

Kapitel 10

# Hälso- och sjukvård

Utdrag ur rapporten *Att lära av en kris - Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin*



**Sveriges  
Kommuner  
och Regioner**

Upplysningar om innehållet:  
Lasse Einarsson, lasse.einarsson@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2023

ISBN: 978-91-8047-168-8

Illustration: Advant

Produktion: Advant

## Om rapporten Att lära av en kris

I september 2021 tillsatte SKR:s styrelse en programberedning för att ta vara på kommuners och regioners erfarenheter av pandemin och skapa lärande och beredskap för framtida kriser. Beredningen har varit sammansatt av representanter från alla politiska partier i SKR:s styrelse.

Programberedningens iakttagelser, lärdomar och förslag har presenterats i rapporten *Att lära av en kris – Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin*. Rapporten kan laddas ner från SKR:s webbplats.

Rapporten består av tre delar.

1. **Del 1:** Övergripande utmaningar som behövt hanteras på ledningsnivå och av verksamheterna.
2. **Del 2:** Utmaningar som mer specifikt berör enskilda verksamheter.
3. **Del 3:** Övergripande iakttagelser och lärdomar. Här presenteras också beredningens bedömningar av utvecklingsbehoven i kommuner, regioner och SKR, samt reformbehoven i den statliga verksamheten.

Beredningens lärdomar och bedömningar bygger på ett omfattande empiriskt material som samlats in och analyserats av programberedningens kansli. I beredningens slutrapport finns en mer utförlig beskrivning av material och tillvägagångssätt.

Det här är ett utdrag från rapporten. I utdraget finns källhänvisningar i form av fotnoter. En fullständig referenslista finns i programberedningens slutrapport.

# Innehåll

<b>Kapitel 10. Hälsa- och sjukvård</b> .....	<b>6</b>
10.1 Målbilden: platta till kurvan.....	8
10.2 I väntan på pandemi.....	10
10.3 Den stora omställningen.....	11
10.3.1 Kapacitetsökning inom intensivvården (IVA).....	12
10.3.2 Kapacitetsökning inom infektionssjukvården.....	21
10.3.3 Omställning i den psykiatriska vården.....	23
10.3.4 Omställningen har kommit med ett pris.....	25
10.3.5 Återhämtning av vårdproduktion.....	29
10.4 Storskalig provtagning och smittspårning.....	30
10.4.1 Samverkan var inte effektiv i det inledande skedet.....	31
10.4.2 Ersättningsfrågan är en delförklaring till trevande uppstart..	33
10.4.3 Effektiv samverkan efter överenskommelse SKR-staten.....	35
10.4.4 Organisering av provtagning och smittspårning.....	36
10.5 Inköp och fördelning av läkemedel och skyddsutrustning....	39
10.5.1 Begränsad nationell förmåga att lösa bristsituationer.....	40
10.5.2 Regiongemensamt samarbete med stöd av staten.....	41
10.6 Breddvaccinering mot covid-19.....	42
10.6.1 Organisering av vaccinering.....	43
10.6.2 Kommunikation med invånarna.....	45
10.6.3 Arbetet med att nå svårnådda grupper.....	47
10.6.4 Bristande framförhållning undergrävde förtroendet.....	48

10.7	Omställningen till nära vård har fått en skjuts framåt .....	49
10.8	Bemanningen har varit en ständig utmaning .....	52
10.9	Vilka lärdomar kan vi dra?.....	55
10.9.1	Ersättningsfrågan handlar inte bara om pengar.....	55
10.9.2	Överenskommelser mellan staten och SKR har skapat tydlighet.....	57
10.9.3	Tidig dialog mellan berörda parter har skapat samsyn.....	57
10.9.4	Frivillig regionsamverkan med stöd av staten - ett framgångsrecept.....	58

# KAPITEL 10

## Hälso- och sjukvård

När de första covid-fallen upptäcktes i Sverige våren 2020 hade många redan tagit del av de förfärande bilder som visade hur hälso- och sjukvårdspersonal i Italien kämpade för att rädda livet på svårt sjuka covid-19-patienter. Hela det svenska samhället mobiliserade och när pandemin nådde Sverige riktades fokus mot de som insjuknat i covid-19 och den verksamhet som skulle vårda dem.

Detta kapitel handlar om hälso- och sjukvården. Med utgångspunkt i de fyra pandemivågorna redogör vi inledningsvis för några av pandemins mer genomgripande konsekvenser för verksamheten. Därefter gör vi fördjupande nedslag i de utmaningar som varit mest omvälvande och lärorika. Ett genomgående tema i kapitlet är den stora omställning som har skett och den regionssamverkan som gjort den möjlig. Omställningen har skapat utmaningar som relaterar till flera av de perspektiv som vi har berört i tidigare kapitel. Vi avslutar med att lyfta fram och resonera om några lärdomar. En kort summering av lärdomar ges i rutan här under.

## Lärdomar

- Regionerna har uppvisat en imponerande förmåga att ställa om vården under pandemin. Omställningen har involverat stora delar av vårdorganisationerna och ökat vårdkapaciteten där den har behövts som mest. Genom en mångfald av åtgärder har regionerna säkerställt att patienter med störst behov fått företräde till vårdens resurser. Den regionala vårdens flexibilitet har varit en styrka under pandemin.
- Den initiala omställningen har kommit med ett högt pris i form av uppskjuten vård och slutkörd personal. Efter den första pandemivågen har vårdproduktionen återhämtat sig successivt, men omställningen har fått långsiktiga konsekvenser för patienter och personal. Konsekvenserna har blivit särskilt kännbara för kommuner och regioner som gick in i krisen med en redan hårt belastad organisation.
- Omställningens pris visar på vikten av att inte ställa om alltför hårt. Att hitta rätt balanspunkt under den osäkerhet som råder i kris är samtidigt en närmast omöjlig uppgift. Det är också svårt att i efterhand avgöra hur värden och risker balanserades av regionerna under pandemin. Regionerna kalibrerade omställningen kontinuerligt och efterhand som kunskap om åtgärder och konsekvenser utvecklades. Det var en styrka att omställningen i kris drevs av samma huvudmän som har ansvaret för verksamheterna i normalläge.
- När statens insatser har varit effektiva har de präglats av tidig förankring med den regionala nivån. När förankringen med hälso- och sjukvårdens huvudmän har brutit har det uppstått långdragna diskussioner som tagit tid och kraft från pandemihanteringen.
- I flera viktiga processer har en oklar rollfördelning mellan staten och kommuner/regioner lett till onödiga fördröjningar i kritiska skeden. Det gäller till exempel vid inledningen av den storskaliga provtagningen och samordningen av inköp av viktiga förbrukningsvaror.

- När de som ansvarar för en verksamhet i normalläge också fått göra det i kris har rollfördelningen blivit tydligare. Tack vare ingående kunskaper om verksamheten och tillgång till etablerade nätverk har frivillig samverkan mellan regioner åstadkommit mycket under pandemin. När staten har gett aktivt stöd till sådan samverkan har det offentliga Sverige uppvisat stor effektivitet.
- Omställningen till nära vård har delvis påskyndats av pandemin. En lärdom är att regioner som redan hade kommit långt i omställningen också hade en fördel under pandemin.
- För hälso- och sjukvården har pandemin skapat stora utmaningar med bemanningen. Verksamheterna har klarat att bemanna de kritiska verksamheterna under hela pandemin men det har varit krävande för chefer och personal. Det skedde samtidigt ett lärande som redan har omsatts i förbättringar.

## 10.1 Målbilden: platta till kurvan

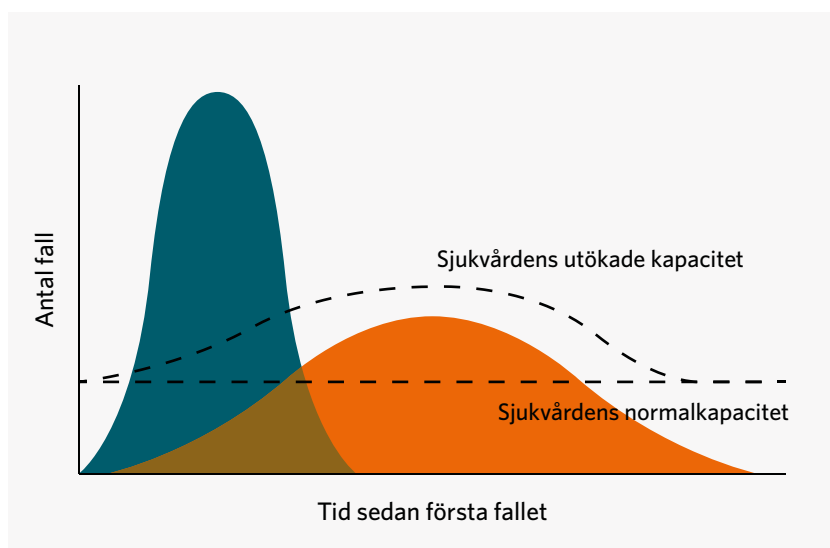
Den 7 april 2020 publicerade regeringen en strategi med anledning av det nya coronaviruset. Det överordnade målet med regeringens arbete har varit att minska takten på smittspridningen, det vill säga att *platta till kurvan* så att inte alltför många blir sjuka samtidigt. Strategin bekräftade en inriktning som aldrig blev föremål för ett formellt regeringsbeslut, men som utgjort en konsekvent målsättning för regeringens och myndigheternas prioriteringar under pandemin.

Budskapet upprepades ofta och innebar att smittspridningen skulle hållas på en nivå där belastningen aldrig överskred vårdens maxkapacitet. Men under våren 2020 blev det tydligt att denna



ambition inte kunde hållas – antalet patienter i behov av intensivvård översteg kraftigt den vårdkapacitet som fanns före pandemin. Vårdsituationen blev mycket ansträngd men inte kaotisk, vilket förklaras av att regionerna gjorde en kraftfull ökning av vårdkapaciteten. Utan denna kapacitetsökning hade Sveriges väg genom pandemin fått ett helt annat förlopp. Målbilden illustreras med det typiserade diagrammet i figur 2 nedan.

**Figur 2:** Typiserad bild av den svenska coronastrategin



Den högsta kurvan i figuren är den smittspridning som enligt strategin skulle plattas till så att den kom under hälso- och sjukvårdens kapacitet, som illustreras med den horisontella streckade linjen. Denna föresats lyckades bara delvis. Men kurvan trycktes ner tillräcklig mycket för att hälso- och sjukvården skulle klara uppgiften med hjälp av en enorm kapacitetsökning.

Den svenska coronastrategin innebar att pandemiresponsen alltid balanserades mot hälso- och sjukvårdens kapacitet. När vårdkapaciteten närmade sig bristningsgränsen blev detta ett argument för mer kraftfulla åtgärder för att dämpa smittspridning. När vårdkapaciteten var under kontroll kunde också restriktionerna lättas. Hur vården klarade hälsoeffekterna av covid-19 fick på så vis en direkt inverkan på pandemins konsekvenser i andra verksamheter, som skola och kollektivtrafik.

I avsnittet nedan kommenterar vi den stora omställning som regionerna genomförde för att hantera den helt nya situation som uppstod på grund av covid-19. Vår genomgång är inte på något sätt heltäckande, men vi lyfter fram några av de erfarenheter som ligger till grund för lärande. För att förstå omställningen gör vi först en kort beskrivning av hur hälso- och sjukvården förberedde sig inför de förmodade konsekvenserna av pandemin.

## 10.2 I väntan på pandemi

Det fanns redan tidigt under 2020 signaler om att covid-19-pandemin skulle nå Sverige och leda till en kraftigt ökad belastning på intensivvården. Regioner och kommuner förberedde sig genom att se över katastrofplanering, överväga bemanningslösningar och inventera tillgången på utrustning, läkemedel och lokaler. En återkommande slutsats var att det skulle uppstå stora utmaningar på alla dessa områden. Man förutsåg att personalbrist skulle bli ett överhängande problem, likaså bristen på kunskap om vilken skyddsutrustning som skulle behövas och hur tillgången på sådan skulle säkras. Man förutsåg även brist på teknisk utrustning, inte minst respiratorer, och att det skulle bli brist på syrgas och läkemedel.<sup>1</sup>

---

Not. 1     Se t.ex. Gerdin, B., 2021. *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

På så vis påverkade pandemin regioner och kommuner redan innan dess konsekvenser blev konkreta. I denna förberedande fas var pandemins inverkan lika stor på alla regioner; det uppstod en gemensam beredskapskostnad eftersom ingen kunde förutse hur pandemin skulle slå i olika delar av landet. Ett par månader senare fick vi svaret. Pandemins direkta konsekvenser fördelades ojämnt mellan regionerna. Stockholm och Sörmland drabbades tidigt och hårt av smittan medan till exempel Skåne och Gotland i princip slapp den första pandemivågen.

Under den förberedande omställningsfasen spred sig oron inom hälso- och sjukvården, inte minst på grund av de bristsituationer som identifierades. De allra flesta sjukhus hade någon sorts beredskap för en pandemi, antingen i form av en pandemiplan eller i form av en katastrofplan där pandemi ingick som ett av flera scenarier. Men många hade, precis som Folkhälsomyndigheten, utgått från ett mer influensaliknande förlopp. Sjukhusens beredskap var inte anpassad för ett så dramatiskt och utdraget krisförlopp som covid-19 orsakade. De regioner som hade mer utvecklade pandemiplaner hade visserligen en fördel, men de allra flesta regioner behövde ompröva och revidera sina planer fortlöpande, efterhand som insikten växte om pandemins karaktär. Den specifika beredskapen för en kapacitetsökning av IVA-vården var dock mer utvecklad, som kommer att framgå längre fram.<sup>2</sup>

## 10.3 Den stora omställningen

Här beskriver vi regionernas erfarenheter av den stora omställning som gjordes under pandemins inledande och mest dramatiska skede. Vi fokuserar på den kraftiga kapacitetsökning som gjordes av intensivvården och infektionssjukvården, mycket tack vare en kraftsamling i hela vårdapparaten.

---

Not. 2     Hallgårde, Å., 2021. *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19 pandemin.*

### 10.3.1 Kapacitetsökning inom intensivvården (IVA)

Om vården blev en balanspunkt för coronastrategin så blev den totala belastningen på avancerad vård en balanspunkt för vården. På IVA vårdas patienter som kämpar för sina liv med stöd av specialutbildad personal i samspel med avancerad teknik, det vill säga patienter som enligt hälso- och sjukvårdslagens behovsprincip ska ges företräde till vårdens resurser. När antalet IVA-patienter växte snabbt rådde ingen tvekan om att vården behövde ställa om. Utan rätten att prioritera hade det inte gått, och med det sagt framgår också att omställningen har kommit med ett pris. Operationer har skjutits fram, personalen har belastats hårt och svårt sjuka patienter har behövt transporteras längre sträckor.

#### Vad är intensivvård?

Intensivvård är en vårdnivå som förebygger och behandlar svikt i ett eller flera organsystem så att fortsatt liv kan bli meningsfullt för patienten. Med intensivvård avses övervakning, diagnostik, behandling och omvårdnad av patienter med svåra, ej sällan livshotande, sjukdomar eller skador. Behandlingsstrategin ska kunna omprövas när som helst under dygnet beroende på patientens aktuella tillstånd. Intensivvård ska kunna bedrivas dygnet runt, årets alla dagar, med bibehållen kvalitet.

Från februari till mars 2020 bidrog hög smittspridning och frånvaro av vaccin till att beläggningsgraden på IVA i princip fördubblades över en månad. När belastningen var som störst fick totalt 800 patienter intensivvård, vilket kraftigt översteg de 512 tillgängliga IVA-platserna som var normalläget 2019. För att klara den ökade belastningen krävdes en omställning som inte bara omfattade IVA-verksamheten utan också andra delar av vårdorganisationen.

Genom en mångfald av kompletterande åtgärder nådde regionerna tillsammans en toppkapacitet på 1 100 beläggningsbara platser, med planer på ytterligare ökning. Utan omställningen hade ett stort antal patienter blivit utan livsuppehållande vård, och då hade vi haft helt andra siffror över dödfall orsakade av covid-19.<sup>3</sup>

### Regionernas samordning av IVA-resurser

Under pandemins kritiska skeden uppstod ett akut behov av att få frekventa lägesbilder över regionernas IVA-kapacitet, inte minst för att kunna bedöma behovet av överflyttningar av patienter. En arbetsordning för detta togs fram genom ett nätverk som skapades av hälso- och sjukvårdsdirektörerna. I nätverket företrädde samtliga regioner av en representant för IVA-verksamheten. Till nätverket knöts också en representant för Socialstyrelsens krisledningsfunktion och en representant för SKR, som också tillhandahöll den digitala plattformen och samordnade nätverket. Arbetet i IVA-samordningen leddes av registerhållaren för Intensivvårdsregistret (SIR).

Hälso- och sjukvårdsdirektörernas initiativ om IVA-samordning kom till efter att ett motsvarande statligt initiativ hade misslyckats. Socialstyrelsen fick den 19 mars regeringens uppdrag att stödja regionernas samordning av tillgängliga IVA-platser. Detta skulle ske dels genom att ta fram nationella lägesbilder av antalet IVA-platser och kontinuerligt förmedla informationen till regionerna. Den första delen av uppdraget gick bra men den andra fallerade eftersom myndigheten sekretessklassade sina egna lägesbilder, vilket förhindrade informationsdelning med regionerna. Därmed blev stödet från Socialstyrelsen tandlöst. Senare gjorde Socialstyrelsen en ny tolkning av sekretessfrågan och bidrog konstruktivt i det

---

Not. 3 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Pandemin och hälso- och sjukvården – läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19*, s. 9 f.

nätverk för IVA-samordning som regionerna själva hade skapat.<sup>4</sup> Samordningen blev effektiv när den organiserades av de aktörer (regionerna) som ansvarar för verksamheten i normalläge.

Utifrån dagsfärska data från Intensivvårdsregistret fick regionerna via nätverket en daglig lägesbild av hur intensivvårdskapaciteten såg ut. Dessa lägesbilder utgjorde ett viktigt underlag för att bland annat kunna ta ställning till förutsättningarna att flytta patienter mellan regioner. Under pandemins kritiska skeden träffades nätverket digitalt på daglig basis och däremellan tre gånger i veckan.<sup>5</sup>

Vid nätverkets möten har också andra närliggande frågor diskuterats, så som brist på läkemedel och medicinteknisk utrustning. Efter diskussion i nätverket har sådana frågor även kunnat diskuteras i andra samverkansfora som bildats under pandemin. IVA-samordningen har starkt bidragit till att knyta regionernas IVA-funktioner närmare varandra och sänka tröskeln för att ta kontakt.<sup>6</sup>

### Omprioritering av IVA-patienter

För att frigöra resurser för att omhänderta de akuta livshotande tillstånd som orsakades av covid-19 gjordes omprioriteringar utifrån behovsprincipen. Det innebar till exempel att icke-akuta planerade kirurgiska åtgärder som förväntades kräva post-operativa IVA-resurser ställdes in. Dessa IVA-platser frigjordes till covid-patienter och bidrog till att antalet vårdtillfällen på IVA inte ökade kraftigt under våren 2020 jämfört med föregående år. Trots detta fördubblades belägningsgraden mellan mars och april, vilket främst förklaras av att covidpatienter behövde betydligt längre vårdtid än den genomsnittliga IVA-patienten. Utvecklingen illustreras i diagram 2 på nästa sida.

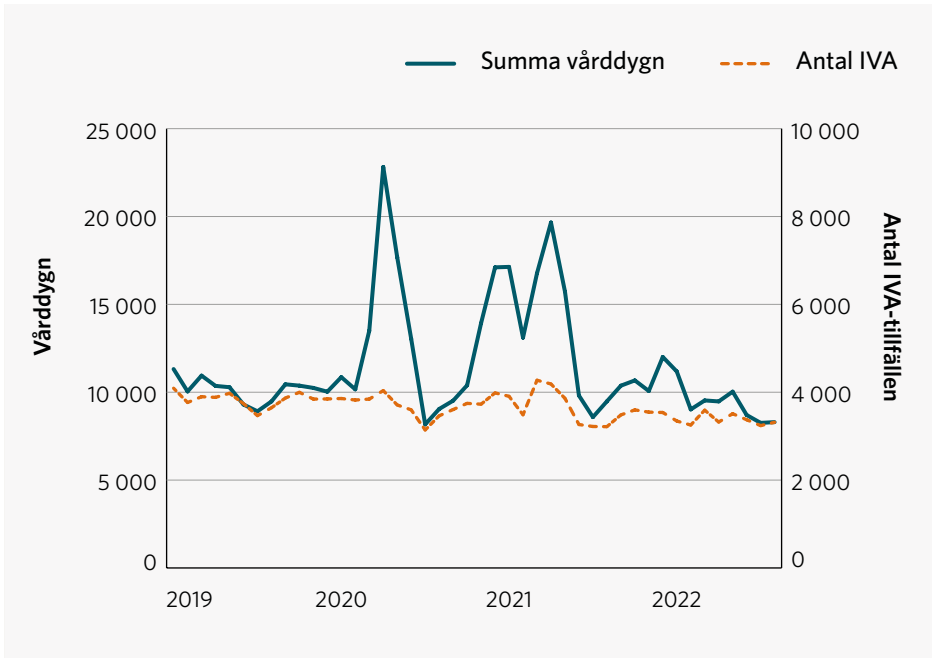
---

Not. 4 Regeringsbeslut I2022/00620; Karlström, G., 2021. *IVA-samordning nationellt och sjukvårdsregionalt*.

Not. 5 Se exempel Karlström, G., 2021. *IVA-samordning under pandemin nationellt och sjukvårdsregionalt*.

Not. 6 Gerdin, B., 2021. *Intensivvården i Sverige under covid-19 pandemin*, s. 32.

**Diagram 2:** Utveckling av antalet vård dygn och vårdtillfällen på IVA



Källa: Svenska intensivvårdsregistret (SIR). Beredningens bearbetning.

### Kommentar till diagram

Den heldragna kurvan visar hur det totala antalet vård dygn har utvecklats från januari 2019 till juli 2022. Kurvan avläses mot vänster y-axel. Av den här kurvan framgår tydligt att de tre första pandemivågorna fick stora konsekvenser för intensivvården. Under den fjärde vågen blev belastningen på IVA-vården mindre dramatisk.

Den streckade kurvan visar hur det totala antalet vårdtillfällen på IVA, oavsett sjukdom, har utvecklats under perioden. Kurvan avläses mot höger y-axel. Kurvans utveckling följer på ett ungefär utvecklingen för antalet vårdtillfällen men svängningarna är betydligt mindre. Det förklaras av de omprioriteringar som gjordes för att frigöra kapacitet för IVA-patienter med covid-19.

Genom omprioriteringar kunde regionerna undvika en kraftig ökning av antalet vårdtillfällen i intensivvården. Men arbetsbelastningen höjdes ändå dramatiskt på grund av den längre vårdtid som krävdes för covid-patienterna. Belastningsökningen var som mest påtaglig mellan februari–mars 2020. Efter en viss respit under sommaren tog smittspridningen åter fart under hösten och IVA-beläggningen var återigen förhöjd under årsskiftet och en bit in under våren 2021. Den ökade belastningen blev mindre dramatisk under den fjärde vågen tack vare den höga vaccinationsgraden och bättre behandlingsmetoder.

Förutom längre vårdtider har den totala arbetsbelastningen på IVA förstärkts av att covid-patienter har krävt mer resurser än den genomsnittliga IVA-patienten. Covid-patienter har behövt mer respiratortid och mer kontinuerligt stöd till njurfunktioner. Sådant stöd har krävt mer avancerad teknik och mer personella resurser. Överflyttning av patienter har också förlängt vårdtiderna eftersom tiden för transport inneburit förlorad vårdtid. Vi kommenterar överflyttning av patienter längre fram i detta kapitel.

Sjukhusen hade redan före pandemin tagit fram planer för att anpassa verksamheten för en extrem ökning av intensivvårdsbehovet. Sådan katastrofplanering underlättade en snabb omställning från reguljär sjukhusdrift till en situation där resurser på ett planerat sätt omfördelades för att maximera IVA-kapaciteten. Men det krävdes också betydande mått av kreativitet för att lösa den specifika situationen. Den höga smittsamheten utgjorde en stor utmaning. Initiala planer om egenrumsvård fick snabbt överges till förmån för så kallad *kohortvård*, där personer med covid behandlades i lokaler som var separerade från lokaler där andra IVA-patienter vårdades. Lösningarna har sett olika ut vid



olika sjukhus och förändrats med varierande beläggningsgrad. En framgångsfaktor har varit att ge professionen stort utrymme att självständigt finna lösningar på uppkomna problem.<sup>7</sup>

### Kapacitetsökning genom fältsjukhus och bårhuslösningar

De regioner som drabbades tidigt och hårt vidtog även mer drastiska åtgärder för att möjliggöra en fortsatt ökning av vårdkapaciteten. I slutet på mars 2020 begärde både Region Stockholm och Västra Götalandsregionen att Socialstyrelsen skulle beställa två fältsjukhus av Försvarsmakten. Syftet var dels att utöka antalet vårdplatser i intensivvården, dels att bättre kunna avskilja IVA-patienter från andra patienter. Fältsjukhuset i Göteborg användes i några månader men kunde sedan stängas när inflödet av IVA-patienter dämpades. Fältsjukhuset i Stockholm togs aldrig i bruk eftersom vårdgivarna lyckades skala upp sin egen verksamhet i tillräcklig utsträckning. Även Region Skåne etablerade ett tältsjukhus under våren 2020, trots att smittspridningen då var låg. Inte heller detta tältsjukhus togs i bruk.<sup>8</sup>

I efterhand kan dessa drastiska åtgärder framstå som överdrivna eftersom de kom till begränsad användning. Men insatserna måste bedömas utifrån den stora osäkerhet som förelåg då besluten fattades. När det gäller behandling av patienter som balanserar mellan liv och död är det motiverat att tillämpa en tydlig handlingsprincip. Den snabba kapacitetsökningen av tillfälliga vårdplatser för IVA har visat att regionerna har en stark operativ förmåga att agera proaktivt under stor osäkerhet. Samarbetet mellan regionerna, Försvarsmakten och Socialstyrelsen har också gett viktiga lärdomar inför kommande kriser.<sup>9</sup>

---

Not. 7 Gerdin, B., 2021. *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

Not. 8 Västra Götalandsregionen, 2021. *Analys av Sahlgrenska sjukhusets hantering av covid-19-pandemin under förstärkningsläget mars-juni 2020*, s. 37; Gerdin, B., 2021. *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*, s. 31.

Not. 9 Se Hedlund, E. och Lönngrén, C., 2021. *Rekordbygget som ingen vill ha? En fallstudie i aktörsgemensam samverkan*.

De värst drabbade regionerna har inte bara behövt hantera vårdplatsbrist utan också brist på bårhusplatser. Under våren 2020 ökade dödstal snabbt och bårhusen blev i vissa regioner överfulla. Det rådde samtidigt stor osäkerhet om utvecklingen. Prognoserna för dödstal skiljde sig starkt mellan olika bedömare och regionerna behövde ta höjd för dramatiskt ökade dödstal. Alla möjligheter inventerades för att på kort tid öka bårhuskapaciteten och eskaleringsplaner togs fram för olika scenarion. Förutom att utöka sjukhusens kapacitet iordningställdes skyddsrum till temporära bårhus, kylcontainrar hyrdes in och i Stockholm fanns beredskap att använda en ishall för storskalig hantering av avlidna. Flera av lösningarna behövde aldrig tas i bruk och kunde avvecklas före sommaren 2020.<sup>10</sup>

### Överflyttning av patienter mellan IVA-enheter

Regionernas samordning av intensivvård har handlat om att kunna nyttja hela den svenska kapaciteten i intensivvården. Även under normala förhållanden finns det behov av att flytta patienter på grund av kapacitetsbrist inom intensivvården, men antalet överflyttningar har ökat under pandemin.<sup>11</sup> Eftersom pandemin har inneburit att belastningen på hälso- och sjukvården varierat i landet, har det i vissa kritiska skeden i en region varit nödvändigt att nyttja tillgänglig kapacitet i en annan region. Därför har regionerna, med hjälp av såväl marktransporter som luftburna transporter, kunnat transportera intensivvårdspatienter till andra delar av landet. Det finns risker med att flytta svårt sjuka patienter och en eventuell flytt har alltid föregåtts av en medicinsk bedömning.

---

Not. 10 Se t.ex. By, U. och Härdelin, L., *Bårhuspersonalen var de verkliga hjältarna*, publicerad 2020-11-19.

Not. 11 Karlström, G., *IVA-samordning under pandemin nationellt och sjukvårdsregionalt*.

Behovet av överflyttningar har varit förhöjt under alla pandemins vågor men det är framför allt under den andra och den tredje vågen som det skett många överflyttningar. Det är främst patienter med covid som har flyttats men även andra IVA-patienter har flyttats i syfte att frigöra plats för covid-patienter.

Uppgifter från Intensivvårdsregistret visar en markant ökning i antalet överflyttningar under våren. Före pandemin gjordes i genomsnitt 71 överflyttningar av intensivvårdspatienter per månad under februari–maj. Under samma period 2020 gjordes det i genomsnitt 119 överflyttningar, vilket motsvarar en ökning med 67 procent. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att det utgör en mycket liten del av den samlade intensivvården. Flest antal överflyttningar gjordes under april 2020. De överflyttningar som gjordes då motsvarade drygt 5 procent av det totala antalet vårdtillfällen i intensivvården under månaden. Det innebär att regionerna till övervägande del har haft kapacitet att vårda ”sina egna” patienter och endast i begränsad utsträckning behövt flytta patienter till andra sjukhus.

### **Kapacitetsökning för luftburna IVA-transporter**

Tidigt under pandemin fick närliggande regioner en samtidig hög belastning i intensivvården. Då uppstod behov av att kunna genomföra långväga transporter av IVA-patienter. Det krävdes en regional samordning av transportkapaciteten för att öka den samlade förmågan i form av logistik, fordon och personal med rätt kompetens. Resurser tillfördes genom stöd från Försvarsmakten och Sjöfartsverket som bistod med helikoptrar som initialt bemannades av medicinsk personal från Region Uppsala, Region Norrbotten och Västra Götalandsregionen. Så småningom koplades även Region Blekinge in. Försvarsmakten bistod under en period även med ett transportflygplan av modellen Herkules.

Därtill behövdes flera bemannade flygplatser med dygnet-runt-beredskap (beredskapsflygplatser). Samverkan skapades mellan alla inblandade aktörer samt SKR och Socialstyrelsen och möten hölls veckovis. Medel för skyndsamma transporter tillskötts från regeringen.<sup>12</sup>

I december 2020 var läget inom IVA-vården av olika skäl ansträngt och patienter behövde överflyttas till avdelningar som för tillfället hade tillgänglig kapacitet. Vintervädret försvårade helikoptertransporter och det blev nödvändigt att kunna förlita sig på ambulansflyget. De flygplatser som då var utsedda till beredskapsflygplatser räckte inte till för att klara behoven. Övriga flygplatser var i stor utsträckning stängda på grund av att den reguljära trafiken hade upphört och upp till 80 procent av personalen var korttids-permitterad.

Den 18 december 2020 hemställde SKR hos regeringen om att utse fler beredskapsflygplatser. Inom en vecka fattades ett regeringsbeslut om att införa 17 temporära beredskapsflygplatser fram till den sista mars 2021.<sup>13</sup> De avtal som kommuner och regioner slöt med Trafikverket gav inte full kostnadstäckning, men alla utom en regional flygplats accepterade att fungera som temporär beredskapsflygplats under hela perioden.<sup>14</sup> Därigenom möjliggjordes en rad viktiga överflyttningar av patienter. (Ett mer utvecklat resonemang om beredskapsflygplatserna finns i kapitlet om kollektivtrafik och samhällsviktigt flyg.)

---

Not. 12 Förordning (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19.

Not. 13 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2020. *Hemställan om utökad antal beredskapsflygplatser*.

Not. 14 Se Trafikverket, 2020. *16 nya beredskapsflygplatser för akuta transporter*. Pressmeddelande, publicerat 2020-12-23.

Från våren 2021 tillskapades en förenklad beställningsrutin för transport av IVA-patienter så att beställaren inte själv behövde ringa runt och leta efter tillgänglig resurs för att genomföra transporten. Beställning gjordes via den ordinarie larmvägen och när de egna resurserna var uttömda gick frågan vidare till Sjukvårdens larmcentral i Uppsala (SVLC). SVLC i Uppsala gjorde sedan förfrågan om flygtransportresurser från andra regioner, Försvarmakten och Sjöfartsverket utifrån en framtagen rutin. Denna förenklade beställningsfunktion innebar att varje läkare eller tjänsteman i beredskap (TiB) inte själv behövde ringa runt och leta efter en ledig resurs för flygtransport.<sup>15</sup>

Våren 2021 hade IVA-kapaciteten varit hårt pressad sedan länge och läget förväntades bli värre till sommaren, bland annat med tanke på semesterledigheter. Även tillgängligheten till ambulanshelikoptrar var något lägre under sommaren. För att kunna flytta patienter mellan regioner utan att avbryta den medicinska behandlingen slöt regionerna ett samarbetsavtal om en tillfällig nationell luftburen transportresurs bestående av en ambulanshelikopter och ett ambulansflygplan som bemannades av Region Uppsala, Region Västerbotten och Västra Götalandsregionen.<sup>16</sup>

### **10.3.2 Kapacitetsökning inom infektionssjukvården**

Majoriteten av de svårt sjuka covid-patienterna har inte behövt intensivvård utan har kunnat behandlas på akutsjukhusens infektionsavdelningar. Redan i början på mars 2020 började inläggningar av covid-patienter öka i hela riket, och från mitten av mars skedde en extrem ökning i Stockholmsregionen. Denna

---

Not. 15 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Beställningsrutin intensivvårdstransporter 2021-04-30 till minst 2021-08-31.*

Not. 16 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Ökad kapacitet för IVA-transporter sommaren 2021.*

grupp patienter har krävt mer resurser och längre vårdtider än de genomsnittliga sjukhuspatienterna, och i de fall IVA-belastningen närmast sig bristningsgränsen har infektionsklinikerna fått omhändertaga fall som i normala tider skulle omhändertagits på IVA.

Det blev efter några veckor uppenbart för de flesta kliniker att vårdplatserna inte räckte till för att vårda det stora inflödet av covid-19-patienter. Därför påbörjades snart ett omställningsarbete där andra avdelningar fick bereda plats. I de fall det funnits stängda vårdavdelningar har dessa öppnats och även lokaler under renovering har tagits i bruk efter anpassning för den nya patientgruppens särskilda behov. Men en vårdplats kräver inte bara en lokal utan också personal. För att frigöra personal för IVA har därför antalet vårdplatser minskats vid andra vårdavdelningar och inom en rad olika specialiteter.

Det har funnits en omfattande kommunikation och avstämning mellan infektionskliniker och det har i enstaka fall förekommit att patienter har överflyttats mellan kliniker, men då bara i Stockholmsregionen. Det har inte skett någon överflyttning mellan regioner så som skett med IVA-patienter. Det har däremot hänt att ambulanstransporter har omdirigerats för att inte belasta kliniker med många allvarligt sjuka covid-patienter.

En framgångsfaktor har varit att samverka nära mellan infektionskliniker men också att utbyta erfarenheter inom ramen för de nätverk som fanns redan före pandemin, som till exempel nätverket för infektionsverksamhetschefer och nätverket för universitetssjukhusens verksamhetschefer. Under våren 2020 deltog många infektionskliniker i de webinarier som Svenska Infektionsläkarföreningen arrangerade. Vid dessa webinarier diskuterades olika aspekter av diagnosticering, behandling och omvårdnad av covid-19-patienter. För att uppdatera sig om aktuell kunskap om

behandling av covid-19 tycks sådana nätverk, men även regionernas egen kunskapsstyrning, ha varit betydligt mer relevanta än den statliga kunskapsstyrningen.<sup>17</sup>

### 10.3.3 Omställning i den psykiatriska vården

Pandemin förändrade radikalt förutsättningarna att bedriva psykiatrisk vård. Inom tvångsvården infördes restriktioner för att begränsa besök och permissioner och vissa slutna avdelningar behövde införa kohortvård. Kontinuiteten i öppenvården rubbades på grund av stor personalfrånvaro och att många patienter avbokade besök på grund av rädsla för smitta. I flera regioner lånades personal i psykiatri ut till den somatiska vården. De stod även för internt krisstöd till hårt belastad vårdpersonal.

Samtidigt som förutsättningarna att erbjuda god psykiatrisk vård försvårades under pandemin finns det risk för att behovet av vård har ökat på grund av social isolering.<sup>18</sup> Redan utsatta grupper drabbades hårt när rutiner som rör skola, hem, arbete och fritid stördes. Ensamhet, förlust av rutiner och sysselsättning, brist på fysisk aktivitet och ökad oro för arbete, ekonomi, anhöriga och framtid kunde för många människor vara värre än oron för att bli smittad. Samtliga stödlinjer, till exempel alkohollinjen, sluta röka-linjen, kvinnojouren, självmordslinjen och stödlinjer för spelproblem och spelberoende, beskrev ett ökat tryck och ett behov av ökad bemanning för att hantera inkommande samtal och kontakter.

---

Not. 17 Hallgård, Å., 2021. *Utvärdering av infektionssjukvårdens hantering av covid-19 pandemin*, s. 4 ff.

Not. 18 Se t.ex. McCracken L.M., Badinlou, F. m.fl., 2020. *Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors*.

Trots att hälso- och sjukvården uppmanade patienter att söka psykiatrisk akutvård vid behov så har Socialstyrelsen sett en tydlig nedgång i antalet sökande under pandemin. Nedgången har varit tydlig inom såväl barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som vuxenpsykiatri och har samvarierat med smittspridningen. Mycket tyder på att det främst var patienter med lindrigare tillstånd som drog sig för att söka hjälp. Men det finns också tecken på att allvarligt sjuka personer sökte hjälp senare i sjukdomsförloppet. Personer med allvarliga besvär blev i större utsträckning än före pandemin inlagda på sjukhus, vilket kan tyda på att deras tillstånd försämrades på grund av fördröjda åtgärder.<sup>19</sup> Enligt uppgifter från SKR ökade både antal remisser och antal pågående patienter inom såväl barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som vuxenpsykiatri under perioden mars till september 2020 jämfört med 2019. Därmed fortsatte den utveckling som setts de senaste åren med en ökad andel av befolkningen i respektive åldersgrupp som tas om hand inom BUP respektive vuxenpsykiatri.<sup>20</sup>

För att hantera nya förutsättningar ställde psykiatri om sin verksamhet. Inom öppenvården hittade man nya sätt att administrera läkemedel och hembesök gjordes via fönster, balkonger och uteplatser. Många mottagningar upprättade telefonlistor och ringde runt till alla kända patienter. Genom samarbeten med frivilligorganisationer och kommunernas boendestöd fann man sätt att kompensera för det kontinuerliga stöd som ges i normalläge.

---

Not. 19 Socialstyrelsen, 2022. *Färre patienter på de psykiatriska akutmottagningarna under pandemiåren 2020–2021.*

Not. 20 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Psykiatri i siffror. Vuxenpsykiatri - kartläggning 2020.*



Men den största omställningen handlade om digitalisering. Den gradvisa övergången till distanslösningar som har pågått under flera år fick en kraftig skjuts under pandemin. På några veckor gick många mottagningar över till telefon- och videomöten som den dominerande mötesformen för flera patientgrupper. För perioden mars till september för år 2020 jämfört med 2019 ökade andelen distanskontakter från 17 procent till 27 procent inom barn- och ungdomspsykiatri och från 15 procent till 35 procent inom vuxenpsykiatri. Av dessa var telefonbesöken dominerande och utgjorde cirka 85 procent.

Erfarenheterna visar att tidigare farhågor med distansmöten varit överdrivna. Viktiga värden gick visserligen förlorade – det är svårt eller omöjligt att läsa av kroppsspråk och mimik i ett digitalt möte – men möten på distans fungerade bra i fler sammanhang än väntat. Det finns goda erfarenheter från individuella möten men också gruppbehandlingar, fysisk aktivitet på distans och internetkurser. De värden som gick förlorade kunde delvis kompenseras genom täta uppföljningar.<sup>21</sup>

#### **10.3.4 Omställningen har kommit med ett pris**

Den snabba omställningen inom hälso- och sjukvården har krävt prioriteringar som har fått konsekvenser för både patienter och personal. Konsekvenserna märks främst inom de verksamheter som ansvarat för covid-vården men också inom andra verksamheter i hälso- och sjukvårdsorganisationerna. Svallvågorna från omställningen kommer att sätta sin prägel på regionernas arbete framöver.

---

Not. 21 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2020. *Samverkan och förnyelse. En spaning över omställningen i hälso- och sjukvården under fem månader med corona*, s. 43 f.

## För patienterna

Överflyttning av patienter mellan regioner och kliniker innebär alltid en patientrisk men också att viktig vårdtid går förlorad. Det hade givetvis varit bättre om sådana överflyttningar hade kunnat undvikas. Beslutet var inte självklart; det fördes också diskussioner om att istället överflytta personal.

Denna fråga har behövt övervägas från fall till fall. Den dominerande bedömningen har ändå varit att en noga förberedd överflyttning av patienter har medfört en mindre patientrisk än alternativet att flytta personal. Det finns uppenbara patientrisker både för avsändande och mottagande kliniker när personal bryts upp från sitt sammanhang för att ansluta till en ny personalgrupp och lära sig nya rutiner.<sup>22</sup> Klart står att den stundtals extremt pressade situationen inom framför allt IVA-verksamheten har inneburit en belastning för patienterna. (Frågan om överflyttning av patienter kontra överflyttning av personal kommenteras mer utförligt i kapitlet om kommuner och regioner som arbetsgivare.)

Under pandemin fick en del av den planerade vården stå tillbaka. Det var främst under den första pandemivågen som planerad vård sköts upp eller ställdes in. I april och maj 2020 genomfördes endast 49 procent av alla planerade operationer och behandlingar. Det främsta skälet var att vården ställde om för att kunna omhänderta inflödet av svårt sjuka patienter med covid-19, men läkemedelsbrist var också en bidragande faktor. Under våren 2020 rådde stor brist på flera viktiga läkemedelstyper, inte minst narkotiska läkemedel som behövs för att kunna söva patienter inför operation. När bristen var som störst beslutade hälso- och sjukvårdsdirektörerna att ställa in planerade operationer i syfte att spara på läkemedel.

---

Not. 22 Se t.ex. KPMG, 2021. *Region Stockholms hantering av covid-19 – Oberoende utvärdering av perioden 1 januari 2020 till 31 december 2020*, s. 248 f.; Se även: Karlsson, J., 2020. *Interhospital intensive care unit-to-unit transfers – the perspective of patients, family members and critical care nurses*.

All vård som har skjutits upp behöver inte tas igen men de upp-  
dämnda vårdbehoven kommer att påverka vården under lång tid  
framöver.

De grundläggande förutsättningarna för säker vård har påverkats  
av den omfördelning av lokaler, bemanning och kompetens som  
blivit nödvändig i vården under pandemin. Under de krävande  
förhållanden som ofta präglat vården av covid-19-patienter har  
det inte alltid funnits förutsättningar att hinna med förebyggande  
åtgärder. Detta har ökat risken för vårdrelaterade infektioner och  
trycksår.<sup>23</sup>

Som tidigare nämnts, så fick de flesta sjukhus tidigt överge ambi-  
tionen att vårda covid-patienter i egna rum. Lokalerna räckte inte  
till och vården fick istället ske i så kallade *kohorter*, det vill säga  
grupper av patienter i en och samma lokal. Kohortsjukvården  
möjliggjorde för klinikerna att ge svårt sjuka patienter kvalificerad  
vård och samtidigt minimera smittspridning. Men i jämförelse  
med egna rum skapade kohortvården en sämre fysisk miljö som  
har påverkat patienternas vårdupplevelse. Kohortvård i ett stort  
utrymme med många patienter har lett till ett ökat behov av lugn-  
ande läkemedel, vilket i sin tur har krävt förlängda vårdtider med  
respirator. Att under längre tid behöva respirator för att kunna  
andas är psykiskt påfrestande.<sup>24</sup>

Cancervården har varit tydligt prioriterad under pandemin men  
vården har ställt färre cancerdiagnoser jämfört med tidigare. En  
trolig orsak till den minskade diagnosticeringen är att patienter  
har undvikit att besöka vården för enklare åkommor. De ändrade

---

Not. 23 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Skador vid vård av  
covid-19-patienter – lärdomar från markörbaserad journalgranskning av  
pandemivård mars-juni 2020.*

Not. 24 Gerdin, B., 2021. *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*, s. 38.

patientbeteendet kan bero på egen rädsla att smittas och att smitta andra, men också på att vården uppmanade människor att inte söka för enkla besvär. När färre patienter mötte vården minskade vårdens chanser att upptäcka cancer. Det rapporterades in 6 procent färre cancerdiagnoser för 2020 jämfört med 2019, och liknande siffror har noterats i våra grannländer. Det finns alltså en överhängande risk att omfattningen av upptäckta cancerdiagnoser har ökat under pandemin. Det kan leda till att tillstånd allvarligt försämrats innan de upptäcks.<sup>25</sup>

### För personalen

Omständigheterna i den akuta covid-vården har varit sådana att både rutinerad och orutinerad personal har blivit hårt belastad både fysiskt och psykiskt. Att arbeta långa pass i full skyddsutrustning är i sig fysiskt krävande och kan skapa klaustrofobiska känslor. Därutöver har det funnits en rad andra källor till psykisk press. Att se mycket lidande och död har varit psykiskt belastande både för rutinerad och orutinerad personal. Det har ofrånkomligen också uppstått etisk stress som en konsekvens av att personalomsättningen varit hög och kunskapen om effektiva behandlingsmetoder varit begränsad. Personal som flyttats över från andra verksamheter har haft begränsad erfarenhet av liknande arbetsmiljö, och för den erfarna personalen har det varit pressande att arbeta med ovana kollegor. Under sådana omständigheter är det lätt att känna att man inte gjort tillräckligt.<sup>26</sup> Det var av denna anledning som hälso- och sjukvårdsdirektörerna beslutade att i första hand överflytta patienter istället för personal. (Hur hälso- och sjukvårdspersonalen har påverkats av omständigheterna under pandemin beskrivs mer utförligt i kapitlet om att vara arbetsgivare under pandemin.)

---

Not. 25 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2020. *Pandemin och hälso- och sjukvården. Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19.*

Not. 26 Se t.ex. KPMG, *Oberoende utvärdering av Region Västernorrlands hantering av det nya Coronavirusets effekter.*

### 10.3.5 Återhämtning av vårdproduktion

Under de gångna åren har hälso- och sjukvården behövt hantera pandemins omedelbara belastningsökning och samtidigt omhänderta det vårdbehov som finns i normala tider. Det är svårt att säkert säga vilka konsekvenser alla prioriteringar som behövt göras under pandemin har fått, men de är kanske mindre dramatiska än vad som ibland görs gällande. Det är inte så att all ordinarie vård har ställts på vänt under pandemin. Efter den första intensiva pandemi-vågen har sjukvården på kort tid ställt om för att omhänderta de uppdämda vårdbehov som uppstod under pandemin. Som exempel kan nämnas att antalet läkarbesök inom specialiserad vård minskade med 36 procent i april 2020, jämfört med samma månad 2019 – i augusti var motsvarande skillnad endast 9 procent. För återbesök i primärvård återfinns samma mönster.<sup>27</sup>

Under sommaren 2020 återgick den planerade vården till nästan normala nivåer, och invånare uppmanades också att söka vård och inte avstå av rädsla för smitta eller för att avlasta vården. Under 2020 genomfördes 84 procent av alla planerade operationer och behandlingar. Socialstyrelsen har visat att vårdproduktionen började återhämtas redan under den andra vågen, trots att pandemin utgjorde en större belastning på hälso- och sjukvården. Detta kan förklaras av den stora omställning som redan gjorts, men också av mer effektiva behandlingsrutiner tack vare erfarenheter från första vågen. Under den tredje och fjärde vågen var vårdproduktionen helt opåverkad av pandemin.<sup>28</sup>

---

Not. 27 Sveriges kommuner och regioner (SKR), 2021. *Pandemin och hälso- och sjukvården – läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19-pandemin*.

Not. 28 Socialstyrelsen, 2022. *Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården*, s. 33.

## 10.4 Storskalig provtagning och smittspårning

Värdet av provtagning som verktyg för att bekämpa en pandemi har diskuterats intensivt under olika faser av pandemin. När smittan fick allmän samhällsspridning ansåg Folkhälsomyndigheten att det inte var meningsfullt att provta i större skala, och att samhällets ansträngningar istället borde fokusera på social distansering. Men svenska experter var oense och pressen ökade efter ett tal från WHO:s generaldirektör där han flera gånger upprepade uppmaningen till alla medlemsstater att ”testa, testa, testa”. Genom att provta alla personer med symtom på covid-19 och genomföra smittspårning skulle smittkedjor brytas och smittspridningen begränsas.<sup>29</sup> Vid månadsskiftet mars–april fick Folkhälsomyndigheten regeringens uppdrag att möjliggöra storskalig testning och ett par dagar senare inleddes samverkan mellan Folkhälsomyndigheten och SKR.<sup>30</sup>

I denna rapport har vi så här långt analyserat kommuners och regioners erfarenheter utan att gå i polemik mot hur andra samhällsaktörer har beskrivit olika aspekter av pandemihanteringen. Men när vi nu kommer till provtagning och smittspårning behöver vi förhålla oss till Coronakommissionens analys av hur uppbyggnaden av storskalig provtagningsverksamhet har fungerat. Anledningen är att Coronakommissionen har riktat hård kritik mot att provtagningsverksamheten inte skalades upp tillräckligt snabbt 2020. Kritiken riktas huvudsakligen mot regionerna och SKR, men även regeringen får hård kritik. Kommissionen har beskrivit uppbyggnaden som ett haveri.<sup>31</sup>

---

Not. 29 *WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 16 March 2020*, publicerad 16 mars 2020.

Not. 30 Regeringsbeslut S2020/02681/FS.

Not. 31 SOU 2021:89, s. 31.

Kritiken utgår främst från en jämförelse mellan Sverige och ett urval av andra länder där uppbyggnaden av provtagning har gått snabbare.<sup>32</sup> Här finns säkert mycket att lära men kommissionen gör ingen analys av orsakerna till dessa skillnader. Vi får inte veta vad de andra länderna gjorde annorlunda eller på vilket sätt de hade bättre förutsättningar för en snabb uppbyggnad. Det svenska förfarandet analyseras däremot ingående.

Vi har inte gjort någon analys av internationella skillnader, men utifrån kommuners och regioners erfarenheter ska vi försöka närma oss orsaker till att uppbyggnaden inte gick snabbare. Det är när vi förstår orsakerna till problem som vi kan dra lärdomar inför liknande utmaningar. Det kommer att framgå att vår analys i väsentliga delar sammanfaller med Coronakommissionens, men att vi landar i delvis andra slutsatser.

#### **10.4.1 Samverkan var inte effektiv i det inledande skedet**

Vi anser precis som kommissionen att samverkan mellan nyckelaktörer inte var effektiv i det inledande skedet. Ett tidigare klargörande av roller och ansvar hade effektiviserat uppbyggnaden av provtagningsverksamheten. Vi menar samtidigt att en mer allsidig analys av orsaker till detta lägger en bättre grund för lärande inför kommande kriser.

Under hela mars 2020 beredde Socialdepartementet det regeringsuppdrag som Folkhälsomyndigheten fick den 30 mars, nämligen att förbereda storskalig provtagning. Det fanns ett utkast redan den 1 mars men uppdraget gavs först en månad senare, vilket har kritiserats av riksdagens konstitutionsutskott. Regeringen har

---

Not. 32 Se Örtqvist, Å., 2021. *Strategies for PCR-testing and contact tracing during the first year of the covid-19-pandemic - a comparison between Sweden and five other European countries.*

förklarat att dröjsmålet främst berodde på att ekonomiska frågor behövde redas ut med Folkhälsomyndigheten – diskussionerna handlade om medelstillelse och kostnader. Det är beklagligt att regionerna aldrig involverades i den diskussionen eftersom frågorna så tydligt berörde dem. En mer öppen och nära dialog i den tidiga fasen hade kunnat förebygga de oklarheter som senare uppstod.

Den bristande förankringen med regionerna bidrog till flera osäkerheter om vem som skulle göra vad i provtagningskedjan. Det tydligaste exemplet på detta är den förordning som regeringen utfärdade den 3 april om statsbidrag till regioner och kommuner.<sup>33</sup> Förordningen skulle bland annat reglera den ekonomiska ersättningen för provtagning av personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. SKR informerades muntligen om förordningen, men ärendet remitterades inte så att SKR kunde lämna synpunkter på sakinnehållet. När förordningen hade beslutats av regeringen kunde SKR konstatera att den innehöll stora otydligheter och problem, inte minst relaterat till hur olika grupper skulle prioriteras och hur sådana prioriteringar förhöll sig till olika lagrum. SKR påpekade detta i en hemställan till regeringen som ändrade förordningen i enlighet med SKR:s synpunkter.<sup>34</sup>

---

Not. 33 Förordning (2020:193) om statsbidrag till regioner och kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19.

Not. 34 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2020. *Hemställan ersättning merkostnader Covid-19 till sjukvården*.



## 10.4.2 Ersättningsfrågan är en delförklaring till trevande uppstart

Av ovanstående exempel framgår att ersättningsfrågorna har varit av betydelse för regionerna. De totala årliga kostnaderna för provtagningen var i en storleksordning som motsvarade fem procent av regionernas samlade hälso- och sjukvårdsbudgetar. En kostnad av denna storleksordning är svår att bortse från, även då statsministern i media uttalar att staten ska ta alla kostnader. Kommuner och regioner har erfarenheter av att staten inte alltid lever upp till sådana uttalanden, till exempel från flyktingkrisen 2015.

Ersättningsfrågan har varit av betydelse men inte utgjort ett allvarligt hinder för att bygga upp provtagningsverksamheten snabbt. I Coronakommissionens enkät till regionernas smittskyddsläkare framgår att oklar ekonomisk ersättning kom långt ner i listan över faktorer som begränsade uppbyggnad och upprätthållande av provtagning våren 2020. Istället framhölls tekniska och praktiska hinder, som bristen på laboratoriekapacitet, provtagningsmaterial och skyddsutrustning. Frånvaro av riktlinjer från Folkhälsomyndigheten ansågs också vara av stor betydelse.<sup>35</sup> Hälso- och sjukvårdsdirektörerna delade denna uppfattning och det gör även vi efter genomgång av vårt material. Ersättningsfrågan kommer fram som en av flera osäkerhetsfaktorer men är inte i närheten av den betydelse som Coronakommissionen gjort gällande.

Att frågan om statlig ersättning inte har varit avgörande framgår också av regionernas faktiska agerande. Regionerna har eskalerat provtagningen kraftigt även under de månader då det rådde oklarhet om vem som skulle finansiera vad i provtagningskedjan. Utan

---

Not. 35 Se Almgren, M. och Björk, J., 2021. *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*, ss. 17 ff.; Rånlund, A., Larsson, I., 2022. *Regionernas samordning av vaccinering och provtagning under covid-19 pandemin*, s. 34.

säker finansiering växlade regionerna upp provtagningen från ett genomsnitt på 10 000 personer per vecka i mars 2020, till ett genomsnitt på 60 000 personer i slutet på maj samma år. Regionerna satt inte med armarna i kors och väntade på pengar, men bristen på tydlighet vad gäller finansiering och andra frågor relaterade till roller och ansvar har troligtvis bromsat tempot i uppbyggnaden.

Ersättningsfrågan handlade inte bara om pengar, utan även om prioriteringar. Om regionerna skulle ha finansierat provtagningen själva hade de behövt prioritera den i förhållande till övrig hälso- och sjukvård. Sådana prioriteringar skulle behöva utgå från den behovsprincip som gäller i hälso- och sjukvårdslagen, med den möjliga konsekvensen att provtagning skulle prioriteras ner till förmån för andra åtgärder som skulle ge större nytta för de mest behövande patienterna.<sup>36</sup>

Med tanke på att ersättningsfrågan fick konsekvenser inte bara för regionernas ekonomi utan också för prioriteringar i verksamheten, var det viktigt att finansieringsfrågan klargjordes så tidigt som möjligt. Detta är en lärdom som vi behöver ta med oss inför kommande kriser. I kapitlet om att hantera ekonomi för vi ett mer utförligt resonemang om hur vi kan säkerställa att regeringen i ett tidigare skede fattar beslut om hur finansieringsansvaret ska fördelas, när staten ger kommuner och regioner i uppdrag att bygga upp nya kostsamma verksamheter.

Utöver finansieringsfrågan fanns det en rad andra oklarheter rörande ansvarsförhållanden som försvårade en kraftfull eskalering av kapaciteten för provtagning. Det handlade inte minst om hälso- och sjukvårdens ansvar för de fyra prioriteringsgrupper som Folkhälsomyndigheten angav i sin första teststrategi den 17

---

Not. 36 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2022. *Regionernas arbete med provtagning för covid-19*. Kvartalsrapport 3 2022.

april 2020.<sup>37</sup> Prioriteringsgrupp 3 och 4 låg enligt både Folkhälsomyndigheten och regionerna utanför hälso- och sjukvårdens ordinarie uppdrag, eftersom provtagning av dessa grupper främst syftade till att möjliggöra ett högre arbetskraftsdeltagande. Det uppstod här en rad oklarheter om vilket lagrum som skulle ligga till grund för prioriteringar. Coronakommissionen har redogjort för diskussionen i flera av sina betänkanden och landar i en annan bedömning än den Folkhälsomyndigheten och regionerna gjorde.<sup>38</sup> Värdefull tid hade vunnits om de här komplexa frågorna hade hanterats i en tidigare dialog mellan statliga aktörer och regionerna.

En återkommande kritik från regionerna är att Folkhälsomyndighetens ändringar av riktlinjer och vägledningar ofta har kommit utan förhandsinformation och att uppdaterade riktlinjer successivt utökade regionernas uppdrag. Detta har inneburit att det varit svårt att bedöma och planera för personal- och resursbehov både vad gäller smittspårning och provtagning. Kommissionen konstaterar att arbetet i regionerna hade underlättats om planerna för storskalig provtagning och smittspårning hade stakats ut tidigare och tydligare. Det är en bedömning som vi delar.

### **10.4.3 Effektiv samverkan efter överenskommelse SKR-staten**

Efter en trevande uppstart som präglades av osäkerhet och ineffektiv samverkan slöts den 11 juni en överenskommelse mellan staten och SKR.<sup>39</sup> I överenskommelsen löstes många av de svåra

---

Not. 37 Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi för att utöka provtagningen för covid-19*. Publicerad 2020-04-17.

Not. 38 SOU 2021:89, ss. 297 ff.

Not. 39 Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner, 2020. *Ökad nationell testning för covid-19, 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

tvistefrågorna ut. Hanteringen av frågor om ansvar och roller, ersättningsprinciper, prioriteringar och lagtolkningar klargjordes och dokumenterades. Överenskommelsen blev en symbolisk slutpunkt för en tid av frustration hos alla parter. Den organisatoriska uppbyggnad som skett under våren fick under sommaren full utväxling i form av ökade provtagningsvolymerna. Antalet provsvar ökade från drygt 60 000 när överenskommelsen gjordes, till cirka 80 000 personer fyra veckor senare. Uppbyggnaden fortsatte under hela hösten och vid årsskiftet 2020–2021 genomförde regionerna cirka 300 000 covid-test i veckan.

### Överenskommelse mellan SKR och staten om provtagning

Staten åtog sig att ta kostnaderna för PCR-provtagning och antikroppstest och regionerna åtog sig att utföra bred provtagning utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer. En miljard avsattes för att stärka regionernas smittspårning. Överenskommelsen klargjorde också en rad frågor om hur staten skulle möjliggöra bred provtagning och hur regionerna skulle rapportera in data och lägesbilder till staten. En rad tilläggsöverenskommelser slöts senare, bland annat med anledning av nya rekommendationer från Folkhälsomyndigheten.

#### 10.4.4 Organisering av provtagning och smittspårning

Att det tog tid att bygga upp den efterfrågade kapaciteten för provtagning berodde inte bara på bristande samverkan mellan regioner och staten. En grundläggande orsak var att regionernas testkapacitet före pandemin inte var i närheten av det behov som uppstod under pandemin. Regionerna hade en kapacitet, och i vissa delar överkapacitet, som var anpassad efter säsongsinfluensa.

Men att genomföra provtagning i den skala som efterfrågats under covid-19-pandemin har krävt en helt annan logistik och en helt annan tillgång till utrustning och laboratoriekapacitet.

Regionernas och kommunernas pandemiplaner har inte varit träffsäkra i förhållande till de behov som uppstått under covid-19-pandemin, och det gäller även eskalering av provtagningskapacitet. Som framgår i kapitlet om krisberedskap och krishantering så har regionernas pandemiplanering varit starkt präglad av svininfluensan 2009–2010. Det innebär att de allra flesta regioner saknade en användbar planering för den mycket komplexa uppbyggnad av kapacitet för provtagning, analys och provsvar som krävdes under covid-19-pandemin. Mitt under pågående pandemi behövde en rad svåra frågor hanteras och lösas ut under uppbyggnadens gång. Det handlade om tillgång till provtagningsmaterial, personalfrånvaro vid laboratorier, ansvarsfördelningen mellan regioner och kommuner och IT-mässiga förutsättningar för informationsdelning mellan aktörer.

Att organisera storskalig provtagning har handlat om att få en komplex logistisk kedja med externa och interna aktörer att samspela. Region Stockholm har uppskattat att 15–20 aktörer behövde koordineras. Att etablera ett rationellt flöde mellan aktörerna i kedjan från informationsspridning, hantering av avvikelser, etablerande av provtagningsplatser, kommunikation gentemot allmänheten, till kommunikation av provsvar till vårdgivare och patient har varit utmanande. En viktig framgångsfaktor under uppbyggnaden var att samtliga regioner utsåg varsin provtagningsamordnare med övergripande ansvar för samordning.

Efter samråd med hälso- och sjukvårdsdirektörerna etablerade SKR ett nätverk för provtagningsamordnarna. Genom veckovisa gemensamma möten och via en gemensam kommunikationsyta utbytte samordnarna erfarenheter, utmaningar och lärdomar

relaterade till arbetet med provtagning. Nätverket var till stor nytta för regionerna som genom erfarenhetsutbyte och SKR:s perspektiv kunde förbereda sig inför eventuella förändringar på området. Mötena gav även viktig information till SKR vad gällde regionernas kapacitet för provtagning, smittspårning och analys. Detta har inte minst varit viktigt för SKR:s möjlighet att rapportera till staten hur provtagningen har framskridit och vilka utmaningar som funnits.

Ett viktigt syfte, men inte det enda, med provtagningen har varit att möjliggöra smittspårning och isolering av personer som fått positiva provsvar. Det var denna åtgärdskedja som WHO:s generalsekreterare efterfrågade när han uppmanade alla medlemsländer att testa brett. Smittspårning har varit ett regionalt ansvar som krävt omfattande insatser. Dessa insatser har finansierats av staten inom ramen för överenskommelser med SKR. Denna finansiering har varit oundgänglig för att kunna bygga upp så omfattande organisationer som smittspårningen krävt.

Folkhälsomyndighetens första vägledning om smittspårning kom först den 22 juli, då den första pandemivågen hade klingat av. Detta blev för många regioner startskottet för en mer målmedveten eskalering av smittspårningskapaciteten. Smittspårningen har organiserats på olika sätt i olika regioner, främst beroende på aktuell smittspridning. Det har varit en stor utmaning att bemanna smittspårningen eftersom belastningen varit så varierande över tid. Omfattningen har periodvis varit mycket stor för att sedan gå ner kraftigt. Samtidigt har startsträckan för ny personal varit relativt lång, det har tagit cirka tre veckor att lära upp en ny smittspårare. För att ha flexibilitet i bemanningen har det varit en fördel att använda flexibla anställningsformer.

En generell synpunkt från regionernas sida är att Folkhälsomyndighetens vägledning kom för sent. Smittspårningen hade kunnat byggas upp redan under den första pandemivågen om Folkhälsomyndigheten hade varit mer snabbfotad. Ett annat problem har varit att nationella strategier och riktlinjer för smittspårning (och provtagning) har ändrats för ofta och utan förhandsinformation till regionerna. Med tanke på svårigheterna att snabbt skala upp verksamheten har det fått konsekvensen att smittspårningen alltid legat steget efter smittspridningen. Sena och oförankrade besked från Folkhälsomyndigheten har gjort att regionerna själva behövt utveckla rutiner, riktlinjer och informationsmaterial. Detta har också bidragit till de regionala skillnader som bland annat Coronakommissionen kritiserar.<sup>40</sup>

## 10.5 Inköp och fördelning av läkemedel och skyddsutrustning

Tillgång till skyddsutrustning och läkemedel var centrala frågor under hela pandemin. Efterfrågan på båda varutyperna ökade kraftigt i hela världen och det uppstod snart global brist. Det fanns nationella lager men de räckte inte långt. Bristen på varor och utrustning var som mest påtaglig under våren 2020. Och det var också under den här perioden som det svenska samhällets bristande beredskap blev som mest tydlig. Det saknades nationell förmåga att inventera behov, beställa och köpa in livsviktiga varor i kris, lagren var för små och det saknades kapacitet att på kort tid producera tillräcklig mängd av varorna i Sverige.

---

Not. 40 Se Almgren, M. och Björk, J., 2021. *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*, ss. 59 ff.

### 10.5.1 Begränsad nationell förmåga att lösa bristsituationer

Den 13 mars 2020 lämnade de tre största regionerna en hemställan till regeringen där de efterlyste nationellt ledarskap för att säkerställa tillgång till skyddsutrustning och andra produkter med hög förbrukning under pandemin. Regionerna argumenterade för att central samordning behövdes för att undvika konkurrens mellan regioner och hamstring av utrustning. De tre regionerna föreslog att regeringen skulle uppdra åt Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) att säkerställa god tillgång och en rättvis fördelning mellan regioner. Därutöver önskade de initiativ till nationell produktion av skyddsutrustning för att långsiktigt säkra kapaciteten.<sup>41</sup>

Tre dagar senare fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel med stor åtgång på grund av pandemin. Socialstyrelsen skulle också verka för att få igång inhemsk materialproduktion. MSB skulle bistå Socialstyrelsen i uppdraget och så småningom beslutades att även Länsstyrelserna skulle bistå Socialstyrelsen. Socialstyrelsens uppdrag resulterade i inköp av skyddsutrustning som fördelades när behoven var som störst, i mars och april 2020. Men leveranserna motsvarade inte regionernas behov och Socialstyrelsens roll uppfattades som otydlig av SKR, regionerna och industrin. Riksrevisionen konstaterade att myndigheterna inte var tillräckligt förberedda för den samverkan som krävdes för att hantera pandemins konsekvenser.<sup>42</sup> Som en konsekvens tog regionerna och SKR initiativ till gemensamma uppköp.

---

Not. 41 Svenonius, I., Magnusson, J. m.fl., 2020. *Hemställan om nationella beslut för varuförsörjning i sjukvården*.

Not. 42 Riksrevisionen, 2022. *Statens insatser för att säkra skyddsutrustning*; Wadendal, I., *Läkemedelsförsörjning får godkänt*, publicerad 2021-11-02.



## 10.5.2 Regiongemensamt samarbete med stöd av staten

De extraordinära bristsituationer som präglade våren 2020 har lett till en kraftsamling i regionerna för att samordna inköp och omfördelning av skyddsutrustning, medicinteknisk utrustning och läkemedel. Regiondirektörer och regionernas läkemedelsansvariga tjänstepersoner har med stöd av SKR tagit initiativ till omfattande regiongemensamma samarbeten inom dessa områden. Genom ett nära samarbete har regionerna kunnat göra större gemensamma inköp och fördela skyddsutrustning, läkemedel och andra varor mellan varandra.

Ett exempel är att Region Skåne för regionernas räkning hållit samman en gemensam order på motsvarande 900 000 andningsmasker av den typ som används vid intensivvård. Ett annat exempel är att en fylänsgrupp i början på april fick samtliga regioners mandat att köpa in läkemedel för nationella behov. En ny funktion som kallades ”nationellt kontrolltorn” skapades för att kartlägga behov och omfördela läkemedel mellan regioner. Socialstyrelsen ställde sig bakom initiativet och bidrog i arbetet.<sup>43</sup>

Regiongemensam samverkan för inköp och omfördelning skapade en trygghet för regionerna i de svåra bristsituationer som uppstod. Statliga myndigheter har på flera sätt varit stödjande i arbetet. Samtidigt har flera av regeringsuppdragen till statliga myndigheter bidragit till oklarheter om rollfördelningen mellan samhällsnivåer. Det regeringsuppdrag som gavs till Socialstyrelsen<sup>44</sup> om inköp av skyddsutrustning skapade inledningsvis förvirring, där vissa regioner och företag uppfattade att Socialstyrelsen skulle stå för alla

---

Not. 43 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Samverkan och förnyelse – en spaning över omställningen i hälso- och sjukvården under fem månader med corona.*

Not. 44 Regeringsbeslut S2020/02443/FS.

inköp av skyddsutrustning till Sverige. En motsvarande situation uppstod på läkemedelsområdet där läkemedelsföretagen uppfattade att Socialstyrelsen hade ensamt nationellt ansvar för inköp av läkemedel. Efterhand övergick arbetet i en mer stabil fas där det rådde tydlighet i uppgifts- och arbetsfördelningen.

Den regiongemensamma samordningen har varit helt avgörande för att klara bristsituationerna. Samordningsgrupperna har varit bemannade av tjänstepersoner med tydligt mandat att fatta nödvändiga beslut och ingå överenskommelser. Att samordningen drevs av regionerna själva med stöd av SKR har gett möjlighet att löpande fånga upp behov och förbättringsområden. Grupperna har stått i direkt kontakt med hälso- och sjukvårdsverksamheten och kunnat agera proaktivt.<sup>45</sup>

Samordningen har drivits av regionerna men varit beroende av ett lyhört samarbete med företag, distributörer och apoteksaktörer. Den nära dialogen med en lång rad statliga myndigheter har också varit en framgångsfaktor. Främst Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och MSB har bidragit starkt till att bristsituationerna efterhand kunde hanteras på ett effektivt sätt.

## 10.6 Breddvaccinering mot covid-19

Breddvaccineringen mot covid-19 är den största vaccinationskampanjen i Sveriges historia och får anses vara det enskilt viktigaste verktyget för att bekämpa pandemin. Utan den rekordsnabba utvecklingen av effektiva vaccin och den snabba organiseringen av breddvaccinering hade pandemins konsekvenser sett helt annorlunda ut.

---

Not. 45 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Regionernas inköpssamordning – en genomlysning av inköpssamordningen kring medicinteknik och skyddsutrustning som inleddes under covid-19-pandemin.*

Vaccineringen har involverat en mångfald av aktörer och kompetenser på regional, kommunal och statlig nivå, men även inom näringslivet och civilsamhället. När så många aktörer ska samverka om ett storskaligt projekt med stora inbyggda osäkerheter utsätts alla aktörer för stora utmaningar. Arbetet med planering och genomförande har ofta medfört stora beroenden mellan aktörer inom och mellan samhällsnivåer. För regionerna kan utmaningarna delas in i organisering, samverkan och kommunikation.

### 10.6.1 Organisering av vaccinering

En så omfattande vaccinering som genomfördes 2021 kräver noggrann planering och en organisation där roller och ansvar är tydligt definierade. I regionerna påbörjades detta planeringsarbete redan under sena våren 2020 då det stod klart att vi skulle få tillgång till effektiva vaccin och då regeringen beslutade om en vaccineringsstrategi.

Den mer konkreta organiseringen av vaccinationsarbetet accelererade efter att SKR och staten slöt en överenskommelse den 8 december 2020.<sup>46</sup> En vecka efter att det första vaccinet blivit tillgängligt påbörjades vaccineringen av de sköraste och mest riskutsatta individerna. Därefter har vaccinationsarbetet skalats upp i snabb takt.

Under pandemins initiala fas var regionernas största utmaning att så många viktiga ingångsvärden präglades av osäkerhet. När kommer vaccinet? Hur mycket får vi? Kan vi vänta oss nya besked från Folkhälsomyndigheten?

---

Not. 46 Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner, 2020. *Överenskommelse om genomförande av vaccinering covid-19, 2021.*

## Vaccinöverenskommelsen

Överenskommelsen mellan staten och SKR innebar att parterna skulle vidta åtgärder i syfte att åstadkomma en så hög vaccinationstäckning som möjligt och att staten ersatte regionerna bl.a. med ett schablonbelopp per given dos vaccin som gavs i enlighet med Folkhälsomyndighetens rekommendationer och prioritetsordning. Överenskommelsen kompletterades under 2021 med två ändringsöverenskommelser och en tilläggsöverenskommelse.

För att planera ett storskaligt vaccinationsprogram under så föränderliga förutsättningar har regionerna behövt bygga upp flexibla strukturer med ständig beredskap för nya förutsättningar och tvära kast. Planeringen har behövt involvera en rad funktioner och kompetenser som normalt sett inte samverkar så mycket med varandra, som till exempel bokning, distribution, IT-kompetens, smittskydd och kommunikation. Därutöver har representanter från vårdmottagningarna varit representerade. En framgångsfaktor har varit att arbeta med aktiva styrgrupper som snabbt kunnat ta in information om nya förutsättningar och utifrån det ta fram nya interna rutiner och handlingsplaner. För att snabbt kunna implementera nya direktiv har det krävts täta, ofta dagliga, avstämningar med alla roller i vaccinationskedjan.<sup>47</sup>

Det var en stor utmaning att få till logistiken och att distribuera vaccinet. Det första tillgängliga vaccinet krävde frysförvaring, var skakkänsligt, kom i stora förpackningar samtidigt som regelverket för distribution av läkemedel inte gav stöd för transporter av läkemedel mellan vårdenheter. Initialt skulle också kommunernas särskilda boenden och hemtjänst involveras, eftersom deras brukare ingick i den första prioriteringsgruppen.

---

Not. 47 Rånlund, A., Larsson, I, 2022. *Regionernas samordning av vaccinering och provtagning under covid-19 pandemin*, ss. 36 f.

Strax därefter uppstod en ny utmaning: att hantera de återkommande förseningarna av vaccinleveranser. Ständiga förseningar försvårade regionernas planering avsevärt och medförde också en rad utmaningar i kommunikationen med befolkningen. När rapporter om vaccinleveranser nådde allmänheten väcktes också hopp om att så småningom få bryta den sociala isoleringen, och kanske till och med få träffa nära anhöriga som tillhörde en riskgrupp. Efterfrågan på vaccin var enorm och mediabevakningen intensiv. Samtidigt ändrades beskeden om vaccinleveranser återkommande, ibland flera gånger i veckan. Med så täta ändringsbesked blev det också komplicerat för regionerna att styra vaccinationstiderna efter de aktuella prioriteringarna från Folkhälsomyndigheten. Det gällde att i största mån undvika att behöva avboka redan inbokade tider. Avbokningar skapade besvikelse hos invånarna och tog vårdens resurser i anspråk i onödan. Efterhand blev leveranserna mer stabila och regionerna kunde fokusera mer på att uppnå en hög vaccintäckning.

För att stödja samverkan mellan regionerna inrättade hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket under augusti 2020 ett nätverk för samtliga regioners vaccinsamordnare. Genom veckovisa gemensamma möten kunde vaccinsamordnarna utbyta erfarenheter. Därtill fanns en gemensam kommunikationsyta för möjlighet att ytterligare dela erfarenheter mellan regioner. Vaccinsamordnarna hade även löpande kontakt med Folkhälsomyndigheten.<sup>48</sup>

## 10.6.2 Kommunikation med invånarna

Regionerna har haft ett stort behov av att kommunicera med invånarna om vaccinrelaterade frågor, och de flesta invånare har haft en stark önskan av att få sådan information. Under vintern 2021 var invånarnas efterfrågan på vaccin större än tillgången,

---

Not. 48 Rånlund, A., Larsson, I, 2022. *Regionernas samordning av vaccinering och provtagning under covid-19 pandemin*, s. 14.

och regionernas kommunikation fokuserade på prioriteringar och praktiska frågor. Invånarna behövde information om i vilken ordning invånargrupper skulle ges tillgång till vaccinet och hur vaccinationstider skulle bokas. Vid den här tiden fanns också en stor oro inom vissa grupper för att vaccinet skulle orsaka allvarliga biverkningar. Det florerade ren desinformation och olika konspirationsteorier om vaccinens innehåll och vaccineringens syfte. Oro och falsk information försvårade regionernas uppdrag att verka för en hög vaccinationstäckning och föranledde en rad åtgärder.

En mycket effektiv kanal för att höja vaccinationsviljan har varit regionernas vårdinformationstjänst 1177. Genom det kända varumärket och invånarnas höga förtroende har medarbetare på 1177 haft unika förutsättningar att förmedla saklig information. I en tid då informationsläget var osäkert vände sig många invånare till de källor de uppfattade vara mest trovärdiga, och 1177 tillhörde definitivt en av dessa. Detta ledde till en massiv belastning på både telefon och webbplats, vilket nödvändiggjorde kraftiga kapacitetsökningar. (Vi resonerar mer utförligt om detta i kapitlet om digitalisering.)

I takt med att tillgången till vaccin ökade kunde regionerna använda en större del av sin uppbyggda kapacitet för att öka vaccinationstäckningen. Detta blev en ny fas i vaccineringsarbetet där den kommunikativa kompetensen blev helt central. Den första utmaningen har varit att överrösta det allmänna informationsbruset och nå fram med riktad information till de målgrupper som varit aktuella under pandemins olika skeden. Här har regionerna använt en mångfald av målgruppsanpassade kanaler. Många insatser har gjorts i nära samverkan med kommuner och civilsamhälle och anpassats efter lokala förutsättningar och målgruppers olika behov.

Regionerna har hanterat de kommunikationsmässiga utmaningarna genom att tillfälligt öka kommunikationsavdelningarnas resurser. Särskilt avdelade kommunikatörer har arbetat med att kontinuerligt hålla hemsidor uppdaterade, så att såväl media som allmänheten har kunnat ta del av den senaste informationen.<sup>49</sup>

### 10.6.3 Arbetet med att nå svårnådda grupper

Sedan breddvaccinationen påbörjades har samtliga regioner genomfört omfattande insatser för att nå den ovaccinerade delen av befolkningen. Regionerna har behövt använda en mångfald av kanaler för att nå ut till grupper som av olika anledningar kan ha svårare att komma till en vaccinationsmottagning, eller där vaccinationsviljan är lägre.

För att nå ut till utsatta områden har regionerna skapat mobila team som arbetar efter rullande scheman, vaccinatörerna har ofta varit flerspråkiga och kommunerna har bidragit med kulturtolkar på plats. Hälsoinformatörer har funnits på plats för att informera och svara på frågor. Regionerna har också haft en aktiv samverkan med asylboenden, trossamfund och kulturföreningar som samlar många människor. Att erbjuda vaccination i deras lokaler har varit ett effektivt sätt att nå ut till grupper som annars är svåra att nå.

Vaccinationer erbjuds i regionernas och kommunernas egna lokaler men också i lokaler som upplåts av andra aktörer, som fastighetsbolag, civilsamhället och arrangörer av evenemang. Samverkan med civilsamhällets aktörer har starkt bidragit till möjligheten att nå ut till svårnådda grupper. (Vi kommenterar civilsamhällets roll också i kapitlet om samverkan och kommunikation.)

---

Not. 49 Rånlund, A., Larsson, I, 2022. *Regionernas samordning av vaccinering och provtagning under covid-19 pandemin*, s. 14.

Regionerna har bemött spridning av desinformation genom att spela in filmer med vaccinsamordnare och sprida informationsmaterial genom kampanjer i skolor och olika sammanhang där många ovaccinerade invånare förväntas finnas. Regionerna har kommunicerat aktivt via webbplatsen 1177, sociala medier, radio, lokalpress och egna webbplatser.

#### **10.6.4 Bristande framförhållning undergrävde förtroendet**

I kapitlet om samverkan och kommunikation argumenterar vi för att all effektiv kommunikation kräver en viss framförhållning och att det blir problematiskt när alla målgrupper får samma budskap samtidigt. Detta problem har varit väldigt påtagligt under de mest intensiva faserna av vaccineringsarbetet. Regionerna, som ansvarat för planering och genomförande av verksamheten, har sällan fått information med tillräcklig framförhållning. Det har gett regionerna dåliga förutsättningar att kommunicera på ett förtroendeskapande sätt med invånarna.

Olika statliga aktörer, främst regeringen och Folkhälsomyndigheten, har spridit information via media, till exempel om när nya åldersgrupper skulle prioriteras för vaccinering. När informationen spridits via media har regionerna fått information i samma stund som den nått journalister och invånare. Strax därefter har telefonerna börjat ringa när både medier och invånare velat ha svar på hur och när de nya statliga beskederna skulle genomföras i den specifika regionen. Det har varit svårt att få fram intervjupersoner med kort varsel och svårt att ge tydliga och informativa svar när det saknats tid för eftertanke och interna överväganden.

Bristen på framförhållning har också bidragit till att regionerna framstått som långsamma och oförberedda. Från allmänhetens sida finns en förväntan om att det offentliga är samordnat och att



det finns förberedelser på plats när staten pekar ut en ny riktning. När så inte varit fallet och regionerna behöver en viss planerings- och genomförandetid, så framstår de som ineffektiva. Detta har skadat invånarnas förtroende för regionerna, som fått ägna mycket tid och kraft åt att förklara varför nya besked inte omedelbart träder i kraft, hur länge det dröjer och hur förändringen ska anpassas till den egna regionens förutsättningar.

Nya statliga besked har ofta satt igång en febril aktivitet bland regionernas kommunikatörer, men också alla de experter som varit involverade i planeringen av vaccinationsinsatsen. Regionala pressträffar har arrangerats med kort varsel, enskilda intervjuer har bokats och politiker har behövt förberedas av sina tjänstepersoner. Regionernas information till invånarna har huvudsakligen gått via traditionella medier (TV, radio, tidningar) men också via sociala medier och hälsoinformatörer.

## **10.7 Omställningen till nära vård har fått en skjuts framåt**

Med tanke på det fokus på akut och högspecialiserad sjukvård som varit under pandemin kunde man tänka sig att omställningen till en mer nära vård, där primärvården står i fokus, kommit i skymundan. Erfarenheterna pekar delvis i en annan riktning. Samtidigt som vissa utvecklingsarbeten har fått stå tillbaka så har vården kommit närmare patienterna. Bättre samverkan mellan huvudmän och nya digitala kontaktvägar har bidragit till en närmare vård.<sup>50</sup>

---

Not. 50 KPMG, 2021. *Utvärdering av covid-19 för Region Uppsala*, ss. 45 f.

## Omställningen till nära vård

Omställningen till nära vård är ett långsiktigt reformarbete som syftar till en mer patientnära vård. Regeringens målbild är att hälso- och sjukvården ställs om så att primärvården blir navet i vården och samspelar med andra vårdnivåer och socialtjänsten. Vården ska i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Omställningen ska bidra till en mer effektiv användning av vårdens resurser. (Prop. 2019/20:164)

Som beskrivs i kapitlet om digitalisering så har vårdens omställning till stor del inneburit en övergång till mer digitala kontaktytor. I framför allt primärvården har regionerna på kort tid utvecklat nya digitala sätt för patienterna att komma i kontakt med vården. Antalet kontakter via videomöten har ökat kraftigt samtidigt som de fysiska besöken har minskat. En motsvarande utveckling har skett i den specialiserade vården i den mån detta varit möjligt utan att göra avkall på kvaliteten i den medicinska behandlingen. Denna utveckling har till stor del varit patientdriven.

När oron för smittspridning varit stor har patienternas efterfrågan på digitala möten ökat kraftigt. I takt med ökad vaccintäckning har en viss återgång till normala kontaktmönster skett men det finns inom regioner och kommuner en stor vilja att bibehålla de nya arbetssätt och digitala kontaktvägar som har utvecklats under pandemin. Detta har gett vården en skjuts i riktning mot den målbild som regeringen, regionerna och kommunerna kom överens om redan före pandemin. Patienterna har fått fler vägar in till vården.<sup>51</sup>

---

Not. 51 Eriksson, E., Alexandersson P. m.fl., 2022. *Covid-19-pandemins effekter på Nära vård: En intervjustudie med företrädare för kommuner och regioner.*

Samtidigt finns det grupper av patienter som har sämre förutsättningar att nyttja de digitala kontaktvägar som har utvecklats. Detta har påskyndat utvecklingen mot en mer uppsökande verksamhet där personal från flera vårdinriktningar samarbetar. Ett tydligt exempel på detta är utvecklingen av satsningar på så kallad mobil närvård, där ett team av vårdpersonal söker upp patienter i deras hem. Sådan uppsökande verksamhet organiseras på olika sätt i olika delar av landet, men det är vanligt att teamen bemannas av personal från både specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.<sup>52</sup>

Sådan uppsökande verksamhet har använts i flera sammanhang under pandemin, inte minst för att nå ut till invånarna i samband med vaccinering och provtagning. Kommuner och regioner beskriver övervägande positiva erfarenheter av detta arbetssätt. När vården besöker patienten istället för tvärtom stärks patientens ställning, vilket ligger i linje med nära vård-reformens målbild. Det finns indikationer på att arbetssättet är mer resurseffektivt eftersom den dyra slutenvården kan begränsas.<sup>53</sup>

Mycket tyder på att kommuner och regioner som redan före pandemin hade kommit långt i omställningen mot en nära vård har haft lättare att hantera pandemins konsekvenser. Kommuner och regioner som redan hunnit utveckla lösningar som mobila team, hemmonitorering och digitala vårdbesök har varit bättre rustade för den omställning som pandemin har krävt.<sup>54</sup>

---

Not. 52 Socialstyrelsen, 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag till indikatorer.*

Not. 53 Rånlund, A., Larsson, I., 2022. *Regionernas samordning av vaccinering och provtagning under covid-19 pandemin.* Torkelsson, A., *Mobila team på frammarsch efter corona*, publicerad 2022-05-25.

Not. 54 Se t.ex. Brorström, B., Johansson, B., m.fl., 2021. *Godkänt, men med förbehåll - Västra Götalandsregionens hantering av coronapandemin*, ss. 34 f.

## 10.8 Bemanningen har varit en ständig utmaning

Bemanningen har genomgående varit en av de stora knäckfrågorna under pandemin. Utmaningen att bemanna verksamheterna har varit gemensam för många verksamheter inom kommuner och regioner, och det gäller inte minst hälso- och sjukvården. I kapitlet om att vara arbetsgivare under pandemin visar vi bland annat att kommuner och regioner har kommit långt genom att nyttja möjligheterna som befintliga kollektivavtal ger, men att det inte hade gått utan det särskilda krisavtal (KLA) som förhandlades fram före pandemin och omförhandlades under pandemin. Vi understryker vikten av ett närvarande ledarskap och resonerar om den balansakt som arbetsgivare behövt genomgå för att bemanna kritiska verksamheter och samtidigt värna en god arbetsmiljö för personalen. Nedan lyfter vi fram några erfarenheter som mer specifikt berör hälso- och sjukvården under pandemin.

Att med reducerad personalstyrka hantera ett ökat patientinflöde och patienter med större medicinska behov har krävt särskilda åtgärder. En vanlig åtgärd har varit att omfördela personal inom sjukhusen, men klinikerna har också rekryterat personal från primärvården, via bemanningsföretag och från den privata vården. Dessa åtgärder har varit helt nödvändiga för att få ihop bemanningen men har också medfört stora utmaningar.

Den generella personalsituationen i hälso- och sjukvården var (och är) pressad. När personal har omplacerats är det därför oundvikligt att den utlånande instansen fått ett ännu mer pressat bemanningsläge och i vissa fall behövt be om förstärkning från en tredje instans. Strävan att allokera personalresurser till de mest kritiska verksamheterna har på så vis skapat dominoeffekter som har krävt mycket tid och energi av både chefer och medarbetare. Hanteringen av de komplexa bemanningsfrågorna har därför underlättats när ledningen på region- respektive sjukhusnivå har

hanterat bemanningsfrågan som en hälso- och sjukvårdsgemensam angelägenhet, istället för att ensidigt fokusera på IVA och infektionssjukvården.

För den chef som ombetts låna ut personal har det varit utmanande att identifiera medarbetare lämpliga för omplacering. Chefen har behövt inventera personalens kompetens men också informera sig om vilka som själva tillhörde riskgrupp, hade familjemedlemmar i riskgrupp eller i övrigt hade en familjesituation som försvårade en stor omställning i arbetet. Dessutom behövde medarbetarnas personliga inställning till en omplacering inhämtas och beaktas. Om regionen hade aktiverat krislägesavtalet fanns möjlighet att beordra omplaceringar, men det valet hade givetvis ett socialt pris för personalen. Trots stor vilja att hjälpa till har det inte sällan varit svårt att hitta lämpliga personer för omplacering.<sup>55</sup>

Den chef och de arbetsgrupper som har tagit emot personal har också haft stora utmaningar. Att i ett pressat arbetsläge välkomna, introducera och snabbutbilda personal från andra avdelningar har varit krävande. Särskilt krävande har det varit om den nya personalen har beordrats till omplacering. Mycket av lärandet har behövt ske i arbetet, vilket har ställt höga krav på den erfarna personalen.<sup>56</sup>

Flera regioner har lånat in personal från privata vårdgivare, ibland på frivillig basis och ibland genom att aktivera en katastrofklausul i avtalet mellan regionen och den privata vårdgivaren (LOV-avtal). SKR har tagit fram branschöverenskommelser som har underlättat sådan inlåning. Privatanställd personal har till exempel gått in och förstärkt covid-vården eller avlastat genom att ta över en del av

---

Not. 55 KPMG, 2021. *Utvärdering av covid-19 för Region Uppsala*, s. 66 f.

Not. 56 Se t.ex. Brorström, B., Johansson, B., m.fl., 2021. *Godkänt, men med förbehåll - Västra Götalandsregionens hantering av coronapandemin*, s. 41.

den planerade offentligdrivna vården. Privata vårdgivare har också haft en helt central roll i samband med vaccinering och provtagning i framför allt storstadsregionerna.

Samarbetet mellan regionerna och de privata vårdgivarna har varit en komplicerad process på flera plan. Svårigheterna har främst gällt arbetsrättsliga aspekter och villkoren för ekonomisk ersättning, men även hur den privatanställda personalen har tagits emot på regionsjukhusen. Ibland har de avtalsmässiga villkoren kommit på plats långt efter att själva personalövergången har skett.<sup>57</sup>

Under den första pandemivågen fanns det generellt, både inom offentlig och privatdriven vård, en stor vilja att bistå varandra med personalresurser så att den mest kritiska verksamheten kunde klara sin bemanning. Men under pandemins gång tycks inställningen från alla parter ha blivit mindre välvillig.<sup>58</sup> En trolig förklaring är alla de svåra utmaningar som är förknippade med omplaceringar av personal – några av dessa har vi berört i detta kapitel. En annan trolig förklaring är att personal som slitit hårt under en eller flera pandemivågor helt enkelt inte orkat genom hela pandemin. Det har uppstått en förändringströtthet hos hårt belastad personal, och det finns tecken på att medarbetare lämnade covid-vården efter första pandemivågen, antingen genom intern förflyttning eller avslutad anställning.<sup>59</sup>

---

Not. 57 KPMG, *Region Stockholms hantering av covid-19 – oberoende utvärdering av perioden 1 januari 2020 till 31 december 2020*, ss. 275 ff.; Grant Thornton, 2021. *Den privatdrivna sjukvårdens erfarenheter av pandemin – en oberoende studie på uppdrag av vårdföretagarna*.

Not. 58 Grant Thornton, 2021. *Den privatdrivna sjukvårdens erfarenheter av pandemin – en oberoende studie på uppdrag av vårdföretagarna*, s. 27; Å. Hallgårde, 2021. *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19 pandemin*, ss. 16 f.

Not. 59 Hallgårde, Å., 2021. *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19-pandemin*, s. 6.

Eftersom pandemin har varit så utdragen så har det lärande som skett till viss del redan hunnit omsättas i förbättringsarbete. Det framgår av regionernas utvärderingar att saker har förbättrats över tid. Stödfunktioner som HR och kommunikation har förstärkts, samverkan med fackliga organisationer har förbättrats, rutiner för äskande av personalbehov, matchning, mottagande, upplärning osv. har utvecklats. Flera regioner menar också att relationen till privata aktörer har utvecklats, bland annat genom att villkoren för utlån har förtydligats.

## 10.9 Vilka lärdomar kan vi dra?

Som har framgått i detta kapitel har hälso- och sjukvården haft en lång rad stora utmaningar att hantera under pandemin. Här lyfter vi fram några viktiga lärdomar utifrån regionernas erfarenheter.

### 10.9.1 Ersättningsfrågan handlar inte bara om pengar

En enkel men viktig lärdom är att staten bör följa den så kallade *finansieringsprincipen*. När staten lägger nya uppgifter på kommuner och regioner så ska de finansieras. Principen är just en princip, inte en lag eller förordning, men den är så intuitivt rimlig att den inte mött något allvarligt ifrågasättande sedan den etablerades som norm i början av 1990-talet. Men trots att riksdag, regering och SKR uttryckligen ställt sig bakom principen så slirar staten återkommande i dess tillämpning.<sup>60</sup> När det inte är kris kan detta få en rad negativa konsekvenser på olika plan, till exempel skattehöjningar eller oönskade undanträngningseffekter i verksamheterna. När det är en allvarlig hälsokris kan konsekvenserna bli direkt hälsofarliga. Vi ska förklara hur vi menar.

---

Not. 60 Se Riksrevisionen, 2018. *Den kommunala finansieringsprincipen - tillämpas den ändamålsenligt?*

Om staten lägger en ny och kostsam uppgift på en region utan att skjuta till finansiella medel så lämpar staten samtidigt över ett svårt övervägande på regionen. Med vilken finansiering ska uppgiften utföras? Det finns flera alternativ och inget av dem är särskilt tilltalande. Om uppgiften ska utföras så som staten önskat så behöver regionen antingen höja regionskatten eller sänka ambitionsnivån i annan verksamhet. Att den nya uppgiften ska tränga undan annan välfärdsverksamhet eller att skatten ska höjas är sällan statens avsikt, så det är inga bra alternativ. Alternativet att utföra uppgiften med låg ambitionsnivå eller inte alls är av naturliga skäl inte heller så bra. Detta svåra övervägande gäller oavsett vilken verksamhet som ska byggas upp.

Saken blir extra komplicerad när regeringens styrning gäller sjukvården, som regleras av en lag som anger principer för hur patienter ska prioriteras. En av dessa är behovsprincipen, som säger att patienter med större vårdbehov ska ges företräde till vårdens resurser. Så vad händer då om staten säger att provtagning av friska individer ska ske utan statlig finansiering? Jo, förutom att regionerna inte får betalt för sitt jobb så hamnar de i en svår situation i förhållande till gällande lagstiftning. Ska friska personer provtas på bekostnad av ”riktiga” patienter, alltså personer som faktiskt har en sjukdom? Ska en rekommendation från en myndighet väga tyngre än en lagstadgad prioriteringsgrund?

När SKR och regionerna uppmärksammar finansieringsprincipen handlar det inte bara om att få ekonomin att gå ihop, det handlar också om att få verksamheten att hänga ihop och att kunna ta ansvar inför regioninvånarna. Det var bra att staten finansierade provtagningen och smittspårningen. En lärdom inför nästa kris är att regeringens beslut om kostnadsansvar bör komma tidigare i processen. I kris kan tid som passerar översättas i förlorade chanser att bekämpa krisen. Därför behöver regeringen skyndsamt klargöra hur den ser på finansieringen.



## **10.9.2 Överenskommelser mellan staten och SKR har skapat tydlighet**

I kapitlet om samverkan och kommunikation konstaterar vi att samverkan mellan samhällsnivåer är utmanande och att den ömsesidiga tilliten behöver stärkas. Om en statsminister säger i TV att staten ska ta alla kostnader så litar inte kommuner och regioner på att definitionen av ”alla kostnader” överensstämmer med deras. När en ny komplex verksamhet ska startas upp är det heller inte bara ersättningsfrågan som behöver redas ut. Det finns ofta en långa rad andra frågor om verksamhetens inriktning, tidsramar, prioriteringar, återrapportering med mera, som också behöver klargöras. Detta görs lämpligen i en dokumenterad överenskommelse mellan staten och SKR.

Att provtagningen accelererade ytterligare efter att överenskommelsen tecknades har att göra med alla de aspekter som behövde klargöras. Dokumentet skapade helt enkelt tydlighet och frigjorde kraft att fokusera på uppgiften istället för på diskussionen. Breddvaccineringen är ett gott exempel på hur en tidig överenskommelse kan bana väg för effektiv samverkan mellan staten och kommuner/regioner.

## **10.9.3 Tidig dialog mellan berörda parter har skapat samsyn**

När nya storskaliga och kostsamma verksamheter ska byggas upp på kort tid så kommer det att finnas frågor som de involverade aktörerna inte är överens om. Det vore naivt att tro något annat. Så inför nästa kris ska vi kanske undvika den mindre intressanta frågan om hur vi kan eliminera oenighet, och istället ställa den mer intressanta frågan om hur olika synsätt kan hanteras i konstruktiv samverkan.

När vi försöker besvara den frågan bör ingången vara att följa ansvarsprincipen, det vill säga att låta de parter som berörs föra en tidig dialog med varandra. Dialogen bör föras med en tydlig målsättning om att komma överens, och denna överenskommelse bör dokumenteras. Ungefär så fungerade samverkan inför regionernas breddvaccinering mot covid-19. Inför uppbyggnaden av provtagning för covid-19-smitta hölls däremot regionerna utanför den inledande dialogen och då behövde en rad frågor lösas ut i ett senare skede. Då fördröjdes också processen.

#### **10.9.4 Frivillig regionsamverkan med stöd av staten – ett framgångsrecept**

En viktig lärdom är att effektiv nationell samordning kan ske utan mer omfattande eller detaljerad statlig styrning. Regionernas stärkta samverkan och samordning på hälso- och sjukvårdsområdet har visat att det är möjligt. Inom ramen för lokalt självstyre har regionerna organiserat en mycket effektiv samordning av kritiska uppgifter i en pandemi då kapaciteten i hela riket behövde nyttjas.

I krissituationer är det av särskild vikt att staten agerar med stor tydlighet när den avser att styra och stödja inom verksamheter där kommuner och regioner ansvarar för genomförandet.<sup>61</sup> Vi har tagit upp flera exempel på hur regeringen delat ut regeringsuppdrag som skapat förvirring om vem som ansvarar för vad i samordningen. I dessa fall har regionerna skapat egna samverkansstrukturer som varit mer effektiva. Staten har då klivit tillbaka och på ett konstruktivt sätt gett stöd till de regionala initiativen. Det är bra att staten har varit följsam i den bemärkelsen, men en lärdom för regeringen kan vara att mer kritiskt överväga vilken samhällsaktör som är bäst lämpad att samordna en viss verksamhet innan regeringsuppdrag

---

Not. 61 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), 2021. *Självstyre och samverkan. Så har regionerna samverkat under pandemin – tre exempel.*

delas ut. Inte sällan är de aktörer som står närmast verksamheten och har naturliga nätverk uppbyggda bäst lämpade att stå för samordningen.

När ansvarsprincipen följs blir det naturligen så att staten och regioner/kommuner kompletterar varandra på ett effektivt sätt eftersom båda samhällsnivåerna gör det de är bäst på. Kommuner och regioner har samordnat sina verksamheter och staten har stöttat. Socialstyrelsen har till exempel bidragit med analysförmåga i IVA-samordningsnätverket och gett regionerna ett certifikat som varit avgörande för att kunna gå ut på världsmarknaden och upphandla läkemedel.

## Kapitel 10

# Hälso- och sjukvård

Utdrag ur rapporten *Att lära av en kris – Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin*

I september 2021 tillsatte SKR:s styrelse en programberedning om covid-19-pandemin. Uppdraget har varit att med utgångspunkt i erfarenheter och lärdomar från pandemin, peka på möjliga strategier och förslag på insatser som syftar till utveckling i kommuner, regioner och SKR. Tyngdpunkten har legat på lärande av våra erfarenheter. Arbetet har baserats på lokala pandemiutvärderingar från 80 kommuner och 19 regioner, på årsredovisningar, myndighetsrapporter, forskningsrapporter, kunskapsseminarier och egna studier. Med denna rapport sammanfattar beredningen sina samlade lärdomar, bedömningar och förslag.

ISBN 978-91-8047-168-8

Ladda ner på [skr.se/publikationer](https://skr.se/publikationer)

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | [skr.se](https://skr.se)



Sveriges  
Kommuner  
och Regioner