inte samma sak som att se anhöriga och krama dem. Blev som en slags depression för många. Det märktes att många var påverkade. (Underköterska, Skaraborg)

Begränsning för andra externa personer

Av Smittskydd Stockholms och Sörmlands enkäter liksom IVO:s intervjustudie framgår att det har varit vanligt att på olika sätt begränsa antalet externa personer som kommer till det särskilda boendet. Utöver besöksförbud undvek boendena att låta fotvårdare och frisörer komma. Mat- och varutransporter har tagits emot utanför boendet. Digitala hjälpmedel har använts för till exempel läkarronder.³⁶⁹

Kohortvård

Av IVO:s intervjuundersökning framgår att där det funnits möjlighet att isolera smittade boende har man gjort det genom att avgränsa särskilda avdelningar eller avdela särskild personal, så kallad kohortvård.³⁷⁰

³⁶⁸ IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

³⁶⁹ IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

³⁷⁰ Insjuknade patienter vårdas på eget rum med särskilt avdelad personal. Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

Tre fjärdedelar av boendena i Region Stockholm som hade omsorgsmottagare med covid-19 kunde isolera de som hade symtom. Den fjärdedel som svarat att det inte varit möjligt angav att det inte fungerar för personer med demensdiagnos. I några fall angavs också låg bemanning och hög frånvaro.³⁷¹ En nationell studie genomförd av Kommunal visade också att i tre fjärdedelar av de särskilda boendena kunde boende med symtom isoleras från de andra. I boenden med bara en smittad kunde 93 procent isolera den smittade, i boenden med flera smittade kunde 73 procent isolera dessa.³⁷²

Stockholms stad inrättade covid-19-enheter i särskilda byggnader eller på separata våningsplan. Flytt till enheten skedde redan vid symtom, innan provtagning. Staden inrättade också på begäran av regionen särskilda korttidsenheter för att kunna avlasta sjukhusen. De behövde dock inte tas i anspråk eftersom det hela tiden fanns tillräcklig kapacitet inom geriatriken och akutsjukhusen.

I Västra Götaland svarade nästan 90 procent att boende med symtom på covid-19 hade kunnat isoleras. Även där har några svarande kommenterat att det inte fungerat för personer med demenssjukdom och de med symtom som mycket oro och motorisk rastlöshet.³⁷³

I sjuksköterskeföreningens medlemsenkät svarade 87 procent av sjuksköterskorna att det varit möjligt att alltid eller i stor utsträckning isolera personer med symtom på covid-19 på äldreboendet eller i hemsjukvården.³⁷⁴

Det är svårt med personer med demenssjukdom. Göteborgs stad har satsat mycket på att det inte ska vara några begränsningsåtgärder, det sitter ju i personalens huvud, de kunde inte isolera. Ett etiskt dilemma. (Sjuksköterska, Göteborg)

Utmaning att hantera smitta på demensboenden. Vi har satt in extra personal. En person som är med den demente i sin lägenhet. Har personen varit sjuk har det varit lättare att sitta med personen. Men vi hade många smittade och pigga med stort rörelsebehov. Då har det varit

³⁷¹ Smittskydd Stockholm (2020), *Kartläggning av covid-19 på säbo i Stockholms län*.

³⁷² Fackförbundet Kommunal (2020), *Pandemi på äldreboenden. En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin*.

³⁷³ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*.

³⁷⁴ M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

svårare. De vill ut och vi får inte hindra eller begränsa dem. Vi har kunnat ha så mycket personal så att det ändå har fungerat. (Sjuksköterska, Göteborg)

Socialstyrelsen gör bedömningen att det är viktigt att avdela särskild personal för personer som smittats och vården och omsorgen ges i personens lägenhet eller på särskild avdelning.³⁷⁵ Studien från Kommunal, som omfattade hälften av landets särskilda boenden, visade dock att i drygt hälften av de särskilda boendena hade personal tagit hand både om boende smittade med covid-19 och friska.³⁷⁶

Av IVO:s telefonintervjuer framgår att boenden har försökt att formera personalen i mindre arbetsteam och att de undvikit att gå mellan boendeenheterna, något som annars är vanligt. Vikarier har även kopplats till bara en boendeenhet och inte arbetat vid flera olika.³⁷⁷ Av enkäten i Västra Götaland framgår att detta varit svårt vid personalbrist och särskilt under nattpass. Även sjuksköterskor som arbetar vid flera boenden har nämnts som en riskfaktor för smittspridning.³⁷⁸

Stängning av dagverksamheter och växelvård

Många kommuner stängde sina dagverksamheter liksom de korttidsplatser som används för växelvård för att undvika smittspridning. Växelvård, att bo regelbundna korta perioder i ett särskilt boende, erbjuds ofta för att en anhörig ska kunna få avlösning under den tiden och återhämta sig.

När en kommun inte kan utföra en insats som är beviljad enligt socialtjänstlagen ska en anmälan göras till IVO. Under våren kunde IVO se en stor ökning av ej verkställda beslut under perioden januari–augusti jämfört med samma period i fjol. För hela 2019 redovisade IVO avseende beslut för äldre personer 191 beslut om dagverksamhet och 64 beslut om korttidsboende som inte verkställts inom tre månader. För perioden januari till oktober 2020 var antalet ej verkställda beslut 5 125, varav 4 856 angavs vara covid-relaterade.

³⁷⁵ Socialstyrelsen (2020), *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter.*

³⁷⁶ Fackförbundet Kommunal (2020), *Pandemi på äldreboenden. En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin.*

³⁷⁷ IVO (2020), *Tillsyn för smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*, maj 2020.

³⁷⁸ Smittskydd Västra Götaland (2020), *Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland.*

Vad gäller korttidsplats rapporterades att beslut inte verkställdes på grund av covid-19 för 962 personer. Sannolikt avser det i huvudsak växelvård. Det går inte att uttala sig om alla kommuner som stängt verksamheter för att undvika smitta har rapporterat det som ej verkställda beslut.

Det saknas uppgifter om på vilka sätt kommunerna kunnat erbjuda annat stöd för omsorgsmottagaren liksom för de anhöriga i de fall då insatsen också varit en form av anhörigstöd. IVO avser att granska vad som erbjudits i stället. I en del kommuner har den personal som arbetat med dagverksamhet använts som vikarier i övrig äldreomsorg. Enligt den information Nationellt kompetenscentrum Anhöriga fått från sitt nätverk med anhörigkonsulenter har anhörigstödet reducerats eller ställts in i en del kommuner. Alla fysiska aktiviteter har ställts in. De som arbetar med anhörigstöd har använts som vikarier i en del kommuner, i andra kommuner för att utöka kontakt per telefon och på annat sätt med de anhöriga.³⁷⁹

Färre fick hemtjänst

Andelen personer som för första gången fick en hemtjänstinsats beviljad och verkställd minskade under våren 2020 jämfört med motsvarande period mellan 2014 och 2019. För månaderna mars–maj fick 205 personer per 100 000 innevånare hemtjänst för första gången, en minskning från ett genomsnitt de tidigare fem åren om 328 personer. Minskningen var störst i maj, därefter har andelen ökat. Minskningen skedde främst i åldersgruppen 80 år och äldre. Det fanns inget tydligt samband med hur stor smittspridningen var i de olika länen. Det finns inga studier om skälen till minskningen, men det förefaller sannolikt att den kan ha berott på att äldre personer av rädsla att bli smittade inte ville ha besök av främmande personer i sitt hem. I april skedde också en ökning med 25 procent jämfört med perioden 2014–2019 av personer som avslutade sina hemtjänstinsatser.³⁸⁰

³⁷⁹ Uppgift från chefen för NkA Lennart Magnusson (tjänsteanteckning).

³⁸⁰ Socialstyrelsen (2020), *Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten*.

9.4 Tillgången till hälso- och sjukvård

9.4.1 Hälso- och sjukvården i särskilt boende

Som vi redan diskuterat i kapitel 5 har den kommunala hälso- och sjukvården i många kommuner knappa resurser. Sjuksköterskor finns vanligen bara tillgängliga som jour under kvällar och nätter och ofta också under helgerna i de särskilda boendena. En organisationsform som ofta tillämpas är att de arbetar mer konsultativt och tillkallas av undersköterskorna vid behov. I enkäten till MAS:ar och sjuksköterskor betonade de flesta som besvarat enkäten vikten av att sjuksköterskorna blir integrerade i verksamheten. Omsorgspersonalen är i behov av handledning och stöd av sjuksköterskor, liksom av fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Den legitimerade personalen behöver en tydligare plats i organisationen.³⁸¹ Behovet av handledning, inte minst under pandemin, tydliggörs också av att fyra av tio av omsorgspersonalen saknar undersköterskeutbildning. Det finns även uppgifter som bara kan utföras av legitimerad personal. Flera studier från USA visar att högre sjukskötersketäthet kan innebära att färre omsorgsmottagare smittas med covid-19.³⁸²

Behovet av hälso- och sjukvårdskompetens tydliggjordes

Den knappa tillgången på legitimerad personal och att långt ifrån all omsorgspersonal har en vård- och omsorgsutbildning eller motsvarande var en av de svagheter som blev tydlig under vårens pandemi.

Nationella vårdkompetensrådet inrättades inom Socialstyrelsen den 1 januari 2020 med uppdrag att vara ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Rådet har analyserat vad coronapandemin visat för behov av kompetensförstärkning inom vården. Rådet konstaterade i sin analys att pandemin synliggjorde kompetensbehovet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslag som rådet ger är bland annat att stärka samordningen om specialistutbildning, utbilda i

³⁸¹ M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

³⁸² Marta Szebehely, underlagsrapport (2020), *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

teamarbete och interprofessionellt lärande, öka tillgången på legitimerad personal, forskningsinsatser och fortsatt kompetensutveckling i den kommunala hälso- och sjukvården. Rådet påtalar också de patientsäkerhetsrisker som fanns när sjuksköterskor under pandemin på grund av hög arbetsbelastning kunde tvingas att delegera läkemedelshantering till ny- och tillfälligt anställda.³⁸³

Läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Pandemin innebar ett snabbt ökat tryck på läkarorganisationen. Det finns olika uppgifter från regioner, kommuner och enskilda särskilda boenden hur läkarinsatserna fungerade under våren, alltifrån att läkaren vid boendet ökade sina insatser och närvaro för att svara upp mot patienternas behov och att ge stöd till personalen, till att läkaren inte alls varit på plats.

En studie av KPMG visar att flera boenden i Göteborg i huvudsak har varit nöjda med läkarinsatserna, och att vissa vårdcentraler i området till och med ökat sina insatser under våren.³⁸⁴ Det skiftar dock över landet och mellan olika läkare och särskilda boenden. I enkäten till MAS:ar och sjuksköterskor berättas om att det förekommit att läkare gett palliativa ordinationer till alla äldre som smittats av covid-19 trots att de inte varit i ett palliativt skede innan infektionen. Där berättas också om läkare som ordinerat ”ingen HLR (hjärt-lungräddning)” på äldre personer utan att ha informerat vare sig den äldre personen eller dennes anhöriga.³⁸⁵

Det finns inga sammanställda uppgifter som visar hur läkarstödet till den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende fungerat.

Läkarbedömningar på distans

Läkarbedömningar skedde även på distans. Det var inte ett nytt arbetssätt som initierades i samband med hanteringen av covid-19. Det finns dock ingen statistik om hur omfattande distansbedöm-

³⁸³ Nationella vårdkompetensrådet (2020), *Pandemin och kompetensförsörjningen. Lärdomar och åtgärdsförslag från Nationella vårdkompetensrådet efter coronavåren 2020.*

³⁸⁴ KPMG (2020), *Utredning av smittspridning inom äldreboende Rapport Göteborgs stad.*

³⁸⁵ M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

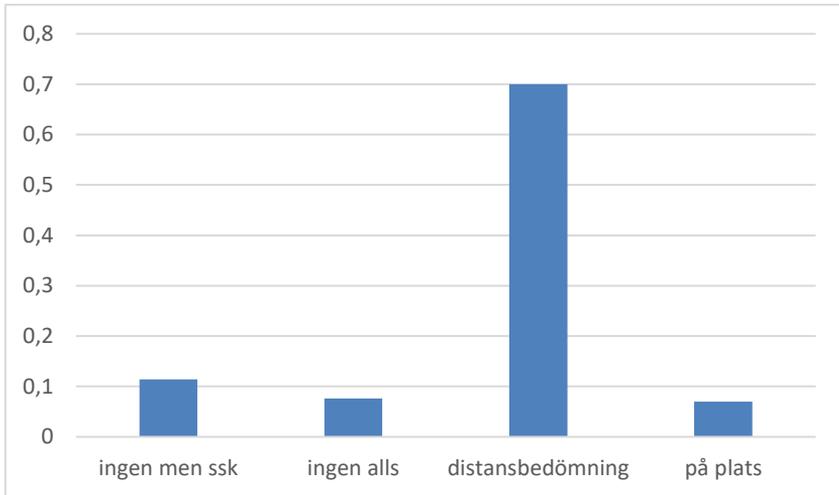
ningar har varit tidigare. Som redovisats i kapitel 3 förekom det redan under 1990-talet.

Socialstyrelsen angav, som vi redovisat i kapitel 7, i kunskapsstöden 7 april att en klinisk bedömning inte alltid behöver göras fysiskt. Av IVO:s granskning av 98 särskilda boenden framgår att Region Örebro rekommenderade läkarna i början av pandemin att undvika fysiska besök om det inte var nödvändigt. Samma restriktivitet fanns i flera regioner.³⁸⁶

Den granskning som IVO gjort är en fördjupning av den mer omfattande granskningen av 1 700 journaler som genomfördes under sommaren och hösten. Granskning har skett av journalerna för 847 personer på 98 särskilda boenden som drabbats av covid-19. Dessa särskilda boenden valdes ut utifrån de upplysningar och anmälningar som kom IVO till del och annan information i granskningen. Journalgranskningen har kompletterats med intervjuer med MAS och hälso- och sjukvårdsdirektör (eller motsvarande) och djupintervjuer med sjuksköterska och verksamhetschef/läkare.

I dessa särskilda boenden hade, enligt vad som framkom vid journalgranskningen, bedömning skett på distans i cirka sex fall av tio där patient och/eller anhörig varit delaktig. I 10 procent hade distansbedömning skett utan delaktighet av patient eller anhörig. För ungefär 20 procent av patienterna hade ingen läkarbedömning skett alls. För 40 procent av dessa gick det inte att läsa ut av journalerna om det överhuvudtaget skett någon bedömning, för de övriga 60 procenten fanns journalanteckning att sjuksköterska gjort bedömningen. Vi sammanfattar resultaten i figur 9.2. Bedömning på plats hade bara skett för drygt var femtonde patient. IVO:s granskning visar att det inte fanns några stora skillnader mellan februari och juni.

³⁸⁶ IVO, *Beslut den 23 november 2020 dnr. 3.5.1-21297/2020-32 Region Örebro.*

Figur 9.2 Andel läkarbedömningar i IVO:s granskning uppdelat efter plats

Källa: IVO.

Distansbedömningar med digitala hjälpmedel är ett arbetssätt som används i ökande omfattning genom den digitala utvecklingen. Även i särskilt boende kan det vara ett lämpligt arbetssätt i de fall då läkaren har en god kunskap om sin patient, en erfaren omvårdnadsansvarig sjuksköterska finns på plats och det finns ett upparbetat samarbete mellan dessa. IVO har kunnat se att så inte alltid var fallet, men har ännu inte kunnat bedöma omfattningen.

De distansbedömningar som IVO granskat skedde genomgående per telefon, inte i form av videosamtal eller liknande. I vissa fall genomfördes distansbedömningarna i granskningen i tre steg, där omsorgspersonalen träffade patienten och informerade sjuksköterskan som i sin tur pratade med läkaren som gjorde sin distansbedömning.

IVO framhöll i sina beslut i november 2020 till respektive region att det mot bakgrund av att covid-19 var en ny sjukdom med hög mortalitet, att den var klassad som samhällsfarlig och att det handlar om patienter som redan är sköra eller sedan tidigare sjuka, var särskilt angeläget att patienterna fick en individuell läkarbedömning. IVO anförde vidare att den bedömning som görs av läkare också är

ett viktigt stöd för övrig vårdpersonal och grund för den fortsatta behandlingen på det särskilda boendet.³⁸⁷

I IVO:s beslut till den region där flest särskilda boenden granskats, Västra Götalandsregionen, redovisades att det

finns också ett antal patienter som inte fått ordinerad behandling.³⁸⁸

Av IVO:s granskning av de 98 särskilda boendena går dock inte att utläsa i vilken mån det förekommit att omsorgsmottagarna fått en sämre eller utebliven vård på grund av att läkarbedömning skett på distans eller inte alls. Enligt IVO är ett skäl till detta brister i journalerna hos primärvården. IVO kommer att återkomma med beslut till berörda kommuner och privata vårdgivare efter att även den delen av granskningen slutförts.

Av IVO:s intervjuer framgår att journaldokumentationen prioriterades ner på grund av arbetsbördan när pandemin var som värst.

Samstämmiga uppgifter från intervjuer med sjuksköterskor och läkare har dock detaljerat beskrivit en process där planering och ställningstagande om vård i livets slutskede fattats av legitimerade läkare i samverkan med sjuksköterska eller annan legitimerad personal efter en individuell bedömning och i samråd med den enskilde och/eller dess närstående. Däremot uppger de intervjuade att vidtagna åtgärder inte dokumenterats på grund av den pressade situationen som förekom under pandemin.³⁸⁹

Bristfällig dokumentation innebar att det för personal som skulle svara för vården inte gick att i journalen utläsa vad som är den aktuella behandlingsinriktning som en läkare beslutat.

Det framgår av IVO:s beslut för flera regioner att tidspress för läkarna lett till att mer ansvar hamnat på sjuksköterskorna. Det framgår även att det alltför ofta är sjuksköterskorna som har ansvaret för kontakterna med de anhöriga, inte läkarna.

Skulle de ekonomiska förutsättningarna finnas skulle också läkare kunna vara betydligt mer aktiva bland annat vad gäller samtal med de anhöriga.³⁹⁰

³⁸⁷ Till exempel IVO, *Beslut den 23 november 2020 dnr. 3.5.1–21793/2020–41 Västra Götalandsregionen*.

³⁸⁸ IVO, *Beslut den 23 november 2020 dnr. 3.5.1–21793/2020–41 Västra Götalandsregionen*.

³⁸⁹ IVO, *Beslut den 24 november 2020 dnr. 3.5.1–21972/2020–17 Region Stockholm*.

³⁹⁰ Citerat från IVO, *Beslut den 23 november 2020 dnr. 3.5.1–21297/2020–32 Region Örebro*.

I den ovan refererade enkätundersökningen till MAS:ar och sjuksköterskor angav en tredjedel av sjuksköterskorna att läkare varit på plats för bedömningar och beslut rörande äldre med misstänkt/bekräftad covid-19.³⁹¹

Jag är förvånad att en läkare inte är på plats under en pandemi, jag kan inte förstå det. ... den viktigaste pusselbiten, det borde varit flera läkare på plats.³⁹²

Den palliativa vården under covid-19

Under perioden oktober 2019 till september 2020 avled enligt statistik från Svenska Palliativregistret 46 procent av alla som registrerats i registret på särskilt boende eller korttidsplats. Tolv procent avled i specialiserad palliativ slutenvård, 27 procent på sjukhus och 14 procent i det ordinära boendet. Det särskilda boendet är således den vanligaste platsen att avlida på.

De kvalitetsindikatorer som finns i det Svenska palliativregistret visar att kvaliteten på den palliativa vården kan anses högre i de särskilda boendena än på sjukhus.

För personer som är i en palliativ fas i förhållande till sin grundsjukdom och som samtidigt drabbas av en komplikation i form av covid-19 handlar det i första hand om att bedöma om personen har en realistisk chans att tillfriskna. Det har majoriteten, även på särskilt boende. Även personer över 100 år har tillfrisknat. Många har en mild sjukdomsbild utan syrebrist även på särskilt boende. Vid dessa fall behövs oftast bara sedvanlig omvårdnad. Andra kan initialt ha en svårare form av sjukdomen. Då kan till exempel blodtunnande medel³⁹³ eller syrgas behövas tillfälligt, eftersom obehandlad syrebrist kan försvåra läkningsprocessen. Sådana åtgärder kan ges på vissa särskilda boenden, men om så inte är fallet, behövs tillfällig remittering till högre vårdnivå tills den akuta krisen är över. En sådan högre vårdnivå skulle kunna vara en geriatrisk klinik i de fall

³⁹¹ M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

³⁹² Sjuksköterska i Stockholms stad, citerat från Stockholms stad, Äldreförvaltningen (2020), *Uppföljning av samverkan mellan vård- och omsorgsboende och läkarorganisationerna under Coronapandemin*.

³⁹³ Betydelsen av blodförtunnande medel (antikoagulantia) var inte känt i pandemins inledningsskede.

regionen har en sådan. Men i de fall man övervägt kurativ behandling för covid-19 men insett att nu är personen akut döende oavsett insatser, är det vanligen bäst att kunna få sin vård och omsorg i sitt hem på det särskilda boendet och inte flyttas till sjukhus. Det gäller inte minst personer med demenssjukdom.³⁹⁴

För två indikatorer är det färre som fått del av omvårdnad i april än en "vanlig" månad. Det gäller munhälsobedömning sista veckan och smärtskattning. För övriga indikatorer är det små skillnader mellan när pandemin brutit ut och innan. Andelarna är höga, dock med variationer mellan länen.³⁹⁵

Vid kommissionens samtal med styrelsen för MAS/MAR-föreningen framförde de som sin bedömning att de särskilda boendena kan ge en god palliativ vård.

I enkäten till sjuksköterskor och MAS:ar angav dock bara 71 procent av sjuksköterskorna att det alltid eller i stor utsträckning finns kompetens att vårda personer med covid-19 i de särskilda boendena. Av MAS:arna angav 89 procent att det finns tillräcklig kompetens. Flera av MAS:arna berättade att de erfarit från sina MAS-nätverk i respektive län att de särskilda boendena hade haft möjlighet också till mer avancerade insatser. De hade kunnat få stöd från ASIH eller annan form av mobila team.³⁹⁶

En förutsättning för en högre nivå på den palliativa vården är sjuksköterska hela veckan, dygnet runt. ... Hela debatten att alla ska skickas in till sjukhus även om det särskilda boendet skulle klara av det aktuella vårdbehovet, det är inte bra för patienten, det är inte bra för sjukhuset, det är inte bra för någon. (Peter Strang, professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet)

Tillgången till mer specialiserade insatser

De särskilda boendena är inte sjukvårdsinrättningar. Det finns sällan, som vi tidigare har konstaterat, sjuksköterska på plats dygnet runt, vanligen inte ens kvällar och i begränsad utsträckning dagtid under helger. Det innebär att även om boendet har tillgång till exempelvis syrgas så är det inte givet att den kan användas i de fall

³⁹⁴ Underlag från professor Peter Strang för Coronakommissionen.

³⁹⁵ Data från Svenska Palliativregistret, urval särskilt boende.

³⁹⁶ M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

en person med covid-19 får andnöd. Merparten av regionerna har så långt vi kunnat bedöma antingen skapat mobila team eller utökat ASIH:s uppdrag att även omfatta stöd till de särskilda boendena. Det finns ännu ingen studie som gjorts av hur dessa möjligheter utnyttjats eller om de varit tillräckliga.

I Socialstyrelsens kunskapsstöd om läkemedelsbehandling i palliativ vård vid covid-19 den 3 april tog Socialstyrelsen upp att det inte i alla kommuner finns tillgång till de åtgärder och medicinskt-teknisk utrustning som redovisas i råden.

Råden behöver därför även anpassas till de förutsättningar som råder där patienten vårdas.³⁹⁷

Symtomlindring

Indikatorerna i Palliativregistret tyder på att personalen kunde lindra ångest och smärta. I få fall rapporteras att andnöd inte alls kunde lindras (1,4 procent). Det var enligt Palliativregistret mindre vanligt med andnöd för de som avlidit på särskilt boende (35 procent att jämföra med 73 procent för de som avled på sjukhus).

Data från Svenska Palliativregistret visar också att de personer som fick sluta sina liv i sitt hem på det särskilda boendet hade mindre andnöd, oro, förvirring och dödsrosslingar än de som förts till sjukhus och dog där.³⁹⁸

I enkäten till MAS:ar och sjuksköterskor finns dock uppgifter om att sjuksköterskor såg det som en brist att det inte fanns syrgas att tillgå i det särskilda boendet eller i hemmet.³⁹⁹

Vid andnöd rekommenderade Socialstyrelsen i första hand opioider. Vid syrebrist i vävnaden kunde eventuellt syrgas prövas.⁴⁰⁰

I en studie som genomfördes i Östergötland gjordes en journalgranskning för de 122 personer som avlidit antingen på särskilt bo-

³⁹⁷ Socialstyrelsen (2020), *Symtomlindring i livets slutskede. Läkemedelsbehandling i palliativ vård vid covid-19*, version 1 publicerad den 3 april 2020. Version 2 den 28 april 2020 (uppdaterat dokument mot bakgrund av nytillkommen kunskap samt ytterligare dialog med sakkunniga), version 3 den 4 maj 2020 (mindre språkliga justeringar).

³⁹⁸ Data sammanställda av professor Peter Strang för Coronakommissionen.

³⁹⁹ M. Boström m.fl. (2020), *Vårdkvaliteteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv*, Karolinska Institutet, Mälardalens högskola, Örebro Universitet.

⁴⁰⁰ Socialstyrelsen (2020), *Symtomlindring i livets slutskede. Läkemedelsbehandling i palliativ vård vid covid-19*. Socialstyrelsen version 1 den 3 april 2020. Version 2 den 28 april 2020 (uppdaterat dokument mot bakgrund av nytillkommen kunskap samt ytterligare dialog med sakkunniga), version 3 den 4 maj 2020 (mindre språkliga justeringar).

ende (102 personer, 60 kvinnor och 42 män) eller i hemmet (20 personer, 8 kvinnor och 12 män). Medianåldern var 88 år. Samtliga hade någon form av samsjuklighet och nästan alla beskrevs ha en allvarlig skörhet. Livsförlängande åtgärder i form av vätsketillförsel med dropp förekom sällan. Morfinpreparat var vanligen basen i den palliativa behandlingen och i enstaka fall gavs syrgas. Det var sällan symtom från luftvägarna som dominerade den sista tiden innan dödsfallet inträffade. I stället var försämrat allmäntillstånd vanligare. Det var mindre vanligt att infektion med covid-19 var enda dödsorsak, oftare var den en bidragande dödsorsak. Det fanns även fall när dödsfallet sannolikt hade en annan dödsorsak än covid-19.⁴⁰¹

Covid-19 bedömdes i studien i Östergötland vara den helt dominerande dödsorsaken hos 18 personer (15 procent), covid-19 bidrog tillsammans med andra sjukdomar till dödsfallet hos 86 personer (70 procent) och sannolikt orsakades dödsfallet av annan sjukdom hos 18 personer (15 procent).⁴⁰²

De som blev smittade, de hade inte kunnat få mer hjälp. En del hade bara lite symtom och blev friska. Vissa var så sjuka i botten att de inte kunde överleva. En del blev inte smittade alls. Ingen av de som smittats hade besvär av andnöd. (Sjuksköterska, Göteborg)

Närvarande vid dödsbädden

En central fråga är i vilken mån någon funnits med vid dödsbädden. Svaren på denna fråga är sammanfattade i figur 9.3. Under mars och april 2020 var anhöriga med vid en tredjedel av alla dödsfall i särskilt boende, ibland tillsammans med personal. Enbart personal var med vid 44 procent av dödsfallen och ingen var med vid 21 procent. För motsvarande månader 2019 var anhöriga med vid 44 procent av dödsfallen, enbart personal 42 procent och ingen alls vid 13 procent.

Om vi bara ser till när en person i särskilt boende dog med covid-19 var anhöriga med vid nio procent av dödsfallen under mars–april 2020, personal vid 44 procent och ingen alls vid 40 procent av dödsfallen. Under sommaren och början av hösten,

⁴⁰¹ Region Östergötland (2020) *Dödsfall med covid-19 på särskilda boende eller i eget hem i Östergötland*.

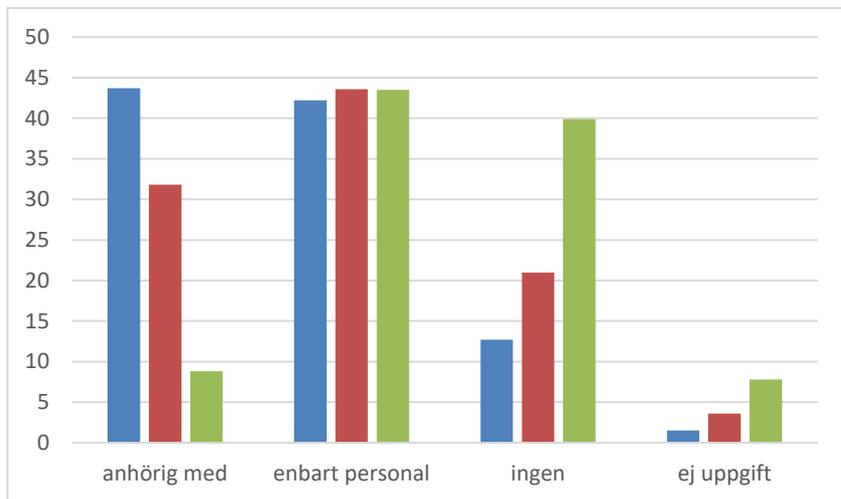
⁴⁰² Region Östergötland (2020) *Dödsfall med covid-19 på särskilda boende eller i eget hem i Östergötland*.

juni–oktober, har anhöriga varit med vid 28 procent, enbart personal vid 46 procent och ingen alls vid 23 procent av dödsfallen med covid-19 (för tre procent finns ingen uppgift).⁴⁰³ Andelen som dog ensamma var högre för de personer i särskilt boende som fördes till sjukhus och avled där.⁴⁰⁴

Det bör observeras att det som registrerats i Palliativregistret är närvaro vid dödsögonblicket. Anhöriga kan ha varit närvarande tidigare under dagen eller samma kväll. Det kan vara svårt att förutsäga när döden ska inträffa, inte minst för en ny och okänd sjukdom som covid-19.

Figur 9.3 Närvarande i samma rum vid dödsögonblicket

Personer som avled i särskilt boende mars-april 2019 (blåa staplarna) och mars–april 2020 (röda) samt varav de som avled i covid-19 mars–april 2020 (gröna)



Källa: Svenska Palliativregistret.

De regionala skillnaderna är stora. I Stockholms län var anhöriga med vid drygt fem procent av dödsfallen med covid-19, i Västerbottens län i hälften av fallen i mars–april 2020. I september–oktober

⁴⁰³ Data från Svenska Palliativregistret.

⁴⁰⁴ Data sammanställda av professor Peter Strang för Coronakommissionen.

2020 var andelen anhöriga som var med åter på samma nivåer som 2019.⁴⁰⁵

Orsaker till att så mycket färre var närvarande under våren 2020 kan dels vara en snäv tolkning av besöksrestriktionerna, dels rekommendationerna att inte resa.⁴⁰⁶ Vid de intervjuer kommissionen haft framkommer också att särskilt äldre anhöriga som själva var i riskzon avstod från att komma av rädsla att själva bli smittade. Anställda har berättat att det var så tidspressat under våren att man tvingades frångå de rutiner för palliativ vård man hade, det fanns inte alltid tid att sitta med vid dödsbädden.

Kommissionen har fått rapporter om att närstående – med hänvisning till smittorisken – inte har getts möjlighet att se den avlidnes kropp innan begravningen. Hur utbrett det problemet varit har vi i nuläget ingen kännedom om. Kommissionen är dock medveten om att sorgeprocessen för efterlevande kan försvåras om de inte får se den närståendes döda kropp.

Brytpunktssamtal

Statistiken från Palliativregistret tyder på att det inte var någon stor minskning av brytpunktssamtal⁴⁰⁷ med anhöriga under våren 2020 jämfört med 2019. Däremot var det en tydlig minskning i brytpunktssamtal med omsorgsmottagaren, särskilt för de som avled med covid-19. Under 2019 skedde brytpunktssamtal för 42 procent medan 39 procent inte kunde vara med. För de som avled med covid-19 i mars–april på särskilda boenden var motsvarande andelar 28,5 respektive 49 procent. Det var stora variationer i brytpunktssamtal mellan regionerna. Det gällde både samtal med den boende och dennes anhöriga. Det finns inget tydligt samband med hur stor smittspridningen var i de olika länen.

Med ledning av sin journalgranskning på 98 särskilda boenden riktade IVO kritik mot 16 av landets 21 regioner att vård i livets slut-

⁴⁰⁵ Data från Svenska Palliativregistret, www.palliativregistret.se.

⁴⁰⁶ P. Strang m.fl. (2020), *Dying from covid-19: Loneliness, End of Life discussions and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A national register study*, Journal of pain and symptom Management article in press.

⁴⁰⁷ Samtal mellan ansvarig läkare och patient om ställningstagande at övergå till vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål.

skede inte skötts enligt gällande regelverk under pandemin. På grund av de brister i journalföringen som IVO påtalat är det dock svårt att säkert bedöma hur den palliativa vården bedrevs på dessa 98 boenden. Av besluten till regionerna framkommer dock att det initialt i vissa regioner funnits rutinbrister⁴⁰⁸ och att sjuksköterskor vid de särskilda boendena fått ta ansvaret för brytpunktssamtal.

Vid intervjuer IVO haft med patientansvariga läkare och verksamhetsansvariga framkom att några läkare inte hade tid för brytpunktssamtal när de var som värst drabbade. Sjuksköterskorna bekräftar att de har fått genomföra brytpunktssamtal med anhöriga ett flertal gånger. De framför även att ansvarsfördelningen inte har varit helt tydlig.⁴⁰⁹

9.4.2 Risk för brist på sjukhusplatser

Flera faktorer påverkade den kommunala hälso- och sjukvården under våren 2020. Det fanns en oro, särskilt i de mest drabbade regionerna, att platserna på sjukhus och även på IVA inte skulle räcka till. Det kan ha inneburit att läkare under pandemins initiala fas i mindre utsträckning remitterade personer med covid-19 vidare till sjukhus.

Statistik som IVO tagit fram visar att andelen personer som remitterades minskade markant. När smittspridningen började avta i maj återgick andelen som remitterades till sjukhus till nivåer som liknar den före pandemin, men andelen som fick sjukhusvård var alltså låg. Orsaker och effekter av detta granskas för närvarande av IVO.

SKR:s bedömning är att det inte varit någon generell brist på sjukhusplatser. Dels har det hela tiden funnits en restkapacitet på IVA, dels har det varit möjligt att transportera patienter till andra sjukhus om det behövts.⁴¹⁰ I den region som drabbades värst, Region Stockholm, fanns det platser i geriatriken, sjukhusen och även IVA tack vare en snabb och stor omställning av sjukvården.⁴¹¹ En

⁴⁰⁸ IVO, *Beslut den 24 november 2020 dnr. 3.5.1-21794/2020-37 Region Halland.*

⁴⁰⁹ IVO, *Beslut den 24 november 2020 dnr. 3.5.1-21291/2020-30 Region Sörmland.*

⁴¹⁰ Sveriges Kommuner och Regioner (2020), *Pandemin och hälso- och sjukvården. Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19.*

⁴¹¹ Uppgift bekräftad av chefläkare Johan Bratt den 16 november 2020.

bidragande faktor som SKR pekat på är att kommunerna snabbt kunde ordna med hemtjänst eller andra insatser och därmed halvera antalet vård dagar för utskrivningsklara patienter under våren.⁴¹²

I en studie i Stockholms stad redovisades att flertalet intervjuade sjuksköterskor beskrivit att det var möjligt för de boende att få sjukhusvård vid behov.⁴¹³

Vägledning och riktlinjer för prioriteringar

Kommissionen har gjort en kartläggning av om regionerna hade några riktlinjer för prioriteringar av vilka patienter som skulle få sjukhusvård. Svar har inkommit från samtliga regioner.

Tretton av de 21 regionerna har svarat att de inte hade någon annan prioritering än den som alltid gäller. I ett par av dessa regioner har IVO i sina intervjuer i granskningen av 98 särskilda boenden fått uppgifter som tyder på att det trots detta fanns en restriktivitet med att remittera personer till sjukhus. I Region Sörmland fick IVO information om instruktion från infektionskliniken att patienter med stark misstanke om covid-19 ska vårdas hemma och inte skickas in till sjukhuset vid försämrat allmäntillstånd.⁴¹⁴ I Region Jönköpings län redovisades i de intervjuer IVO gjorde att patienter på särskilt boende inte skulle skickas till sjukhus för vård på intensivvårdsavdelning och inte heller vara föremål för hjärt-lungräddning.⁴¹⁵

Sju kommuner har redovisat någon form av vägledning. Ett belysande exempel är Region Halland, där regionen i sin vägledning framhöll att

för sköra äldre patienter är mortaliteten mycket hög oavsett vilka åtgärder som vidtas. Denna patientgrupp har mycket svårt att klara respiratorvård. En medicinsk bedömning som tar hänsyn till detta behöver ligga till grund för ställningstagande till vårdnivå.

Ett annat exempel är Västra Götalandsregionen. I en vägledning daterad den 19 mars framhålls bland annat att individuell bedömning är kärnan i god primärvård och att boendeform inte ska vara

⁴¹² Redovisat av representanter för SKR vid möte med kommissionens sekretariat den 14 september 2020.

⁴¹³ Stockholms stad, Äldreförvaltningen (2020), *Uppföljning av samverkan mellan vård- och omsorgsboende och läkarorganisationerna under Coronapandemin*.

⁴¹⁴ IVO, *Beslut den 24 november 2020 dnr. 3.5.1-21291/2020-30 Region Sörmland*.

⁴¹⁵ IVO, *Beslut den 24 november 2020 dnr. 3.5.1-21477/2020-25 Region Jönköpings län*.

avgörande. Ställningstagande om vårdbegränsningar ska fattas av patientens fasta läkarkontakt i samråd med ytterligare en legitimerad yrkesutövare (i normalfallet sjuksköterskan) som är väl insatt i patientens hälsoläge. Patienter med måttlig till svår demens får enligt vägledningen i regel bäst vård där de befinner sig och känner sig hemma. Patienter med svår grad av vissa diagnoser som hjärtsvikt, KOL, avancerad angina och njursvikt angavs ha sämre möjligheter att klara en lunginflammation, liksom sannolikt multisjuka med flera kroniskt avancerade sjukdomar.⁴¹⁶

I vägledningarna från två av dessa regioner, Kronoberg och Örebro, nämns CFS-skalan som ett hjälpmedel vid den kliniska bedömningen. Den så kallade Clinical Frailty Scale (CFS) är ett bedömningsinstrument för att kunna förutsäga behov av att vårdas på vårdhem eller sjukhus respektive för att kunna förutsäga återstående förväntad livslängd hos äldre personer genom att skatta deras skörhet. Den niogradiga skalan går från ”mycket vital” (1) till ”terminalt sjuk” (9).⁴¹⁷ Region Kronoberg angav att ingen patient som uppfyller kriterier CFS 7 eller mer kommer att ha någon fördel av sjukhusvård. Region Örebro framhöll att CFS inte kan

stå för sig själv utan kopplas ihop med samsjuklighet och ett samtal med patient/anhöriga vad hen har för tankar och önskemål om fortsatt vård.

Region Stockholm är den region som hade det mest långtgående regelverket. Regionen gav ut sitt första regelverk den 20 mars 2020. Där angav regionen bland annat att inriktningen skulle vara att vård på högre vårdnivå bör prioriteras för patienter med CFS 1–4.⁴¹⁸ CFS 5 innebär att personen är lindrigt skör. Hen är ofta uppenbart långsammare, och behöver mer hjälp med komplexa vardagliga aktiviteter. Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete.⁴¹⁹ Som redovisats i kapitel 3 har den absoluta majoriteten av de boende större begränsningar än så och är därmed i en högre nivå på

⁴¹⁶ Närhälsan Västra Götalandsregionen (2020), *Vägledning vid prioritering av patienter på särskilt boende eller i hemsjukvård med misstänkt covid-19 pneumoni*, publicerad den 19 mars 2020.

⁴¹⁷ Linköpings universitet (2020), *Instrument för att skatta skörhet hos äldre sprids i svensk sjukvård*.

⁴¹⁸ Region Stockholm (2020), *Styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare i region Stockholm och kommunal vårdverksamhet under pågående smittspridning av covid-19*, publicerad den 20 mars 2020.

⁴¹⁹ Linköpings universitet (2017), *Den svenska versionen av Clinical Frailty Scale (CFS-9)*.

CFS-skalan än fem. I versionen den 20 maj 2020 togs hänvisningen till CFS-skalan bort.

I början sa vår läkare att alla som testade positivt för covid-19 skulle få palliativ vård, inte behandling. Både jag och min chef var mycket upprörda, bara för att de smittats betydde det inte att de skulle dö. Företaget där läkaren är anställd informerade också att ingen som hade covid-19 skulle sändas till sjukhus. Vi hade en boende som brutit armen och vi försökte sända henne till sjukhus men ingen accepterade henne. Det är förskräckligt att vara utan läkare, att behöva bedöma dessa situationer själv, och att inte ha möjlighet att sända in till sjukhus. (Sjuksköterska, Stockholmsregionen)⁴²⁰

Regionens chefläkare Johan Bratt har till kommissionen framhållit att det i alla versioner av det styrande regelverket har betonats att individuell bedömning alltid ska göras vid beslut kring lämplig vårdform. Avsikten var att de sköraste äldre personerna i största möjliga mån skulle få sin vård på plats i det särskilda boendet. Därför tydliggjordes i regelverkens alla versioner att ASIH fått ett utökat uppdrag att även ge vård vid de särskilda boendena. Även jourläkarbilarna förstärktes för att ge läkarbedömningar vid behov i de särskilda boendena. Det finns möjlighet till direktintag till de geriatrika klinikerna.⁴²¹

I en rapport om personer som avlidit i covid-19 under våren konstaterade Socialstyrelsen att det krävdes mer analys för att avgöra om de bedömningar som gjordes om att skicka någon till sjukhus varit korrekta eller inte.⁴²²

9.5 Summering

Detta kapitel och betänkandet i övrigt har granskat hur strukturerna i – och besluten om – äldreomsorgen påverkat hanteringen av smittan och dess konsekvenser. I äldreomsorgen är man van att hantera säsongsinfluensa och vinterkräksjuka, men hantering av omsorgsmottagare med covid-19 är något annat. I de kommuner i landet som tidigt drabbades av samhällssmitta blev det nästan ingen tid alls att

⁴²⁰ Z. Kabir m.fl. (2020), *In Conversation with a Frontline Worker in a Care Home in Sweden during the covid-19 pandemic*, Journal of Cross-Cultural Gerontology den 5 oktober 2020.

⁴²¹ Chefläkaren vid Region Stockholm Johan Bratt i e-brev till Coronakommissionen den 17 november 2020.

⁴²² Socialstyrelsen (2020), *Statistik avseende sjukhusinläggningar bland avlidna i covid-19 som bott på särskilt boende eller haft hemtjänst*.

förbereda sig på. Kommissionens intryck utifrån de samtal vi har haft är att personalen inom äldreomsorgen gjorde en god arbetsinsats utifrån givna förutsättningar.

Varför kom då smittan in på de särskilda boendena – trots ambitionen att de äldre skulle skyddas? Högst sannolikt var den allmänna smittspridningen den viktigaste orsaken. Det förefaller dock klart att det är stora skillnader mellan olika särskilda boenden i en kommun. Berodde det på vilka förutsättningar det särskilda boendet hade och hur det var organiserat, eller var det slumpen som avgjorde? Som en av de intervjuade enhetscheferna uttryckt det, ”vi hade tur som fick in smittan sent, när vi hunnit förbereda oss”.

Det finns också andra slumpmässiga faktorer som kan ha påverkat. En är hypotesen att Sveriges höga dödstal delvis kan bero på landets milda influensasäsonger under 2020, och framförallt 2019. Det kan ha inneburit att fler sköra äldre personer överlevde fram till våren 2020 och att dödstalen därför blev högre än i andra jämförbara länder. Om hänsyn tas till det skulle Sveriges kvot mellan döda inom och utom äldreomsorgen vara lägre än det internationella genomsnittet, så som det redovisas i figur 2.10 i kapitel 2.

Kommissionen har i brist på tillgängliga data om hur många som smittats respektive avlidit på respektive särskilt boende i landet ännu inte kunnat göra några analyser för att belysa dessa frågeställningar. Vi hoppas att kunna återkomma till dem i senare betänkanden.

Det finns en rad strukturella faktorer som vi redan berört i kapitlen 3–5 som kan ha bidragit till att smittan kom in och sedan kunde sprida sig på boendena.

Slimmad organisation

Det fanns ingen överkapacitet i äldreomsorgen. Snarast var det en slimmad och – för normala förhållanden – kostnadseffektiv organisation som skulle klara det snabbt ökande vård- och omsorgsbehovet. Särskilt i storstadsregionernas särskilda boenden finns många timanställda som arbetar på flera boenden och som av ekonomiska skäl kan finna det svårt att stanna hemma även om de har milda symtom. Sjuksköterskor kan under jourtjänstgöring ha ansvar för flera boenden och kan föra med sig smitta från ett boende till ett annat. På det särskilda boendet möter personalen i snitt tio omsorgs-

mottagare och i hemtjänsten tolv omsorgsmottagare per dag vilket innebär att smittan kan spridas snabbt.

Brister i kunskap om hälso- och sjukvård

En annan faktor är den bristande kompetensen om hälso- och sjukvård. Sjuksköterskebemanningen är låg och det blir då svårt att kunna finnas med i arbetslaget, kunna handleda och följa upp hur arbetet utförs av omsorgspersonalen. En majoritet av omsorgspersonalen har en vård- och omsorgsutbildning men nära fyra av tio saknar grundutbildning och därmed en allmän kunskap om infektionssjukdomar. Det finns inget krav att enhetschefen ska ha medicinska kunskaper.

Svårt tillämpa kohortvård

Både i hemtjänsten och de särskilda boendena var det vanligt att etablera någon form av kohortvård. På enheter för personer med demenssjukdom var detta svårt att upprätthålla, särskilt i de fall enheten inte fick ökad bemanning – något som ofta var ogörligt när en stor andel av personalen själva var borta eftersom de var smittade eller hade symtom.

Basala hygienrutiner kända men inte alltid tillämpade

De basala hygienrutinerna är väl kända i äldreomsorgen, men pandemin ställde nya och högre krav. Det fanns ett stort behov av fortbildning, handledning, instruktion, inte minst för timanställda och de vikarier som äldreomsorgen behövde för att ersätta de som måste stanna hemma på grund av misstänkt smitta. Att göra detta samtidigt som smittan redan fanns på det särskilda boendet var en utmaning.

I hemtjänsten upplevde personalen att det var svårt att tillämpa sin kunskap om de basala hygienrutinerna när det inte fanns någonstans att byta om eller tvätta sig, och inte heller någon schemalagd tid mellan besöken hos omsorgsmottagarna. I hemtjänsten är insat-

serna oftast styrda och tidsatta vilket försvårar att snabbt kunna ställa om när någon av ens omsorgsmottagare blir sjuk i covid-19.

Bristen på skyddsutrustning

Än viktigare var sannolikt faktorer som låg utanför boendets kontroll – den initiala bristen på skyddsutrustning globalt, som till exempel munskydd, och svårigheterna att få till stånd provtagning och smittspårning. Dessa brister var svåra att påverka. Däremot hade berörda myndigheter och andra aktörer inflytande vad gäller de beslut som fattades och de rekommendationer som gavs ut.

Arbetsmiljöverkets rekommendationer upplevdes inte som samstämda med rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten och de regionala smittskyddsläkarna och Vårdhygien. Det innebar en osäkerhet kring vilken utrustning som var mest effektiv att använda för att skydda omsorgsmottagarna respektive de anställda. Informationsflödet var stort under våren, och flera enhetschefer i äldreomsorgen upplevde att det var svårt att mäta med att ta del av all ny information och att kontinuerligt hålla personalen uppdaterad. Till detta kom – i vart fall i den tidiga fasen av pandemin – en prioritering av regionernas behov av skyddsutrustning i hälso- och sjukvården framför kommunernas.

Ny och okänd sjukdom

Covid-19 var en ny och okänd sjukdom. Kunskapen om risken att smitta även utan symtom synes inte ha varit etablerad och spridd under våren. Det tog även tid innan personalen lärde sig att symtomen hos de äldre personerna var annorlunda än i andra åldersgrupper. Också för personalen kunde det vara svårt att bedöma om symtom man kände var covid-19 eller inte, och någon möjlighet till snabbtest av personalen fanns inte.

Läkare var inte på plats när de behövdes som mest

Flera regioner ökade stödet till den kommunala hälso- och sjukvården, till exempel genom ökade resurser för närsjukvårdsteam eller

mobila team och genom att ASIH fick uppdrag att bistå de särskilda boendena. I flera av de intervjuer som kommissionen gjort liksom i IVO:s granskning framgår att många särskilda boenden fick för lite stöd från den läkare som var knuten till boendet. IVO:s granskning av 98 särskilda boenden visar att det var ovanligt med läkarbedömning på plats under våren 2020. För var femte av de 887 omsorgsmottagarna gick det inte av journalerna att läsa ut att någon läkarbedömning alls hade skett.

Patientjournalerna ett dåligt stöd

IVO kunde i sin granskning konstatera att journalerna var bristfälligt förda vilket kunde försvåra för de som skulle svara för vården att se vad som var behandlingsinriktningen. Till det kommer att det i IVO:s granskning framkommit att det är ovanligt att använda sammanhållen journal. Nödvändig information finns i olika journal-system som inte kommunicerar med varandra.

Regionernas ansvar för att ordinationer kan utföras

En tämligen samstämmig uppfattning är att det normalt är bäst för en äldre person att få sluta livet i sitt hem. Det särskilda boendet är en trygg plats även om det till del har vissa begränsningar. Det finns vanligen ingen sjuksköterska på plats annat än dagtid under vardagar, och om till exempel läkare förskrivit syrgas krävs att regionen kan tillgodose att ordinationen kan uppfyllas. Det finns ännu ingen kartläggning om detta har skett.

Restriktivitet med att remittera till sjukhus

I pandemins initiala skede var vissa regioner restriktiva med att remittera personer med covid-19 från särskilt boende till sjukhus. Det går ännu inte att bedöma vare sig omfattningen av detta eller konsekvenserna för den enskilde personen.

Effekter för omsorgsmottagare och anställda

Personalen hade en mycket slitsam vår, många var oroliga för att själva smittas, smitta äldre anhöriga samt att smitta omsorgsmottagarna. Enhetscheferna hade en viktig roll men inte alltid den tid och de förutsättningar som krävdes för att ta hand om medarbetarnas oro.

Anhörigas oro för sina närstående förstärktes av besöksförbudet. För de vars närstående avled med covid-19 var möjligheterna att vara på plats under den sista tiden och få ta avsked begränsade även om Socialstyrelsens föreskrifter angav att undantag från besöksförbudet kunde göras i livets slutskede. Besöksförbudet omprövades först i juni, och förlängdes till sista september. Även om det under sommaren var enklare att ordna med möten utomhus var detta en stor inskränkning i den äldre personens rätt att ta emot besök i sitt hem. Det drabbade såväl de som bodde i särskilt boende som deras anhöriga.

Avslutande reflektion

Det finns stora skillnader mellan särskilda boenden. Några har en närvarande chef, god sjukskötersketäthet, en väl utbildad och stabil personalgrupp och en ambition att ha viss överanställning för att inte behöva ta in timvikarier. Andra har en enhetschef som är överlastad med administration, sjuksköterskor som arbetar konsultativt, stora svårigheter att rekrytera utbildade undersköterskor och många timanställda. Läkarna är konsulter. Vissa läkare ökade sin närvaro på boendet under våren, andra arbetade så gott som enbart på distans. Det går inte att med säkerhet avgöra i vilken utsträckning sådana faktorer hade betydelse för att smitta kom in och fortsatte att spridas i de särskilda boendena. Det finns däremot goda skäl att anta att de har haft betydelse för möjligheterna att begränsa smitta och att ge de som drabbats av covid-19 en god omvårdnad.

10 Kommissionens sammanfattande bedömning och förslag till åtgärder

Vi har i tidigare kapitel belyst de förhållanden som vi anser är av särskild relevans för just vård och omsorg om äldre. Även om vår bedömning av de förhållanden som vi hittills beskrivit har varit fokuserad på de brister vi kunnat identifiera har vi i vårt arbete även sett många goda exempel. Vi har bland annat sett att samverkan mellan regioner och kommuner på flera håll fungerat bra redan före pandemin och stärkts ytterligare under pandemin. Vi har även sett exempel på stora insatser och kreativitet för att på bästa sätt lösa de problem som uppstått och hantera situationen på bästa sätt.

I detta kapitel presenterar vi vår bedömning av vilka de viktigaste orsakerna är till den stora smittspridningen och de höga dödstalen bland äldre, utöver den allmänna samhällsspridningen. På det underlag vi nu har kan vi dock ännu inte bedöma den relativa betydelsen av de olika orsakerna till de höga infektions- och dödstalen på särskilda boenden för äldre och inom hemtjänsten. Vi har heller inte underlag för att utvärdera ett antal av de vidtagna åtgärderna utan en mer fullständig analys av smittspridningen i samhället i stort och en bedömning av den mera generella pandemihanteringen. Dessa frågor återkommer vi till i senare betänkanden.

Vi inleder med en övergripande diskussion av målsättningen att skydda de äldre i pandemin (avsnitt 10.1). Därefter bedömer vi hur de existerande institutionerna bidrog till äldreomsorgens beredskap för att hantera pandemin (avsnitt 10.2), för att sedan granska viktiga beslut som centrala aktörer fattade under pandemin (avsnitt 10.3). Vi bedömer även vissa åtgärder på främst regional nivå (avsnitt 10.4) och avslutar med en inledande diskussion om ansvar för de brister vi har iakttagit (avsnitt 10.5).

10.1 Strategin att skydda de äldre har misslyckats

Kommissionens övergripande bedömning:

- Den allmänna smittspridningen i samhället är högst sannolikt den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen i äldreboendena.
- När pandemin slog till stod den svenska äldreomsorgen oförberedd. Äldreomsorgens institutionella struktur var inte rustad för en pandemi och anställda i äldreomsorgen lämnades i stor utsträckning ensamma att hantera denna krissituation.
- De åtgärder som regeringen och statliga myndigheter satte in för att minska riskerna för smittspridning i äldreomsorgen var sena och i flera avseenden även otillräckliga.

Det står klart att ambitionen i den svenska övergripande strategin att särskilt skydda de äldre var och är riktig. Även om Sverige i jämförelse med andra länder inte är ensamt om ett stort antal dödsfall inom äldreomsorgen, står det likafullt klart att denna del av strategin hittills har misslyckats. Det fanns tidigt information, bland annat i rapporter från Kina i slutet av januari 2020, om att äldre personer med kroniska sjukdomar löpte stor risk att bli svårt sjuka om de drabbades av covid-19.

Vid en pressträff redan den 18 mars hänvisade företrädare för Folkhälsomyndigheten, statsepidemiolog Anders Tegnell, till statistik från Italien när han uttalade att ”som ni ser börjar kurvan över dödsfall stiga efter 70 år och sedan stiger den väldigt brant” och att ”allvarlighetsgraden är väldigt tydligt kopplad till ålder”. Vid denna och följande pressträffar betonade företrädare för Folkhälsomyndigheten, andra myndigheter och regeringen hur viktigt det var att skydda de äldre. Till exempel skulle personer över 70 år undvika fysiska kontakter med andra människor. När pandemin drabbade Sverige var det med andra ord välkänt att äldre var särskilt utsatta. Målet som var att skydda de äldre var alltså mycket tidigt en uttalad och central del i den svenska strategin.

I början av december 2020 hade fler än 7 000 människor i Sverige avlidit med diagnosen covid-19. Av dessa var nära 90 procent 70 år eller äldre och 75 procent var 85 år eller äldre. Hälften av de över

70 år som avlidit bodde i särskilt boende och knappt 30 procent hade hemtjänst.

Den höga andelen avlidna bland de allra svagaste äldre – som i Sverige oftast lever i särskilda boenden – ligger i linje med hur det ser ut i många andra länder, vare sig dessa blivit svårare eller mildare drabbade av pandemin. Där det finns tillförlitliga uppgifter är det tydligt att personer i äldreboenden ofta utgör närmare hälften och ibland fler av de dödsfall som är relaterade till covid-19, se figur 2.10. Samma förhållande gäller för övrigt även Sveriges regioner, se figur 2.9. Förhållandet gäller också länder med olika väl utbyggd äldreomsorg.

Det underlag vi redan nu har visar på en hög sannolikhet för ett samband mellan smittspridningen i samhället i stort och smittspridning och dödsfall i äldreboenden.

OECD har i en rapport om personalsituationen inom äldreomsorgen konstaterat att pandemin har satt sökljus på en resursmässigt eftersatt och undervärderad del av samhället.⁴²³ En liknande bild har WHO gett i en Policy Brief där man pekar på ett antal gemensamma strukturella problem som har bidragit till att pandemin drabbat äldreomsorgen så hårt. Exempelvis anges att äldreomsorgen i många länder är en underfinansierad sektor, att äldreomsorgen och sjukvården oftast inte är integrerade och att nationella riktlinjer för pandemiåtgärder inte är inkluderade i äldreomsorgen. Man framhåller vidare att äldreomsorgens personal inte blev prioriterade när det gällde provtagning och skyddsutrustning samt att personalen ofta har otrygga anställningsformer.⁴²⁴ Bland annat har WHO pekat på den höga andelen utrikesfödd äldreomsorgspersonal i många länder. Denna grupp löper högre risk att bli smittad i sitt arbete, i sitt bostadsområde och i kollektivtrafiken liksom att bli svårt sjuk av covid-19. De flesta länder har också lidit brist på skyddsutrustning och haft begränsad kapacitet för provtagning. Jämfört med sjukvården har äldreomsorgen ofta haft otydliga riktlinjer och generellt sett låg prioritet.

Att smittspridningen i äldreomsorgen följt liknande mönster i olika länder framstår därför som förklarligt. Det är dock uppenbart

⁴²³ OECD, *Who Cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*, 2020.

⁴²⁴ WHO, *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief*, den 24 juli 2020.

att olika länder har drabbats olika hårt inom och utom äldreomsorgen. Skillnader finns såväl mellan länder som inom länder och mellan enskilda äldreboenden.⁴²⁵ Frågan är då hur väl rustad och förberedd den svenska äldreomsorgen var inför en pandemi.

Kommissionen anser att det är sedan länge välkända brister som, utöver den allmänna smittspridningen, har haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg. Dessa brister har medfört att äldreomsorgen stått oförberedd och illa rustad för att kunna hantera en så omfattande och ingripande kris som denna pandemi.

Ett antal studier har pekat på andra faktorer som kan ha haft betydelse för smittspridningen inom äldreomsorgen i olika länder. Även om det är svårt att dra några säkra slutsatser från dessa jämförelser är det tydligt att smittan har drabbat ojämnt med exempelvis större spridning i huvudstäder.⁴²⁶

När det gäller skillnader i smittspridning *mellan* olika boenden tycks äldreboendets storlek liksom smittspridningen i närområdet ha samband med utbrottens storlek på äldreboenden. Däremot är resultaten i flera studier delvis motstridiga när det gäller effekterna av faktorer som driftform, bemanning, äldreboendets standard och olika kvalitetsmått. Troligen ligger en rad komplexa samband bakom skillnader mellan boenden. Studier som försöker isolera specifika faktorer har därför klara begränsningar. Vissa forskare anser att hur snabbt centrala myndigheter agerade och hur tydligt man fokuserade på äldreomsorgen har varit betydelsefullt för omfattningen av pandemins genomslag i äldreboenden.⁴²⁷

När det gäller smittspridning *inom* ett äldreboende betonar internationella studier särskilt vikten av god tillgång till skyddsutrustning, kohortvård och att snabbt identifiera smittade personer genom systematisk och upprepade provtagning av både personal och boende. Systematisk provtagning, oavsett om personerna uppvisar symtom eller inte, framhålls som särskilt viktigt eftersom drabbade äldre och sköra ofta har atypiska symtom, saknar symtom eller har

⁴²⁵ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

⁴²⁶ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

⁴²⁷ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

svårt att kommunicera sina symtom. Där man provtagit brett har även personal ofta varit asymtomatiska vid provtagningstillfället.

Möjligheten att isolera smittade personer inom boendet eller flytta dem till en annan enhet eller till sjukhus rapporteras också ha minskat dödligheten. Däremot har besöksförbud, som införts i de flesta länder, inte haft någon avgörande effekt för att minska smittspridningen i äldreboenden, något som också WHO konstaterat.

Vår övergripande bedömning om äldreomsorgens institutioner kan enkelt sammanfattas med att äldreomsorgen i vid mening stod oförberedd och illa rustad när pandemin slog till. De hade inte en utformning som var förberedd för en pandemi. De anställda lämnades i stor utsträckning ensamma att hantera krissituationen och blev tvungna att ta ett mycket stort ansvar för omsorgsmottagarna.

Regeringen och statliga myndigheter satte under våren 2020 in ett antal åtgärder för att minska riskerna för smittspridning i äldreomsorgen. Vår övergripande bedömning är att dessa var sena och i flera avseenden även otillräckliga.

Enligt kommissionens mening står det klart att ambitionen att skydda de äldre i den svenska övergripande strategin var och är riktig. Det står likafullt klart att strategin i denna del har misslyckats.

10.2 Äldreomsorgens beredskap – strukturella brister

10.2.1 Fragmenterad organisation

Kommissionens bedömning:

- Om nuvarande ansvarsfördelning ska bestå är en fungerande samordning och samverkan mellan kommuner och regioner av yttersta vikt, särskilt för att hantera en krissituation som en pandemi.
- En god samverkan ställer krav på verktyg och utarbetade kanaler som säkerställer en operationell och kontinuerlig samordning mellan regioner och kommuner där varje aktör förmår se till helheten och investerar i tillräckligt med resurser. Detta kräver sannolikt genomgripande förändringar i styrningen av äldreomsorgen inklusive den medicinska vården.
- Samverkan har i många fall förbättrats under pandemin. Nya samverkansformer har utvecklats. Regionernas vårdhygienenheter har gett bra kunskapsstöd och många regioner utökade det medicinska stödet till kommunernas hälso- och sjukvård, till exempel genom olika former av mobil verksamhet. Det blir en särskild framtida utmaning att bevara dessa nyutvecklade samverkansformer när väl pandemin klingat av.
- Avsaknaden av en patientcentrerad sammanhållen journalföring är ett allvarligt patientsäkerhetsproblem. Regionerna och kommunerna måste vidta åtgärder för att förverkliga en sammanhållen journalföring.

Enligt ansvarsprincipen har den som ansvarar för en verksamhet i normala situationer, motsvarande verksamhetsansvar vid en kris. Det innebär som utgångspunkt att regionernas och kommunernas ansvar för vård och omsorg kvarstår oförändrat även i en pandemi. Det är en enkel princip i teorin men ju fler som delar på samma ansvar, desto svårare blir det att få helheten att fungera väl i praktiken. Ansvaret för vård och omsorg av äldre är uppdelat på 21 regioner och 290 kommuner. I många regioner och kommuner finns dessutom ett stort antal privata utförare. Därtill kommer de statliga myndigheter som har ett nationellt ansvar inom dessa om-

råden. Dessutom kräver den kommunala självstyrelsen för regioner och kommuner stöd i lag för att till exempel ålägga dem skyldigheter.

När smittan bröt ut på allvar fanns på nationell nivå ingen överblick över kommunernas beredskap för att möta en pandemi. Kommissionen gör bedömningen att berörda myndigheter på nationell nivå inte heller tillräckligt tidigt eller i tillräcklig utsträckning har sökt denna kunskap eller så har den inte nått ända fram. Det saknades också etablerade kanaler mellan till exempel Socialstyrelsen och den kommunala hälso- och sjukvården liknande de utarbetade kanalerna mellan myndigheten och den regionala sjukvården.

Det har påtalats i många årtionden att ansvarsgränserna mellan regioner och kommuner för med sig betydande problem. Ädelreformen 1992 var ett försök att lösa ut en del av dessa (se avsnitt 3.3). Olika studier och utredningar har under de två senaste decennierna belyst konsekvenserna av brister i samordningen mellan regioner och kommuner för grupper med behov av omfattande insatser från båda huvudmännen. Regionernas ansvar för läkarinsatser och kommunernas ansvar för äldreomsorgen illustrerar det problem som uppstår när två huvudmän samtidigt bär ansvar för en verksamhet i vid mening. Även Socialstyrelsen och IVO har i många år påtalat brister i fråga om samverkan mellan regioner och kommuner. Också WHO har betonat vikten av en integrerad vård och omsorg och en tydligare nationell styrning i flera länder.⁴²⁸

Ett annat hinder och en riskfaktor är informationsöverföringen mellan huvudmännen och mellan olika vårdgivare och den sekretess som råder dem emellan. Enligt IVO är avsaknaden av en patientcentrerad sammanhållen journalföring ett allvarligt hinder för en effektiv informationshantering och vård. IVO har i sin granskning kunnat konstatera att det ännu är få som använder sig av sammanhållen journalföring. Risken för ineffektiva vårdbeslut är sannolikt mer uppenbar när information, som vid en pandemi, behöver föras över snabbt. Det är också särskilt viktigt när det som under pandemin är tätare personalbyten än annars, eftersom det då finns risk för att personal som inte känner de boende sedan tidigare är i tjänst. Kommissionen anser att avsaknaden av en sammanhållen journalföring är ett allvarligt patientsäkerhetsproblem. Regionerna och

⁴²⁸ WHO, *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief*, den 24 juli 2020.

kommunerna måste därför vidta åtgärder för att förverkliga en sammanhållen journalföring.

Det delade ansvaret mellan olika huvudmän och en mängd olika andra aktörer förutsätter även i normala tider ett gott, förtroendefullt och kontinuerligt samarbete. I en pandemi – med krav på snabba prioriteringar och kunskapsspridning samt med brist på nödvändig materiel – ställer denna ansvarsfördelning än högre krav på fungerande verksamheter, samordning och samarbete.

I många fall tycks samverkan mellan huvudmän och ett flertal utförare trots allt ha förbättrats under pandemin. Nya samverkansformer har utvecklats. Regionernas vårdhygienenheter har gett ett bra kunskapsstöd och många regioner utökade det medicinska stödet till kommunernas hälso- och sjukvård, till exempel genom ASIH och motsvarande. Regioner och kommuner som kommit längre i utvecklandet av reformen nära vård har haft upparbetade kanaler som underlättat en snabb samverkan kring pandemins utmaningar. Såväl SKR som IVO har dragit slutsatsen att den extraordinära situation som pandemin ändå innebar gjorde att olika vårdgivare blev tvungna att mötas och planera tillsammans, vilket gett samverkan en skjuts framåt. Det blir en särskild framtida utmaning att bevara dessa nyutvecklade samverkansformer när väl pandemin klingat av.

Samverkansformerna under pandemin må ha förbättrats och förstärkts. Kommissionen anser ändå att samverkan måste konsolideras så att den – vid en oförändrad ansvarsfördelning – blir kvar även efter pandemin. Det är då viktigt att strukturerade former för samverkan leder till konkreta tvärprofessionella resultat mellan regioner, kommuner och utförare. Exempel från våren 2020 är de utökade uppdrag flera regioner gav till mobila team, närsjukvårdsteam och ASIH att bistå eller samarbeta med den kommunala hälso- och sjukvården.

En bristande samordning kan inte bara ge akuta problem i en brinnande pandemi, utan också kroniska problem genom svaga incitament för de enskilda aktörerna att investera i den infrastruktur som behövs i en framtida pandemi. Det kan till exempel gälla investeringar för en god kapacitet i olika delar av provtagningskedjan, tillgång till olika typer av skyddsutrustning, eller investeringar i adekvat utbildning av personal i smittskyddsrutiner.

Enligt kommissionen är, med den ansvarsfördelning vi nu har, en fungerande samordning och samverkan mellan kommuner och

regioner av yttersta vikt, särskilt för att hantera en krissituation som en pandemi. Kommissionen anser att en god samverkan ställer krav på verktyg och upparbetade kanaler som säkerställer en operationell och kontinuerlig samordning mellan regioner och kommuner där varje aktör förmår se till helheten och investerar i tillräckligt med resurser. Detta får dock inte inskränka sig till icke förpliktande planer, och kräver därför sannolikt genomgripande förändringar i styrningen av äldreomsorgen inklusive den medicinska vården.

En del av kommissionens uppdrag inför kommande betänkanden är att utvärdera hur ansvarsprincipen har fungerat under krisen och lämna de förslag på åtgärder som våra iakttagelser ger anledning till. Så länge nuvarande ansvarsprincip gäller anser vi att det krävs reformer för att säkerställa en betydligt mera verksam och kontinuerlig samverkan mellan regioner och kommuner. Reformerna måste även skapa förutsättningar för en operationell samordning mellan statliga myndigheter, regioner, kommuner och övriga aktörer för att trygga en god kapacitet i den infrastruktur som behövs i en pandemi.

10.2.2 Behov av högre bemanning, ökad kompetens, och rimliga arbetsförhållanden

Kommissionens bedömning: Äldreomsorgen har strukturella och sedan länge välkända problem som måste åtgärdas. Det är nödvändigt att höja ambitionsnivån och att höja statusen på och attraktionskraften i omsorgsyrkena för att kunna ge vård och omsorg av god kvalitet under en sådan kris som pandemin.

- Riksdag och regering måste se över vad som är en tillräcklig bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten, inte minst vad gäller vård och behandling av demenssjuka.
- Arbetsgivarna i äldreomsorgen måste förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten samt kraftigt minska andelen personal med timanställning.
- Arbetsgivarna måste också förbättra förutsättningarna för ledarskap genom att se över ledningsstrukturer och organisering så att antalet medarbetare som en chef ansvarar för sänks väsentligt.
- Den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen bör förstärkas genom exempelvis krav på minimiutbildningar för olika yrkeskategorier. Behovet av statliga utbildningssatsningar behöver i samband med det övervägas.
- Sjuksköterskekompetens bör som huvudregel finnas på plats på varje särskilt boende dygnet runt under veckans alla dagar. Detta är en förutsättning för kontinuerlig tillgång till medicinska insatser i form av exempelvis dropp och syrgas, men också för att den övriga personalen ska kunna få stöd och handledning inom såväl omvårdnad som medicinsk behandling.
- Kommunerna måste genomföra språkutbildningsinsatser för omsorgspersonal som saknar tillfredsställande språkkunskaper.
- Den nödvändiga ambitionshöjningen kan kräva stöd av statliga insatser.

Äldreomsorgen omfattar ett stort antal omsorgsmottagare och många anställda av olika yrkeskategorier. Vårdens och omsorgens ryggrad består av undersköterskor och vårdbiträden. Låga löner, bristande bemanning, krävande scheman och obekväma arbetstider medverkar till att dessa yrken har låg status och attraktionskraft.

Både OECD och WHO har lyft fram att äldreomsorgen är en resursmässigt eftersatt och undervärderad del av samhället. Sektorn dras med strukturella problem i form av otillräcklig bemanning och kompetens, dålig samordning mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg och en undervärderad yrkeskår. Sveriges äldreomsorg utgör dessvärre inget undantag.

Att äldreomsorgen är särskilt utsatt tyder också Försäkringskassans statistik på. Den visar bland annat att av samtliga yrken är undersköterska inom äldreomsorgen det yrke som har högst sjuktal och att äldreboenden är den bransch där flest är sjukskrivna. I Sverige har det skett en påtaglig ökning bland personalen i äldreboende som allvarligt har övervägt att avsluta sin tjänst. Vid senaste undersökningen 2015 hade andelen ökat från 40 till 50 procent, vilket är en högre andel än i de andra nordiska länderna (44 procent i Danmark, 38 procent i Finland och 34 procent i Norge).

Underdimensionerad bemanning

I genomsnitt hjälper en anställd på ett särskilt boende under dagtid tio boende. Personer som har två timmars hjälp varje dag eller mer från hemtjänsten möter i genomsnitt 16 anställda under en tvåveckorsperiod. Personalen i hemtjänsten är under en arbetsdag i genomsnitt hemma hos 12 omsorgsmottagare.

Från smittskyddssynpunkt är det problematiskt med så många möten i en verksamhet som bygger på nära kontakt mellan människor. Internationella studier visar också att kvalitetsbrister i särskilda boenden har samband med låg bemanning, bland annat genom sämre personalkontinuitet. Låg bemanning i hemtjänsten gör det även svårare att hinna byta om mellan besöken och i övrigt iaktta basala hygienrutiner. Den som inte är schemalagd när personalen samlas missar det mötet, något som under våren försvårat att nå ut med information och också minskat möjligheten att få samtala om sin oro för att smitta och bli smittad. Även sådant som tid för

reflektion och fortbildning i till exempel hygienrutiner, kan få stå tillbaka när personalbudgeten måste hållas låg.

Orimliga arbetsförhållanden

För hemtjänsten har det av ekonomiska skäl blivit allt mer tvunget att lägga scheman så att gångtider blir korta och ställtider undviks, i stället för att schemalägga för kontinuitet. I media har det förekommit absurda exempel på pressade scheman där den anställdes tid hos omsorgsmottagare reglerats på minutnivå. Delade turer, att arbeta två pass under en dag med några timmar ledigt däremellan, förekommer i stort sett endast i Sverige.

En otillräcklig bemanning i hemtjänst och äldreboenden medför givetvis, förutom att kvaliteten för omsorgsmottagaren försämras, även orimliga arbetsförhållanden för den anställda. Detta är också något som återspeglas i bland annat sjukskrivningsstatistiken.

Det är inte förvånande att yrken med dylika arbetsvillkor tillsammans med låga löner och obekväma arbetstider har låg attraktionskraft.

Osäkra arbetsförhållanden bidrar även till detta. En hög andel timanställda ger också sämre förutsättningar för kontinuitet i verksamheten. Timanställda som med kort varsel kan kallas in vid behov är visserligen svåra att undvara i en så personalintensiv verksamhet som vård och omsorg. Men så mycket som cirka en fjärdedel av landets vårdbiträden är timanställda, varav många i Stockholms län. Denna höga andel innebär att Sverige troligen har fler timanställda än Norge, Finland och Danmark. Det finns dessutom en risk för att timanställda i högre utsträckning än andra kan ha svårt att tacka nej till erbjudet arbete av ekonomiska skäl trots att de är sjuka.

Dåliga förutsättningar för ledarskap

Inte heller enhetscheferna har goda förutsättningar att utföra ett kvalitativt arbete. Varje enhetschef har i genomsnitt 60 medarbetare. Det är uppenbart att det är mycket mer chefsglest i den svenska äldreomsorgen jämfört med de nordiska grannländerna.

Med så många att ansvara för är det svårt att vara en närvarande och stödjande ledare liksom att förmedla och förklara nya riktlinjer

och ny information till medarbetare. För en sjuksköterska som är konsult och inte en del i teamet samtidigt som enhetschefen har 60 medarbetare blir det nästintill omöjligt att ge det stöd eller den handledning som behövs.

I en krissituation har chefer en nyckelroll och än högre krav ställs på ledarskap i form av bland annat stresstålighet, tydlighet och kreativitet. En redan hårt belastad chef har sämre förutsättningar att utöva sitt ledarskap, vilket i en kris i värsta fall kan få långtgående konsekvenser för de som befinner sig i verksamheten. Stora insatser har gjorts under pandemin för att under rådande omständigheter ge de äldre en så god vård och omsorg som möjligt. Många anställda har arbetat under extremt stor press, utsatt sig själva och sina familjer för betydande risker och upplevt rädsla för att bli smittade men ändå gjort sitt yttersta för att tillgodose vård- och omsorgsmottagarnas behov och få verksamheterna att fungera. Även många chefer och krisledningarna runt om i landet har arbetat hårt för att finna lösningar i en utomordentligt svår situation.

Den generella kompetensnivån är för låg

För fyrtio år sedan låg ansvaret för personer med kroniska sjukdomar på regionerna och andelen som hade sjukhusvård var högre än i dag. I dag bor färre i särskilt boende och vårdtiderna på sjukhus har blivit kortare samtidigt som många kan leva längre trots kroniska sjukdomar. Det har inneburit att de som i dag beviljas äldreomsorg vanligen har stora och sammansatta behov (se avsnitt 5.1 och 5.2). Det i sin tur ställer krav på betydligt högre sjukvårdskompetens hos personalen än tidigare och andra och mer omfattande krav på olika medicinska insatser. Som ovan nämnts är äldreomsorgen emellertid en resursmässigt eftersatt och nedprioriterad del av samhället med strukturella problem i form av bland annat otillräcklig kompetens och en undervärderad yrkeskår.

Cirka fyra av tio av de anställda inom äldreomsorgen i Sverige saknar adekvat utbildning. Utan grundutbildning finns en risk för bristande förståelse för sådant som exempelvis vikten av egen symptomkontroll, basala hygienrutiner och användande av skyddsutrustning. Det är då viktigt att ha någon som regelbundet instruerar

och handleder för att kunna upprätthålla rutinerna även när det är stressigt och mycket händer på en gång.

En relativt stor andel av omsorgspersonalen är utrikesfödda. Under pandemin var ett av problemen att snabbt nå ut med ny information till personal som hade svårigheter med språket. IVO har också pekat på bristande språkkunskaper som en riskfaktor i äldreomsorgen. Det finns alltså brister hos arbetsgivare när det gäller att säkerställa att personalen får den fortbildning och det språkstöd de behöver för att kunna utföra sitt arbete.

De medicinska behoven hos omsorgsmottagarna har som framgått ökat. Ändå är bemanningen med medicinskt utbildad personal låg även om det kan skilja mellan olika boenden. Ofta finns en sjuksköterska under dagtid på vardagar med ansvar för cirka 30 omsorgsmottagare och en sjuksköterska med ansvar för ett större antal boende på kvällar och helger. Det saknas alltså allt som oftast dygnet-runt-bemanning av sjuksköterskor på särskilda boenden.

I en jämförelse med våra nordiska grannländer skiljer sig personalens yrkesmässiga sammansättning tydligt mellan länderna. Utbildningsnivån bland baspersonalen är högst i Finland. Danmark har också mycket få utbildade inom äldreomsorgen. Norge har flera gånger fler sjuksköterskor än de andra länderna men också, i likhet med Sverige, en relativt stor andel utan eller med endast kort utbildning. Sverige ligger vidare efter de andra länderna när det gäller reglering och auktorisering av omsorgspersonalen. Det finns dock i Sverige ett förslag om att undersköterskor ska få sin yrkestitel reglerad och skyddad i syfte att uppvärdera yrket och genom en enhetlig och nationellt fastställd kompetensnivå även skapa en ökad tillit i verksamheterna. Förslaget föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

Några studier har undersökt om personaltätthet och andelen sjuksköterskor har samband med sjukdomsutbrott i äldreboenden. När det gäller personaltätthet oavsett yrkeskategori är resultaten inte entydiga medan samtliga studier som undersökt frågan pekar på ett tydligt samband mellan andelen sjuksköterskor och utbrottens omfattning. Ju högre andel, desto lägre risk för smitta och dödsfall.

Även om många brister tidigare uppmärksammats och redovisats i ett flertal utredningar och forskningsrapporter har pandemin på ett helt annat sätt tydliggjort behovet av en ökad kompetens, inte minst medicinsk kompetens.

Kommissionen anser att det är tydligt att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas. Det bör vara ett krav att en sjuksköterska som huvudregel finns på plats på ett särskilt boende dygnet runt under alla veckans dagar. Ett sådant krav skulle bättre tillgodose omsorgsmottagarnas vårdbehov på flera sätt. Ett handlar om sjuksköterskans egna vårdinsatser. En sjuksköterska skulle också kunna leda och handleda den övriga omsorgspersonalen och utveckla deras kompetens.

Sammantagna slutsatser

Personalen har gjort stora insatser under pandemin för att under rådande omständigheter ge de äldre en så god vård och omsorg som möjligt. Många anställda har arbetat under extremt stor press, upplevt rädsla och utsatt sig själva och sina familjer för betydande risker. De har ändå gjort sitt yttersta för att tillgodose vård- och omsorgsmottagarnas behov och få verksamheterna att fungera. Även många chefer och krisledning runt om i landet har arbetat hårt för att finna lösningar i en utomordentligt svår situation.

Samtidigt har äldreomsorgen, enligt kommissionen, uppenbara och stora strukturella problem. Tillfredsställande bemanning, tillsvidareanställningar, hög personalkontinuitet, god kompetens för omsorg och hälso- och sjukvård och förutsättningar för ett nära och tydligt ledarskap ger alla bättre förutsättningar att klara kriser som en pandemi – men de är också grundläggande för en välfungerande äldreomsorg.

Det står enligt kommissionen klart att regeringen och ansvariga huvudmän måste söka lösningar på äldreomsorgens sedan lång tid tillbaka kända problem. För att kunna erbjuda vård och omsorg av god kvalitet är det nödvändigt att åtgärda dessa problem och att höja statusen på och attraktionskraften i omsorgsyrkana.

Ett centralt dilemma för riksdagen och regeringen är att diskutera och finna en bemanning på särskilda boenden och i hemtjänsten som från vård- och omsorgssynpunkt är tillräcklig men samtidigt ekonomiskt försvarbar. Det gäller inte minst i den del som avser vård och behandling av demenssjuka. En annan central fråga är att arbetsgivarna måste förbättra förutsättningarna för ledarskap genom att se över ledningsstrukturer och organisering så att antalet medarbetare

som en chef ansvarar för sänks väsentligt. Andelen personal med timanställning bör kraftigt minskas.

För att stärka den medicinska kompetensen inom äldreården bör staten införa exempelvis krav på minimiutbildningar för olika yrkeskategorier och i samband med det överväga behovet av extra utbildningsinsatser. Sjuksköterskekompetens bör som huvudregel finnas på plats på varje särskilt boende dygnet runt under veckans alla dagar. Detta är en förutsättning för att bland annat medicinska insatser som exempelvis dropp och syrgas ska kunna ges, men också för att den övriga personalen ska kunna få stöd och handledning inom såväl omvårdnad som medicinsk behandling. Vidare måste kommunerna genomföra språkutbildningsinsatser för omsorgspersonal som ger tillfredsställande språkkunskaper.

För denna nödvändiga ambitionshöjning behöver det klargöras i vilken utsträckning detta kräver statliga insatser.

10.2.3 Otillräckligt regelverk

Kommissionens bedömning: Gällande regelverk i fråga om möjligheter att vidta smittskyddsåtgärder i äldreomsorgen, som till exempel kohortvård, är inte tillräckligt eller tillräckligt tydligt. Lagstiftaren måste säkerställa att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter att vidta de åtgärder som krävs för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära kris-situationer.

Enligt den värdegrund som präglar socialtjänstlagen ska äldreomsorgen syfta till välbefinnande och ett värdigt liv för omsorgsmottagarna. Vården ska så långt möjligt ske i hemmet eller i ett särskilt boende som också är den äldres egen bostad. Vården ska ges med respekt för den enskildes integritet, självbestämmande och värdighet och åtgärder ska i princip inte kunna vidtas utan dennes samtycke. Det har funnits en bred samsyn i Sverige kring dessa värden.

En majoritet av de som bor i ett särskilt boende har en nedsatt kognitiv förmåga, vanligen beroende på någon demenssjukdom. De har därför begränsade förutsättningar att på ett informerat sätt samtycka till olika åtgärder, som till exempel att flytta över till ett

annat boende eller en annan avdelning vid samma boende. Av samma skäl har många boende begränsade förutsättningar att ta emot och följa instruktioner av olika slag, som till exempel att hålla avstånd till andra.

Ett effektivt smittskydd kan dock kräva begränsningar i den frihet som människor annars åtnjuter, både för att skydda en enskild som smittats, och för att hindra denne att sprida smittan vidare till andra, speciellt till andra äldre på ett särskilt boende. De skarpa verktyg som smittskyddslagen innehåller, till exempel karantän (se avsnitt 6.3.2), har hittills, såvitt vi vet, inte kommit till användning under pandemin. Frågan är om de ens varit möjliga att tillämpa i äldreomsorgen med boende som lider av kognitiv svikt eller långt framskriden demenssjukdom. Besluten om hittills införda begränsningar av mer allmän karaktär har fattats med stöd av bemyndiganden i lagstiftningen på olika områden. Det tillfälliga förbudet mot besök på särskilda boenden infördes till exempel med stöd av ett bemyndigande i socialtjänstlagen (se avsnitt 7.7).

Många smittskyddsåtgärder inom ramen för ett särskilt boende strider mot äldreomsorgens värdegrund och det är åtminstone osäkert om den lagstiftning som finns ger utrymme för samtliga de åtgärder som behöver vidtas inom ramen för ett särskilt boende. Det gäller till exempel att anordna så kallad kohortvård, det vill säga att en eller flera smittade vårdas avskilt av personal som arbetar enbart med dem. I vissa kommuner har man också ordnat med särskilda enheter dit smittade kunnat flytta. Men en sådan flytt förutsätter den enskildes samtycke. Om personen inte går med på en flytt, eller inte har kapacitet att ta ställning och anhöriga motsätter sig, så kan man inte tvinga fram en sådan.

Det är givet att dessa motsättningar mellan det lämpliga och det lagliga och mellan olika intressen leder till stora svårigheter när det gäller vilka åtgärder som är rimliga att vidta. Det ställer ansvariga på alla nivåer i systemet inför svåra och påfrestande juridiska problem och etiska dilemman: Bör jag vidta en åtgärd som jag anser nödvändig för att skydda andra från smitta trots att jag formellt saknar den befogenheten? Ska jag införa ett besöksförbud även om det saknas lagstöd? Ska jag riskera vissa boendes hälsa och liv när det saknas laglig möjlighet att separera smittade från friska? Eller ska jag separera de smittade från de friska trots avsaknad av samtycke eller lagstöd?

Kommissionen anser att en vård- och omsorgsgivare i en undantagssituation måste kunna vidta de begränsningsåtgärder som krävs för ett effektivt smittskyddsarbete. Det är dock självklart att sådana begränsningar i den enskildes frihet och rättigheter måste ha stöd i lag och det är orimligt att lämna anställda och lokala politiker ensamma i att själva fatta dessa svåra beslut.

Enligt kommissionen är gällande regelverk inte tillräckligt, eller åtminstone inte tillräckligt tydligt. Lagstiftaren måste därför se över och ändra existerande regelverk så att äldreomsorgen har möjlighet att vidta nödvändiga och för den enskilde ingripande åtgärder för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära krissituationer. I ett sådant regelverk får dock de värden som normalt präglar, och bör prägla äldreomsorgen, inte åsidosättas mer än nödvändigt. Att ha ett tydligt regelverk på plats redan innan en kris inträffar är av utomordentlig vikt, framför allt i ett rättssäkerhetsperspektiv. I en akut kris saknas dessutom ofta möjligheter till noggranna överväganden och avvägningar mellan olika intressen.

Ett reformerat regelverk måste vila på noggranna etiska överväganden. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i en rapport gett en översikt av de centrala etiska värden och utmaningar som covid-19-pandemin aktualiserar.⁴²⁹ Rapporten visar också hur man kan använda den etiska analysen i beslutsfattandet för att urskilja värde- och intressekonflikter, möjliga handlingsalternativ och deras potentiella konsekvenser. Principer och värden som Smer identifierat som särskilt viktiga att beakta vid en pandemi är bland annat att minimera skada och rädda liv, att behandla alla människor med respekt och på lika villkor, personlig integritet och frihet, rättvisa och jämlikhet samt proportionalitet.

Ett tillräckligt och tydligt regelverk är även av stor betydelse för att kunna agera snabbt och undvika merarbete.

⁴²⁹ Smer, *Etiska vägval vid en pandemi* (Smer 2020:3), maj 2020.

10.2.4 Kommuner bör få möjlighet att anställa läkare

Kommissionens bedömning:

- Det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare. Även om kommunerna får denna befogenhet, är det nödvändigt att regionerna säkerställer tillgång till de läkarresurser som äldreomsorgen kräver, inom ramen för primärvården, genom mobila läkarteam eller på annat sätt.
- Kommunerna måste bli en bättre kravställare gentemot regionerna i fråga om tillgången till läkarinsatser i äldreomsorgen och regionerna måste bli bättre på att leva upp till sina skyldigheter.

Kommunerna är en av huvudmännen för hälso- och sjukvård av äldre. Ansvar för läkarinsatser ligger dock på regionerna och får inte överlåtas till kommunerna. Detta innebär i princip ett hinder för kommuner att själva anställa läkare i äldreomsorgen. Det gör inte bara äldrevården beroende av regionernas prioriteringar för sådana medicinska bedömningar som bara en läkare kan göra. Det medför också att läkare i princip inte kan delta i kommunens planeringsarbete på vårdområdet, inte ens i det krisledningsarbete som kommunen har att utföra under en pandemi. Vidare är det svårt för läkarna att leda vidareutvecklingen av medicinska rutiner och insatser på enskilda särskilda boenden. Någon motsvarande uppdelning i ansvaret mellan olika huvudmän går inte att finna i våra grannländer.

Folkhälsomyndigheten har den 5 oktober 2020 i rapporten *Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19* pekat på flera orsaker till smittspridningen av covid-19, bland annat bristen på samordning mellan regionala och kommunala aktörer. Enligt myndigheten finns det behov av att bland annat överväga om kommunerna ska ha tillgång till egna läkare eller möjlighet att anställa läkare.

Kommissionen anser att uppdelningen mellan kommun och region i fråga om läkaransvar inte ens i en normal situation framstår som en lämplig lösning, och i synnerhet inte i en kris där varje beslutsled och gränssnitt innebär en sårbarhet i sig.

Kommissionen anser att det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare. Även om så sker är det dock angeläget att regionerna säkerställer att äldreomsorgen får tillgång till de läkarresurser som den behöver, inom ramen för primärvården, genom mobila läkar-team eller på annat sätt. Kommunerna måste vässa sin förmåga som kravställare och regionerna måste bli bättre på att leva upp till sina skyldigheter.

10.2.5 Tillgång till medicinsk utrustning behöver säkerställas

Kommissionens bedömning: Det bör vid varje särskilt boende finnas tillgång till medicinsk utrustning så att nödvändiga medicinska insatser och en god palliativ vård kan ges på plats. En förutsättning för att nyttja sådan medicinsk utrustning är dock att det finns närvarande medicinsk kompetens.

Ett mål för äldreomsorgen är att en person ska kunna bo kvar i sitt hem i det särskilda boendet till livets slut. Där ska man kunna få en säker och trygg vård, även om den övergår till ett palliativt skede. Vid samtal med SKR och styrelsen för föreningen för MAS:ar och MAR:ar har framkommit att de särskilda boendena enligt deras mening ger en god palliativ vård. Det stämmer också med de kvalitetsindikatorer som finns i Svenska Palliativregistret. Det finns dock i dag ingen samstämmig uppfattning om hur avancerad vård som ska kunna ges i de särskilda boendena.

På flertalet boenden finns, som framgått, ingen sjuksköterska på plats under kvällar och nätter och bemanningen är vanligen låg under helger. Regionerna utökade under våren möjligheterna för ASIH eller mobila team att bistå med mer avancerad behandling genom att utöka deras uppdrag till att omfatta även särskilda boenden. Läkarna har kunnat förskriva syrgas i särskilt boende. Det är emellertid inte möjligt att nu bedöma om detta kunnat ske i tillräcklig omfattning. IVO:s granskning visar att andelen patienter i journalgranskningen som inte fått en individuell läkarbedömning är alltför hög. Om man inte har fått en individuell bedömning har man inte heller fått en individuellt anpassad vård och behandling.

Kommissionen anser att det vid varje särskilt boende bör finnas tillgång till medicinsk utrustning för att kunna ges nödvändiga medi-

cinska insatser och en god palliativ vård på plats. Det gäller bland annat apparatur för att ge syrgas och näringslösning. Ett uppenbart skäl är att den boende då kan få tillgång till sådana insatser utan de påfrestningar en sjukhustransport och sjukhusvistelse kan innebära. Förutsättningen för att nyttja sådan medicinsk utrustning är dock tillgången till medicinsk kompetens i form av sjuksköterska, ASIH eller mobilt team på det särskilda boendet.

10.3 Enskilda beslut och åtgärder – sena och ibland otillräckliga

10.3.1 Äldreomsorgen uppmärksammades sent

Kommissionens bedömning:

- Det var rimligt att under pandemins första skede prioritera sjukvårdens förmåga att behandla allvarliga fall av covid-19 och rekommendationer till allmänheten för att motverka samhällsspridning av viruset. Likväl framstår det som klandervärt att förhållandena på särskilda boenden med genomgående svaga äldre inte uppmärksammades tidigare, i synnerhet då det redan fanns kunskap om att sjukdomen var särskilt allvarlig för den gruppen.
- Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen borde omgående ha lagt mera vikt vid förhållandena på särskilda boenden. Vår bedömning är att varken Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen haft en tillräcklig överblick över den kommunala äldreomsorgens problem och brister. Det innebar att vägledning för arbetet i äldreomsorgen dröjde.

Det var rimligt att prioritera sjukvårdens förmåga att ta emot och behandla allvarliga fall av covid-19 och rekommendationer till allmänheten för att motverka samhällsspridning av viruset. Ansvariga statliga myndigheter borde dock omgående ha lagt mera vikt vid förhållandena på särskilda boenden och i hemtjänst.

Att skydda de äldre blev alltså ett mål i ett tidigt skede av pandemin (se särskilt avsnitt 2.1 och 7.5). De rekommendationer som Folkhälsomyndigheten lämnade under ett inledande skede hade

emellertid inte någon högre precision i fråga om de mest utsatta äldre. Myndigheten framhöll mera allmänt att omsorgspersonal inte skulle gå till jobbet med symtom på luftvägsinfektion och att anhöriga borde undvika onödiga besök på äldreboenden, särskilt om de hade förkylningssymtom. Det tog dock tid innan äldreomsorgen uppmärksammades i myndighetens presskonferenser och veckorapporter. Inte förrän den 6 maj publicerade Socialstyrelsen den första statistiken över dödlighet i äldreboenden. Först den 8 maj – då antalet avlidna i Sverige redan var uppe i 2 881 personer och veckorna med högst dödlighet var över – redovisade Folkhälsomyndighetens veckorapport antalet smittade och avlidna i äldreboenden per vecka.

Folkhälsomyndigheten publicerade den 16 mars en rekommendation som uppmanade personer över 70 år att begränsa sina nära kontakter med andra. Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd den 1 april innehöll även de endast allmänna råd riktade till personer som var 70 år eller äldre. Samtidigt riktade man särskilda råd till verksamheter inom Kriminalvården, Migrationsverket och Statens institutionsstyrelse. Först den 29 maj publicerade Folkhälsomyndigheten övergripande rekommendationer för hanteringen av provtagning inom särskilda boenden. Detta dokument angav bland annat att en generös provtagning var motiverad och önskvärd. Såvitt vi har förstått var detta första gången någon myndighet lyfte fram strategin att provta alla äldre som flyttar in på särskilda boenden.

Relativt tidigt, den 12 mars, uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att ta fram, sammanställa och sprida information till socialtjänstens verksamhetsområden och kommunens hälso- och sjukvård om vilka åtgärder som behöver vidtas för att skydda riskgrupper. Myndigheten lämnade också löpande viss information på sin webbplats. Det dröjde dock till den 7 april innan Socialstyrelsen gav ut ett kunskapsstöd: Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19. Ännu längre dröjde det innan Socialstyrelsen den 24 april publicerade kunskapsstödet Arbetssätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre.

Den 16 mars fick Socialstyrelsen i uppdrag att säkerställa tillgången på skyddsutrustning. Socialstyrelsen hade den 13 mars skickat en enkät till samtliga kommuner med frågor bland annat om deras beredskap i fråga om personalförsörjning, nödvändig materiel

och skyddsutrustning. Den samlade bilden av kommunernas behov började dock inte tona fram förrän regeringen gett länsstyrelserna uppdraget att bistå Socialstyrelsen med att samordna kommunernas lägesbilder.

Det första bindande statliga beslutet om smittskyddsåtgärder i äldreomsorgen fattades den 1 april då regeringen införde det nationella besöksförbudet. I mitten av mars hade dock vissa kommuner infört sådana förbud, eller besöksstopp, på eget bevåg och redan den 11 mars hade de två största privata vårdaktörerna (Attendo och Vardaga) infört besöksstopp i samtliga sina boenden.

Det tog alltså alltför lång tid innan ansvariga statliga myndigheter uppmärksammade de särskilda problemen och bristerna inom kommunernas äldreomsorg. Kommissionen kan utifrån det som framkommit konstatera att varken Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen hade en uppdaterad och övergripande bild av hur den kommunala äldreomsorgen fungerade vid pandemins utbrott och framförallt inte av de 290 kommunernas skilda förutsättningar att hantera en kris av denna omfattning.

I de andra nordiska länderna förefaller äldreomsorgen däremot ha varit mer i fokus i myndigheternas tidiga pandemiåtgärder, även om sjukvården och särskilt intensivvården stod i första rummet också där.

Redan den 29 februari publicerade Folkehelseinstituttet i Norge utförliga riktlinjer för pandemibekämpning i sjukhem. Personal inom äldreomsorgen som varit i riskområden uppmanades att stanna hemma från arbetet i 14 dagar och personal som fått symtom skulle enligt riktlinjerna vara isolerade i hemmet lika länge. I Sverige hade personer som återvänt från riskområden i utlandet, under förutsättning att de var symptomfria, inga begränsningar att gå till arbetet direkt efter hemkomsten, oavsett om det var inom äldreomsorgen, sjukvården eller andra verksamheter.

Alla våra tre grannländer införde besöksrestriktioner redan i anslutning till det första covid-relaterade dödsfallet. När detta skedde i Sverige – två veckor efter de andra länderna – hade redan mer än 100 personer avlidit i svenska äldreboenden.

Danmark och Finland beslutade tidigare än Sverige om riktlinjer om munskydd och visir i äldreomsorgen. Särskilt Danmark, men också Finland, beslutade tidigt att rekommendera provtagning av alla äldre och alla anställda vid covid-19-utbrott på äldreboenden.

Ett annat exempel på att de norska myndigheterna tidigare än de svenska hade äldreomsorgen i fokus är att Helsedirektoratet i mars uppdrog åt forskare vid Senter for omsorgsforskning att snabbutreda kommunernas förutsättningar för att hantera mer omfattande utbrott.

Våra grannländer var alltså betydligt snabbare inte bara med att införa generella restriktioner, utan också att uppmärksamma äldreomsorgen. Anledningen till det snabbare agerandet är svårt att fastställa i det här läget. En skillnad är dock att Socialstyrelsen i dag inte har någon specifik avdelning eller enhet med ansvar för äldreomsorgsfrågor till skillnad från grannländernas motsvarigheter. Gemensamt för alla länderna är dock att det tog tämligen lång tid att få fram central statistik om smitta och dödsfall inom äldreboenden.⁴³⁰

Kommissionen kan konstatera att myndigheterna för smittskydd respektive äldreomsorg, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, under pandemins första skede hade sitt huvudsakliga fokus på kapaciteten i sjukvården. Vi anser att det var rimligt att prioritera sjukvårdens förmåga att ta emot och behandla allvarliga fall av covid-19 och att ge rekommendationer till allmänheten för att motverka samhällsspridning av viruset. Likväl framstår det som klandervärt att myndigheterna inte per omgående lade mera vikt vid förhållandena på särskilda boenden med genomgående svaga äldre, i synnerhet med den tillgängliga kunskapen om att sjukdomen var särskilt allvarlig för den gruppen.

⁴³⁰ Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

10.3.2 Problem kring skyddsutrustning

Kommissionens bedömning:

- 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.
- Det borde tidigt ha funnits ett samstämmigt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten. Alternativt borde det ha framgått hur målen om arbetarskydd och smittskydd skulle vägas av mot varandra.

Tillgången till skyddsutrustning var mycket bristfällig i pandemins inledande skede. Även våra grannländer rapporterade under pandemins första veckor en brist på skyddsutrustning. Detta var en risk som både MSB och Socialstyrelsen uppmärksammade redan den 4–6 februari. MSB framhöll då att regionerna behövde säkerställa inköp och distribution av bland annat personlig skyddsutrustning, hygienartiklar och läkemedel. Vid en utökad smittspridning kunde det enligt MSB:s bedömning uppstå brister på personlig smittskyddsutrustning, exempelvis inom sjukvården och hos Tullverket.

Regeringen och myndigheterna dröjde dock med att identifiera kommunernas behov av skyddsutrustning. Regeringen gav visserligen Socialstyrelsen i uppdrag i mitten av mars att säkerställa tillgången. Det kom dock att dröja till slutet av april, då smittan för länge sedan tagit sig in på de särskilda boendena, innan Socialstyrelsen via länsstyrelserna började få en bild av läget i kommunerna. Socialstyrelsen hade etablerade kontaktvägar med regionerna, men inte med kommunerna. Kommissionen kan konstatera att myndigheter och regioner prioriterade sjukvårdens behov av utrustning.

Kommissionen anser att det tog orimligt lång tid att klarlägga och konstatera äldreomsorgens behov av skyddsutrustning. Med de stora antalen kommuner och vårdgivare som finns i Sverige borde rapporteringsvägar redan ha existerat eller skyndsamt ha byggts upp. Även här återspeglas de institutionella bristerna. Viktig kunskap saknades hos de som skulle ha haft den.

Dessa frågor återstår dock att studera i ett senare betänkande. Detsamma gäller bland annat frågor om beredskapslager, prioriteringar i en bristsituation och upphandling eller omställning av produktion.

Som vi tidigare beskrivit är skyddsutrustning för personal såväl en arbetarskyddsfråga som en smittskyddsåtgärd som faller under två olika myndigheter: Arbetsmiljöverket respektive Folkhälsomyndigheten.

Frågan vilken skyddsutrustning som skulle användas i arbetet med misstänkt eller konstaterat smittade vårdtagare var länge omstridd. Kommunal krävde tidigt obligatorisk användning av munskydd och visir vid misstänkt eller konstaterad smitta. Konflikter uppstod på flera arbetsplatser.

Arbetsmiljöverkets regelverk föreskrev att personalen ska använda visir vid de arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor.

Folkhälsomyndighetens rekommendationer har varierat över tid, allt från krav på relativt omfattande skyddsutrustning till ett vagt stöd för skyddsutrustning i arbetsmoment utan risk för kontakt med kroppsvätskor. Först den 25 juni kom myndigheten med en tydlig rekommendation att använda både ansiktsmask och visir vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor i arbete med misstänkt eller konstaterad covid-19.

Många har upplevt de bägge myndigheternas riktlinjer kring användande av skyddsutrustning som otydliga och svårtillämpade.

Vi konstaterar att ansvariga myndigheters hantering av frågan om skyddsutrustning i äldreomsorgen gav upphov till oklarheter om vilken skyddsutrustning som skulle användas. Enligt kommissionen har frånvaron av tydliga riktlinjer och den uppenbara bristen på skyddsutrustning i äldreomsorgen rimligen bidragit till smittspridningen där. Bristerna och fördröjningarna i att åtgärda dem har skapat en stor stress för personalen och utsatt dem för onödiga risker.

Det borde i en så pass viktig fråga tidigt ha funnits ett samstämt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten, även givet att de har olika uppdrag. Alternativt borde det ha framgått hur målen om arbetarskydd och smittskydd skulle vägas av mot varandra.

10.3.3 Provtagningen kom igång sent

Kommissionens bedömning: Även med en knapp provtagningskapacitet borde regionerna utan undantag ha provtagit alla de äldre som flyttade in på särskilt boende samt de som blev utskrivna från sjukhus och återvände till sina särskilda boenden.

Det fanns, som vi redovisat tidigare, initialt inte testkit och analyskapacitet att provta annat än patienter och personal som uppvisade symtom (se avsnitt 9.2.3). Dessutom rådde stor brist på personlig skyddsutrustning. Logistik och nödvändiga datarutiner var inte på plats. Mycket gjordes under våren för att få tag på nödvändig utrustning och bygga upp rutiner för att kunna hantera en bred provtagning. När pandemin under april drabbade Sverige som kraftigast fanns dock inte förutsättningarna för en bred provtagning, en verklighet som Sverige delade med flera andra länder inklusive våra grannländer. Norge provtog emellertid fler personer än de andra nordiska länderna under pandemins allra första veckor, och från april och framåt har Danmark provtagit betydligt fler än något annat nordiskt land.

De första rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten om när provtagning bör ske för covid-19 kom den 23 januari. Rekommendationerna uppdaterades löpande under våren och i en uppdatering den 12 mars rekommenderade myndigheten att provtagningen skulle fokusera på att identifiera fall inom sjukvården för att skydda utsatta grupper, i första hand patienter, i andra hand personal inom vård och omsorg.

Den 30 mars gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att skyndsamt ta fram en nationell strategi för att utöka provtagningen för covid-19. Regionerna hade dock ansvaret för att praktiskt genomföra strategin. När Folkhälsomyndigheten angav att man i provtagningen borde prioritera boende och personal i äldreomsorgen tillsammans med inlagda och personal på sjukhus skedde detta inte i alla regioner.

I Västra Götaland blev det först i maj möjligt att provta personalen i äldreomsorgen, och om det fanns flera smittade på en boeenhet provtog man bara några få. I Region Stockholm skrev chefläkaren den 14 mars att personalen skulle vara uppmärksam på symtom men inte utföra provtagning. Chefläkaren skrev vidare att

vårdtagare med symtom i första hand bör vistas i sin lägenhet med stängd dörr tills de varit symptomfria i två dagar.

Under pandemins tidiga skede gjorde många kommuner det möjligt för sjukvården att ta emot fler covid-19 patienter genom att halvera antalet vård dagar bland de äldre. Det handlade främst om att de som vistats på sjukhus vid utskrivning fick förstärkt hemtjänst, eller att de blev snabbare mottagna på sina särskilda boenden. Vid denna tidpunkt provtog man emellertid inte samtliga äldre som blev utskrivna från sjukhusen. Det måste ha stått klart att de utskrivna som tidigt återvände till hemmet eller ett särskilt boende utgjorde en möjlig smittorisk.

Kommissionen bedömer att bristen på provtagning inom den svenska äldreomsorgen har bidragit till en ökad smittspridning bland både boende och personal. Provtagning av omsorgsmottagare och anställda i ett tidigare skede hade gett möjlighet till ökad smittspårning och därmed möjlighet att begränsa smittspridningen.

Vad vi hittills erfarit tyder på att det inte har funnits något beslut om en samlad nationell strategi för provtagning förrän den 30 mars. Sedan dröjde det ända till den 17 april innan Folkhälsomyndigheten publicerade den första versionen av denna strategi. Anledningen till dröjsmålet och vad som försiggått i frågan före den 30 mars återstår för kommissionen att pröva. Det återstår också för oss att utreda och utvärdera flera andra aspekter av provtagning och smittspårning. I ett senare betänkande kommer vi att pröva frågan om den provtagningskapacitet som fanns vid denna tid hade kunnat användas bättre med andra prioriteringar. Vi kommer också att närmare diskutera om den begränsade provtagningskapaciteten hade kunnat byggas ut snabbare och mer effektivt, eller om den i huvudsak speglar de systembrister vi tidigare pekat på. Kommissionen anser dock redan nu att regionerna, även med en knapp kapacitet, utan undantag borde ha provtagit alla de äldre som flyttade in på särskilt boende eller blev utskrivna från sjukhus innan de återvände till de särskilda boendena.

10.3.4 Besöksförbudet kom sent och omprövades för sällan

Kommissionens bedömning:

- Det nationella besöksförbudet var befogat när det infördes men regeringen borde ha infört det tidigare än den 1 april.
- Regeringen borde ha låtit beslutet om besöksförbud gälla för en betydligt kortare tid för att därefter överväga en eventuell förlängning. Frågan om förbudets bestånd och dess rättighetsinskränkningar hade då mera kontinuerligt kunnat vägas mot det allmänna smittläget och regionala förhållanden.

Besöksförbudet på särskilda boenden som infördes den 1 april är en åtgärd som knappast låter sig förenas med värdegrunden för äldreomsorgen. Det är långt ifrån målet i socialtjänstlagens stadgande om att äldre människor ska få möjlighet att ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Det innebar också en betydande inskränkning i främst de boendes grundläggande rättigheter, i första hand rätten till privatliv och familjeliv. Förbudet tillkom dock på goda grunder från ett renodlat smittskyddsperspektiv. Det var tidigt känt att covid-19 riskerade att drabba äldre särskilt allvarligt, inte minst äldre som var sköra även av andra skäl än ålder.

Vi känner inte till några studier av det svenska besöksförbudets faktiska effekter för att begränsa smittspridningen till särskilda boenden. Internationella studier har inte funnit belägg för att ett sådant förbud är särskilt effektivt. Studierna betonar samtidigt att besöksrestriktioner har haft uppenbara negativa konsekvenser för både de äldre och deras närstående. Även om tillfälliga restriktioner ibland kan vara nödvändiga betonas att långvariga besöksförbud måste undvikas.

Även om de huvudsakliga smittvägarna in på särskilda boenden inte är helt klarlagda, var det trots allt rimligt att anta att anhöriga till de boende kunde föra med sig smitta när denna fanns i det omgivande samhället. Ett besöksförbud hade åtminstone viss potential att minska smittspridningen till särskilda boenden. Det var därför både begripligt och försvarligt att införa det nationella besöksförbudet. Av antagandet att förbudet var verkningsfullt följer också att det nationella förbudet borde ha beslutats tidigare, något som också skedde i flera kommuner och hos flera privata vårdgivare.

Kommissionen har ännu inte hört företrädare för regeringen om vilken kunskap om händelseutvecklingen de haft vid olika tidpunkter. En bedömning av ansvarsfrågan på denna punkt bör anstå tills så har skett. En ytterligare fråga som kommissionen återkommer till i ett senare betänkande är om det fanns rättsligt stöd för det nationella förbudet och tidigare lokalt beslutade förbud, inte minst med hänsyn till den rättighetsinskränkning som förbudet innebar.

Det finns emellertid anledning att anta att besöksförbudet innebar hälsorisker för de boende genom att de avbrott i vardagen som det innebär när make/maka, barn och barnbarn kommer på besök nu upphörde eller glesade ut. Förbudet medförde rimligen också en känsla av övergivenhet och stor ensamhet hos många äldre. På många boenden skapade visserligen de anställda möjligheter för de äldre att möta sina anhöriga via videolänk, men det kan knappast kompensera för verklig närhet till de anhöriga. Vissa boenden hittade olika sätt för att kompensera att besök inte fick ske i de gemensamma utrymmena i de särskilda boendena, medan andra var mer restriktiva. Även för personer med hemtjänst innebar den försiktighet som Folkhälsomyndigheten rekommenderade att sociala kontakter minskade eller upphörde helt.

Förbudet att besöka sina anhöriga innebar också ett slut för de insatser de anhöriga gjort före pandemin. Det finns inga uppgifter om i vilken mån de anställda kunde kompensera för dessa insatser. Stängningen av dagverksamheter bröt också rytmen i vardagen och möjligheten till samvaro med andra. För anhöriga där dagverksamhet och växelvård på korttidsplatser fungerat som avlösning innebar stängningarna en ökad belastning.

Åtgärder som besöksförbudet skapar alltså konflikter mellan en rad olika etiska värden som att minimera skada och rädda liv å ena sidan och att respektera personlig integritet å den andra. Som ovan nämnts betonar internationella studier att långvariga besöksförbud måste undvikas. Även Smer rekommenderar att tvingande åtgärder för att minska de fysiska kontakterna mellan människor ska vara begränsade i tid och inte mer långtgående än absolut nödvändigt.⁴³¹

Det nationella besöksförbudet från den 1 april omprövades först efter två och en halv månader (den 15 juni) och sedan efter ytterligare drygt två månader (den 20 augusti). Det upphörde att gälla

⁴³¹ Smer, *Etiska vägval vid en pandemi* (2020:3), maj 2020.

först efter sex månader (den 1 oktober). Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten presenterade sin analys av om besöksförbudet skulle bestå eller upphöra först i mitten av september.

Med hänsyn till de negativa konsekvenser för och påfrestningar på framför allt de äldres allmänna välbefinnande och hälsa som förbudet medförde borde besöksförbudet ha gällt för en betydligt kortare tid. Man hade sedan kunnat överväga en eventuell förlängning. Frågan om förbudets bestånd och dess rättighetsinskränkningar hade då mera kontinuerligt kunnat vägas mot det allmänna smittläget och regionala förhållanden. Med en sådan metod hade man inte heller hamnat i den prekära situationen att upphäva förbudet i stort sett samtidigt som smittspridningen åter tog fart.

10.4 Andra uppmärksammade brister

10.4.1 Riskabla riktlinjer angående tillgången till sjukhusvård

Kommissionens bedömning: Det har, särskilt tydligt i Region Stockholm, förekommit riktlinjer som inneburit risk för kategorivisa prövningar av människors vårdbehov. Regionen borde aldrig ha utfärdat sådana riktlinjer. Riktlinjerna måste alltid betona individuell bedömning och undvika enkla kategoriseringar samt bygga på noggranna etiska överväganden.

Det är ofta bra för en äldre person som bor på särskilt boende att få sin vård där till livets slut utan att behöva flytta. I ett särskilt boende ska man klara att vårda personer i livets slutskede och ha erforderlig kompetens och medicinteknisk utrustning. En flytt kan innebära en stor påfrestning och lidande för någon som befinner sig i livets slutskede. Det kan även förhindra en god palliativ vård i den personens sista dagar eller timmar i livet. Av Svenska Palliativregistret framgår att kvaliteten på den palliativa vården i allmänhet är högre i de särskilda boendena än på sjukhus.

Det kan emellertid inte uteslutas att personer i särskilt boende som trots allt skulle ha haft klar nytta av sjukhusvård inte fick den, främst i pandemins initiala skede. Flera faktorer kan ha bidragit till detta. En är att covid-19 var en ny och okänd sjukdom och vissa äldre fick symtom som inte är typiska för sjukdomen. En annan faktor är

att det inte fanns någon säker kunskap om den mest adekvata behandlingen. Vidare fanns det en oro att platserna på sjukhus och IVA inte skulle räcka. Med facit i hand vet vi att platserna efter stora omställningar räckte till, men detta framstod antagligen som osäkert i pandemins initialskede.

Sju regioner gav ut riktlinjer eller regelverk för prioriteringar. Mest uppmärksammat har innehållet i Region Stockholms styrande regelverk den 20 mars varit. Övriga regioner hade inte ett sådant regelverk. Region Stockholms regelverk angav bland annat att vårdgivare vid beslut om sjukhusvård skulle prioritera personer i kategorierna 1–4 enligt den så kallade CFS-skalan, som mäter hur skör en person är. Knappast någon person i ett särskilt boende tillhör dessa prioriterade kategorier. Kategori 1–4 i CFS-skalan avser personer med inga eller endast mindre begränsningar när det gäller funktionsförmåga eller skörhet. Den absoluta merparten av de äldre på särskilt boende har större begränsningar och hamnar i kategori 5–9 som inte skulle prioriteras.

IVO har visat att antalet remisser till sjukhus från särskilt boende minskade markant under februari–juni. Det är dock svårt att belägga om den typen av riktlinjer inneburit att läkare underlåtit att göra en individuell bedömning av behovet – något som skulle göras enligt såväl Socialstyrelsens som Region Stockholms riktlinjer. Men det går inte att utesluta att dylika riktlinjer – tillsammans med bristen på utrustning och delvis även personal för medicinsk behandling på plats i äldreboendena – kan ha drivit fram beslut om övergång till endast lindrande (palliativ) vård i stället för sjukhusvård eller annan aktiv sjukdomsrelaterad behandling.

Kommissionen anser att man även i en pandemi bör undvika riktlinjer som delar in människors vårdbehov i enkla kategorier. Även om riktlinjerna anger att en individuell bedömning alltid ska ske är risken betydande att så inte sker i en kaotisk situation, med efterfrågan på tydliga handlingsregler och en utbredd oro för att sjukvårds- och intensivvårdsplatser ska ta slut, i kombination med bedömningar på distans utan tillräcklig patientkännedom. I sådana situationer är det särskilt olämpligt att utfärda riktlinjer som vilar på en indelning av vårdbehovet hos människor i olika kategorier. Riktlinjerna måste utformas med stor omsorg, betona individuell bedömning, undvika enkla kategoriseringar samt bygga på noggranna etiska överväganden.

10.4.2 Brister i läkarnärvaro och uteblivna individuella läkarbedömningar

Kommissionens bedömning:

- Det är oacceptabelt att det förekommit fall där boende inte fått någon individuell läkarbedömning, och i vissa fall ingen individuell medicinsk bedömning alls.
- Det är oacceptabelt att läkarbedömningar gjorts på distans i fall då tidigare kännedom om patienten saknats.
- Ett beslut om övergång till palliativ vård i livets slutskede ska i regel inte fattas på distans. En förutsättning för att så ändå kan ske är att läkaren känner patienten och anhöriga väl.
- Dessa brister kan till en del antas bottna i de strukturella brister vi tidigare har redovisat. Det är likväl regionerna som i princip ensamma svarar för all läkarvård. Även med hänsyn till varje läkares individuella ansvar får därför varje region hållas närmast ansvarig för de fall av bristande läkarinsatser som IVO funnit i den regionen.

Bilden av hur läkarinsatserna har fungerat under våren varierar mycket mellan olika kommuner och boenden, från stor nöjdhet till skarp kritik. På vissa håll uppges läkarinsatserna ha ökat, på andra att läkaren varit osynlig.

IVO:s granskning av journaler för 847 personer på 98 särskilda boenden ger vid handen att det i så mycket som runt 20 procent av de fallen inte skett någon läkarbedömning alls. I 40 procent av dessa fall har det inte heller skett en individuell bedömning av en sjuksköterska. Detta är enligt kommissionen helt oacceptabelt.

Vidare visar IVO:s granskning att inte ens 10 procent av patienterna/omsorgsmottagarna fått en bedömning på plats i boendet.

Distansbedömningar kan i vissa fall vara befogade. En läkare som känner den boende väl och har ett etablerat samarbete med sjuksköterskan på boendet bör kunna göra bedömningar på distans, en uppfattning som även stöds av IVO. Men enligt IVO:s granskning har distansbedömningar gjorts också då läkaren haft begränsad eller ingen tidigare personlig kontakt med den boende. Dessa distansbedömningar har i nästan samtliga fall gjorts per telefon. De har gällt

behov av sjukhusvård, lämplig medicinsk vård på plats, liksom övergång till palliativ vård i livets slutskede.

Socialstyrelsen har i ett kunskapsstöd den 7 april angett att besök av läkare som kunde hanteras på distans skulle undvikas. Kommissionens anser att en sådan kategorisk skrivning utan närmare anvisningar kunde, särskilt i den då rådande situationen, riskera att tolkas som en direkt uppmaning till läkare att övergå till distansbedömningar. Utformningen av kunskapsstödet i denna del kan därför ifrågasättas.

Läkarbedömningar på distans är särskilt problematiska när de gäller frågan om en boende bör remitteras till sjukhus eller inte. Risken för felbedömningar i denna fråga har förmodligen varit än större under pandemin, bland annat med tanke på alla okända faktorer kring sjukdomen.

Kommissionen anser att det är oacceptabelt att så många läkare gjorde sina bedömningar på distans när de saknade tidigare kännedom om patienten. IVO:s granskning avser visserligen ett begränsat antal äldreboenden som valts ut utifrån information i granskningen samt de upplysningar och anmälningar som kommit IVO till del och det är därför svårt att i nuläget överblicka den andel läkarbedömningar som skett på distans. Men det går inte att utesluta att sådana varit vanliga även på andra boenden.

Principen är att läkare ska fatta beslut om inledande av palliativ vård i livets slutskede. Beslutet förutsätter ett tidigare samtal med patient och närmast anhöriga, ett så kallat brytpunktssamtal. Brister har förekommit både när det gäller beslut om palliativ vård på distans och i kontakterna med anhöriga. IVO kritiserar 16 av 21 regioner för att de inte följt regelverket om ställningstagande till och beslut om vård i livets slutskede.

Kommissionen anser att ett så avgörande beslut som övergång till palliativ vård i livets slutskede som regel inte ska fattas på distans. Om patientens tillstånd inte medger deltagande i ett brytpunktssamtal, bör samtalet ske mellan läkare på plats och patientens närmast anhöriga. Det gäller oavsett hur oundvikligt beslutet är. Ett beslut om övergång till palliativ vård i livets slutskede kan ske på distans endast om läkaren känner patienten och anhöriga väl.

Kritik har också riktats mot att det skulle ha varit färre brytpunktssamtal och att samråd inte skett med anhöriga. Det framgår av uppgifter i Svenska Palliativregistret att andelen samtal med

anhöriga varit relativt konstant mellan oktober 2019 och hösten 2020. Andelen samtal med omsorgsmottagare minskade dock under mars–april 2020. Vi har inte haft utrymme för att analysera orsakerna till den minskningen.

10.4.3 Många äldre avled ensamma

Kommissionens bedömning: Regeringen borde redan i förordningen med besöksförbud ha klargjort att besök av anhöriga skulle vara tillåtna under den boendes sista tid i livet.

Som vi tidigare diskuterat gällde besöksförbud på äldreboenden i hela Sverige från den 1 april och på vissa håll lokalt ett par veckor tidigare. Tydliga anvisningar om när undantag från förbudet kunde eller borde ske borde ha varit med redan i det ursprungliga beslutet. Socialstyrelsen utfärdade visserligen riktlinjer redan efter någon vecka, men undanröjde knappast risken för att oron för smitta ändå ledde till att besök vägrades. Enligt uppgift från Svenska Palliativregistret var under pandemins start i mars–april anhöriga närvarande bara vid nio procent av dödsfallen med covid-19, att jämföra med 44 procent av alla dödsfall i särskilt boende under 2019. Vid fyra dödsfall av tio med covid-19 var ingen närvarande alls i mars–april 2020, att jämföra med 13 procent under 2019. Det bör dock påpekas att anhöriga kan ha varit närvarande i den sena palliativa fasen, men inte befunnit sig på plats just vid dödsögonblicket.

Kommissionen anser att det förhållandet att så många fick dö utan någon anhörig vid sin sida är oacceptabelt, även om starka smittskyddsskäl kunnat anföras för besöksförbudet. Att få ha anhöriga vid sin sida den sista tiden i livet är en viktig del av en god palliativ vård och en god omsorg, och många gånger nödvändigt för att både den boende och de anhöriga ska få ett värdigt avslut.

Regeringen borde redan i förordningen med besöksförbudet ha klargjort att besök av anhöriga skulle vara tillåtna under den boendes sista tid i livet.

10.5 Om ansvaret för de brister vi funnit

Kommissionens bedömning: Ansvaret för att de strukturella problemen tillåtits kvarstå utan att tillräckliga åtgärder vidtagits delas av flera, men det yttersta ansvaret för äldreomsorgen i Sverige vilar likväl på regeringen och de tidigare regeringar som haft kunskap om bristerna.

En sådan utvärdering vi har i uppdrag att göra borde helst beakta både sådant som fungerat väl och sådant som fungerat sämre. Båda utfallen kan ge värdefulla lärdomar för framtiden. Det är emellertid oundvikligt att en granskning av detta slag främst riktar sökarmot mot brister. Det som fungerat väl kan få fortsätta så, medan vi måste söka undvika upprepningar av det som brustit.

I uppdraget att granska och utvärdera vidtagna åtgärder, eller brist på åtgärder, ligger enligt kommissionens mening inte enbart att klargöra vad som brustit. Vi bör också så långt som möjligt identifiera orsakerna till observerade brister. Det innebär att vi också har att bedöma huruvida någon existerande institution hade kunnat fungera bättre eller någon ansvarig person hade kunnat handla annorlunda och borde ha gjort det. Kommissionen har alltså att även pröva frågor om ansvar.

Att regeringen, förvaltningsmyndigheter, regioner och kommuner ansvarar för sina beslut, föreskrifter, direktiv, riktlinjer och allmänna råd är närmast en självklarhet. Svårare är det att avgöra vem som borde ha agerat när åtgärder saknats, liksom vem som bär ansvar för strukturella brister hos existerande institutioner och regelverk. Det senare är särskilt delikat om olika myndigheter och huvudmän ansvarar för olika delar av verksamheten, något vi betonat just för äldreomsorgen där tre ansvariga – staten, regionerna och kommunerna – är inblandade.

En diskussion om ansvar måste ta hänsyn till en rad olika förhållanden. Vi diskuterade flera sådana redan i kapitel 6, som kravet på att utöva den offentliga makten under lagarna, beredningskraven för ny lagstiftning, regeringens kollektiva beslutsfattande, svenska statliga förvaltningsmyndigheters långtgående självständighet och den kommunala självstyrelsen som omfattar både kommuner och regioner. Den diskussionen tar också upp ansvarsprincipen: den som

ansvarar för en verksamhet under normala förhållanden gör det också i en kris.

Då en omfattande samhällskris ställer stora krav på kontinuerlig samverkan, kan en myndighets möjligheter att fullt ut axla sitt ansvar bero på hur andra myndigheter sköter sitt. Man bör också beakta att pandemin snabbt blev en internationell kris, med stängda gränser och brustna etablerade leverantörskedjor.

Oavsett beredskapen för ett pandemiutbrott, handlade pandemin nu om ett nytt och okänt virus och kunde därför leda till en stor och fullt begriplig osäkerhet hos många beslutsfattare om vad de kunde och borde göra.

Som vi redan påpekat skiljer sig kommissionens uppgift från flertalet liknande uppdrag, eftersom den ska utföras medan krisen fortfarande pågår. Det går därför inte att utesluta att nya erfarenheter kan ställa vidtagna åtgärder i en delvis ny dager.

Kommissionen kommer i sitt fortsatta arbete att pröva en lång rad frågor som också har med ansvar att göra. Det gäller exempelvis hur Regeringskansliets, berörda förvaltningsmyndigheters, regioners och kommuner krisorganisation har fungerat och om åtgärderna för att bekämpa den allmänna smittspridningen i landet varit träffsäkra, ändamålsenliga och rätt tidsanpassade. Dit hör aspekter som uppmärksammas i detta betänkande, som sen provtagning och smittspårning samt brist på personlig skyddsutrustning. Det är fullt möjligt att en bedömning av ansvar när det gäller krishantering och åtgärder mot den allmänna smittspridningen kan påverka även frågan om ansvar för brister inom äldreomsorgen.

Även i vår kommande granskning av åtgärderna för att lindra krisens effekter för enskilda och för samhällsekonomin kommer frågor om ansvar att inställa sig.

När det gäller många brister framgår det i de flesta fall av vår redovisning tidigare i detta kapitel vilken instans som fattat beslut eller vidtagit åtgärder – eller som har dröjt med det. Då vilar förstås ansvaret på den instansen.

Så här långt har vi bland annat funnit att äldreomsorgen stod oförberedd när pandemin slog till och att det bottnade i strukturella brister: otillräckliga eller åtminstone oklara rättsliga förutsättningar, en fragmenterad organisation med dåliga förutsättningar för operationell samordning, bemannings- och kompetensproblem av olika slag samt bristande tillgång till medicinsk personal och utrustning.

Dessa omständigheter har varit kända långt före virusutbrottet och har framhållits av statliga utredningar liksom i rapporter från bland andra Socialstyrelsen och IVO. För dessa brister bär den sittande regeringen – liksom de tidigare regeringar som tagit del av dessa utredningar och rapporter – det yttersta ansvaret. Regeringen styr riket (1 kap. 6 § regeringsformen) och hade därför bort ta de initiativ som behövts för att äldreomsorgen skulle stå bättre rustad för en kris av detta slag.

Personer som kommissionen har träffat

Sekretariatet (hela eller delar av) har under arbetet med första betänkandet haft möten med följande personer

Sveriges Kommuner och Regioner, den 14 september 2020

Fredrik Lennartsson, chef för avdelningen för vård och omsorg

Emma Spak, sektionschef för hälso- och sjukvård

Åsa Furén Thulin, sektionschef för socialtjänst

Helén Lundkvist Nymansson, sektionschef för avdelningen för vård och omsorg

Greger Bengtsson, expert och samordnare för äldreomsorgen

Jeanette Hedberg, förhandlingschef för arbetsgivarpolitiska avdelningen

Nils Blume, kommunikationsstrateg för kommunikationsavdelningen

Attendo, den 16 september 2020

Martin Tivéus, VD och koncernchef

Andreas Koch, kommunikations- och IR-direktör

Region Stockholm, den 24 september 2020

Christoffer Bernsköld, enhetschef för enheten för allmänmedicin

Stockholms Läns Sjukvårdsområde, den 28 september 2020

Martin Annetorp, temachef tema åldrande, Karolinska
Universitetssjukhuset och operativ krisledare för geriatrik utanför
akutsjukhusen, SLSO, Region Stockholm

Vårdföretagarna, den 1 oktober 2020

Sabina Joyua, näringspolitisk chef
Anna Bergendahl, näringspolitisk expert
Daniel Andersson, arbetsrättsexpert
Peter Söderman, projektledare

Stockholms stad, den 2 oktober 2020

Kerstin Sandström, direktör Farsta stadsdelsförvaltning och
medlem i stadens utvärderingssektariat för covid-19
Linda Hannes, biträdande avdelningschef för avdelningen för
stadsövergripande äldreomsorgsfrågor, Äldreförvaltningen
Raili Karlsson, avdelningschef för planeringsavdelningen,
Äldreförvaltningen
Veronica Wolgast Carstorp, avdelningschef för stadsövergripande
sociala frågor, Socialförvaltningen
Jonas Lauri, biträdande avdelningschef för avdelningen för kvalitet
och säkerhet, Stadsledningskontoret

Kommunal, den 8 oktober 2020

Mari Huupponen, utredare på utredningsenheten
Peter Larsson, förbundsombudsman på arbetsplats- och
avtalsenheten
Torbjörn Dalin, chefsekonom på utredningsenheten
Ann Georgsson, förbundsombudsman på arbetsplats- och
avtalsenheten

*Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård,
den 9 oktober 2020*

Moana Zillén, ordförande för Riksföreningen för sjuksköterskor
inom äldre- och demensvård

Karolinska Institutets laboratorium, den 9 oktober 2020

Lars Engstrand, professor i smittskydd på Karolinska Institutet
Fredrik Karlsson, doktorand på Karolinska Institutet

MAS:ar och MAR:ar, den 12 oktober 2020

Kerstin Carlsson, MAS i Sävsjö kommun
Ingela Mindermark, MAS i Oxelösunds kommun
Annika Nilsson, MAS i Gällivare kommun
Helena Gustafsson, MAS på Frösunda omsorg
Annika Nilsson, MAS i Kils kommun
Lilian Carleson, MAS i Täby kommun
Ulrika Carlsson, MAS i Gävle kommun
Anna Netterheim, MAR i Eslövs kommun
Linda Augustsson, MAR i Marks kommun

Familjeläkarna, den 13 oktober 2020

Stefan Amér, läkare och verksamhetschef hos Familjeläkarna, även
ordförande SÄBO-rådet i Stockholm
Christian Molnár, specialist i allmänmedicin hos Familjeläkarna
Ann Svalberg, samordningschef hos Familjeläkarna

Karolinska Institutet, den 13 oktober 2020

Jan Albert, professor i mikrobiologi och smittskydd och överläkare

Karolinska Universitetssjukhuset, den 15 oktober 2020

Per Mattsson, docent, överläkare Temachef Akut och Reparativ medicin

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), den 15 oktober 2020

Sofia Wallström, generaldirektör
Peder Carlsson, avdelningschef
Anna-Karin Nykvist, enhetschef
Katarina Waldenborg, inspektör
Ina Ceasar, samordnare
Anders Ekholm, senior rådgivare
Anna Stjernberg, utredare

Vårdförbundet, 16 oktober 2020

Sineva Ribeiro, ordförande
Ann Johansson, vice ordförande
Annika Wåhlin, vårdstrateg

Landsorganisationen i Sverige (LO), den 16 oktober 2020

Malin Wreder, enhetschef på enheten för välfärd, utbildning och arbetsmarknad
Ulrika Lorentzi, utredare på enheten för välfärd, utbildning och arbetsmarknad

Svensk Förening för Allmänmedicins (SFAM) råd för sköra äldre i primärvården, den 28 oktober 2020

Sonja Modin, ordförande

Karolinska Institutet, den 5 november 2020

Peter Strang, professor i palliativ medicin och överläkare

Socialstyrelsen, den 6 och 19 november 2020

Taha Alexandersson, docent, medicinsk forskare och
ställföreträdande krisberedskapschef på Socialstyrelsen
Erik Magnusson, inköpschef i Socialstyrelsens särskilda
organisation och senior rådgivare
Ingrid Forss, utredare

IVO, den 27 november 2020

Sofia Wallström, generaldirektör
Peder Carlsson, avdelningschef
Marie Åberg, avdelningschef
Anna-Karin Nykvist, enhetschef
Katarina Waldenborg, inspektör
Ina Ceasar, samordnare
Anders Ekholm, senior rådgivare
Anna Stjernberg, utredare

Övriga

Sekretariatet har därutöver deltagit på ett seminarium som Svensk sjuksköterskeförening anordnat med syfte att diskutera lärdomar utifrån covid-19, den 7 oktober 2020 och ett webinarium som Vårdföretagarna anordnat för presentation av ny rapport, den 2 december 2020.

Sekretariatet har även intervjuat Eva Melander, smittskyddsläkare i Region Skåne, Monica Berglund, direktör för Tre stiftelser i Göteborg, Malin Svahn Schenström, chef för äldreomsorgen i Huddinge kommun, Ejja Häman Aktell, avdelningschef Vård och omsorg i Skellefteå kommun, Lennart Magnusson, chef Nationellt kompetenscentrum Anhöriga, Mikael Lind, KPMG Göteborg, Pia Näsvall, chefläkare Region Norrbotten, Alexandra Göransson, biträdande stadsdirektör i Stockholms stad, Staffan Forsell, projektledare Stockholms stad, Laura Fratiglioni, professor Karolinska Institutet, Anne-Marie Boström, lektor Karolinska Institutet, Tom Schultz Eklund, förvaltningsjurist, fyra sjuksköterskor, sex undersköterskor och en enhetschef.

Kommissionen har haft möten med följande personer

Kommissionsmöte, den 18 september

Sofia Wallström, generaldirektör, IVO

Daniel Lilja, chef för avdelning sydöst i Jönköping, IVO

Taha Alexandersson, docent, medicinsk forskare och ställföreträdande krisberedskapschef, Socialstyrelsen

Thomas Lindén, avdelningschef på avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen

Johan Carlson, generaldirektör, Folkhälsomyndigheten

Anders Tegnell, statsepidemiolog, Folkhälsomyndigheten

Malin Svahn Schenström, chef för äldreomsorgen i Huddinge kommun

Christina Kallin, specialistläkare inom allmänmedicin och geriatrik

Kristina Sundin Jonsson, kommundirektör i Skellefteå kommun

Ejja Häman-Aktell, avdelningschef Vård och omsorg i Skellefteå kommun

Kommissionsmöte, den 29 september 2020

Ingmar Skoog, professor i psykiatri vid Göteborgs universitet och föreståndare för Centrum för åldrande och hälsa

Marta Szebehely, professor emeritus i socialt arbete med inriktning mot äldre vid Stockholms universitet

Ulrika Winblad, professor vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet

Kommissionsmöte, den 26 oktober 2020

Göran Collste, professor emeritus inom tillämpad etik vid Linköpings universitet

Expertgrupper knutna till kommissionen

Smittskyddsfrågor

Jan Albert, professor i mikrobiologi och smittskydd
Anders Ekbohm, 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
Johan Hirschfeldt, f.d. president i Svea hovrätt
Daniel Nohrstedt, professor i statsvetenskap
Jon Pierre, professor i statsvetenskap
Ulrika Winblad, professor vid Institutionen för folkhälso- och
vårdvetenskap

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. Ansvaret för styrningen av myndigheterna kvarstår dock hos regeringen. Det innebär att regeringen inför riksdagen är ytterst ansvarig för allt som myndigheterna gör, utom på det område där förvaltningens lydndsplikt mot regeringen inte gäller, dvs. i fråga om beslut i särskilt fall som rör myndighetsutövning eller tillämpning av lag. Myndigheternas fristående ställning och långtgående befogen-

heter 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 samhälleliga 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 tvärsektoriella 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 sammankalla 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 krishanteringen,

- 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.

Virusets 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 månadskiftet 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 sambället 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 kompensation 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 läkarintygfri 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 för-
måner inom arbetsskadeförsäkringen. Det har också införts ekono-
misk kompensation i form av ett tillfälligt tilläggsbidrag till bostads-
bidraget för barnfamiljer och ersättning till personer i vissa risk-
grupper som helt eller delvis avstår från förvärsarbete för att und-
vika 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)

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler rutjtjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelse av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.
20. Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. Fi.
21. Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. Ku.
22. Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. Fi.
23. Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. S.
24. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. S.
25. Ett nationellt biljettsystem för all kollektivtrafik. I.
26. En sjukförsäkring anpassad efter individen. S.
27. Högre växel i minoritetspolitiken. Stärkt samordning och uppföljning. Ku.
28. En mer likvärdig skola – minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning. U.
29. En ny myndighet för att stärka det psykologiska försvaret. Ju.
30. En moderniserad arbetsrätt. A.
31. En ny mervärdesskattelag. Del 1 och 2. Fi.
32. Grundpension. Några anslutande frågor. S.
33. Gemensamt ansvar – en modell för planering och dimensionering av gymnasial utbildning. Del 1 och 2. U.
34. Stärkt kvalitet och likvärdighet i fritidshem och pedagogisk omsorg. U.
35. Kontroll för ökad tilltro – en ny myndighet för att förebygga, förhindra och upptäcka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Fi.
36. Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter. S.

37. Ett nytt regelverk för arbetslöshetsförsäkringen. A.
38. Ökad trygghet för visseblåsare. A.
39. Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2019. M.
40. En gemensam utbildning inom statsförvaltningen. Fi.
41. Kommuner som utförare av tjänster åt Arbetsförmedlingen – en analys av de rättsliga förutsättningarna. A.
42. En annan möjlighet till särskilt stöd. Reglering av kommunala resurskolor. U.
43. Bygga, bedöma, betygssätta – betyg som bättre motsvarar elevernas kunskaper. U.
44. Grundlagsskandestånd – ett rättighets-skydd för enskilda. Ju.
45. Ett ändamålsenligt skydd för tryck- och yttrandefriheten. Ju.
46. En gemensam angelägenhet. Vol. 1 och 2. Fi.
47. Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1 och 2. S.
48. Skatt på engångsartiklar. Fi.
49. Enhetlig och effektiv marknads-kontroll. UD.
50. Enklare skatteregler för enskilda näringsidkare. Fi.
51. En ny lag om konsumentskydd vid köp och vissa andra avtal. Ju.
52. Rutavdrag för äldre. Fi.
53. Personuppgiftsbehandling vid antalsberäkning inför klinisk forskning. N.
54. En långsiktigt hållbar migrations-politik. Ju.
55. Innovation genom information. I.
56. Det demokratiska samtalet i en digital tid. Så stärker vi motståndskraften mot desinformation, propaganda och näthat. Ku.
57. Ett särskilt hedersbrott. Ju.
58. EU:s cybersäkerhetsakt – kompletterande nationella bestämmelser om cybersäkerhetscertifiering. Fö.
59. Innovation som drivkraft – från forskning till nytta. U.
60. Det skatterättsliga företrädarsvaret – en översyn. Fi.
61. Ändrade regler om säkerställda obligationer. Fi.
62. En samlad djurhälsoreglering. Del 1 och 2. N.
63. Barnkonventionen och svensk rätt. A.
64. Hästnäringens finansiering på den omreglerade spelmarknaden. Fi.
65. 55 år och karensval. N.
66. Samverkande krafter – för stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk. U.
67. Förskola för alla barn – för bättre språkutveckling i svenska. U.
68. Försvarets radioanstalts internationella samarbete – en översyn av regelverket. Fö.
69. Äldre har aldrig varit yngre – allt fler kan och vill arbeta längre. S.
70. Fast omsorgskontakt i hemtjänsten. S.
71. Utvinning ur alunskiffer. Kunskapsammansättning om miljörisker och förslag till skärpning av regelverket. N.
72. Producentansvar för textil – en del av den cirkulära ekonomin. M.
73. Stärkt äganderätt, flexibla skyddsformer och naturvård i skogen. M.
74. En europeisk åklagarmyndighet i Sverige. Ju.
75. Bygg och bo till lägre kostnad – förslag för bättre konkurrens i bostadsbyggandet. Fi.
76. Funktionalitet och enhetlighet – hyresmodell för fem kulturinstitutioners huvudbyggnader. Fi.
77. Ökat skydd och stärkt reglering på den omreglerade spelmarknaden. Fi.
78. Tillgängliga stränder – ett mer differentierat strandskydd. M.

79. Effektivare tillsyn över
diskrimineringslagen
– aktiva åtgärder och det skollags-
reglerade området. A.
80. Äldreomsorgen under pandemin. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- En moderniserad arbetsrätt. [30]
- Ett nytt regelverk för arbetslöshetsförsäkringen. [37]
- Ökad trygghet för visseblåsare. [38]
- Kommuner som utförare av tjänster åt Arbetsförmedlingen – en analys av de rättsliga förutsättningarna. [41]
- Barnkonventionen och svensk rätt. [63]
- Effektivare tillsyn över diskrimineringslagen – aktiva åtgärder och det skollagsreglerade området. [79]

Finansdepartementet

- Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]
- Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]
- Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]
- Grönt sparande. [17]
- Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. [20]
- Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. [22]
- En ny mervärdesskattelag. Del 1 och 2. [31]
- Kontroll för ökad tilltro – en ny myndighet för att förebygga, förhindra och upptäcka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. [35]
- En gemensam utbildning inom statsförvaltningen. [40]
- En gemensam angelägenhet. Vol. 1 och 2. [46]
- Skatt på engångsartiklar. [48]
- Enklare skatteregler för enskilda näringsidkare. [50]

- Rutavdrag för äldre. [52]
- Det skatterättsliga företrädaransvaret – en översyn. [60]
- Ändrade regler om säkerställda obligationer. [61]
- Hästnäringens finansiering på den omreglerade spelmarknaden. [64]
- Bygg och bo till lägre kostnad – förslag för bättre konkurrens i bostadsbyggandet. [75]
- Funktionalitet och enhetlighet – hyresmodell för fem kulturinstitutioners huvudbyggnader. [76]
- Ökat skydd och stärkt reglering på den omreglerade spelmarknaden. [77]

Försvarsdepartementet

- EU:s cybersäkerhetsakt – kompletterande nationella bestämmelser om cybersäkerhetscertifiering. [58]
- Försvarets radioanstalts internationella samarbete – en översyn av regelverket. [68]

Infrastrukturdepartementet

- Framtidens järnvägsunderhåll. [18]
- Ett nationellt biljettsystem för all kollektivtrafik. [25]
- Innovation genom information. [55]

Justitiedepartementet

- Skärpta regler om utländska månggiften. [2]
- Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]
- Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. [16]
- En ny myndighet för att stärka det psykologiska försvaret. [29]

Grundlagsskadedestånd – ett rättighetsskydd för enskilda. [44]

Ett ändamålsenligt skydd för tryck- och yttrandefriheten. [45]

En ny lag om konsumentskydd vid köp och vissa andra avtal. [51]

En långsiktigt hållbar migrationspolitik. [54]

Ett särskilt hedersbrott. [57]

En europeisk åklagarmyndighet i Sverige. [74]

Kulturdepartementet

Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. [21]

Högre växel i minoritetspolitiken. Stärkt samordning och uppföljning. [27]

Det demokratiska samtalet i en digital tid. Så stärker vi motståndskraften mot desinformation, propaganda och näthat. [56]

Miljödepartementet

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Kärnavfallsrådets yttrande över SKB:s Fud-program 2019. [39]

Producentansvar för textil – en del av den cirkulära ekonomin. [72]

Stärkt äganderätt, flexibla skyddsformer och naturvård i skogen. [73]

Tillgängliga stränder – ett mer differentierat strandskydd. [78]

Näringsdepartementet

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Personuppgiftsbehandling vid antalsberäkning inför klinisk forskning. [53]

En samlad djurhälsoreglering. Del 1 och 2. [62]

55 år och karensval. [65]

Utvinning ur alunskiffer. Kunskapssammanställning om miljörisker och förslag till skärpning av regelverket. [71]

Socialdepartementet

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]

God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]

Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitik inriktning. [23]

Tillsammans för en välfungerande sjuk-skrivnings- och rehabiliteringsprocess. [24]

En sjukförsäkring anpassad efter individen. [26]

Grundpension. Några anslutande frågor. [32]

Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter. [36]

Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1 och 2. [47]

Äldre har aldrig varit yngre – allt fler kan och vill arbeta längre. [69]

Fast omsorgskontakt i hemtjänsten. [70]

Äldreomsorgen under pandemin. [80]

Utbildningsdepartementet

En mer likvärdig skola – minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning. [28]

Gemensamt ansvar

– en modell för planering och dimensionering av gymnasial utbildning.
Del 1 och 2. [33]

Stärkt kvalitet och likvärdighet i fritidshem och pedagogisk omsorg. [34]

En annan möjlighet till särskilt stöd.
Reglering av kommunala resursskolor. [42]

Bygga, bedöma, betygssätta
– betyg som bättre motsvarar elevernas kunskaper. [43]

Innovation som drivkraft –från forskning till nytta. [59]

Samverkande krafter
– för stärkt kvalitet och likvärdighet inom komvux för elever med svenska som andraspråk. [66]

Förskola för alla barn
– för bättre språkutveckling i svenska. [67]

Utrikesdepartementet

Enhetlig och effektiv marknadskontroll.
[49]