

Sverige under pandemin

Volym 1

Smittspridning och smittskydd

DEL BETÄNKANDE AV
CORONAKOMMISSIONEN



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:89

Sverige under pandemin

Volym 1 Smittspridning och smittskydd

Delbetänkande av Coronakommissionen

Stockholm 2021



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2021:89

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför

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

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Maria Neijnes

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

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

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

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

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

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

Den 1 augusti förordnades filosofie doktorn Joakim Sonnegård som kommissionens huvudsekreterare. Som sekreterare i utredningen förordnades fr.o.m. den 31 augusti hovrättsassessorn Helen Ziobro, från den 1 september kanslirådet Micaela Bodelius, från den 14 september kammarrättsrådet Petra Jansson och filosofie doktorn Evelina Björkegren, från den 1 november filosofie doktorn Olof Östergren, från den 1 december filosofie doktorn Anneli Eriksson och nationalekonomen Carl Lundgren, och, slutligen, från den 1 juli 2021 filosofie doktorn Adam Altmejd. Som assistent förordnades från den 21 september Maria Neijnes.

Kommissionen, som antagit namnet Coronakommissionen överlämnade den 15 december 2020 ett första delbetänkande Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80). Kommissionen får härmed överlämna sitt andra delbetänkande Sverige under pandemin (SOU 2021:89).

Stockholm den 18 oktober 2021

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

/Joakim Sonnegård
Adam Altmejd
Evelina Björkegren
Micaela Bodelius
Anneli Eriksson
Petra Jansson
Carl Lundgren
Maria Neijnes
Helen Ziobro
Olof Östergren

Innehåll

Volym 1 Smittspridning och smittskydd

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

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

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

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

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

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

Volym 2 Sjukvård och folkhälsa

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

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

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

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

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

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

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

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

Förkortningar

AFS	Arbetsmiljöverkets författningssamling
AMF	Arbetsmiljöförordningen
AML	Arbetsmiljölagen
ASIH	Avancerad sjukvård i hemmet
BNP	Bruttonationalprodukt
Bris	Barnets rätt i samhället
Brå	Brottsförebyggande rådet
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotika-upplysning
CES	Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
ECDC	EU:s smittskyddsmyndighet (European Centre for Disease Prevention and Control)
EMA	European Medicines Agency
EU/EES	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, EU- och EFTA-länderna
EWRS	EU:s system för tidig varning och reaktion
FoHM	Folkhälsomyndigheten
FMV	Försvarets Materielverk
FOI	Totalförsvarets Forskningsinstitut
FRG	Frivilliga resursgruppen
FUB	Intresseorganisation för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning/intellektuell funktionsnedsättning.
GSS	Gruppen för strategisk samordning
HSAN	Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSC	Hälsosäkerhetskommittén
HSL	Hälsa- och sjukvårdslagen

HSLF-FS	Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.
IFAU	Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering
IHR	Internationella hälsoreglementet
IIR	Kirurgiskt munskydd
IPCR	EU-arrangemangen för integrerad politisk krishantering
IVA	Intensivvårdsavdelning
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Riksdagens ombudsmän (Justitieombudsmannen)
JPA	EU:s Joint Procurement Agreement
KI	Karolinska Institutet
KOL	Kronisk obstruktiv lungsjukdom
KU	Konstitutionsutskottet
LOV	Lagen om valfrihetssystem
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
LSSL	Lokal särskild sjukvårdsledning
MAR	Medicinskt ansvarig rehabilitering
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
MENA	Mellanöstern eller Nordafrika
MFD	Myndigheten för delaktighet
MSB	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
MUCF	Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor
NCK	Nationellt centrum för kvinnofrid
Nka	Nationellt kompetenscentrum Anhöriga
NKS	Nya Karolinska sjukhuset
NKT	Nationella kompetensteamet mot hedersrelaterat våld och förtryck vid Länsstyrelsen i Östergötlands län
NLF	Nationella läkemedelsförrådet

NOD	Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället
NRL	Nationella referenslaboratoriefunktioner
OECD	Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen
PCR	Polymerase Chain Reaction, en metod för att upptäcka arvsmassa (RNA) från viruset SARS-CoV-2
PCR-prov	Polymerase Chain Reaction (molekylärbiolegisk metod för att spåra ett smittämnes arvsmassa)
PDL	Patientdatalagen
PL	patientlagen
PPE	Personlig skyddsutrustning
PRO	Pensionärernas riksorganisation
PSL	Patientsäkerhetslagen
RK KH	Regeringskansliet, Kansliet för krishantering
Roks	Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige
RSA	Risk- och sårbarhetsanalys
RSSL	Regional särskild sjukvårdsledning
SBL	Statens Bakteriologiska Laboratorium
SCB	Statistiska Centralbyrån
SIP	Samordnad individuell plan
SIR	Svenska intensivvårdsregistret
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
Smer	Statens medicinsk-etiska råd
SMI	Smittskyddsinstitutet
SmiNet	En elektronisk plattform för anmälan av smittsamma sjukdomar
SoL	Socialtjänstlagen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SPOR	Svenskt Perioperativt register
SPSM	Specialpedagogiska skolmyndigheten
SSL	Särskild sjukvårdsledning
SVA	Statens Veterinärmedicinska anstalt

SÄBO	Särskilt boende
TiB	Tjänsteman i Beredskap
TRIS	Tjejers rätt i samhället
UD	Utrikesdepartementet
UKÄ	Universitetskanslersämbetet
Vård- och omsorgsanalys	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
WHO	Världshälsoorganisationen

Sammanfattning

Sverige framstår som ett genomsnittligt europeiskt land sett till antalet döda under pandemins första och andra våg. Under den tredje vågen har dödstalen varit låga och Sverige har hittills klarat sig bättre än de flesta länder i Europa.

Sverige valde våren 2020 en annan väg än många andra länder. Det svenska vägvalet byggde på frivillighet och personligt ansvarstagande snarare än mer ingripande åtgärder. Flertalet andra länder använde i stället större mått av nedstängningar eller andra ingripande regleringar. Huruvida det svenska vägvalet var rimligt eller om det hade varit bättre att vidta andra typer av åtgärder för att begränsa spridningen av viruset återkommer kommissionen till i slutbetänkandet. Kommissionen behöver i det fortsatta arbetet få en bättre insikt i vilken information som centrala beslutsfattare hade till stöd för sina bedömningar avseende smittskyddsåtgärder under pandemins olika skeden. Dessutom återstår flera andra aspekter av den svenska krishanteringen att utreda och bedöma. Det gäller särskilt krisens påverkan på samhällets och enskildas ekonomi och vilken förmåga den svenska samhällsorganisationen och dess institutioner hade att hantera en kris. Först därefter kan kommissionen bedöma om det svenska vägvalet innebar en rimlig avvägning mellan effektivt smittskydd och andra intressen. Med ett sådant underlag kan också frågor om ansvar bedömas bättre.

Kommissionen har initierat ett forskningsprogram – *Ett forskningsprogram om covid-19 i Sverige: Smittspridning, bekämpning och effekter på individer och samhälle* – i samarbete med forskare vid Stockholms universitet. Programmet bygger på en mycket omfattande insamling av uppgifter om medicinska och socioekonomiska utfall, oftast på individnivå, från ett stort antal källor. För närvarande deltar ett trettiotal externa forskare vid olika lärosäten och institutioner i programmet. Ett antal av dessa har skrivit underlagsrap-

porter till detta betänkande. Vi har också anlitat några fristående experter som även de har försett oss med underlagsrapporter.

Kommissionens viktigaste övergripande slutsatser utifrån den granskning som hittills genomförts och som redovisas i detta betänkande är:

- Sveriges hantering av pandemin har präglats av senfärdighet. De inledande skyddsåtgärderna var otillräckliga för att stoppa eller ens kraftigt begränsa smittspridningen i landet.
- Det svenska vägvalet har betonat smittskyddsåtgärder som bygger på frivillighet och personligt ansvar, snarare än mer ingripande åtgärder.
- Den svenska pandemiberedskapen var undermålig.
- Smittskyddslagstiftningen var och är otillräcklig för att möta ett allvarligt epidemiskt eller pandemiskt utbrott.
- Sveriges smittskydd var och är decentraliserat och fragmenterat på ett sätt som gör det oklart vem som bär ansvaret för helheten när en allvarlig infektionssjukdom drabbar landet.
- Hälso- och sjukvården har med kort varsel kunnat ställa om och skala upp vården av sjuka i covid-19. Det är i stor utsträckning personalens förtjänst. Omställningen har skett till priset av en extrem belastning för de anställda liksom inställd och uppskjuten vård. Vi kommer därför att leva med pandemins konsekvenser under en lång tid framöver.
- Det finns på flera områden en besvärande brist på data som gör det svårare att övervaka pandemin medan den pågår och att fullgott utvärdera pandemihanteringen i efterhand.

Virusets spridning i Sverige

Såvitt vi nu vet började coronaviruset spridas i den kinesiska staden Wuhan någon gång under slutet av 2019. Redan i januari 2020 meddelades fall från ytterligare länder, i Thailand, Japan och Sydkorea. Virusets spridning sedan till Europa, troligen via Italien.

Tidigt kom diskussionen att kretsa kring skidturismen i alperna. Skolorna i många europeiska länder har vinterlov i februari och mars

och många åkte vid denna tid på semester till turistorter inom alpområdet. Studier visar att regioner som i likhet med Stockholm hade sportlov vecka 9 år 2020 drabbades av en betydligt högre överdödlighet vecka 14–23 jämfört med regioner som hade sportlov under andra veckor. Sportlovsresor till alperna spelade alltså en stor roll i Europas tidiga smittspridning.

Kommissionen har för att få en bild av hur smittan kom till Sverige och spred sig vidare i landet beställt en underlagsrapport som bygger på analyser av virusets arvs massa. Kommissionen har också använt sig av andra uppgifter som samlats in genom Stockholms universitets covid-19-program, om utlandsresor under de kritiska veckorna våren 2020. Utifrån denna information kan kommissionen dra följande tre slutsatser:

1. Om viruset alls fanns i omlopp i Sverige före vecka 9 år 2020 har dess utbredning varit högst begränsad.
2. Virusets spridning sannolikt till Sverige via resor från främst Italien och Österrike under vecka 9 år 2020.
3. De allra flesta som insjuknade i covid-19 våren 2020 blev smittade i Sverige snarare än utomlands.

När viruset hade nått Sverige spred det sig snabbt i landet. Sett i backspegeln var uppgången i smittspridningen troligen betydligt mer dramatisk under mars månad 2020 än vad som framgick av de data myndigheterna presenterade i realtid.

Smittan har inte varit jämnt fördelad i befolkningen. De analyser som gjorts inom Stockholms universitets covid-19-program visar att, allt annat lika, yrkesgrupper som utsätts för särskilt stora kontakter med andra människor har löpt högst risk att smittas. Smittorisken har också varit större för dem som jobbar på större arbetsplatser, liksom för dem som lever i större familjer.

När pandemin slog till i mars 2020 visar data hämtade från förflyttningar av mobiltelefoner att människors rörlighet minskade snabbt, redan innan Folkhälsomyndigheten uppmanade till hemarbete och att avstå onödiga resor. Människor valde alltså – även utan råd och rekommendationer – att ändra sitt beteende för att minska risken att bli smittade eller smitta andra.

I ett internationellt perspektiv har Sveriges befolkning en god hälsa. Samtidigt finns det avsevärda skillnader mellan olika grupper.

Även pandemin har drabbat olika befolkningsgrupper olika hårt. Enligt två underlagsrapporter var sjuklighet och dödlighet i covid-19 tydligt förknippat med utbildningsnivå, inkomst samt kön och civilstånd. Individer med lägre utbildning, lägre inkomster samt män och ensamstående löpte en större risk att bli inlagda på sjukhus och IVA samt att avlida till följd av covid-19, jämfört med individer med högre utbildning eller inkomster respektive kvinnor och gifta (eller samboende). Mycket talar för att skillnader i risk att smittas och i underliggande hälsa inte ensamt kan förklara dessa socioekonomiska och demografiska skillnader.

Forskningen visar att risken att utveckla allvarlig covid-19 och att avlida som en följd av covid-19 var särskilt hög bland utrikes födda personer, även när socioekonomiska, demografiska och medicinska faktorer beaktas. Risken sjönk under andra och tredje vågen men var ändå anmärkningsvärt hög.

Risken var även hög bland äldre i befolkningen och bland personer på särskilt boende var risken hög även under den andra vågen, trots god tillgång till skyddsutrustning, utökad provtagningskapacitet och bättre kunskaper.

Även under den andra vågen ser kommissionen ett tydligt samband mellan den allmänna smittspridningen och smitta på särskilda boenden för äldre. De virusvarianter som förekom på särskilda boenden under den tidiga pandemin var desamma som de varianter sportlovsresenärer tog hem från Italien och Österrike och som spreds i det omgivande samhället. Det stärker kommissionens bedömning i det första delbetänkandet om att den allmänna smittspridningen var den främsta källan till spridningen på särskilda boenden.

Forskning som ligger till grund för ännu en underlagsrapport till kommissionen tyder på att smittan tog sig in på boenden via personalen snarare än de anhöriga. Enligt forskningen i en annan underlagsrapport har risken för att dö i covid-19 varit högre i boenden med högre personalomsättning och på större boenden. Huruvida boendet var privat eller offentligt tycks däremot inte ha påverkat risken att insjukna eller dö.

Det saknas fortfarande mycket kunskap om smittspridningen i äldreomsorgen. Detta speglar i stort bristen på nationella data kring särskilda boenden för äldre. Kommissionen anser att denna brist måste åtgärdas, inte minst för att göra det möjligt att när smitta

sprids övervaka händelseutvecklingen i realtid och anpassa åtgärderna till det som sker.

Sveriges hantering av pandemin

Frivilliga, mindre ingripande och sena åtgärder

Utifrån kunskapen att smittan kom till Sverige främst genom sportlovsresenärer från Italien och Österrike under vecka 9 och att viruset därefter snabbt spred sig inom landet kan kommissionen konstatera att valet av åtgärder i det tidiga skedet i pandemin var avgörande för smittspridningens utveckling i landet.

Sverige skiljde sig då från våra nordiska grannländer och många andra länder. Danmarks och Norges regeringar vidtog den 11–12 mars 2020 en rad skarpa åtgärder och några dagar senare beslutade Finlands regering att undantagsförhållanden rådde, vilket gav möjlighet till mera ingripande åtgärder. Sveriges regering och myndigheter vidtog inga motsvarande åtgärder. De svenska smittskyddsinsatserna, särskilt våren 2020, bestod i stället nästan uteslutande av allmänna råd och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten som befolkningen förväntades att frivilligt följa.

Kommissionen återkommer till en utvärdering av det svenska vägvalet i slutbetänkandet. Kommissionen kan dock redan nu konstatera att de svenska åtgärderna under våren 2020 framstår som sena inte bara i förhållande till våra nordiska grannländer utan även – inte minst utifrån vår nuvarande kunskap – i förhållande till den då rådande smittspridningen i landet. Åtgärderna under pandemins tidiga skede lyckades inte stoppa eller ens kraftigt begränsa smittspridningen i landet.

De bindande föreskrifter som Sverige beslutade om under mars 2020 innefattade ett inreseförbud till följd av en överenskommelse i EU. I övrigt var de begränsade till två områden: (1) ett deltagartak för antalet personer vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar om först 500 personer (från den 12 mars 2020) och sedan 50 personer (från den 29 mars 2020), och (2) ett besöksförbud i särskilda boenden för äldre (den 1 april 2020). Dessutom uppmanade Folkhälsomyndigheten till fjärr- och distansundervisning på gymnasieskolorna, inom den kommunala vuxenutbildningen samt vid högskolor och universitet (den 17 mars 2020). Regeringen hade då,

den 13 mars 2020, beslutat en förordning som gav möjlighet att erbjuda fjärr- och distansundervisning.

När det gäller besöksförbudet på äldreboenden tyder, som vi redan nämnt, en underlagsrapport på att smitta kommit in via personalen snarare än via de anhöriga. Det framstår därför som oklart om förbudet verkligen hade någon betydelse för smittspridningen på dessa boenden. Kommissionen anser dock att det under våren 2020 var befogat att anta att ett besöksförbud skulle kunna bidra till en lägre smittspridning på äldreboenden.

Tidigt i pandemin var provtagningskapaciteten mycket begränsad, både i Sverige och de flesta andra länder. Rapporteringen kretsade därför kring nyckeltal som antalet sjukhusinlagda, intensivvårdade och avlidna. Dessa mått avser händelser sent i sjukdomsförloppet och medför därmed en fördröjning i övervakningen av pandemin. En undersökning av andra datakällor tyder på att antalet fall av covid-19 ökade snabbt i Sverige redan under de första veckorna i mars 2020. Om de tidigare nämnda nyckeltalen har dominerat den inhemska pandemiövervakningen finns en risk att denna information bidragit till sena åtgärder mot pandemin och varit en av orsakerna till den senfärdighet som har präglat Sveriges pandemihantering.

Norge och Danmark valde inte bara kraftfullare åtgärder tidigt i pandemin. De var också snabbare än Sverige med att få på plats ny lagstiftning med utrymme för skarpare åtgärder. Finland hade redan en beredskap i form av en beredskapslag som man tidigt kunde sätta i kraft. Den tillfälliga ändringen i smittskyddslagen, som gav regeringen långtgående befogenheter att stänga ned verksamheter (den s.k. bemyndigandelagen), borde ha kommit på plats betydligt tidigare. Detsamma gäller arbetet med den tillfälliga pandemilagen. Det borde redan under den första vågen ha stått klart att smittskyddslagens verktyg var otillräckliga.

Under den andra och tredje vågen beslutade regering och myndigheter om flera nya och mer kraftfulla åtgärder, åtgärder som man under den första vågen avfärdat eller uttryckligen avstått från att använda. Dessa omsvängningar skedde i stort utan någon motivering i form av ny kunskap. Som exempel kan nämnas olika restriktioner för restauranger, familjekarantän, åtgärder mot trängsel i handeln och rekommendation om munskydd i kollektivtrafiken. Det rörde sig till en del om åtgärder som många andra länder vidtagit redan

våren 2020 och som även då diskuterades i det offentliga samtalet i Sverige. Kommissionen har ingen anledning att betvivla att det var klokt att vidta de nya åtgärderna. Men att uttryckligen avstå från dem under första vågen och därefter vidta dem under andra vågen utan tydliga motiveringar skapade rimligen en förvirring hos människor som knappast kan ha bidragit till en hög grad av efterlevnad.

När det gäller tidiga åtgärder vill kommissionen dock nämna att UD och utrikesförvaltningen avrådde från vissa resor och bistod strandsatta svenskar som hade svårt att ta sig hem. Detta arbete tycks väsentligen ha fungerat väl.

Provtagning och smittspårning

Provtagning och smittspårning är grundläggande verktyg för att begränsa och stoppa utbrott av smittsamma sjukdomar och WHO pekade tidigt på vikten av att provta. Vidare föreskriver smittskyddslagen att allmän- och samhällsfarliga sjukdomar är anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Det förutsätter att en individ kan konstateras vara bärare av en sådan sjukdom. Det kräver i sin tur att denne kan provtas. För att följa lagen borde alltså – i takt med att smittspridningen tog fart – en omfattande provtagning och smittspårning ha skett. Det gick dock alldeles för långsamt att bygga upp en tillräckligt stor provtagningskapacitet.

Hur uppbyggnaden gick till i Sverige jämfört med ett urval andra länder i Europa, liksom hur Sveriges olika regioner hanterade provtagningen, behandlas i två underlagsrapporter.

Provtagning och smittspårning i samma skala som under pandemin har aldrig tidigare förekommit. Att Sverige och de flesta andra länder hade flera svårigheter med att bygga upp en sådan provtagning är därför inte förvånande. Det krävdes bl.a. stora resurser i form av personal, material, skyddsutrustning och finansiering. Samtidigt ställde vården av covidsjuka krav på resurser av samma slag.

Ytterligare en faktor som kan ha bidragit till den långsamma uppskalningen är att Sveriges, liksom många andra länders, pandemiberedskap utgick från en influensapandemi och inte förutsåg behov av en provtagning i en skala som dittills inte förekommit.

Den 30 mars 2020 gav regeringen Folkhälsomyndigheten uppdraget att ta fram en nationell teststrategi. Regeringens beredning av

detta uppdrag påbörjades redan omkring den 1 mars. Myndigheten presenterade sedan en strategi cirka tre veckor senare, den 17 april. Den 11 juni 2020 godkände regeringen slutligen en överenskommelse med SKR som gjorde utökad provtagning möjlig. Regeringens mål från april om 100 000 tester per vecka kunde uppfyllas först i början av september 2020. Även om kommissionen har förståelse för många av de utmaningar och svårigheter som låg i att bygga upp och hantera en storskalig provtagning anser kommissionen att det gick alldeles för långsamt. Det gick väsentligt långsammare i Sverige än i jämförbara länder, t.ex. Norge, Danmark och Finland.

Folkhälsomyndighetens tidiga riktlinjer för provtagning var mera inriktade på prioriteringar än en tydlig strävan efter en snabb uppbyggnad av provtagningskapaciteten. Enligt dessa riktlinjer för provtagning, från den 12 mars, skulle fokus ligga på sjuka i behov av sjukhusvård (priogrupp 1) och personal i vård och äldreomsorg med känd exponering och symtom (priogrupp 2). Misstänka fall utan behov av sjukvård skulle i första hand hanteras genom isolering i hemmet och social distansering. Den nationella teststrategin från den 17 april 2020 angav två nya priogrupper, nämligen: 3) samhällsviktig personal och 4) ”övriga relevanta delar av samhället”. Angående provtagning och laboratorieanalys inom priogrupp 3 skrev Folkhälsomyndigheten att dessa ”bör hanteras utanför respektive regions sjukvårdsansvar”. Myndigheten klargjorde dock inte hurvida den ansåg att sådan provtagning omfattades av regionernas ansvar för smittskydd.

Varje region ansvarar enligt smittskyddslagen för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område. Vidare är läkare skyldiga att vid misstanke om smitta undersöka och ta nödvändiga prover. Regionerna har alltså ansvaret för att provta alla personer med symtom på covid-19. Givet den begränsade provtagningskapacitet som fanns våren 2020 kunde inte alla regioner axla detta ansvar. Kommissionen kan förstå att Folkhälsomyndigheten i den situationen satte upp en prioriteringsordning, som ett stöd till regionerna. Kommissionen anser dock att myndigheten borde ha varit tydligare med att prioriteringarna bara var temporära tills dess att alla regioner hade möjlighet att uppfylla sin skyldighet fullt ut.

Den 11 mars 2020 uttalade regeringen och samarbetspartierna att staten skulle täcka ”extraordinära åtgärder och merkostnader” inom hälso- och sjukvården kopplade till coronaviruset. När Folkhälso-

myndigheten publicerade den nationella strategin hade riksdagen dessutom beslutat om den s.k. testmiljarden. Det uppstod ändå en tvist om pengar och ansvaret för provtagning av främst prio-grupp 3 och 4, men även av prio-grupp 2. Vissa regioner ansåg att dessa grupper inte var deras ansvar och att om de ändå skulle provta dem behövde de få särskilda medel för det. SKR intog samma ståndpunkt och frågan förhandlades under april och maj 2020.

Även om Folkhälsomyndigheten i den nationella teststrategin kunde ha varit tydligare i ansvarsfrågan anser kommissionen att det står klart att regionerna ansvarar för att provta den som kan misstänkas vara smittad av en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom, oavsett om det handlar om en sjuksköterska (prio-grupp 2), polis (prio-grupp 3) eller truckförare (prio-grupp 4). Kommissionen anser att det knappast kan beskrivas som annat än ett haveri att en diskussion om ansvar och finansiering bidrog till att någon storskalig provtagning inte kom till stånd förrän den första vågen var över.

Våren 2020 stod provtagning snarare än smittspårning i fokus. Först när 5,8 miljarder kronor tillfördes regionerna i början av juni gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att bistå regionerna med att bygga upp kapacitet för smittspårning. Det dröjde dock till den 22 juli 2020 innan myndigheten presenterade en första vägledning. Den första vågen hade således ebbat ut utan att någon mera omfattande smittspårning kom till stånd. Kommissionen anser att detta dröjde alltför lång tid och att den sena smittspårningen försvårade bekämpningen av pandemin.

Kommissionen finner det även anmärkningsvärt att Folkhälso-myndigheten först mot slutet av februari 2021 ändrade sin rekommendation om smittspårning bakåt i tiden av den smittades kontakter från 24 till 48 timmar. Internationell expertis hade redan våren 2020 förordat 48 timmar.

Inför nästa mera omfattande epidemiska virusutbrott måste ansvariga myndigheter säkerställa tillräcklig kapacitet för att snabbt kunna skala upp användningen av provtagning och smittspårning.

Skyddsutrustning och läkemedel

Våren 2020 befann sig Sverige och resten av världen i en exceptionell situation. Det nya coronaviruset medförde att förbrukningen av

skyddsutrustning i vissa fall ökade med flera hundra procent och de lager som fanns tog slut på några dagar. En likartad situation rådde i stora delar av världen och hela världen konkurrerade i princip om den begränsade utrustning som fanns tillgänglig.

Sveriges beredskapslager hade under flera år monterats ner och var vid utbrottet i princip obefintligt. I stället byggde inköpen av skyddsutrustning nästan överallt på konceptet ”just-in-time”, dvs. att aktörer strävar efter att ha så små och effektiva lager som möjligt. Av dessa skäl blev bristen på skyddsutrustning under pandemins första våg våren 2020 så akut att personalen – framför allt inom kommunerna – tidvis var tvungen att arbeta utan adekvat utrustning. Under senvåren började försörjningskedjorna åter att fungera.

Signaler att Sverige kunde drabbas av en allvarlig kris med bristande beredskap nådde regeringen redan i slutet av januari/början av februari, bl.a. genom Folkhälsomyndighetens hemställan om att covid-19 skulle klassificeras som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom och genom en lägesbild från MSB. Socialstyrelsen gjorde i februari visserligen mindre inköp men varken myndigheten eller regeringen tog vid denna tid något initiativ till att förse sig med information om läget i kommunernas vård och omsorg. Regeringen gav Socialstyrelsen uppdraget att säkra tillgången till skyddsutrustning först den 16 mars 2020. De sex veckorna i februari och början av mars framstår därför i kommissionens ögon som förlorad tid för att avhjälpa bristen på skyddsutrustning.

Uppdraget till Socialstyrelsen gavs till en myndighet som helt saknade såväl en organisation för, som erfarenhet av, upphandling på världsmarknaden i den omfattning som var nödvändig. En helt ny uppgift lades alltså på myndigheten, som fick utvidga sin inköpsavdelning och etablera ett nära samarbete med Försvarsmakten och FMV. Den process som Socialstyrelsen tillämpade vid sina inköp framstår som både krånglig och bakvänd med få proaktiva inslag. Kommissionen anser att regeringen inte borde ha gett uppdraget till Socialstyrelsen, utan till en etablerad upphandlingsmyndighet. Ett möjligen ännu bättre – eller i vart fall kompletterande – alternativ hade varit att tillgripa okonventionella lösningar, exempelvis att medverka till ett nationellt Command Center liknande den modell som Region Stockholm etablerade.

Socialstyrelsens uppdrag uppfattades som tydligt av uppdragsgivaren och Socialstyrelsen själv, nämligen att endast komplettera

regioners och kommuners egna inköp. Men flera andra aktörer uppfattade uppdraget som otydligt. Vissa leverantörer var osäkra på om de fick leverera direkt till vårdgivare och vissa vårdgivare frågade sig om de fick använda egen utrustning eller behövde skicka in den till Socialstyrelsen.

Kommissionen vill framhålla att regioner och kommuner har gjort stora ansträngningar för att göra egna inköp och i många fall lyckats genomföra sådana, mycket tack vare ett beundransvärt driv, idériakedom och engagemang. Regioner och kommuner har ansökt om statsbidrag för 5,4 miljarder kronor vilket vittnar om att stora inköp av skyddsutrustning har gjorts från deras sida. Även regionernas inköpscentral Adda har försett framför allt kommunerna med skyddsutrustning genom en webbshop. Kommissionen finner det dock svårbegripligt att Adda kunde erbjuda materiel först mot slutet av maj 2020.

Både näringslivet och civilsamhället har gjort stora insatser för att bidra med skyddsutrustning till vården och omsorgen. Företag har bl.a. ställt om sin produktion och bidragit med t.ex. handsprit och munskydd. Det har dock framkommit att flera företag som erbjöd hjälp hade svårt att få svar från myndigheterna. Flera företag och näringslivsorganisationer har visat en beredvillighet att bidra men det offentliga, främst Socialstyrelsen, har inte lyckats medverka till en vidare omställning av deras produktion.

Inför nästa kris, särskilt om den riskerar att påverka världshandeln, måste den nationella beredskapen bli betydligt bättre, både när det gäller lagerhållning och inköp av nödvändiga produkter på nationell nivå. Detta kräver i sin tur väl fungerande rapporteringskanaler som kan bidra till att sammanställa de enskilda aktörernas behov för att få en nationell bild. Myndigheterna måste även på ett bättre sätt ta till vara näringslivets bidrag, trots osäker kunskap och risk för kostnader för det allmänna.

Skyddsutrustning är till för att skydda såväl arbetstagare som vårdtagare. För dessa två skyddsintressen finns olika uppsättningar föreskrifter och riktlinjer och frågorna faller under olika myndigheter, främst Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket. I vårt första delbetänkande konstaterade vi att

det borde tidigt ha funnits ett samstämmigt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folk-

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

Det står nu klart att de olika budskapen har sin förklaring i att de båda myndigheterna faktiskt hade olika uppfattning om användningen av skyddsutrustning och inte kunde enas. Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten borde under de extrema förhållanden som rådde våren 2020 ha varit transparenta med att det rådde brist på skyddsutrustning. Myndigheterna borde ha lämnat riktlinjer eller stöd till vårdgivarna som tydligt angav vilka åtgärder som i brist-situationen kunde vidtas för att minska smittriskerna för arbetstagare och vårdtagare. Det är svårt att se Arbetsmiljöverkets agerande som något annat än ett svek mot alla de arbetstagare som i en akut bristsituation var tvungna att utföra vård och omsorg utan adekvat skyddsutrustning och annat stöd för att skydda sig på alternativa sätt. Detta gällde framför allt inom den kommunala vården och omsorgen.

Även efterfrågan på vissa läkemedel ökade under våren 2020. Den högre efterfrågan ledde bl.a. till brist på vissa intensivvårdsläkemedel. Generellt sett har läkemedelstillgången dock varit relativt god under pandemin och de allra flesta har fått tillgång till sina läkemedel. Sverige stod bättre rustat inför pandemin när det gäller läkemedel än i fråga om skyddsutrustning.

Hälso- och sjukvården under pandemin

Hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera pandemin

Den svenska sjukvården har under pandemin genomgått prövningar som saknar motsvarighet under modern tid. Det fanns ett antal brister i svensk sjukvård redan före pandemin som kan ha påverkat dess förmåga att hantera virusutbrottet. Det handlar exempelvis om att hälso- och sjukvårdssystemet – i internationell jämförelse – uppvisar svaga resultat i att skapa kontinuitet och tillgänglighet. En annan svaghet är IT-system som inte kommunicerar med varandra och brist på data som försvårar en uppföljning. Flera av dessa aspekter betonade kommissionen redan i det första delbetänkandet, liksom bristen på hälso- och sjukvårdspersonal i såväl regioner som kommuner före pandemin.

Men svensk hälso- och sjukvård har också styrkor som kommissionen bedömer har varit viktiga för förmågan att hantera pandemin: goda medicinska resultat, en högt utvecklad högspecialiserad vård och en hög grad av digitalisering.

I mars och april 2020 ökade antalet inläggningar på sjukhus och IVA mycket snabbt. Detta gällde framför allt Stockholm och Västra Götaland. Den andra vågen började i oktober 2020, men antalet inläggningar ökade då inte i samma takt som under våren 2020 – även om de till slut steg till de allra högsta nivåerna under pandemin på många sjukhus. I jämförelse med andra EU-länder har Sverige haft lägst antal sjukhusplatser per invånare. Lokalbehovet för patienter med covid-19 var därför stort i alla regioner. Det ställde krav på en extremt snabb förmåga till omställning och omdisponering av befintliga resurser.

Utifrån egna undersökningar och två underlagsrapporter om infektionssjukvården respektive IVA-vården kan kommissionen konstatera att hälso- och sjukvården i stort klarade av denna omställning. Patienter med behov av sjukhusvård för covid-19 tycks överlag ha fått vård. Det verkar i stort även gälla IVA-vård. Denna omställning har skett trots avsaknad av inövade pandemiplaner och extra kapacitet. Priset för omställningen har varit högt för vårdpersonalen. De har många gånger pressats till insatser långt utöver vad som är rimligt att begära. Bristen på personal före pandemin blev än mer accentuerad i och med att patienters vårdbehov och sjukfrånvaron hos personalen ökade kraftigt. Vården har fått hantera pandemin genom att utnyttja den befintliga personalen intill bristningsgränsen. Personalen har arbetat övertid och förskjutit och begränsat sina semestrar. Bristen på skyddsutrustning har, framför allt under första vågen, orsakat stor oro och stress. Vårdpersonal har vittnat om en ständigt närvarande oro för att smittas, smitta andra patienter och sin egen familj. Personalen har även beskrivit hur den pressade situationen, med många svårt sjuka, där man inte upplevt sig räcka till för sina patienter också har skapat en etisk stress. Pandemin har på ett tydligt sätt visat att personalförsörjningen i vården saknar marginaler.

Kommissionen anser att bemanningsfrågor måste ingå i sjukvårdens beredskapsplanering. En första åtgärd för att råda bot på den brist som rådde redan före pandemin måste vara att regioner och kommuner ger hälso- och sjukvårdens personal sådana arbetsvillkor att de väljer att stanna och utvecklas i yrket.

Den privata vården har bidragit genom att låna ut personal, vårda covid-19-patienter och ta över operationer. Men det finns likväl skäl att överväga att – genom lag eller avtal – föreskriva att åtminstone de privata vårdgivare som får del av offentliga medel också har en skyldighet att ge offentliga vårdgivare stöd i en nationell kris. Det gäller förstås särskilt i de regioner där privata vårdgivare är vanligt förekommande.

Samverkan mellan regioner och mellan regioner och kommuner har förbättrats och fördjupats. Det har delvis skett genom vårddyrkenas egna organisationer och SKR har spelat en viktig samordnande roll. Digitala arbetssätt har blivit vanligare, mobila team har kommit till och gemensamma utbildningar har genomförts. Samtidigt har många utvecklingsprojekt fått stå tillbaka.

Kommissionens slutsats är att regioner och kommuner ytterligare behöver stärka sin samverkan för att under normala omständigheter kunna säkerställa att patienterna får en god och samordnad vård och omsorg. Bristen på samordning är särskilt påtaglig när det gäller digitala system som kommunicerar med varandra och ger möjlighet att utbyta information. En stärkt samverkan rymmer alltså aspekter allt ifrån vårdens styrning till sammanhållna och patientcenterade journalsystem.

Kommissionen anser också att en utvecklad nationell uppföljning med möjligheter till realtidsdata och uppföljning i efterhand måste ges hög prioritet framöver. Kommissionen anser även att det är viktigt att bygga upp kunskap om postcovid och att sprida denna inom primärvården och andra vårdformer som möter dessa patienter.

Inställd och uppskjuten vård

Vården av covid-19-patienter har trängt undan annan vård och verksamhet. De fysiska besöken inom primärvård och specialiserad vård har minskat (men de digitala besöken har ökat) och planerade operationer har ställts in. Rehabilitering av både covid-19-sjuka och patienter med annan diagnos har också fått stå tillbaka. Samtidigt syns tydliga tecken på att människor medvetet har avstått ifrån att söka vård för att undvika att bli smittade, smitta andra eller belasta vården. Kommissionen har kunnat göra en preliminär bedömning av dessa indirekta effekter med hjälp av ännu en underlagsrapport.

Barnhälsovården verkar ha påverkats endast marginellt och även mödravården visar på goda resultat och små förändringar överlag jämfört med tidigare år. Antalet hjärtinfarkter har sjunkit. För grupper med kronisk sjukdom som ledgångsreumatism eller diabetes har antalet vårdbesök minskat. Inom diabetesvården har därför kontroller av ögon- och fotstatus blivit mindre frekventa, vilket är oroande eftersom bestående skador kan ha uppkommit. Besöksfrekvensen inom psykiatrin är oförändrad om man tar hänsyn till både distansbesök och fysiska besök.

Inom cancervården har man sett en nedgång i antalet nya rapporterade fall på över 6 procent. Vissa regioner har helt lagt ner screeningverksamheten för bröstcancer. Uppföljningen av PSA-test för prostatacancer har minskat. Även screeningen för livmoderhalscancer har minskat med nästan 5 procent, dock med stora regionala skillnader. Planerad kirurgi visar på en nedgång med 11 procent, medan akut kirurgi visar på en mindre uppgång med 3 procent.

De prioriteringar som vården tvingats göra har kännetecknats av pragmatism och rimliga överväganden. Erfarenheter från den första vågen tycks ha tagits väl till vara i senare skeden. Det är dock viktigt att påpeka att det ännu inte går att bedöma de långsiktiga hälsoeffekterna av den inställda och uppskjutna vården.

Indirekta konsekvenser av pandemin

Den sociala isoleringens pris

Pandemin har i grunden förändrat många människors försörjning, boendesituation, arbetsförhållanden, studiemiljö och – inte minst – sociala kontakter. I likhet med ohälsa och dödsfall till följd av covid-19 har pandemin drabbat ojämnt även i fråga om de indirekta konsekvenserna för människors välbefinnande, livsvillkor m.m. Det är tydligt att redan utsatta och sårbara grupper har blivit drabbade hårdare än andra och att socioekonomiska och medicinska faktorer har stor betydelse.

Något som också blivit tydligt i en omfattande samhällskris som denna är civilsamhällets viktiga roll för människor. För vissa personer har civilsamhällets stöd varit avgörande under pandemin. Kompetensen och erfarenheterna i civilsamhället måste därför bättre tas till vara bättre i nästa kris.

Många äldre har känt en djup oro för allvarlig sjukdom och för att inte få vård. Rekommendationen om social isolering som riktat sig till äldre har lett till sämre psykisk hälsa för vissa grupper och riskerat försämra deras fysiska hälsa. Civilsamhällets organisationer vittnar om att många äldre har haft en oerhört tung tid och att många fortfarande har det.

Också för många personer med funktionsnedsättning har pandemin blivit mycket kännbar. Rapporter talar om ett tydligt försämrat välbefinnande hos personer med funktionsnedsättning, framför allt hos dem med neuropsykiatriska och intellektuella funktionsnedsättningar. Även om omsorgs- och vårdinsatser för barn och unga med funktionsnedsättning inte påverkats i någon mer omfattande utsträckning, har konsekvenserna och belastningen för många familjer blivit mycket stora. Civilsamhällets organisationer rapporterar även att den psykiska ohälsan hos barn ökat.

De flesta i befolkningen har fortfarande ett gott allmänt hälsotillstånd, även om lättare psykiska besvär fortfarande är vanliga. Men det finns också studier som talar för att den psykiska ohälsan ökat. Socialstyrelsen har dock hittills inte sett några stora förändringar jämfört med tidigare år när det gäller inrapporterade psykiatriska tillstånd från hälso- och sjukvården.

För personer med beroendeproblem saknas entydig information om missbruket har ökat eller minskat, men lägesbilder och myndighetsrapporter ger en tydlig bild av sociala problem och utsatthet.

Den ökade digitaliseringen har ökat de sociala kontakterna och underlättat vårdkontakterna för många men har för andra lett till att utanförskapet vuxit. Det gäller inte minst för vissa äldre och personer med funktionsnedsättning. Detta kan t.ex. bero på ovana, oförmåga och bristande tillgång till utrustning.

När det gäller hur pandemin påverkat våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck finns inte heller någon entydig bild, delvis beroende på att statistiska uppgifter saknas. Det finns dock bland de olika aktörerna på området en stor oro för ett ökat behov av stödinsatser och att pandemin kommer att få långsiktiga konsekvenser för denna typ av utsatthet.

Det är ännu inte möjligt att se de sammantagna och fulla konsekvenserna av pandemin och det finns flera svårigheter i att bedöma det uppdämda behovet av sociala insatser. En sådan är att det saknas statistik och datakällor för att få en mer fullständig bild. Kommiss-

ionen har trots det försökt att ge en inblick i den s.k. sociala skuld som har uppstått eller riskerar att uppstå till följd av pandemin.

Även om den sociala skulden inte framstår som så omfattande som man först kunde befara är kommissionens bedömning att det sannolikt kommer att finnas ett utökat behov av stöd och insatser till följd av pandemin. Det som talar för detta är framför allt den kraftiga ökningen av ej verkställda beslut om olika insatser under 2020 som rapporterats in till IVO, och den oro som bl.a. civilsamhällets organisationer uttrycker. Den sociala skulden kommer sannolikt också att visa sig vara ojämnt fördelad.

Kommissionen anser att ytterligare uppföljningar och forskning måste komma till stånd även på detta område för att skapa en mer fullständig bild av de negativa konsekvenser som pandemin orsakat för enskilda.

Fjärr- och distansundervisningens effekter

Under pandemin övergick ett antal undervisningsformer till fjärr- och distansundervisning. I gymnasieskolan gällde det all undervisning under våren 2020 och viss undervisning fram till våren 2021. Grundskolor och förskolor har i stort varit öppna, även om en del högstadieskolor bedrivit undervisning på distans. Nästan all undervisning inom vuxenutbildningen samt vid högskolor och universitet har skett på distans under hela pandemin och börjar först nu öppna upp.

Kommissionen kan konstatera att tillgången till utbildning har varit god, men att omställningen till distansundervisning har medfört svårigheter. Det gäller särskilt yrkesinriktade utbildningar som haft svårt att ersätta en del av utbildningarnas praktiska delar.

Redan innan pandemin fanns skillnader i undervisningskvalitet och skolresultat mellan olika skolor och olika grupper av unga. Dessa skillnader har till en del blivit större under pandemin. Distansundervisningen har passat vissa, men långt ifrån alla. Våren 2020 blev särskilt kaotisk för gymnasieungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Likvärdigheten i den svenska skolan har därmed blivit sämre under pandemin.

De undersökningar och uppföljningar som gjorts i Sverige indikerar att stress och oro hos elever och studenter har ökat under den

tid som undervisning har bedrivits på distans, särskilt hos gymnasieelever. Det finns dock ännu ingen entydig bild, vare sig i svenska eller internationella undersökningar, om de stängda skolorna under pandemin har bidragit till en ökad psykisk ohälsa hos ungdomar. Kommissionen har fått in en underlagsrapport om fjärr- och distansundervisningens effekter på kunskaper och psykisk ohälsa. Den visar att elevers och studenters dokumenterade resultat i form av betyg i högstadie- och gymnasieskolan samt vid olika universitet och högskolor i stort är oförändrade.

Det är inte möjligt att redan nu bedöma de fulla konsekvenserna av fjärr- och distansundervisningen för skolresultat, psykisk ohälsa hos unga eller den kunskapsbrist som kan ha uppstått hos vissa elever och studenter. Kommissionen anser att det måste ske en uppföljning av kunskapsutvecklingen bland främst de elever som fått gå delar av gymnasiet på distans. Det är också viktigt att följa upp den psykiska ohälsan för dessa elever.

Brister bakom den svenska pandemihanteringen

Smittskyddslagstiftningen är otillräcklig

Innehållet i smittskyddslagen är centralt för möjligheterna att hantera en pandemi. Lagen bygger på frivillighet och personligt ansvar men innehåller även flera grundläggande verktyg för att motverka spridning av smittsamma sjukdomar: provtagning, smittspårning, förhållningsregler, karantän, isolering och avspärning. Flera verktyg som borde ha kunnat användas har inte tagits i bruk. Vissa har använts i för liten utsträckning och enstaka verktyg har inte kunnat användas alls.

Kommissionen konstaterar att smittskyddslagen i flera avseenden visat sig vara otillräcklig för att hantera en pandemi då lagen är alltför individriktad. I en pandemi gäller det inte bara att ta hand om enstaka individer utan om att skydda en hel befolkning.

Isolering kan bara användas om sjuk- och smittfallen är relativt få eftersom lagen föreskriver att isolering måste ske på sjukvårdsinrättning. Detta har knappast kunnat komma i fråga under pandemin med hänsyn till bristen på vårdplatser. Isolering förutsätter även att smittskyddsläkaren ger in en ansökan till allmän förvaltningsdom-

stol, vilket i det närmaste är ogenomförbart när många är sjuka samtidigt.

Även om vissa åtgärder i smittskyddslagen rent rättsligt hade kunnat användas har det funnits andra praktiska eller administrativa hinder eller svårigheter, t.ex. avsaknad av lokaler för att avskilja grupper av resenärer för inresekontroll eller för karantän.

Andra verktyg – som t.ex. besöksförbud och restriktioner för restauranger – saknas helt i smittskyddslagen och har i stället fått införas med stöd av mera allmänt hållna bemyndiganden i andra regelverk. Regeringen har dessutom i två omgångar tvingats ta fram ny, mera ingripande lagstiftning.

Smittskyddslagen saknar alltså i flera avseenden skarpa och användbara verktyg för att hantera en allvarlig pandemi. Att tvingas vidta alternativa åtgärder med stöd av annan lagstiftning har inte bara försvårat en snabb hantering utan begränsat också vilka insatser som alls kan göras.

Smittskyddsläkarna bör få en starkare ställning

Varje region är skyldig att ha en smittskyddsläkare. Hen har en central roll i samhällets smittskydd samt har ansvar för att leda och organisera regionens smittskyddsarbete. Smittskyddsläkaren ska stå självständig i frågor som gäller myndighetsutövning. Regionen har dock som huvudman det övergripande ansvaret för planering, organisering och finansiering av verksamheten. Detta otydliga förhållande mellan region och smittskyddsläkare – en smittskyddsfunktion som ska agera under stort oberoende, men är beroende av huvudmannens ekonomiska och organisatoriska muskler – har diskuterats redan i förarbetena till smittskyddslagen. Kommissionen har erfarit att smittskyddsläkarens ställning och inflytande varierar avsevärt mellan olika regioner.

Relationen mellan enskilda smittskyddsläkare och Folkhälsomyndigheten är inte heller tydlig. Kommissionens intryck är att det ibland varit oklart huruvida smittskyddsläkare kan och bör göra bedömningar som avviker från myndighetens. Det borde inte ha varit oklart: Folkhälsomyndigheten har en samordnande roll men smittskyddsläkarna bestämmer vilka smittskyddsåtgärder som ska vidtas.

Kommissionen anser därför att smittskyddsläkarnas ställning måste stärkas och göras tydlig. Hur en sådan ordning bör se ut måste dock utredas vidare. Det gäller att finna en rimlig balans mellan starka och beslutskompetenta smittskyddsexperter ute i landet å ena sidan och en möjlighet till ett samlat nationellt agerande som kan behövas i en pandemi å den andra. En sak man bör överväga är om det inte också behövs smittskyddsexpertis på lokal nivå.

En undermålig pandemiberedskap

Knappast någon regering eller myndighet hade i februari 2020 klart för sig hur omfattande eller långvarig pandemin skulle komma att bli. Sverige, i likhet med flertalet andra länder, var inte förberett.

Nuvarande och tidigare regeringar borde ha åtgärdat de brister i pandemiberedskapen som flera tidigare granskningar identifierat och påtalat. Riksrevisionens granskning 2008, liksom MSB:s och Socialstyrelsens utvärdering av hanteringen av svininfluensan 2010, visade redan då på brister i fråga om ledning, organisation och samverkan när det gäller att hantera en pandemi.

Flera länsstyrelser och kommuner saknade pandemiplaner innan pandemin bröt ut, och i de fall sådana planer fanns var de oftast inte uppdaterade eller integrerade i verksamheten. Regionala och centrala aktörer hade inte heller övat i någon större omfattning eller inkluderat privata vård- och omsorgsgivare i övningarna.

Sveriges pandemiberedskap har vidare varit alltför ensidig då den, liksom i andra länder, huvudsakligen utgått från influensapandemier. En typisk influensapandemi har ett relativt kort sjukdomsförlopp, kända smittvägar och goda utsikter att snabbt få ett vaccin på plats. Under det första skedet av coronapandemin kan detta ha bidragit till att myndigheterna tog vissa beslut alltför sent. Det kan också ha bidragit till att man inte tog höjd för ett omfattande och långvarigt behov av skyddsutrustning eller provtagning och smittspårning.

När det gäller materiell beredskap saknade Sverige under våren 2020 i allt väsentligt beredskapslager för sjukvårdsprodukter och läkemedel och bristen på personlig skyddsutrustning blev omgående akut. Beredskapen i detta avseende måste stärkas, liksom beredskapen i hälso- och sjukvården avseende lokaler och personal.

Dessa brister kan inte föranleda någon annan slutsats än att den svenska pandemiberedskapen var undermålig.

Samtidigt vill kommissionen understryka att beredskapsplaner inte är tillräckliga för att kunna hantera en mer omfattande kris. Det måste även finnas en mental beredskap som innebär att man vågar agera i tid och fatta ingripande beslut på ett mycket osäkert underlag.

Det är förmodligen inte möjligt att vara fullt förberedd för utbrott av ett okänt virus som leder till en pandemi vars allvar och utsträckning i tid är svårt att förutse. Men en lärdom bör vara att man kontinuerligt måste öva förmågan att tänka kreativt och proaktivt. Att tänka nytt kan också kräva att beslutsfattare aktivt söker kunskap och erfarenheter från utomstående experter, som universitet och högskolor, civilsamhället eller andra icke-myndighetsorgan.

Ett stort antal aktörer på olika nivåer har ansvar för smittskydd och pandemihantering. Det är anmärkningsvärt att ingen instans har ett ansvar för att följa upp och stödja dessa aktörers pandemiberedskap eller pandemiplaner, inklusive deras lagerhållning och personalförsörjning. Kommissionen anser att Folkhälsomyndigheten eller annan central förvaltningsmyndighet bör få ett tydligt och lagstadgat sådant uppdrag.

En problematisk ansvarsfördelning

Ett stort antal svenska myndigheter och aktörer – både offentliga och privata – har anknytning till smittskydd, pandemiberedskap och pandemihantering. De verkar på olika förvaltningsnivåer. Folkhälsomyndigheten har ett samordnande ansvar för smittskyddet på nationell nivå medan regioner och kommuner har det operativa ansvaret. Regioner och kommuner har samtidigt en långtgående självstyrelse. Den s.k. ansvarsprincipen ger dessa aktörer samma svarsområden under en kris som i normala tider. Detta skapar sammantaget ett decentraliserat men också fragmenterat system och leder till att ansvaret blir utspädd och otydligt. Det kan också bidra till att enstaka aktörer bortser från de nationella konsekvenserna i sin planering före pandemin.

Den rådande formella ansvarsfördelningen mellan de olika statliga myndigheterna med anknytning till smittskyddsområdet ger inte någon av dem uppgiften att leda andra myndigheter i en om-

fattande kris. Det var därför inte givet på förhand hur hanteringen de facto skulle komma att organiseras under pandemin. Folkhälsomyndigheten har dock tagit den ledande rollen i pandemibekämpningen.

Kommissionen anser att det kan finnas fördelar med att en myndighet har ett brett perspektiv och ansvarar för såväl smittskydd som hela paletten av övriga folkhälsofrågor under normala förhållanden. Men under en sådan omfattande och utdragen samhällskris som pandemin, finns det tydliga risker med att låta en myndighet göra svåra avvägningar mellan smittskydd och andra samhällseliga värden. Det kan också vara problematiskt att en och samma myndighet får ansvar för att bedöma både risker (riskvärdering) och möjliga åtgärder (krishantering).

Kommissionen avser att i slutbetänkandet återkomma till dessa specifika och allmänna frågor om Folkhälsomyndighetens organisation, uppgifter och pandemihantering liksom till frågan om fördelningen av ansvaret för krishanteringen i stort.

Pandemin väcker också frågor om hur man bör utforma den statliga styrningen av den kommunala nivån för att garantera en effektiv krishantering i samhället. Hälso- och sjukvårdens huvudmän är 21 regioner och 290 kommuner som styrs av direktvalda politiker. Mot bakgrund av den existerande hälso- och sjukvårdslagstiftningen (generella regler i en ramlagstiftning) och den kommunala självstyrelsen har regioner och kommuner ett långtgående självbestämmande på området. Det decentraliserade ansvaret tillsammans med ansvarsprincipen har bl.a. inneburit att den statliga styrningen av vården, förutom genom lag och förordning, fått ske genom överenskommelser mellan regeringen och SKR.

SKR har fått en mycket central roll i pandemibekämpningen och har i avsaknad av andra alternativ fullgjort en nödvändig uppgift för samordning och för att överbrygga problemen med det decentraliserade systemet. Det är emellertid i flera avseenden problematiskt att en betydande del av ansvaret för den faktiska pandemibekämpningen har fått vila på en arbetsgivar- och intresseorganisation som SKR.

Kommissionen anser sammanfattningsvis att det sätt på vilket Sverige valt att organisera sitt smittskydd har gett upphov till en rad problem när det gäller att bekämpa pandemin. Dessa problem återkommer vi till i slutbetänkandet.

1 Inledning

När Coronakommissionen tillsattes, vid halvårsskiftet 2020, hade nog många en förhoppning om att det värsta låg bakom oss och att pandemin var på väg att ebba ut. Det skulle då ha varit möjligt för oss att blicka bakåt och utvärdera Sveriges regelverk och institutioner och de faktiska beslut som olika aktörer fattat i ett stort sett avslutat skede. Men verkligheten blev en annan. Pandemin är nu, mer än ett år senare, inte ett avslutat kapitel, vare sig i vårt land eller i världen i stort.

Detta har försvårat kommissionens arbete och får effekter för hur vi redovisar vårt uppdrag. De utvärderingar som vi förväntas göra måste bygga på så solid grund som möjligt. I början av nästa år kommer vi att veta mer än idag. Vi har därför valt att betrakta detta delbetänkande och slutbetänkandet i februari 2022 som en sammanhängande helhet inom vars ram vi redovisar vårt uppdrag.

Vi har således tagit oss friheten att låta vissa frågor anstå till slutbetänkandet, trots att våra direktiv hänför dem till det betänkande vi nu redovisar. Men ingen ska tro att vi därigenom försöker undvika de svåra och grannliga bedömningar som vårt uppdrag rymmer. De ska göras när vi vet ännu lite mer.

Det finns förstås vissa aspekter som knappast låter sig slutgiltigt utvärderas ens i februari 2022, som t.ex. de mera långsiktiga effekterna av inställd och uppskjuten vård liksom av undervisning på distans.

Vi koncentrerar detta delbetänkande på två viktiga aspekter av pandemin och dess bekämpning. De avspeglar sig i betänkandets två volymer. Volym 1 tar sålunda sikte på smittspridningen och smittskyddet, det senare dock i en något avgränsad mening: icke-medicinska åtgärder, provtagning och smittspårning samt tillgång till och användning av skyddsutrustning. Volym 2 tar sikte på folkhälsan i vid mening under pandemin samt hur sjukvården klarat att hantera

virusutbrottet. Vad gäller båda dessa aspekter anser vi att det är möjligt att redan nu dra vissa slutsatser. Men bäge väcker ytterligare frågor som vi får anledning att återkomma till. Det gäller inte minst vår bedömning av om de olika åtgärder som regering och myndigheter vidtagit har inneburit rimliga avvägningar mellan de troliga effekterna på smittskydd, folkhälsa och samhället i stort.

Vi vill också påminna om att kommissionens uppdrag inte omfattar vaccinationerna mot covid-19, en fråga som upptagit en stor del av det offentliga samtalet under detta år. Vi kommer alltså inte att behandla just den delen av smittskyddsarbetet i vare sig detta betänkande eller slutbetänkandet. Det innebär att denna betydande del av EU-samarbetet under pandemibekämpningen därmed inte kommer att belysas.

Kommissionens arbete

Kommissionen har sedan det första delbetänkandet avlämnades hållit elva sammanträden. Flertalet har fått genomföras i digital form.

Kommissionen och vårt sekretariat har, liksom inför vårt första delbetänkande om äldreomsorgen under pandemin, samtalat med ett stort antal aktörer och andra berörda. Kommissionen har vid flera av sina sammanträden hållit utfrågningar av myndighetsföreträdare och andra aktörer. Detaljerade förteckningar över de personer som vi träffat eller frågat ut finns i slutet av betänkandet.

Vi har förstås även denna gång tagit del av en mängd rapporter, kartläggningar och artiklar från exempelvis myndigheter, forskare, intresseorganisationer av olika slag, samt professionella och fackliga organisationer.

Vi har också fortsatt samarbetet med tre expertgrupper som kommissionen knutit till sig på områdena smittskydd och smittspridning, ekonomiska och sociala konsekvenser samt krisberedskap och krishantering. Expertgruppernas sammansättning redovisas även i slutet av betänkandet.

Kommissionen har inför detta delbetänkande också vinnlagt sig om att försöka bidra med ny kunskap. Vi initierade därför under slutet av 2020 – i samarbete med forskare vid Stockholms universitet – *Ett forskningsprogram om covid-19 i Sverige: Smittspridning, bekämpning och effekter på individer och samhälle*. Programmet bygger

på en mycket omfattande insamling av uppgifter om medicinska och socioekonomiska utfall, oftast på individnivå, från ett stort antal källor. Som framgår av hänvisningar i betänkandet har programmets forskare som direkt deltar i kommissionens arbete ibland bearbetat dessa data för diskussionen i betänkandet.

Ett trettiotal externa forskare vid olika lärosäten och institutioner deltar vid det här laget i programmet. Åtskilliga av dem har inför detta betänkande använt programmets data för att skriva om centrala frågor i underlagsrapporter till kommissionen. Vi har också anlitat några fristående experter som även de har försett oss med underlagsrapporter. Vi har hittills sammanlagt fått tretton sådana rapporter, varav elva har bidragit med värdefull ny kunskap som underlag till detta betänkande. (Två rapporter behandlar kommunikation till allmänheten; ett ämne som vi bestämt att ta upp först i slutbetänkandet.)

I slutet av betänkandet finns en närmare beskrivning av forskningsprogrammet liksom en förteckning över underlagsrapporterna. De rapporter som gett underlag till detta delbetänkande publiceras samtidigt på kommissionens webbplats.

Betänkandets uppläggning

Efter en sammanfattning av innehållet i delbetänkandets båda volymer inleder vi volym 1 med en bakgrund till diskussionen om smittskyddet. Kapitel 2 tecknar en översiktlig bild av hur pandemin utvecklats över tid internationellt och i vårt land. Kapitel 3 skildrar sedan vad vi tror oss veta om hur viruset kom till Sverige och spreds vidare här.

Efter denna inledande beskrivning av ett slags nuläge och virusets intåg övergår vi till att i tre kapitel redovisa det svenska smittskyddets uppbyggnad och beredskap samt åtgärder för att begränsa smittspridningen.

I kapitel 4 ger vi en översiktlig beskrivning av det svenska smittskyddets rättsliga reglering, institutioner och aktörer, i relief till tidigare reformer i Sverige och nuvarande ordning i våra nordiska grannländer. I kapitel 5 beskriver vi, mot en bakgrund av det internationella samarbetet på området, hur den svenska pandemiberedskapen tedde sig inför virusets utbrott. Kapitel 6 skildrar flera av de

smittskyddsåtgärder som främst regeringen och Folkhälsomyndigheten vidtagit under och inför pandemins olika vågor.

Sist i volym 1 följer tre mera detaljerade kapitel. I kapitel 7 och 8 skildrar vi vad vi funnit om hur en mera omfattande provtagning och smittspårning byggdes upp i Sverige samt hur bristen på skyddsutrustning i omsorg och hälso- och sjukvård har hanterats. En parallell diskussion om tillgången på läkemedel avslutar volymen.

Ett viktigt tema för betänkandets volym 2 är frågan hur den svenska hälso- och sjukvården har tacklat de utmaningar som pandemin ställt den inför.

Även denna volym börjar med en översikt av institutionerna. Kapitel 10 ger sålunda en bred överblick av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Kapitel 11 skildrar hur vården faktiskt kom att manövrera mötet med pandemin. Kapitel 12 knyter an till de närmast föregående genom att ge en översikt över inställd och uppskjuten vård, alltså av de undanträngningseffekter som vården av covid-19-patienter resulterat i.

Kapitel 13 vrider så uppmärksamheten ifrån pandemins effekter på befolkningen i stort till de effekter vi kan se inom olika grupper och försöker identifiera vilka som drabbats särskilt illa.

I kapitel 14 återvänder vi till temat från vårt första delbetänkande, nämligen smittspridningen i äldreomsorgen. Vi redovisar där resultat från två underlagsrapporter till kommissionen.

Vi vänder oss sedan mot andra aspekter av folkhälsan i vid mening. I kapitel 15 försöker vi, under rubriken den sociala isoleringens pris, ge en sammanfattande bred översiktlig bild av hur pandemin, liksom vidtagna smittskyddsåtgärder och rekommendationer, påverkat olika grupper i samhället.

Därefter, i kapitel 16, ger vi i anslutning till det föregående kapitlet en bild av uppdämda behov inom det sociala området genom att skildra hur pandemin påverkat omsorgsbehov utanför sjukvården.

I kapitel 17 redovisar vi vad vi i detta tidiga skede tror oss kunna säga om fjärr- och distansundervisningens effekter.

I det avslutande kapitlet i volym 2 gör kommissionen sina sammanfattande bedömningar av vad vi funnit i detta delbetänkande.

2 Sverige i pandemin

Detta kapitel tecknar en kort bakgrund till vårt betänkande genom att presentera ett antal basfakta kring smittspridningen på olika nivåer, från det globala perspektivet ner till skillnader mellan landets regioner.

Kapitlet börjar med en kort översikt av pandemins utveckling i världen sedan tidig vår 2020. Europa blev pandemins första stora epicentrum i mars 2020 och fick sedan se en andra våg under hösten 2020/vintern 2021. Då den europeiska smittspridningen är av särskilt intresse för utvecklingen i Sverige, redogör vi för pandemins förlopp i olika europeiska länder under dessa två vågor. Den internationella överblickens utgör avsnitt 2.1 av kapitlet.

Vi ägnar dock den största delen av kapitlet åt avsnitt 2.2 som beskriver pandemin i Sverige. En fråga av stort intresse är hur snabbt viruset spred sig under den allra första fasen av pandemin, nämligen i mars 2020. Eftersom ytterst få blev testade i denna månad kom mycket av pandemiövervakningen i den inledande fasen att luta sig mot statistik från sjukhusen om antalet inlagda och intensivvårdade, samt om avlidna med covid-19. Med många och långa eftersläpningar – inkubationstid, sjukdomstid, vårdtid och rapporteringstid – ger dock dylika indikatorer utslag först flera veckor efter det att smittan börjat spridas ordentligt. De ger också utrymme för ett stort mörkertal. Vi visar att alternativa mått på den nationella smittspridningen ger en annorlunda bild, framför allt tyder de på en tämligen dramatisk uppgång redan de första veckorna i mars. Vi avslutar detta avsnitt med en jämförelse av smittspridningen i den första och andra vågen i olika svenska regioner. Avsnitt 2.3 ger en kort sammanfattning av kapitlet.

2.1 Pandemin globalt och i Europa

Hur pandemin började

Såvitt vi nu vet började viruset SARS-CoV-2, som orsakar sjukdomen covid-19, spridas i den kinesiska staden Wuhan i Hubeiprovinnsen någon gång under slutet av 2019.¹ Till att börja med kopplade tillgängliga rapporter ihop virusets utbrott med en marknad för levande djur och det fanns inget känt fall av smitta mellan människor. Tidiga bedömningar från EUs: smittskyddsmyndighet, ECDC, gjorde också gällande att risken var låg för att viruset och sjukdomen skulle sprida sig till Europa.²

Dessa bedömningar kom dock ordentligt på skam redan under januari 2020, med nya meddelanden om fall från ytterligare länder, i Thailand, Japan och Sydkorea,³ i stort sett samtidigt i USA⁴ och kort därefter i Frankrike.⁵ Nyheten om det första fallet av covid-19 i Sverige kom den 31 januari. Det rörde sig om en person som insjuknat efter ett besök i Wuhan.⁶

Under februari rapporterade allt fler länder att viruset börjat sprida sig lokalt,⁷ med tidiga omfattande utbrott i Sydkorea, Italien och Iran. Den 11 mars deklarerade WHO att världen befann sig i en pandemi⁸ och samma dag kom nyheten om det första dödsfallet i Sverige.⁹ Därefter eskalerade smittspridningen snabbt.

¹ WHO (2020), *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 1*.

² ECDC (2020), *Threat assessment Brief: Pneumonia cases possibly associated with a novel coronavirus in Wuhan, China*.

³ WHO (2020), *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 1*.

⁴ CDC (2020), *First Travel-related Case of 2019 Novel Coronavirus Detected in United States*, Pressmeddelande.

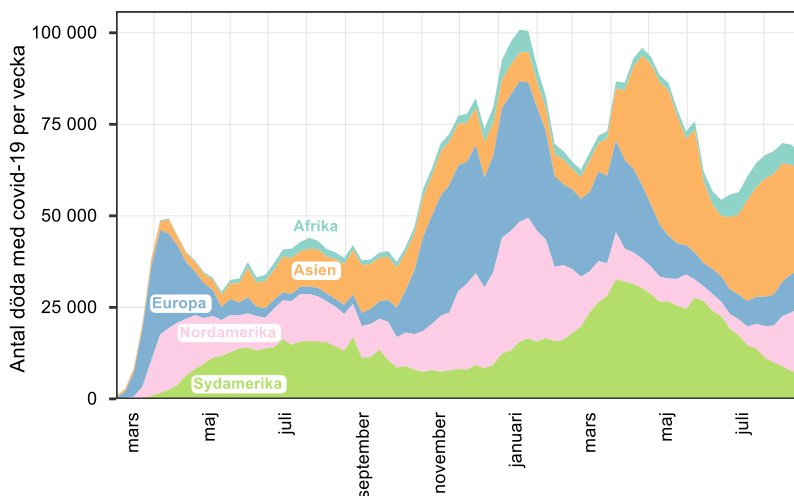
⁵ SVT (2020), *Coronaviruset har nått Europa – bekräftade fall i Frankrike*, SVT, webbartikel (besökt den 6 oktober 2021).

⁶ Folkhälsomyndigheten (2020), *Bekräftat fall av nytt coronavirus i Sverige*, Pressmeddelande.

⁷ ECDC (2020), *Risk assessment: Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): increased transmission beyond China – fourth update*.

⁸ WHO (2020), *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*, WHO, Webbartikel (besökt den 6 oktober 2021).

⁹ Läkartidningen, *Första dödsfallet kopplat till Covid-19*, den 11 mars 2020.

*Den globala pandemin***Figur 2.1** Pandemins globala utveckling från och med februari 2020 till och med augusti 2021

Källor: Data från Johns Hopkinsuniversitetet, sammanställt av Our World in Data, samt Socialstyrelsens dödsorsaksregister för Sverige.

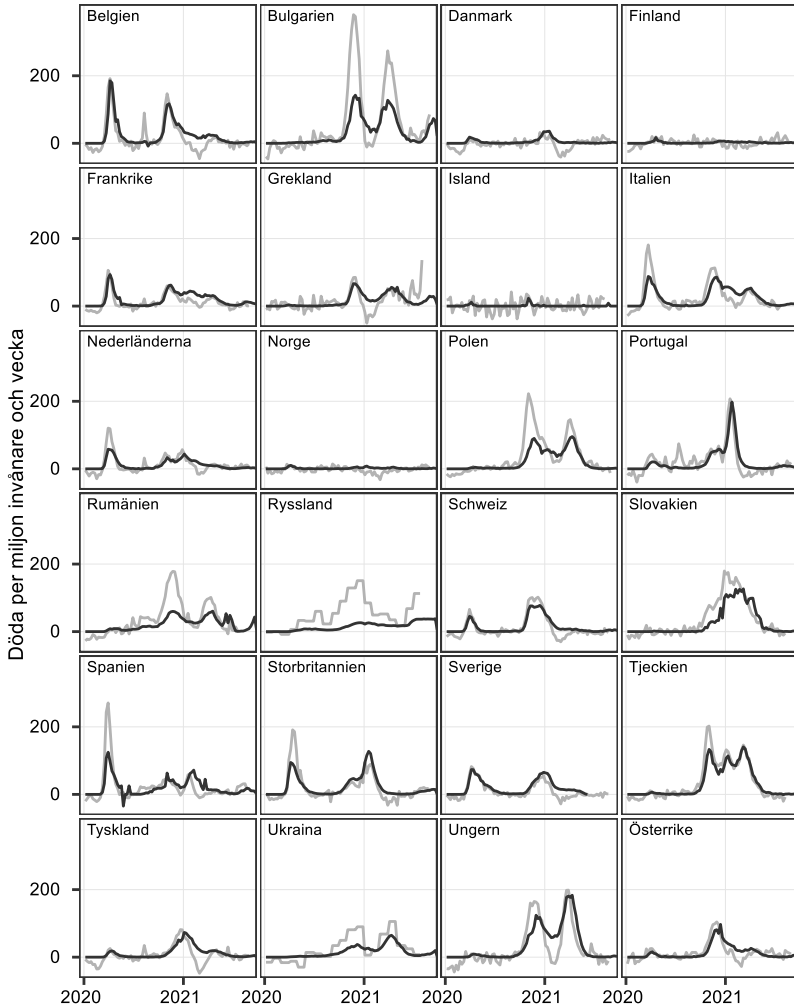
Figur 2.1 visar antalet globala registrerade dödsfall i covid-19, uppdelat på olika världsdelar under olika veckor, från och med februari 2020 till och med sommaren 2021. Antalet döda per vecka når 25 000 redan under mitten av mars 2020 – ett tecken på omfattande smittspridning redan i februari – och nära 50 000 i slutet av månaden. Därefter svallar spridningen fram och tillbaka i återkommande vågor som växelvis sköljer över olika världsdelar. Den böljande utvecklingen speglar dels smittspridningens dynamik, dels det faktum att mutationer i virusets genetiska kod (RNA) skapar nya varianter av viruset som först sprider sig på någon kontinent och sedan till andra. Till detta kommer att de nya varianter som är mer smittsamma – liksom alfa och delta – kan ta över spridningen.

Även om Afrika och många asiatiska länder, som Indien, troligen är kraftigt underrepresenterade i figuren på grund av otillförlitliga data visar figur 2.1 tydligt hur Europa blir pandemins epicentrum i en första våg från mars 2020 och möjligen också i en andra våg från senhösten 2021.

Europa som epicentrum

Vi riktar nu fokus särskilt mot pandemins utveckling i Europa.

Figur 2.2 Dödlighet och överdödlighet per vecka i Europa, januari 2020 – augusti 2021



Anm.: Figuren visar antalet bekräftat döda i covid-19 i svart och överdödligheten i ljusgrått. Båda måtten avser antal per miljon invånare och vecka.

Källor: Data på covid-19 döda från Johns Hopkinsuniversitetet, sammanställt av Our World in Data, och på överdödlighet från World Mortality Dataset. För en beskrivning av data och metoder att beräkna överdödligheten, se A. Karlinsky och D. Kobak (2021), *Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset*, elife.

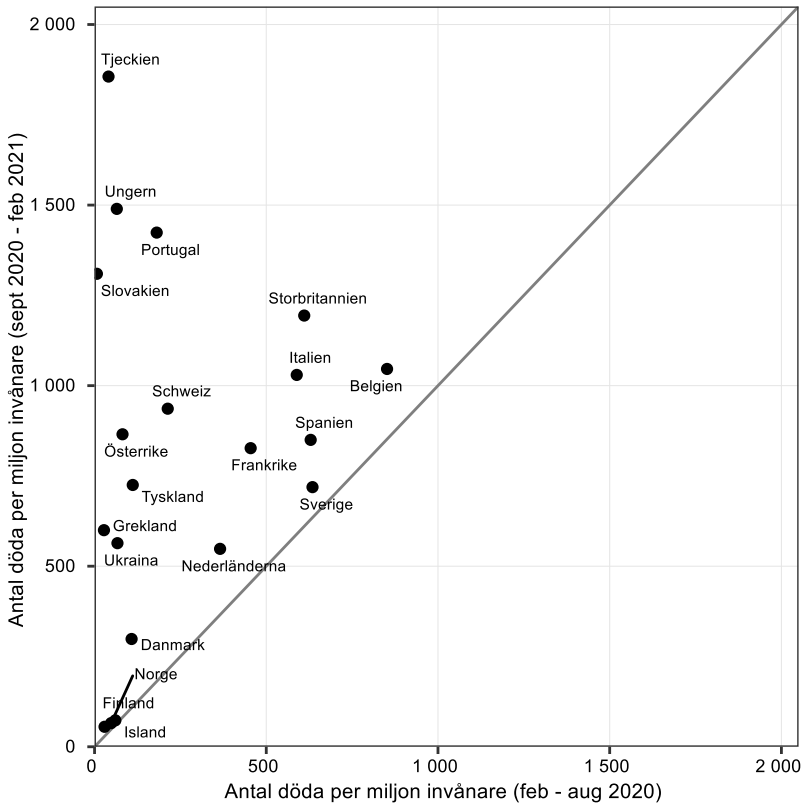
Figur 2.2 illustrerar utvecklingen av dödstalen över tid i utvalda europeiska länder. Den visar i huvudsak tre saker. För det första skiljer sig uppgifterna om covid-19-dödlighet (i svart) åtskilligt från uppgifterna om överdödlighet (i grått) i en del länder. Det gäller särskilt stater i Östeuropa, som Bulgarien, Rumänien och Ryssland. För de flesta länder i Central- och Västeuropa, inklusive Sverige och övriga nordiska länder, är skillnaderna mellan de två kurvorna små, vilket är ett tecken på någorlunda rättvisande inhemsk statistik under perioden.

För det andra ser vi tydligt hur två vågor av europeisk smittspridning som tonar fram redan i figur 2.1 slår igenom i enskilda länder i varierande utsträckning. Det är dock viktigt att komma ihåg att dödsfall inte står i direkt proportion till smittspridningen – de speglar också strukturella faktorer som demografi och vårdtillgång.

För det tredje illustrerar figurens gemensamma skala att europeiska länder är olika utsatta för pandemin, både i den första vågen under våren och sommaren 2020 och i den andra vågen under hösten 2020 och vintern 2021. Vi studerar därför de olika tidsprofilerna i smittspridningen lite närmare.

Våg 1 kontra våg 2

Figur 2.3 Antal döda i covid-19 i första och andra vågen i Europas länder



Anm.: Figuren visar antalet döda med bekräftad covid-19 under de sex månader som utgör huvudparten av våg 1 (februari–augusti 2020) och våg 2 (september 2020 – februari 2021) i europeiska länder med trovärdig statistik på dödsfall.

Källa: Data från Johns Hopkinsuniversitetet, sammanställt av Our World in Data.

För att tydligare illustrera förändringar i smittspridningen över tid visar figur 2.3 antalet döda i covid-19 per miljon invånare i var och en av de två vågorna, när vi exkluderat några länder med otillförlitliga data (Belarus, Bulgarien, Polen, Rumänien, Ryssland, Serbien). Möjligtvis påverkas jämförelsen av den så kallade säsongseffekten, då det

under våren i första vågen blir varmare ute (i Europa), medan motsatsen gäller för andra vågen.¹⁰

Som figuren visar råkar vissa länder relativt illa ut i såväl första som andra vågen – t.ex. Belgien och Spanien. Andra klarar sig bra i bägge – t.ex. Finland och Norge. Sverige ligger någonstans mellan dessa grupper av länder, med ungefär lika många avlidna i de två vågorna. Länder som drabbas lika mycket, eller lika lite, under de två första vågorna av pandemin ligger nära figurens 45-graderslinje.

Många europeiska länder har dock högre dödstal i den andra vågen, en del mycket högre. Länder som var bland de hårdast drabbade redan i den första vågen – t.ex. Italien och Storbritannien – fick se nära dubbelt så stora dödstal i den andra vågen. Men det gäller också länder som kom lindrigt undan i den första vågen – som Portugal, Slovakien, Tjeckien och Ungern – och vars dödstal är mångdubbelt högre i den andra vågen. En del av de länder som klarade sig bra i den första vågen gjorde detta efter hårda nedstängningar av samhället.¹¹ De som hoppades att dylika nedstängningar skulle göra att samhället blev av med viruset en gång för alla skulle komma att bli besvikna av den faktiska utvecklingen.

Inget av de utvalda länderna klarar sig alltså bättre i termer av antal döda per miljon invånare i den andra jämfört med den första vågen. Efter den första vågen fanns vissa förhoppningar om motsatsen eftersom man hade samlat på sig kunskap om bättre metoder att bekämpa viruset, avhjälpt den akuta bristen på skyddsmateriel och läkemedel samt fått immunitet hos en del av invånarna. Dessa faktorer kan ha lindrat utfallen under den andra vågen jämfört med vad de annars blivit. Men likafullt ser vi inte ett enda av dessa 20 europeiska länder hålla dödstalen på en lägre nivå. Detta nedslående faktum tjänar som en god illustration till ett ofta upprepat mantra: vi har att göra med ett nytt virus som är svårt att förstå sig på och sprider sig på oväntade och föränderliga sätt.

¹⁰ Om vi gör om samma figur med överdödlighet i stället för covid-19 döda på axlarna ser figuren snarlik ut så länge vi använder samma urval av länder. Om vi också tar med länderna som har tvivelaktig statistik hamnar dessa på väldigt olika platser i figuren, beroende på vilket dödlighetsmått vi använder.

¹¹ Mått på nedstängningarna i Europa över tid finns samlade i ECDC:s Response Measures Database.

2.2 Pandemin i Sverige

Några stöttestenar

Det finns ett par viktiga oklarheter kring den tidiga spridningen av viruset och sjukdomen i Sverige. En fråga gäller hur viruset egentligen kom till Sverige. Eftersom vi inte direkt kan observera mer än en liten del av virusspridningen måste svaren på denna fråga i stor utsträckning bygga på indirekt information. I praktiken speglar mycket av den rådande kunskapen om smittspridningen mätningar hos dem som ådragit sig covid-19 och fått detta bekräftat med ett positivt PCR-test. Vi återkommer till den svåra frågan om virusets troliga väg till Sverige redan i kapitel 3.

En annan oklarhet gäller hur snabbt smittan egentligen spred sig i samhället när viruset väl tagit sig in i landet. Här är ett grundläggande problem att väldigt få individer blev provtagna för covid-19 under de tidiga veckorna av pandemin och förhållandevis få blev testade även under de första månaderna. Kapitel 7 (volym 1) i detta betänkande diskuterar olika faktorer bakom detta förhållande.

Den begränsade provtagningen gjorde att mycket av rapporteringen tidigt i pandemin – inte minst från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen – om den rådande nationella och regionala smittspridningen kretsade kring nyckeltal som antalet sjukhusinlagda, intensivvårdade och avlidna med bekräftad covid-19. Dessa mått har två nackdelar. En är att de speglar utfall sent eller mycket sent i sjukdomsförloppet och därmed i bästa fall ger en tidsförskjuten bild av smittspridningen med en eftersläpning som kan räknas i veckor när vi tar hänsyn till inkubationstid, sjukdomstid, vårdtid och rapporteringstid. En annan nackdel är att måtten bara ger en bild av de allra allvarligaste fallen – därav den gängse metaforen under våren 2020 att de rapporterade måtten bara visade ”toppen av isberget”. På en presskonferens den 17 mars 2020 beskrev till exempel Anders Tegnell de allvarligaste fallen som ”...toppen av ett gigantiskt isberg”.¹²

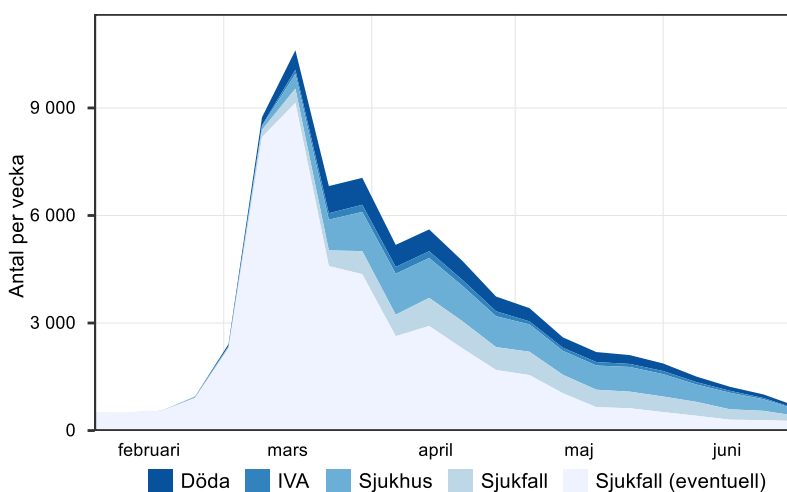
Ytterligare data – det svenska isberget

Som vi beskrev i kapitel 1 har forskarna inom Stockholms universitets (SU:s) covid-19-program samlat in individuppgifter från en

¹² Dagens Nyheter, *Det är toppen av ett gigantiskt isberg*, den 17 mars 2020.

rad olika register och andra datakällor (vi hänvisar till kapitel 1 och slutet av betänkandet för kopplingen till kommissionens arbete). En del av dessa data kan komplettera de existerande måtten på smittspridning, särskilt under början av pandemin. Figur 2.4 visar till exempel data på sjukskrivningar, i tillägg till de vanligen rapporterade siffrorna på dödsfall, IVA- och sjukhusinläggningar.

Figur 2.4 Det svenska isberget – sjukdom och död i covid-19, våren och sommaren 2020



Anm.: Sjukfallen består dels av sådana där läkaren bekräftat covid-19, dels av en grupp eventuella fall där de angivna diagnoserna i läkarintyget överensstämmer med sjukdomens symptom. Då samtliga dessa data är anonymiserade individuppgifter är de olika kategorierna i figuren definierade för att vara ömsesidigt uteslutande. Annorlunda uttryckt så ingår varje enskilt covid-19 fall endast en gång och då i sin allvarligaste form (från längre sjukskrivning till död).

Källor: Data kommer från Socialstyrelsens uppgifter om avlidna (från Dödsorsaksregistret), intensivvårdade (från Svenska Intensivvårdsregistret, SIR) och sjukhusinlagda (från Patientregistret, PAR) samt från Försäkringskassans uppgifter om sjukskrivningar.

Syftet med figuren är att spegla den troliga utvecklingen av pandemins första våg på nationell nivå i termer av olika allvarliga former av covid-19. Den har just formen av ett isberg, där toppen innefattar de personer som avlidit i sjukdomen i en viss vecka och botten innefattar nya sjukskrivningar av personer med konstaterad eller eventuell covid-19.

Uppgifterna om sjukskrivningar med konstaterad eller eventuell covid-19 bygger på data från Försäkringskassans register. Det gäller här sjukskrivningar som är långa nog för att Försäkringskassan ska

kräva läkarintyg – enligt reglerna innan pandemin gick gränsen vid 14 dagar men den förlängdes till 21 dagar under pandemin. Läkarintyget innehåller en diagnos som utgör grunden för vår klassificering i termer av bekräftad respektive eventuell covid-19. De eventuella covid-19-fallen inbegriper sjukskrivna med ett antal diagnoser som formligen exploderade under våren 2020, men nästan inte förekom alls under samma period 2019. Det rör sig framför allt om oidentifierade virusinfektioner i övre och nedre luftvägarna, virusinfektioner med svårbestämd lokalisering samt svårklassificerade sjukdomstecken och symtom.¹³

Data på sjukskrivningar har i stort sett inte förekommit alls i informationen om pandemin från myndigheterna och är – så vitt vi vet – endast utnyttjade i ringa utsträckning i forskningen kring den svenska covid-19-pandemin.¹⁴

Det mest slående i figur 2.4 är den branta uppgången av antalet sjukskrivna med sådana symtom som vi nyss beskrivit redan under de första veckorna av mars 2020. Som figuren visar ligger denna uppgång också klart före ökningen i sjukhusinlagda, intensivvårdade och avlidna i covid-19. Uppgången i vad som kan vara fall av sjuka i covid-19 ser med andra ord betydligt mer dramatisk ut i denna backspiegel än i de data myndigheterna presenterade i realtid under våren 2020.

Realtidsdata av olika slag

Fångar den dramatiska uppgången av sjukfall i mars 2020 i figur 2.4 en reell ökning av covid-19? De underliggande uppgifterna rör visserligen långa sjukfall som är förenade med specifika diagnoser i fak-

¹³ Läkarintygen anger en diagnos enligt en av WHO fastställd lista av koder (ICD-10) som är grupperade i olika kapitel. De koder vi använt för att definiera eventuell covid-19 kommer från kapitlen A-B (*Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar*) – t.ex. B33 och B34 ”Virussjukdomar som ej klassificerats på annan plats”, respektive ”Virussjukdom med ospecificerad lokalisering” – J (*Andningsorganens sjukdomar*) – t.ex. J00-06 ”Akuta infektioner i övre luftvägarna” – och R (*Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats*), t ex. R43 och R50 ”Rubbingar av lukt och smak”, respektive ”Feber av annan och okänd orsak”.

¹⁴ Den dramatiska ökningen av sjukfall i covid-19-relaterade diagnoser redovisas dock i Försäkringskassans första svar på ett regeringsuppdrag att undersöka hur utbrottet av covid-19 inverkar på sjukförsäkringen som publicerades i januari 2021 (*Svar på Regeringsuppdrag: Rapport – Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen, Försäkringskassan, januari 2021*). En svensk forskargrupp har också använt en del av dessa data för att kartlägga förekomsten av långtidscovid (E. Westerlind et al, (2021), *Patterns and predictors of sick leave after Covid-19 and long Covid in a national Swedish cohort, BMC Public Health*).

tiska läkarintyg, men sjukskrivningar med bekräftad covid-19 började inte dyka upp förrän i mitten av mars. En tolkning är att läkare – speciellt i avsaknad av provtagning – var mer villiga att tillåta sjukskrivning för luftvägssymtom i ett försök att hålla nere smittspridningen.

En annan tolkning, som inte utan vidare går att utesluta, är att uppgången – åtminstone till en del – speglar människors rädsla för att deras symtom beror på en hotande okänd sjukdom snarare än faktisk covid-19. En uppenbar fråga är då hur dessa data hänger ihop med 2020 års säsongsinfluensa. Skulle inte vissa av de diagnoser som definierar måttet på eventuell covid-19 också kunna spegla influensainfektioner? Utvecklingen under februari 2020 kastar visst ljus över storleksordningen av denna möjliga felkälla. Som figur 2.4 visar låg antalet sjukfall vilka vi klassificerat som eventuell covid-19 någonsans i intervallet 500–1000 fall per vecka under den månaden vilket är en bråkdel av fallen med samma diagnoser i mars.

För att få ytterligare perspektiv på dessa frågor är det önskvärt att komplettera bilden av den tidiga smittspridningen med hjälp av andra typer av data. Data från ett par av de källor forskarna i SU:s covid-19 program har samlat in kan ge värdefull information i detta sammanhang. Den mest heltäckande av dessa kommer från rådgivningen i telefon till de som ringt upp 1177 från i stort sett alla Sveriges regioner.¹⁵

Forskarna har letat efter olika symtom genom textsökningar i anteckningarna från de sjuksköterskor som tagit emot samtalen. De har skapat ett mått på eventuell covid-19 genom att koda ett antal typiska symtom på covid-19 (andningsbesvär, snuva, feber, hosta, trötthet, halsont, och smakförändring). Genom att utnyttja (anonymiserad) information om den uppringande individen och tiden för samtalet går det att skapa data som är högupplösta i både tid och rum.¹⁶

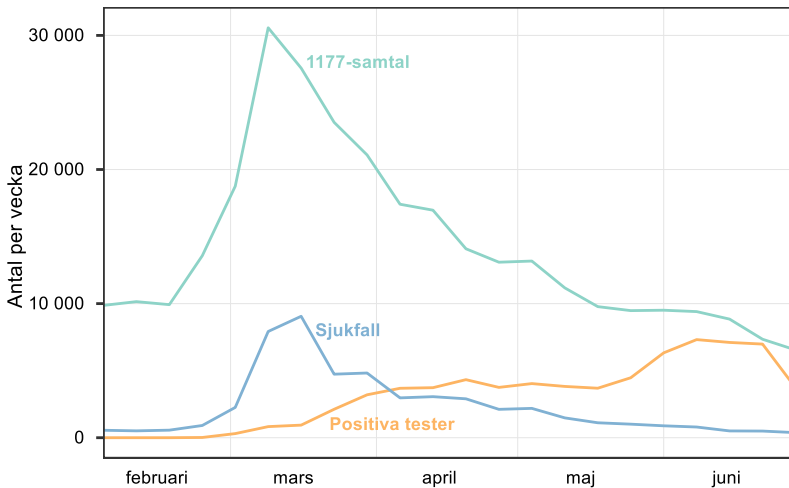
Figur 2.5 visar utvecklingen av denna indikator, vecka för vecka. I grönt ser vi alltså antalet samtal till 1177 med eventuella covid-19-

¹⁵ Tyvärr saknas information från Stockholm, eftersom Medhelp – det ansvariga företaget för telefonrådgivningen i regionen – trots upprepade löften ännu inte levererat efterfrågade data.

¹⁶ I *COVID Symptom Study* från Lunds och Uppsala universitet har man sedan maj 2020 samlat information prospektivt (via en app) om covid-symptom och PCR-tester. Forskarna har använt dessa data för att estimeras smittspridningen, med liknande resultat som här (B. Kennedy et al, (2021), *App-based COVID-19 surveillance and prediction: The COVID Symptom Study Sweden, medRxiv*). Studien har kommit till inom det tvärvetenskapliga Crush Covid programmet vid Uppsala universitet under ledning av Tove Fall och Mats Martinell.

symptom. För jämförelsens skull har vi också lagt in antalet sjukfall med eventuell covid-19-diagnos (blå kurva), såväl som antalet positiva covid-19 test (orange kurva). Sjukfallen är inlagda vid det datum då sjukskrivningen börjar, även om inte Försäkringskassan blivit informerad förrän två veckor senare.

Figur 2.5 Alarmklockor 1 – nationell smittspridning, olika datakällor, våren 2020



Anm.: De olika måtten är bearbetningar inom SU:s covid-19 program och finns beskrivna i texten.
Källor: Individdata från 1177 (genom Inera och enskilda regioner), Försäkringskassan och Folkhälsomyndigheten (SmiNet).

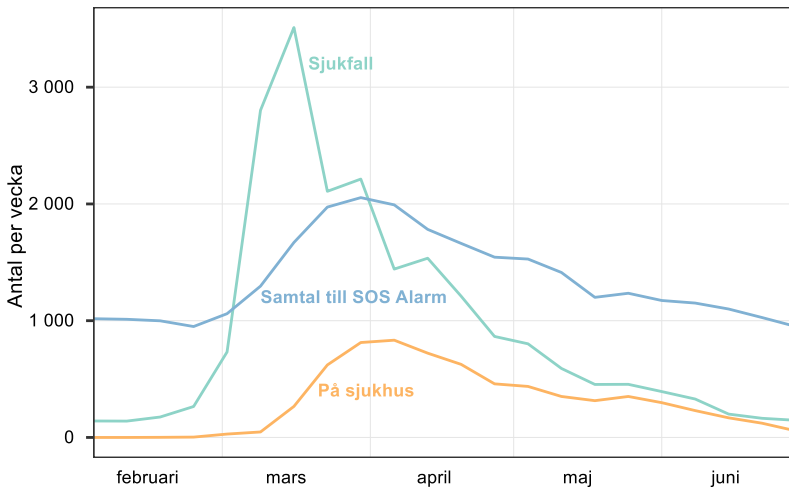
Figuren visar att samtalen till 1177 om eventuell covid-19 ligger på en nivå runt 10 000 i början av februari, vilket också är nivån på samma symptom under samma veckor 2019. Samtalen börjar stiga redan den tredje veckan i februari men den brantaste uppgången sker under de första veckorna i mars. Ökningen av samtalen till 1177 med eventuell covid-19 ligger ungefär en vecka före antalet sjukfall, men båda kurvorna är som brantast under den första veckan i mars. Vi påminner dock om att 1177 data inte innehåller samtal från Stockholmsregionen, där vi förväntar oss den snabbaste initiala spridningen. Bilden av smittspridningen utifrån antalet positiva test är som vi vet helt annorlunda. Den mest dramatiska uppgången av positiva fall sker enligt detta mått inte förrän i mitten av maj, då de alternativa måtten sedan länge visar en fallande trend.

För att bättre förstå vad som låg bakom den sena testningen har kommissionen beställt två underlagsrapporter. En, skriven av Åke Örtqvist (Karolinska institutet), jämför provtagningen i Sverige med andra länder i Västeuropa. Den andra, skriven av Matilda Almgren och Jonas Björk (Lunds universitet), jämför testningen i Sveriges olika regioner. Svårigheterna att få igång storskalig testning som kunde fungera som ett instrument i pandemiövervakningen är ett bärande tema i kapitel 7 (Volym 1) av detta betänkande, som också diskuterar de två nämnda underlagsrapporterna i detalj.

En annan värdefull datakälla är samtal till SOS Alarm. SU:s covid-19-program har tillgång till data på samtal till SOS alarm från Blekinge, Halland, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Stockholm, Örebro och Östergötland. På grund av den begränsade täckningen är dessa samtal förstas inte representativa för hela landet. Det rör sig här om helt anonyma data för varje fall som alltså inte går att koppla till individdata för inläggningar. Forskarna har klassificerat en del av dessa uttryckningar som eventuella covid-19-fall på ett liknade sätt som med 1177-samtalen. De har alltså sökt i larmcentralens anteckningar för varje samtal efter samma typ av vanliga covid-19 symptom som för 1177-samtalen, nämligen de samtal som indexerats som ”Andningssvårigheter”, ”Feber” och ”Bröstsmärtor”.

Figur 2.6 visar utvecklingen i region Stockholm av detta mått under varje vecka i den första vågen. Den visar antalet samtal till SOS Alarm med eventuell covid-19 (blå kurva) tillsammans med antalet sjukfall med konstaterad och eventuell covid-19 (grön kurva) och antalet sjukhusinläggningar med konstaterad eller misstänkt covid-19 (orange kurva). Som figuren visar har antalet larmsamtal med eventuell covid-19 en högre nivå, men nästan samma tidsprofil som antalet sjukhusinläggningar i covid-19, vilket kanske inte är så förvånande. En viktig skillnad mellan de två måtten är dock att antalet larmsamtal i stort sett är – och var – tillgängligt i realtid. I normala fall rapporterar regionerna antalet sjukhusinläggningar i slutet på varje månad, och dessa hamnar i patientregistret i början av nästkommande månad. De kontroller som Socialstyrelsen utför gör att kvalitetssäkrade uppgifter finns på plats först efter tre månader. Både Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten etablerade dock nya informationskanaler till regionerna för att snabbare uppdatera information om covid-19-patienter i slutenvården, men detta skedde först när pandemin redan var ett faktum.

Figur 2.6 Alarmklockor 2 – smittspridning i region Stockholm, olika datakällor, våren 2020



Anm.: De olika måtten är bearbetningar inom SU:s covid-19 program och finns beskrivna i texten.
Källor: Individdata från Försäkringskassan, Socialstyrelsen (Patientregistret) och SOS Alarm.

Summering om olika mått på smittspridning

Sammanfattningsvis pekar flera olika datakällor på att antalet fall av covid-19 ökade snabbt i Sverige redan under de första veckorna av mars 2020. Testningen för covid-19 i samhället var under denna tid högst begränsad. Myndigheternas information till allmänheten utnyttjade i stället information om sjukhusinläggningar och dödsfall i covid-19. Då dessa mått avser händelser sent i sjukdomsförloppet och dessutom lider av eftersläpande rapportering blev informationen om smittspridningens omfattning försenad med minst ett par, tre veckor. Utöver dessa mått grundades Folkhälsomyndighetens kunskap om smittspridningen, såvitt vi vet, på en sentinelövervakning (stickprov på personer med luftvägsinfektion som sökt öppenvården) och en nationell prevalensundersökning i april. Mycket talar för att myndigheternas, och därmed regeringens, kunskap om smittspridningen under mars månad var begränsad. Vi återkommer till en diskussion av tillgänglig statistik samt av regeringens och myndigheternas åtgärder i kapitel 6 (volym 1) av detta betänkande men framför allt i slutbetänkandet.

Statistik över intensivvårdade med covid-19 (nationellt och regionalt) behandlas i den underlagsrapport som Bengt Gerdin (Uppsala universitet) skrivit till kommissionen om intensivvården i pandemin. Rapporten pekar på att Socialstyrelsen inte fick igång sin dagliga rapportering om det totala antalet intensivvårdade – i samarbete med Svenska Intensivvårdsregistret – förrän långt in i mars 2020. Myndigheten var från början också tveksam till att lämna ut denna information till intensivvårdsansvariga ute på sjukhusen. Vi återkommer till de frågorna i kapitel 11 (volym 2) av detta betänkande.

Vår diskussion av förseningar i informationen om den tidiga pandemin understryker vikten av att kunna göra realtidsobservationer av olika indikatorer, speciellt i en situation när storskalig testning inte är tillgänglig eller inte kommit igång. Mått av den typ vi lyft fram i detta avsnitt är därför viktiga, dels för att utvärdera vad som verkligen hänt, dels för att de hade kunnat ge viktig information i starten av pandemin. Vi återkommer till betydelsen av data med realtidsinformation i slutkapitlet av detta betänkande och i vårt slutbetänkande i februari.

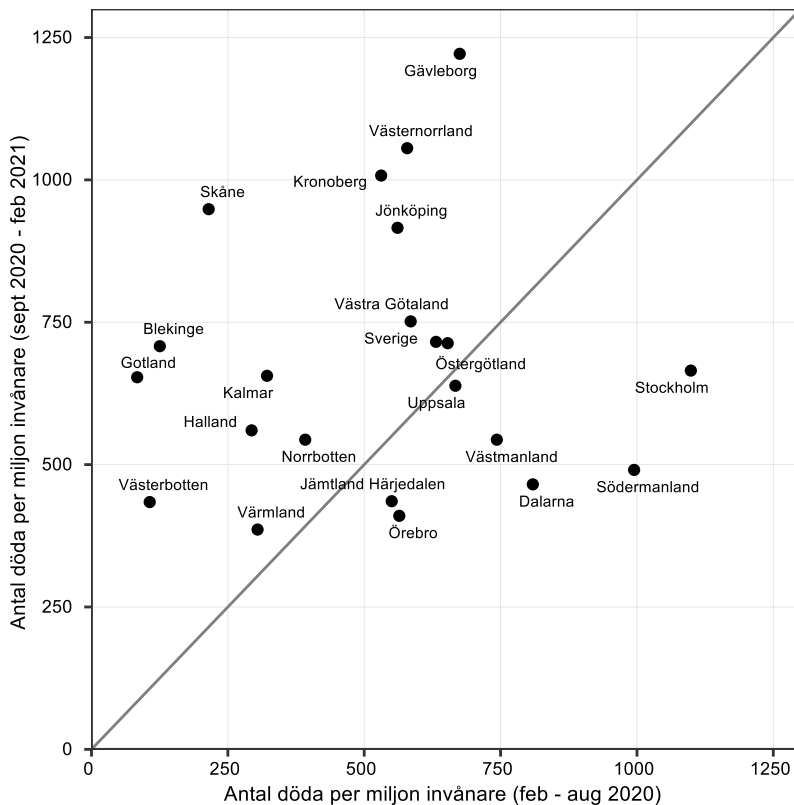
Bristfälliga data har visat sig vara ett återkommande problem i vår egen och andras analys av pandemins olika aspekter. Till exempel saknas en nationell sammanställning av uppgifter från kommunerna om vilka äldre med beslut om särskilt boende som bor på vilka äldreboenden. Redan vårt första delbetänkande påpekade hur denna brist gör det svårt att identifiera faktorer bakom den omfattande smittspridningen på särskilda boenden – bristen på data kan också ha försenat den nationella överblicken över den exploderande smittspridningen på dessa boenden. Inför innevarande betänkande har SU:s covid-19-program samlat in och bearbetat ytterligare data för att i viss mån åtgärda denna brist. Detta har banat väg för två underlagsrapporter om smittspridningen i äldreboenden – av Peter Nilsson, respektive Rasmus Broms m.fl. – som vi närmare beskriver i kapitel 14 (volym 2) av betänkandet.

Våg 1 kontra våg 2 i Sverige

Under hösten 2020/vintern 2021 blev Sverige, liksom resten av Europa, utsatt för en andra våg av pandemin. Låt oss mot slutet av detta kapitel översiktligt jämföra utfallet mätt i antal döda i våg 1 och

våg 2 för Sveriges regioner, på samma sätt som vi gjorde i figur 2.3 för Europas länder.

Figur 2.7 Antal döda i covid-19 i våg 1 och 2 i Sveriges regioner



Anm.: Figuren visar antalet döda med bekräftad covid-19 under de sex månader som utgör huvudparten av våg 1 (februari-augusti 2020) och våg 2 (september 2020-februari 2021).

Källor: Figuren bygger på individdata från Socialstyrelsens dödsorsaksregister som är bearbetade inom ramen för SU:s covid-19-program.

Tidsprofilerna för smittspridningen i Sveriges regioner ser lite annorlunda ut än motsvarande tidsprofiler för Europas länder. Det blir i viss mån en jämförelse mellan äpplen och päron, men tyvärr har vi inte regionalt uppdelade data för alla de länder som ingår i figur 2.3. Med denna brasklapp har en del regioner i Sverige verkligen lägre dödstal i den andra vågen än den första – som Stockholm, Södermanland och Dalarna. Flertalet klarar sig dock sämre och en del mycket

sämre – som Skåne och Gävleborg. Detta speglar förstås den jämnare smittspridningen under andra vågen. Men få regioner klarar sig bra i bägge vågorna och de regioner med lägst smittspridning – som Värmland och Västerbotten – har högre dödstal per invånare än Danmark, Finland och Norge i var och en av pandemins bägge vågor.

Folkhälsomyndigheten och många andra trodde länge att en andra våg under hösten 2020 främst skulle bestå av klusterutbrott. En anledning till detta kan ha varit att man överskattade immuniteten i befolkningen, kanske på grund av en uppmärksam studie om så kallade T-celler från Karolinska institutet.¹⁷ Den låga korrelationen mellan dödlighet under våg 1 och våg 2 – både mellan olika regioner i Sverige (figur 2.7) och mellan olika länder i Europa (figur 2.3) – talar emot immuniteten som en viktig skyddsfaktor under den andra vågen.

Övergripande bedömning

Kommissionens första betänkande i december 2020 behandlade i första hand pandemin och äldreomsorgen. Den kretsade också nästan uteslutande kring utfallen i den första vågen av pandemin. När vi kommenterade dödstalen för hela befolkningen (s. 50, kapitel 2) gjorde vi bedömningen att Sverige, i bästa fall, klarat pandemin som ett genomsnittligt europeiskt land.

Utfallen under den andra vågen ger egentligen inga skäl att ändra den bedömningen. Visserligen blev flera europeiska länder mycket hårdare drabbade i den andra vågen än den första, men Sverige ser fortfarande ut som ett genomsnittligt europeiskt land i figur 2.3. Som vi just kommenterat har de svenska regioner som klarat sig allra bäst högre andelar avlidna jämfört med våra nordiska grannländer.

Men pandemin har fortsatt och många länder, inklusive Sverige, har under våren och sommaren 2021 genomgått dess tredje våg. Smittspridningen har varit hög på grund av nya och mer smittsamma varianter av viruset. Men i den rikare delen av världen har dödstalen ändå varit låga, mycket tack vare de nya vacciner som blivit utvecklade på rekordtid och sedan distribuerade till stora delar av den äldre befolkningen. I termer av dödstal och smittspridning i den tredje

¹⁷ T. Sekine et al. (2020), *Robust T-cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19*, Cell, samt Karolinska institutet (2020), *Immunity to COVID-19 is probably higher than tests have shown*, webbartikel (besökt den 19 oktober 2021).

vågen verkar Sverige (i skrivande stund) däremot klara sig bättre än de allra flesta länder i Europa.

2.3 Summering

Vi har i kapitlet gett en översiktlig bakgrund till smittspridningen i världen, Europa och framför allt i Sverige under pandemins första två vågor. Vi har också presenterat alternativa mått på smittspridningen. Dessa indikerar att den svenska utvecklingen under de första veckorna i mars 2020 kan ha varit betydligt mer explosiv än myndigheternas rapportering i realtid antydde. Myndigheternas kommunikation till allmänheten byggde nästan uteslutande på sena mått på de allvarligaste yttringarna av smittspridningen, nämligen sjukhusvårdade och avlidna i covid-19. En begränsad kunskap om smittspridningen i mars kan ha försenat information om situationens allvar och därmed ha bidragit till försenade åtgärder mot pandemin.

3 Virusets intåg och spridning

Detta kapitel arbetar vidare på den grund vi påbörjat i kapitel 2. Vi ger här en ytterligare fond till vår diskussion i denna volym om smittspridningen och om de icke-medicinska och medicinska åtgärder myndigheterna satte in för att minska spridningen och dess konsekvenser.

Kapitlet handlar om hur viruset kom till Sverige under den tidiga våren 2020 och sedan spred sig vidare i landet. En naturlig början är då att beskriva tidiga smitthärdar i länder som många svenskar besöker. Denna beskrivning inleder kapitlet i avsnitt 3.1.

Därefter skildrar vi i korthet olika metoder för att identifiera troliga smittvägar, särskilt hur man kan använda genetisk information om de olika virusvarianter som uppkommer när virusets arvs massa muterar. Vi redovisar också huvudresultaten från en sådan s.k. fylogenetisk studie i en underlagsrapport till kommissionen som behandlar importen av SARS-CoV-2 till Sverige. Vi presenterar också andra typer av data för svenska resmönster som är i linje med dessa resultat. Avsnitt 3.2 innehåller vår analys och bedömning av hur viruset kom till Sverige.

Kapitlet tar också upp olika viktiga smittvägar inom landet, inklusive inhemska resor och mänskliga möten inom familjer, på arbetsplatser, i skolor och kring kontaktkrävande tjänster. Vi illustrerar principiella resonemang med statistiska analyser gjorda inom SU:s covid-19-program. Diskussionen kring virusets smittvägar återfinns i avsnitt 3.3.

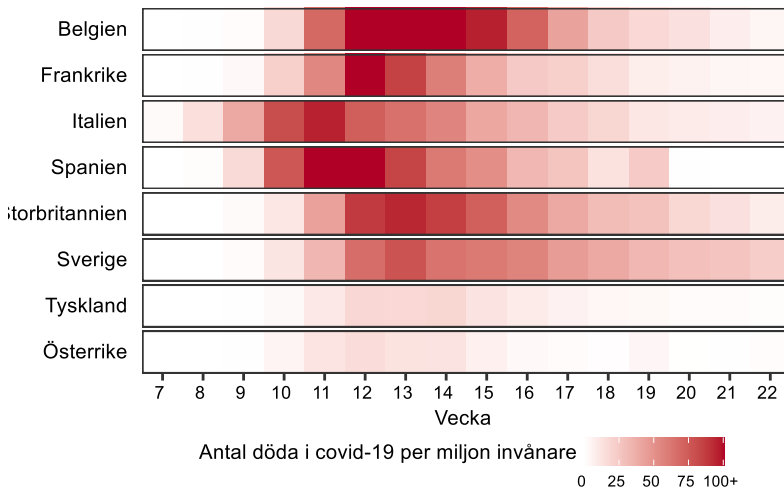
Slutligen pekar kapitlet på faktorer som kan dämpa (eller förstärka) spridningen längs dessa smittvägar. Vi pekar särskilt på förändringar i individers rörlighet och illustrerar detta med svenska data från den första vågen av pandemin. Förändrade rörelsemönster kan vara ett svar, antingen på informationen om smittspridningen i sig, eller på myndigheternas åtgärder för att förhindra den. Avsnitt 3.4

tar upp vårt resonemang kring offentliga ingrepp samt privat beteende och rörlighet. Avsnitt 3.5 summerar kapitlets viktigaste slutsatser.

3.1 Tidiga smitthärdar i Europa

Som vi nu vet spred sig SARS-CoV-2 under januari 2020 utanför Kinas gränser till bland annat Sydkorea och Iran. Trovärdiga fylogenetiska studier (se nästa avsnitt om denna typ av forskning) har visat att viruset sedan spred sig till Europa, troligen via Italien, och till USA, troligen via delstaten Washington.¹⁸

Figur 3.1 Utbrotten i utvalda europeiska länder våren 2020



Anm.: Dödsdatum är förskjutna (bakåt) med 18 dagar för att bättre fånga den rådande smittspridningen i en viss vecka.

Källor: Data från Johns Hopkinsuniversitetet, sammanställt av Our World in Data, samt Socialstyrelsens dödsorsaksregister för Sverige.

Efter ett par mindre rapporterade utbrott av covid-19 i den tyska delstaten Bayern och den franska provinsen Haute-Savoie, vred europeiska media och myndigheter runt månadsskiftet februari/mars all sin uppmärksamhet mot norra Italien, inklusive dess alp-regioner. Strax därpå kom Tyrolen i österrikiska alperna i fokus.

¹⁸ M. Worobey et al. (2020), *The emergence of sars-cov-2 in Europe and North America*, Science.

Någon eller några veckor senare framstod också Spanien, Frankrike, Belgien och Storbritannien som tidiga europeiska smitthärdar. Den snabba utvecklingen i dessa länder, med undantag för Österrike, framgår tydligt i figur 3.1 som visar antalet döda i covid-19 under senvintern och våren 2020. För att bättre fånga smittspridningen vid ett visst datum är dödsdatum förskjutet bakåt med knappt tre veckor.¹⁹

Antal nya rapporterade dödsfall, eller dylika grova mått, var flitigt utnyttjade av forskare, myndigheter och media, givet den kaotiska situationen i början av pandemin och bristen på adekvata observationer av den rådande smittspridningen (jämför med diskussionen i avsnitt 2.3 om pandemins början i Sverige). Figuren visar också hur dödstalen i Sverige stiger någon vecka senare, alltmedan Tyskland och Österrike uppvisar en lugnare utveckling under hela våren 2020.

3.2 Virussekvenser och importvägar

Epidemiologi och observationsstudier

På vilket sätt spreds sig viruset vidare till andra europeiska länder? Diskussionen kom tidigt att kretsa kring skidturismen till alperna. Skolorna i många europeiska länder har vinterlov i februari och mars och många familjer och andra skidintresserade åkte vid denna tid 2020 som vanligt på semester till turistorter inom alpområdet. Dessa resor som innebär många möten mellan okända människor från olika områden och nära umgänge inomhus, i liftkabiner samt på trånga restauranger och barer kan skapa idealiska miljöer för att sprida ett helt nytt virus, även om det har begränsad spridning i lokalbefolkningen.

En grupp svenska forskare har fångat upp just vinterlovens betydelse för smittspridningen i Europa.²⁰ Deras studie undersöker den veckovisa överdödligheten i 219 europeiska regioner i 11 länder under våren 2020. De tar fasta på att nästan alla dessa länder – precis

¹⁹ Mycket talar för att det skedde en omfattande smittspridning – inte minst mellan turister från olika länder – i de österriskiska alperna. Däremot skedde mindre spridning i landet till äldre och sårbara grupper i pandemins inledande fas. Dessa mönster bidrar till att smittspridningen inte återspeglas i den österriskiska dödsstatistiken i figur 3.1. Vi diskuterar detta vidare i avsnitt 3.2.

²⁰ J. Björk et al. (2021), *Excess mortality across regions of Europe during the first wave of the COVID-19 pandemic – impact of the winter holiday travelling and government responses*, European Journal of Public Health.

som Sverige – spridit ut sina vinterlov över flera veckor. Vilken vecka en region har lov är rimligen inte systematiskt relaterat till den regionala smittbenägenheten för SARS-CoV-2. Olika vinterlovsveckor ger därför en slumpmässig risk att olika regioner blir utsatta för smitta. Forskarna använder denna variation i utsatthet för smitta som ett naturligt experiment. De finner att regioner som, precis som Stockholm, hade vinterlov i vecka 9 blev drabbade av en betydligt högre överdödlighet i vecka 14–23 jämfört med regioner som hade vinterlov under andra veckor. Resultaten stöder hypotesen att vinterlovsresor till alperna spelade en stor roll i Europas tidiga smittspridning eftersom smittan av allt att döma spred sig på allvar i italienska och österrikiska alperna just i vecka 9.

Även om sådana typer av observationsstudier kan ge starka indikationer om varifrån smittan spred sig och var den slog till, så etablerar de sällan ovedersägliga orsakssamband. I avsaknad av ytterligare data (t.ex. om faktiska reseströmmar mellan länder), säger de heller inget om specifika mekanismer och smittvägar.

Fylogeni och sekvenseringsstudier

En annan forskningsansats som utnyttjar mer detaljerad information för att studera smittspridningen använder fylogenetiska analysmetoder. Forskare i denna tradition använder sekvensering av virusets hela arvs massa från positiva prover för SARS-CoV-2. Deras metoder bygger på det faktum att coronavirus genomgår ganska sällsynta mutationer. Genom att läsa av virusets arvs massa kan forskarna samla in information om olika virusvarianter och klargöra deras släktskap med varandra. Information om den precisa genuppsättningen i nästan alla sekvenserade virusprover, samt om tidpunkt och plats för provtagningen, är samlade i en offentlig internationell databas (GISAID). Med hjälp av dessa data kan forskarna tidsbestämma var och när varje specifik variant först blev påträffad bland de tillgängliga virussekvenserna från ett visst område med tämligen stor precision. De kan också undersöka om den aktuella varianten har förekommit i tidigare eller senare virusprov från andra områden/länder. Utifrån precis genuppsättning och datum kan de också avgöra hur virus i två positiva prover för SARS-CoV-2 är släkt med varandra. Ligger de före eller efter varandra i mutationskedjan inom

samma genotyp, eller tillhör de olika genotyper? Genom att kombinera dessa tekniker kan forskarna teckna en trovärdig bild av hur SARS-CoV-2-viruset spridits mellan olika världsdelar, länder och regioner. Studier av detta slag låg under 2020 på den absoluta frontlinjen inom virologisk och mikroepidemiologisk forskning, men var inte kända utanför akademien.²¹

Ett fåtal länder – speciellt Island, England och Danmark – började tidigt att sekvensera ett stort antal inhemska virusprover. Den svenska prioriteringen av virussekvensering var låg i början av pandemin. Dessutom bidrog den begränsade kapaciteten för provtagning till den låga sekvenseringen eftersom man inte kan sekvensera ett virus utan ett positivt PCR-test. Efterhand har dock många länder, inklusive Sverige, börjat sekvensera allt flera prover. I takt med detta har resultaten från virussekvensering snabbt blivit allmänt kända. Olika varianter av viruset kan ha skilda egenskaper t.ex. kan de vara olika smittsamma. I början fick dessa varianter namn som t.ex. den ”engelska” och ”sydafrikanska”. Numera finns en av WHO etablerad nomenklatur där namnen följer bokstavsordningen i det grekiska alfabetet (i analogi med namnen på varje års tropiska stormar). Medierapporteringen om olika varianter som ”alfa” och ”delta” och deras relativa smittsamhet speglar hur snabbt helgenomsekvensering av virus gått från att vara ett verktyg i frontlinjeforskning till en viktig byggsten i global och nationell pandemiövervakning.

Underlagsrapport till kommissionen

En uppmärksammas fylogenetisk studie handlar om de olika smittvägar på vilka viruset kom till Storbritannien under våren 2020.²² Så här långt existerar inga sådana studier för den tidiga spridningen i Sverige, förutom de analyser som Folkhälsomyndigheten har gjort av relativt få svenska sekvenserade virusprover.²³

²¹ Se t.ex. M. Martin et al. (2021), *Insights from SARS-CoV-2 sequences*, Science; Folkhälsomyndigheten (2020), *Helgenomsekvensering av svenska SARS-CoV-2 som orsakar covid-19, del 1, 2 och 3*; M. Worobey et al. (2020), *The emergence of SARS-CoV-2 in Europe and North America*, Science; E. Hodcroft et al. (2021), *Spread of a SARS-CoV-2 variant through Europe in the summer of 2020*, Nature.

²² L. de Plessis et al. (2021), *Establishment and lineage dynamics of sars-cov-2 in the UK*, Science.

²³ Folkhälsomyndigheten (2020), *Helgenomsekvensering av svenska SARS-CoV-2 som orsakar covid-19, del 1, 2 och 3*.

Kommissionen har därför beställt en underlagsrapport om hur smittan kom till Sverige och spred sig vidare här av Robert Dyrdak och Jan Albert vid Karolinska Institutet.²⁴ Författarna baserar sin rapport och sina bedömningar på ny forskning som i sin tur bygger på en omfattande datainsamling. Bland annat har de nästan fördubblat antalet sekvenserade virusprover från den initiala pandemi-perioden (mars-maj 2020). Syftet bakom denna utökning är inte bara att få ett större underlag, men också att i möjligaste mån justera det sneda urvalet av virusprov i befolkningen. Snedfördelningen är dels geografisk, dels betingad av den begränsade kapaciteten och de hårt prioriterade indikationerna för provtagning i början av pandemin. Därutöver har Dyrdak och Albert också letat efter tidigare oupptäckta fall av covid-19 genom att granska ca 2000 luftvägsprover som blivit insamlade för andra ändamål under vintern 2020 och inte förut blivit testade för SARS-CoV-2.

Ur kommissionens synvinkel är de tre viktigaste slutsatserna i underlagsrapporten följande.

(1) *Om SARS-CoV-2 fanns i omlopp i Sverige före vecka 9, 2020 var det i högst begränsad omfattning.*

Slutsatsen bygger på PCR-tester av luftvägsprover tagna i Stockholmstrakten i syfte att upptäcka andra luftvägsvirus under vecka 6–14, 2020 och sparade i Stockholms biobank (Karolinska universitetslaboratoriet). I nästan 2000 sådana prover hittar forskarna bara 15 positiva eller misstänkta fall, varav det tidigaste var insamlat vecka 10. Även om det är svårt att hitta positiva prov på ett ännu ovanligt virus i ett relativt litet material, indikerar resultaten att om viruset fanns i omlopp innan vecka 9 så måste dess utbredning ha varit liten eller försumbar. Slutsatsen stämmer också överens med Folkhälsomyndighetens analyser av nässekret från sentinelövervakningen av patienter med influensaliknande symptom (insamlade under vintern 2020). Den är också i linje med forskningsresultat för andra europeiska länder.

(2) *SARS-CoV-2 kom sannolikt till Sverige via resor under vecka 9, främst från Italien och Österrike.*

Flera resultat i forskarnas analys stöder att smittan kom till Sverige från Italien och Österrike. Till att börja med visar de att nästan alla svenska virussekvenser från mars-maj 2020 tillhör endast sex

²⁴ R. Dyrdak och J. Albert, underlagsrapport (2021), *Utredning av den initiala smittspridningen av SARS-CoV-2 till och inom Sverige.*

genotyper (familjer av mutationer), som kallas 19A, 19B, 20A, 20B, 20C och 20D enligt Nextstrain (ett av de existerande systemen för klassificering). På basis av virustypernas relativa förekomst drar forskarna slutsatsen att den tidigaste svenska smittspridningen drivits av relativt få importörer. Det är dock svårt att skilja mellan få importörer och ett antal parallella importörer från få platser där samma virusvarianter dominerat.

När det gäller att identifiera dessa importörer eller platser lutar sig Dyrdak och Albert i hög grad mot de uppgifter om smittland (inklusive Sverige) som finns kopplade till en del av de svenska virussekvenserna. Dessa uppgifter har lämnats i samband med smittspårning – se vidare kapitel 7 i detta betänkande. Bland sekvenserade prov fram till vecka 11 som har information om smittland dominerar Italien och Österrike helt med sammanlagt ca 90 procent av proven.

Även om de svenska proven är snedfördelade mot resande från dessa två länder på grund av tidiga provtagningsindikationer leder andra uppgifter åt samma håll. Många av de sekvenserade proven där Österrike är angivet som smittland är av genotypen 20C. Oberoende forskning på danska och isländska virussekvenser har pekat ut just Österrike som troligt smittland.^{25 26} Annan forskning har också identifierat s.k. superspridarhändelser i skidorten Ischgl, Österrike.²⁷ Forskarna bakom dessa studier har hittat just genotypen 20C i virussekvenserna från positiva prov hos många av de smittade. På samma sätt dominerar varianterna 20A och (framför allt) 20B de tidiga sekvenserade prover som har Italien som angivet smittland.

(3) *De flesta som insjuknade i Sverige våren 2020 blev smittade i Sverige, snarare än utomlands. Det innefattar även tidiga fall.*

Av de sex förhärskande genotyper som rapporten identifierar under mars–maj 2020, finns typ 19A bara i ett fåtal prov från Skåne under de första veckorna. Två andra, 19B och 20D, syns bara i några få fall under några få veckor. Varianten 20A finns under hela perioden men minskar i betydelse. I stället kom två virusvarianter, nämligen 20B och 20C, allt mer att dominera de sekvenserade positiva proven från våren 2020. Dessa mönster syns tydligt i figur 3.2 som

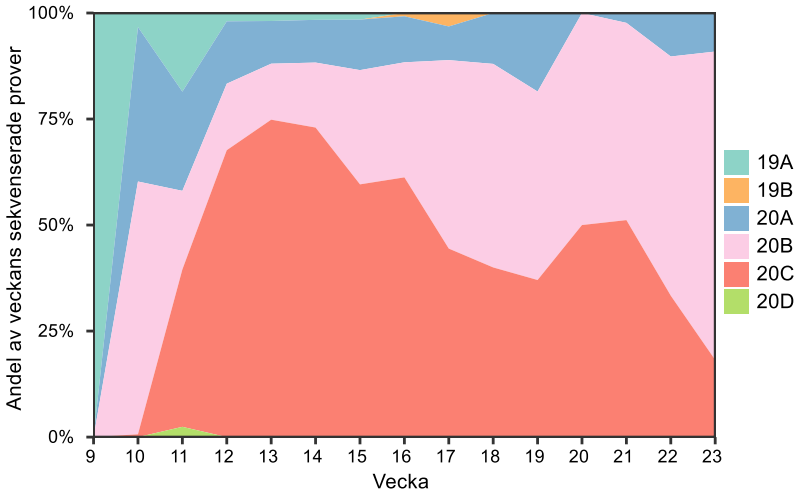
²⁵ A. Bluhm et al. (2020), *SARS-CoV-2 transmission routes from genetic data: a Danish case study*, PLoS One.

²⁶ D. Gudbjartson et al. (2020), *Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic population*, New England Journal of Medicine.

²⁷ A. Popa et al. (2020), *Genetic epidemiology in superspreading events in Austria reveals mutational dynamics and transmission properties of SARS-CoV-2*, Science Translational Medicine.

visar den relativa förekomsten av de sex olika genotyperna under olika veckor.

Figur 3.2 Olika genotyper av SARS-CoV-2 under vecka 9–22, 2020



Källor: Data avser de genotyper (namngivna enligt Nextstrain) som förekommer i samtliga de sekvenserade virusprover vilka ligger till grund för Dyrdaks och Albert underlagsrapport. Figur 3.2 bygger på en egen bearbetning av dessa data.

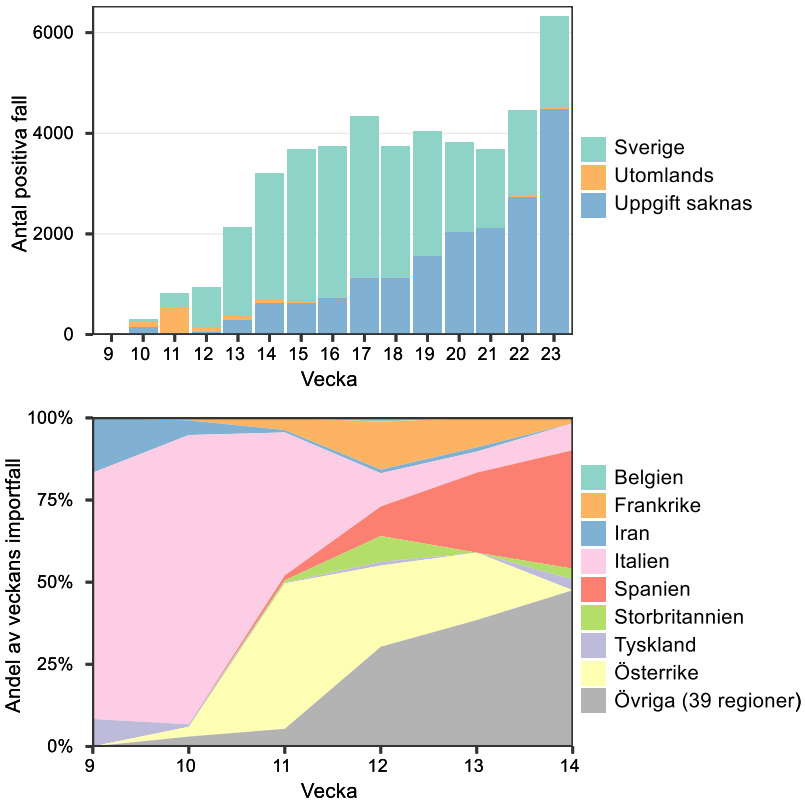
En stor del av de mutationer som Dyrdak och Albert hittar inom de två vanligast förekommande genotyperna 20B och 20C finns nästan bara i Sverige (eller ett annat nordiskt land), när man letar igenom alla mutationer i den internationella databasen (GISAID). Tidiga prov från Danmark, Finland och Island, som alla sekvenserat en betydligt högre andel positiva SARS-CoV-2 prov från den aktuella perioden, har samma övervikt för inhemska mutationer. Författarna tolkar dessa mönster i data som starkt stöd för hypotesen att den tidiga spridningen i Sverige till stor del skedde via inhemska smittkedjor snarare än upprepade importörer av smitta. Ett annat resultat som pekar åt samma håll är att strategiskt utvalda positiva prov från särskilda boenden innehåller samma virustyper som de initialt importerade. Det var med andra ord samma virustyper som spreds i samhället som förekom på särskilda boenden. Detta stöder vår bedömning i det första delbetänkandet om att den allmänna smittspridningen var den främsta källan till spridningen av SARS-CoV-2 på särskilda boenden. Kapitel 14 (volym 2) av detta betänkande tar

upp ytterligare aspekter av data som också är i linje med denna bedömning.

Ytterligare evidens

De sekvenserade prov som ingår i Dyrdak och Alberts underlagsrapport utgör omkring tre procent av samtliga positiva prover för SARS-CoV-2 i Sverige under mars till maj 2020. Forskarna inom SU:s covid-19 program har emellertid tillgång till (anonymiserade) data kopplade till alla positiva prover, av vilka 70 procent innehåller uppgifter från smittspårningen om troligt smittland. För att komplettera uppgifterna om sekvenserade prov i Dyrdak och Alberts underlagsrapport har de undersökt och bearbetat informationen om smittland för kommissionens räkning. Resultaten av denna undersökning är illustrerade i figur 3.3, som visar resultat för samma period våren 2020 (fram till och med vecka 23).

Figur 3.3 Uppgifter om smittland i smittspårningen under vecka 9–23, 2020



Källor: Data är anonymiserade individuppgifter från Folkhälsomyndighetens register (SmiNet) gällande det smittland (inklusive Sverige) som är uppgivet vid smittspårning. Den övre figuren visar antalet positiva test per vecka, för tre typer av smittländer (utomlands, Sverige, uppgift saknas). Om färre fall smittspåras får fler observationer värdet "uppgift saknas". Den undre figuren visar andelar av de utlandssmittade, från åtta utvalda länder och "övriga", under de sex veckor då mer än 1 procent av de positiva proven är associerade med ett annat smittland än Sverige. I vecka 9 gäller detta 12 av 18 prover i SmiNet.

Den övre delen av figur 3.3 visar antalet positiva prov som ett stapeldiagram där de olika uppgifterna om smittland är markerade med olika färger. Vi ser att antalet konstaterat smittade stiger när veckorna går. Notera att vecka här syftar på testdatum snarare än smittdatum. Men ökningen är inte särskilt snabb, ett fåtal prov är positiva i vecka 9, nära 1000 i vecka 11, ca 2 000 i vecka 13 och drygt 3 500 i vecka 14. Antalet prov med utländskt smittland är som störst med strax över 500 i vecka 11, men helt försumbar efter vecka 14. Detta

trots att det förmodligen fanns en större benägenhet att rapportera just smittade i utlandet. Antalet och andelen prov som saknar uppgift om smittland ökar också över tid. Det speglar rimligen att smittspårningen – eller inrapporteringen om den – fick lägre prioritet över tid. Kapitel 7 (volym 1) i detta betänkande diskuterar den svenska smittspårningen i detalj med utgångspunkt i underlagsrapporterna av Örtquist och av Almgren och Björk.

Den undre delen av figuren bekräftar att Italien och Österrike (samt i första veckan Iran) totalt dominerar uppgifterna om smittland till och med vecka 11. Andra länder kommer också in i bilden från vecka 12 då Frankrike, Spanien och Storbritannien tillsammans står för 30 procent av de som blivit smittade i utlandet. Men det är viktigt att komma ihåg att andelen utlandssmittade vid det laget var en mycket liten del av det totala antalet smittade i landet. Endast 89 av de 939 positiva proven i vecka 12 hade ett annat uppgivet smittland än Sverige. Dessutom hade de som uppgav Sverige som smittland i vecka 12 troligen blivit smittade redan i vecka 11 (eller vecka 10).

Dessa resultat ger ytterligare stöd för slutsatsen i Dyrdak och Alberts underlagsrapport att SARS-CoV-2 med stor sannolikhet kom till Sverige via resande under sportlovsveckorna, särskilt vecka 9, och att Italien och Österrike dominerar som troliga importländer. De är också i linje med slutsatsen att smittspridningen i Sverige, åtminstone från vecka 11 och framåt reflekterade mycket mer av inhemsk smittspridning än fortsatt import av viruset.

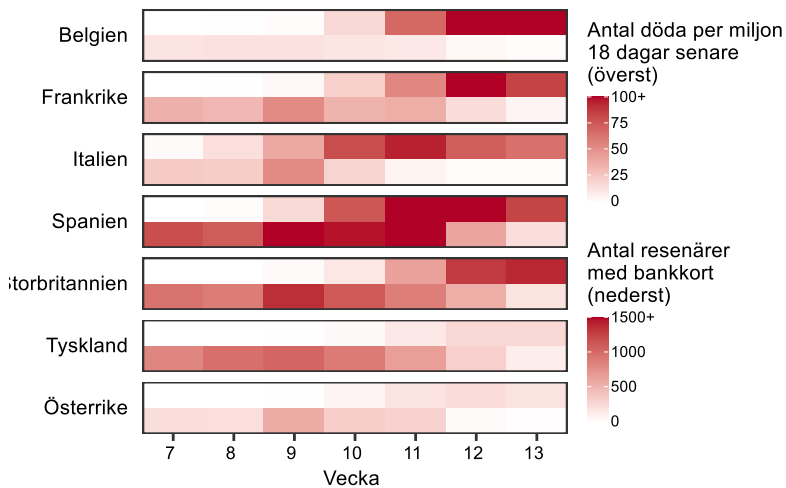
Resedata

SU-programmets forskare har även samlat in andra oberoende uppgifter för internationella resor under de kritiska vårveckorna 2020. Swedbank har ställt anonymiserade uppgifter till förfogande om de betalningar bankens kunder gjort med enskilda betalkort i olika länder utanför Sverige under januari-mars 2020. Dessa data innefattar inga uppgifter som identifierar enskilda kortinnehavare, men det går att koppla varje kort till ett svenskt postnummer. Med hjälp av dessa data kan man på indirekt väg mäta frekvensen av resor till olika länder under en viss vecka från en viss region i Sverige. Givet

de slutsatser vi diskuterat ovan är det speciellt intressant att kasta ytterligare ljus på sportlovsveckornas betydelse.

Figur 3.4 visar ett exempel på detta. Den illustrerar samtidigt två förhållanden för vart och ett av några europeiska resmål under veckorna 7–13, 2020. Överst för varje land lägger vi in de tidigare uppgifterna från figur 3.1 om smittspridningen per vecka (approximerat med antalet dödsfall per miljon förskjutna med 18 dagar). Underst för varje land illustrerar vi det uppmätta antalet resor bland Swedbanks kunder från Stockholmsregionen under dessa veckor. Figuren visar hur resorna till alla länder (utom Belgien) har en ganska tydlig topp under vecka 9, dvs. sportlovsveckan i Stockholm. Den visar vidare att kortinnehavare från Stockholm gjorde nästan inga utlandsbetalningar i vecka 13 (och få i vecka 12), en stark indikation på att utlandsresorna i stort sett hade upphört vid mitten av mars. UD hade också utfärdat en skarp avrådan från alla utlandsresor den 14 mars 2020.

Figur 3.4 Resor från Stockholm till europeiska länder våren 2020



Källor: Figuren är baserad på statistik över antal avlidna från Johns Hopkinsuniversitetet, sammanställt av Our World in Data, samt på korttransaktioner utomlands i anonymiserade data från Swedbank. De senare avser utlandstransaktioner för enskilda kort där innehavaren har hemadress i ett visst postnummer. En resenär till ett visst land och vecka är definierad som ett tillfälle när minst en korttransaktion gjorts i landet under veckan, men inga fler under efterföljande vecka. Data är bearbetade inom SU:s covid-19 program.

Två förutsättningar för större import av SARS-CoV-2 från ett visst resmål till Stockholm är att: (i) viruset cirkulerar i landet ifråga och (ii) resande från Stockholm har besökt landet. Uppgifterna om smittspridningen och resefrekvensen i figuren definierar därför olika ”fönster” med potentiell risk för smittimport till Stockholm, när både den övre och undre delen av diagrammet för ett visst resmål är mörkfärgade. De franska och brittiska fönstren ser sålunda ut att vara som mest öppna i vecka 10 och 11, det italienska i vecka 8 och 9, och det spanska i vecka 9, 10 och 11. Däremot ser de belgiska, tyska och österrikiska fönstren ut att vara stängda – eller, som mest, stå på glänt – under samtliga veckor.

Även om figuren bara ger en indikation är den konsistent med slutsatsen i Dyrdak och Alberts rapport att Italien är ett troligt importland för viruset till Stockholm, via resor under vecka 9. Däremot är figuren svårare att förena med slutsatsen att sportlovsresor till Österrike var en trolig importväg till Stockholm – den pekar snarare på resor till Spanien och Storbritannien i veckorna 10 och 11. Enligt figur 3.3 ökade också Spaniens andel av de positivt testade i veckorna 11 och 12 som angav ett utländskt smittland, även om antalet utlandssmittade föll snabbt bland testade i vecka 11 och 12.

Det är dock viktigt att minnas att figur 3.4 inte nödvändigtvis speglar tillräckliga villkor för hög smittorisk. Slutsatser om denna risk kräver starka antaganden, speciellt att dödstaten i covid-19 för besökslandet som helhet rimligt approximerar risken för smittspridning på de orter svenska resenärer besökt. Det antagandet är inte uppfyllt om vinterlovsresenärerna till Österrike löpte störst risk att bli smittade av turister från andra länder som de hade nära kontakter med i ett ganska litet antal alpbyar. Dessutom blir förstas den relativa betydelsen av utländska importörer lägre ju mer den inhemska samhällsspridningen tagit fart (jämför diskussionen under figur 3.3).

Frågor kring fynden om tidig import och smittspridning

Slutsatserna kring resande och import av smitta ger upphov till flera viktiga frågor. För kommissionen är det av särskilt intresse huruvida annorlunda skyddsåtgärder i ett tidigt skede av pandemin – t.ex. kring gränsskydd, karantän, isolering eller smittspårning av resande och deras kontakter – hade kunnat minska importen av smitta och

dess omvandling till inhemska smittkedjor. Vi återkommer till dessa svåra frågor redan i kapitel 6 (volym 1) och i slutkapitlet (volym 2) av detta betänkande. Frågorna kommer också att bli mer utförligt belysta och bedömda i kommissionens slutbetänkande.

3.3 Smittspridning i Sverige

Som vi redan sett i kapitel 2 och diskuterat i avsnitt 3.2 spred sig viruset snabbt vidare inom Sverige när det väl hade nått landet på allvar kring månadsskiftet februari/mars 2020. Detta avsnitt tar i korthet upp några specifika smittvägar och presenterar statistiska undersökningar som illustrerar deras betydelse.

Allmänt om smittspridning

SARS-CoV-2 sprids via mänskliga möten. I ett medicinskt perspektiv är det naturligt att tänka på smittspridning i termer av biologiska processer. Naturvetenskapliga studier försöker kartlägga när risken för smitta mellan människor är särskilt stor. Existerande resultat indikerar att detta är fallet t.ex. om mötena äger rum inomhus, varar under lång tid, sker vid låga temperaturer och involverar nya kontakter.²⁸

I ett samhällsvetenskapligt perspektiv är det naturligt att tänka på smittspridning i termer av sociala nätverk.²⁹ Varje kontakt som en individ regelbundet träffar – bland familjemedlemmar, arbetskamrater, grannar och vänner – är en del i dennes sociala nätverk och utgör en möjlig väg för smittspridning. Men individens nätverk innefattar också indirekta kontakter, det vill säga personer som individens egna kontakter träffar. Och så vidare. Sociala nätverk är därför centrala för att förstå smittspridningen. Man kan till exempel förstå begreppet klustersmitta som att smittan sprider sig inom ett nätverk men inte mellan olika nätverk.

De naturvetenskapliga och samhällsvetenskapliga perspektiven leder i vissa fall till liknande hypoteser kring de viktigaste vägarna

²⁸ Se t.ex. WHO (2020), *Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted?* samt Kungl. Vetenskapsakademien (2021), *Åtgärder för att minska spridningen av Covid-19, Uppdaterad rapport från Vetenskapsakademiens expertgrupp*, för en sammanfattning och ett antal referenser.

²⁹ Se t.ex. A. Klov Dahl (1985), *Social networks and the spread of infectious diseases: The AIDS example*, Social Science and Medicine.

för spridning av SARS-CoV-2 och därför om lämpliga åtgärder för att bryta smittkedjor. Bägge perspektiven sätter till exempel ljuset på möten inom arbetsplatser, familjer och skolor. Man har också framhållit större sammankomster, evenemang med många besökare inom sport och kultur eller stora konferenser. Dessa ger många nya kontakter utanför de deltagande individernas normala nätverk. Sådana evenemang har i några uppmärksammade fall fungerat som superspridarhändelser, där ett litet antal infekterade individer sprider viruset vidare till ett stort antal deltagare.³⁰

Kontaktberoende tjänster kan ge upphov till särskilt viktiga vägar för spridning av viruset. På samma sätt som i produktionen av varor kan de anställda i tjänstesektorn smitta varandra. Men viruset kan också sprida sig – i bägge riktningar – mellan anställda och tjänstekonsumenter. Det gäller oavsett om tjänsten är offentligt eller privat producerad – som inom sjukhus och äldreboenden eller hos frisörer. En annan smittväg går mellan tjänstekonsumenter, som på restauranger, barer och nattklubbar.

Rörlighet i samhället, speciellt inrikes resor, eller kortare förflyttningar till andra samhällen, är en viktig smittväg då den förmedlar nya kontakter utanför individernas normala nätverk. På samma sätt som de utlandsresor vi redan diskuterat i avsnitt 3.2 kan inhemska resor därför bidra till att sprida viruset mellan personer från olika geografiska områden.³¹

I resten av detta avsnitt presenterar vi resultat från SU:s covid-19-program om hur andelen smittade varierar mellan personer i olika livssituationer. Vi fokuserar på att de som jobbar har olika yrken, att arbetsplatser är olika stora och att familjer skiljer sig i storlek. Alla resultat kommer från en och samma statistiska modell som innehåller justeringar för andra socioekonomiska faktorer. Det gäller t.ex. kön, inkomst och ålder vilka är välkända drivkrafter bakom i stort sett alla hälsoutfall. Kapitel 13 (volym 2) av detta betänkande

³⁰ Se t.ex. D. Lewis (2021), *Superspreading drives the COVID pandemic – and could help to tame it*, Nature, och diskussionen i avsnitt 3.2 om konstaterad superspridning i Ischgl.

³¹ Tidig forskning som styrker betydelsen av inhemska resor i samband med högtider för spridningen av covid-19 finns både för Kina (J. Chen et al. (2020), *Travel rush during Chinese Spring Festival and the 2019-nCoV*, Travel Medicine and Infectious Disease) och C. Fan et al. (2020), *Prediction of epidemic spread of the 2019 novel coronavirus driven by spring festival transportation in China: a population-based study*, International Journal Environmental Research and Public Health) och för Iran (AA-O. Kaffashi et al. (2020), *Nowruz travelers and the COVID-19 pandemic in Iran*, Infection Control & Hospital Epidemiology) och M-OX. Dadar et al. (2020), *The association between the incidence of COVID-19 and the distance from the virus epicenter in Iran*, Archives of Virology).

dyker djupare i den viktiga frågan hur pandemin drabbat personer från olika samhällsgrupper med stöd av underlagsrapporter från Arizo Karimi och Gunnar Andersson m.fl.

Modellen justerar också för familjens bostadsyta och den avsevärda geografiska variationen i smittspridning mellan landets kommuner. De variationer i smittorisk som skattningarna visar på ska alltså tolkas ”allt annat lika”. När vi exempelvis jämför två personer med två olika yrken jämför vi dem som om de hade haft samma inkomst, utbildning, haft samma storlek på arbetsplatsen och familjen, och bott i samma kommun. Vi presenterar dessa resultat i tre figurer nedan.

Smittspridning i arbetet

Personer med olika yrken har arbetsuppgifter som innebär olika stor smittorisk. De arbetar på olika avstånd från andra människor: sina arbetskamrater, eller verksamhetens kunder, de utför huvudsakligen sitt jobb utomhus eller inomhus, osv. Sådana skillnader i smittorisk har också varit föremål för tämligen omfattande forskning.

Flera studier har identifierat förhöjda risker att bli infekterad av SARS-CoV-2 bland yrken inom hälso- och sjukvården, lärare, samt personer som kör buss eller taxi.^{32 33 34}

Det är dock viktigt att komma ihåg att testbenägenheten skiljer sig mellan yrken vilket kan bidra till att infektionsrisken i vissa av dem överskattas.³⁵

Folkhälsomyndigheten har rapporterat en förhöjd risk att bli infekterad av SARS-CoV-2 bland vård- och omsorgspersonal och övriga yrken med många kontakter, inklusive taxiförare, under mars–december 2020. Rapporten observerade dock ingen förhöjd risk bland personal som arbetar i skolan.³⁶ En svensk forskningsstudie finner dock att risken att bli smittad skiljer sig åt mellan olika

³² F.Y. Lan et al. (2020), *Work-related COVID-19 transmission in six Asian countries/areas: a follow-up study*, *PloS one*.

³³ M. Mutambudzi et al. (2021), *Occupation and risk of severe COVID-19: prospective cohort study of 120 075 UK Biobank participants*, *Occupational and Environmental Medicine*.

³⁴ K. Magnusson et al. (2020), *Occupational risk of COVID-19 in the 1st vs 2nd wave of infection*, medRxiv.

³⁵ G.J. Griffith et al. (2020), *Collider bias undermines our understanding of COVID-19 disease risk and severity*, *Nature communications*, 11(1), 1–12.

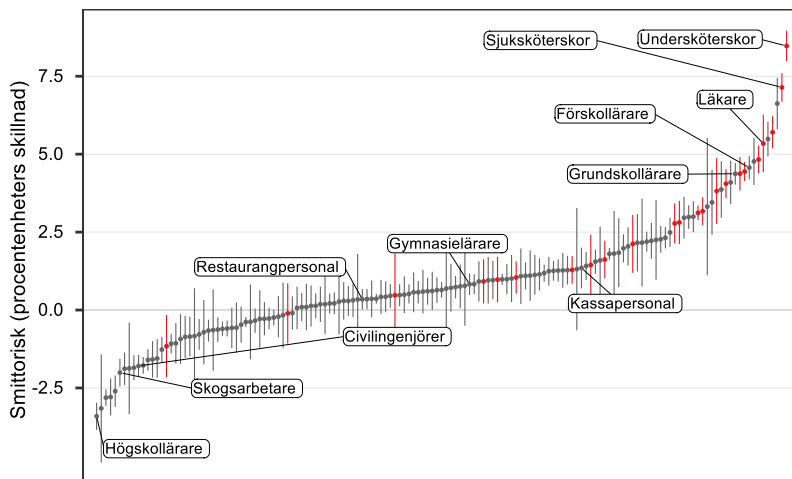
³⁶ Folkhälsomyndigheten (2021), *Förekomst av covid-19 i olika yrkeskategorier – delrapport 2 Bekräftade covid-19 fall i Sverige 13 mars – 15 december*.

typer av lärare – den var dubbelt så hög för grundskolelärare som för gymnasielärare vilka gick över till distansundervisning. Forskarna kunde också observera en förhöjd risk att bli smittad bland föräldrar till barn i grundskolan jämfört med föräldrar till barn i gymnasiet.³⁷ Underlagsrapporten av Gunnar Andersson m.fl. redovisar risken bli infekterad, sjukhusvårdad, IVA-vårdad och avlida för personer med olika breda kategorier av yrken – kapitel 13 diskuterar dessa resultat vidare.

Figur 3.5 illustrerar smittorisken i olika yrken för 148 olika yrkeskoder i SCB:s klassificering. Man kan tolka varje punkt som ett mått på hur den relativa risken att testa positivt varierar mellan individer som har olika yrken, men som i andra hänseenden är lika. Yrkena är rangordnade utefter x-axeln från den lägsta till den högsta skattade risken. Skillnaden i risk mellan undersköterskor (yrket med den allra högsta risken) och högskolelärare (med den lägsta risken) är hela 10 procentenheter. Detta är en betydande skillnad, speciellt om vi jämför med den genomsnittliga risken i befolkningen som uppgår till 8 procent.

³⁷ J. Vlachos et al. (2021), *The effects of school closures on SARS-CoV-2 among parents and teachers*, Proceedings of the National Academy of Sciences.

Figur 3.5 Covid-19 smittade i olika jobb



Anm.: Figuren bygger på skattningar i en multivariat regressionsmodell inom SU:s covid-19 program. Den statistiska modellen justerar för socioekonomiska förhållanden som inkomst, utbildning, ålder och kön, hushållets bostadsyta, samt för arbetsplatsens storlek (se figur 3.6) och hushållets storlek (se figur 3.7). Y-axeln i figuren visar skattade skillnader – allt annat lika – i risken att ha testat positivt mellan olika individer med 148 olika yrkeskoder (relativt de utan yrkeskod), enligt SCB:s klassificering (SSYK, treställsnivå, uppmätt 2019). Den visar också 95-procentiga konfidensintervall. Yrkena med de högsta 25 procenten kontakter med andra människor är markerade med rött.

Källor: Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA), SCB och SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Då vårdpersonal har testats i mycket högre utsträckning än personal i andra sektorer är det kanske inte förvånande att de yrken med de högsta riskerna alla är vårdyrken. Kapitel 13 (volym 2) av detta betänkande diskuterar skillnaderna i testbeteende mellan olika grupper i Sverige.

En närmare titt på figur 3.5 gör klart att resultaten också fångar faktiska smittorisker och inte bara skillnader i testbenägenhet. De skattade riskerna för personer vars yrken utsätter dem för särskilt stora kontakter med andra människor är markerade med rött i figuren. Vi ser tydligt hur dessa yrken dominerar bland de högsta riskerna.

En annan strukturell skillnad mellan personer i olika yrken är att de haft olika möjligheter att utföra sitt arbete på distans. De olika lärarkategorierna är ett talande exempel. Grund- och förskollärare, som i stort arbetat på plats under hela pandemin, har den högsta risken för konstaterad smitta, knappt 4 procentenheter högre än gym-

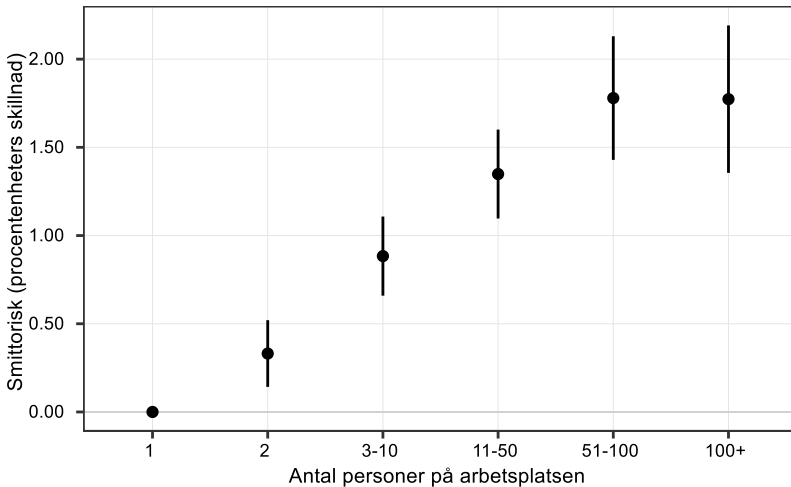
nasielärare, som kunnat bedriva en del av sin undervisning på distans. De senare löper i sin tur drygt 4 procentenheter högre risk än högskolelärare, som har arbetat på distans genom hela pandemin. Bland yrkena med lägst smittorisk hittar vi, förutom dem som kunnat arbeta hemma, också grupper som arbetar utomhus.

En viss individs yrke utsätter henne alltså för smitta i varierande grad – dels från kontakter i det egna sociala nätverket (arbetskamrater), dels från nya kontakter (konsumenter av den tjänst hon jobbar med). Men det yrke vi har speglar också faktorer som utbildning, social bakgrund samt födelseort och -land.

Smittorisken varierar inte bara mellan yrken, utan också inom yrken. Som vi tidigare varit inne på är antalet nära kontakter – det sociala nätverkets storlek – en mycket viktig faktor för risken att en viss person bli smittad av en infektionssjukdom. Bland dem som inte har möjlighet att arbeta hemifrån är arbetsplatsens storlek ett direkt mått på hur många och nära kontakter en enskild anställd har under en typisk arbetsdag.

Figur 3.6 redovisar hur arbetsplatsens storlek påverkar smittorisken bland personer med samma yrke (och med liknande socioekonomisk status i övrigt), enligt samma statistiska skattning som bildar underlag för figur 3.5. Skillnaden i smittorisk mellan små arbetsplatser, med en anställd, och stora arbetsplatser, med mer än 50 anställda, uppgår till nästan 2 procentenheter. Att smittorisken inte fortsätter att öka i företag med mer än 100 anställda kan möjligen bero på att arbetsplatser med många anställda är organiserade i underavdelningar eller i olika skift, som har få kontakter med varandra, och/eller att dessa arbetsplatser oftare kan erbjuda hemarbete.

Figur 3.6 Covid-19 smittade på olika stora arbetsplatser



Anm.: Figuren bygger på skattningar inom SU:s covid-19 program med hjälp av samma statistiska modell som används för att producera figur 3.5 (se not) och figur 3.7. Y-axeln i denna figur visar skattade skillnader – allt annat lika, inklusive yrke – i risken att testa positivt mellan individer med olika stora arbetsplatser (relativt arbetsplatser med bara en anställd), samt 95-procentiga konfidensintervall.

Källor: Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA), SCB och SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

Större arbetsplatser har alltså, allt annat lika, medfört en större smittorisk i covid-19 för de anställda. Det är naturligt att tolka detta som att fler personer på jobbet ingår i den genomsnittliga arbetstagarens sociala nätverk – och att dessa troligen också kommer från ett större geografiskt område. Enligt tidigare resonemang kan ett större nätverk av anställda i ett tjänsteföretag också spilla över i en högre smittorisk för tjänstekonsumenterna. En underlagsrapport till kommissionen av Rasmus Broms m fl om smittspridningen på olika särskilda boenden – se kapitel 14 (volym 2) av detta betänkande – visar också att dödligheten bland de äldre är högre på större än mindre boenden, även när man kontrollerar för andra strukturella faktorer.

Smittspridning i hemmet

Vissa har möjlighet att undvika fysiska möten i arbetet, men interaktionerna i hemmet förblir för många en viktig källa till smittsprid-

ning. Familjer träffas mycket inomhus och är därför en uppenbar smittväg. Umgänget kan bli mer nära och smittrisker därmed högre ju mer trångbodd familjen är. Dessutom kan en familj ha olika stora nätverk, givet storleken på dess bostad, beroende på antalet familjemedlemmar och på storleken av varje familjemedlems egna kontaktnät.

Även om större folksamlingar kan leda till att många blir smittade samtidigt blir de allra flesta smittade i mindre sammanhang som innebär nära kontakt mellan människor.³⁸ Studier som använder sig av data från smittspårning har visat att hemmet utgör en viktig plats för smittspridning.^{39 40} En isländsk studie baserad på omfattande data, bland annat uppgifter från kontaktspårning, visar att de flesta i början av pandemin blir smittade vid resor men att familjens betydelse successivt ökar.⁴¹ När människor rör sig mindre i samhället kan risken för smitta i hemmet öka. En kinesisk studie har t.ex. visat att risken att smittas i hemmet ökade tillfälligt omedelbart efter en nedstängning.⁴² Underlagsrapporten av Andersson m.fl. visar att personer i trångbodda hushåll har haft en förhöjd risk att bli vårdade på sjukhus, IVA eller avlida på grund av covid-19, även då man beaktar deras socioekonomiska och medicinska riskfaktorer.

Figur 3.7 illustrerar hur risken att ha testat positivt ser ut i hushåll av olika storlek. Notera att vi också håller familjens bostadsyta konstant. Vi ser ett tydligt samband där – analogt med resultaten för arbetsplatsen – individer i större hushåll har olika smittrisk (även när vi justerar för faktorer som yrke, socioekonomi, arbetsplatsens storlek och bostadsort). Skillnaden mellan den minsta och största risken är 4 procentenheter, en dubbelt så stor skillnad jämfört med den minsta och största arbetsplatsrisken i figur 3.6. Det är inte förvånande med tanke på att många haft möjlighet att undvika sitt arbetsplatsnätverk men inte sitt familjenätverk.

Då variationen i familjestorlek till stor del speglar antalet barn i familjen indikerar resultaten att barn bidragit signifikant till smitt-

³⁸ A. Aleta et al. (2020), *Quantifying the importance and location of SARS-CoV-2 transmission events in large metropolitan areas*, medRxiv.

³⁹ Q.L. Jing et al. (2020), *Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants in Guangzhou, China: a retrospective cohort study*, *The Lancet Infectious Diseases*.

⁴⁰ K. Sun (2021), *Transmission heterogeneities, kinetics, and controllability of SARS-CoV-2*, *Science*.

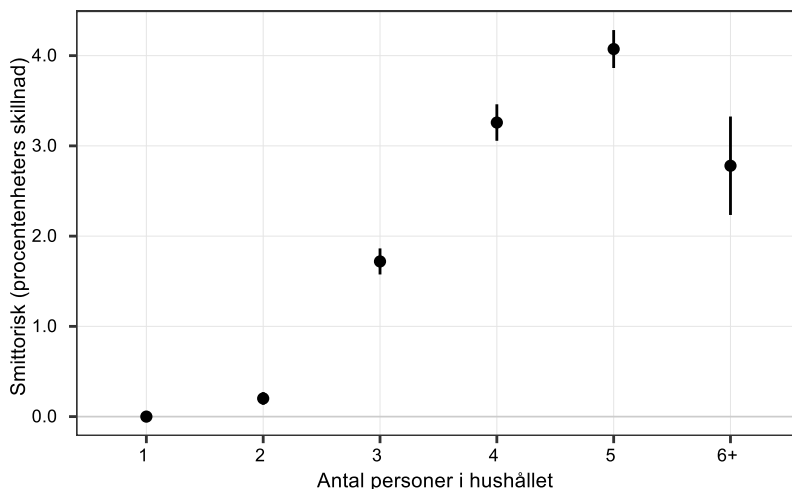
⁴¹ D.F. Gudbjartsson et al. (2020), *Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population*, *New England Journal of Medicine*.

⁴² K. Sun (2021), *Transmission heterogeneities, kinetics, and controllability of SARS-CoV-2*. *Science*.

spridningen – detta går på tvärs mot en vanlig uppfattning i början av pandemin.⁴³ Vi kommer att återvända till detta mönster i kapitel 14 (volym 2) när vi redogör för resultat i en underlagsrapport skriven av Peter Nilsson. Rapporten undersöker hur SARS-CoV-2 tog sig in på landets äldreboenden genom att använda det faktum att personer med barn i hushållet löpt större risk att bli smittade och sprida smittan vidare.

Figur 3.7 Covid-19 smittade i olika stora familjer

AA



Anm.: Figuren bygger på skattningar inom SU:s covid-19 program med hjälp av samma statistiska modell som används för att producera figurerna 3.5 och 3.6. Y-axeln i denna figur visar skattade skillnader – allt annat lika – i risken att testa positivt mellan individer i olika stora familjer (relativt ensamhushåll), samt 95-procentiga konfidensintervall. Uppgifterna på x-axeln om familjernas storlek speglar antalet personer i samma hushåll. Koefficienten för hushåll med 6 eller fler medlemmar ska tolkas med stor försiktighet då den innefattar stora familjer, kollektivboenden, men också människor som är skrivna i samma bostad av andra anledningar.

Källor: Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA), SCB och SmiNet, Folkhälsomyndigheten.

3.4 Offentliga ingrepp och privat beteende

De olika kontakter som definierar de sociala nätverk vi diskuterat i avsnitt 3.3 utgör olika potentiella smittvägar. Den faktiska virus-

⁴³ Forskningsresultaten är inte entydiga vad gäller barnens roll i smittspridningen. För en översikt och meta-analys, se t.ex. Y. Zhu et al. (2021), *A Meta-analysis on the Role of Children in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Household Transmission Clusters*, Clinical Infectious Diseases.

överföringen på dessa vägar beror på tre faktorer: (i) olika offentliga regleringar och råd för att minska mänskliga kontakter, (ii) människors följsamhet mot dessa ingripanden och (iii) individers egna beteenden för att skydda sig själva och sina anhöriga – eller arbetsgivares egna beteenden för att skydda sina anställda – mot smittan.

Den allmänna diskussionen har oftast betonat (i) och (ii), myndigheternas regleringar och råd samt huruvida olika aktörer följer dessa. Vi kommer givetvis att ta upp dessa frågor, inte bara i kapitel 6 (volym I) av detta betänkande, men också i vårt slutbetänkande.

Men forskningsresultat (se nedan) pekar också på stor betydelse för faktor (iii): hur människor och företag på eget initiativ anpassar sina beteenden för att minska smittorisken, även i avsaknad av offentliga åtgärder. Vi avslutar detta kapitel med en kort diskussion av sådana anpassningar. Men vi återkommer senare till samma tema, t.ex. när vi tar upp skillnader i den ekonomiska nedgången i olika regioner och sektorer i slutbetänkandet.

En grundläggande aspekt av individers förändrade beteende i samband med en pandemi gäller deras rörlighet i samhället. I analogi med vår diskussion i avsnitt 3.2 kring hur internationell rörlighet med stor sannolikhet spred virus mellan människor från olika länder, kan inhemsk rörlighet mellan olika platser och orter sprida viruset mellan människor från olika geografiska områden inom landet.

Från det nätverksperspektiv vi anlagt i avsnitt 3.3 är resor särskilt viktiga då de kan sammanföra individer som eljest inte skulle ha mött varandra. På detta sätt kan smittan sprida sig via nya sociala nätverk – viruset spiller över från ett kluster av personer till ett annat.

Lite om forskningen kring rörlighet

Många forskare från olika discipliner har redan studerat rörligheten under pandemin, oftast med hjälp av data skapade från förflyttningar av mobiltelefoner. Men sambanden mellan ökad smittspridning, minskad rörlighet, och offentliga ingrepp för att minska smittspridningen är komplexa och innefattar orsakssamband i olika riktningar. Existerande forskning inriktar sig typiskt på ett eller ett par av dessa samband. Till exempel drar vissa studier slutsatsen att – spontana

eller policyberoende – nedgångar i människors rörlighet är förknippade med senare fall i smittspridningen.⁴⁴

Tidiga svenska studier har bland annat visat hur aktiviteten sjönk i områden med affärsverksamhet och arbetsplatser men steg i bostadsområden, samt hur resor med SL-kort minskade inom Stockholmsregionen, särskilt för kort från välbärgade områden.⁴⁵

Illustrationer

För att här illustrera individernas rörlighet inom Sverige under pandemins första våg, våren och sommaren 2020, utnyttjar vi data från SU:s Covid-19 program som bygger på (anonymiserade) uppkopplingar till mobilmaster av samtliga telefoner med abonnemang hos Telia. Det är en ansenlig mängd data där de enskilda observationerna avser summan av alla avslutade förflyttningar mellan olika mobilmaster som skett inom samtliga kommuner och mellan samtliga par av kommuner under varje vecka av år 2019 och 2020.

Figur 3.8 presenterar en enkel bearbetning av dessa data. Skalan på den vänstra y-axeln visar rörelser av varje typ, för varje vecka under våren 2020. Dessa är uttryckta i procent av rörelserna under motsvarande vecka våren 2019. Kurvan i blått visar rörligheten inom kommuner, den i orange rörligheten mellan kommuner i samma region och den i grönt rörligheten mellan regioner. Figuren innehåller också statistik från Google Covid-19 Community Mobility Reports mätt som aktivitetsgrad jämfört med en referensnivå för den

⁴⁴ Se t.ex. P. Nouvellet et al. (2020), *Reduction in mobility and COVID-19 transmission*. Nature Communications, eller J. Oh et al. (2021), *Mobility restrictions were associated with reductions in COVID-19 incidence early in the pandemic: evidence from a real-time evaluation in 34 countries*, Scientific reports. Andra studier visar att en ansenlig del av nedgången i rörlighet – när människor undviker t.ex. kontaktberoende tjänster – sker innan formella restriktioner eller råd har kommit på plats. Se t.ex. Y. Yan et al. (2021), *Measuring voluntary and policy-induced social distancing behavior during the COVID-19 pandemic*, Proceedings of the National Academy of Sciences, A. Goolsbee et al. (2021), *Fear, lockdown, and diversion: Comparing drivers of pandemic economic decline 2020*, Journal of Public Economics, eller S. Gupta et al. (2020), *Mandated and voluntary social distancing during the COVID-19 epidemic*, Brookings Papers on Economic Activity.

⁴⁵ Se M. Dahlberg et al. (2020), *Effects of the COVID-19 pandemic on population mobility under mild policies: Causal evidence from Sweden*, arXiv preprint, och A. Erik, et al. (2021), *Who continued travelling by public transport during COVID-19? Socioeconomic factors explaining travel behaviour in Stockholm 2020 based on smart card data*, European Transport Research Review.

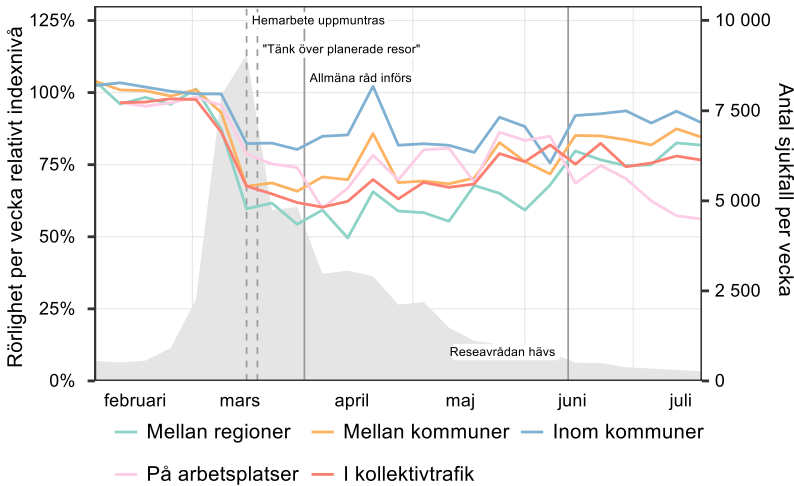
veckodagen.⁴⁶ Linjen i rosa visar aktivitet på arbetsplatser och den i rött resande med kollektivtrafik.

Skalan på den högra y-axeln mäter höjden på den skuggade ytan i bakgrunden som visar ett av de mått på inhemsk smittspridning vi introducerade redan i kapitel 2 (figur 2.5), nämligen de långa sjukfall med ersättning från Försäkringskassan som haft ett läkarintyg med diagnos för konstaterad eller eventuell covid-19.

Slutligen visar figurens vertikala linjer datum för de relevanta rekommendationer och råd kring rörlighet från Folkhälsomyndigheten som vi kunnat hitta: en uppmuntran till arbetsgivare att se över möjligheterna till hemarbete (den 16 mars), en uppmaning till individer att tänka över planerade påskresor inom Sverige (den 19 mars) och ett införande av formella allmänna råd bland annat att avstå från onödiga resor och jobba hemifrån (den 1 april).

⁴⁶ Google beräknar referensnivån som medianen av aktivitet för veckodagen under perioden 3 januari – 6 februari 2020.

Figur 3.8 Nationell rörlighet och smittspridning, våren 2020



Anm.: Figuren visar bearbetningar av data från Telia (på kommunnivå) och från Google Covid-19 Community Mobility Reports (på nationell nivå), samt data från Försäkringskassan (på individnivå) inom SU:s Covid-19 program. Resande (på vänster y-axel) avser de rörlighetsmått som diskuteras i texten: måtten för 2020 är alltså uttryckta i procent av motsvarande mått för 2019 eller referensperioden. Nya sjukfall (på höger y-axel) avser de fall med läkarintyg och diagnoser för konstaterad och eventuell covid-19, enligt diskussion i avsnitt 2.3. De vertikala linjerna markerar fyra datum för uttalanden eller formella råd från Folkhälsomyndigheten: 16 mars: "De arbetsgivare som har möjlighet att låta anställda arbeta hemifrån kan överväga att rekommendera detta." 19 mars: "Inför ledigheter och under påsken är det viktigt att tänka igenom om planerade resor inom Sverige verkligen är nödvändiga att genomföra." 1 april: Folkhälsomyndigheten utfärdar allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) med uppmaningar om att avstå onödiga resor samt att arbeta hemifrån. 13 juni: Myndigheten häver denna reseavrådan, dock bara för symptomfria personer.

Diagrammet illustrerar tydligt en av poängerna i detta avsnitt: individer ändrar sitt beteende för att minska risken att själva bli smittade eller att smitta andra, även i avsaknad av formella råd och rekommendationer. När pandemin slår till i första hälften av mars sjunker alla de tre måtten på rörlighet snabbt (jämfört med året innan): intrakommunal rörlighet till omkring 80 procent, intra-regional rörlighet till omkring 65 procent och inter-regional rörlighet till omkring 60 procent.⁴⁷

Nedgången i rörlighet under mars ser nästan identisk om vi i stället använder måtten på rörlighet som vilar på information från Googles appar med GPS-koppling.

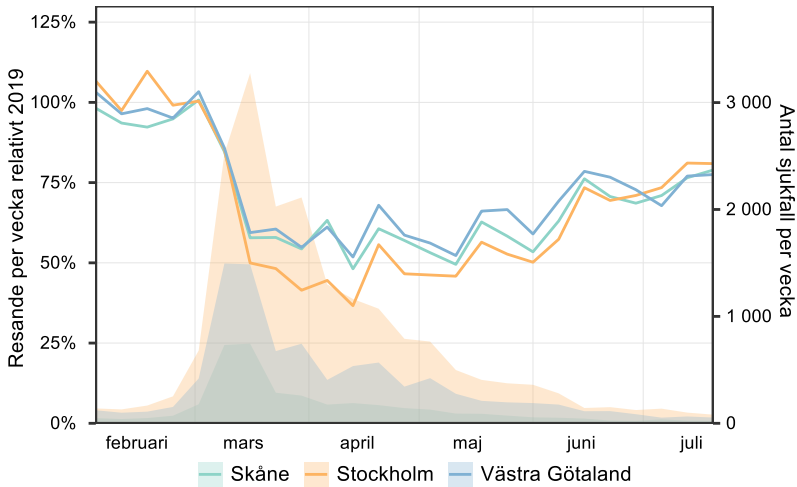
⁴⁷ Svängningen i relativ resebenägenhet under april speglar till stor del att påsken skiftade från vecka 16 år 2019 till vecka 15 år 2020.

Individens oberoende beslut om rörlighet beror naturligtvis på olika typer av information om pandemins utveckling, inklusive den de fått från myndigheterna. För att förstå rörlighet och andra aspekter av privat beteende är det därför viktigt att granska all offentlig kommunikation om pandemin, även den som inte tar formen av utfärdade råd och rekommendationer. Till exempel hade Folkhälsomyndigheten så sent som den 11 mars uttryckt sig tveksamt om nyttan av distansarbete, något som i sig kan ha påverkat arbetsgivares benägenhet att införa hemarbete.⁴⁸ Vi återkommer till den viktiga frågan om regeringens och myndigheternas kommunikation i vårt slutbetänkande.

Medan figur 3.8 bara illustrerar den nationella rörligheten, så ger figur 3.9 en mer finfördelad bild. Den vänstra y-axeln visar den veckovisa (inter-regionala) rörligheten till och från regionerna kring Sveriges tre storstäder till alla andra regioner: Stockholm (orange kurva), Västra Götaland (blå kurva) och Skåne (grön kurva). Den högra y-axeln visar smittspridning (mätt som sjukfall med konstaterad eller eventuell covid-19) inom var och en av regionerna (med samma färgkoder som för rörligheten).

⁴⁸ I en intervju med Expressen den dagen menade Anders Tegnell att hemarbete var en möjlighet i delar av världen med stor smittspridning, t.ex. Italien, och att rekommendationer om hemarbete inte bör införas tills dess att de beaktats ur ett jämlikhetsperspektiv.

Figur 3.9 Interregional rörlighet och regional smittspridning, våren 2020



Anm.: Skalan på y-axeln anger rörlighet 2020 som en andel av 2019 års rörlighet under samma vecka och från samma region.

Källor: Figuren bygger på bearbetningar av data från Telia (på kommunnivå) och från Försäkringskassan (på individnivå) inom SU:s Covid-19 program.

Figuren visar att resorna i början av mars mellan Stockholm och andra regioner gick ner betydligt mer än resorna till och från Västra Götaland respektive Skåne. Detta mönster ger ytterligare stöd för hypotesen att rörligheten – till en viktig del – speglar människors vilja att skydda sig från smitta, i det att smittspridningen under den första vågen var betydligt större i Stockholm än i de andra storstadsregionerna. Precis som i figur 3.8 ser vi att i stort hela anpassningen till en ny nivå (vilken sedan låg kvar till slutet av maj) redan skett vid mitten av mars i samtliga tre regioner. Liksom i figur 3.8 är det svårt att se någon direkt reaktion på Folkhälsomyndighetens rekommendationer under andra halvan av mars.

Vi återkommer till bestämmelser, rekommendationer och råd i syfte att minska smittspridningen från regeringen, Folkhälsomyndigheten och andra offentliga aktörer i kapitel 6 (volym 1) samt slutkapitlet av detta betänkande. Att diskutera och utvärdera dessa åtgärder kommer också att vara en huvudpunkt i vårt slutbetänkande.

3.5 Summering

Detta kapitel ger en bakgrund till resten av betänkandet genom att diskutera de svåra frågorna hur Coronaviruset (SARS-CoV-2) kom till Sverige och spred sig vidare inom landets gränser. Utifrån existerande vetenskap, den nya forskning vi beställt, samt vår egen analys av data gör kommissionen några bedömningar och drar en rad slutsatser.

Några länder i Europa blev ett epicentrum för den första vågen av den globala pandemin, med början runt månadskiftet februari/mars 2020.

Förekomsten av SARS-CoV-2 i Sverige före vecka 9 år 2020 var troligen högst begränsad och den avgörande importen av viruset till Sverige skedde sannolikt via vinterlovsresor – främst till Italien och Österrike – under vecka 9.

De flesta smittade svenskar våren 2020 ådrog sig viruset här i landet snarare än utomlands. Det gäller även pandemins första veckor, med undantag för de inledande importfallen.

Kommissionen menar att den medicinska förståelsen av biologiska processer och den samhällsvetenskapliga förståelsen av sociala nätverk ger värdefulla och kompletterande perspektiv på smittspridningen.

Smittspridningen under den svenska pandemin – mätt som risken att testa positivt för covid-19 – samvarierar på ett förväntat sätt med omständigheter som utvidgar individens sociala nätverk, inklusive typ av yrke, storlek på arbetsplatsen och storlek på familjen.

I tillägg till myndigheternas regleringar, rekommendationer och råd samt människors efterlevnad av dessa, är individers eget beteende för att undvika smitta en viktig faktor som kan dämpa (förstärka) den smittspridning som i annat fall skulle ske via sociala nätverk. Data från förflyttningar av mobiltelefoner visar att intra-kommunal, inter-kommunal och inter-regional rörlighet avtagit högst väsentligt redan vid mitten av mars 2020, innan Folkhälsomyndigheten utfärdade de första rekommendationerna om minskad rörlighet.

4 Smittskydd

Vi har i de två föregående kapitlen gett en översiktlig bakgrund till smittspridningen i världen och i Sverige och hur coronaviruset kom till vårt land och spred sig vidare här. Vi övergår nu i detta kapitel till att beskriva hur förutsättningarna att hantera pandemin i Sverige såg ut vid tiden för virusutbrottet. Här beskriver vi den centrala regleringen på området – främst smittskyddslagen (2004:168) – och de skyldigheter och befogenheter den ger. Vi ger även en översiktlig bakgrundsbeskrivning av det svenska smittskyddets institutioner.

Regeringen styr riket och har det övergripande ansvaret även för smittskyddsfrågor. Den kan ta initiativ till lagstiftning och har de statliga förvaltningsmyndigheterna till sitt förfogande. Vilka är då dessa myndigheter som ansvarar för smittskyddet och hur ser ansvarsfördelningen ut?

Det finns ett stort antal aktörer som har koppling till smittskyddsområdet. Vissa av dem har en mer framträdande roll med ett uttalat ansvar och specifika uppgifter i smittskyddsarbetet, medan andra har funktioner eller uppgifter av mer allmän karaktär.

Kapitlet inleds med en redogörelse för den rättsliga regleringen av smittskyddet, smittskyddslagens tillkomst, de smittskyddsåtgärder som kan vidtas med stöd av lagen, smittspårning m.m. (4.1.1–4.1.5). Vi skriver även mycket kortfattat om smittskyddslagarna i Norge, Danmark och Finland (4.1.6).

Därefter går vi i avsnitt 4.2 över till att beskriva de institutioner som ansvarar för smittskyddet. Folkhälsomyndigheten är den myndighet som har kommit att spela huvudrollen i den svenska hanteringen av pandemin. Vi börjar i avsnitt 4.2.1 med en historisk återblick och beskrivning av hur ansvarsfördelningen på smittskyddsområdet, som genomgått en stor förändring under årens lopp, såg ut före Folkhälsomyndighetens tillkomst. Hur Folkhälsomyndighetens uppdrag ser ut i dag beskrivs i avsnitt 4.2.2. I anslutning till det

ges en översikt över myndighetens motsvarigheter i de nordiska grannländerna (4.2.3). Därefter gör vi en kort presentation av Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Arbetsmiljöverket, länsstyrelserna, regionerna inklusive regionernas smittskydd, kommunerna samt övriga aktörer som har anknytning till smittskydd (4.2.4–4.2.12).

I avsnitt 4.3 försöker vi teckna en bild av den lite svårplacerade organisationen Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) som inte har något formellt ansvar på smittskyddsområdet men som är en av de aktörer som har stått i förgrunden under pandemin. Vad är SKR och vilken roll har organisationen? Vi avslutar vi med en summering av kapitlet (4.4).

4.1 Regleringen av smittskyddet

Bestämmelser om åtgärder för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar finns huvudsakligen i smittskyddslagen. Lagen kompletteras genom vissa föreskrifter i smittskyddsförordningen (2004:255).

Smittskyddslagens syfte är att tillgodose befolkningens behov av skydd mot spridning av smittsamma sjukdomar.⁴⁹ Vid införandet av lagen uttalade regeringen att den enskilde samtidigt bör skyddas från onödigt långtgående ingrepp. Enligt regeringen måste syftet primärt vara att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar men att lagen även måste ge ett skydd åt den som är smittad.⁵⁰

4.1.1 Smittskyddslagens tillkomst

Smittskyddslagen trädde i kraft den 1 juli 2004 och ersatte då den tidigare smittskyddslagen från 1988. Vid denna tidpunkt utgjorde de sexuellt överförbara sjukdomarna ett stort problem världen över. Även tuberkulos bedömdes utgöra ett globalt hot mot folkhälsan. Utbrottet av sjukdomen SARS som orsakats av ett tidigare okänt coronavirus låg i närtid men fick inget utbrott i Sverige.⁵¹

⁴⁹ 1 kap. 1 § smittskyddslagen.

⁵⁰ Prop. 2003/04:30 s. 83 f.

⁵¹ Prop. 2003/04:30 s. 60 f.

Begreppet samhällsfarliga sjukdomar och de extraordinära smittskyddsåtgärder som kan vidtas vid sådana sjukdomar tillkom genom en komplettering till smittskyddslagen som trädde i kraft den 1 januari 2005. Smittskyddsåtgärderna hälsokontroll vid inresa, karantän och avspärning tillkom då.⁵²

4.1.2 Smittsamma, allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar

I smittskyddslagen används definitionerna (i) smittsamma sjukdomar, (ii) allmänfarliga sjukdomar och (iii) samhällsfarliga sjukdomar.⁵³ I bilaga 1 och 2 till lagen anges vilka sjukdomar som utgör allmänfarliga respektive samhällsfarliga sjukdomar.

Bestämmelserna i smittskyddslagen omfattar alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa, dvs. smittsamma sjukdomar. Möjligheterna till ingripanden med stöd av lagen är dock i de flesta fall begränsade till de allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomarna.

Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade.⁵⁴

Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder.⁵⁵

Regeringen får, om riksdagens beslut om ändring i bilaga 1 eller 2 inte kan avvaktas, under vissa förutsättningar föreskriva att bestämmelserna om allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på en viss smittsam sjukdom som förekommer eller inom kort kan förekomma här i landet. Föreskrifter som har meddelats med stöd av denna bestämmelse ska snarast underställas riksdagens prövning.⁵⁶ Regeringen har med stöd av dessa bestämmelser utfärdat en förordning om att bestämmelserna om allmänfarliga och sam-

⁵² Prop 2003/04:158 s. 53 f.

⁵³ 1 kap. 3 § smittskyddslagen.

⁵⁴ 1 kap. 3 § andra stycket smittskyddslagen.

⁵⁵ 1 kap. 3 § tredje stycket smittskyddslagen.

⁵⁶ 9 kap. 2 § smittskyddslagen.

hällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på den sjukdom som numera betecknas covid-19.⁵⁷ Riksdagen har därefter i lag fattat ett likalydande beslut.⁵⁸

De allmänfarliga sjukdomarna (och därigenom alla samhällsfarliga sjukdomar) och vissa andra smittsamma sjukdomar ska anmälas eller bli föremål för smittspårning. Sådana sjukdomar benämns anmälningspliktiga respektive smittspårningspliktiga sjukdomar.⁵⁹ En anmälan ska göras till smittskyddsläkaren och Folkhälsomyndigheten.⁶⁰ Vilka andra sjukdomar som ska vara anmälningspliktiga får regeringen meddela föreskrifter om och dessa sjukdomar anges i bilaga 1 till smittskyddsförordningen. Vilka andra sjukdomar som ska vara smittspårningspliktiga får regeringen eller Folkhälsomyndigheten meddela föreskrifter om.⁶¹

Av smittskyddsförordningen följer även att Folkhälsomyndigheten får meddela föreskrifter om undantag från anmälningsskyldigheten.⁶² Sådana föreskrifter har meddelats avseende covid-19. Dessa föreskrifter innebar först begränsningar av vilka läkare som hade sådan anmälningsplikt och sedan, från den 1 oktober 2020, en bestämmelse om att misstänkta fall av covid-19 inte ska anmälas.⁶³ Vi återkommer kort till dessa bestämmelser i avsnitt 7.1.

4.1.3 Smittskyddsåtgärder

Smittskyddslagen innehåller bestämmelser om olika åtgärder som kan vidtas för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. Gemensamt för samtliga smittskyddsåtgärder är att de ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och inte får vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärderna ska vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet och åtgärder som den enskilde motsätter sig får vidtas endast om inga andra möjligheter står till buds.⁶⁴ Etiska och

⁵⁷ Förordningen (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.

⁵⁸ Lag (2020:430) om ändring i smittskyddslagen (2004:168).

⁵⁹ 1 kap. 3 § fjärde stycket smittskyddslagen.

⁶⁰ 2 kap. 5 § smittskyddslagen.

⁶¹ 9 kap. 3 § smittskyddslagen och 7 § smittskyddsförordningen.

⁶² 5 § smittskyddsförordningen.

⁶³ Se HSLF-FS 2020:10, HSLF-FS 2020:23 och HSLF-FS 2020:45.

⁶⁴ 1 kap. 4 § smittskyddslagen.

epidemiologiska bedömningar ska vara avgörande för om tvångsåtgärder ska få vidtas i en viss situation.

I förarbetena framhölls att en humanistisk människosyn bör ligga till grund för samhällets smittskydd, att tyngdpunkten i smittskyddsarbetet bör ligga på det frivilliga förebyggande arbetet, att det huvudsakliga smittskyddsarbetet genomförs på frivillig väg och att möjligheterna till tvångsåtgärder i praktiken inte spelar någon framträdande roll. I de fall då ingrepp i den enskildes frihet eller integritet anses befogat måste ingreppet vara nödvändigt och proportionerligt med hänsyn till andra människors liv och rättigheter. Vidare ska var och en, såväl smittade som osmittade, ha ett ansvar för att förhindra smittspridning.⁶⁵

Ingen av smittskyddsåtgärderna är förenade med någon straffsanktion för den som inte följer dem. Vid införandet av hälsokontroll, karantän och avspärrning övervägdes möjligheten att införa en ny straffbestämmelse för gärningar som innebär att man inte följer beslut om dessa åtgärder. Regeringen anförde dock att det finns möjlighet till medverkan av polis samt att det när det gäller avspärrning redan finns vissa straffbestämmelser som skulle kunna bli aktuella vid överträdelse, t.ex. misshandel och framkallande av fara för annan. Regeringen bedömde därför att det saknades tillräckliga skäl för att införa en ny straffbestämmelse.⁶⁶

Vilken smittskyddsåtgärd som kan användas beror på vilken sjukdom det är fråga om; smittsam, allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Genom att covid-19 den 2 februari 2020 klassificerades som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom blev samtliga smittskyddsåtgärder möjliga att använda. Nedan lämnas en översiktlig beskrivning av de olika smittskyddsåtgärder som står till buds enligt smittskyddslagen. Det kan dock redan nu nämnas att inga av dessa åtgärder, såvitt vi känner till, har använts under pandemin.

Tvångsundersökning

Den som vet eller har anledning att misstänka att hen bär på en allmänfarlig sjukdom eller en annan smittspärningspliktig sjukdom är skyldig att uppsöka läkare och genomgå läkarundersökning. Läkaren

⁶⁵ Prop. 2003/04:30 s. 83 f.

⁶⁶ Prop. 2003/04:158 s. 87 f.

ska då ta de prover som behövs.⁶⁷ Om en person som med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig läkarundersökning får smittskyddsläkaren ansöka om tvångsundersökning. En sådan ansökan görs till förvaltningsrätten. Ett beslut om tvångsundersökning får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.⁶⁸

Av förarbetena framgår att de flesta besluten om tvångsundersökning vid den tidpunkten hade avsett misstänkt klamydia och att personen först uppmanats en eller flera gånger att genomgå en frivillig läkarundersökning.⁶⁹ Att ett beslut om tvångsundersökning ska meddelas av domstol innebär också att det tar tid innan en sådan undersökning kan genomföras.

Hälsokontroll vid inresa

Om det finns skäl att misstänka att någon som anländer till Sverige har smittats av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att denne och andra personer som anländer med samma transportmedel ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan. Det samma gäller för personer som anländer från ett visst geografiskt område om det skett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom där. I ett sådant fall är det dock Folkhälsomyndigheten som är beslutsfattare men det är smittskyddsläkaren som ska verkställa beslutet.

De sjukdomar som nämns i förarbetena vad gäller hälsokontroll är främst smittkoppor och SARS. En risk för sådan spridning anges finnas t.ex. när någon eller några av passagerarna kommer från ett område där sjukdomen vunnit spridning. Ett annat exempel som nämns är när besättningen på ett flygplan eller ett fartyg har gjort iakttagelser som tyder på att passagerare bär på sjukdomen. När det gäller ett beslut om att samtliga personer, som under en viss tidsperiod vistats inom ett område där en allvarlig sjukdom har fått spridning, ska genomgå hälsokontroll anför i förarbetena att det bör aktualiseras främst i fall då WHO rekommenderat att sådan hälsokontroll ska genomföras för inresande från vissa länder eller om en sådan åtgärd har rekommenderats inom EU. Det anges vidare att en hälsokontroll bör begränsas till att sjukvårdspersonal samtalar

⁶⁷ 3 kap. 1 § smittskyddslagen.

⁶⁸ 3 kap. 2 § smittskyddslagen.

⁶⁹ Prop. 2003/04 :30 s. 128 f.

med envar av passagerarna och under samtalen gör iakttagelser beträffande förekomsten av eventuella sjukdomssymtom. I lagrådsremissen hade regeringen konstaterat att vissa resenärer bör kunna bli föremål för en något närmare undersökning, i första hand feberkontroll, besiktning av hud och av munhålan och kontroll av hjärt- och lungstatus, om iakttagelserna ger anledning till det.⁷⁰

I lagen kom emellertid att införas en bestämmelse om att hälsokontroll vid inresa inte får vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp.⁷¹ Om den som utför hälsokontrollen anser att en mer ingripande undersökning bör genomföras och detta inte kan genomföras på frivillig väg, kan smittskyddsläkaren besluta om karantän, tillfällig isolering eller ansöka om tvångsundersökning, om förutsättningarna för sådana åtgärder är uppfyllda.⁷²

Karantän

Om det finns risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom får smittskyddsläkaren besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av sjukdomen ska hållas i karantän i en viss byggnad, i en avgränsad del av en byggnad eller inom ett visst område. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden, del av byggnaden eller området samt förbud att ta emot besök där. Smittskyddsläkaren kan i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök, om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen.⁷³

Bestämmelsen om karantän tillkom för att vidga möjligheterna till isolering av potentiella smittbärare. Även här nämns främst smittkoppor eller SARS. Det ansågs i en sådan situation inte tillräckligt att isolera den som insjuknat utan även nödvändigt att hålla de personer som under färden vistats i närheten av hen och därför kan ha smittats isolerade i karantän under viss tid. Denna tid bör normalt motsvara den längsta kända inkubationstiden för sjukdomen. Regeringen anförde vidare att eftersom det vid karantän är fråga om personer som inte nödvändigtvis är sjuka bör karantänsvistelsen kunna äga rum i andra lokaler än vårdinrättningar, t.ex. i för

⁷⁰ Prop. 2003/04:158 s. 61 f.

⁷¹ 3 kap. 8 § smittskyddslagen.

⁷² Prop. 2003/04:158 s. 64.

⁷³ 3 kap. 9 § smittskyddslagen.

ändamålet anskaffade lokaler såsom mindre hotell, pensionat eller kursgårdar. I viss utsträckning bör även vistelse i egen bostad kunna ses som en form av karantän. Det kan vara fallet om personen har bostadsförhållanden som möjliggör isolering och att hen avser att respektera beslutet om karantän.⁷⁴

Bestämmelsen om karantän är inte avsedd för fall då någon har sjukdomssymtom som ger anledning till misstanke om att hen har smittats. I sådana fall kan i stället bestämmelsen om tillfällig isolering bli tillämplig. Ett särskilt fall som kan uppkomma är att någon sätts i karantän men efter någon eller några dagar visar sig ha insjuknat i en samhällsfarlig sjukdom. Personen bör då inte längre hållas i karantän utan omgående isoleras på ett sjukhus. För det fall den insjuknade personen inte frivilligt låter sig isoleras kan det bli aktuellt med tvångsisolering.⁷⁵

Ett beslut om karantän ska omedelbart hävas av smittskyddsläkaren om det inte längre finns skäl för det. Exempelvis bör karantän omedelbart hävas om personen inte insjuknat under inkubationstiden.

Avspärning

Om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning inom ett avgränsat område utan att smittkällan eller smittspridningen är fullständigt klarlagd, får Folkhälsomyndigheten besluta att ett visst område ska vara avspärrat. Ett sådant beslut innebär förbud för den som vistas i området att lämna det och förbud för den som befinner sig utanför området att besöka det. Folkhälsomyndigheten får i det enskilda fallet medge undantag från beslutet om avspärning, om det kan ske utan risk för spridning av sjukdomen.⁷⁶

Bestämmelser om avspärning återinfördes i svensk lagstiftning 2005, även det främst mot bakgrund av risken för en smittkopps-epidemi eller spridning av SARS. Reglerna om avspärning kan vara av värde t.ex. i det fallet att en eller flera personer som insjuknat i en livshotande sjukdom påträffas inom ett begränsat område utan att man lyckas fullständigt utreda av vem och när de smittats.

⁷⁴ Prop. 2003/04:158 s. 68 f.

⁷⁵ Prop. 2003/04:158 s. 105 f.

⁷⁶ 3 kap. 10 § smittskyddslagen.

I förarbetena anges vidare att av praktiska skäl bör endast begränsade områden kunna bli föremål för avspärning. När det gäller större städer bör i regel endast något eller några bostadskvarter kunna komma i fråga. En avspärning bör till och med kunna begränsas till att avse enstaka större byggnader. Någon tidsgräns för hur länge åtgärden får bestå bör inte gälla. En avspärning bör upphöra så snart som den risk för smittspridning som föranlett beslutet inte längre kan anses föreligga. Vid bedömningen av denna risk är uppenbarligen sjukdomens inkubationstid en viktig faktor.⁷⁷

Förhållningsregler

En behandlande läkare ska ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom individuellt utformade råd om hur hen ska undvika att utsätta andra för smittrisk. Läkaren ska även besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. I en punktlista finns uppräknat vad förhållningsreglerna får avse och bl.a. nämns inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet. Patienten har möjlighet att få förhållningsreglerna prövade av smittskyddsläkaren.⁷⁸ Smittskyddsläkarens beslut kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Om en läkare har anledning att befara att en person inte iakttar förhållningsreglerna ska hen anmäla detta till smittskyddsläkaren, som i första hand ska försöka hitta andra lösningar för att förmå den smittade att följa reglerna. En anmälan till smittskyddsläkaren behöver inte göras om patienten kan få det stöd som behövs för att ändra sitt beteende. Möjligheten för en läkare att kontrollera att förhållningsreglerna följs är små och det finns inte heller någon sanktion mot den som inte följer reglerna. Som en yttersta åtgärd kan det bli aktuellt med tvångsisolering, se nästa avsnitt.

Smittskyddskommittén gjorde på slutet av 1990-talet en kartläggning över tvångsisolering som visade att majoriteten av dem som tvångsisolrats haft svåra missbruksproblem och/eller allvarliga psykiska störningar. Mot denna bakgrund infördes i smittskyddslagen en uttrycklig bestämmelse om att den som är i behov av psykosocialt

⁷⁷ Prop. 2003/04:158 s. 71 f.

⁷⁸ 4 kap. 1–3 §§ smittskyddslagen.

stöd för att kunna hantera sin sjukdom eller ändra sin livsföring ska erbjudas detta.

Isolering

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om hen inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt möjligt minska risken för smittspridning, eller om det finns grundad anledning att anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats. Isolering är den mest ingripande åtgärden enligt smittskyddslagen.

Beslut om isolering får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor smittas.⁷⁹ Av förarbetena framgår att isolering är en åtgärd som endast får tillgripas som en sista utväg för att hindra smittspridning, när andra åtgärder har visat sig otillräckliga.

Det framgår av förarbetena även att beslut om tvångsisolering vid den tidpunkten nästan uteslutande rör hivpositiva personer. I majoriteten av fallen var det fråga om personer med omfattande missbruksproblematik som indirekt orsakade det smittfarliga beteendet. För ett flertal av dessa förelåg också en psykiatrisk diagnos. De personer som tvångsisolerats hade genomgående haft särskilt behov av vård eller stöd. Regeringen anförde att det är otillfredsställande om tvångsisolering används i brist på annan vård eller stöd.⁸⁰

Beslut om isolering fattas av förvaltningsrätten, efter ansökan av smittskyddsläkaren och får bestå högst tre månader. Förlängning kan dock ske om det finns särskilda skäl, högst sex månader åt gången.

En smittskyddsläkare får även besluta om tillfällig isolering om någon bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och genom sitt beteende utsätter någon annan för omedelbar risk att smittas. Ett beslut om tillfällig isolering måste underställas förvaltningsrätten senast inom fyra dagar, annars förfaller det. Om förvaltningsrätten fastställer beslutet om tillfällig isolering får det bestå i högst två veckor.⁸¹

⁷⁹ 5 kap. 1 § smittskyddslagen.

⁸⁰ Prop. 2003/04:30 s. 124 f. och 135 f.

⁸¹ 5 kap. 3 § smittskyddslagen.

Isolering ska ske på en vårdinrättning som drivs av en region och smittskyddsläkaren ska omedelbart besluta att isoleringen ska upphöra om det inte längre finns skäl för den.⁸²

Smittskyddslagen innehåller även bestämmelser om isoleringens innehåll. Det framgår exempelvis att den som är isolerad ska tas väl om hand och ska ges möjlighet till sysselsättning och daglig vistelse utomhus. Regeringen anförde vidare i förarbetena att isoleringstiden inte endast får bli ett passivt frihetsberövande utan att den enskilde ska erbjudas behövlig medicinsk vård men också sådant stöd som krävs för att hen ska kunna uppfylla de krav som ställs ur smittskyddssynpunkt.⁸³

4.1.4 Ansvar

Den enskilde

Vid införandet av smittskyddslagen anfördes att större vikt skulle läggas vid det frivilliga förebyggande arbetet samt det ansvar var och en, såväl smittade som osmittade, har för att förhindra smittspridning.⁸⁴ Detta kom till uttryck bl.a. genom en ny bestämmelse enligt vilken var och en har ett särskilt ansvar och genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar.⁸⁵ Vidare är den som vet eller har anledning att misstänka att hen bär på en smittsam sjukdom skyldig att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk. Den som bär på en allmänfarlig sjukdom är även skyldig att lämna information om smittan till andra människor som hen kommer i sådan kontakt med att beaktansvärd risk för smittoöverföring kan uppkomma.⁸⁶ Enskild som vet eller har anledning att misstänka att hen har en allmänfarlig sjukdom har även en skyldighet att utan dröjsmål uppsöka läkare.⁸⁷ Symtom kan givetvis utlösa denna skyldighet, men ett annat exempel är om man genom ett smittspårningsärende underrättats om risken att man blivit smittad. Skyldigheten avser endast undersökningar som är motiverade av

⁸² 5 kap. 4 och 8 §§ smittskyddslagen.

⁸³ Prop. 2003/04:30 s. 138.

⁸⁴ Prop. 2003/04:30 s. 84.

⁸⁵ 2 kap. 1 § smittskyddslagen.

⁸⁶ 2 kap. 2 § smittskyddslagen.

⁸⁷ 3 kap. 1 § smittskyddslagen.

smittskyddshänsyn. Undersökningen får inte enbart vara motiverad av att kunna behandla sjukdomen.⁸⁸

Vägledning för den enskilde om hur hen ska undvika att smitta andra ska ges genom råd och förhållningsregler från läkare. Förhållningsregler kan t.ex. avse skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner.

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska vidare följa och vidareutveckla smittskyddet samt följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt.⁸⁹ Några ytterligare bestämmelser om Folkhälsomyndighetens roll för smittskyddet finns inte i smittskyddslagen. Vi skriver närmare om myndighetens uppdrag i avsnitt 4.2.2.

Regionen, smittskyddsläkarna och behandlande läkare

Ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas ligger på respektive region.⁹⁰ Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom läkarundersökning, behandling och information till allmänheten om smittvägar.⁹¹

I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare.⁹² Av smittskyddslagen följer en skyldighet för myndigheter inom smittskyddet, andra berörda myndigheter, läkare samt annan hälso- och sjukvårdspersonal att samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar.⁹³ Regionen och smittskyddsläkaren har även en skyldighet att se till att allmänheten har den information och de råd som krävs för att kunna skydda sig mot smitta.⁹⁴

⁸⁸ Prop. 2003/04:30 s. 217.

⁸⁹ 1 kap. 7 § smittskyddslagen.

⁹⁰ 1 kap. 8 § smittskyddslagen.

⁹¹ Prop. 2003/04:30 s. 208.

⁹² 1 kap. 9 § smittskyddslagen.

⁹³ 1 kap. 10 § smittskyddslagen.

⁹⁴ 2 kap. 3 § smittskyddslagen.

Smittskyddsläkarna har en mycket central roll i samhällets smittskydd. Smittskyddsläkaren har det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet.⁹⁵ I smittskyddsläkarens ansvar ingår även bl.a. att

- se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,
- ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för särskilt utsatta grupper,
- se till att förebyggande åtgärder vidtas,
- stödja och ge råd till hälso- och sjukvårdspersonal och andra som är verksamma inom smittskyddet,
- följa upp anmälningar om sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,
- bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisen,
- följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt
- fortlöpande följa smittskyddsläget i området.⁹⁶

Smittskyddsläkaren ges också i smittskyddslagen utökade och långtgående befogenheter i fråga om smittsamma sjukdomar som definieras som allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. Smittskyddsläkaren kan t.ex. fatta beslut om genomgående av hälsokontroll, karantän och tillfällig isolering.

Förhållandet mellan regionen och smittskyddsläkaren är inte helt tydligt. Smittskyddsläkaren är självständig i sin myndighetsutövning men ingår i regionens organisation och är därmed beroende av regionen. Detta förhållande behandlar vi närmare i avsnitt 4.2.9.

⁹⁵ 6 kap. 1 § smittskyddslagen.

⁹⁶ 6 kap. 2 § smittskyddslagen.

Varje läkare har enligt smittskyddslagen en allmän skyldighet att vara uppmärksam på samhällsfarliga och andra anmälningspliktiga sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas. En läkare som misstänker att en patient bär på en sådan sjukdom är vidare skyldig att skyndsamt undersöka patienten och ta de prover som behövs.⁹⁷

4.1.5 Smittspårning

Smittspårning innebär att arbeta för att identifiera smittkällan och att söka efter möjliga smittade personer. Detta anges i förarbetena till smittskyddslagen vara ett av de viktigaste instrumenten för att förhindra spridningen av smittsamma sjukdomar.⁹⁸

En behandlande läkare som konstaterar eller misstänker att en patient har smittats av en allmänfarlig eller en annan smittspårningspliktig sjukdom ska försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer som kan ha smittats. Smittspårningen kan även genomföras av annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften. Patienten är skyldig att lämna de upplysningar som hen förmår lämna. Om det uppstår misstanke om att andra personer kan ha smittats ska dessa underrättas om detta och uppmanas att uppsöka läkare. Det finns dock inte någon möjlighet till sanktion mot en patient som inte lämnar upplysningar. Uppgiften att smittspåra kan även övertas av smittskyddsläkaren.⁹⁹ I avsnitt 7.5 skriver vi närmare om smittspårning av covid-19.

4.1.6 Smittskyddslagar i våra nordiska grannländer

I det här avsnittet lämnas en mycket kort beskrivning av Norges, Finlands och Danmarks motsvarigheter till vår svenska smittskyddslag. Relevanta bestämmelser för smittskyddsarbetet i de olika länderna kan givetvis finnas även i andra lagar och föreskrifter varför beskrivningen nedan på intet sätt gör anspråk på att vara heltäckande. I avsnitt 6.7 redogör vi kortfattat för de åtgärder som vidtogs

⁹⁷ 2 kap. 4 § och 3 kap. 1 § smittskyddslagen, se även prop. 2003/04: 30 s. 53 f.

⁹⁸ Prop. 2003/04:30 s. 106 f.

⁹⁹ 3 kap. 4–5 §§ smittskyddslagen.

i våra grannländer under framför allt den första vågen och i avsnitt 4.2.3 redogör vi för grannländernas motsvarigheter till Folkhälsomyndigheten.

Norge

Smittskyddsarbetet i Norge är huvudsakligen reglerat genom *lov om vern mot smittsomme sykdommer* (smittskyddslagen). Lagen har till syfte att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar, genom att förebygga dem och motverka att de sprids hos befolkningen samt motverka att sådana sjukdomar förs in eller ut ur landet. Lagen ska vidare säkerställa att myndigheterna använder nödvändiga smittskyddsåtgärder samt att de samordnar sitt smittskyddsarbete.¹⁰⁰

Smittskyddslagen ger möjlighet till mycket ingripande åtgärder mot smittade och mot befolkning i övrigt när det är fråga om allmänfarliga smittsamma sjukdomar. Covid-19 blev klassificerad som en sådan sjukdom den 31 januari 2020.¹⁰¹ Som grundläggande krav vid samtliga smittskyddsåtgärder gäller dock att åtgärderna ska ha medicinsk grund, vara nödvändiga med hänsyn till smittskyddet och vid en helhetsbedömning framstå som ändamålsenliga. Att en åtgärd ska ha medicinsk grund innebär inte ett krav på vetenskapligt bevisat effekt.¹⁰² Det ska läggas vikt vid frivillig medverkan och tvångsåtgärder får inte användas om de innebär ett oproportionerligt ingripande.¹⁰³

Kommunen ansvarar för att alla som bor eller uppehåller sig i kommunen försäkras tillräckliga smittskyddsåtgärder. Kommuner kan, när det är nödvändigt för att förebygga en allmänfarlig smittsam sjukdom eller för att motverka att den sprids, bl.a. införa förbud mot möten eller sammankomster eller andra begränsningar i det sociala umgänget och nedstängning av verksamheter där många människor samlas, såsom förskolor, skolor, simhallar, butiker, flygplatser m.m. Begränsningar kan även göras i allmänna kommunikationer och personer i ett avgränsat geografiskt område kan isoleras. Om det är fråga om en stor spridning av en sådan sjukdom och snabba åtgärder

¹⁰⁰ Lov om vern mot smittsomme sykdommer § 1–1.

¹⁰¹ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021.

¹⁰² NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021.

¹⁰³ Lov om vern mot smittsomme sykdommer § 1–5.

krävs kan Hälso- och sjukvårdsdirektoratet bestämma om sådana åtgärder i hela eller delar av landet.¹⁰⁴ Det var med stöd av dessa bestämmelser som Norge beslutade om nedstängning den 12 mars 2020.¹⁰⁵

I varje kommun ska det finnas en kommunläkare som har ansvar bl.a. för att ta fram en plan för sjukvårdens och omsorgens arbete, ha övergripande kontroll över det epidemiologiska läget i kommunen, ta fram förslag till förebyggande åtgärder i kommunen, bistå kommunen, sjukvårdspersonal och andra i arbetet mot smittsamma sjukdomar samt lämna information till befolkningen. Kommunläkaren kan också fatta beslut om att en smittad person ska förbjudas att utföra sitt arbete eller delta i undervisning, om denne i annat fall genom sitt arbete eller genom att delta i undervisningen medför en allvarlig fara för att sprida smittan till annan. Personer som är smittade eller har anledning att anta att hen är smittad har skyldighet att uppsöka läkare och genomgå undersökning. Om en person vägrar att genomgå läkarundersökning kan det fattas beslut om tvångsundersökning och i vissa fall isolering. I brådskande fall kan sådana beslut fattas av kommunläkare.¹⁰⁶

Regeringen ges i smittskyddslagen en långtgående lagstiftningsbefogenhet. Enligt § 7–12 har regeringen vid ett utbrott av en allmänfarlig smittsam sjukdom som hotar folkhälsan, eller hot om ett sådant utbrott, möjlighet att utfärda bestämmelser för att säkerställa folkhälsan och skydda befolkningen. Sådana bestämmelser får om nödvändigt avvika från gällande lag. Dessa bestämmelser innebär alltså att regeringen för att förebygga smittspridning har bemyndigande att ändra lagar som beslutats av Stortinget, vilket är lika långtgående befogenheter som i krigstid. Regeringen har använt befogenheten för att besluta om exempelvis karantän, isolering, ”hytteförbud”, nedstängning av verksamheter och digital smittspårning.¹⁰⁷ För att bestämmelsen i § 7–12 ska kunna användas måste bestämmelsen aktiveras. Detta skedde den 28 februari 2020.¹⁰⁸

Den norska Koronakommisjonen har i sin rapport anført att det har varit en styrka att kommunerna har stort ansvar för smittskydd

¹⁰⁴ Lov om vern mot smittsomme sykdommer § 4–1.

¹⁰⁵ Jostein Askim och Eirik Holmøyvik, *Norge og covid-19-krisen*, s. 481 (bilaga 3 till danska Coronakommisjonen rapport *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020*).

¹⁰⁶ Lov om vern mot smittsomme sykdommer § 5–8 och § 7–2 § och NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021.

¹⁰⁷ Jostein Askim och Eirik Holmøyvik, *Norge og covid-19-krisen* (bilaga 3 till danska Coronakommisjonen rapport *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020*).

¹⁰⁸ Benedikte M Hogberg, *Lockdown og kriseregulering i Norge*, SvJT 2020.

och att smittskyddslagen har varit ett viktigt verktyg i krishanteringen. Kommissionen lyfter bl.a. att lagen ger möjlighet till snabba beslut, både för kommuner och Hälso- och sjukvårdsdirektoratet, vilket är viktigt för att kunna skydda befolkningen. Kommissionen anser dock att smittskyddslagen inte ställer tillräckligt tydliga krav på demokratisk kontroll och att ansvarsfördelningen mellan staten och kommunen inte är tillräckligt tydlig.¹⁰⁹

Det kan avslutningsvis nämnas att den norska smittskyddslagen även innehåller bestämmelser om bl.a. smittspårning, undantag från tystnadsplikt och vaccinationer samt straffbestämmelser vid vissa överträdelse av lagen.

Finland

I Finland regleras smittskyddet i lagen om smittsamma sjukdomar, vars syfte är att förebygga smittsamma sjukdomar och spridningen av dem samt deras negativa konsekvenser för människor och samhället.

Några av de smittskyddsåtgärder som finns i lagen om smittsamma sjukdomar liknar de svenska men i Finland finns därutöver möjlighet till mer långtgående åtgärder. Flera av smittskyddsåtgärderna har även använts under pandemin.¹¹⁰ Nedan nämns några av dessa.

Regionförvaltningsverket samordnar och övervakar bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sitt område och vid verket ska det finnas en läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar. Regionförvaltningsverket kan förordna om obligatorisk hälsokontroll av personer som vistas på någon ort inom dess verksamhetsområde eller på vissa ställen, om det är nödvändigt för att förebygga spridningen av en allmänfarlig smittsam sjukdom eller en sjukdom som med fog misstänks vara en allmänfarlig smittsam sjukdom.

Kommunerna ska inom sina områden organisera bekämpningen av smittsamma sjukdomar som en del av folkhälsoarbetet. I kommunen ska det finnas en läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar och som ska utreda arten och utbredningen av en misstänkt eller konstaterad smittsam sjukdom samt vidta behövliga åtgärder

¹⁰⁹ NOU 2021:6, *Myndighetens hantering av koronapandemien. Rapport från Koronakommisionen*, april 2021.

¹¹⁰ Se bl.a. Janne Salminen, *Finsk krishantering i fredstid*, Svensk Juristtidning 2020.

för att förhindra att sjukdomen sprids.¹¹¹ När det gäller omfattande smittrisk kan kommunen fatta beslut om att stänga verksamhetsenheter inom socialvården och hälso- och sjukvården, läroanstalter, daghem, bostäder och motsvarande lokaler och förbjuda allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar. En förutsättning är att åtgärden är nödvändig. Regionförvaltningsverket kan fatta motsvarande beslut inom sitt område om det behövs inom flera kommuners område.

Den läkare som i kommunen eller sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar kan besluta att en person ska hållas i karantän eller isoleras.

Lagen innehåller även bestämmelser om skyldigheter för den som utsatts för smitta och för läkare att anmäla smittsamma sjukdomar samt om smittspårning. Under pandemin har ett stort antal bestämmelser tillkommit eller ändrats i lagen om smittsamma sjukdomar.

Danmark

I Danmark är *Sundhedsloven* den övergripande lagen om patienters rättigheter och sjukvårdspersonalens och sjukvårdsinrättnings skyldigheter. Av lagen följer bl.a. att ansvaret för sjukvården vilar på regioner och kommuner. Som utgångspunkt ska behandling av smittsamma och epidemiska sjukdomar ske enligt sundhedsloven. För vissa allmänfarliga sjukdomar och vissa övriga smittsamma sjukdomar finns dock en särskild lag, en så kallad epidemilag. Vid pandemins utbrott utgjordes epidemilagen av *Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme*. Under pandemin har flera förändringar gjorts i lagen och den 1 mars 2021 trädde en ny pandemilag i kraft (*Lov om epidemier m.v.*).

Syftet med epidemilagen är att skydda människor från smittsamma sjukdomar och att hindra att sådana sjukdomar sprids eller förs in i landet. Den epidemilag som gällde vid pandemins utbrott var relativt kortfattad och liknade i flera delar den svenska smittskyddslagen, både när det gäller utformning och möjliga smittskyddsåtgärder. Vilka sjukdomar som omfattades av lagen framgick av en bilaga till lagen. I bilagan fanns två listor, A- och B-listan. Den 29 februari

¹¹¹ Utredningsrapport 6/2021, *Coronaepidemins första fas i Finland år 2020*, 30 juni 2021.

2020 beslutades att covid-19 skulle vara med på B-listan och därmed omfattas av epidemilagen.¹¹²

Förändringar i epidemilagen infördes under pandemin mot bakgrund av att regeringen ansåg att den dåvarande lagstiftningen inte var tillräcklig för att säkerställa myndigheternas handlingsmöjligheter och effektiva resursanvändning.¹¹³ Förändringarna innebar därför framför allt förändrade beslutsmandat och utvidgade möjligheter att vidta åtgärder för att begränsa smittspridning.¹¹⁴

Vid pandemins utbrott skulle, enligt den tidigare epidemilagen, varje region utse en så kallad Epidemikommission bestående av bl.a. polis, läkare och veterinär. Epidemikommissionen hade en central roll och kunde besluta om flera smittskyddsåtgärder. Kommissionen kunde exempelvis förelägga en person som led av en allmänfarlig sjukdom, eller som kunde antas vara smittad av en sådan sjukdom, att genomgå läkarundersökning, att isolera sig och om nödvändigt lägga in sig på sjukhus. Om en person inte medverkade kunde det bli fråga om att vidta dessa åtgärder under tvång. Epidemikommissionen kunde även besluta om bl.a. avspärrning av ett område, förbud för personer att använda offentliga transportmedel och läkarkontroll vid inresa. Hälsostyrelsen kunde även fatta vissa beslut om villkor för skolverksamheter.

Redan den 12 mars 2020 beslutades de första ändringarna i epidemilagen och den 17 mars 2020 trädde de i kraft. Dessa innebar en centralisering av myndighetskompetensen genom att de beslutsbefogenheter som ditills legat på epidemikommissionerna fördes över till Hälso- och äldreministeriet. Kravet på Hälso- och äldreministeriets delaktighet i vissa beslut lättades även upp. Samtidigt infördes en så kallad solnedgångsklausul vilken innebar att förändringar i lagen automatiskt skulle upphävas den 1 mars 2021, om inte Folketinget tidigare beslutat att förlänga lagens giltighetstid. Solnedgångsklausulen infördes mot bakgrund av de långtgående befogenheter som ministern

¹¹² Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*.

¹¹³ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*.

¹¹⁴ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, samt information på Sundhedsstyrelsens webbplats.

fick.¹¹⁵ Ytterligare ändringar i epidemilagen trädde i kraft den 4 april 2020.

När det gäller möjliga smittskyddsåtgärder utvidgades de tidigare nämnda åtgärderna något, bl.a. genom möjlighet att stänga skolor. Utöver detta tillkom en rad nya åtgärder för att begränsa smittspridningen. Som exempel kan nämnas förbud mot större folksamlingar, förbud eller restriktioner när det gäller tillgång till offentliga institutioner, kyrkor och äldreboenden, samt restriktioner för kollektivtrafik.¹¹⁶

De långtgående ändringarna i epidemilagen har kritiserats, framför allt för att lagstiftningsprocessen har gått för snabbt, att det sedvanliga remissförfarandet inte följts och att bestämmelserna inte övervägts och motiverats i tillräcklig utsträckning. Den danska utredningsgruppen som på uppdrag av Folketinget utrett Danmarks hantering av covid-19-pandemin, gjorde bedömningen att det saknats tillräcklig uppmärksamhet på alla de aspekter som ger upphov till juridiska överväganden. Vidare har utredningsgruppen anfört att de ändringar som infördes den 17 mars 2021 endast i mycket begränsad omfattning innehåller rättssäkerhetsgarantier.¹¹⁷

I den nya epidemilagen är beslutsfattandet alltjämt centraliserat och de nya smittskyddsåtgärderna kvarstår. Avslutningsvis kan nämnas att det redan före pandemin fanns vissa straffbestämmelser vid överträdelser av lagen.

4.2 Vilka ansvarar för smittskyddet?

4.2.1 Historiken kring Folkhälsomyndigheten

Föregångarna – Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut

Tidigare hade Socialstyrelsen tillsammans med Smittskyddsinstitutet det centrala ansvaret inom smittskyddet. Folkhälsomyndigheten

¹¹⁵ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*.

¹¹⁶ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, och Anne Mette Fallentin Nyborg m.fl., *Covid-19 and Emergency laws in Denmark*, SvJT 2020.

¹¹⁷ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*.

bildades den 1 januari 2014 genom en sammanslagning av dåvarande Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut.¹¹⁸ Samtidigt överfördes vissa delar av Socialstyrelsens verksamhet, bl.a. miljöhälsa och miljö- och folkhälsorapportering, till den nya myndigheten. Bildandet av en ny myndighet för folkhälsofrågor ingick som det tredje steget i en process för att skapa en ny myndighetsstruktur inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det samordnade ansvaret för smittskyddsområdet och ansvaret för de myndighetsuppgifter som följer av smittskyddslagen m.m., som då hanterades av Socialstyrelsen, övertogs dock inte av Folkhälsomyndigheten förrän i ett fjärde steg den 1 juli 2015.¹¹⁹

Folkhälsomyndighetens ena föregångare, Smittskyddsinstitutet, inrättades den 1 juli 1993. Den verksamhet som bedrevs vid Smittskyddsinstitutet hade dock en längre historia och hade under årens lopp genomgått flera förändringar. Ursprungligen hade verksamheten sina rötter i Statsmedicinska anstalten, som startade sin verksamhet 1909, och därefter Statens bakteriologiska laboratorium (SBL), vars verksamhet pågick mellan 1918 och 1993. Vid SBL bedrevs förutom epidemiologisk och diagnostisk verksamhet även produktion av vacciner. De epidemiologiska och diagnostiska uppgifterna övertogs sedan av Smittskyddsinstitutet.¹²⁰

Smittskyddsinstitutet var central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar. Smittskyddsinstitutet följde och analyserade det epidemiologiska läget nationellt och internationellt och medverkade till att skyddet mot sådana sjukdomar upprätthölls och förstärktes. Institutet lämnade information om det epidemiologiska läget till Socialstyrelsen och andra berörda och föreslog åtgärder. Smittskyddsinstitutet bedrev även forskning, metodutveckling och utbildning inom smittskyddsområdet och stod som centralt expertorgan till förfogande för att mot avgift utföra diagnostik av unik natur (dvs. diagnostik av sällsynta sjukdomar eller smittämnen som kräver speciell utrustning eller metodik). Institutet hade i smittskyddsfrågor vidare en central roll i de internationella kontakterna och representerade Sverige i WHO och EU. Bevakningen av infektionsläget base-

¹¹⁸ Prop. 2012/13:116, SOU 2012:33, Ds 2012:49.

¹¹⁹ Prop. 2014/15:1, utg.omr. 9, s. 71 f. och 75 ff., bet. 2014/15:SoU1, rskr. 2014/15:71 och Ds 2014:9.

¹²⁰ SOU 2009:55 s. 97.

rades till stor del på rapportering enligt smittskyddslagen. Utifrån denna bevakning och genom utredningar av utbrott kunde Smittskyddsinstitutet ge expertråd och underlag till ansvariga inom smittskyddet. Institutet samverkade även med bl.a. infektionskliniker, mikrobiologiska laboratorier och smittskyddsläkare.¹²¹

Smittskyddsinstitutet hade sin tyngdpunkt i ett kvalificerat forsknings- och utvecklingsarbete inom smittskyddsområdet och verksamheten bedrevs i nära samarbete med Karolinska institutet (KI), ett samarbete som påbörjats redan på SBL:s tid. Under 1990 hade tre tjänster med professorsställning vid SBL omvandlats till professorer vid KI i syfte att förstärka forskningspotentialen inom smittskyddsområdet vid myndigheten och vidareutveckla resurserna. Professorerna var förenade med tjänst som avdelningsföreståndare vid SBL. Ytterligare tre professorer förenade med tjänst vid Smittskyddsinstitutet inrättades vid KI. Donationsprofessorerna inrebar att professorstjänsterna på KI tillsattes på vetenskapliga meriter och finansierades genom Smittskyddsinstitutet.¹²² Smittskyddsinstitutets personalstyrka ökade från drygt 200 anställda 2001 till ca 370 anställda 2009. Smittskyddsinstitutet hade både en lokal- och personalmässig samordning med KI.¹²³

Folkhälsomyndighetens andra föregångare, Folkhälsoinstitutet, inrättades 1992 med uppgift att förebygga sjukdomar och annan ohälsa och att främja en god hälsa för alla. Folkhälsoinstitutet ombildades 2001 och myndighetens namn ändrades då till Statens folkhälsoinstitut (FHI). Förändringen syftade till att folkhälsofrågorna skulle angripas mer samlat och att institutet skulle bistå regeringen i större utsträckning med beslutsunderlag i form av sektorsövergripande uppföljningar, utvärderingar och andra analyser. Vidare skulle institutet vara en resurs i form av ett nationellt kunskapscentrum i förhållande till kommuner, landsting och andra myndigheter i folkhälsofrågor.¹²⁴

¹²¹ Prop. 2003/04:30 s. 169 f.

¹²² Prop. 2009/10:123 s. 7 och SOU 2009:55 s. 146.

¹²³ SOU 2009:55 s. 97 f.

¹²⁴ Prop. 2000/01:99.

Översyn av ansvarsfördelningen inom smittskyddsområdet – ansvaret kvar på Socialstyrelsen och ombildning av Smittskyddsinstitutet

Smittskyddsutredningen, som tillsattes 2008, ansåg att dåvarande ansvarsfördelning var oklar, främst till följd av det breddade uppdrag som Socialstyrelsen fick genom smittskyddslagen 2004 då myndigheten fick ett övergripande ansvar för smittskyddsfrågorna (utöver tillsyn och normering fick myndigheten även ansvar för samordning, uppföljning och utveckling). Det mer expertinriktade Smittskyddsinstitutets huvuduppgifter var epidemiologisk övervakning och analys, nationellt laboratorieansvar och forskning. Utredningen föreslog att en ny smittskyddsmyndighet skulle bildas.¹²⁵

Regeringen ansåg dock att de utmaningar som fanns inom smittskyddsområdet långsiktigt bäst kunde hanteras genom utveckling av den befintliga myndighetsstrukturen och förtydligande av myndigheternas uppgifter. Regeringen ville undvika en uppsplittring av smittskyddsområdet beroende på om åtgärderna vidtogs med stöd av smittskyddslagen, hälso- och sjukvårdslagen eller med stöd av annan lagstiftning inom hälso- och sjukvårdens område.¹²⁶ Det nationella ansvaret på smittskyddsområdet fick därför ligga kvar på Socialstyrelsen och myndighetens uppgifter enligt smittskyddslagen och lagen (2006:1570) om internationella hot mot människors hälsa förändrades inte. I Socialstyrelsens uppdrag ingick även att vara ansvarig för beredskapsplaneringen inom smittskyddsområdet och för vissa frågor som rörde försörjning av läkemedel och vaccin.

Däremot ansåg regeringen att Smittskyddsinstitutet skulle ombildas. Detta skedde 2010 då Smittskyddsinstitutet fick ett bredare och mer folkhälsoinriktat uppdrag med tonvikt på kunskapsuppbyggnad och kunskapsstyrning. Regeringen ansåg att det fanns behov av att i högre grad analysera hur beteendevetenskapliga och sociala aspekter inverkar på olika frågeställningar inom smittskyddsområdet samt att Smittskyddsinstitutet även borde ha till uppgift att analysera hur omvärldsförändringar påverkar förutsättningarna för smittskyddet i landet. Regeringen ansåg vidare att den starka forskningsinriktning som Smittskyddsinstitutet fått hade varit mycket framgångsrik men att myndighetsuppgifterna hade fått stå tillbaka,

¹²⁵ SOU 2009:55.

¹²⁶ Prop. 2009/10:123 s. 9 ff. och 19 f.

särskilt epidemiologisk övervakning och analys som var en av myndighetens huvuduppgifter.¹²⁷

Enligt Smittskyddsutredningen hade Smittskyddsinstitutet för epidemiologisk övervakning och andra uppgifter som prioriterades högt av landsting och kommuner inte avsatt mer än ca en tredjedel av myndighetens resurser.¹²⁸ Regeringen menade därför att Smittskyddsinstitutet behövde förändras i riktning mot en förvaltningsmyndighet med kapacitet och skyldighet att förse regeringen och berörda myndigheter med kunskaps- och beslutsunderlag av god kvalitet. Inriktningen på och omfattningen av forskningen vid myndigheten ändrades därför och begränsades till sådan forskning som var nödvändig för myndighetens övriga myndighetsuppdrag. Det organisatoriska samarbetet med bl.a. donationsprofessorer vid KI upphörde.¹²⁹ Stora delar av forskningsverksamheten överfördes till KI medan uppgifter kring hiv/aids-prevention m.m. överfördes till Smittskyddsinstitutet från Socialstyrelsen.¹³⁰ I Smittskyddsinstitutets uppgifter ingick därefter att ta fram kunskaps- och beslutsunderlag, svara för epidemiologisk övervakning och annan kunskapsuppbbyggnad och ha ett nationellt laboratorieansvar för den diagnostik som behövdes inom smittskyddsområdet.

Ny Folkhälsomyndighet för folkhälsofrågor bildas

I början av 2010-talet hade alltså Smittskyddsinstitutet, FHI och Socialstyrelsen uppgifter med anknytning till smittskydd och folkhälsa. Regeringen gav 2011 Statens vård- och omsorgsutredning i uppdrag att se över den statliga ansvarsfördelningen och samordningen av kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och smittskydds- och folkhälsoområdet. Utredningen skulle bl.a. lämna förslag på hur myndighetsstrukturen kunde effektiviseras.¹³¹ Utredningen ansåg att systemet stod inför en rad utmaningar och pekade på behovet av en minskning av antalet myndigheter för att uppnå en effektivare verksamhet och en effektivare

¹²⁷ Prop. 2009/10:123 s. 23 ff.

¹²⁸ SOU 2009:55 s. 147.

¹²⁹ Prop. 2009/10:123 s. 23 ff. och 47 ff.

¹³⁰ SOU 2012:33 s. 111 f.

¹³¹ Dir. 2011:4.

styrning från regeringens sida. Utredningen föreslog att myndighetsstrukturen skulle ändras i sin helhet vid ett och samma tillfälle.¹³²

Förändringar kom dock att ske stegvis. Som ett tredje steg i denna utveckling behandlades frågan om en mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet.¹³³ Detta resulterade som tidigare nämnts i en ny myndighet för folkhälsofrågor – Folkhälsomyndigheten – som övertog de uppgifter som FHI och Smittskyddsinstitutet tidigare ansvarat för liksom Socialstyrelsens uppgifter inom bl.a. områdena folk- och miljöhälsoberedning. Förändringen var tänkt att ge bättre förutsättningar att angripa folkhälsofrågorna samlat och integrerat och utveckla formerna för ett kunskapsstöd som skulle leda till att effektiva och verksamhetsnära metoder fick praktiskt genomslag hos de ansvariga huvudmännen.¹³⁴ Vissa andra områden ansågs dock kräva fortsatt analys, bl.a. gränsdragningen mellan Socialstyrelsen och den nya Folkhälsomyndigheten i frågor rörande smittskydd.¹³⁵

Socialstyrelsens ansvar för smittskyddsfrågor överförs till Folkhälsomyndigheten

Regeringen ansåg så småningom att ansvarsfördelningen mellan Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen var otydlig. Man pekade på att Socialstyrelsens uppdrag hade ändrats i och med att IVO övertagit ansvaret för tillsynen på området. Bildandet av en ny bredare Folkhälsomyndighet som hade ansvar för bl.a. olika förvaltningsuppgifter och som hade erfarenhet av föreskriftsarbete innebar att myndigheten hade kapacitet att ansvara för expertkunskap, normering och förvaltningsuppgifter inom smittskyddet. Socialstyrelsen ansågs därför inte längre vara den självklara förvaltningsmyndigheten för smittskyddet.¹³⁶

Regeringen menade att för att samhällets smittskydd ska fungera effektivt ställs höga krav på en välfungerande samverkan och för det krävs att ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna är tydlig. Man ansåg att områdets komplexitet ställde särskilda krav på en tydlig och renodlad ansvarsfördelning på statlig nivå och att ansvaret

¹³² SOU 2012:33.

¹³³ Ds 2012:49.

¹³⁴ Prop. 2012/13:116, bet. 2012/13:SoU27, rskr. 2012/13:280.

¹³⁵ Prop. 2012/13:116 s. 49.

¹³⁶ Prop. 2014/15:1, utg.omr. 9, s. 75 ff.

skulle samlas på Folkhälsomyndigheten. En sådan lösning skulle leda till ökad tydlighet gentemot verksamhetsutövarna, effektivare arbetssätt inom myndigheterna och minskad risk för dubbelarbete. Eftersom tillgången till kompetens på området var begränsad skulle ett samlat ansvar även ge bättre förutsättningar att bygga upp en långsiktigt hållbar organisation. Socialstyrelsens uppdrag ansågs därmed också kunna renodlas.¹³⁷

Det sista steget i förändringsarbetet bestod således bl.a. i att den 1 juli 2015 ge Folkhälsomyndigheten ett samlat ansvar för smittskyddsfrågorna. Det innebar att Folkhälsomyndigheten blev förvaltningsmyndighet för smittskyddet med ansvar för normering, förvaltningsuppgifter och beredskap inom området. En principiell utgångspunkt för den föreslagna ansvarsfördelningen var att Folkhälsomyndigheten skulle ha ansvar för uppgifter som i huvudsak rörde befolkningsskydd medan Socialstyrelsen skulle ha det huvudsakliga ansvaret för vård och behandling av och insatser till enskilda. Som en konsekvens av denna ansvarsfördelning tog Folkhälsomyndigheten över Socialstyrelsens uppdrag att vara nationell kontaktpunkt enligt WHO:s internationella hälsoreglemente enligt lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.¹³⁸

4.2.2 Folkhälsomyndigheten i dag

I dag ligger alltså det nationella ansvaret för folkhälsofrågor, inklusive smittskyddsfrågor, på Folkhälsomyndigheten. Myndigheten ska enligt sin instruktion verka för god folkhälsa, utvärdera effekterna av metoder och strategier på folkhälsoområdet, följa hälsoläget i befolkningen och faktorer som påverkar detta, genom kunskapsuppbyggnad och kunskapspridning främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd. Verksamheten ska stå på vetenskaplig grund och särskild vikt ska fästas vid de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa.¹³⁹

¹³⁷ Prop. 2014/15:1, utg.omr. 9, s. 75 ff.

¹³⁸ Ds 2014:9 s. 8 och 121 f., prop. 2014/15:1, utg.omr. 9.

¹³⁹ 1 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Myndigheten ska bl.a. samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå.¹⁴⁰ Den ska vidare särskilt bl.a.

- följa och analysera beteende- och omvärldsförändringar av betydelse för smittskyddet och hur sådana förändringar påverkar förutsättningarna för smittskyddet i landet,¹⁴¹
- följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa nationellt och internationellt, analysera konsekvenserna av denna utveckling för samhället och den enskilde samt utvärdera effekterna av vaccinationer och andra smittskyddsåtgärder inom hälso- och sjukvården och andra berörda samhällssektorer,¹⁴² och
- till Regeringskansliet (Utrikesdepartementet) ge underlag för beslut om rekommendationer för resor till länder där det kan finnas risk för spridning av smittsamma sjukdomar.¹⁴³

Myndigheten får även bedriva viss uppdrags- och forskningsverksamhet¹⁴⁴ och har ansvar för viss tillståndsgivning och tillsyn.¹⁴⁵ Den har också i uppgift att ge ut föreskrifter och allmänna råd inom bl.a. smittskyddsområdet.¹⁴⁶

Det finns vidare bestämmelser om myndighetens ansvar vid beredskap.¹⁴⁷ Myndigheten ska bl.a. övervaka planläggningen av smittskyddets beredskap och inom sitt ansvarsområde ta initiativ till åtgärder som skyddar befolkningen mot smittsamma sjukdomar och andra allvarliga hälsohot i kris och under höjd beredskap. Den ska samordna beredskap mot allvarliga hälsohot enligt lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Myndigheten har även uppgifter och är bevakningsansvarig myndighet enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap. Myndigheten ska vidare på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörj-

¹⁴⁰ 2 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁴¹ 3 § 2 förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁴² 3 § 6 förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁴³ 3 § 16 förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁴⁴ 4 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁴⁵ 5–7 §§ förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁴⁶ Föreskrifterna ges ut i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS).

¹⁴⁷ 8–12 §§ förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

ningen med läkemedel inför allvarliga utbrott av smittsamma sjukdomar.¹⁴⁸

Utöver dessa uppgifter ska myndigheten även bistå myndigheter, regioner, kommuner och organisationer med expertstöd vid konstaterade eller misstänkta utbrott av allvarliga smittsamma sjukdomar och vid analys av risker och behov av förebyggande åtgärder, samt upprätthålla den laboratorieberedskap som behövs och tillhandahålla mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier.¹⁴⁹

Det finns även bestämmelser om myndighetens befogenheter rörande internationella krishanteringsinsatser.¹⁵⁰ Myndigheten ska tillhandahålla ett säkerhetslaboratorium, upprätthålla diagnostisk beredskap och utföra mikrobiologiska laboratorieundersökningar och bedriva omvärldsbevakning av sådana högsmittsamma ämnen som utgör särskild fara för människors hälsa samt upprätthålla förmågan att stödja andra myndigheter med kompetens inom biosäkerhet.¹⁵¹

Av instruktionen framgår även myndighetens ansvar och uppgifter i EU-arbetet och annat internationellt samarbete.¹⁵² Myndigheten ska följa och aktivt medverka i folkhälsoarbetet inom EU och internationellt. Innan myndigheten deltar i detta arbete ska myndigheten underrätta regeringen om saken och avvakta dess instruktioner. Folkhälsomyndigheten är nationell kontakt mot EU och WHO för arbetet med gränsöverskridande hälsohot. Myndigheten anger att den kontinuerligt följer och bevakar det epidemiologiska läget internationellt och analyserar konsekvenserna för svenska intressen. Vid större internationella utbrott följer myndigheten händelseutvecklingen och håller sig uppdaterad om rekommendationer från WHO och den europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC samt från andra aktörer som t.ex. USA:s smittskyddsmyndighet CDC.¹⁵³ Myndighetens arbete med kunskapsspridning ska planeras och genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att informationen till allmänheten är samordnad.¹⁵⁴

¹⁴⁸ 9 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁴⁹ 10 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁵⁰ 11 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁵¹ 12 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁵² 13–17 §§ förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹⁵³ Folkhälsomyndigheten (2020), *Årsredovisning 2019*.

¹⁵⁴ 20 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten är en enrådighetsmyndighet som lyder under Socialdepartementet.¹⁵⁵ Det innebär att den leds av en myndighetschef som ensam ansvarar för verksamheten inför regeringen. Folkhälsomyndighetens verksamhet leds av generaldirektören (f.n. Johan Carlson) som är myndighetschef.

Myndigheten har vidare ett insynsråd med högst tio ledamöter som utses av regeringen.¹⁵⁶ Enligt myndighetens arbetsordning¹⁵⁷ ska det vid myndigheten även finnas en statsepidemiolog (Anders Tegnell) och biträdande statsepidemiologer som utses av generaldirektören. I uppdraget som statsepidemiolog ingår att samordna arbetet med att övergripande följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa nationellt och internationellt, analysera konsekvenserna av denna utveckling för samhället och den enskilde och andra smittskyddsåtgärder inom hälso- och sjukvården och andra berörda samhällssektorer.

I Folkhälsomyndighetens organisation ingår avdelningar och enheter som har ansvar för olika verksamhetsområden och som täcker allt från myndighetens övergripande arbete med uppföljning, analys och prognoser av folkhälsan till att ta fram kunskapsunderlag i fråga om matvanor, friluftsliv, uppväxtvillkor och hälsosamt åldrande.¹⁵⁸

4.2.3 Folkhälsomyndighetens motsvarigheter i Norge, Danmark och Finland

I detta avsnitt redogör vi på en övergripande nivå för de nordiska grannländernas motsvarigheter till Folkhälsomyndigheten. I kapitel 5 går vi närmare in på den pandemiberedskap som fanns i myndigheterna i dessa länder före pandemin och i avsnitt 4.1.6 har vi lämnat en mycket kort beskrivning av deras motsvarigheter till vår svenska smittskyddslag.

¹⁵⁵ Folkhälsomyndigheten (2020), *Årsredovisning 2019*.

¹⁵⁶ 22 § förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Ledamöterna var vid utgången av 2019 Agnetha Fredin, Anders Henriksson, Ann Söderström, Ulrika Jörgensen, Hans Karlsson, Olle Lundberg, Johan von Sydow, Mats Wiking och Brita Winsa. Per-Ola Lindahl, Ann-Sofi Lodin och Cecilia Schelin-Seidegård var ledamöter fram till och med den 31 maj 2020, Folkhälsomyndigheten, *Årsredovisning 2020*.

¹⁵⁷ 7 § Folkhälsomyndighetens arbetsordning.

¹⁵⁸ Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 2 februari 2021).

Norge

Hälso- och omsorgsdepartementet (Helse- og omsorgsdepartementet) har det överordnade ansvaret för smittskyddet samt beredskapen inom hälso- och omsorgsområdet i Norge. Under departementet sorterar Hälsodirektoratet (Helsedirektoratet) som är ett nationellt förvaltningsorgan med brett ansvar som ger råd, verkställer beslutad politik och förvaltar regelverket inom hälso- och omsorgssektorn. Hälsodirektoratet har ansvar för den nationella beredskapen inom hälso- och omsorgsområdet och departementet kan till myndigheten delegera ansvaret för nationell samordning inom hälso- och omsorgssektorn (vilket har skett under pandemin) och ansvaret för att verkställa nödvändiga beslut i samband med kris. Hälsodirektoratet ska genom råd, vägledning, information och beslut bidra till att tillgodose befolkningens behov i samband med smittsamma sjukdomar. Hälsodirektoratet ska inhämta kunskap från Folkhälsoinstitutet (Folkehelseinstituttet) och lägga denna kunskap till grund för sina bedömningar.¹⁵⁹

Folkhälsoinstitutet, även det underställt Hälso- och omsorgsdepartementet, är en nationell smittskyddsmyndighet och kunskapsinstitution för hela hälso- och omsorgssektorn inklusive folkhälsoområdet. I ansvarsområdet ingår att övervaka det nationella epidemiologiska läget och delta i bevakningen av det internationella läget, utföra analyser samt bedriva forskning på smittskyddsområdet. Institutet bistår med expertkunskap och ger råd, vägledning och information till kommuner, fylkeskommuner, statliga institutioner, vårdpersonal och allmänheten om smittsamma sjukdomar, smittskydd och val av smittskyddsåtgärder. Folkhälsoinstitutet har också ansvar för att säkra vaccinförsörjning och nationell vaccinberedskap. Det ansvarar även för att samordna beredskapen hos medicinska mikrobiologiska laboratorier och har ett nationellt beredskapslaboratorium. Folkhälsoinstitutet är i normala fall sidoställt med Hälsodirektoratet, men i en krissituation underställs institutet Hälsodirektoratet som samordnande organ. Folkhälsoinstitutet ska bistå Hälsodirektoratet med expertkunskap vid beredskap och kriser.¹⁶⁰

¹⁵⁹ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021.

¹⁶⁰ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021, och Jostein Askim och Eirik Holmøyvik, *Norge og covid-19-krisen* (bilaga 3

I Norge finns vidare nationella samarbetsorgan (samhandlingsorganer). Beredskapsutskottet mot biologiska händelser (Beredskapsutvalget for biologiske hendelser), BUB, är ett samordnande organ för kriser som har sitt ursprung i biologiska smittämnen. BUB är sammansatt av myndigheter, däribland Hälso- och sjukvårdsdirektoratet och Folkhälsoinstitutet, och nationella funktioner med ansvar för att vid s.k. biologiska händelser skydda liv, hälsa, miljö och andra viktiga samhällsintressen. BUB ska bl.a. inhämta kunskap för att ha bästa möjliga översikt över situationen, göra prognoser, samordna insatser samt samordna information till myndigheter, allmänhet och medier. BUB har tillgång till rådgivare från en rad verksamheter som har kompetens och resurser i krishantering. Pandemi- och epidemikommittén (Pandemi- og Epidemikomiteén) är ett rådgivande organ till Hälso- och sjukvårdsdirektoratet och Folkhälsoinstitutet. Kommittén består av personer med kompetens på smittskyddsberedskap och ska ge råd avseende pandemihantering och säkra att olika aktörer samarbetar och utbyter information med varandra.¹⁶¹

Den norska Koronakommisjonen har i sin utvärdering av ansvarsfördelningen och samarbetet mellan Hälso- och sjukvårdsdirektoratet och Folkhälsoinstitutet funnit att de båda myndigheterna haft ett omfattande och gott samarbete under pandemin, men att ansvarsfördelningen mellan dem i viss mån varit oklar. Den renodling av rollerna som förvaltnings- respektive kunskapsorgan som skett under senare år, som bl.a. innebär att Hälso- och sjukvårdsdirektoratet ska ge råd med utgångspunkt i sin roll som myndighetsorgan och att Folkhälsoinstitutet ska ge råd i sin roll som kunskapsproducent, hade enligt den norska kommissionen inte blivit tillräckligt inarbetad då covid-19-pandemin kom till Norge. Den norska kommissionen pekar på att det uppstod ett glapp där ingen av aktörerna vägde nyttan av smittskyddsåtgärderna mot belastningen de medförde. Enligt den norska kommissionen är det förvisso naturligt att myndigheterna i vissa fall kan göra olika bedömningar, något som följer av deras olika roller. Kommissionen menar dock att det är lämpligt om den verksamhet som har att hantera krisen är en annan än den som står för expertkunskapen och att det är viktigt att ha ett system för krishantering där

till danska utredningsgruppens rapport *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, januari 2021).

¹⁶¹ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021.

det finns en klar skillnad mellan vad som utgör expertkunskap, hänsyn till bredare samhälleliga intressen och vad som utgör politiska beslut. En sådan öppenhet kan enligt kommissionen skapa tillit i befolkningen, något som är avgörande i kriser där befolkningens beteende är själva kärnan i hanteringen av krisen.¹⁶²

Danmark

De under pandemin två mest framträdande centrala rådgivande myndigheterna i Danmark är Hälsostyrelsen (Sundhedsstyrelsen) och Statens seruminstitut (Statens Serum Institut). Hälsostyrelsen har det nationella ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor och har uppgifter i den centrala förvaltningen av hälso- och sjukvårdsområdet och äldreården. Styrelsen ansvarar även för folkhälsofrågor. Statens seruminstitut ansvarar för övervakning av infektioner och beredskap för smittsamma sjukdomar m.m. Institutet har ansvar för landets centrallaboratorium för diagnostiska analyser och bedriver forskning inom bl.a. epidemiologi och vacciner samt utför myndighetsrådgivning. Institutet ansvarar även för inköp och tillhandahållande av vacciner.¹⁶³

Två andra myndigheter som varit relevanta under pandemin är Läkemedelsstyrelsen (Lægemedelstyrelsen) och Styrelsen för patientsäkerhet (Styrelsen for Patientsikkerhed). Dessa är tillsyns- och förvaltningsmyndigheter med mer specialiserade uppgifter jämfört med Hälsostyrelsen. De ansvarar för rådgivning avseende bl.a. skyddsutrustning, vacciner och smittspårning. Alla fyra myndigheter sorterar under Hälso- och äldreministeriet (Sundheds- og Ældreministeriet, numera Sundhedsministeriet).¹⁶⁴

Den danska utredningsgruppen, som på uppdrag av Folketinget utrett Danmarks hantering av covid-19-pandemin, har i sin rapport gjort en jämförelse mellan de danska grannländernas (Norge, Sverige och Tyskland) pandemihantering. I fråga om beslutsunderlag och

¹⁶² NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021.

¹⁶³ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, samt Sundhedsstyrelsens och Statens Serum Instituts webbplatser (besökta den 3 augusti 2021).

¹⁶⁴ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*.

rådgivningsstruktur konstaterar utredningsgruppen att det i de fyra länderna finns en grundläggande likhet i den institutionella utformningen av expertrådgivningen i samband med epidemiologiska hot. Alla länder har specialiserade institutioner som kombinerar analytiska och forskningsmässiga uppgifter med övervakningsuppgifter av myndighetskaraktär och är placerade på nationell nivå samt bemannas med och leds av specialister inom ett brett fält. Enligt utredningsgruppen är skillnaderna inte stora i förhållande till Norge men däremot större i förhållande till Sverige (och Tyskland). Utredningsgruppen tar upp två förhållanden varav det ena är att Folkhälsomyndigheten i Sverige framstår som en kombinerad sektorforskningsinstitution och administrativ myndighet. Det andra förhållandet är att den svenska grundlagen utesluter ministerstyre. Utredningsgruppen menar dock att skillnaderna i Sveriges pandemi-hantering inte uppstått på grund av att Sverige har en annan institutionell struktur och anser att man inte kan dra slutsatsen att en organisationsform är överlägsen någon annan.

Däremot gör man två andra iakttagelser i jämförelsen mellan de fyra länderna. Den ena är betydelsen av att ha en struktur för expertrådgivning som i en krissituation som denna kan involveras i rådgivningen och att man kan säkerställa en pluralistisk diskussion. Utredningsgruppen pekar bl.a. på att Hälso styrelsen i mars 2020 inrättade en arbetsgrupp som forum för medverkan av en krets virologer från en rad sjukhus och att även Statens seruminstitut etablerade en särskild modellgrupp med extern representation från universitet och sjukhus. Enligt utredningsgruppen är det ingen obetingad fördel att samla den sakkunniga analysverksamheten, de löpande riskvärderingarna och den sakkunniga rådgivningen i en och samma myndighet. Den andra iakttagelsen utredningsgruppen gör är betydelsen av att regeringen och de politiska partierna erkänner att hanteringen av den här typen av kris kräver att man tar ansvar för och erkänner att krisens hantering involverar beslut och prioriteringar som i grund och botten är politiska.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19.*

Finland

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för hälsosäkerheten och därigenom en betydande del av Finlands coronaåtgärder. Ministeriet ansvarar för den rikstäckande beredskapen för störningar inom hälso- och sjukvården eller för hot om sådana, och för ledarskapet i dessa situationer. Ministeriet ansvarar för den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Till ansvarsområdet hör även främjande av hälsa och funktionsförmåga, förebyggande av sjukdomar, social välfärd, förebyggande av sociala problem samt läkemedelsförsörjning. Vid ministeriet verkar delegationen för smittsamma sjukdomar, som är sakkunnigorgan i fråga om bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) är nationell sakkunniginrättning för bekämpningen av smittsamma sjukdomar. THL, som är inrättad inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde, stödjer ministeriet och regionförvaltningsverken, upprätthåller epidemiologiska uppföljningssystem samt styr och stödjer den lokala och regionala bekämpningen av smittsamma sjukdomar. Institutet ansvarar bl.a. för att följa upp och utreda förekomsten av smittsamma sjukdomar, utveckla diagnostik samt informera befolkningen om hur man kan undvika smitta och förebygga smittspridning. Institutet sköter vidare bl.a. vaccinförsörjningen och följer upp och utreder biverkningar av vacciner. Institutet är också som behörig myndighet ansvarig för den epidemiologiska uppföljningen och anmälningen av smittsamma sjukdomar i EU och är kontaktmyndighet för WHO:s internationella hälsoreglemente.

Under 2010-talet minskades sakkunnigverksamheten i THL betydligt i syfte att rikta verksamheten från grundforskning mot regional och lokal verksamhet och forskningsfinansiering som ansöks offentligt. Nedskärningarna riktades bl.a. mot forskning och bekämpning av smittsamma sjukdomar.¹⁶⁶

4.2.4 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är statlig förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor

¹⁶⁶ Utredningsrapport 6/2021, *Coronaepidemins första fas i Finland år 2020*, 30 juni 2021.

om alkohol och missbruksmedel. Myndigheten, som sorterar under Socialdepartementet, bistår regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde och myndighetens ansvar gäller i den utsträckning sådana frågor inte ska handläggas av någon annan myndighet.¹⁶⁷ Myndigheten ska bl.a. genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling, ge stöd till metodutveckling samt genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier följa, analysera och rapportera om bl.a. hälsa och hälso- och sjukvård.¹⁶⁸

Även om Socialstyrelsen i dag inte längre har det samlade ansvaret för smittskyddet är smittskyddsfrågor och hälso- och sjukvård tätt sammankopplade. Smittskyddsfrågor aktualiseras både vad gäller insatser för att behandla patienter och för att förebygga och förhindra smittspridning. Socialstyrelsen har i huvudsak ansvar för frågor som rör vård och behandling av samt insatser till individer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen har alltså myndighetsansvaret för sådana åtgärder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som är individrelaterade och där smittskyddsfrågan i sig är utredd. Myndigheten har vidare ansvar för vissa andra frågor som gränsar till smittskyddet såsom blodsäkerhet och sprututbytesverksamhet. Smittskyddsfrågor har även nära koppling till vårdhygien och antibiotikaresistens. God hygienisk standard regleras i hälso- och sjukvårdslagen som en del av begreppet god vård. Samtidigt är god hygienisk standard en förutsättning för att förhindra smittspridning.¹⁶⁹

Socialstyrelsen ansvarar även för hälso- och sjukvårdens krisberedskap, katastrofmedicin och den fysiska beredskapen inom hälso- och sjukvård. Myndigheten samordnar regionernas krisberedskap inom hälso- och sjukvård och sprider information till personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. I fråga om beredskapsuppgifter ska Socialstyrelsen ha ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska verka för att expertis inom dessa områden

¹⁶⁷ 1 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁶⁸ 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁶⁹ Ds 2014:9.

står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.¹⁷⁰ Myndigheten arbetar också med att ta fram föreskrifter och allmänna råd och är utgivande myndighet för Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. (HSLF-FS). Den tar vidare fram kunskapsstöd och statistik samt gör uppföljningar och utvärderingar.

Socialstyrelsen leds av en styrelse som består av högst nio ledamöter.¹⁷¹ Generaldirektören (f.n. Olivia Wigzell) är myndighetschef¹⁷² och ansvarar för den löpande verksamheten inför styrelsen.¹⁷³

4.2.5 Inspektionen för vård och omsorg

IVO är den statliga myndighet som ansvarar för tillsyn och tillståndsprovning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den ska även som en del av tillsynen pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Verksamheten styrs i huvudsak av patientsäkerhetslagen (2010:659), socialtjänstlagen (2001:453) och LSS. Tillsynsuppdraget omfattar även handläggning av anmälningar om kommunernas skyldighet att rapportera ej verkställda beslut. IVO ansvarar också för framställning av statistik över sitt verksamhetsområde och myndighetens föreskrifter kungörs i Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

IVO har vidare ansvaret för tillsynen av smittskyddet i landet, med undantag för smittskyddet inom Försvarmakten och Försvarets materielverk.¹⁷⁴

Myndigheten, som är en enrådgighetsmyndighet, leds av en myndighetschef, generaldirektören (f.n. Sofia Wallström), och har ett insynsråd som består av högst tio ledamöter.¹⁷⁵

¹⁷⁰ 13 och 14 §§ förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁷¹ 13 och 14 §§ förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁷² 20 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

¹⁷³ Socialstyrelsen (2020), *Årsredovisning 2019*.

¹⁷⁴ 9 kap. 1 § smittskyddslagen.

¹⁷⁵ 5–7 §§ förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

4.2.6 Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

MSB har inget uttalat ansvar för smittskydd men dess uppgift att stärka samhällets motståndskraft mot kriser och krig har förstås betydelse för den allmänna pandemiberedskapen och pandemihanteringen.¹⁷⁶

MSB har ansvar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret. Ansvaret avser åtgärder före, under och efter en olycka, kris, krig eller krigsfara. Myndigheten ska bl.a. utveckla och stödja arbetet med civilt försvar och samhällets beredskap mot olyckor och kriser, vara pådrivande i arbetet med förebyggande och sårbarhetsreducerande åtgärder, verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera olyckor och kriser, bidra till att minska konsekvenser av olyckor och kriser samt se till att utbildning och övningar kommer till stånd inom myndighetens ansvarsområde.¹⁷⁷ Myndigheten ska även ha förmågan att bistå Regeringskansliet med underlag och information i samband med allvarliga olyckor och kriser och under höjd beredskap.¹⁷⁸ MSB ansvarar även för webbplatsen Krisinformation.se som förmedlar information från myndigheter och andra ansvariga i samband med en fredstida kris eller allvarlig händelse.

MSB är en enrådgivningsmyndighet och leds av en myndighetschef som är generaldirektör.¹⁷⁹ Vid myndigheten finns även en överdirektör¹⁸⁰ och ett insynsråd som ska bestå av högst tio ledamöter.¹⁸¹ Fram till den 7 januari 2021 var Dan Eliasson generaldirektör och därefter har Camilla Asp varit vikarierande generaldirektör.

¹⁷⁶ En utförligare beskrivning av historiken och bakgrunden till inrättandet av MSB finns i SOU 2021:25 s. 389 f.

¹⁷⁷ 1 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

¹⁷⁸ 7 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, i dess lydelse före den 1 januari 2021.

¹⁷⁹ 19 och 22 §§ förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

¹⁸⁰ 23 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

¹⁸¹ 20 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap.

4.2.7 Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har till uppgift att se till att arbetsmiljön uppfyller de krav som finns i arbetsmiljölagen (1977:1160) om förebyggande av ohälsa och olycksfall i arbetet och en god arbetsmiljö. Enligt sin instruktion ansvarar Arbetsmiljöverket för bl.a. arbetsmiljö-, arbets- tids- och utstationeringsfrågor. Myndighetens ansvar gäller i den utsträckning frågorna inte ska hanteras av någon annan myndighet.¹⁸² I myndighetens ansvarsområde ingår även frågor om vissa produkter inom området för personlig skyddsutrustning.¹⁸³

Arbetsmiljöverket tar vidare fram juridiskt bindande föreskrifter, utövar tillsyn över att arbetsmiljölagen och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen följs samt sprider information om arbetsmiljöregler. Arbetsmiljöverket har bl.a. gett ut föreskrifter och allmänna råd om smittrisker.¹⁸⁴ Syftet med föreskrifterna är att förebygga risker för att arbetstagare på grund av sina arbetsuppgifter blir infekterade av smittämnen eller blir varaktiga bärare av smittämnen. I egenskap av tillsynsmyndighet har verket t.ex. befogenhet att i vissa fall stänga en verksamhet om det finns en risk för smitta där.

4.2.8 Länsstyrelserna

Länsstyrelserna är statens företrädare och har det statliga förvaltningsansvaret för ett stort antal frågor inom olika sektorer, men inom ett geografiskt avgränsat område. Länsstyrelsen ska

- verka för att nationella mål får genomslag i länet, samtidigt som hänsyn ska tas till regionala förhållanden och förutsättningar,
- utifrån ett statligt helhetsperspektiv arbeta sektorsövergripande samt inom myndighetens ansvarsområde samordna olika samhällsintressen och statliga myndigheters insatser,
- främja länets utveckling och noga följa tillståndet i länet samt underrätta regeringen om dels det som är särskilt viktigt för regeringen att ha vetskap om, dels händelser som inträffat i länet,

¹⁸² 1 § förordningen (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.

¹⁸³ 2 § förordningen (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket och Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr. 2016/425 av den 9 mars 2016 om personlig skyddsutrustning och om upphävande av rådets direktiv 89/686/EEG, i den ursprungliga lydelsen.

¹⁸⁴ AFS 2018:4.

- inom sin verksamhet främja samverkan mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och andra relevanta aktörer i länet, och
- ansvara för de tillsynsuppgifter som riksdagen eller regeringen har ålagt den.¹⁸⁵

Länsstyrelsen har ett brett uppdrag som omfattar ca 40 verksamhetsområden.¹⁸⁶ Den ansvarar regionalt bl.a. för frågor om livsmedelskontroll, djurskydd, regional tillväxt, infrastrukturplanering, hållbar samhällsplanering och boende, energi och klimat, skydd mot olyckor, krisberedskap, civilt försvar och höjd beredskap, naturvård, miljö- och hälsoskydd och folkhälsa.¹⁸⁷

Länsstyrelsen är också geografiskt områdesansvarig myndighet på regional nivå i det svenska krisberedskapssystemet. Länsstyrelsen är även den högsta civila totalförsvarsmyndigheten inom länet.

Myndigheten har alltså en samordnande roll även i frågor som rör samhällets krisberedskap och uppbyggnaden av totalförsvaret och har en central roll i hanteringen av kriser.

Länsstyrelsen har inte någon specifik uppgift enligt smittskyddslagen, men har en mer allmän roll i fråga om smittskydd som bl.a. består i att samordna och främja samverkan mellan stat, regioner och kommuner så att konsekvenserna för samhället begränsas och att se till att viktiga samhällsfunktioner upprätthålls. (Länsstyrelsen har däremot särskilda uppgifter i fråga om objektburen smitta, dvs. smitta som sprids via egendom eller djur.) Länsstyrelserna har under pandemin veckovis tagit fram lägesbilder länsvis och samlat för landet. Dessa lägesbilder har lämnats till regeringen samt sektorsmyndigheter och andra aktörer.

Under pandemin har länsstyrelserna samordnat flera uppgifter och kontakter med olika aktörer genom ett gemensamt samordningskansli. Länsstyrelsen i Halland har haft ansvaret för samordningsfunktionen. Samordningskansliet samordnar rapportering till Regeringskansliet och centrala myndigheter, externa kommunikationsinsatser samt beredning av frågor från bl.a. Regeringskansliet

¹⁸⁵ 2 § förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.

¹⁸⁶ Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin*.

¹⁸⁷ 3 § förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion.

och SKR.¹⁸⁸ Samordningskansliet har levererat ett stort antal lägesbilder som uteslutande bygger på underlag från aktörerna i länet. Samordningskansliet har sedan värderat och sammanställt underlaget.

4.2.9 Regionerna

Regionerna ansvarar för huvuddelen av hälso- och sjukvården i landet och ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls vilket bl.a. innebär att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och att patientens behov av säkerhet tillgodoses. Regionernas ansvar regleras främst i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, men även i patientsäkerhetslagen, som syftar till att främja en hög patientsäkerhet, och patientlagen (2014:821). Lagstiftningen inom hälso- och sjukvårdsområdet beskrivs närmare i avsnitt 10.1.

Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen ska utövas av en eller flera nämnder.¹⁸⁹ Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos de som omfattas av regionens ansvar. Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls.¹⁹⁰

Katastrofmedicinsk beredskap

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap innebär allvarlig händelse en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt. Katastrof-

¹⁸⁸ Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin*, och regeringsbeslut den 19 mars 2020 om uppdrag till länsstyrelserna att inkomma med löpande samlade lägesbilder med anledning av covid-19, regeringsbeslut den 3 april 2020, S2020/02676/SOF, om uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19, regeringsbeslut den 11 juni 2020, S2020/05273/SOF (delvis), om uppdrag om lägesbilder och åtgärder i kommunerna för att förebygga social problematik och utsatthet samt regeringsbeslut den 11 juni 2020, S2020/05271/FS, om uppdrag att följa efterlevnaden av rekommendationer, riktlinjer och råd för inrikesresor och sommaraktiviteter.

¹⁸⁹ 7 kap. 1 § HSL.

¹⁹⁰ 7 kap. 1 § HSL.

medicinsk beredskap innebär beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse.¹⁹¹

Regionens ansvar för den katastrofmedicinska beredskapen innebär bl.a. att den ska ha en planering för och förmåga att vid särskild händelse eller vid risk för sådan händelse larma och aktivera de funktioner som är nödvändiga, leda och samordna berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter, genomföra sjukvårdsinsatser i ett skadeområde, utföra sjuktransporter och på vårdenhet omhändertaga drabbade samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.¹⁹²

Av föreskrifterna framgår även att det i samtliga regioner ska finnas en tjänsteman i beredskap.¹⁹³ Det ska även i varje region finnas en funktion som ska ansvara för ledningsuppgifter. Funktionen ska benämnas särskild sjukvårdsledning och ska ha befogenhet och förmåga att samordna verksamheter, prioritera insatser, leda personal, omdisponera resurser, mobilisera resurser som inte finns omedelbart tillgängliga, förflytta patienter och evakuera vårdenheter samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.¹⁹⁴ I föreskrifterna anges vidare att regionen ska planera så att hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och läkemedel anpassas till de behov som kan uppstå vid allvarlig händelse och så att den personal som ska arbeta i ett skadeområde tillhandahålls den utrustning som är nödvändig.¹⁹⁵

Smittskyddet

I det personinriktade smittskyddsarbetet har regionerna en central roll. Medan Folkhälsomyndigheten har samordningsansvaret för smittskyddet på nationell nivå ansvarar varje region för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av smittskyddslagen.¹⁹⁶ I varje region ska det

¹⁹¹ 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹⁹² 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹⁹³ 6 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹⁹⁴ 6 kap. 2 och 3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹⁹⁵ 5 kap. 9 och 10 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

¹⁹⁶ 1 kap. 8 § smittskyddslagen.

finnas en smittskyddsläkare som utses av hälso- och sjukvårdsnämnden. I frågor som inte gäller smittskyddsläkarens myndighetsutövning verkar smittskyddsläkaren under nämnden.¹⁹⁷ Smittskyddsläkaren är alltså självständig i frågor som rör dennes myndighetsutövning, t.ex. beslut om tillfällig isolering.¹⁹⁸

Förhållandet mellan region och smittskyddsläkare är inte helt tydligt. Regionen är huvudman för smittskyddet och har det övergripande ansvaret för att smittskyddet planeras och organiseras samt avgör vilka resurser som ska avsättas för verksamheten. Den direkta ledningen av smittskyddsarbetet, verksamhetsplanering och organisation av smittskyddsarbetet i detalj ligger däremot på smittskyddsläkaren.¹⁹⁹

Regeringen angav i förarbetena till smittskyddslagen att den förutsatte att smittskyddsläkaren samverkar med berörda huvudmän och att dessa medverkar till att få till stånd de åtgärder som behövs. Vidare anförde regeringen att om smittskyddsläkaren tagit kontakt med berörda huvudmän och påtalat behovet av olika insatser ligger naturligtvis ansvaret för att åtgärder vidtas därefter på huvudmännen.²⁰⁰ Smittskyddsläkarna ska även anmäla brister som efter påpekande inte avhjälpas till tillsynsmyndigheten.²⁰¹

Av smittskyddslagen och dess förarbeten framgår alltså att smittskyddsläkaren har omfattande befogenheter att besluta om smittskyddsåtgärder samt påtala eventuella brister för regionen. Mot denna bakgrund har det i förarbetena diskuterats huruvida den omsändigheten att smittskyddsläkarna befinner sig i beroendeställning till regionerna kan påverka arbetet. Regeringen anförde bl.a. att det är viktigt att smittskyddsläkaren har en stark och oberoende ställning i förhållande till kommun och region. Regeringen ansåg dock att det inte fanns tillräckliga skäl för att övergå till ett statligt huvudmannaskap.²⁰² Smittskyddsläkarnas förhållande till regionerna har uppmärksammats under pandemin och det har framkommit att smittskyddsläkarens ställning och smittskyddets organisatoriska

¹⁹⁷ 1 kap. 9 § smittskyddslagen.

¹⁹⁸ Jönsson, Smittskyddslagen (2004:168), 1 kap. 9 §, Karnov (JUNO), (besökt den 12 augusti 2021).

¹⁹⁹ 6 kap. 1 § smittskyddslagen och prop. 2003/04:30 s. 162 f.

²⁰⁰ Prop. 2003/04:30 s. 122 f.

²⁰¹ 6 kap. 5 § smittskyddslagen.

²⁰² Prop. 2003/04:30 s. 166.

placering i regionen ser olika ut i olika regioner.²⁰³ Det kan även nämnas att regeringen den 2 september 2021 har gett Socialstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av smittskyddsensheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar.²⁰⁴

Regionen och smittskyddsläkaren ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa. Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal som är verksamma inom smittskyddet ska vid behov upplysa patienter om åtgärder för att förebygga smittsamma sjukdomar.²⁰⁵ En närmare beskrivning av smittskyddsläkarens ansvar och befogenheter finns i avsnitt 4.1.4.

Regionen har också i egenskap av arbetsgivare skyldighet att vidta åtgärder för att förhindra smittspridning och ska följa bl.a. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittorisker.

4.2.10 Kommunerna

Kommunerna har till skillnad från regionerna, med undantag för ansvar för nationella vaccinationsprogram i skolväsendet, inte något särskilt utpekat ansvar enligt smittskyddslagen. De har inte heller något krav på sig att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Kommunal hälso- och sjukvård utgår därför från de allmänna bestämmelserna om att bedriva god hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen och vad som finns reglerat om krisberedskap i lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Kommunerna är i egenskap av en av huvudmännen för hälso- och sjukvård ansvariga för att även deras hälso- och sjukvårdspersonal arbetar på ett sätt som förhindrar smittspridning. Kommunerna har ett ansvar för hälso- och sjukvård i vissa särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende, om regionen och kommunen kommer överens om det, dock inte vård som ges av läkare.²⁰⁶ På samma sätt som regionerna har kommunerna i egenskap

²⁰³ Uppgifter lämnade vid Coronakommissionens möte med smittskyddsläkarna den 26 april 2021.

²⁰⁴ Regeringsbeslut den 2 september 2021 (S2021/06173, delvis).

²⁰⁵ 2 kap. 3 § smittskyddslagen.

²⁰⁶ 12 kap. 1 § och 14 kap. 1 § HSL.

av arbetsgivare ett allmänt ansvar för att förhindra bl.a. smittspridning.

Ett mer uttalat ansvar för smittskydd har kommunerna när det däremot gäller s.k. objektburen smitta enligt bl.a. miljöbalkens regler om hälsoskydd. Kommunerna är skyldiga att utan dröjsmål underätta smittskyddsläkaren om iakttagelser som kan vara av betydelse för smittskyddet för människor.²⁰⁷ Kommunerna har vidare ansvar för bl.a. smittspårning enligt livsmedelslagstiftningen.²⁰⁸

4.2.11 Enskilda vårdgivare

Utöver det ansvar som all hälso- och sjukvårdspersonal har enligt smittskyddslagen att samverka för att förebygga och begränsa utbrott eller spridning av smittsamma sjukdomar, har enskilda vårdgivare, liksom andra vårdgivare som regioner och kommuner, skyldighet att följa bl.a. bestämmelserna om god vård och god hygienisk standard i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och föreskrifter som t.ex. Socialstyrelsens föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg. Vårdgivare har också i egenskap av arbetsgivare skyldighet att följa bl.a. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om smittrisker.

4.2.12 Andra myndigheter och aktörer med anknytning till smittskydd

Livsmedelsverket har ett övergripande ansvar i fråga om utbrott av livsmedelsburen smitta. Verket har till uppgift att i konsumenternas intresse arbeta bl.a. för säkra livsmedel och redlighet i livsmedelshandlingen.²⁰⁹ Livsmedelsverket utövar tillsyn och utfärdar föreskrifter på livsmedelsområdet som har till syfte bl.a. att förebygga smittspridning.²¹⁰

Läkemedelsverket har till uppgift bl.a. att godkänna vacciner och att genomföra risk- och nyttobedömningar av läkemedel och vacciner.

²⁰⁷ 9 kap. 14 och 15 §§ miljöbalken.

²⁰⁸ Se bl.a. Livsmedelsverkets föreskrifter (LIVSFS 2005:7) om epidemiologisk utredning av livsmedelsburna utbrott.

²⁰⁹ 1 § förordningen (2009:1426) med instruktion för Livsmedelsverket.

²¹⁰ Se bl.a. Livsmedelsverkets föreskrifter (LIVSFS 2005:20) om livsmedelshygien och Livsmedelsverkets föreskrifter (LIVSFS 2005:21) om offentlig kontroll av livsmedel.

Myndigheten ska verka för säkra och effektiva läkemedel av god kvalitet och för god läkemedelsanvändning samt för att medicintekniska produkter är säkra och lämpliga för sin användning.²¹¹ Myndigheten ansvarar för kontroll och tillsyn samt för föreskrifter och allmänna råd inom myndighetens verksamhetsområde.

Därutöver finns ett antal andra statliga myndigheter som har ett ansvar på eller har kopplingar till smittskyddsområdet, t.ex. Statens veterinärmedicinska anstalt, Jordbruksverket, Polismyndigheten, Försvarmakten och Försvarets materielverk.

Arbetsgivare, både offentliga och privata, har inom ramen för sitt ansvar för arbetsmiljön skyldighet enligt arbetsmiljölagstiftningen att vidta åtgärder för att förhindra smittspridning. De ska systematiskt undersöka och förebygga arbetsmiljörisker så att anställda kan arbeta säkert och ska följa bl.a. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om smittrisker.

4.3 Sveriges Kommuner och Regioner

4.3.1 En arbetsgivar- och intresseorganisation

Vi har i det föregående beskrivit bl.a. regionernas och kommunernas ansvar på smittskyddsområdet. SKR är en medlems- och arbetsgivarorganisation som landets samtliga 290 kommuner och 21 regioner är medlemmar i. Organisationen bildades 2007 då Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet slogs ihop.²¹² Organisationen hette då Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) men ändrade 2019 namnet till Sveriges Kommuner och Regioner.²¹³ SKR har kommit att inta en betydelsefull roll i kommunernas och regionernas dialog och samverkan med den statliga nivån, vilket blivit tydligt inte minst under pandemin.

SKR är en politiskt styrd organisation och har som högsta beslutande organ en kongress vars ombud väljs vart fjärde år av respektive region och kommun. Kongressen väljer i sin tur en styrelse som leder verksamheten mellan kongresserna och som ansvarar för organisation och förvaltning. Styrelsen har till sitt förfogande ett arbetsutskott (som leds av ordföranden i SKR), delegationer och bered-

²¹¹ 1 § förordningen (2020:57) med instruktion för Läkemedelsverket.

²¹² Prop. 2006/07:113 s. 8.

²¹³ SKR (2020), *Årsredovisning 2019*.

ningar. Förtroendeuppdragen i styrelse, delegationer och beredningar uppgår till ca 250. Det löpande arbetet sköts av en kansliorganisation, som har ca 460 anställda, och leds av en VD. Organisationen är lokaliserad i Stockholm och har även ett kontor i Bryssel.²¹⁴

SKR är, förutom en arbetsgivarorganisation, en medlems- och intresseorganisation som företräder medlemmarnas intressen. Organisationen är således inte ett offentligt organ eller en myndighet, utan är en ideell förening, som inte har någon beslutanderätt över sina medlemmar (med undantag av ingående av kollektivavtal, se avsnitt 4.3.2). SKR lyder därmed inte heller under det offentlighetsreglerade regelverk som gäller för myndigheter, som förvaltningslagen och regler om allmänna handlingars offentlighet.

SKR stödjer kommuner och regioner genom intressebevakning, verksamhetsutveckling samt rådgivning och service.²¹⁵ SKR svarar även för kunskapsutbyte och stödjer samordning. Regeringen och statliga myndigheter använder ofta SKR som representant för kommuner och regioner och organisationen involveras regelmässigt i statliga utredningar och regeringens remissförfarande. Regeringen kan även sluta överenskommelser med SKR om att utveckla eller stärka vissa områden.²¹⁶

SKR bedriver en del av sin verksamhet i aktiebolag. I bolagskoncernen ingår det helägda SKR Kapitalförvaltning AB och det helägda moderbolaget SKR Företag AB som äger ett antal bolag (helt eller delvis). Dessa bolag är Slussgården AB (före detta SKL Fastigheter och Service AB, 100 procent), Adda AB (före detta SKL Kommentus AB, 98 procent), Equalis AB (52 procent), SKL International AB (100 procent), KPA AB (40 procent), Inera AB (51 procent) och SOS Alarm AB (50 procent).²¹⁷

SKR:s verksamhet finansieras bl.a. genom en förbundsavgift vars ram fastställs av kongressen.²¹⁸ Styrelsen beslutar sedan årsavgiften varje år. Avgiften beräknas utifrån medelskattkraften i riket samt medlemmens invånarantal. För 2019 och 2020 uppgick förbundsavgiften till 522 miljoner kronor per år. Förbundsavgiften finansierar ca 76 procent av organisationens verksamhet, exklusive externfinan-

²¹⁴ Uppgifter hämtade från SKR:s webbplats (besökt den 20 maj 2021) och SKR (2020), *Årsredovisning och koncernredovisning 2020. Hållbarhetsredovisning 2020*.

²¹⁵ SKR (2021), *Årsredovisning och koncernredovisning 2020. Hållbarhetsredovisning 2020*.

²¹⁶ Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin*.

²¹⁷ SKR (2021), *Årsredovisning och koncernredovisning 2020. Hållbarhetsredovisning 2020*.

²¹⁸ Kongressen har beslutat att ramen för perioden 2017–2020 ska vara 0,13 promille.

sierade projekt. Övriga intäkter kommer från sålda tjänster, dvs. kurser, konferenser och konsultuppdrag.²¹⁹ Den övervägande delen av intäkterna från externfinansierade projekt avser överenskommelser med statliga myndigheter gällande projekt och utvecklingsarbete. De statliga bidragen till SKR uppgick totalt till ca 487 miljoner kronor 2017, 579 miljoner kronor 2018, 489 miljoner kronor 2019 och 429 miljoner kronor 2020.²²⁰

Riksrevisionen har uppmärksammat att statsbidragen inom hälso- och sjukvårdsområdet har blivit en viktig inkomstkälla för SKR. En stor del av bidragen är knutna till överenskommelser mellan regeringen och SKR. Medlen till SKR centralt har ökat och för perioden 2009–2016 hade staten utbetalat totalt 1 078 miljoner kronor för organisationens arbete inom hälso- och sjukvården, vilket låg i nivå med förvaltningsanslagen på vårdområdet som riksdagen beslutar om.²²¹ För perioden 2017–2020 uppgick de statliga medel som ställts till SKR:s förfogande huvudsakligen inom hälso- och sjukvårdsområdet till totalt 1 137 miljoner kronor, se tabell 4.1 nedan.

Tabell 4.1 Statliga medel som ställts till SKR:s förfogande inom hälso- och sjukvårdsområdet under perioden 2017–2020

År	Belopp i miljoner kronor
2017	445,5
2018	277,5
2019	198
2020	246
Summa	1 167
Återbetalning	-30
Totalt för perioden	1 137

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Redovisningen för perioden 2017–2020 inkluderar medel som i huvudsak har belastat utgiftsområdet hälso- och sjukvård etc., men inrymmer även medel som belastat utgiftsområdena sjukförsäkring och jämställdhet. Notera att det i redovisningen för år 2017 även

²¹⁹ Uppgifter hämtade från SKR:s webbplats (besökt den 20 maj 2021) och SKR (2021), *Årsredovisning och koncernredovisning 2020. Hållbarhetsredovisning 2020*.

²²⁰ SKR:s årsredovisningar 2017–2020.

²²¹ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

ingår medel som har förmedlats vidare till regionerna, dvs. medel som inte har disponerats av SKR utan av regionerna.²²²

De medel som ställs till SKR:s förfogande innebär ersättning till SKR för att stödja kommuner och regioner i genomförandet av satsningarna. Det kan handla om att ta fram redovisningar, rapporter, kunskapsunderlag och metodstöd och att stödja samverkan mellan regionerna och med statliga myndigheter. Stödet kan även bestå i samordning, anordnande av konferenser, seminarier och utbildningar, samt erfarenhetsutbyte och rådgivning. En del av medlen har använts för att bekosta uppbyggnad av en digital infrastruktur för elektroniskt informationsutbyte mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.²²³

I avsnitt 10.2.2 beskriver vi den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och styrningen genom överenskommelser m.m.

4.3.2 SKR:s roll i statens styrning på vårdområdet

SKR har kommit att bli en allt viktigare länk mellan den statliga nivån och den kommunala. Riksrevisionen har i rapporten *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet* (RIR 2017:3) granskat regeringens styrning av vården i form av överenskommelser med SKR och riktade statsbidrag.²²⁴ Denna styrning har enligt rapporten gjort SKR till en central aktör som fått ett stort inflytande i den statliga styrningen på vårdområdet och en i praktiken myndighetsliknande roll. Rapporten tar upp varför den här typen av styrning har utvecklats på vårdområdet, vilka konsekvenser den får och hur regeringens styrning skulle kunna förbättras.

Överenskommelser mellan staten och SKR är en relativt ny styrform som har blivit allt vanligare. En del av bakgrunden till denna typ av styrning är att det funnits ett starkt tryck på nationella politiker att åstadkomma resultat på ett område som de inte är operativt ansvariga för tillsammans med ett ökat tryck på likvärdighet i vården. Överenskommelser som styrmedel blev allt vanligare på vårdområdet sedan den s.k. kömiljarden tillkom 2009. Denna överenskom-

²²² Uppgifter lämnade av SKR till Coronakommissionen den 17 juni 2021.

²²³ Uppgifter lämnade av SKR till Coronakommissionen den 17 juni 2021.

²²⁴ Se även L. Marcusson (2021), *Staten och SKR – styrning och samarbete. En rättslig analys*, Förvaltningsrättslig tidskrift, som behandlar frågan om hur man ska se på SKR:s roll i den svenska förvaltningsmodellen.

melse banade sedan väg för nya överenskommelser samtidigt som det saknades incitament för både SKR och regeringen att upphöra med dessa. Även praktiska orsaker kan ligga bakom överenskommelserna så som att det är enklare att teckna avtal med SKR än med 21 olika regioner.²²⁵

Socialstyrelsen som är den centrala förvaltningsmyndigheten på området har enligt Riksrevisionen tidigare gjort en väl restriktiv tolkning av hur aktiv myndigheten ska vara i sin stödande och kunskapsstyrande roll i förhållande till kommuner och regioner. Denna restriktiva hållning har varit en av orsakerna till att SKR och inte Socialstyrelsen fått en central roll i detta arbete. Regeringens val att ingå överenskommelser med SKR kan ses som ett tecken på att regeringen bedömt att det inte varit möjligt att få samma genomslag för sin politik genom att använda Socialstyrelsen. Riksrevisionen konstaterar att SKR, som har nära till verksamheten, därför kan fungera som en viktig länk mellan staten och regionerna och att SKR ur regeringens perspektiv kan upplevas som en snabb och flexibel väg för att nå ut till vårdens huvudmän.²²⁶

Styrformen är inget styrmedel i formell mening, utan mer ett ramverk där flera styrmedel kombineras, t.ex. specialdestinerade statsbidrag och olika informationsinsatser. Överenskommelser är vanligast inom det sociala omsorgsområdet men finns också inom skolan, migrationsområdet och krisberedskapen.²²⁷ Riksrevisionen bedömer dock att förekomsten av överenskommelser med SKR är unik för Socialdepartementets område där det successivt utvecklats en styrningskultur med överenskommelser som en viktig del.²²⁸

Utvecklingen av denna typ av s.k. otraditionell styrning får enligt Riksrevisionen konsekvenser för vården men är även intressant ur ett förvaltningspolitiskt perspektiv eftersom regeringen använder en icke-offentlig aktör för genomförandet av sin politik.²²⁹ Riksrevisionen konstaterar att det saknas principer för när, och i så fall hur, regeringen kan använda icke-offentliga aktörer för att genomföra sin

²²⁵ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

²²⁶ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

²²⁷ Statskontoret (2016), *Statens styrning av kommunerna*, 2016:24.

²²⁸ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

²²⁹ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

politik och att det finns både för- och nackdelar. SKR har blivit en central aktör utan att regeringen tagit aktiv ställning till vilken roll organisationen ska ha i vården. Det är visserligen naturligt att SKR påverkar villkoren för kommuner och regioner, men det har i Riksrevisionens granskning framkommit att SKR kommit att få ett stort inflytande även över den statliga styrningen av vården. Den omfattande styrningen genom SKR har enligt Riksrevisionen lett till att rollfördelningen mellan SKR och Socialstyrelsen uppfattas som otydlig och ingåendet av överenskommelserna har också inneburit att Socialstyrelsen som central förvaltningsmyndighet har fått en undanskyddad roll.²³⁰

Riksrevisionen anser att regeringen låtit SKR:s inflytande växa i alltför stor omfattning och att regeringen inte tagit tillräcklig hänsyn till konsekvenserna av att använda en intresseorganisation som en del av förvaltningen.²³¹ Det förhållandet att SKR inte har någon beslutanderätt över sina medlemmar och att organisationen inte är något offentligt organ innebär bl.a. att den inte kan ingå några formellt bindande åtaganden för sina medlemmars räkning, med undantag för ingående av kollektivavtal som medlemmarna överlåtit åt SKR att besluta om. Det innebär också, som nämnts, att t.ex. förvaltningslagen och offentlighetsprincipen inte gäller i dess verksamhet och inte heller regeringsformens objektivitetsprincip (kravet på saklighet och opartiskhet). Det saknas även möjligheter till ansvarsutkrävande för medborgarna.

SKR ska bevaka sina medlemmars intressen och kan dessutom ha ett intresse av att hålla nere kostnader för dem. Riksrevisionen tar även upp ägarskapsfrågor, att det i praktiken är oklart vem som äger den kunskap och de databaser som tas fram inom ramen för överenskommelserna och att regeringen inte säkrat tillgången till den kompetens som byggts upp med statliga medel.²³²

Riksrevisionens granskning visar vidare att departementet inte haft någon samlad bild av hur de medel som har gått till SKR centralt har utvecklats över tid. Den visar även att riksdagen saknar insyn i detta samtidigt som de medel som tilldelats SKR centralt är i nivå

²³⁰ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

²³¹ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

²³² Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

med förvaltningsanslagen på vårdområdet som riksdagen beslutar om. Riksrevisionen bedömer även att styrningen varit alltför kort-siktig då regeringens satsningar i hög grad varit tidsbegränsade.²³³

Riksrevisionen anser att regeringen i första hand bör använda den centrala förvaltningsmyndigheten för att förverkliga sin politik. Om regeringen väljer att fortsätta använda SKR i styrningen av vården ger Riksrevisionen rekommendationer som innebär att regeringen bör tydliggöra Socialstyrelsens roll och ta principiell ställning till formerna för samverkan med SKR. Man rekommenderar även att regeringen reglerar insyn, förvaltning och ägande samt ökar riksdagens insyn.²³⁴

4.4 Summering

Regelverket

Smittskyddslagen bygger på frivillighet, men innehåller flera av de ”klassiska” elementen för bekämpning av smittsamma sjukdomar (provtagning, smittspårning, förhållningsregler, karantän, isolering och avspärrning). Flera av dessa åtgärder som hade kunnat fylla en viktig funktion har inte kommit att brukas under pandemin. Det finns i smittskyddslagen olika svagheter. T.ex. kan vissa av lagens verktyg bara användas om sjuk- och smittfallen är relativt få.

Isolering måste ske på sjukvårdsinrättning och förutsätter att smittskyddsläkaren ger in en ansökan till domstol.

Folkhälsomyndigheten får besluta om inresekontroll av resande från ett visst område. Men kontrollen får inte vara förenad med frihetsberövande eller provtagning. Det är visserligen möjligt för smittskyddsläkare att t.ex. ansöka om tvångsundersökning.

Det finns inte heller rättsliga hinder för smittskyddsläkare att besluta om karantän för inresande från ett visst område med stor smittspridning. Sådana beslut kräver dock att lokaler kan ställas i ordning för att avskilja grupper av resenärer för inresekontroll eller för karantän.

²³³ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

²³⁴ Riksrevisionen (2017), *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RIR 2017:13.

Smittskyddsåtgärder har under pandemin fått vidtas med stöd av ett antal mera allmänt hållna bemyndiganden i annan lagstiftning, som socialtjänstlagen, ordningslagen och alkohollagen. Dessutom har i två omgångar ny mera ingripande lagstiftning hastigt fått tas fram.

I både Norge och Finland var det vid pandemins utbrott möjligt att vidta fler smittskyddsåtgärder än i Sverige. I Norge fanns redan långtgående befogenheter för kommuner att stänga verksamheter och regeringen ges lika långtgående befogenheter att lagstifta som i krigstid, för att förebygga smittspridning. I Finland fanns en beredskap för mera ingripande åtgärder genom att landets beredskapslag kunde sättas i kraft. Danmark hade vid pandemins utbrott en liknande smittskyddslagstiftning som Sverige, men lagstiftade snabbt om ett centraliserat beslutsfattande och att införa betydligt mer långtgående smittskyddsåtgärder.

Institutionerna

Det är många olika myndigheter och aktörer som har anknytning till smittskydd, pandemiberedskap och pandemihantering och de verkar på olika förvaltningsnivåer. Folkhälsomyndigheten har ett samordnande ansvar för smittskyddet på nationell nivå medan regioner och kommuner har det operativa ansvaret. Regioner och kommuner har en långtgående självstyrelse. Det ger ett decentraliserat men också fragmenterat system där ansvaret blir otydligt.

Socialstyrelsen har det huvudsakliga ansvaret för frågor som rör vård och behandling av och insatser till enskilda. IVO har ansvaret för tillsyn. MSB har inget uttalat ansvar för smittskyddsfrågor men har en samordnande och kompletterande roll. MSB har också under pandemin haft en otydlig och mer undanskymd roll. Arbetsmiljöverket har till uppgift att se till att arbetsmiljölagens krav uppfylls och kan i egenskap av tillsynsmyndighet t.ex. stänga en verksamhet vid risk för smitta.

Länsstyrelserna har inte någon specifik uppgift enligt smittskyddslagen, men ska som områdesansvariga myndigheter bl.a. samordna och främja samverkan så att konsekvenserna för samhället begränsas och viktiga samhällsfunktioner upprätthålls.

Regionerna däremot har en central roll i det personinriktade smittskyddsarbetet. De är även i egenskap av en av huvudmännen för hälso- och sjukvård ansvariga för att vårdens anställda följer smittskyddslagen och arbetar på ett sätt som förhindrar smittspridning. Regionerna har som huvudmän det övergripande ansvaret för smittskyddet och avgör vilka resurser som ska avsättas för verksamheten. Den direkta ledningen och organisationen av smittskyddsarbetet ligger däremot på smittskyddsläkaren i regionen. Enligt vad kommissionen erfarit varierar smittskyddsläkarens ställning och inflytande avsevärt mellan olika regioner.

När det gäller kommunerna har de inte något särskilt utpekat ansvar enligt smittskyddslagen. De ansvarar dock för sina anställda i vård och omsorg, att de följer smittskyddslagen och arbetar på ett sätt som förhindrar smittspridning.

Folkhälsomyndigheten har det samlade nationella ansvaret för både smittskyddsfrågor och folkhälsofrågor. Myndigheten ansvarar för expertkunskap, förvaltningsuppgifter, föreskriftsarbete och beredskap inom smittskyddsområdet. Myndigheten bedriver viss forskning men är jämfört med sin föregångare Smittskyddsinstitutet mindre forskningsinriktad och har ett bredare uppdrag. I Sverige har Folkhälsomyndigheten tagit den ledande rollen i pandemibekämpningen.

I de nordiska grannländerna, framför allt i Norge och Danmark, är det nationella ansvaret för smittskyddsfrågor fördelat på flera myndigheter. I grannländerna har det även funnits en större institutionell spridning när det gäller tillgången till expertkunskap.

En annan fråga gäller hur ett starkt decentraliserat system bör styras för att uppnå en effektiv krishantering. En betydande del av ansvaret för den nationella samordningen av pandemibekämpningen har i realiteten vilat på SKR. Organisationen har ett mycket stort inflytande på den statliga styrningen på vårdområdet, vilket blivit än tydligare under pandemin. Organisationen ansvarar dock inte inför vare sig riksdag, regering eller medborgarna för sina beslut eller åtgärder. Vi kommenterar i kapitel 7 organisationens roll när det gällde utvidgad provtagningskapacitet våren 2020.

Vi har nu beskrivit med vilka förutsättningar Sverige gick in i pandemin när det gäller smittskyddslagstiftning och institutioner. Nästa kapitel tar upp hur vår pandemiberedskap såg ut när pandemin slog till.

5 Pandemiberedskap

Efter att i föregående kapitel ha behandlat det svenska smittskyddets regelverk och institutioner övergår vi nu till att beskriva hur pandemiberedskapen såg ut före virusutbrottet.

Sedan flera länder i världen drabbats av omfattande utbrott av smittsamma sjukdomar såsom svininfluensan 2009–2010 och ebola 2014–2015 har WHO vid upprepade tillfällen uppmanat medlemsländerna att stärka den nationella pandemiberedskapen. Enligt 2019 års *Global Health Security Index* (GHS), som har undersökt 195 länders förmåga inom hälsosektorn, fanns innan coronapandemin fortfarande stora brister i länders förberedelser för att klara en epidemi eller pandemi. Det gällde särskilt i det fall utbrottet innebär en spridning av ett nytt okänt virus. Undersökningen visar bl.a. att de flesta länder inte hade anslagit tillräckligt med resurser till nödvändiga förberedelser och majoriteten av länderna hade heller inte övat tillräckligt för att testa de förmågor som byggts upp.²³⁵

I regeringens nationella säkerhetsstrategi som publicerades 2017 betonas vikten av att Sverige måste ha en pandemiberedskap. Smittsamma sjukdomar pekats ut som ett av flera hälsohot mot vår säkerhet. Enligt strategin bidrar globalt resande och internationella transporter till ökad spridning av nya virussjukdomar. Virus kan anpassa sig till lokala förhållanden och nya hittills helt okända smittor kan således dyka upp. Regeringen framhåller att det i Sverige krävs inövade beredskapsplaner och resurser för hantering av olika typer av hälsohot såsom influensapandemier. Även samordnings- och samverkansstrukturer behöver finnas på plats och vara övade. Myndigheterna behöver även öva sin förmåga att upptäcka farliga ämnen. Läkemedel (exempelvis antivirala läkemedel och vaccin) måste även

²³⁵ Enligt GHS index är Sverige rankad som nummer 7 när det gäller hur väl förberedd ett land är på att kunna hantera en epidemi eller pandemi. Uppgifter är hämtade från Global Health Security Index:s webbplats (besökt den 26 maj 2021).

finnas tillgängliga i tillräckliga mängder för att klara en plötslig kris.²³⁶

Tidigare uppföljningar och granskningar av bland annat Riksrevisionen har visat att det funnits brister i den svenska pandemiberedskapen och hanteringen av tidigare utbrott av smittsamma sjukdomar. I detta kapitel försöker vi besvara frågan om Sverige var tillräckligt förberett för att klara en utdragen pandemi som påverkar hela samhället.

Vi inleder i avsnitt 5.1 med att kort redovisa det internationella ramverket för att hantera gränsöverskridande hälsohot. I avsnitt 5.2 ges en kort historik kring pandemiförberedelser både internationellt och i Sverige. Avsnitt 5.3 beskriver de olika scenarier som har legat till grund för den svenska pandemiplaneringen. I efterföljande avsnitt, 5.4 beskrivs pandemiförberedelserna i Sverige på nationell, regional och lokal nivå. I avsnitt 5.5 redogörs för de brister som tidigare har identifierats i den svenska pandemiberedskapen, exempelvis i samband med hanteringen av den s.k. svininfluensan. I avsnitt 5.6 beskrivs tillgången till och försörjningen av läkemedel och sjukvårdsprodukter och i det sista avsnittet, 5.7, före summeringen, beskrivs pandemiberedskapen i våra nordiska länder.

5.1 Det internationella hälsoreglementet (IHR)

Det internationella hälsoreglementet (IHR) är ett rättsligt bindande ramverk för medlemsländerna inom WHO. Det senaste reviderade reglementet antogs av Världshälsoförsamlingen år 2005. Syftet med IHR är att förebygga, förhindra och hantera gränsöverskridande hälsohot.²³⁷ IHR utgör en övergripande rättslig ram som definierar ländernas rättigheter och skyldigheter. Inom den enskilda statens ansvar ligger enligt IHR, att skapa och upprätthålla ett system för att övervaka och rapportera allvarliga hälsohot inom det enskilda landet, samt att rapportera till WHO. IHR innehåller också specifika föreskrifter som anger hur karantänsflygplatser och karantänshamnar ska organiseras.²³⁸

Bestämmelserna i IHR är av olika karaktär. Vissa regler är tvingande och ska följas av de länder som har anslutit sig till reglementet.

²³⁶ Statsrådsberedningen, *Nationell säkerhetsstrategi*, 2017.

²³⁷ Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 12 augusti 2021).

²³⁸ Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 12 augusti 2021).

Det gäller t.ex. skyldigheten att omedelbart rapportera allvarliga händelser som kan utgöra ett internationellt hot mot människors hälsa. Det ligger i WHO:s mandat att fastställa om en viss händelse utgör ”ett internationellt hot mot människors hälsa” en så kallad PHEIC.²³⁹ Detta görs vid extraordinära händelser och har sedan 2007 endast inträffat vid sex tillfällen, inkluderat den pågående covid-19-pandemin. Om ett internationellt hot mot folkhälsan deklarerar, har WHO ett ansvar att utveckla och rekommendera åtgärder för medlemsstaternas genomförande. Inom IHR finns ett fokus på att minska risken för ytterligare internationell spridning men råd och riktlinjer utarbetas också för mer generella insatser såsom för inhemsk smittspårning och provtagning.²⁴⁰ Riktlinjer och råd tolkas sedan av respektive land utifrån rådande situation.²⁴¹

Arbetet mot internationella hälsohot i Sverige regleras i lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa samt förordningen (2007:156) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Dessa syftar till att uppfylla Sveriges åtaganden enligt IHR. Det internationella regelverket är en del av det svenska krishanteringssystemet och hanteras av flera myndigheter utifrån respektive ansvarsområde efter krishanteringssystemets tre grundprinciper; ansvars-, likhets- och närhetsprinciperna.²⁴²

Folkhälsomyndigheten har ansvaret för att samordna beredskapen mot allvarliga hälsohot enligt lagen om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Myndigheten är också utsedd till nationell kontaktpunkt både för WHO och ECDC.²⁴³

I maj 2020 etablerades en internationell expertgrupp, *The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR)*²⁴⁴, med syfte att granska hur coronapandemin har hanterats av världens länder och internationella organisationer och hur liknande pandemier ska kunna förebyggas i framtiden. I den rapport som publicerades i maj 2021 slår expertgruppen fast att mer hade kunnat göras i det inledande skedet för att stoppa smittspridningen, det gäller särskilt under februari 2020 som den internationella expertgruppen menar var en ”förlorad månad”. Den pandemiberedskap som länder

²³⁹ “Public Health Emergency of International Concern” (PHEIC).

²⁴⁰ WHO: International Health Regulations, IHR, 2005.

²⁴¹ Skydd mot internationella hot mot människors hälsa, prop. 2005/06:215.

²⁴² Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (den 12 augusti 2021).

²⁴³ Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (den 12 augusti 2021).

²⁴⁴ Panelen har letts av Nya Zeelands tidigare premiärminister Helen Clark samt Liberias tidigare president Ellen Johnson Sirleaf.

tidigare hade byggt upp ansågs inte heller vara tillräcklig. Expertgruppen menade även att WHO reagerade försent och borde i ett tidigare skede ha signalerat att coronaviruset utgjorde ett internationellt hot mot människors hälsa.²⁴⁵

5.2 Pandemiförberedelser – en kort historik

Flera utbrott av epidemier, som i några fall även utvecklats till pandemier, har inträffat i världen under 2000-talet. Åren 2002–2003 uppstod bl.a. ett utbrott av sars i Guangdongprovinsen i Kina. Sars-viruset, som spreds till över 30 länder, var vid den tiden ett okänt coronavirus som orsakade en ny sorts lunginflammation. Till följd av viruset insjuknade över 8 000 människor och ungefär 750 avled. Cirka 20 procent av de drabbade var sjukvårdspersonal.²⁴⁶ Under 2003–2004 spreds det s.k. fågelinfluensa-viruset A(H5N1) i Asien. Under 2005 eskalerade smittspridningen geografiskt via vilda vattenfåglar som sannolika smittspridare. Sjuka och döda vild- och tamfåglar med bekräftad diagnos av A(H5N1) påträffades under sommaren och hösten 2005 i olika delar av Asien. Smittan spreds därefter snabbt vidare till Sverige och andra länder i Europa under 2006. Risken för smitta från fåglar till människor var dock låg och inga människor insjuknade, men den snabba smittspridningen bidrog till stor oro i drabbade länder i Asien och Europa.²⁴⁷

Utbrotten med sars och fågelinfluensa innebar att WHO och nationella smittskyddsmyndigheter påbörjade ett arbete med att se över pandemiberedskapsplaneringen. WHO publicerade bl.a. resolutioner som uppmanade till ökad beredskapsplanering i medlemsstaterna. WHO gav även ut en checklista och en plan för global pandemiberedskap under 2005. Även i Europa inleddes ett omfattande samarbete mellan WHO:s europakontor och olika institutioner i EU, bl.a. den Europeiska kommissionen och den europeiska smittskyddsmyndigheten, ECDC.²⁴⁸

²⁴⁵ The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR), *Covid 19: Make it the last pandemic*, maj 2021.

²⁴⁶ Folkhälsomyndigheten, *Sjukdomsinformation om Sars*, Folkhälsomyndighetens webbplats.

²⁴⁷ Folkhälsomyndigheten, *Sjukdomsinformation om fågelinfluensa*, Folkhälsomyndighetens webbplats.

²⁴⁸ *Influensa A (H1N1) 2009 - utvärdering av förberedelser och hantering av pandemin*, MSB och Socialstyrelsen, 2010.

Den svenska beredskapsplaneringen för pandemier tog fart i samband med ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, som vid den här tiden ansvarade för Sveriges pandemiberedskap. Uppdraget innebar att myndigheten skulle ta fram en nationell pandemiplan. Pandemiplanen *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa*, som publicerades i februari 2005, inkluderade planer för nationella insatser och utgjorde även ett underlag för regional planering.²⁴⁹ I sin samordnande roll av den nationella pandemiplaneringen genomförde Socialstyrelsen olika åtgärder avseende beredskapsplanering för influensa i enlighet med bemyndiganden och ansvar i smittskyddslagen, i förordningen (2006:942) om krisberedskap och höjd beredskap samt i förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen.

Under våren 2009 publicerade Socialstyrelsen en reviderad version av pandemiplanen *Nationell plan för pandemisk influensa – med underlag för regional och lokal planering* framtagen av den smittskydds-enhet som då fanns på myndigheten. Planen från 2009 skulle fungera som stöd i planeringen för en influensapandemi för berörda nationella myndigheter, regionernas smittskyddsläkare, beredskapschefer och samordnare, samt för övriga verksamhets- och planeringsansvariga inom regionernas och kommunernas vård- och omsorgsverksamheter. Efter att Sverige i april 2009 drabbats av svininfluensan, A(H1N1), fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att under 2012 uppdatera den nationella pandemiplanen utifrån de erfarenheter och lärdomar som vunnits. Den uppdaterade nationella planen *Beredskapsplanering för pandemisk influensa* publicerades i december 2012.²⁵⁰ Sedan 2015 samordnar Folkhälsomyndigheten pandemiberedskapen på nationell nivå i Sverige och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå (se kapitel 4).

WHO har de senaste åren vid flera tillfällen uppmanat medlemsländerna att stärka sin beredskapsplanering. *The Global Preparedness Monitoring Board* (GPMB) som sammankallades av Världsbanken och WHO under 2018 gav i september 2019 ut en första årlig rapport, *A world at risk*, om global beredskap för hälsohot.²⁵¹ I den senaste rapporten från 2019 anger GPMB sju brådskande åtgärder

²⁴⁹ Socialstyrelsen, *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa*, december 2005.

²⁵⁰ Socialstyrelsen, *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa*, december 2012, (rev. april 2015).

²⁵¹ GPMB leds av Gro Harlem Brundtland (före detta statsminister i Norge) och generalsekretärerna för Världshälsoorganisationen, WHO och internationella Röda Korset, ICRC. Uppgifter hämtade från GPMB:s webbplats (besökt den 14 maj 2021).

som riktar sig både till globala och regionala organisationer samt länder som bl.a. innebär att politiska ledare i större utsträckning måste förbinda sig till IHR och öka investeringarna i den nationella pandemiberedskapen, bl.a. för att kunna hantera alla olika typer av hälsohot. I rapporten anges bl.a. att

Leaders at all levels hold the key. It is their responsibility to prioritize preparedness with a whole-of-society approach that ensures all are involved and all are protected.²⁵²

5.3 Influensapandemi som scenario i beredskapsplaneringen

Aktörer på nationell, regional och lokal nivå har i sina risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) i olika omfattning identifierat pandemier som en risk.²⁵³ Den identifierade risken har ofta legat till grund för den egna pandemiplaneringen. Som stöd för olika aktörers planeringer Folkhälsomyndigheten och tidigare Socialstyrelsen (innan 2015) ut nationella pandemiplaner för att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar. I dessa inkluderas olika pandemiscenarier som kan användas av statliga myndigheter, regioner och kommuner i beredskapsplaneringen för att kunna hantera en pandemi. Även MSB har tillsammans med berörda myndigheter tagit fram ett pandemiscenario. De scenarier som har tagits fram har alla varit fokuserade på en influensapandemi. Kommissionen har frågat regioner, länsstyrelser och kommuner vilket scenario som har legat till grund för deras pandemiplanering. Svaren visar att dessa aktörer har planerat utifrån de olika myndigheternas pandemiplaner och influensapandemiscenarier, vilka sinsemellan inte är helt överensstämmande vad gäller utveckling och utfall.

²⁵² The Global Preparedness Monitoring Board (GPMB), *A World at Risk, Annual report on global preparedness for health emergencies*, september 2019.

²⁵³ Alla myndigheter, regioner och kommuner är ålagda att genomföra risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) enligt förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap samt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Socialstyrelsens influensascenario från 2012

I Socialstyrelsens nationella beredskapsplan från 2012 som reviderades under 2015 beskrivs ett influensascenario i en av bilagorna. Enligt denna är influensa en sjukdom som hos människor ger hög feber, muskelvärk och luftvägssymtom. Sjukdomen har en kort inkubationstid (normalt 1–3 dagar; max 7 dagar), hög smittsamhet och varar vanligen 5–7 dagar. Den årliga influensaepidemin varar oftast 6–8 veckor och andelen sjuka i befolkningen varierar mellan 2 och 15 procent. Influensa kan, både i sig själv och på grund av bakteriella komplikationer, få ett allvarligt förlopp. Det är dock framförallt virusets förmåga att infektera många människor under en kort tidperiod som gör att det kan orsaka svåra störningar för sjukvård och samhälle. Om ett influensavirus som är nytt för de flesta människors immunsystem anpassas till att infektera människors övre luftvägar kommer detta virus att infektera stora delar av världens befolkning. Det uppstår då en influensapandemi. Svåra pandemier kan medföra hög sjuklighet (>20 procent) och ett stort antal dödsfall. Vid en pandemi är det mycket viktigt att tidigt bedöma sjukdomens allvarlighetsgrad och smittsamhet för att kunna avgöra den beredskapsnivå som behövs.

Enligt Socialstyrelsens beredskapsplan från 2012 blir influensa-sjukdom vanligtvis svårare ju äldre en person är vid insjuknande. De flesta dödsfallen i samband med säsongsinfluensa inträffar därför bland äldre och personer med kronisk hjärt-lungsjukdom eller annan underliggande sjukdom. Under pandemier har äldre personer ofta visat sig ha visst skydd mot nya virusstammar på grund av likartade infektioner tidigare i livet. Barn, yngre personer och medelålders vuxna har därför insjuknat i första hand. En virusinfektion som har orsakat en pandemi har nästan alltid haft högre benägenhet än säsongsinfluensa att ge virusorsakad lunginflammation och det har varit yngre personer som drabbats av detta liksom personer med underliggande svår sjukdom som har drabbats extra hårt.²⁵⁴

Åtgärder som föreslås i den nationella beredskapsplanen är exempelvis avspärrning av drabbade områden, isolering av sjuka, stängning av arbetsplatser, förbud av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, förbud av luftfart och övrig trafik, nedstäng-

²⁵⁴ Socialstyrelsen, *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa*, december 2012, (rev. april 2015).

ning av skolor, införande av hälsokontroller vid in- och utresa till och från Sverige.²⁵⁵

MSB:s scenarioanalys 2018

I den nationella riskbedömningen för 2018 ingår flera scenarioanalyser av en mängd olika risker varav en är influensapandemi. Enligt detta scenario börjar viruset spridas i Sverige under juni månad och pågår i ungefär åtta månader. Enligt scenariot inträffar toppen av antal influensafall i Sverige under två veckor i november.²⁵⁶ Under de två veckor då utbrottet toppar förväntas ungefär 15 procent av Sveriges befolkning vara sjuka. Enligt scenariot är ungefär 70 procent av Sveriges befolkning vaccinerade ca tio veckor efter att massvaccinering startat (vecka 52). I scenariot uppskattas att så många som 30 procent (2,85 miljoner) av Sveriges befolkning kommer att ha varit sjuka under perioden juni–december. Totalt kommer ca två procent av befolkningen (ca 190 000 personer) att ha varit svårt sjuka. Bedömningen är att mellan 8–10 000 människor kommer att avlida till följd av influensaviruset och att ca 7,5 procent (225 000 personer) av de yrkesverksamma kommer att arbeta hemifrån. Den 27 februari (vecka 9 följande år) deklarerar WHO, enligt scenariot, att världen befinner sig i en postpandemisk period.²⁵⁷

Av den analys om samhällets förmåga att hantera ett sådant scenario som görs framgår att prioriteringsfrågor är centrala och att pandemin troligen även kräver beslut på högsta nationella nivå. Det innefattar bl.a. att prioritera resurser och vaccinationsstrategier. Alternativa strategier behöver finnas för hur samhället ska agera vid olika typer av pandemier bl.a. beroende på krisens omfattning. Beslut bör även kunna fattas tidigt om vilken strategi som ska användas. Strategin bör vid behov kunna omvärderas eftersom det måste finnas utrymme att anpassa sig till förändringar under pandemins gång. Om myndigheterna inte kan situationsanpassa åtgärderna kan det medföra att de inte får den effekt som krävs och att fler insjuknar och

²⁵⁵ Socialstyrelsen, *Beredskapsplanering för en pandemisk influensa*, december 2012, (rev. april 2015). Dessa åtgärder finns inte med i den senaste nationella pandemiplan som publicerades av Folkhälsomyndigheten i december 2019. Se Folkhälsomyndigheten, *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag*, december 2019.

²⁵⁶ MSB, *Nationell riskbedömning 2018 som underlag till Sveriges rapportering till Europeiska kommissionen*, 2018.

²⁵⁷ MSB, *Nationell riskbedömning 2018 som underlag till Sveriges rapportering till Europeiska kommissionen*, 2018.

avlider än nödvändigt. Ansvarsfördelningen mellan centrala myndigheter och regionerna vad gäller kommunikationsfrågorna behöver även vara tydlig. I MSB:s scenarioanalys påpekas även att samordnad och tydlig information är viktig för att undvika förvirring och dubbla budskap.²⁵⁸

Folkhälsomyndighetens fem scenarier i planeringsstödet från 2019

I Folkhälsomyndighetens nationella planeringsstöd från december 2019, *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag*, utgår myndigheten från ett influensavirus som sprids globalt. I stödet anges att de faktorer som aktörer redan nu kan planera utifrån är trolig inkubationstid, hur influensa vanligtvis smittar, när en person troligen är som mest smittsam samt att pandemin kan komma i flera vågor. Det anses dock inte möjligt att på förhand förutse graden av smittsamhet, eventuell korsimmunitet hos befolkningen, vilka grupper som drabbas mest samt hur stor andel av befolkningen som blir allvarligt sjuka och hur många som avlider till följd av viruset. Som underlag till olika aktörers beredskapsplanering för en pandemisk influensa har Folkhälsomyndigheten simulerat olika scenarier med olika åtgärdsstrategier. Resultaten kan enligt myndigheten användas i både planerings- och övningssyfte. I planeringsstödet beskrivs fem olika scenarier. De olika scenarierna skiljer sig i allvarlighetsgrad och smittsamhet. Det första scenariot liknar pandemin 2009, där viruset sprider sig snabbt och orsakar många sjukhusinläggningar särskilt hos vissa riskgrupper. Risken för sjuklighet och dödlighet är dock relativt låg. Det sista scenariot innebär en snabb spridning och högre risk för sjuklighet och dödlighet i hela befolkningen.

I scenario fem, som är det mest allvarliga scenariot i Folkhälsomyndighetens planeringsstöd, smittspåras de 1 000 första fallen. I början av en influensapandemi är inget vaccin tillgängligt utan det tar ca 4–5 månader innan det kan börja utvecklas och användas. I planeringsstödet visas en datasimulering av ett pandemiscenario. I simuleringen visas att 21 veckor efter pandemins start kommer antalet infekterade vara ca 47 000 personer per vecka. Antalet infekte-

²⁵⁸ MSB, *Nationell riskbedömning 2018 som underlag till Sveriges rapportering till Europeiska kommissionen*, 2018.

rade ökar sedan veckovis och når toppen under den 24:e veckan med 103 000 fall. Antalet infekterade avtar sedan successivt och under den 27:e veckan av pandemin uppgår antalet fall till 33 000. De förslag till åtgärder som nämns i Folkhälsomyndighetens nationella pandemiplan för att förebygga och hantera ett utbrott är mestadels fokuserade på medicinska åtgärder samt övervakning och laboratorieanalys.²⁵⁹

5.4 Pandemiförberedelser på nationell, regional och lokal nivå

Det är svårt att förutse sannolikheten för att en viss typ av kris ska inträffa. Aktörer med ansvar i det svenska krishanteringssystemet måste därmed kunna upprätthålla sin verksamhet vid alla olika typer av kriser. Krisberedskapsarbetet fokuserar således på att bygga upp en så kallad generell krishanteringsförmåga.

Olika aktörer planerar dock även för särskilda scenarier och kriser. Det har tidigare skett exempelvis genom initiativ från MSB. Under åren 2008, 2009 och 2010 har influensapandemi på uppdrag av MSB bl.a. analyserats som ett särskilt tema inom ramen för risk- och sårbarhetsanalyserna.²⁶⁰ Även de år som influensapandemi inte har varit ett tema för risk- och sårbarhetsanalyserna är det en risk som kommuner, regioner, länsstyrelser och centrala myndigheter ofta identifierar i sina analyser. År 2016 ändrade MSB sina föreskrifter och sitt arbetssätt. Nu sker inte RSA-rapporteringen enligt utpekade teman eller mot bakgrund av särskilda scenarier. Aktörerna ska i stället identifiera relevanta hot och risker mot den samhällsviktiga verksamhet som myndigheten bedriver.²⁶¹

Inom ramen för Folkhälsomyndighetens ansvar att samordna det nationella smittskyddet och beredskapen för gränsöverskridande allvarliga hot ställs således krav på de aktörer som på olika sätt berörs av en pandemi att ha en beredskap för att kunna hantera en pandemi och dess konsekvenser.

²⁵⁹ Folkhälsomyndigheten, *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag*, december 2019.

²⁶⁰ Enligt uppgift från MSB, den 15 februari 2021. Riskbedömningen skulle även kunna utgöra underlag för Sveriges rapportering till Europeiska kommissionen i enlighet med Europaparlamentets och rådets beslut nr. 1313/2013/EU artikel 6 a.

²⁶¹ Enligt uppgift från MSB, den 8 juni 2021.

5.4.1 Pandemiförberedelser på nationell nivå

Regeringen och Regeringskansliet

Regeringen anger att dess uppgifter i krishantering i första hand gäller strategiska frågor och att ansvaret för ledning och samordning av det operativa arbetet ligger på berörda myndigheter. Regeringskansliet stödjer regeringen i krishanteringsarbetet.²⁶²

Regeringens och Regeringskansliets krisberedskap har genomgått en stor förändring efter tsunami-katastrofen 2004. Efter förslag som lämnades av Katastrofkommissionen i betänkandet *Sverige och tsunamin – granskning och förslag* (SOU 2005:104) har en ny struktur byggts upp i Regeringskansliet bl.a. för att förebygga och mer effektivt kunna hantera kriser.

Frågor som gäller samhällets krisberedskap och Regeringskansliets krishantering är samlade under inrikesministern i Justitiedepartementet. Justitiedepartementet samordnar också Regeringskansliets krishantering då flera departement berörs. Inrikesministerns statssekreterare leder det samlade krishanteringsarbetet och kan sammankalla gruppen för strategisk samordning (GSS), som består av statssekreterare i de departement vars verksamhetsområde berörs.²⁶³

Den särskilda chefstjänstemannen för krishantering, som finns i Justitiedepartementet, ansvarar för utveckling, samordning och uppföljning av krishanteringen i hela Regeringskansliet samt nödvändiga förberedelser för detta. Chefstjänstemannen får i det syftet ge ut riktlinjer och annat material.²⁶⁴ I Justitiedepartementet finns även kansliet för krishantering (RK KH) som stödjer chefstjänstemannen. Chefen för varje departement ansvarar för krishanteringsförmågan i det egna departementet. Departementschefen ska uppdraga åt en chefstjänsteman i departementet att närmast under departementschefen ansvara för att departementet har en krishanteringsplan och en krishanteringsorganisation.²⁶⁵

RK KH har tagit fram en tvåårig utbildnings- och övningsplan för regeringen och Regeringskansliet som uppdateras årligen. Hela regeringen, samtliga statssekreterare och anställda i Regeringskansliet

²⁶² Uppgifter hämtade från regeringens webbplats (besökt den 26 maj 2021).

²⁶³ Uppgifter hämtade från regeringens webbplats.

²⁶⁴ Enligt 11 c § förordning (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet.

²⁶⁵ Enligt 11 a § förordning (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet.

övar vid ett par tillfällen varje år på olika typer av händelser och scenarier som kan drabba Sverige. Regeringen och Regeringskansliet hade innan coronapandemin hanterat flera händelser eller kriser som specifikt berört smittor/pandemier, bl.a. fågelinfluensan (2007) och svininfluensan (2009).²⁶⁶

Enligt RK KH har flera förberedelser vidtagits för att utveckla förmågan att hantera en pandemi. Efter regeringens och Regeringskansliets hantering av svininfluensan utvecklades rutinerna för att ta fram gemensambredda²⁶⁷ lägesbilder inom Regeringskansliet. Som en ytterligare lärdom av svininfluensan har Regeringskansliet en särskild bevakning av säsongsinfluensa för att tidigt fånga upp signaler på allvarlig utveckling, t.ex. mutationer som kan ge upphov till svårare sjukdom och högre dödlighet eller annan kraftig påverkan på samhället. Regeringskansliet har följt och analyserat ett antal utbrott med mindre påverkan på Sverige, bl.a. MERS, Zikaviruset och utbrottet av Ebola i Väst- och Centralafrika 2014–2015 och de återkommande utbrotten i Demokratiska Republiken Kongo under senare tid. Enligt RK KH bevakar Regeringskansliet löpande utbrott av fågelinfluensor, dels för deras direkta påverkan på tamfåglar, dels för risken för mutationer som kan drabba även människor.²⁶⁸

Under Ebolautbrottet 2014–2015 togs lägesbilder fram i ett tidigare skede i krishanteringen än vad som hade varit fallet vid andra allvarliga händelser och kriser. Under Ebolautbrottet blev behovet av att sammankalla krishanteringsrådet²⁶⁹ för informationsutbyte mellan Regeringskansliet och myndigheterna tydligt. I samband med denna kris utvecklade även Socialdepartementet en larmplan för att

²⁶⁶ Svar till Coronakommissionen, Kansliet för krishantering vid Regeringskansliet, den 21 mars 2021.

²⁶⁷ Regeringsärenden som faller inom flera departements verksamhetsområden ska beredas i samråd med övriga berörda statsråd. Detta gäller också inom ett departement när ett ärende berör mer än ett statsråd. Se 15 § förordning (1996:1515) med instruktion för Regeringskansliet.

²⁶⁸ Svar till Coronakommissionen, Kansliet för krishantering vid Regeringskansliet, den 21 mars 2021.

²⁶⁹ Vid krishanteringsrådets möten träffas Regeringskansliet och rådets ledamöter för information och diskussion. Under normala förhållanden sammanträder rådet två gånger per år för allmän orientering om arbetet inom krisberedskapsområdet. Rådet kan också sammankallas för informationsutbyte mellan Regeringskansliet och myndigheter under allvarliga händelser och kriser. Krishanteringsrådet inrättades av regeringen i december 2008 och leds av inrikesministerns statssekreterare. I rådet ingår normalt rikspolischefen, säkerhetspolischefen, överbefälhavaren samt generaldirektörerna för Affärsverket svenska kraftnät, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Post- och telestyrelsen, Socialstyrelsen och Strålsäkerhetsmyndigheten. I rådet ingår även en landshövding som företräder länsstyrelserna (beskrivning hämtad från regeringens webbplats).

snabbt kunna agera för hemtagning av eventuellt smittade svenskar i utlandstjänst. Larmplanen övades regelbundet under utbrottet. Ytterligare en lärdom från hanteringen av Ebolautbrottet anges vara vikten av tidiga kontakter med regionerna om deras förutsättningar att hantera ökade påfrestningar på sjukvården och deras eventuella behov av resurser.²⁷⁰

Sedan 2014 genomförs övningar för den politiska ledningen två gånger per år. Övningarna utgår från olika scenarier och strategiska utmaningar med utgångspunkt i regeringens uppgifter vid krishantering. Enligt kansliet övar även opolitiska tjänstemän löpande, separat eller tillsammans med den politiska ledningen. Larmövningar genomförs regelbundet, ofta flera gånger per år, med samtliga departements tjänstemän i beredskap (TiB) i syfte att testa larmfunktioner. Övningar sker även departementsvis. Under 2006 och 2007 genomfördes en seminarieövning för regeringen och krisledningsgrupperna vid departementen med scenariot storskalig pandemi. Under 2014 övade statssekreterare, övriga politiska tjänstemän och berörda opolitiska tjänstemän på Socialdepartementet ett scenario med utgångspunkt i Ebola-incidenter med svensk koppling. Under 2015 genomfördes en utbildningsinsats för regeringen (inklusive statssekreterarna) om regeringens uppgifter, inklusive strategiska utmaningar, och Regeringskansliets struktur för krishantering. Det scenario som låg till grund för diskussionen var vid det tillfället fåglar som drabbats av fågelinfluensa i södra Sverige och flera EU-länder samt bekräftade humanfall i Asien.²⁷¹

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå, där det operativa arbetet bedrivs. Beredskapsplaneringen för en pandemi syftar till att begränsa smittspridningen och minska de negativa konsekvenserna för dem som påverkas av pandemin.²⁷²

²⁷⁰ Svar till Coronakommissionen, Kansliet för krishantering vid Regeringskansliet, den 21 mars 2021.

²⁷¹ Svar till Coronakommissionen, Kansliet för krishantering vid Regeringskansliet, den 21 mars 2021.

²⁷² Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 26 maj 2021).

Som redan nämnts är en del av det stöd som Folkhälsomyndigheten ger planeringsstödet *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag* som uppdaterades i december 2019.²⁷³ Enligt Folkhälsomyndigheten har det reviderade planeringsstödet breddats för att inkludera aktörer från hela samhället och inte bara inom området hälso- och sjukvård.²⁷⁴ Planeringsstödet målgrupp är inte endast regionernas smittskyddsläkare utan även berörda nationella myndigheter, beredskapschefer och beredskapssamordnare samt övriga verksamhets- och planeringsansvariga inom regionernas och kommunernas vård och omsorg.²⁷⁵ I planeringsstödet beskrivs roller och ansvar inför och under en pandemi, både ur ett nationellt och internationellt perspektiv. Det beskriver även hur samhällets krisberedskap är organiserad samt betonar behov av beredskapsplanering på alla nivåer. Under arbetet med att ta fram det nationella planeringsstödet har, utöver hälso- och sjukvården och de regionala smittskyddsmyndigheterna även länsstyrelserna, SKR samt ett flertal myndigheter involverats. MSB har enligt uppgift dock inte varit involverad i arbetet med revideringen av det nationella planeringsstödet för den svenska pandemiberedskapen.²⁷⁶

Enligt Folkhälsomyndigheten är grunden för beredskapsarbetet på nationell nivå det smittskyddsarbete som dagligen bedrivs i regionerna med stöd och samordning av Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten förser även regeringen, statliga myndigheter, länsstyrelser och kommuner med expertrådgivning inom sitt ansvarsområde. Myndigheten anser sig ha ett ansvar att stödja och samordna smittskyddsarbetet på nationell nivå, men inte en skyldighet att följa upp andra aktörers pandemiberedskap.²⁷⁷

²⁷³ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen angående pandemiplan och beredskap*, den 4 maj 2021. Folkhälsomyndigheten publicerade även ytterligare två dokument i december 2019: *Pandemiberedskap. Hur vi kommunicerar – ett kunskapsunderlag* och *Pandemiberedskap. Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning*. Även dessa två vägledningar har funnits tidigare men har uppdaterats med ett mer tillgängligt språk.

²⁷⁴ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen angående pandemiplan och beredskap*, den 4 maj 2021.

²⁷⁵ Folkhälsomyndigheten, *Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag*, december 2019.

²⁷⁶ Enligt e-postmeddelande från MSB den 17 februari 2021 har MSB endast marginellt varit involverade genom att dokumenten i slutet av processen delades i kommunikatörsnätverket Smitta.

²⁷⁷ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen angående pandemiplan och beredskap*, den 4 maj 2021. Folkhälsomyndigheten gjorde dock en uppföljning av regionernas pandemiplaner under 2017 inför att planeringsstödet för en influensapandemi skulle uppdateras enligt ett email från Anette Richardsson, enhetschef vid Folkhälsomyndigheten, den 9 februari 2021.

Folkhälsomyndigheten anser att dess nationella planeringsstöd från december 2019 var tillräckligt och ändamålsenligt för hanteringen av coronapandemin och dess konsekvenser. Enligt myndigheten beskriver planeringsstödet ändamålsenligt de åtgärder som har vidtagits, inför och under pandemin, av nationella, regionala och lokala aktörer. Myndigheten anser även att de scenarier och det övningsmaterial som tagits fram i stort speglar frågeställningar som aktualiserats under nuvarande pandemi.²⁷⁸

Enligt myndigheten är det alltid svårt att förutse hur nästa pandemi kommer att utvecklas och vid vilken tidpunkt den kommer att inträffa. Beroende på när en pandemi når Sverige kommer ansvariga aktörer att ha mer eller mindre tid för förberedelser. Många faktorer som måste tas med i beredskapsplaneringen kommer att vara okända. Det är inte möjligt att på förhand förutse graden av smittsamhet, korsimmunitet hos befolkningen, vilka grupper som drabbas mest, hur stor andel av befolkningen som blir allvarligt sjuka och hur många som avlider samt effekten av medicinska och icke-medicinska åtgärder. Det är inte heller på förhand möjligt att förutse under hur lång tid ett nytt virus kan komma att spridas i samhället. I detta avseende anser Folkhälsomyndigheten att de scenarier och beräknad vaccinationsstart som finns i planeringsstödet inte har varit fullt anpassat för coronapandemin. Vid en influensapandemi beräknas det ta ca 4–5 månader innan vaccin kan börja utvecklas och användas. I planeringsstödet startas därför vaccinationsarbetet ca fyra månader efter att pandemin har deklarerats av WHO. I övriga avseenden anser myndigheten att planeringsstöden har varit ändamålsenliga.²⁷⁹

Myndighetens förmåga att övervaka, hantera och samordna hantering av utbrott av smittsamma sjukdomar har enligt Folkhälsomyndigheten övats i det dagliga arbetet tillsammans med regionernas smittskydd eller andra nationella aktörer med ansvar för hantering av smittsamma sjukdomar. Flera mer omfattande övningar har även genomförts för att stärka pandemiberedskapen. Inom ramen för Folkhälsomyndighetens roll som nationell kontaktpunkt för IHR ingår bl.a. att följa upp händelser för lärande. En sådan lärandeövning kallad *After Action Review* genomfördes under 2019 kring

²⁷⁸ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen angående pandemiplan och beredskap*, den 4 maj 2021.

²⁷⁹ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen angående pandemiplan och beredskap*, den 4 maj 2021.

ett misstänkt fall av Ebola i Enköping. Folkhälsomyndigheten har även under 2019 deltagit i flera simuleringsövningar bl.a. *Joint Assessment and Detection of Events* (JADE) som har initierats av *WHO Health Emergency Programme* (WHE) vid WHO:s Europakontor. Syftet med övningarna har varit att pröva upparbetade kommunikationsvägar och utvärderingsmodeller för hantering av potentiella internationella hot mot människors hälsa.²⁸⁰

Folkhälsomyndigheten har även innan december 2019 arbetat för att utveckla och kvalitetssäkra metoder som är relevanta för myndighetens uppdrag inom den mikrobiologiska laboratorieverksamheten enligt uppdraget att upprätthålla diagnostisk beredskap, inklusive jourverksamhet, och utföra mikrobiologiska laboratorieundersökningar av sådana högsmittsamma ämnen som utgör särskild fara för människors hälsa. Myndigheten ska även upprätthålla den laboratorieberedskap som behövs och tillhandahålla mikrobiologiska laboratorieundersökningar som är av unik natur eller som av andra skäl inte utförs av andra laboratorier. Genom kontinuerligt stöd till kvalitets- och metodutveckling till landets kliniska mikrobiologiska laboratorier anser myndigheten att diagnostik av betydelse för landets smittskydd har stärkts.²⁸¹

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har fortfarande ett samlat ansvar för att expertis inom katastrofmedicin och krisberedskap utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om detta inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska bl.a. verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer. Myndigheten ska även samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap.²⁸²

Socialstyrelsen uppger att en rad beredskapsförberedelser har vidtagits. Socialstyrelsen har sedan det nya reviderade uppdraget 2015 bedrivit ett antal utvecklingsprojekt vilket bl.a. har innefattat utveckling av de veckovisa samverkansmötena med regionerna,

²⁸⁰ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen angående pandemiplan och beredskap*, den 4 maj 2021.

²⁸¹ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen angående pandemiplan och beredskap*, den 4 maj 2021.

²⁸² Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

gemensamma övningar, inrättande av och stöd till vissa krisberedskapsmekanismer och stödresurser. Socialstyrelsen har agerat i dessa strukturer vid flera kriser, exempelvis vid hantering vid Ebolautbrottet 2015, värmeböljan 2018 och den s.k. materialbristen hösten 2019. Enligt Socialstyrelsen har erfarenheter och lärdomar inklusive identifierade utmaningar och brister i beredskapen dokumenterats och rapporterats.²⁸³

Enligt Socialstyrelsen har det inom myndigheten funnits flera rutiner och övade strukturer för krishantering. Dessa har utgjort grunden även för myndighetens hantering av pandemin då Socialstyrelsen fick en mer operativ roll inom många områden jämfört med sitt ordinarie uppdrag. Under pandemin har Socialstyrelsen exempelvis fått uppgifter som myndigheten inte haft planer eller övat för, som uppdraget att genomföra akuta storskaliga inköp av skyddsutrustning. Enligt Socialstyrelsens egen uppfattning har myndigheten på kort tid kunnat ta fram kompetenser, rutiner och system som kompletterat den ordinarie struktur för krishantering som redan fanns på myndigheten.²⁸⁴

När det gäller planering för just pandemier har Socialstyrelsen identifierat influensapandemi som en risk i myndighetens risk- och sårbarhetsanalyser under de senaste tio åren. Representanter från Socialstyrelsen har tidigare övat på scenariot pandemi inom *Health Security Committee* (EU:s hälsoutsnitt) och *Eurocontrol* (EU:s luftfartsmyndighet). Myndigheten har dock inte övat sådana scenarion nationellt sedan ansvaret för smittskyddsfrågor flyttades till Folkhälsomyndigheten år 2015.²⁸⁵ På frågan från kommissionen om Socialstyrelsen följer upp sjukvårdens eller socialtjänstens beredskapsplaner svarar myndigheten att de framförallt följer upp beredskapsplaneringen i sina risk- och sårbarhetsanalyser. Analysen utgör bland annat ett underlag för inriktning av regionernas och kommunernas beredskapsarbete. Socialstyrelsen gör dock ingen djupare analys eller uppföljning av pandemiberedskapen utan menar, som det får förstås, att det är en del av Folkhälsomyndighetens ansvar.²⁸⁶

²⁸³ Socialstyrelsen, *Skriffliga svar på Coronakommissionens frågor till Socialstyrelsen*, den 15 mars 2021.

²⁸⁴ Socialstyrelsen, *Skriffliga svar på Coronakommissionens frågor till Socialstyrelsen*, den 15 mars 2021.

²⁸⁵ Socialstyrelsen, *Skriffliga svar på Coronakommissionens frågor till Socialstyrelsen*, den 15 mars 2021.

²⁸⁶ Socialstyrelsen, *Svar på Coronakommissionens frågor till Socialstyrelsen avseende pandemiberedskap och kommunikation till allmänheten*, den 23 juni 2021.

5.4.2 Pandemiförberedelser på regional nivå

Regionerna

Kommissionen har ställt ett antal frågor till de 21 regionerna för att få en bild av vilka särskilda förberedelser som genomförts på den regionala nivån för att hantera en pandemi.²⁸⁷

När det gäller regionernas risk- och sårbarhetsanalyser har samtliga regioner identifierat influensapandemi som en risk under de senaste tio åren. Analyserna har i vissa fall även legat till grund för regionens pandemiplanering och den pandemiplan för regionen som i regel upprättas av regionens smittskyddsläkare.²⁸⁸ Samtliga regioner hade innan pandemins utbrott upprättat en pandemiplan för regionen, men det varierar när denna först upprättades och uppdaterades. Flertalet tillkom direkt efter svininfluensan 2009–2010, men vissa upprättades redan år 2006 och i andra fall upprättades planerna först år 2018. Hur uppdaterade dessa var innan december 2019 varierar också. Flertalet regioner har även en generell krishanteringsplan som kan användas även vid andra hot och risker som nödvändigtvis inte utgörs av en pandemi. Vissa regioner har sett över sina pandemiplaner med en viss regelbundenhet (vart tredje eller vart fjärde år). I något enstaka fall har regionen hunnit uppdatera sin plan efter det uppdaterade planeringsstödet som Folkhälsomyndigheten publicerade den 19 december 2019, medan majoriteten hade planerat att se över sin plan under 2020 utifrån detta planeringsstöd.

På frågan om regionens pandemiplan har varit tillräcklig och ändamålsenlig för att hantera pandemin anser majoriteten av regionerna att så har varit fallet, medan sex regioner uppger att den inte har varit det. En region bedömer att pandemiberedskapen för en ny smitta var låg. Flera av regionerna anger bl.a. att den pandemiplan som var aktuell när pandemin bröt ut främst fokuserade på influensapandemier med en känd patogen och med kunskap om smittvägar och riskfaktorer, och där man kunde förvänta sig att få fram ett vaccin relativt snabbt. Pandemin har ställt andra krav på eskalering och mobilisering av provtagnings-, smittspårnings-, och vårdkapacitet. I vissa planer ansåg man att det inte heller hade tagits höjd

²⁸⁷ Hela avsnittet bygger på svar på frågor från Coronakommissionen till samtliga 21 regioner den 24 februari 2021 varav 20 regioner har svarat. Det är smittskyddet i respektive region som har besvarat frågorna.

²⁸⁸ Risk- och sårbarhetsanalyserna för regionerna är oftast upprättade av regionens säkerhets- eller beredskapschef eller motsvarande.

för en tillräcklig uthållighet vid ett större personalbortfall i ett scenario utan tillgång till vaccin. Beredskapslagring av särskilda läkemedel och skyddsutrustning fanns inte heller i någon större utsträckning med i regionernas pandemiplaner. En annan anledning till att pandemiplanen ansågs vara otillräcklig var att den i vissa fall inte var samordnad med den övergripande regionala planen för katastrofmedicinsk beredskap eller planer för en extraordinär händelse utifrån lagen om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Sjukhusen inom regionerna bekräftar delvis denna bild och anser att deras framtagna pandemiplaner innan pandemin inte till fullo var ändamålsenliga. Enligt den av kommissionen initierade underlagsrapporten författad av Åsa Hallgärde har de pandemiplaner som fanns innan coronavirusets utbrott antingen inte kunnat användas alls eller behövt revideras omgående och fortlöpande. Flera sjukhus anger att en pandemiplan med tydlig eskaleringsplan och personalstrategi hade varit av stort värde för hanteringen. Vid de allra flesta sjukhusen fanns en pandemiplan, men omfattningen av och inriktningen på denna varierade. På majoriteten av sjukhusen utgick scenariot från influensa. På några sjukhus var pandemiplanen en del av katastrofplanen som mer var inriktad på naturkatastrofer och olyckor och på andra sjukhus hade man en mer detaljerad plan för infektioner som exempelvis Ebola. Ingen av planerna var anpassad till så stora volymer eller till den uthållighet som pandemin innebar. De kliniker som angivit att planen inte kunde användas har som regel haft en mycket tidig och snabb eskalering av antalet covidpatienter.²⁸⁹

Enligt den underlagsrapport som Bengt Gerdin författat fanns även brister vad gäller sjukhusens katastrofplanering inom IVA-avdelningarna. Flertalet representanter för IVA-vården hade exempelvis inte deltagit i en beredskapsövning de senaste fem åren, även om det förekommit mindre regelbundna övningar med fokus på ett traumascenario. De katastrofövningar som sjukhusen hade anordnat fokuserade framförallt på ledning och på tidigt akutomhändertagande där IVA inte alls, eller i liten utsträckning, hade varit inblan-

²⁸⁹ Åsa Hallgärde, underlagsrapport (2021), *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19 pandemin*.

dat. De större övningar som genomförts av sjukhusen hade heller inte fokuserat på ett pandemiscenario.²⁹⁰

I svaren till kommissionen anger mer än hälften av regionerna att de inte har övat på ett pandemiscenario de senaste tio åren. Flera regioner menar dock att arbetet med svininfluensan under 2009 och 2010 gav viktiga lärdomar vad gäller pandemiplaneringen. Flera regioner hade uppmärksammat behovet av att öva innan pandemin bröt ut och hade planerat att genomföra en övning med ett pandemiscenario.²⁹¹

När det gäller underlag för upprättande och uppdatering av pandemiplanerna har vissa regioner använt sig av MSB:s scenarioanalys av en influensapandemi från 2013 som uppdaterades 2018. I större utsträckning har regionerna använt sig av det planeringsstöd som Socialstyrelsen fram till 2015 hade tagit fram och som uppdaterats av Folkhälsomyndigheten. I vissa fall har regioner använt sig av scenariounderlag från både MSB och Folkhälsomyndigheten vid revidering av pandemiplanerna.

På frågan om regionen samverkar med länsstyrelsen och länets kommuner och tar del av dessa aktörers riskbilder svarar majoriteten att så är fallet och att samverkan fungerar väl. Däremot menar flera regioner att samverkan och informationsdelning försvåras genom att kommunernas och länsstyrelsernas liksom regionernas risk- och sårbarhetsanalyser omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. En mer regelbunden återkoppling från Socialstyrelsen och MSB som är mottagare av risk- och sårbarhetsanalyserna efterlyses också.²⁹²

Länsstyrelserna

Kommissionen har även ställt ett antal frågor till länsstyrelserna angående pandemiplanering för länet.²⁹³ Samtliga länsstyrelser har haft scenariot influensapandemi som en risk i sina respektive risk- och sårbarhetsanalyser. Oftast har det endast nämnts som en risk, men

²⁹⁰ Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

²⁹¹ Se inkomna svar från regionerna på Coronakommissionens frågor, den 24 februari 2021.

²⁹² Utifrån OSL kan en RSA-redovisning beläggas huvudsakligen med två typer av sekretess – försvarssekretess enligt 15 kap. 2 § OSL och annan slags sekretess (ofta kallad RSA-sekretess) som utgår från fredstida hot och kriser, enligt kapitel 18 kap. 13 § OSL.

²⁹³ Hela avsnittet bygger på svar på frågor från Coronakommissionen till samtliga länsstyrelser den 26 februari 2021. I frågeunderlaget ställdes även frågor om kommunernas beredskapsplanering vilket även redogörs för senare i detta avsnitt.

vissa år har även en fördjupning skett där man också identifierat sårbarheter och behov av åtgärder. Detta gäller särskilt de år som influensapandemi har analyserats som ett särskilt tema inom ramen för risk- och sårbarhetsanalyserna. Ungefär hälften av länsstyrelserna har helt eller delvis använt sig av MSB:s scenarioanalys från 2013 och 2018 i sitt beredskapsarbete. Även Socialstyrelsens och Folkhälsomyndighetens planeringsstöd nämns som underlag för både RSA-arbetet och pandemiplanerna.

På kommissionens fråga om länsstyrelsen har en pandemiplan svarade 14 av de 21 länsstyrelserna att de har en sådan plan. Pandemiplanerna upprättades i anslutning till hanteringen av svininfluensan 2009–2010. Enligt flera länsstyrelser genomfördes då även flera åtgärder för att kunna hantera nästa influensapandemi. Av de 14 länsstyrelser som har en pandemiplan anser ungefär hälften att den bara delvis var ändamålsenlig och tillräcklig för att hantera pandemins konsekvenser. I vissa fall har planen helt enkelt inte uppdaterats enligt nya interna organisatoriska förutsättningar. Pandemiplanerna har ofta fungerat för att starta upp arbetet under våren 2020, men enligt flera länsstyrelser har planerna fokuserat på en influensapandemi med ett kortare förlopp och andra smittvägar och har inte tagit i beaktande att pandemier kan vara långvariga och ha en stor påverkan på hela samhället.

Under denna pandemi har det även uppstått ett ökat behov av skyddsutrustning inom länet vilket pandemiplanen inte heller hade beaktat. Trots att det har funnits en pandemiplan har den generella krisledningsplanen använts i flertalet fall eftersom denna har varit mer uppdaterad. De länsstyrelser som anger att de inte har en särskild pandemiplan har använt sig av länets generella krisledningsplan för att hantera pandemins konsekvenser. Under hanteringen av nuvarande pandemi har flera av de länsstyrelser som tidigare inte haft en pandemiplan upprättat en sådan och de som tidigare hade en sådan har uppdaterat denna efter de särskilda förutsättningar som har varit.

Majoriteten har inte övat ett pandemiscenario de senaste tio åren, men samtliga länsstyrelser har genomfört flera förberedelser för att stärka krishanteringsförmågan vilket har varit ett stöd även för hanteringen av denna kris. Övningar med fokus på andra scenarier har genomförts för att bl.a. stärka krisledningsförmågan och samverkan inom länet. Flera länsstyrelser har även arbetat med kon-

tinuiterplanering och har fokuserat på att identifiera samhällsviktig verksamhet inom länet.

5.4.3 Pandemiförberedelser på lokal nivå

Kommunerna

Kommissionen har via länsstyrelserna ställt ett antal frågor även till kommunerna om deras pandemiberedskap.²⁹⁴ Majoriteten av alla kommuner hade en pandemiplan innan pandemin bröt ut. I åtta län hade samtliga kommuner en pandemiplan med fokus på influensavirus. I resterande län hade majoriteten eller hälften av kommunerna en sådan plan. Liksom för länsstyrelserna upprättades dessa i anslutning till hanteringen av den nya influensan 2009–2010. Enligt flera kommuner var planerna inte uppdaterade när pandemin bröt ut, men vissa kommuner vittnar ändå om att planerna kunde användas för att starta upp krishanteringsarbetet.

Flertalet kommuner lyfte fram den mer generella krishanteringsplanen för extraordinära händelser som viktigare och mer ändamålsenlig för hanteringen eftersom denna var mer uppdaterad. Det som flera kommuner anser saknades i den pandemiplan som var upprättad var åtgärder för att kunna vara mer uthållig. Eftersom kommunerna hade planerat efter ett scenario med ett influensavirus där vaccin skulle kunna produceras relativt snabbt så fanns inte heller någon planering för en långt utdragen kris och inte heller för lagring av skyddsutrustning. En kommun i Gävleborgs län menar att

Pandemiplanen som fanns hade inte belyst behovet av ett lager av skyddsutrustning i så stor omfattning som det verkliga behovet visade sig vara. Kunskap i smittskydd gällande infektionssjukdomar visade sig vara undermåligt. Det fanns en tro att årliga utbrott av vinterkräksjukan och hantering av antibiotikaresistenta bakterier hade gett kunskap för att hantera även en pandemi, vilket inte stämde. I planen har det heller inte tagits höjd för att hantera en så långvarig pandemi som vi nu är i. Behovet av en så lång uthållighet har inte förutsetts i någon plan.²⁹⁵

I två län har samtliga kommuner övat ett pandemiscenario de senaste åren med stöd från länsstyrelsen, men majoriteten av kommunerna

²⁹⁴ Hela avsnittet bygger på svar på frågor från Coronakommissionen till samtliga länsstyrelser om kommunernas pandemiberedskap, den 26 februari 2021.

²⁹⁵ Svar från Länsstyrelsen i Gävleborg på Coronakommissionens frågor, den 16 mars 2021.

har inte genomfört en övning med fokus på pandemi. Det har dock genomförts övningar med fokus på andra scenarier vilket flera kommuner anser ha stärkt den generella krishanteringsförmågan.

Privata vård- och omsorgsgivare

För att få en bild av hur privata vård- och omsorgsgivare har förbättrat sin verksamhet för att hantera en pandemi har Coronakommissionen via Vårdföretagarna²⁹⁶ ställt ett antal frågor till 17 medlemmar. Sju av dessa är företag verksamma inom sjukvården, varav flera har verksamhet i flera regioner. Fem av dessa är företag verksamma inom äldreomsorgen. Alla utom ett har verksamhet i flera av landets kommuner. Fem av de tillfrågade är företag verksamma inom individ och familjeomsorg och personlig assistans.

Endast ett företag hade en specifik pandemiplan innan pandemin bröt ut i Sverige. Flertalet ansåg att de generella krisplaner som fanns på plats bidrog till en god och tidig struktur också för krisledningsarbetet under pandemin. Flera av företagen inrättade en egen plan för pandemin tidigt och startade krisledningsgrupper i sina verksamheter.²⁹⁷ Företagen är eniga om att det hade varit bra att ha en plan eller strategi för en pandemi, även om det hade varit mycket svårt att före en pandemi av detta slag förstå vad en sådan plan hade behövt innehålla. Hanteringen hade enligt flera företag underlättats om det hade funnits en beredskap för personalförsörjning, smittskydd och beredskapslager av skyddsutrustning.²⁹⁸

Det har heller inte funnits någon gemensam planering för en eventuell pandemi tillsammans med aktörer i offentlig verksamhet. Detta gäller oaktat av om företagen har haft uppdrag från kommuner eller regioner.

Pandemin tydliggör behovet av samplanering mellan offentliga aktörer och privata vårdgivare avseende allt (sic) tänkbara kriser. Privata utfö-

²⁹⁶ Vårdföretagarna är en arbetsgivar- och branschorganisation för privata och idéburna vård och omsorgsutförare. Föreningen har ca 2000 medlemmar med sammanlagt ca 100 000 årsanställda. Utförarna arbetar i huvudsak på uppdrag av kommuner eller regioner och har tillsammans verksamhet över nästan hela landet. Vårdföretagarnas medlemmar är bundna av kollektivavtal. Uppgifter hämtade från Vårdföretagarnas webbplats (besökt den 26 maj 2021).

²⁹⁷ Vårdföretagarna, *Om pandemiberedskap hos privata vård- och omsorgsgivare. Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 21 maj 2021.

²⁹⁸ Vårdföretagarna, *Om pandemiberedskap hos privata vård- och omsorgsgivare*, svar på frågor från Coronakommissionen, den 21 maj 2021.

rare är en stor och växande aktör inom vård och omvårdnadssektorn och måste inkluderas i samhällets planering för alla former av nationella kriser såsom krig eller krigshot, miljökatastrofer, klimatkatastrof osv.²⁹⁹

Ett par företag verksamma inom äldreomsorgen beskriver att det i en del kommuner har förekommit viss samverkan avseende krisberedskap, dock inte specifikt inriktat på just pandemi utan andra typer av störningar, t.ex. el- och vattenförsörjning. Sådan samverkan har skett i form av workshops. Privata vård- och omsorgsgivare har inte i någon större utsträckning varit en del av kommunernas, regionernas och/eller länsstyrelsernas risk- och sårbarhetsanalyser. På frågan om den privata omsorgs- och vårdgivaren har övat ett pandemiscenario svarar ett företag att organisationen har övat ett sådant scenario, men flera nämner att de har övat på andra samhällskriser som exempelvis terrordåd och avbrott i elförsörjningen.³⁰⁰

5.5 Identifierade brister i Sveriges pandemiberedskap innan december 2019

Innan pandemin bröt ut hade flera brister i Sveriges pandemiberedskap identifierats. Riksrevisionen genomförde under 2008 flera granskningar av den svenska krisberedskapen och Sveriges pandemiberedskap som visade på några av dessa brister. Utvärderingen efter Sveriges hantering av svininfluensan som genomfördes av MSB och Socialstyrelsen under 2010 visade även den på utmaningar i den svenska hanteringen. Den senaste nationella risk- och förmågebedömningen från 2019 som MSB redovisat till regeringen har också påvisat övergripande sårbarheter i den svenska krisberedskapen.

Riksrevisionens granskningar av den svenska pandemiberedskapen

Under 2008 publicerade Riksrevisionen flera rapporter som granskade samhällets krisberedskap. Myndigheten granskade bl.a. om regeringen och ansvariga statliga myndigheter hade säkerställt en god beredskap för att hantera ett utbrott av en pandemisk influensa.

²⁹⁹ Vårdföretagarna, *Om pandemiberedskap hos privata vård- och omsorgsgivare*, svar på frågor från Coronakommissionen, den 21 maj 2021.

³⁰⁰ Vårdföretagarna, *Om pandemiberedskap hos privata vård- och omsorgsgivare*, svar på frågor från Coronakommissionen, den 21 maj 2021.

Granskningen sammanfattades i rapporten *Pandemier – hantering av hot mot människors hälsa* (RiR 2008:1). Samma år granskade Riksrevisionen regeringens styrning av samhällets beredskap i *Regeringen och krisen – regeringens krishantering och styrning av samhällets beredskap för allvarliga samhällskriser* (RiR 2008:09). Myndigheten granskade då regeringens styrning utifrån flera olika kriser, exempelvis beredskapen för en pandemisk influensa.

Riksrevisionen bedömde att det fanns flera svagheter i regeringens styrning av krisberedskapen. Enligt Riksrevisionen hade regeringens svaga styrning medverkat till bristande beredskap och det var regeringens ansvar att krisberedskapen vid den tiden inte var tillräcklig i Sverige. Regeringens uppföljning av beredskapen var bl.a. osystematisk och dåligt samordnad inom Regeringskansliet. Riksrevisionen ansåg även att regeringen inte styrde myndigheternas åtgärder genom samlade avvägningar i regeringsbeslut om krisberedskapen. I extrema krissituationer ansåg Riksrevisionen att det skulle kunna bli nödvändigt för staten att mycket snabbt ingripa för att hantera en kris och ansåg att krishanteringssystemet saknade en förberedd lagstiftning för det extremfall då det kan vara nödvändigt att någon på nationell nivå övertar den operativa krisledningen. Det kunde enligt Riksrevisionen bero på att regeringen utgick från att ansvarsprincipen tillsammans med förberedd samverkan kan lösa alla situationer. Regeringen borde dock enligt Riksrevisionen ha möjlighet att genom undantagslagstiftning kunna utse en myndighet som nationellt leder samhällets operativa insatser i exceptionella samhällskriser.³⁰¹

När det gäller Sveriges pandemiberedskap var Riksrevisionens samlade bedömning att regeringen och ansvariga statliga myndigheter inte hade säkerställt en god beredskap för hantering av ett utbrott av en pandemisk influensa. Granskningen visade att flera centrala aktörer inte hade förberett sig tillräckligt genom beredskapsplanering, övningar och andra åtgärder som syftar till att begränsa konsekvenserna av en influensapandemi.³⁰²

Enligt Riksrevisionen behövde Regeringen säkerställa att Socialstyrelsen (som vid den här tiden hade ansvar för den nationella pandemiberedskapen) var den aktör som hade det samlade samord-

³⁰¹ Riksrevisionen, *Regeringen och krisen – regeringens krishantering och styrning av samhällets beredskap för allvarliga samhällskriser* (RiR 2008:9), 2008.

³⁰² Riksrevisionen, *Pandemier – hantering av hot mot människors hälsa*, (RiR 2008:1), 2008.

ningsansvaret för pandemiberedskapen i hela det svenska samhället. Det innebar bl.a. att stärka beredskapen att genomföra smittskyddsåtgärder i samtliga delar av samhället. Riksrevisionen ansåg även att regeringen borde säkerställa att det fanns en statlig aktör som hade mandat att vid ett utbrott av en pandemisk influensa besluta om smittskyddsåtgärder utanför hälso- och sjukvårdslagstiftningens område.

Riksrevisionen bedömde bl.a. att de kommuner som undersökts i granskningen hade en bristfällig förmåga att hantera en pandemi. Få av de undersökta kommunerna hade exempelvis upprättat egna pandemiplaner eller hanterat pandemier i den lokala risk- och sårbarhetsanalysen. Kunskapen var även mycket begränsad om i vilken utsträckning samhällsviktiga verksamheter i kommunen var rustade för en pandemi. Samordningen mellan regionernas och kommunernas ansvarsområden under en pandemi bedömdes ha brister och Riksrevisionen ansåg att ansvarsgränserna behövde vara tydligare.³⁰³

Riksrevisionen bedömde i sin granskning att de länsstyrelser som ingått i granskningen hade en bristfällig förmåga att hantera en pandemi. I länsstyrelserna saknades bl.a. metoder och rutiner för att prioritera resurser när en kris drabbar många län samtidigt. De granskade länsstyrelserna ansågs därför behöva vidta åtgärder för att få större kännedom om i vilken mån de kan komma att behöva prioritera resurser under en influensapandemi. Länsstyrelsernas förberedelser för att klara myndighetens interna verksamhet under en influensapandemi ansågs vid tillfället vara bristfälliga och Riksrevisionen ansåg att de granskade länsstyrelserna borde vidta åtgärder för att säkerställa detta. Länsstyrelserna ansågs vidare ha en begränsad överblick över pandemiplaneringen och förmågan att hantera en influensapandemi i länen. Länsstyrelserna hade också en begränsad uppfattning om de smittskyddsåtgärder som kan behöva sättas in i samhället och vilken beredskap som finns hos aktörer i länet att genomföra dem. Avslutningsvis anförde Riksrevisionen att de granskade länsstyrelserna i enlighet med sitt ansvar som geografiskt områdesansvarig myndighet borde stödja och samordna pandemiberedskapen inom sitt geografiska område.³⁰⁴

³⁰³ Riksrevisionen, *Pandemier – hantering av hot mot människors hälsa*, (RiR 2008:1), 2008.

³⁰⁴ Riksrevisionen, *Pandemier – hantering av hot mot människors hälsa*, (RiR 2008:1), 2008.

Identifierade brister efter svininfluensan 2009–2010

Ungefär ett år efter Riksrevisionens rapporter, dvs. under 2009–2010 drabbades Sverige av svininfluensan. Efter denna kris gav regeringen i mars 2010 i uppdrag åt Socialstyrelsen och MSB att bl.a. utvärdera de genomförda förberedelserna för att hantera en influensapandemi. I uppdraget ingick att göra en analys av hur samhällets beredskap, för att möta såväl en mild pandemi som en pandemi av mer allvarlig art, mot bakgrund av erfarenheterna kunde stärkas och utvecklas. I uppdraget ingick även att särskilt påtala vilka frågor som regeringen kunde behöva hantera för att tydliggöra respektive myndigheters ansvar när det gäller hanteringen av allvarliga hälsohot. Uppdraget skulle genomföras i samverkan med andra berörda myndigheter och organisationer.

Utvärderingen visade att Sverige var relativt väl förberett för att möta svininfluensan. Några av de slutsatser som dock lyftes fram var att den nationella pandemiplanen i huvudsak fokuserade på ett enda pandemiscenario. Den borde enligt myndigheterna istället ha möjliggjort en flexiblere hantering utifrån olika förutsättningar och där det finns en tydlig koppling till hur dessa riskvärderas. Enligt utvärderingen behöver förutsättningarna för hur statliga beredskapslager kan/får användas klargöras av regeringen då det gäller vem eller vilka som fattar beslut om fördelning av lagren, hur prioriteringar mellan olika grupper kan göras och på vilka grunder dessa beslut fattas. Ytterligare en slutsats var att verksamhetsansvariga inom offentlig och privat sektor borde analysera kritiska beroenden samt arbeta för att förhindra att det uppstår multisektoriella effekter, dvs. att pandemins verkningar får en direkt påverkan på andra sektorer eller på en enskild sektor som i sin tur leder till att flera sektorer i samhället påverkas. I detta arbete ansåg man det även vara viktigt att se över personalplanering och nyckelfunktioner. Även myndigheternas och andra aktörers samverkan på nationell och regional nivå borde enligt utvärderingen fördjupas och rollfördelningen förtydligas.³⁰⁵

³⁰⁵ MSB och Socialstyrelsen, *Influensa A(H1N1) 2009 – utvärdering av förberedelser och hantering av pandemi*, februari 2011.

Den nationella risk- och förmågebedömningen 2019

MSB:s senaste nationella risk- och förmågebedömning för år 2019 om samhällets krishanteringsförmåga och som baseras på aktörers risk- och sårbarhetsanalyser visar på övergripande sårbarheter i det svenska krishanteringssystemet. Enligt förmågebedömningen behöver de strukturella förutsättningarna för samhällets krisberedskap komma på plats. Tydliga lednings- och samverkansstrukturer är en förutsättning för att samhällets krisberedskap ska fungera vilket fortfarande saknades. På central myndighetsnivå saknades utpekade myndigheter med särskilt ansvar att samordna planering och utveckling av verksamheten inom sektorer. Brister fanns även på regional nivå. Exempelvis fanns otydligheter i gränssnittet mellan länsstyrelsernas geografiska områdesansvar och centrala myndigheters ansvarsområden. Konsekvensen blir att vissa förmågehöjande åtgärder riskerar att hamna utanför olika aktörers ansvarsområden. Det finns behov av en sammanhängande ansvarsindelning för samhällets krisberedskap.³⁰⁶

5.6 Tillgång till och försörjning av läkemedel och sjukvårdsprodukter

Pandemin har synliggjort flera brister i Sveriges försörjningsberedskap. Inom hälso- och sjukvården och omsorgen uppstod tidigt stora problem med försörjningen av framför allt skyddsutrustning. Under pandemin har därför frågan om hur Sveriges försörjningsberedskap ser ut och bör se ut i framtiden aktualiserats.

Försörjningsberedskap är förmågan att i kris och krigssituationer 1) förse befolkningen med de varor och tjänster som behövs för dess fortlevnad och 2) förse samhällsviktiga verksamheter med de varor och tjänster som behövs för deras funktionalitet. Försörjningsberedskapen rör ett flertal områden, såsom livsmedel, sjukvårdsmaterial, transporter och arbetskraft, och det finns flera verktyg för att skapa en försörjningstrygghet. Ett av dem är beredskapslager. Andra verktyg kan vara inhemsk produktion, ändrade lagkrav och regleringar för att upprätthålla produktionen, styra importen till sådana

³⁰⁶ MSB, *Den nationella risk- och förmågebedömningen 2019*, 2019.

varor som anses mer nödvändiga eller ingå strategiska avtal med andra länder eller aktörer.³⁰⁷

Sveriges försörjningsberedskap har behandlats i flera utredningar och rapporter och kommer även bli föremål för ytterligare utvärderingar. Frågan har behandlats av bl.a. Försvarsberedningen och Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap.³⁰⁸ Den sist nämnda utredningen fick i augusti 2020 tilläggsdirektiv med anledning av utbrottet av covid-19.³⁰⁹ Vidare har regeringen den 2 juli 2020 gett FOI i uppdrag att analysera vissa övergripande frågor om en nationell försörjningsberedskap. Regeringen anförde att frågor om ansvar och metoder för att uppnå försörjningstrygghet är angelägna och komplicerade frågor som behöver analyseras och utredas närmare under kommande år.³¹⁰ FOI lämnade sin rapport den 16 november 2020.³¹¹ Kommissionen noterar att regeringen den 2 september 2021 beslutade om att tillsätta en utredning som ska analysera och föreslå en funktion med ansvar för nationell samordning av försörjningsberedskapen samt utreda principer och former för finansiering av samhällets försörjningsberedskap. Förslagen ska syfta till att stärka Sveriges förmåga att upprätthålla en nödvändig försörjning vid framtida krisituationer, höjd beredskap och ytterst krig.³¹²

Eftersom frågor om den svenska försörjningsberedskapen behandlas av andra, med mera specifikt inriktade uppdrag, begränsar vi oss i detta avsnitt till en mycket översiktlig beskrivning av hur tillgången till och försörjningen av läkemedel och sjukvårdsprodukter (medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och annat hälso- och sjukvårdsmaterial) såg ut före pandemin. För en utförlig beskrivning av Sveriges försörjningsberedskap hänvisas i första hand till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap.

³⁰⁷ FOI, *Beredskapslagring – en kunskapsöversikt om beredskapslagring som ett verktyg för ökad försörjningsberedskap i Sverige*, 2019.

³⁰⁸ Se Ds 2017:66, SOU 2020:23 och SOU 2021:19.

³⁰⁹ Kommittédirektiv (Dir. 2020:84) *Tilläggsdirektiv till Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S2018:09)*.

³¹⁰ Regeringsbeslut den 2 juli 2020 (Ju2020/02565/SSK och Ju2018/05358/SSK).

³¹¹ FOI, *Svar på uppdrag till Totalförsvarets forskningsinstitut att analysera frågor avseende nationell försörjningsberedskap*, den 16 november 2020.

³¹² Dir. 2021:65

5.6.1 Försörjning av sjukvårdsprodukter och läkemedel

Som anförts i kapitel 4 vilar ansvaret för hälso- och sjukvårdens försörjning av sjukvårdsprodukter och läkemedel på huvudmännen och regioner och kommuner ska säkerställa att det finns sådana produkter för att kunna bedriva en god och patientsäker vård. För regionerna krävs även att denna försörjning räcker till för att kunna upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap.

Sverige är inte och kan knappast heller bli självförsörjande på läkemedel eller sjukvårdsprodukter. Tillverkning av sådana produkter sker på flera platser i världen och Sveriges försörjning av sådana produkter är i dag beroende av internationell handel. Regeringen anförde 2001 i proposition *Fortsatt förnyelse av totalförsvaret* att det fria varuflödet inom EU bör utgöra grunden för Sveriges försörjning. Detta var en ny utgångspunkt som innebar att den tidigare inriktningen på beredskapslager och självförsörjning ändrades. Internationell samverkan för att förebygga störningar i handelsutbytet bedömdes vara av stor vikt liksom utveckling av metoder för minska konsekvenser av störningar som kan inträffa.³¹³

Ur såväl ett allmänt folkhälsoperspektiv som ur ett rent kris- och beredskapsperspektiv är importberoendet en kritisk faktor och en sårbarhet. Under utbrottet av covid-19 har det visat sig vilken betydelse internationell handel och öppna gränser har för förmågan att upprätthålla en fungerande hälso- och sjukvård.

De färdiga produkterna, som tillverkats på olika platser i världen, lagras och distribueras via centrallager och distributörer, ofta genom avtal med s.k. tredjepartslogistik, dvs. företag som sköter både lagerhållning och leveranser av produkter åt företagen. En del produkter kräver särskilda transporter, t.ex. läkemedel som kan vara kylvaror.³¹⁴ Tillverkningen och handeln med läkemedel är även känslig för olika logistiska störningar. Sådana störningar kan uppkomma i flera led och på flera olika platser i världen. Den kan uppstå på grund av produktionsproblem, ökad efterfrågan, protektionistiska åtgärder där den internationella handeln begränsas eller en kombination av dessa händelser. Det förekommer regelbundet brist på olika läkemedel. Den svenska läkemedelsmarknaden är liten ur ett

³¹³ Prop. 2001/02:10 s. 172 f., och FOI, *Svar på uppdrag till Totalförsvarets forskningsinstitut att analysera frågor avseende nationell försörjningsberedskap*, den 16 november 2020.

³¹⁴ SOU 2021:19 s. 178.

globalt perspektiv och prioriteras inte alltid i förhållande till andra marknader.³¹⁵

Distributionen kan ibland vara reglerad. Så är fallet med läkemedel där all distribution från tillverkaren till slutanvändaren innefattar handel med läkemedel och är särskilt reglerat. Även distribution av medicintekniska produkter är reglerad i vissa avseenden. Någon särskild reglering för distribution av personlig skyddsutrustning finns dock inte.³¹⁶

Lagerhållning kan bl.a. ske hos tillverkare, distributörer, grossister, i sjukvården och på apotek. Ingen av dessa aktörer har i dag någon större lagerhållning av läkemedel eller sjukvårdsprodukter.³¹⁷ Lagerhållning av produkter innebär kostnader och handeln präglas i stor utsträckning av konceptet ”just-in-time”. För att sänka kostnaderna strävar många aktörer efter att ha så små och effektiva lager som möjligt. Även den snabba tekniska utvecklingen innebär att lager är förenade med risker då gamla produkter kan vara svåra att sälja på en framtida marknad. Lagerhållningen varierar beroende på vad som är affärsmässigt motiverat och utifrån vilka krav som köparna ställer. Med ett system där det inte finns ett stort lager av färdigproducerade produkter är upprätthållandet av produktionen desto viktigare.³¹⁸ Det ska dock framhållas att alla aktörer inte använder konceptet ”just-in-time”. I vårt arbete har vi även fått uppgift om att vissa regioner och andra aktörer redan före pandemin hade relativt stora lager av framförallt förbrukningsmateriel. Dessa var dock anpassade efter hur förbrukningen såg ut före pandemin.

Inte heller handeln med läkemedel synes fullt ut präglas av ”just-in-time”. Sveriges apoteksförening har i ett remissvar anfört att den vanligaste modellen är att tillverkaren och vald distributör ser till att ha ett lager på 3–4 månader i distributörens lagerlokaler i Sverige och ute på apoteken finns generellt sett ett lager på ca 1 månad.³¹⁹ Samtidigt finns det inte något regelverk som tvingar läkemedelstillverkarna att enbart sälja de produkter som de lagerhåller hos svenska grossister till den svenska marknaden. I händelse av en kris eller om efterfrågan och priset ökar på andra marknader kan tillverkarna omdirigera sina produkter till andra länder.

³¹⁵ SOU 2020:23 s. 154 f.

³¹⁶ SOU 2021:19 s. 178 f.

³¹⁷ Ds 2017:66 s. 191 f.

³¹⁸ SOU 2021:19 s. 215.

³¹⁹ Sveriges apoteksförenings remissvar över SOU 2020:23, den 11 juni 2020.

Lagerhållningen av sjukvårdsprodukter i sjukvården styrs av vilken vård som erbjuds, interna beslut i den egna organisationen och de avtal som huvudmännen tecknar med olika leverantörer. Detta är faktorer som huvudmännen själva förfogar över. Det innebär att lagerhållningen skiljer sig åt mellan kommuner och regioner samt sjukhus och andra vårdinrättningar. Det innebär också att den förändras i takt med vårdens utveckling både avseende utvecklingen av nya behandlingsmetoder och förändring av vilken vård som ges var.³²⁰ I ett kunskapsunderlag som tagits fram av Lunds universitet, på uppdrag av Socialstyrelsen, framgår att lagernivåer av läkemedel på apotek och sjukhus är låga och lagerhållning beskrivs vara en ekonomisk fråga.³²¹

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap har i sitt senaste betänkande bl.a. gjort följande iakttagelser när det gäller lagerhållningen i Sverige.

Lagerhållningen av sjukvårdsprodukter varierar i olika led i försörjningskedjan. Det ligger i sakens natur att de affärsdrivande verksamheterna för att minska kostnader optimerar produktion och slimmar lager så länge leveranserna kan upprätthållas. Det gäller även offentliga aktörer som till stor del förändrat och effektiviserat sin försörjningskedja genom att minska på patient- och vårdnära lager samt sjukhusgemensamma lager. Aktörerna har blivit beroende av ett konstant inflöde av varor som fungerar när det inte finns friktioner i försörjningskedjan. Vad gäller läkemedel är de buffertar som finns till stor del lokaliserade till de två huvudsakliga distributörerna, men trots buffertar uppstår återkommande bristsituationer. Även distributörer av övriga sjukvårdsprodukter har lager för att kunna upprätthålla leveranser till sjukvården. Vilken lagernivå som ska finnas kan regleras genom de offentliga aktörernas avtal men en mer omfattande lagerhållning är givetvis förknippad med en högre prislapp. Vid den försörjningskris som uppstod i Mellansverige hösten 2019 var inte problemen tillgången på produkter utan i stället överblicken och distributionen i sig.³²²

Det saknas en nationell samlad bild över vilka sjukvårdsprodukter som köps in, lagerhålls och används av de olika hälso- och sjukvårdsaktörerna. Det kan dock nämnas att Socialstyrelsen under pandemin, inom ramen för sitt uppdrag att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial, fick lägesbilder från regionerna och kommunerna. På läkemedelsområdet finns särskild lagstift-

³²⁰ SOU 2021:19 s. 218.

³²¹ Lunds universitet, *Resursförstärkt läkemedelsförsörjning inför kris, höjd beredskap och krig*, s. 43, 2019.

³²² SOU 2021:19 s. 225.

ning som innebär att uppgifter om försäljningen redovisas till E-hälsomyndigheten. Ytterligare uppgifter samlas in av Socialstyrelsen i t.ex. läkemedelsregistret. Trots dessa register saknas en heltäckande nationell bild över tillgången på läkemedel.

Motsvarande uppgiftsskyldighet som finns för läkemedel saknas vad avser hälso- och sjukvårdsmaterial, inklusive medicintekniska produkter. Den information som finns varierar därför regionalt mellan de olika aktörerna. Respektive företag förfogar över information över sin försäljning och insynen är begränsad.³²³

Omreglering av apoteksmarknaden

Under åren 1971–2009 hade Apoteket AB monopol på handel med receptbelagda läkemedel och nästan alla receptfria läkemedel. Den 1 juli 2009 skedde en omreglering som innebar att monopolet ersattes med ett system där den som får tillstånd av Läkemedelsverket får bedriva detaljhandel med de läkemedel och varor som tidigare omfattades av Apoteket AB:s ensamrätt.³²⁴

Före omregleringen skulle Apoteket AB, genom ett avtal med staten, bl.a. ha den lager- och leveransberedskap som krävdes för att tillgodose allmänhetens och vårdens berättigade krav. Vidare skulle Apoteket AB planera för att kunna anpassa verksamheten inför en förändrad säkerhetspolitisk situation. Apoteket AB skulle även åta sig att på affärsmässiga grunder fullgöra uppgifter inom totalförsvarets läkemedelsförsörjning.

Ingen av de nuvarande apoteksaktörerna ges ansvar för läkemedelsberedskap. Omregleringen av apoteksmarknaden har medfört att det inte längre finns någon utpekad aktör med motsvarande beredskapsuppgifter på läkemedelsområdet som Apoteket AB tidigare hade. I förarbetena till omregleringen gjorde den dåvarande regeringen bedömningen att apoteksaktörerna inte skulle överta det ansvar för beredskapsfrågor som Apoteket AB fram till dess hade haft. Försvarmakten och övriga berörda myndigheter borde istället upphandla dessa tjänster. Regeringen bedömde även att det borde finnas intresse bland aktörerna på apoteksmarknaden att mot affärsmässig ersättning utföra tjänsterna.³²⁵ Omregleringen innebar sam-

³²³ SOU 2021:19 s. 213 f.

³²⁴ Se prop. 2008/09:145.

³²⁵ Prop. 2008/09:145, s. 372 f.

tidigt att regionerna fick större frihet att själva organisera sin läkemedelsförsörjning, vilket har lett till en utveckling av olika försörjningsmodeller i regionerna.³²⁶ I det ovan nämnda kunskapsunderlaget från Lunds universitet konstateras även att omregleringen uppges ha minskat apotekens lagerhållning.³²⁷

5.6.2 Statliga beredskapslager

Vad är ett beredskapslager?

Någon entydig definition av vad ett statligt beredskapslager är finns inte. MSB skriver på sin webbplats att ett beredskapslager kan vara förråd av produkter, t.ex. livsmedel eller reservdelar, som lagras för att kunna användas vid nationella kriser eller krigssituationer. Ofta när man talar om beredskapslager så menas den typen av statliga lager som byggdes upp i Sverige under andra världskriget; en byggnad eller ett bergtrum fullt med saker som kan plockas fram om något händer.³²⁸

FOI har i en rapport definierat beredskapslager som att en produkt lagras för att vid behov tas i anspråk vid en allvarlig nationell kris- eller krigssituation. Andra lager, exempelvis för mindre störningar och kriser, väljer FOI att benämna vanliga lager. FOI framhåller dock att det inte alltid finns en skiljelinje mellan dessa två sorters lager eftersom vanliga lager kan nyttjas även vid allvarliga kriser eller krig och att beredskapslager, beroende på hur nyttjandet är reglerat, skulle kunna användas även vid vardagliga störningar eller mindre kriser.³²⁹

Statliga beredskapslager handlar alltså om någon form av lager av produkter för krigs- eller krissituationer. Som nämnts tidigare är beredskapslager dock inte det enda sättet att säkerställa tillgången till sjukvårdsprodukter utan ett av flera verktyg för att skapa en försörjningstrygghet.³³⁰

³²⁶ Kommittédirektiv 2018:77.

³²⁷ Lunds universitet, *Resursförstärkt läkemedelsförsörjning inför kris, höjd beredskap och krig*, s. 43, 2019.

³²⁸ Uppgifter hämtade från MSB:s webbplats (besökt den 16 mars 2021).

³²⁹ FOI, *Beredskapslagring – en kunskapsöversikt om beredskapslagring som ett verktyg för ökad försörjningsberedskap i Sverige*, 2019.

³³⁰ FOI, *Beredskapslagring – en kunskapsöversikt om beredskapslagring som ett verktyg för ökad försörjningsberedskap i Sverige* s. 15 f., 2019.

Historiskt om beredskapslager

Statliga beredskapslager skapades under kalla kriget mot bakgrund av hotbilden och risken för krigshandlingar riktade mot Sverige. Efter försök under 1980-talet med överlagring hos sjukvårdshuvudmännen beslutades att staten skulle lagra sjukvårdsförnödenheter (förbrukningsmateriel och läkemedel). Avsikten var att kunna behandla ett stort antal krigsskadade civila, från det primära omhändertagandet på förbandsplats till vård på sjukhus. Innehållet i lagren var inriktat på kirurgiska ingrepp med stora mängder operationsinstrument, blodpåsar, förbrukningsmateriel och vårdplatsutrustning. Medel för att bygga upp statliga lager avsattes och i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet påbörjades upphandlingen av medicinteknisk utrustning och sjukvårdsmateriel av förbrukningskaraktär. Utöver detta lagrades även vissa läkemedel för att klara återstående fredssjukvård under höjd beredskap. Uppbyggnaden av beredskapslagret avslutades 1995–1996.

Hotbilden förändrades under 90-talet och nya förutsättningar för beredskapen angavs främst genom Totalförsvarsbeslutet 1996 och den ”säkerhetspolitiska kontrollstationen” år 1999. Socialstyrelsen genomförde i slutet av 90-talet i samverkan med Försvarmakten en skadeutfallsstudie utifrån de nya förutsättningarna. Studien visade att antalet civilt skadade vid ett eventuellt väpnat angrepp kunde förväntas bli betydligt lägre än tidigare beräkningar visat. Med denna studie som grund beslutade Socialstyrelsen att reducera beredskapslagringen. Sedan slutet av 1990-talet har alltså lagret anpassats till den förändrade hotbilden och successivt avvecklats. År 1999 övertog Socialstyrelsen ansvaret för lagren från Överstyrelsen för civil beredskap (ÖCB).

Efter försvarsbeslutet 2005–2006 påbörjades en ny avvecklingsfas. Målsättningen var att all materiel som inte kunde användas vid katastrofer i fred skulle avvecklas och lagerytorna minskas. Beredskapslagringen skulle bli smalare men vassare.

I en rapport från Socialstyrelsen till regeringen 2010 framgick att beredskapslagret då bestod av nio huvudgrupper (vårdutrustning, medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel, läkemedel, skadepaltsutrustning, elverk, personlig skyddsutrustning, sambandsutrustning och konventionsskydd). Socialstyrelsen anförde att det fanns goda skäl för att myndigheten skulle fortsätta ha läkemedel i

beredskap för stora utbrott av smittsamma sjukdomar inklusive pandemi och allvarliga händelser med CBRN-ämnen (kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära ämnen). Socialstyrelsen föreslog dock att övriga grupper skulle avvecklas. Som skäl angavs att krig inte längre kunde anses utgöra ett hot, att landstingen ska ha beredskap för allvarliga händelser och att förbrukningsmateriel används i den dagliga sjukvården i landstingen och lagerhålls där. Socialstyrelsen anförde även att en stor del av utrustningen var gammal och inte uppfyllde dagens kvalitetskrav.³³¹

År 2018 genomförde Socialstyrelsen, på uppdrag av regeringen, en ny översyn av beredskapslagren och hur de borde hanteras framgent. Vid den tidpunkten fanns alltså de nio grupperna av utrustning. Socialstyrelsen bedömde att merparten av materialet var användbart i fredstida beredskap och i det återupptagna arbetet med totalförsvaret. Beredskapslagrets framtida innehåll, omfattning och standard bör enligt rapporten bedömas utifrån de gränssättande faktorer och den dimensionering som kartläggs för akutsjukvården inom ramarna för totalförsvarsplaneringen.³³²

Beredskapslager idag

Den statliga beredskapslagringen av läkemedel och sjukvårdsprodukter är i dag mycket begränsad både i volym och i antalet artiklar.³³³ Som framgått har beredskapslagren historiskt varit betydligt mer omfattande och det som lagras i dag är framför allt sådant som finns kvar från den tidigare beredskapen, även om vissa kompletteringar genomförts.

När det gäller skyddsutrustning konstaterade Socialstyrelsen i sin översyn 2018 att myndigheten haft skyddsutrustning för C- och RN-händelser (kemisk, radiologisk eller nukleär händelse), att denna utrustning var långtidsutlånad till regioner och när den passerat utgångsdatum ansvarar sjukvården själva för inköp och kostnader. Den skyddsutrustning som fanns i lager köptes in under ebolautbrottet 2014, för att stärka den svenska sjukvårdens beredskap och förmåga att vårda misstänkt ebola-smittade.³³⁴ På fråga från kom-

³³¹ Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens beredskapslager – värde, omfattning, hållbarhet*, 2010.

³³² Socialstyrelsen, *Översyn av Socialstyrelsens beredskapslager*, 2018.

³³³ SOU 2020:23 s. 172.

³³⁴ Socialstyrelsen, *Översyn av Socialstyrelsens beredskapslager*, 2018.

missionen har Socialstyrelsen uppgett att myndigheten före pandemin inte hade någon skyddsutrustning i beredskapslagret men att det fanns ca 190 000 operationsrockar, som användes istället för långärmat platsförkläde, och ventilatorer, saturationsmätare och kardioskop (samtliga av äldre modell) som regionerna erbjöds att låna.

När det gäller läkemedel beredskapslagras i dag framför allt sådant läkemedel som inte kan omsättas i den omfattning som behövs därför att den normala användningen är mycket liten eller obefintlig. Exempel på sådana läkemedel är antiviraler för en pandemi, läkemedel mot nervgasförgiftning, ormserum och jodtabletter vid kärnteknisk olycka.

Tidigare ansvarade Socialstyrelsen för all civil beredskapslagerhållning för hälso- och sjukvården, men i takt med förändringar av myndighetsindelningen har uppdragen avseende beredskapslager delats upp. I dag fördelas uppdragen mellan Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Strålsäkerhetsmyndigheten.

Socialstyrelsen upphandlar och beredskapslagrar vissa infusionsvätskor för att förstärka hälso- och sjukvårdens tillgång vid en allvarlig händelse där sjukvårdens tillgång på infusionsvätskor inte räcker till. Användning av läkemedel från dessa lager kräver beslut av Socialstyrelsen. Lagret ägs av Socialstyrelsen men hanteras av en extern lagerhållare som också svarar för att lagret omsätts. Myndigheten ansvarar också för att säkerställa tillgången till vissa vacciner, ormserum och antidoter. Uppdraget övertogs från Apoteket AB i samband med omregleringen av apoteksmarknaden.

Folkhälsomyndigheten lagerhåller i dag två olika typer av antivirala läkemedel. Befintliga lager motsvarar möjligheten att behandla ca 20 procent av befolkningen. Folkhälsomyndigheten lagerhåller även antibiotika för beredskapsändamål. Folkhälsomyndigheten lagerhåller inte sjukvårdsprodukter som inte är läkemedel.³³⁵

Strålsäkerhetsmyndigheten har viss beredskapslagring av jodtabletter.

³³⁵ Folkhälsomyndigheten, *Pandemiberedskap, Tillgång till och användning av läkemedel – en vägledning*, 2019.

Europeisk beredskapslagring inom rescEU

EU har sedan en tid tillbaka beredskapslager för sjukvårdsprodukter som en del i civilskyddsmekanismens responsresurser. Lagren benämns rescEU Medical Stockpile. Under 2020 beslutade EU att utöka antalet beredskapslager vilket innebär att bl.a. Sverige har fått i uppgift att lagerhålla produkter i Sverige för EU:s räkning. Det finns sedan tidigare EU-sjukvårdslager i Tyskland och Rumänien. Utöver Sverige kommer lager även att etableras bl.a. i Danmark, Grekland och Ungern. I lagren finns medicinteknisk utrustning samt personlig skyddsutrustning så som ventilatorer, ansiktsmasker och skyddsrockar. Materielen ska kunna användas i stora kriser när EU-ländernas egna resurser inte täcker behoven. När ett land behöver ta del av EU-resurserna så ansöker ansvarig myndighet på nationell nivå i landet om detta till EU. Sverige har ingen rätt till dessa lager utan beslut om fördelning av resurser tas på EU-nivå. I Sverige är det MSB som har i uppdrag att ansvara för lagren.³³⁶

5.6.3 Identifierade problem och brister i försörjningen av läkemedel och sjukvårdsprodukter

Som tidigare nämnts har frågan om Sveriges försörjningsberedskap för läkemedel och sjukvårdsmateriel tidigare analyserats och utvärderats. Nedan nämns några av de problem och brister som då identifierats.

Tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser och kriser, SOU 2013:54

År 2013 lämnade utredningen Åtgärder vid allvarliga krissituationer betänkandet *Tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel vid allvarliga händelser och kriser* (SOU 2013:54). I betänkandet anfördes att det saknades en tydlig och samordnad bild över hur landstingen upprätthöll nödvändig tillgång till läkemedel och sjukvårdsmateriel och det saknades en plan för hur de statliga beredskapslagren av framförallt material skulle användas. Några av utredningens bedömningar var att det statliga ansvaret för att upprätthålla nödvändig

³³⁶ SOU 2021:19 s. 315 f.

tillgång till läkemedel och sjukvårdsmaterial inför, under och efter allvarliga händelser och kriser borde förtydligas i lag samt att det borde tas fram en gemensam ambitionsnivå för vilka hot Sverige bör ha beredskap för och till vilka läkemedel och sjukvårdsmaterial som nödvändig tillgång bör upprätthållas.³³⁷

Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap

År 2018 fick Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap i uppdrag att göra en översyn av hälso- och sjukvårdens beredskap inför och vid allvarliga händelser i fredstid och höjd beredskap samt lämna förslag på hur hälso- och sjukvårdens förmåga att hantera denna typ av händelser långsiktigt bör utvecklas. Utredningen har fått tilläggsdirektiv vid två tillfällen, den 14 november 2019 och den 20 augusti 2020. I det senaste tillägget utvidgades uppdraget på så sätt att utredningen även ska beakta erfarenheter av utbrottet av sjukdomen covid-19. Utredningen lämnade sitt första delbetänkande i april 2020, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23), och sitt andra delbetänkande i mars 2021, *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården* (SOU 2021:19).

I första delbetänkandet bedömde utredningen att försörjningen av läkemedel och sjukvårdsmateriel behöver stärkas. För att stärka försörjningen krävs mer läkemedel och sjukvårdsmateriel i Sverige. Det behöver därför tas fram ett nationellt sammanhållet system för lagerhållning av läkemedel och sjukvårdsmateriel för fredstida kriser och krig. Systemet ska kunna anpassas efter rådande säkerhetspolitiska läge och ekonomiska ramar och måste därför vara skalbart vad avser såväl antalet produkter, som den mängd som lagras. Enligt utredningen är omsättningslagring att föredra framför beredskapslagring när så är möjligt. Utredningen ansåg dock att den statliga beredskapslagringen under den kommande försvarsbeslutsperioden bör utökas med produkter för traumavård, sjukvårdsmateriel som kan behövas vid epidemier och genom viss komplettering av antido-ter. Utredningen konstaterade även att systemet med ”just in time”-leveranser medför sårbarheter.³³⁸

³³⁷ SOU 2013:54 s. 20 f.

³³⁸ SOU 2020:23 s. 17 f.

I sitt andra delbetänkande identifierade utredningen problem och sårbarheter i Sveriges försörjning av läkemedel och sjukvårdsprodukter och lämnade en rad förslag. För att stärka försörjningsberedskapen behövs det mer sjukvårdsprodukter i Sverige, ett effektivare resursutnyttjande av befintliga produkter och en säkerställd distribution. Lagerhållning i Sverige är ett viktigt verktyg för att ha tillgång till större volymer av sjukvårdsprodukter, och därmed möjlighet att köpa tid för att mer långsiktigt säkerställa tillgången. Utredningen föreslog därför att en lagerhållningsskyldighet regleras i en ny lag. En sådan lagerhållning bör ske genom omsättningslagring nära slutanvändarna i den ordinarie logistikkedjan. Den nya lagen föreslogs också innehålla bestämmelser om statliga säkerhetslager och att staten ska inrätta sådana lager för produkter som inte kan omsättas. Utredningen ansåg att huvudansvaret för statliga beredskapslager för sjukvårdsområdet av effektivitetsskäl bör samlas hos en myndighet, Socialstyrelsen. Utredningen föreslog även att apotekens grunduppdrag i lagen om handel med läkemedel ändras så att det även framgår att apotekens lagerhållning ska anpassas utifrån konsumenternas behov på den marknad som öppenvårdsapoteket verkar på så att så många kunder som möjligt ska kunna expedieras direkt. Avslutningsvis kan nämnas att utredningen också såg ett behov av att skapa en tillverkningsberedskap för vissa produkter eller produktkategorier.

5.7 Pandemiberedskap i våra nordiska grannländer

Nedan följer en redogörelse för den pandemiberedskap som fanns i Finland, Norge och Danmark innan pandemin. Flera av dessa slutsatser kommer från de rapporter som ländernas tillsatta utredningar för att utvärdera hanteringen av pandemin har publicerat.

5.7.1 Finland

Finland har en nationell beredskapsplan för en influensapandemi, framtagen under ledning av Social- och hälsovårdsministeriet. Syftet med planen är att styra beredskapen för en influensapandemi på den nationella, regionala och lokala nivån inom hälso- och sjukvården samt att stödja beredskapen inom andra förvaltningsområden. Fin-

land har även en plan för materiell pandemiberedskap. Den nationella beredskapsplanen uppdaterades senast år 2012 efter erfarenheterna av svininfluensan som även drabbade Finland under 2009–2010. Även om det är Social- och hälsovårdsministeriet som har lett arbetet med pandemiplanen har alla hälso- och sjukvårdsaktörer på nationell, regional och lokal nivå medverkat vid framtagandet. Planen uppdateras under 2021 för att anpassas efter de utmaningar som pandemin har medfört.³³⁹

Scenariot i den nationella planen från 2012 bygger främst på information om tidigare pandemier. Kalkylerna som presenterades som premisser för beredskapen är baserade på ett antagande om att 35 procent av Finlands befolkning, enligt den värsta utfallsmodellen, skulle insjukna i influensa inom två månader under den första vågen av en pandemi, i det fall det inte finns någon effektiv vaccinations- eller läkemedelsprofylax att tillgå. Samtidigt konstaterade man i planen att det i verkligheten är högst osannolikt att en influensapandemi eller något annat biologiskt hot, för vilket beredskapsplanen erbjuder en grund, skulle uppkomma på det sätt som presenteras i planen.

Kommunerna och de olika sjukvårdsdistrikten har en skyldighet enligt den finska hälso- och sjukvårdslagen att upprätta regionala och lokala beredskapsplaner. Dessutom ingår i beredskapslagen en skyldighet för bl.a. kommunerna, samkommunerna och deras sammanslutningar att genom beredskapsplaner och förberedelser för verksamhet under undantagsförhållanden säkerställa att deras uppgifter kan skötas så väl som möjligt också under undantagsförhållanden.³⁴⁰

Enligt Social- och hälsovårdsministeriet hade landets samtliga 21 sjukvårdsdistrikt egna pandemiplaner innan pandemin, som bl.a. bygger på den nationella beredskapsplanen. Sjukvårdsdistriktet uppmanades i ett tidigt skede av pandemin från social- och hälsovårdsministeriets sida att uppdatera sina pandemiplaner. Finlands största sjukvårdsdistrikt, Helsingfors och Nylands, hade även de beredskaps- och pandemiplaner. På lokal nivå inom distriktet har dessutom storstäderna Helsingfors, Esbo och Vanda egna detalje-

³³⁹ *Coronakommissionens frågor, Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021.

³⁴⁰ *Coronakommissionens frågor, Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021.

rade pandemiplaner med riktlinjer för verksamheten i ett eventuellt pandemiläge.³⁴¹

När Regionförvaltningsverket i södra Finland i oktober 2020 skickade ut en enkät om beredskapen och beredskapsplaneringen inom social- och hälsovården inom verkets verksamhetsområde uppgav ca 90 procent av de 30 kommuner som svarade att de antingen uppdaterat eller var i färd med att uppdatera sina beredskapsplaner. Bl.a. gällde uppdateringarna att anpassa planerna till den nya pandemin, då fokus tidigare legat på influensapandemier.³⁴²

Finländska myndigheter genomför regelbundet beredskapsövningar som anordnas av såväl ministerierna och regionförvaltningen som enskilda kommuner och organisationer. Den nationella pandemiplanen från 2012 poängterar vikten av att ordna beredskapsövningar för att säkerställa att beredskapsplanerna är uppdaterade och ändamålsenliga. Enligt Social- och hälsovårdsministeriet ska den senaste övningen på nationell nivå med anknytning till smittsamma sjukdomar ha ägt rum kring 2018. Många av de senaste årens större beredskapsövningar har dock haft fokus på andra frågor än smittsamma sjukdomar, exempelvis cyberpåverkan. Precis innan pandemin bröt ut i december 2019 genomfördes en övning på tullens initiativ för flera myndigheter på Helsingfors-Vanda flygfält. Beredskapen för biologiska hot i en situation där en ankommande passagerare misstänktes lida av en smittosam sjukdom övades vid detta tillfälle.³⁴³

Under hanteringen av pandemin har det blivit tydligt att det saknas en enhetlig grund för de regionala beredskapsplanerna, vilket under en sådan här omfattande kris har gjort det svårt att skapa en enhetlig lägesbild på nationell nivå och mellan regionerna. I syfte att göra beredskapsplaneringen mer enhetlig inom social- och hälsovården lämnade regeringen i november 2020 till riksdagen ett förslag till ändring av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen som gäller beredskapsplanering. Lagändringarna gällande beredskapsplaneringen trädde i kraft den 1 mars 2021.³⁴⁴

³⁴¹ *Coronakommissionens frågor, Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021.

³⁴² *Coronakommissionens frågor, Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021.

³⁴³ *Coronakommissionens frågor, Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021.

³⁴⁴ *Coronakommissionens frågor, Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021.

Finland är importberoende avseende sjukvårdsprodukter och läkemedel och den finska försörjningsberedskapen baseras på den internationella marknaden, men även på nationella åtgärder och resurser. Arbets- och näringsministeriet är ansvarigt för den finska försörjningsberedskapen och under ministeriet finns Försörjningsberedskapscentralen (FBC). FBC har det övergripande uppdraget att bedriva planering och operativ verksamhet i syfte att utveckla och upprätthålla försörjningsberedskapen. Systemet är uppbyggt utifrån olika sektorer (t.ex. livsmedel, hälso- och sjukvård, energiförsörjning) och inom sektorerna finns olika verksamhetspooler, som är organiserade under FBC. Poolerna fungerar som näringslivets ledning och omfattar ungefär 1 900 företag. I vissa pooler är det tvingande för företag att delta och i andra är det frivilligt. Försörjningsberedskapen bygger alltså på ett samarbete mellan offentlig och privat sektor. För vissa aktörer finns en skyldighet att upprätthålla lager av t.ex. mediciner och medicinska produkter och skyddsutrustning.

Den 3 september 2020 tillsatte den finska regeringen en oberoende utredningskommission för att undersöka de åtgärder som vidtagits till följd av pandemin. En rapport lämnades i juni 2021 och kommissionen bedömde bl.a. att den nationella pandemiplan som fanns gällde bekämpning av influensapandemi och inte var helt tillämplig på coronaviruset, samt att kontinuitets- och beredskapsplanerna i många organisationer till vissa delar var halvfärdiga och att uppdateringar inte hade gjorts. Kommissionen anförde vidare att befogenheterna i beredskapslagen kunde tas i bruk trots vissa svårigheter men att mycket annan brådskande lagberedning behövdes eftersom inga lämpliga författningar fanns färdiga. Kommissionen konstaterade att det uppstått situationer där man i statsrådet och inom statsförvaltningen såg saker annorlunda än i regionerna och kommunerna och att det därför finnas behov av en lagstiftning där statsrådet under en omfattande kris kan styra regionförvaltningsverken och kommunerna. När det gäller skyddsutrustning konstaterades att Finland inte hade varken tillräckliga lager eller egen tillverkning. Kommissionen konstaterade vidare att organisationer och företag ändrade sin verksamhet snabbt men att beredskapen för att utnyttja alla resurser i samhället, som medborgarsamhället, organisationer och näringslivet var inte den bästa möjliga.³⁴⁵

³⁴⁵ Utredningsrapport 6/2021, *Coronaepidemins första fas i Finland år 2020*, den 30 juni 2021.

Parallellt med utredningskommissionen beslutade regeringen om en egen utredning med fokus på regeringens krisledningsåtgärder. Slutsatser från denna utredning visar att det trots beredskapsplaner och övningar inom regeringen inte fanns tillräcklig beredskap för en kris av denna omfattning. Det ansågs viktigt att inför framtiden identifiera olika slag av kriser, att utarbeta beredskapsplaner för dem och öva dessa mer och regelbundet. Det ansågs även viktigt att samtliga ministerier uppdaterar sina beredskapsplaner och utvecklar dem genom övningar. Vidare betonades att krisledningen bör bygga på tydliga, i lag förankrade beslutsfattande strukturer som är etablerade redan innan krisen är ett faktum. Enligt utredningen ansågs vidare den regionala och lokala pandemiberedskapen bristfällig och flera intervjuade ansåg att t.ex. sjukvårdsdistrikten inte var tillräckligt förberedda. I detta sammanhang betonades myndighetssamarbete och gemensamma övningar mellan berörda aktörer. I fråga om internationellt beredskapssamarbete betonades framförallt samarbete med EU och Norden, också i fråga om försörjningsberedskap. På den sistnämnda punkten sågs brister i beredskapen bl.a. i fråga om upphandling och lagring av skyddsutrustning i ett krisläge. Vidare identifierades ett tydligt behov av att utveckla lagstiftningen med tanke på framtida kriser, både vad gäller beredskapslagen och lagen om smittsamma sjukdomar samt övrig lagstiftning.³⁴⁶

Även det s.k. Försörjningsberedskapsrådet, som består av samhälleliga aktörer och företrädare för näringslivet, har i november överlämnat en rapport med en analys av coronakrisens konsekvenser för försörjningsberedskapen och dess utveckling. Rådet identifierade flera områden inom försörjningsberedskapsarbetet som fordrar utveckling, bl.a. snabbare beslutsfattande, tydligare samordning, lagstiftning om obligatorisk lagring av läkemedel och upprätthållande och delning av lägesbilder. Enligt rådet ligger styrkan hos det finska försörjningsberedskapstänkandet i samarbetet mellan den offentliga förvaltningen och näringslivet, men krisen har visat att utveckling också behövs på detta område. Rådet noterade vidare att Finland aktivt bör ta initiativ i fråga om uppbyggandet av EU:s krisberedskap

³⁴⁶ *Coronakommissionens frågor, Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021.

och beredskapsförmåga samt i skapandet av gemensamma nordiska kompetenser.³⁴⁷

5.7.2 Norge

I Norge fanns det liksom i Sverige innan pandemins utbrott en nationell pandemiplan framtagen av Hälso- och sjukvårdsdirektoratet. Pandemiplanen utgick från ett influensavirus som liknade svininfluensan som även drabbade Norge under 2009 och 2010. Det innebar att aktörer även på den regionala och lokala nivån hade planlagt för en influensapandemi.³⁴⁸

Även i Norge används risk- och sårbarhetsanalyser på nationell, regional och lokal nivå som ett verktyg för att stärka krisberedskapen och utveckla krishanteringsförmågan. I flera riskanalyser har DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap), den norska motsvarigheten till MSB, identifierat en influensapandemi som den mest allvarliga risken i Norge. Sedan 2008 har ett scenario med pandemi varit en del av den nationella riskbilden och olika krisscenarier. I två sammanfattande rapporter från 2014 respektive 2019 bedömde DSB pandemi som det scenario som hade störst risk. Det innebär att pandemin är den händelse som har fått högst poäng när DSB har bedömt sannolikheten och konsekvenserna totalt sett för olika möjliga krisscenarier. I det pandemiscenario som DSB hade tagit fram bygger smittspridningen på data från pandemier de senaste decennierna. Scenariot bygger på att 1,2 miljoner människor skulle bli sjuka. Av dessa skulle mer än 36 000 personer att läggas in på sjukhus, varav mer än 9 000 skulle behöva intensivvård i 12 dagar. DSB uppskattade att mellan 6 000 och 8 000 människor skulle avlida under en eventuell pandemi.³⁴⁹

När det gäller försörjningsberedskap och beredskapslager finns flera likheter mellan Norge och Sverige. Även Norge har historiskt sett haft beredskapslager avsedda att i första hand användas vid krig. Med anledning av den förändrade hotbilden på 90-talet ändrades

³⁴⁷ Coronakommissionens frågor, *Finlands pandemiberedskap april 2021*, Sveriges ambassad i Finland, den 3 maj 2021, FOI, *Svar på uppdrag till Totalförsvarets forskningsinstitut att analysera frågor avseende nationell försörjningsberedskap*, den 16 november 2020, och SOU 2021:19 s. 247 f.

³⁴⁸ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021, s. 63.

³⁴⁹ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021, s. 64.

inriktningen på Norges försörjningsberedskap, till att i större utsträckning avse beredskap för naturkatastrofer eller civila händelser.

Norge är, liksom Sverige, beroende av import när det gäller läkemedel och andra sjukvårdsprodukter. Den ökade globaliseringen har inneburit en minskad lagerhållning och även i Norge används just-in-time-konceptet i stor utsträckning. Även om det fortfarande finns vissa krav på beredskapslager i hälso- och sjukvården har även denna sektor påverkats av konceptet.

Enligt Koronakommisjonen var inte regeringen och myndigheter förberedda på de konsekvenser som pandemin innebar eftersom den nationella planeringen utgick ifrån en influensapandemi. Den nationella krisplanen för pandemisk influensa hade heller inte reviderats sedan 2014.³⁵⁰ Övningar som har utgått från ett pandemiscenario har genomförts på olika nivåer, men aktörer har inte övat på ett scenario där omfattande stängning av verksamheter enligt smittskyddslagen sker. Det har heller inte genomförts någon nationell övning på senare tid där pandemier, epidemier eller infektionskontroll/utbrott har varit i fokus.³⁵¹

Koronakommisjonen menade att ett krisberedskapssystem som bygger på att varje sektor ska bedöma sin egen risk och sårbarhet misslyckas när ingen tar ansvar för att bedöma hur stora konsekvenserna blir för samhället som helhet. Den norska regeringen och myndigheterna hade gjort riskbedömningar inom varje sektor utan att ta reda på hur riskerna inom varje sektor påverkar varandra. De riskbedömningar som har gjorts har underskattat de samhälleliga konsekvenserna av pandemier och olika smittskyddsåtgärder. Även om smittskyddslagen innehåller bestämmelser som möjliggör omfattande nedstängningar av företag i hela eller delar av landet för att minska kontakten mellan människor, har inga scenarier gjorts, planer eller övningar genomförts som tar hänsyn till användningen av dessa instrument.³⁵² Kommissionen föreslog bl.a. att det etableras statliga beredskapslager för skyddsutrustning och medicinteknisk utrustning. Kommissionen pekade även på att Norges försörjning är

³⁵⁰ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021, s. 63.

³⁵¹ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021, s. 74.

³⁵² NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021, s. 63.

beroende av den europeiska handeln och att det internationella samarbetet därför bör stärkas.³⁵³

5.7.3 Danmark

I Danmark är det Hälsostyrelsen som ansvarar för den nationella pandemiberedskapen. Innan pandemin bröt ut i Danmark fanns dels en nationell pandemiplan från 2013 med scenariot influensavirus, dels en vägledning för regioner och kommuner som stöd för deras pandemiplanering.³⁵⁴ Det finns även en ännu mer detaljerad vägledning för kommuner och regioner, *Planlægning af sundhedsberedskabet. Vejledning til regioner og kommuner* från 2017, som beskriver vad regioners och kommuners beredskapsplaner bör innehålla. Strukturen för pandemiplanerna på regional och kommunal nivå följer bl.a. den danska krisledningsmyndighetens koncept för beredskapsplanering och innehåller därför information om utbildningsverksamhet, övningar och utvärdering efter inträffade kriser. Dessutom beskriver vägledningen hur konkreta åtgärder kan planeras, t.ex. psykosociala insatser, läkemedelsberedskap m.m.³⁵⁵ Regioner och kommuner är skyldiga att ha beredskapsplaner som säkerställer att behandlings- och vårdkapaciteten kan utökas och omvandlas vid större incidenter. Planerna för att hantera allvarliga infektionssjukdomar omfattar åtgärder i samband med isoleringskapacitet, karantänsmöjligheter, skyddsutrustning, psykosocialt stöd, bemanning etc.³⁵⁶

Hälsostyrelsen har bl.a. i uppdrag att ge råd till hälso- och sjukvården om planeringen av beredskapen. Pandemiberedskapen aktiveras när en hälsohotande situation uppstår som den allmänna hälso- och sjukvården inte kan hantera. I en situation med utbrott av en ny smittsam sjukdom som covid-19 har Hälsostyrelsen ett nära samarbete med Statens seruminstitut, Styrelsen för patientsäkerhet och

³⁵³ NOU 2021:6, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen*, april 2021.

³⁵⁴ *Beredskab for pandemisk influenza del 1: National strategi og fagligt grundlag*, Sundhedsstyrelsen samt *Beredskab for pandemisk influenza del 2: Vejledning til regioner og kommuner*, Sundhedsstyrelsen, 2013.

³⁵⁵ *Planlægning af sundhedsberedskabet. Vejledning til regioner og kommuner*, Sundhedsstyrelsen, 2017.

³⁵⁶ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, januari 2021, s. 62.

Läkemedelsstyrelsen om hälsoberedskap på nationell nivå. Statens Seruminstitut är kontaktpunkt i förhållande till det internationella rapporteringssystemet.³⁵⁷

Dessa myndigheter är representerade i den strategiska nationella krishanteringen. Hälsostyrelsen är t.ex. representerad i den nationella krishanteringsorganisationen *The National Operational Staff* (NOST), som leds av den nationella polisen. I de fall Danmark påverkas eller drabbas av större kriser och tillbud, såsom extremväder, brand, explosioner, strömavbrott, olyckor, attacker eller pandemier är det polisen som leder krishanteringsarbetet i detta forum.³⁵⁸ Hälsostyrelsen har utarbetat detaljerade planer och riktlinjer för hur myndigheterna ska agera vid utbrott av pandemisk influensa. Dessa inriktar bl.a. myndigheternas arbete på nationell, regional och kommunal nivå. Planerna är publicerade på myndighetens webbplats och uppdateras kontinuerligt. NOST deltar även i denna planläggning för kriser som kan få konsekvenser för flera samhällssektorer.³⁵⁹

5.7.4 Ökat nordiskt samarbete om pandemiberedskapen

Innan pandemin hade det tagits flera initiativ till att fördjupa samarbetet mellan de nordiska länderna i frågor som rör pandemiberedskap. Under 2008 sammankallade den dåvarande äldre- och folkhälsoministern Maria Larsson de nordiska ministrarna till ett möte angående pandemiberedskap. Sverige, Danmark, Finland, Norge och Island kom överens om att det fanns behov av ett fördjupat samarbete i frågor som rör den nationella beredskapen mot pandemisk spridning av influensa. Länderna enades om: (i) gemensamt agerande och samordnad kommunikation under en pandemi, (ii) samarbete i analysarbetet av förändringar på vaccinområdet som har betydelse för att säkra tillgången på influensavacciner vid en pandemi, (iii) utbyta erfarenheter kring arbetet med upphandling och lagring av influensavaccin, samt (iv) utbyta erfarenheter av upphand-

³⁵⁷ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, januari 2021, s. 62.

³⁵⁸ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, januari 2021.

³⁵⁹ Folketinget (2021), *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 – Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. Håndteringen af covid-19*, januari 2021.

ling och hantering av antivirala läkemedel. Sverige avsåg även att under sitt ordförandeskap i nordiska ministerrådet under 2009 ta initiativ till en workshop om pandemiberedskap³⁶⁰

Det nordiska samarbetet kom dock inte att fördjupas. Under pandemin har flera röster höjts om att de nordiska länderna borde samarbeta i högre utsträckning, särskild vad gäller tillgång till vaccin. Två opinionsundersökningar som utförts parallellt i Sverige (Novus) och i Finland (Kantar TNS) i oktober 2020 visar att en majoritet av såväl svenskarna som finländarna tycker att Norden borde samordna sin framtida pandemiberedskap i större utsträckning.³⁶¹

5.8 Summering

Under våren 2020 sattes de svenska pandemiförberedelserna på prov. Flera länsstyrelser och kommuner visade sig sakna pandemiplaner. Ett stort antal befintliga pandemiplaner tillkom efter svininfluensan 2009–2010 och var inte uppdaterade och utgjorde inte heller en integrerad och förankrad del av verksamheten. Inte heller vid sjukhusen var pandemiplanerna – i det fall de fanns – ett stöd för verksamheten; erfarenheterna från infektions- och intensivvårdskliniker vittnar om detta. Även om vissa aktörer haft generella krishanteringsplaner, kan vi av bristande pandemiplanering och övning inte dra någon annan slutsats än att beredskapsplaneringen för en pandemi varit undermålig.

Tidigare granskningar har identifierat flera brister i pandemiberedskapen som fortfarande inte är åtgärdade. Riksrevisionens granskning 2008 och MSB:s och Socialstyrelsens utvärdering av hanteringen av svininfluensan från 2010 har visat på brister vad gäller ledning, organisation och samverkan när det gäller att hantera en pandemi.

Flera aktörer på nationell, regional och lokal nivå förväntas ha beredskap för att kunna hantera en pandemi. Sammantaget resulterar det i ett decentraliserat men också fragmenterat system vilket påverkar förutsättningarna för pandemiberedskapen. Det är Folkhälsomyndigheten som har ansvaret för att samordna det nationella

³⁶⁰ Nordiskt möte om pandemiberedskap, Pressmeddelande, Regeringskansliet, den 30 januari 2008.

³⁶¹ Hanaholmens webbplats, *Norden borde samordna sin pandemiberedskap tycker både finländarna och svenskarna*, den 17 november 2020.

smittskyddet och för att samordna beredskapen mot allvarliga gränsöverskridande hälsohot. Folkhälsomyndigheten har emellertid inte ansvar för att följa upp andra aktörers pandemiberedskap, inte ens regionernas pandemiplaner.

Beredskapsplanering är en viktig del av förberedelserna för att kunna hantera en kris, men det är inte tillräckligt med en fysisk plan. En fysisk plan bör snarast betraktas som en ögonblicksbild i en kontinuerlig planeringsprocess. Det måste även finnas en mental beredskap som innebär att man vågar agera i tid och fatta ingripande beslut på ett mycket osäkert underlag. En sådan förmåga uppnås bäst genom planering, utbildning och övning.

Övningar behöver genomföras regelbundet både internt och tillsammans med andra aktörer. Planer behöver haka i andra aktörers planer för att en helhet ska bildas. Övningar har inte genomförts i någon betydande omfattning på regional och lokal nivå. Privata vård- och omsorgsgivare har inte deltagit i kommunernas planering för en pandemi.

Vidare har Sveriges pandemiberedskap huvudsakligen utgått från influensapandemier. Folkhälsomyndighetens planeringsstöd från december 2019, liksom tidigare dokument av samma slag, tar utslutande sikte på en influensapandemi. En sådan inriktning innebär att planeringen kan anpassas till ett relativt kort förlopp med kända smittvägar och till att ett vaccin skulle kunna utvecklas och produceras relativt snabbt. Det har inneburit att planeringen inte tagit höjd för ett omfattande och långvarigt behov av exempelvis skyddsutrustning eller för omfattande provtagning och smittspårning. Så fattades också, som kommer att framgå i senare kapitel, skyddsutrustning under stora delar av den första vågen och en storskalig provtagning kom inte till stånd förrän den första vågen var över.

6 Icke-medicinska åtgärder

I kapitel 4 och 5 har vi beskrivit hur det svenska smittskyddet och pandemiberedskapen såg ut och de verktyg som fanns på plats inför pandemins utbrott. I kapitel 3 har vi funnit att smittspridningen i Sverige tog fart efter sportlovet vecka 9, att smittan spred sig snabbt inom landet och att de flesta covid-19-sjuka i Sverige våren 2020 blev smittade här snarare än utomlands.

Vi övergår nu till att översiktligt beskriva de s.k. icke-medicinska åtgärder som främst regeringen och Folkhälsomyndigheten vidtog för att begränsa smittspridningen när ett globalt nödläge väl var ett faktum. Denna beskrivning lägger därmed en ytterligare grund för diskussionen i detta betänkande, men i hög grad också för de bedömningar vi kommer att göra i slutbetänkandet.

Vi beskriver åtgärderna kronologiskt för pandemins olika skeden, med start i januari–februari 2020 (avsnitt 6.1–6.6). För varje skede inleder vi med en mycket kort beskrivning av läget och en lika kortfattad sammanfattning av de åtgärder som sedan tas upp mera i detalj.

Sedan gör vi en utblick till våra nordiska grannländer och redovisar deras tidiga åtgärder i kronologisk ordning (avsnitt 6.7). Därefter illustrerar vi valet av tidiga åtgärder i en bredare internationell jämförelse (avsnitt 6.8). Vi avslutar som vanligt kapitlet med en summering (avsnitt 6.9).

Vi skjuter på redovisningen av och diskussionen om de åtgärder som rör provtagning, skyddsutrustning och läkemedel till de tre kommande kapitlen (7, 8 och 9).

6.1 Januari och februari 2020

Den 30 januari förklarade WHO att spridningen av det nya coronaviruset utgjorde ett globalt nödläge. Internationella och europeiska smittskyddsorgan publicerade även tidigt råd och anvisningar till medlemsländerna att förbereda sig på olika sätt. Den 31 januari fick Sverige sitt första fall av smitta. Den 1 februari klassificerade regeringen covid-19 som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom. Folkhälsomyndigheten förutsåg i detta tidiga skede att mycket ingripande åtgärder kunde bli nödvändiga för att hindra att smittan spreds i landet. Dessa åtgärder kom dock inte att användas. Under denna inledande period uppmanade Folkhälsomyndigheten resenärer som återvände efter vistelser i vissa länder att vid symtom kontakta vården samt rekommenderade god handhygien och att hålla avstånd till andra.

Tidiga åtgärder av svenska myndigheter gällde avrådan från vissa utrikes resor. Några andra beslut av svenska myndigheter om smittskyddsåtgärder eller för att förbereda sådana åtgärder med anledning av det globala nödläget och internationella rekommendationer har vi inte kunnat finna.

Covid-19 klassificeras som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom

Den 31 januari begärde Folkhälsomyndigheten att covid-19 skulle klassificeras som en allmänfarlig- och samhällsfarlig sjukdom. Regeringen beslutade i enlighet med Folkhälsomyndighetens begäran den 1 februari och förordningen trädde i kraft dagen efter.³⁶² Riksdagen fastställde senare beslutet genom lag.³⁶³ Genom att covid-19 blev klassificerad som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom blev fler smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen möjliga att använda som verktyg för att begränsa smittspridningen (vi har i avsnitt 4.1 gått igenom smittskyddslagen och dess verktyg).

Folkhälsomyndigheten hänvisade bl.a. till att WHO uppmanat alla länder att vidta kraftfulla åtgärder för att hitta smittade, isolera och behandla fall, kartlägga smittvägar samt vidta andra icke-medicinska åtgärder för att minska smittspridningen. Icke medicinska

³⁶² Förordningen (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.

³⁶³ Lag (2020:430) om ändring i smittskyddslagen (2004:168).

åtgärder kunde innefatta handhygien, host- och nysetikett, frivillig isolering i hemmet vid sjukdom, undvikande av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, och stängda skolor.³⁶⁴ Myndigheten anförde vidare att mer ingripande åtgärder riktade mot enskilda i vissa fall skulle kunna bli aktuella. Folkhälsomyndigheten ansåg visserligen att risken för vidare smittspridning i Sverige, såväl till enskilda individer som till samhället i stort var låg, men myndigheten ansåg att covid-19 ändå skulle regleras i smittskyddslagen för att en god beredskap skulle kunna upprätthållas. Folkhälsomyndigheten angav att infektionen i många fall leder till allvarlig lungsjukdom som kräver intensivvård och att den beräknade dödligheten låg så högt som två procent av de smittade. Den angav vidare att sjukvården i Kina snabbt blivit överbelastad, att detaljhandelsföretag och industrianläggningar stängts, skolloven förlängts och de allmänna kommunikationerna i stor utsträckning ställts in. Extraordinära smittskyddsåtgärder, såsom hälsokontroll vid inresa, karantän eller avspärning, bedömdes därför kunna vara av avgörande betydelse för smittskyddet. Karantän och avspärning nämndes även som två åtgärder som använts av de kinesiska myndigheterna och som WHO bedömt vara adekvata och effektiva åtgärder.³⁶⁵

Folkhälsomyndigheten gjorde en bedömning av möjliga ekonomiska konsekvenser, eller snarare kostnader för åtgärderna i sig. Det rörde sig om personalkostnader utifall många hälsokontroller vid inresa i Sverige måste utföras under lång tid, om kostnader för lokaler, personal och måltider i karantänlokaler som mindre hotell, pensionat eller kursgårdar, om kostnader för trafik hinder och polisbevakning vid beslut om avspärning samt om kostnader för polishandräckning vid verkställighet av andra smittskyddsåtgärder.

WHO och ECDC – tidiga rapporter

Redan den 22 januari publicerade ECDC dokumentet *Rapid risk assessment: Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, Wuhan, China*. Rapporten innehåller en redogörelse för aktuellt kunskapsläge. ECDC bedömde också risken för global smittspridning samt lämnade olika rekommendationer. Do-

³⁶⁴ Folkhälsomyndigheten, *Pandemiberedskap*, 2019.

³⁶⁵ Folkhälsomyndigheten, *Hemställan om att infektion med 2019-nCoV klassificeras som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom*, den 31 januari 2020 (dnr. 00487–2020).

kumentet har regelbundet uppdaterats med ny kunskap och nya riskbedömningar. ECDC lämnade förslag till olika smittskyddsåtgärder som bedömts nödvändiga i olika skeenden.

WHO publicerade den 3 februari *Strategic preparedness and response plan*. Det övergripande målet angavs vara att stoppa vidare smittspridning av covid-19, inom Kina och till andra länder, och att mildra påverkan vid ett utbrott i andra länder. Detta kunde uppnås bl.a. genom att tidigt identifiera, isolera och vårda patienter samt att kommunicera risker och motverka desinformation. Ett sätt för länder att förbereda sig var att snabbt etablera internationella samarbeten, skala upp kapaciteten för testning, diagnostisering, smittspårning och vård, samt att satsa på och prioritera forskning och innovation.³⁶⁶

Råd i samband med resor

Den 26 januari fattade UD det första beslutet om reseavrådan med anledning av pandemin. Departementet beslutade då att avråda från icke nödvändiga resor till Hubeiprovinserna i Kina. Den 11 februari utökades avrådan till att även gälla Zhejiangprovinserna och kort därefter, den 17 februari, avrådde UD från alla resor till Hubeiprovinserna och från alla icke nödvändiga resor till samtliga områden i Kina förutom Hongkong och Macao.

I slutet av januari uppmanade Folkhälsomyndigheten personer som nyligen hade varit i Wuhan i Kina och som hade hosta och feber att kontakta vården via telefon. Drygt en månad senare, den 24 februari, uppmanade Folkhälsomyndigheten resenärer som vistats i vissa länder, däribland Italien, att vid hemkomsten vara uppmärksam på luftvägssymtom som hosta, andningssvårigheter eller feber och ringa 1177 Vårdguiden för bedömning. Folkhälsomyndigheten informerade samtidigt om att viruset sprids genom droppsmitta och att det bästa sättet att skydda sig var att ha god handhygien, undvika nära kontakt med andra människor och att inte peta sig i ansiktet.

³⁶⁶ WHO, *Strategic preparedness and response plan*, den 3 februari 2020.

6.2 Mars 2020

Den 2 mars uttalade ECDC att alla medlemsländer borde aktivera sina pandemiplaner, om de inte redan gjort det. ECDC pekade tidigt på vikten av att isolera smittade och misstänkt smittade, att begränsa stora folksamlingar, att anpassa arbetsplatser, att begränsa resandet m.m. Den 11 mars förklarade WHO att det var fråga om en pandemi och dagen innan hade Folkhälsomyndigheten gett uttryck för att risken för samhällsspridning var mycket hög. Europa var nu utbrottets epicentrum. Italien förbjöd alla att resa i landet utan särskilda skäl och uppmanade alla att hålla sig inomhus. Flera länder stängde sina gränser och tiotusentals svenska resenärer blev strandade med få eller inga möjligheter att ta sig tillbaka till Sverige på egen hand. Insatser från UD och utlandsmyndigheterna bistod ca 9 000 svenskar med att ta sig hem till Sverige, genom drygt 400 transporter från olika ställen i världen.

Vi har i kapitel 3 konstaterat att viruset, när det väl hade nått Sverige i samband med sportloven vecka 9, spred sig snabbt i landet och att uppgången i smittspridningen troligen var betydligt mer dramatisk än utvecklingen i de data myndigheterna presenterade i realtid under våren 2020. Mot denna bakgrund är det särskilt intressant att granska de åtgärder som Sverige vidtog i mars månad.

Under första hälften av mars var regeringens uppdrag till de två huvudansvariga myndigheterna, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, begränsat till en uppmaning att intensifiera sitt arbete med information och stöd. De fick också ett löfte om att, vid behov, överskrida sin anslagskredit. Drygt två veckor in i mars fick Socialstyrelsen uppdraget att hantera bristen på skyddsutrustning och medicinteknisk utrustning, samt att stödja samordningen av intensivvårdsplatser. Den 30 mars gav regeringen Folkhälsomyndigheten uppdraget att ta fram en nationell provtagningsstrategi.

Förutom ett inreseförbud som följde av en överenskommelse i EU, utfärdade regeringen bindande föreskrifter på endast två områden: begränsning av antal personer vid allmänna sammankomster och offentliga tillställningar och, besöksförbud i särskilda boenden för äldre. Dessutom uppmanade Folkhälsomyndigheten till fjärr- och distansundervisning på gymnasieskolorna, inom den kommunala vuxenutbildningen samt vid landets högskolor och universitet.

När det gäller råd och rekommendationer publicerade Folkhälsomyndigheten i mars bl.a. uppmaningar om att stanna hemma vid symtom, särskilda rekommendationer till personer över 70 år samt uppmaningar att inte resa i onödan. Det kom, som vi ska se, att dröja till den 1 april innan Folkhälsomyndigheten genom allmänna råd i föreskriftsform samlat kunde ge uttryck för vad enskilda borde iaktta för att förhindra smittspridning. Myndigheten hade dock dessförinnan utfärdat föreskrifter för restauranger om att undvika trängsel samt att endast bordsservering fick förekomma.

Regeringsuppdrag till myndigheter

Den 5 mars uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten att bl.a. vidareutveckla samordnings-, informations- och stödinsatser. Regeringen anförde att den avsåg att vid behov fatta beslut om en höjd anslagskredit för myndigheterna.³⁶⁷

Den 12 mars gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram, sammanställa och sprida information till personal inom socialtjänstens verksamhetsområden och kommunernas hälso- och sjukvård, om åtgärder för att skydda riskgrupper. I beslutet pekade regeringen på att det är huvudmannens ansvar att säkerställa att personalen har den kompetens och den information de behöver för att kunna hantera situationer vid ökad risk för smittoutbrott. Socialstyrelsen har löpande under våren tagit fram utbildningsmaterial och e-utbildningar och publicerat olika riktlinjer och förslag. Socialstyrelsens arbete i dessa delar har beskrivits närmare i vårt första betänkande.³⁶⁸

Den 16 mars gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial. Myndigheten skulle på nationell nivå svara för fördelning respektive, vid behov, omfördelning mellan huvudmännen samt, så långt det var möjligt, ta initiativ till att skyndsamt få igång en produktion av material inom Sverige. MSB skulle bistå Socialstyrelsen och uppdraget skulle genomföras i dialog med Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket samt i nära samarbete med regionerna och kommunerna. Uppdraget skulle gälla så länge det krävdes med tanke på spridningen av covid-19 och förutsättningarna för regionerna och

³⁶⁷ Regeringsbeslut den 5 mars 2020 (S2020/01233/FS, delvis) och (S2020/01232/FS, delvis).

³⁶⁸ SOU 2020:80, avsnitt 7.4.

kommunerna att på egen hand säkerställa försörjningen av skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel.³⁶⁹ Socialstyrelsen, MSB, länsstyrelserna och SKR kom överens om en process för samordning där länsstyrelserna skulle bistå Socialstyrelsen med kommunala lägesbilder. Länsstyrelserna ansåg sig dock inte kunna kräva in underlag från kommunerna utan ett särskilt bemyndigande. Regeringen beslutade därför två veckor senare att ge länsstyrelserna i uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet att säkra tillgången på skyddsutrustning.³⁷⁰ Socialstyrelsens uppdrag och dess genomförande beskriver vi närmare i avsnitt 8.6.

Samma dag, den 16 mars, beslutade regeringen, med stöd av smittskyddslagen, en förordning som innebar att Socialstyrelsen fick besluta att en region eller kommun skulle överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmaterial till en eller flera andra regioner eller kommuner.³⁷¹ Förordningen innebar även att regioner och kommuner på Socialstyrelsens begäran skulle lämna information om den skyddsutrustning och det provtagningsmaterial som regionen eller kommunen hade tillgång till.

Den 19 mars gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för att stödja regionerna i koordinationen av tillgängliga intensivvårdsplatser inom landet.³⁷² Regeringen gav även den 25 mars Socialstyrelsen i uppdrag att, vid behov, ta initiativ till att på nationell nivå säkra tillgången till medicinteknisk utrustning m.m. som behövs i intensivvården eller annan vård samt att på nationell nivå svara för fördelningen av denna utrustning mellan huvudmännen.³⁷³

Samma dag, den 19 mars, gav regeringen MSB i uppdrag att säkerställa att myndigheternas information med anledning av utbrottet av det nya coronaviruset var samordnad och tydlig samt att det fanns effektiva kanaler för att föra ut information. I uppdraget ingick att skyndsamt utarbeta ett nationellt informationsmaterial. Detta material skulle på ett effektivt sätt kommuniceras till så många som möjligt. Satsningen skulle genomföras tillsammans med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.³⁷⁴

³⁶⁹ Regeringsbeslut den 16 mars 2020 (S2020/1558/FS och S2020/01594/FS).

³⁷⁰ Regeringsbeslut den 3 april 2020 (S2020/02676/SOF).

³⁷¹ Förordning (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19.

³⁷² Regeringsbeslut den 19 mars 2020 (S2020/01849/FS, delvis).

³⁷³ Regeringsbeslut den 25 mars 2020 (S2020/02443/FS delvis).

³⁷⁴ Regeringsbeslut den 19 mars 2020 (Ju2020/01165/SSK).

Den 20 mars gav regeringen länsstyrelserna i uppdrag att minst två gånger i veckan ge en samlad lägesbild över arbetet i länsstyrelserna och en redogörelse för utvecklingen av coronaviruset i samtliga län. Uppdraget skulle samordnas och redovisas av Länsstyrelsen i Hallands län.³⁷⁵

Den 30 mars gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att skyndsamt ta fram en nationell strategi för att utöka provtagningen för covid-19.³⁷⁶ Vi beskriver närmare detta uppdrag och uppskalningen av provtagningskapaciteten i kapitel 7 (i avsnitten 7.10-7.13).

Repatrieringsinsatser

UD och utlandsmyndigheterna gav under våren 2020 stöd både till kommersiella aktörer och enskilda resenärer. Exempel på stöd är förmedling av information, utfärdande av intyg för att möjliggöra resor inom ett land eller transit, utverkande av tillstånd samt kontakter med lokala myndigheter.

Mellan februari och maj kunde många svenskar återvända till Sverige med kommersiella flyg, men där UD exempelvis intensifierat dialogen med kommersiella aktörer om att sätta in extra flyg till orter där många svenskar befann sig.

När det gäller arbetet med assisterade hemresor i svensk regi har UD i de flesta fall ett avtal som funnits sedan tidigare med Försvarsmakten och upphandlat flyg från flygbolag. I vissa fall har UD träffat avtal med bolag som har tillhandahållit helhetslösningar, dvs. både flyg och en betalningslösning. I något enstaka fall har en utlandsmyndighet fungerat som avtalspart.

I början när det fortfarande fanns kommersiella flyg undersöktes en kommersiell lösning tillsammans med SAS. Förhandlingen tog lång tid och var enligt UD mycket resurskrävande. Den ledde aldrig till någon övergripande lösning. Vissa flygbolag/reseföretag krävde att UD skulle gå in och garantera finansieringen av biljetter.³⁷⁷ Det innebar att det behövdes finansiellt utrymme för att säkerställa transporter på kommersiell basis. Genom regeringsbeslut den 24 mars

³⁷⁵ Regeringens pressmeddelande, *Uppdrag till Länsstyrelserna att inkomma med löpande samlade lägesbilder med anledning av covid-19*, den 20 mars 2020.

³⁷⁶ Regeringsbeslut den 30 mars 2020 (S2020/02681/FS, delvis).

³⁷⁷ Utrikesdepartementet (2020), *Utvärderingsrapport KC:s krishanteringsarbete coronapandemin våren 2020*.

och 1 april tillfördes totalt 100 miljoner kronor till anslaget för konsulärt bistånd eftersom behovet av stöd till svenskar utomlands i den rådande situationen förväntades öka.³⁷⁸

Stöd till enskilda resenärer lämnades också till personer som insjuknat i covid-19 utomlands och behövde sjukvård eller behövde sitta i karantän, samt till personer som saknade pengar och mediciner eftersom hemresan blivit uppskjuten eller inställd.

UD och utlandsmyndigheterna har i sitt arbete med att assistera svenskar och undersöka repatrieringsmöjligheter även haft ett nära samarbete med andra nordiska och europeiska länder.

Reserestriktioner

UD fattade under perioden den 2–11 mars ytterligare beslut om avrådan från icke nödvändiga resor till olika områden i Italien, Sydkorea och Österrike och den 14 mars beslutade UD om en avrådan från icke nödvändiga resor till alla länder. Med icke nödvändiga resor avses turist- och besöksresor. Avrådan förlängdes i omgångar till den 15 juli. UD har därefter fattat beslut om förlängning, förändring och upphävande av beslut om avrådan vid flera tillfällen.

EU-kommissionen har rekommenderat tillfälliga restriktioner för icke nödvändiga resor från tredjeländer till EU-området. Den 17 mars enades EU:s stats- och regeringschefer om sådana restriktioner. Som en följd av detta beslutade regeringen samma dag om en förordning om tillfälligt inreseförbud till Sverige.³⁷⁹ Genom förordningen gällde från och med den 19 mars ett tillfälligt förbud att resa in till Sverige från ett annat land, med undantag för EES-länder och Schweiz.

Svenska medborgare och andra personer som var bosatta i Sverige kunde återvända till sina hem. Inreseförbudet gällde inte heller för personer som hade särskilt angelägna behov att resa till Sverige eller som skulle utföra nödvändiga funktioner i Sverige, såsom hälso- och sjukvårdspersonal och personer som transporterade varor till Sverige.

Sveriges beslut om reseavrådan och inreseförbud låg under mars 2020 nära våra nordiska grannländers regler.

³⁷⁸ Information från regeringens webbplats (besökt den 9 september 2021).

³⁷⁹ Förordning (2020:127) om tillfälligt inreseförbud till Sverige.

I perioden efter mars 2020 har förbudet successivt förlängts och förändrats. Förändringarna har bl.a. bestått i förtydliganden om vilka personer som kan undantas från förbudet och förtydliganden om undantag för familjemedlemmar till svenska medborgare. Kretsen av personer har även förändrats under pandemins gång genom att olika länder utanför EU har undantagits från förbudet. Även förändringar i motsatt riktning har gjorts, dvs. att länder som varit undantagna inte längre skulle vara det. Regeringen beslutade också om ett nytt undantag från inreseförbudet för personer som efter Brexit har rätt till uppehållsstatus i Sverige.

Begränsning av antal personer på allmänna sammankomster och offentliga tillställningar

I kapitel 3 har vi beskrivit att sociala nätverk har haft stor betydelse för smittspridningen, då viruset sprids främst genom mänskliga möten. Större sammankomster, evenemang med många besökare och stora konferenser ger många nya kontakter utanför det normala nätverket och några sådana evenemang har tjänat som s.k. superspridarhändelser, där viruset också sprids mellan olika sociala nätverk.

Det första beslutet om begränsning av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar är daterat den 11 mars.³⁸⁰ Enligt denna förordning fick några större allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar tills vidare inte hållas i Sverige. Från den 12 mars var gränsen 500 deltagare. Även i Norge var gränsen för folksamlingar vid denna tidpunkt 500 personer. I Danmark uppmanade regeringen den 11 mars människor att undvika folksamlingar på fler än 100 personer. I Finland gällde via beslut om undantagstillstånd, en begränsning av offentliga sammankomster till tio personer från den 16 mars.

Sverige sänkte gränsen till 50 deltagare från och med den 29 mars. Då fick även kommuner och länsstyrelser rätt att meddela lokala föreskrifter, om det bedömdes nödvändigt för att motverka epidemi. Danmark hade redan den 17 mars sänkt gränsen till tio personer och Norge hade den 24 mars sänkt gränsen till fem personer.

Bestämmelser om allmänna sammankomster och offentliga tillställningar finns i ordningslagen (1993:1617). Som allmänna sam-

³⁸⁰ Förordning (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.

mankomster räknas bl.a. demonstrationer, föreläsningar, sammankomster för religionsutövning, teater- och biografföreställningar samt konserter. Som offentliga tillställningar räknas bl.a. idrottsevenemang, danstillställningar, marknader och mässor.³⁸¹

Regeringens beslut hade stöd av regler i ordningslagen som bl.a. ger regeringen rätt att förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar inom ett visst område, om förbudet är nödvändigt med hänsyn till bl.a. att Sverige är i krig eller krigsfara eller för att motverka epidemi.³⁸²

Verksamheter på skolområdet och distansutbildning

Den 13 mars beslutade regeringen om en förordning som gjorde det möjligt för huvudmän (som huvudregel kommunerna³⁸³) att erbjuda fjärr- eller distansundervisning.³⁸⁴ Förordningen innehåller bestämmelser om bl.a. lärotider, undervisningstidens utformning, utbildningens förläggning vid viss skolenhet och beslut om betyg. Förordningen trädde i kraft den 16 mars och gäller till den 1 augusti 2022.

Den 19 mars antog riksdagen en ny lag, som innebär att regeringen får besluta om tillfällig stängning av bl.a. förskolor och skolor vid extraordinära händelser i fredstid.³⁸⁵ Även huvudmän får under vissa förutsättningar besluta om att tillfälligt stänga verksamheter på skolområdet, t.ex. för att många i personalen är frånvarande eller för att begränsa smittspridningen. Lagen trädde i kraft den 21 mars och dessförinnan fanns ingen laglig möjlighet att stänga skolor. Om förskolor och skolor stängs finns dock bestämmelser om att barn som är i behov av omsorg av psykiska, fysiska eller andra skäl ska få möjlighet till förskola och fritidshem. Även barn och elever som har behov av omsorg för att samhällsviktig verksamhet ska kunna upprätthållas ska erbjudas omsorg.

Genom en ändring som trädde i kraft den 22 mars, alltså dagen efter det att den nya lagen infördes, fick huvudmännen möjlighet att anpassa skolverksamheten. Detta kan exempelvis ske genom att en

³⁸¹ 2 kap. 1–3 §§ ordningslagen.

³⁸² 2 kap. 15 § ordningslagen.

³⁸³ Se 2 kap. skollagen (2010:800).

³⁸⁴ Förordning (2020:115) om utbildning på skolområdet och annan pedagogisk verksamhet vid spridning av viss smitta.

³⁸⁵ Lag (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid.

huvudman erbjuder fjärr- eller distansundervisning även då regeringen med stöd av den nya lagen har meddelat föreskrifter om att skolenheter tillfälligt ska stängas på nationell, regional eller kommunal nivå. I förordningen finns även en definition av vad som avses med samhällsviktig verksamhet.³⁸⁶

Regeringen har under pandemin inte beslutat att stänga förskolor, skolor eller annan verksamhet på skolområdet. Sverige var däri-genom ett internationellt undantag. Såväl Norge, Danmark som Finland stängde skolverksamheter redan i mitten av mars. Många skolor i Sverige, även grundskolor, gick dock över till distansutbildning i viss utsträckning.

När det gäller skolstängningar ansåg ECDC senare, den 6 augusti 2020, att sådana ska ses som en sista utväg då skolan är en så väsentlig del av samhället och av barns liv. ECDC rekommenderade i första hand en rad andra åtgärder som kan vidtas på skolor för att minska smittspridningen. I en rapport den 23 december skrev ECDC närmare om skolstängningar.³⁸⁷ Vi behandlar fjärr- och distansundervisning och dess effekter närmare i kapitel 17.

Besöksförbud

Den 30 mars beslutade regeringen om en förordning med ett tillfälligt besöksförbud i särskilda boenden för äldre.³⁸⁸ Förordningen beslutades med stöd av socialtjänstlagen.³⁸⁹ Enligt förordningen fick den verksamhetsansvarige för ett boende i det enskilda fallet medge undantag från förbudet mot besök om det fanns särskilda omständigheter som motiverade ett undantag och om risken för spridning av sjukdomen covid-19 var liten i boendet. Socialstyrelsen beslutade den 8 april om allmänna råd om tillämpning av besöksförbudet.³⁹⁰ Även Folkhälsomyndigheten publicerade rekommendationer för besök på särskilda boenden. Vi har beskrivit besöksförbudet i vårt första betänkande och återkommer även till det i kapitel 14.

³⁸⁶ SFS 2020:149. För samtliga ändringar se SFS 2020:188, 2020:257, 2020:732, 2020:957, 2021:10, 2021:128 och 2021:370.

³⁸⁷ ECDC, *Covid-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission*, den 23 december 2020.

³⁸⁸ Förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.

³⁸⁹ 16 kap. 10 § socialtjänstlagen.

³⁹⁰ HSLF-FS 2020:17.

I våra nordiska grannländer hade motsvarande besöksrestriktioner införts redan i början och mitten av mars.

Folkhälsomyndighetens föreskrifter, råd och rekommendationer

Den 13 mars bedömde Folkhälsomyndigheten – efter en snabb uppgradering av tidigare bedömningar – att risken för samhällssmitta av covid-19 var mycket hög och publicerade allmänna råd om att alla som var sjuka i förkylning eller influensaliknande symtom skulle vara hemma för att inte riskera att sprida smitta vidare till andra.

Den 16 mars publicerade myndigheten en rekommendation som innebar att personer över 70 år skulle begränsa sina nära kontakter med andra så långt som möjligt, under de efterföljande veckorna. Anhöriga uppmanades att inte träffa sina gamla släktingar om det inte var helt nödvändigt. De arbetsgivare som hade möjlighet att låta sina anställda arbeta hemifrån rekommenderades att överväga detta.

Folkhälsomyndigheten har i omgångar rekommenderat att undervisningen i gymnasieskolan, komvux samt vid landets högskolor och universitet ska bedrivas på distans eller som fjärrundervisning. Den första sådana rekommendationen lämnades den 17 mars. Myndigheten har också i omgångar gett rekommendationer om användning av skyddsutrustning i vård och omsorg. En uppdaterad sammanfattande sådan rekommendation publicerades den 30 mars.

Den 19 mars, inför kommande påskledighet, uppmanade Folkhälsomyndigheten alla att tänka igenom om planerade resor verkligen var nödvändiga att genomföra.

Den 25 mars föreskrev Folkhälsomyndigheten att restauranger, barer och caféer i hela landet behövde vidta särskilda åtgärder för att minska risken för spridning av covid-19. Trängsel mellan människor i köer, vid bord, bufféer eller bardiskar fick inte förekomma utan besökare skulle kunna hålla avstånd mellan varandra.³⁹¹

Vi har i kapitel 3 funnit att människors rörlighet minskade markant redan innan Folkhälsomyndighetens första rekommendation om minskad rörlighet.

³⁹¹ HSLF-FS 2020:9.

6.3 April 2020

I april var pandemins effekter för sjukvården kanske som mest kännbara under den första vågen. Då publicerades också ett antal råd och riktlinjer om hur allmänheten och olika verksamheter skulle agera för att förhindra smittspridning, både nationellt och internationellt. Folkhälsomyndigheten publicerade den 1 april samlade råd till befolkningen för att förhindra smittspridning. WHO publicerade bl.a. *Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19*, som innehåller råd och riktlinjer om folkhälsoåtgärder och sociala åtgärder och riktar sig till nationella beslutsfattare. Det gäller t.ex. råd om upprätthållande av god hygien och att hålla fysiskt avstånd men även åtgärder och restriktioner som inskränkningar i rörelsefriheten, stängningar av skolor och andra verksamheter, liksom karantän – alltså det som ofta kallas ”lock-downs”. WHO anförde även att länder måste göra allt de kan för öka kapaciteten för testning, diagnostisering och smittspårning.³⁹²

Den 7 april publicerade regeringen på sin webbplats en strategi för hantering av coronaviruset. Den 16 april beslutade riksdagen om tillfälliga ändringar i smittskyddslagen som gav regeringen långtgående befogenheter att stänga ned en rad verksamheter. Dessa befogenheter kom dock aldrig till användning. Den 17 april presenterade Folkhälsomyndigheten en nationell strategi för utökad provtagning.

Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd

Den 1 april beslutade Folkhälsomyndigheten om föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19. Föreskrifterna har uppdaterats vid flera tillfällen.³⁹³ Enligt föreskrifterna ska alla verksamheter i Sverige – inklusive statliga myndigheter, företag, kommuner, kommunala verksamheter, regioner, föreningar och religiösa samfund – utifrån rekommendationer från Folkhälsomyndigheten och smittskyddsläkare säkerställa att de vidtar lämpliga åtgärder för att undvika smittspridning av covid-19.

Föreskrifterna innehåller även en rad allmänna råd, bl.a. konkreta råd hur myndigheter kan vidta lämpliga åtgärder samt råd till en-

³⁹² WHO, *Covid-19 Strategy update*, den 14 april 2020.

³⁹³ Se HSLF-FS 2020:12, 2020:21, 2020:31, 2020:50, 2020:52., 2020:80, 2020:90, 2020:92, 2021:3, 2021:13, 2021:21, 2021:33, 2021:44, 2021:47.

skilda kring det personliga ansvaret att förhindra smittspridning. Enligt den ursprungliga lydelsen uppmanades var och en att

1. vara noggranna med sin handhygien och ofta tvätta händerna med tvål och vatten i minst 20 sekunder,
2. hålla avstånd till varandra inom- och utomhus på platser där människor samlas, som t.ex. butiker, köpcentrum, museer, bibliotek, servicekontor och väntrum,
3. hålla avstånd till varandra i kollektivtrafiken och i andra allmänna färdmedel,
4. avstå från att delta i större sociala sammanhang som fester, begravningar, dop, kalas och bröllop,
5. på idrottsplatser, badhus, gym och i andra träningslokaler hålla avstånd till varandra och undvika att byta om i allmänna omklädningsrum,
6. undvika att resa i rusningstid, och
7. avstå från onödiga resor.

Föreskrifterna innehåller även konkreta råd till verksamheter om åtgärder för att undvika smittspridning, som t.ex. att markera avstånd på golvet, erbjuda handdesinfektion och bestämma maximalt antal personer som får vistas samtidigt i lokalen.

Till personer över 70 år och andra riskgrupper meddelades ytterligare allmänna råd om att begränsa sina sociala kontakter, undvika att åka kollektivtrafik och andra allmänna färdmedel samt undvika att handla i butiker eller vistas på andra platser där människor samlas.

Allmänna råd riktades också till idrottsföreningar. Dessa råd uppmanade ursprungligen föreningarna att stävja närkontakt mellan idrottsutövare, hålla träningar och andra idrottsaktiviteter utomhus, skjuta upp matcher, träningsmatcher, tävlingar och cuper, begränsa antalet åskådare eller på annat sätt undvika trängsel, och se till att onödiga resor i samband med idrottsutövande undviks.

WHO:s råd och rekommendationer till allmänheten, om vad man bör tänka på i olika situationer för att minska risken att bli smittad eller smitta andra, är i stort sett identiska med de föreskrifter och rekommendationer som Folkhälsomyndigheten har utfärdat, bort-

sett från rekommendation om användning av munskydd. Vi återkommer till munskyddsfrågan i avsnitt 6.6.

Den 17 april publicerade Folkhälsomyndigheten, cirka tre veckor efter regeringens uppdrag, en nationell strategi för diagnostik av covid-19.³⁹⁴ Strategin innehöll bl.a. en prioriteringsordning för provtagning och laboratorieanalys, vilken blivit föremål för många diskussioner. Vi återkommer till denna prioritetsordning och ansvaret för provtagning i kapitel 7.

Regeringens strategi

Den 7 april publicerade regeringen en strategi med anledning av det nya coronaviruset. Strategin blev aldrig föremål för ett formellt regeringsbeslut, utan har snarare utgjort en målsättning för regeringens arbete.³⁹⁵ Regeringen uttalade bl.a. följande.

Det övergripande målet med regeringens arbete är att minska takten på smittspridningen, dvs. att platta till kurvan så att inte väldigt många blir sjuka samtidigt.

Rätt åtgärd behöver sättas in vid rätt tillfälle för att få så stor effekt som möjligt. Regeringen kommer att fatta varje beslut som är nödvändigt för att värna människors liv, hälsa och jobb.

De åtgärder som regeringen och myndigheterna vidtar för att minska takten på smittspridningen behöver balanseras mot vilka effekter det får på samhället och folkhälsan i stort. Vilka åtgärder som vidtas är något som hela tiden omprövas i takt med att lägesbilden ändras.

En viktig utgångspunkt är då att noga överväga den expertkunskap som myndigheterna bidrar med. Expertmyndigheterna kan ge rekommendationer till regeringen om vilka åtgärder de bedömer behöver vidtas, men de kan också själva fatta beslut.³⁹⁶

Regeringen sammanfattade syftet med sitt arbete och sitt beslut i följande sex punkter: (1) begränsa smittspridningen i landet, (2) säkerställa resurser till hälso- och sjukvården, (3) begränsa inverkan på samhällsviktig verksamhet, (4) lindra konsekvenser för medborgare

³⁹⁴ Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi för diagnostik av covid-19*, den 17 april 2020.

³⁹⁵ Konstitutionsutskottets utfrågning av Lena Hallengren, den 9 april 2021.

³⁹⁶ Regeringens webbplats. Regeringens pressmeddelande, *Strategi med anledning av det nya coronaviruset*, den 7 april 2020.

och företag, (5) dämpa oro, och (6) sätta in rätt åtgärder vid rätt tillfälle.³⁹⁷

Det kan även nämnas att texten på regeringens webbplats ändrades någon gång i januari 2021, så att uttrycket ”dvs. att platta till kurvan så att inte väldigt många blir sjuka samtidigt” togs bort. Ändringen gjordes utan någon notering om detta. Statsrådet Hallengren har uppgett att texten ändrades av misstag och att texten återställdes till dess ursprungliga lydelse i februari 2021.³⁹⁸

Konstitutionsutskottet (KU) har i sin granskning av regeringens coronastrategi ansett att det inte finns något konstitutionellt utrymme för regeringen att styra myndigheterna utan regeringsbeslut. Utskottet har därför understrukt betydelsen av att information om regeringens arbete inte kommuniceras på ett sätt som verkar styrande för myndigheternas arbete. KU uttalade vidare att en strategi inte måste tas fram vid en kris utan att det ankommer på regeringen att från fall till fall ta ställning till om en strategi behövs.³⁹⁹ Vi återkommer till regeringens strategi och dess innehåll i vårt slutbetänkande.

Tillfällig ändring i smittskyddslagen

Den 16 april godkände riksdagen regeringens förslag om tillfälliga ändringar i smittskyddslagen för att kunna vidta särskilda åtgärder mot det nya coronaviruset (den så kallade bemyndigandelagen). De tillfälliga ändringarna trädde i kraft den 18 april och gav regeringen rätt att utfärda vissa föreskrifter om särskilda åtgärder.⁴⁰⁰ Föreskrifterna fick avse bl.a. tillfälliga begränsningar för folksamlingar, tillfälliga nedstängningar av köpcentrum, restauranger och gym samt tillfälliga nedstängningar eller begränsningar i fråga om transporter, från hamnar, flygplatser och stationer.⁴⁰¹

Enligt de tillfälliga bestämmelserna fick regeringen även meddela särskilda föreskrifter bl.a. om samverkan mellan regioner och kommuner, om dylika föreskrifter behövdes för att hantera virussprid-

³⁹⁷ Regeringens pressmeddelande, *Strategi med anledning av det nya coronaviruset*, den 7 april 2020.

³⁹⁸ Svar på skriftlig fråga 2020/21:1571, publicerad på Riksdagens webbplats den 10 februari 2021.

³⁹⁹ Konstitutionsutskottets betänkande 2020/21:KU20, s. 12.

⁴⁰⁰ Lag (2020:241) om ändring i smittskyddslagen (2004:168).

⁴⁰¹ 9 kap. 6 a § smittskyddslagen.

ningen och upprätthålla ett effektivt smittskydd.⁴⁰² De utökade möjligheterna att säkerställa samverkan mellan regioner och kommuner skulle avse åtgärder som avsåg att trygga försörjningen av läkemedel och medicinsk utrustning.⁴⁰³

Föreskrifter som meddelats med stöd av dessa bestämmelser skulle omedelbart underställas riksdagens prövning.⁴⁰⁴ Regeringen nyttjade dock aldrig de befogenheter som lagändringen gav och de tillfälliga bestämmelserna upphörde att gälla den 1 juli.

6.4 Sen vår och sommar 2020

Under sommaren 2020 minskade smittspridningen i landet, men tidigare beslutade åtgärder låg i stort sett kvar oförändrade. Folkhälsomyndigheten lättade dock på vissa rekommendationer genom att häva avrådan från icke nödvändiga resor inför sommaren (den 13 juni). Beslutet sades bygga på att alla medborgare fortsatte ta ett stort personligt ansvar och följde rekommendationer om social distans.

Reserestriktionerna blev lättare även då UD undantog större delen av Europa från sin reseavrådan under sommaren och hösten 2020. UD hävde bl.a. avrådan för resa till Norge den 29 juli och till Storbritannien den 14 september.

Tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen

Den 1 juli trädde en ny lag och förordning om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen i kraft.⁴⁰⁵ Lagen och förordningen är tidsbegränsade och gäller till och med den 1 juli 2022. Enligt lagen ansvarar den som driver ett serveringsställe för att lokaler och tillhörande områden utomhus är utformade för att undvika trängsel. Besökare ska kunna hålla säkert avstånd från varandra. Verksamheten ska i övrigt förhindra smittspridning bland besökare så långt som möjligt och det ska finnas rutiner för detta ändamål. Förordningen gav Folkhälsomyndigheten rätt att utfärda föreskrif-

⁴⁰² 9 kap. 6 b § smittskyddslagen.

⁴⁰³ Prop. 2019/20:155 s. 27.

⁴⁰⁴ 9 kap. 6 c § smittskyddslagen.

⁴⁰⁵ Lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen och förordningen (2020:527) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.

ter om smittskyddsåtgärder och begränsningar av öppettider. Sådana föreskrifter meddelades först i november 2020.

6.5 Hösten 2020

I början av hösten 2020 var smittspridningen låg och många hade en förhoppning om att det inte skulle bli fråga om någon andra våg. Vid denna tid lättade regeringen och myndigheterna på vissa tidigare åtgärder. Bl.a. upphörde Folkhälsomyndighetens rekommendation om distansundervisning i gymnasieskolor att gälla den 15 juni och eleverna kunde återvända till skolorna höstterminen 2020. Besöksförbudet på äldreboenden, som hade förlängts flera gånger, upphörde den 1 oktober. Vid samma tidpunkt rekommenderade Folkhälsomyndigheten för första gången så kallad familjekarantän.

I november och december kom sommarens förhoppningar på skam i och med en snabb förändring av smittläget. När pandemins andra våg var ett faktum infördes en rad nya åtgärder. Gränsen för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar sänktes kraftigt, till åtta personer. Inför jul- och nyårshelgerna blev åttapersonersgränsen även ”den nya normen” för alla sociala situationer. Sverige fick se de första begränsningarna för restaurangers servering av alkohol, liksom ett nytt inreseförbud från Danmark och Storbritannien.

Nya riktlinjer från Folkhälsomyndigheten

Även om smittspridningen var relativt låg i början av hösten 2020 lämnade Folkhälsomyndigheten den 1 oktober nya rekommendationer som innebar att även hushållskontakter till en smittad skulle ges förhållningsregler om karantän i hemmet, så kallad familjekarantän. Sådana regler beslutas av den behandlande läkaren och skulle som regel gälla i sju dagar från provtagningsdatum för den smittade personen. Om inga symtom utvecklats rekommenderade myndigheten provtagning av hushållskontakten efter fem dagar. Elever i förskolor, grundskolor och motsvarande skolformer samt gymnasiesärskolan, undantogs dock från rekommendationen. Undantaget gällde även personer i hushållet som tidigare hade ett positivt PCR-test

eller påvisade antikroppar inom sex månader. Den 1 december togs undantaget för förskole- och skolbarn bort.⁴⁰⁶

Den 21 oktober beslutade Folkhälsomyndigheten att de allmänna råden till personer över 70 år och andra riskgrupper skulle upphöra att gälla den 22 oktober. Statsrådet Hallengren uttalade vid en pressträff den 22 oktober att förändringen innebar att alla i Sverige fick samma ansvar för att skydda sig själv och alla andra. Motivet för att häva de särskilda råden till äldre var de många negativa konsekvenserna för äldres hälsa som uppmärksammats, bl.a. i en rapport från Folkhälsomyndigheten.⁴⁰⁷

Bara kort tid efter att besöksförbudet på äldreboenden tagits bort ökade smittspridningen och den 19 november beslutade regeringen om en förordning som gav Folkhälsomyndigheten möjlighet att meddela föreskrifter om att förbjuda besök på särskilda boenden om det behövs.⁴⁰⁸ Förordningen trädde i kraft den 21 november och upphörde att gälla den 1 juni 2021. Myndigheten har med stöd av bemyndigandet meddelat föreskrifter om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre. Dessa föreskrifter har uppdaterats vid flera tillfällen när Folkhälsomyndigheten har meddelat besöksförbud i ett stort antal kommuner.⁴⁰⁹

Deltagarbegränsningar

Den 1 november infördes ett undantag för bl.a. allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med högst 300 deltagare. Undantaget gällde om var och en av deltagarna anvisades en sittplats med minst en meters avstånd till andra deltagare och det även i övrigt skapades förutsättningar för deltagarna att hålla det avståndet till varandra. Ändringen motiverades bl.a. med att det fanns behov av en mer träffsäker reglering. Bara några veckor därefter, från och med den 24 november, ändrades dock gränsen för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar till åtta deltagare.

⁴⁰⁶ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19*, version 2 och 3, den 1 oktober och den 1 december 2020.

⁴⁰⁷ Folkhälsomyndigheten, *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*, den 22 oktober 2020.

⁴⁰⁸ Förordning (2020:979) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.

⁴⁰⁹ HSLF-FS 2020:78 och uppdateringar i HSLF-FS 2021:19, 2021:16, 2021:15, 2021:12, 2021:7, 2021:6, 2021:5, 2021:4, 2021:1, 2020:93, 2020:89 och 2020:88.

Förbudet mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar upphörde att gälla i samband med att den nya tillfälliga särskilda pandemilagen och pandemiförordningen trädde i kraft den 10 januari 2021.⁴¹⁰

Begränsningar på restauranger

Med stöd av den tidigare nämnda förordningen om tillfälliga smittskyddsåtgärder begränsade Folkhälsomyndigheten storleken på det sällskap som fick sitta vid samma bord på serveringsställen, först till åtta personer (från den 3 november) och sedan till fyra personer (från den 24 december).⁴¹¹

Regeringen beslutade den 18 november om en förordning om tillfälligt förbud mot servering av alkohol.⁴¹² Förordningen var tidsbegränsad och upphörde att gälla den 11 april 2021. Servering av alkoholdrycker var förbjuden mellan vissa tider. Inledningsvis, från den 20 november, var servering förbjuden mellan kl. 22.00 och 11.00. Från den 24 december ändrades tiderna till kl. 20.00–11.00 och den 1 mars 2021 ändrades tiderna tillbaka till kl. 22.00–11.00. Folkhälsomyndighetens föreskrifter om att serveringsställen skulle hålla stängt för förtäring vissa tider tog dock över och gällde även efter det att förordningen hade upphört.

Förordningen utfärdades med stöd av ett bemyndigande i alkohollagen (2010:1622) som ger regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, rätten att förbjuda eller inskränka försäljning av alkoholdrycker och alkoholdrycksliknande preparat om det finns synnerliga skäl.⁴¹³

Folkhälsomyndigheten har även i allmänna råd angett att efter det att serveringsstället är utrymt på gäster bör det hållas stängt minst en timme innan det öppnas för servering av mat, lättdryck och folköl.⁴¹⁴

⁴¹⁰ Lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 och förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

⁴¹¹ HSLF-FS 2020:37, HSLF-FS 2020:70 och HSLF-FS 2020:91.

⁴¹² Förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol.

⁴¹³ 3 kap. 10 § första stycket alkohollagen.

⁴¹⁴ HSLF-FS 2020:79.

Inför julledigheten 2020

I en uppdatering av Folkhälsomyndighetens föreskrifter den 14 december, inför kommande julledighet, infördes skärpta nationella föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19. Detta innebar bl.a. allmänna råd om att begränsa sina kontakter till de personer man normalt träffar och på en presskonferens den 8 december uttalade statsminister Stefan Löfven att åtta var den nya normen för alla sociala situationer, inklusive för jul- och nyårsfirande. Den 14 december gjorde även MSB ett sms-utskick till mobiltelefonabbonenter i Sverige med uppmaning att följa de skärpta råden.

Den 21 december beslutade regeringen om en förordning rörande tillfälligt inreseförbud vid resor från Danmark eller Storbritannien till Sverige.⁴¹⁵ Motivet för förordningen var att hindra den nya brittiska varianten av viruset från att föras in i landet eller spridas till andra länder. Utlänningar som reste till Sverige från Danmark eller Storbritannien skulle nekas inresa och avvisas. Samma dag återinförde UD avrådan från icke nödvändiga resor till Storbritannien. Kort därefter, den 30 december, beslutade regeringen att kräva ett negativt testsvar för covid-19 för inresor till Sverige från Storbritannien.

6.6 Våren 2021

Mot slutet av januari hade antalet smittade minskat något men redan mot månadsskiftet februari/mars började antalet stiga igen i en tredje, eller en fortsatt andra våg.

Genom att den nya särskilda pandemilagen trädde i kraft fick regeringen och myndigheterna ökade befogenheter att besluta om smittskyddsåtgärder. Flera helt nya åtgärder infördes, såsom en rekommendation om munskydd i kollektivtrafiken och om att stanna hemma sju dagar efter resor utanför Sverige.

Den 27 maj uttalade regeringen att smittspridningen och antalet sjukhusvårdade covidpatienter minskade kraftigt i takt med att den största vaccinationskampanjen i Sveriges historia varje dag skyddade

⁴¹⁵ Förordning (2020:1258) om tillfälligt inreseförbud vid resor från Danmark eller Förenade kungariket till Sverige.

allt fler från allvarlig sjukdom. Regeringen presenterade därför en plan i fem steg för anpassning och avveckling av restriktionerna.

En tillfällig särskild pandemilag

Den 10 januari trädde en ny särskild pandemilag i kraft och ett komplement i form av den s.k. pandemiförordningen.⁴¹⁶ Lagen och förordningen gäller till och med utgången av januari 2022.

Arbetet med att ta fram förslag till den tillfälliga särskilda pandemilagen hade påbörjats i augusti 2020. Regeringen ansåg att den då gällande lagstiftningen inte gav tillräckligt stöd för att begränsa verksamheter i syfte att motverka trängsel och därmed förhindra smittspridning.

Syftet med pandemilagen var att ge regeringen befogenhet att besluta om fler bindande smittskyddsåtgärder än vad som hittills varit möjligt. Tanken var också att åtgärderna skulle bli mer träffsäkra och bättre anpassade till olika verksamheter.⁴¹⁷

Lagen är en ramlag som ger regeringen befogenhet att besluta om bindande smittskyddsåtgärder och gäller utöver smittskyddslagen och ordningslagen. Lagen gör det bl.a. möjligt för regeringen eller myndigheterna att besluta om smittskyddsregler i fler verksamheter än vad som tidigare varit möjligt. Regeringen kan även begränsa hur stora sällskap som får samlas på allmän plats. Regeringen eller en kommun kan också införa förbud mot att vistas på en viss, särskilt angiven, plats t.ex. en badplats, en stadspark eller liknande. Lagen ger vidare regeringen möjlighet att införa begränsningar för lokaler och utrymmen, exempelvis festlokaler, som hyrs ut för privata sammankomster.

Lagen anger mer allmänt utformade bestämmelser om enskildas och verksamhetsutövers skyldighet att förebygga smittspridning. Den beskriver även vilka särskilda begränsningar som är tillåtna för att förhindra smittspridning och vilka verksamheter och platser som omfattas av reglerna. De är

1. allmänna sammankomster och offentliga tillställningar,

⁴¹⁶ Lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 och förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

⁴¹⁷ Prop. 2020/21:79, s. 1 f.

2. gym- och sportanläggningar, badhus, bibliotek, museer, djurparker, campingplatser och andra platser för fritids- eller kulturverksamhet som är öppna för allmänheten,
3. köpcentrum, varuhus, gallerior, butiker, serviceinrättningar (t.ex. frisörer) och andra handelsplatser som är öppna för allmänheten,
4. kollektivtrafik och inrikes flygtrafik, och
5. platser för privata sammankomster.

Vidare anger lagen att begränsningar endast får ske om dessa är nödvändiga för att förhindra spridningen av covid-19. Dessutom får föreskrifter och beslut inte vara mer långtgående än vad som är försvaret med hänsyn till faran för människors liv och hälsa. Föreskrifterna och besluten bör beakta risken för smittspridning och förutsättningarna i olika verksamheter.⁴¹⁸

Inledningsvis fanns, liksom tidigare i förordning, en gräns för allmänna sammankomster och offentliga tillställningar på åtta deltagare, med undantag för religionsutövning (20 deltagare). Antalet deltagare fick under vissa förutsättningar uppgå till som mest 300 personer.

Vidare fanns bestämmelser om att gym- och sportanläggningar, nöjesparker och handelsplatser skulle begränsa antalet besökare på ett sätt som var säkert från smittskyddssynpunkt. Pandemiförordningen bemyndigar även Folkhälsomyndigheten att meddela ytterligare föreskrifter om krav på smittskyddsåtgärder.

Folkhälsomyndigheten meddelade den 10 januari föreskrifter om att gym- och sportanläggningar, badhus och handelsplatser inte fick ha fler besökare eller kunder än att varje besökare eller kund disponerade minst 10 kvadratmeter av den tillgängliga ytan.⁴¹⁹

Munskydd för allmänheten

Från den 7 januari uppmanade Folkhälsomyndigheten personer födda 2004 eller tidigare att använda munskydd vid resor i kollektivtrafiken under rusningstid. Rådet upphävdes den 28 juni.⁴²⁰

⁴¹⁸ 6 § lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

⁴¹⁹ HSLF-FS 2021:2 och HSLF-FS 2021:23.

⁴²⁰ HSLF-FS 2021:55.

Användning av munskydd av allmänheten, utanför sjukvårdsmiljöer, är en fråga som varit flitigt omdebatterad under pandemin och där Sverige skiljer sig från många andra länder. WHO rekommenderade redan i juni 2020 användning av munskydd i situationer där det är svårt att hålla avstånd till andra, som en åtgärd för att begränsa smittspridningen (s.k. source control). Som exempel på en sådan situation nämndes kollektivtrafiken. WHO konstaterade visserligen att det då inte fanns något högkvalitativt eller vetenskapligt stöd för användning av munskydd av friska personer på allmänna platser, men organisationen rekommenderade ändå munskydd i vissa situationer, som en av flera smittskyddsåtgärder.⁴²¹

Även ECDC rekommenderade munskydd i situationer då det inte är möjligt att hålla avstånd. ECDC skrev på sin hemsida redan i april 2020 att användning av munskydd av allmänheten kunde minska risken för smittspridning. Numer rekommenderar ECDC starkt (på sin hemsida) munskydd såväl i inomhusmiljöer, t.ex. i mataffärer och i kollektivtrafiken, som i trånga utomhusmiljöer. ECDC anger också att barn över 12 år bör använda munskydd.⁴²²

Distansundervisning

Strax före jul 2020 rekommenderade Folkhälsomyndigheten återigen distansundervisning. Men myndigheten förlängde och justerade denna rekommendation från och med den 25 januari, till en kombination av fjärr-, eller distansundervisning och viss närundervisning till och med den 1 april. Den 25 mars meddelade den att rekommendationen inte skulle förlängas ytterligare.

Ändrade reserestriktioner

Den 24 januari återinförde UD avrådan från icke nödvändiga resor till Norge. Dagen efter ändrades förordningen om tillfälligt inreseförbud så att även utlänningar som reser från Norge skulle nekas inresa.

Den 26 januari förlängde UD sin avrådan från icke-nödvändiga resor till alla länder som inte tidigare undantagits till den 15 april

⁴²¹ WHO, *Advice on the use of masks in the context of COVID-19*, den 5 juni 2020.

⁴²² Information på ECDC:s webbplats (besökt den 24 mars 2021).

samt för Storbritannien, Nordirland och Norge tills vidare. Den 31 mars beslutade UD att häva avrådan avseende Storbritannien, Nordirland och Norge samt majoriteten av övriga länder i Europa. Den 24 maj hävde departementet sin reseavrådan till länderna inom EU, EES och Schengenområdet, Storbritannien samt några ytterligare länder. För de länder som inte uttryckligen undantagits har reseavrådan löpande förlängts.

Den 3 februari beslutade regeringen att utländska medborgare måste visa upp ett negativt covid-19-test för pågående infektion vid inresa till Sverige, oavsett varifrån man reser. Syftet var att minska risken för smittspridning av de nya varianter av coronaviruset som upptäckts i flera länder.

Den 5 februari rekommenderade Folkhälsomyndigheten att resenärer skulle hålla sig hemma och undvika nära kontakter med andra personer i sju dagar efter vistelser utanför Sverige.⁴²³

Inreseförbudet har förlängts och förändrats i omgångar. Från den 30 juni krävs vid inresa till Sverige vaccinationsintyg, negativt covid-19-test eller intyg om tillfrisknande. Detta gäller inte för resor från de nordiska länderna och ett fåtal ytterligare länder.

Restriktioner för restauranger

Folkhälsomyndigheten meddelade föreskrifter om att endast en person får sitta vid ett bord på serveringsställen som utgör del av en handelsplats (t.ex. ett köpcentrum). Denna regel gällde först perioden 1 mars–11 april, men förlängdes därefter till och med den 31 maj. Vidare har Folkhälsomyndigheten för samma tidsperiod infört en föreskrift om att serveringsställen skulle hålla stängt kl. 20.30–05.00.⁴²⁴ Från och med den 1 juni fick serveringsställena ha öppet till kl. 22.30 och bestämmelsen om att endast en person fick sitta vid ett bord på serveringsställen som utgör del av en handelsplats upphörde. Den 1 juli togs begränsningen i öppettider bort och antalet besökare vid samma bord höjdes till åtta personer.

⁴²³ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19*, version 8, den 5 februari 2021.

⁴²⁴ HSLF-FS 2021:22.

Regeringens plan för avveckling

Den 27 maj presenterade regeringen en plan för avveckling av restriktioner.⁴²⁵ Planen innehåller fem steg. Steg 1 skulle inledas den 1 juni och innebar ett antal lättnader. Det sista steget innebär att restriktioner och rekommendationer som införts med anledning av covid-19 i princip upphör helt. I planen har regeringen anfört att den är angelägen om en ansvarsfull avveckling av restriktionerna med beredskap för att hantera en situation med ökande smittspridning. Regeringen menar att det därför krävs hög beredskap och kapacitet att övervaka pandemin genom att bibehålla smittspårning och testning på en hög nivå.

Regeringen har anfört att planen för avveckling av restriktioner i huvudsak baseras på Folkhälsomyndighetens rapport *Vidareutveckling och konkretisering av nivåerna för den fortsatta anpassningen av smittskyddsåtgärder för covid-19*, överlämnad till regeringen den 12 maj, samt på dialog mellan regeringen och Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten har utgått från tre nivåer för den fortsatta anpassningen av restriktioner. Respektive nivå ska fastställas av regeringen, efter dialog med myndigheten, genom en samlad bedömning av smittläget, belastningen i hälso- och sjukvården och vaccinationsgraden.

6.7 Tidiga smittskyddsåtgärder i övriga Norden

Våra grannländer har dock vidtagit mer drastiska och strikta åtgärder för att hantera viruset. Vi har redan nämnt några av dessa. Nedan anger vi i kronologisk form de smittskyddsåtgärder våra nordiska grannländer införde fram till och med sommaren 2020, dvs. framför allt under första vågen.

När det gäller Danmark är uppgifterna främst hämtade från den danska rapporten *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020*. För Norge kommer uppgifterna främst från rapporten från den norska Koronakommisjonen, *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* samt bilaga 3 till den danska rapporten (*Norge og covid-19-krisen*). För

⁴²⁵ Regeringens pressmeddelande, *Regeringens plan för avveckling av restriktioner*, den 27 maj 2021 och Socialdepartementets promemoria, *Regeringens plan för avveckling av restriktioner*, den 27 maj 2021.

Finland är uppgifterna främst hämtade från den finska regeringens hemsida. Avseende Danmark och Finland är uppgifter även hämtade från de svar som ambassaderna i Köpenhamn respektive Helsingfors har lämnat på kommissionens frågor.⁴²⁶

Norge

Den 31 januari 2020 klassificerade den norska regeringen covid-19 som en allmänfarlig sjukdom, vilket innebar att den blev anmälningspliktig och att åtgärder i smittskyddslagen kunde användas. Särskilda reseråd för Hubei-provinsen hade utfärdats av utrikesdepartementet redan den 25 januari 2020 och den 6 mars 2020 infördes särskilda reseråd för flera regioner i norra Italien.

Den 12 mars 2020 införde Norge, som statsministern Erna Solberg uttryckte saken, de starkaste och mest ingripande åtgärderna Norge haft i fredstid.⁴²⁷ Åtgärderna tog stöd av den norska smittskyddslagen, vilken ger Hälso- och sjukvårdsdirektoratet långtgående befogenheter att stänga offentliga och privata verksamheter och att införa förbud mot folksamlingar, restriktioner i rörelsefriheten och isolering (se avsnitt 4.1.6). Med stöd av dessa bestämmelser stängdes den 12 mars 2020 alla läroanstalter, kultur- och idrottsarrangemang, nöjesparker, gym, simhallar samt stora delar av restaurangbranschen. Nedstängningen gällde också för frisörer och för andra yrken med nära kundkontakt.

Före de ingripande åtgärderna den 12 mars 2020 hade Folkhälsoinstitutet i en riskrapport från den 25 februari 2020 angett att målet med den norska hanteringen var att stoppa så många fall som möjligt vid landgränsen och därefter bromsa smittspridningen i landet. Folkhälsoinstitutet publicerade även den 29 februari 2020 riktlinjer för pandemibekämpning i vilka betonades att sjukhemmen är en plats där risken är stor för smittspridning då många gamla med underliggande sjukdomar bor nära varandra och en stor andel av de boende har svårt att följa smittskyddsinstruktioner. Dokumentets riktlinjer innefattade bl.a. att personal inom äldreomsorgen som varit i riskområden inte skulle gå till arbetet på 14 dagar och att personal

⁴²⁶ Köpenhamns svar den 23 september och 4 december 2020 och Helsingfors svar den 22 september och den 30 november 2020.

⁴²⁷ Norska regeringens pressmeddelande, *Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset*, den 12 mars 2020.

som fick symtom skulle vara isolerade i hemmet i 14 dagar. Den 6 mars 2020 infördes vissa besöksrestriktioner på äldreboenden.

Den 7 mars 2020 införde Hälso- och sjukvårdsdirektoratet råd om 14 dagars karantän för resande från områden med smittspridning. Den 13 mars 2020 trädde en skyldighet i kraft för alla resande från andra länder än Sverige och Finland att vara i hemkarantän i 14 dagar. Det kan även nämnas att flera kommuner före den 12 mars 2020 hade infört lokala restriktioner, exempelvis för resor och karantän.

Den 11 mars 2020 infördes ett förbud mot folksamlingar på fler än 500 personer. Den 24 mars 2020 rekommenderade Hälso- och sjukvårdsdirektoratet att undvika folksamlingar på fler än fem personer, utanför den egna familjen/hushållet. Denna rekommendation låg fast fram till den 7 maj 2020 då den ändrades till en rekommendation att undvika folksamlingar på fler än 20 personer.

Den 14 mars 2020 avrådde det norska utrikesdepartementet från alla resor till utlandet och dagen efter införde landet omfattande gränskontroller och utläningar utan uppehållstillstånd blev avvissade vid gränsen.

Den 15 mars 2020 stängdes ett flertal offentliga och privata vårdinrättningar såsom fysioterapeuter och psykologer men specialistsjukvården undantogs.

Den 19 mars 2020 införde regeringen ”hyttförbud”, vilket förbjöd invånarna att övernatta i fritidshus utanför den egna kommunen. Innan dess hade regeringen uppmanat folk att inte åka till sina fritidshus. Förbudet var alltså ett svar på att denna uppmaning inte följdes. Hyttförbudet upphävdes den 20 april 2020.

En ny coronalag trädde i kraft den 27 mars 2020. Tidigare lagstiftning hade gett regeringen och sjukvårdsmyndigheterna rättsligt stöd för att vidta smittskyddsåtgärder. Befintliga lagar kunde dock inte användas som stöd för att vidta åtgärder för att mildra de ekonomiska och sociala konsekvenserna av pandemin och dess bekämpning. Regeringen, som lade fram förslaget till den nya coronalagen, hänvisade till att det vid en kris som covid-19-pandemin kunde finnas behov av snabba regeländringar, och att en behandling i Stortinget skulle försvåra detta. Lagen upphävdes den 27 maj 2020.

Den 7 april 2020 uttalade statsministern att samhället skulle öppnas gradvis och kontrollerat. Den 20 april 2020 öppnade förskolor och en vecka senare öppnade även skolor för årskurs 1–4. Den 11 maj 2020 öppnade skolor för alla upp till årskurs 12. Den 7 maj

2020 öppnade kultur- och idrottsarrangemang för personer upp till 50 personer och den 1 juni blev det tillåtet för barer och caféer utan matservering att öppna. Den 15 juni öppnades organiserad utomhusidrott för unga under 20 år och professionell fotboll och kultur- och idrottsarrangemang med upp till 200 personer.

Den 14 augusti 2020 rekommenderade Hälsodirektoratet användning av munskydd i kollektivtrafiken vid trängsel i Oslos kommuner och i andra kommuner där smittspridningen ökade. Munskydd rekommenderades även i kollektiva transporter hem från flygplatser efter resor som medför skyldighet till hemkarantän och för personer som är smittade eller uppvisar symtom under transporter till och från sjukvården och testenheter. Barn omfattades inte av rekommendationerna.

Danmark

I Danmark har statsministern haft en central koordinerande roll i hanteringen av covid-19. Den 6 mars 2020 höll hon sin första presskonferens. Regeringen uppmanade då till senareläggning av arrangemang med fler än 1 000 personer samt att folk skulle undvika att ta i hand eller kramas.

Den 10 mars 2020 avrådde utrikesdepartementet från resor till riskområden i norra Italien, Iran, Kina, Sydkorea och Österrike och flygtrafiken från dessa områden ställdes in.

Den 11 mars 2020 beslutade regeringen om nedstängning av landet i, inledningsvis, två veckor. Strategin var att begränsa och förskjuta smittspridningen. Skolor och förskolor stängdes och offentligt anställda som inte hade samhällsviktiga funktioner skickades hem. Regeringen rekommenderade vidare människor att undvika kollektivtrafik och besök på äldreboenden. Den införde sedan ett förbud mot besök på äldreboenden och sjukhus den 18 mars 2020. Regeringen uppmanade vidare människor att undvika folksamlingar på fler än 100 personer. Dessförinnan, den 3 mars 2020, hade Hälso styrelsen gått ut med rekommendationer om självkarantän efter hemkomst från riskområden. Liksom i Sverige pekade myndigheterna ut ett antal grupper som särskilt sårbara, och därmed tillhörande en riskgrupp. Personer över 70 år – och särskilt de över

80 år – betraktades ha större risk för ett allvarligt sjukdomsförlopp om de smittades med covid-19.

Den 12 mars 2020 beslutade Folketinget om ändringar i pandemi-lagen för att ge regeringen ytterligare möjligheter att vidta åtgärder för att begränsa smittspridningen.

Den 13 mars 2020 annonserade statsministern att gränserna skulle stängas från och med efterföljande dag och fram till den 13 april 2020. Utrikesdepartementet avrådde från alla icke nödvändiga resor och meddelade att alla danskar i utlandet borde återvända hem. Den 14 mars 2020 stängde Danmark sina gränser och började avvisa besökare. Det var dock möjligt att transportera livsmedel, medicin och andra viktiga varor. Danska medborgare kunde dessutom alltid komma in i Danmark.

På en presskonferens den 17 mars 2020 uttalade statsministern

Regeringen har, som jeg har sagt det tidligere, valgt den tilgang, at vi hellere handler hurtigt end for sent, at vi hellere går for langt end for kort.

Samma dag införde regeringen ett förbud mot att samlas fler än tio personer och stängde ned gallerior, frisörer, restauranger och liknande. Nedstängningen för restauranger gällde dock inte take-away. Den 23 mars 2020 meddelade regeringen att alla åtgärder skulle förlängas till den 13 april 2020.

I början av april 2020 presenterade regeringen en plan för en gradvis återöppning av samhället. Parallellt införde den ett nytt spår som skulle möjliggöra utökad testning. Den 15 april 2020 öppnades förskolor och skolor för årskurs 0–5. Frisörer, tandläkare med flera fick åter öppna den 20 april, under iakttagande av vissa förhållningsregler. I början och mitten av maj fick butiker, restauranger och caféer öppna igen och den 18 maj även skolor för årskurs 6–10. Kort därefter öppnade muséer, teatrar och biografier och i slutet av maj även gymnasieskolor och högskolor.

Gränserna öppnades för norska, tyska och isländska turister den 15 juni 2020. Avrådan för icke nödvändiga resor till resten av världen förlängdes till den 31 augusti 2020.

Krav på att bära munskydd i matbutiker och kollektivtrafiken infördes först i den andra vågen, i slutet av oktober 2020.

Finland

Finland införde omfattande och hårda restriktioner i ett tidigt skede av pandemin. Redan den 16 mars 2020 konstaterade regeringen att undantagsförhållanden rådde i landet och landets s.k. beredskapslag skulle tillämpas. Det var första gången som beredskapslagen tillgreps. Lagen gav utrymme för att vidta en lång rad inskränkningar. Utifrån lagen infördes rekommendationer om vård av små barn hemma, begränsning av offentliga sammankomster till tio personer, omfattande nedstängning av statlig och kommunal verksamhet och en rekommendation till andra sektorer att göra detsamma. Förbud mot utomstående besök på äldreboenden och vårdinrättningar, distansarbete för offentlig sektor och rekommendation om detsamma för privat sektor och särskilda anvisningar till personer över 70 år att undvika kontakter utanför hemmet infördes. Dessutom infördes en rekommendation om omedelbar återresa för finländska turister i utlandet och frivillig karantän i 14 dygn efter hemkomst. Vissa rekommendationer hade utfärdats redan före undantagstillståndet.

Undantagsförhållandena innebar också att skolorna i Finland höll stängt från den 18 mars till den 13 maj 2020, med undantag för barn i klass 1–3, som fick möjlighet till vanlig skolgång om deras vårdnadshavare arbetade inom någon samhällsviktig funktion eller om vårdnadshavare bedömde att det var nödvändigt. Dock uppmuntrades vårdnadshavare för dessa barn att i första hand låta dem gå över till distansundervisning.⁴²⁸

Den 17 mars 2020 fattade regeringen beslut om att tillfälligt begränsa trafiken över Finlands gränser. Gods- och fraktrafiken fortsatte men för persontrafik tilläts inledningsvis bara nödvändiga resor och nödvändig arbetspendling över de inre gränserna. Inrikesministern uttalade även att finländare inte alls borde resa utomlands under tiden med stängda gränser.

Den 25 mars 2020 fattade regeringen beslut om att isolera landskapet Nyland (med 1,7 miljoner invånare inklusive Helsingfors) från resten av landet. Den 15 april 2020 upphävdes dessa restriktioner.

Genom en temporär lagändring i slutet av mars stängdes alla restauranger i hela landet, med undantag för take-away.

⁴²⁸ Folkhälsomyndigheten, *Covid-19 hos förskole- och skolbarn, En jämförelse mellan Finland och Sverige*, den 7 juli 2020.

Den nationella coronastrategin uppdaterades den 22 april 2020 och enligt denna skulle restriktionerna avvecklas på ett successivt och kontrollerat sätt. Resor inom landet tilläts och från den 1 juni 2020 infördes flera andra lättnader ifråga om sammankomster, tillställningar och evenemang samt öppettider för offentliga lokaler. Också restauranger och caféer fick öppna för kunder, om än med vissa begränsningar. Den 13 maj 2020 upphörde besöksförbudet. Kontroller och restriktioner vid gränserna förlängdes dock. I mitten av juli avvecklades inrestruktionsåtgärder från tolv europeiska länder och redan tidigare hade de gränskontrollerna lagts ner för trafiken från de nordiska och baltiska länderna, bortsett från Sverige.

Beredskapslagens tillämpning upphävdes den 16 juni 2020 efter regeringens bedömning att pandemin var hanterbar med hjälp av sedvanliga myndighetsbefogenheter. Då avvecklades rekommendationer om omfattande distansarbete och rekommendationerna till personer över 70 år. I augusti 2020 förordade regeringen en rekommendation om användning av munskydd. Beredskapslagen tillämpades därefter endast under en kortare period mellan den 1 mars och den 27 april 2021.

6.8 Internationell jämförelse av tidiga åtgärder

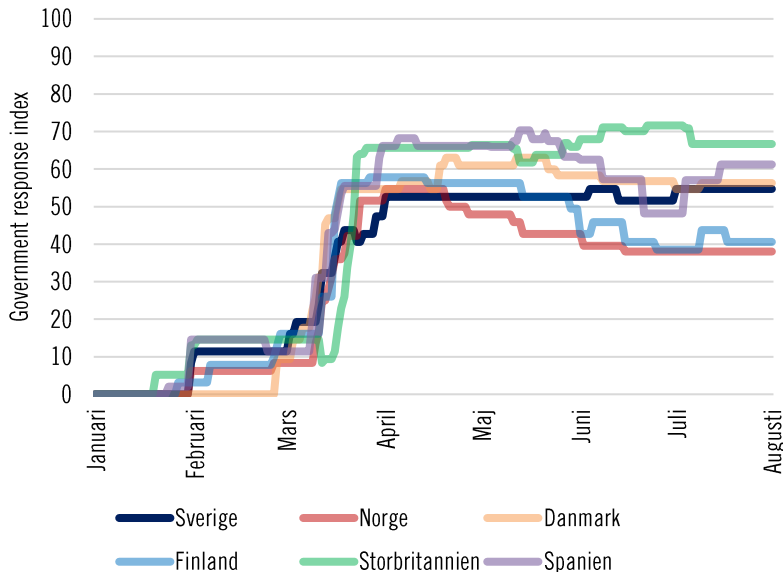
Forskare vid Oxford har alltsedan pandemins början regelbundet ställt samman ett index över de åtgärder för att bekämpa pandemin som olika länder infört vid olika tidpunkter. Indexet väger samman t.ex. begränsningar i människors rörelsefrihet, ekonomiska stöd, skolstängningar, reserestriktioner, policyer kring provtagning och smittspårning samt akuta satsningar på sjukvård. Syftet är att detta index ska möjliggöra jämförelser av åtgärder mellan länder.⁴²⁹ Då samtliga åtgärder i ett land fångas av en enda siffra är jämförelsen givetvis en förenkling. Epidemiologiska indikatorer, till exempel förekomst av smitta, belastning i vården eller dödsfall i covid-19 beaktas inte heller, liksom skillnader i förutsättningar mellan länder. Skillnaderna mellan länderna bör alltså tolkas försiktigt. Med detta i åtanke visar figur 6.1 ändå en jämförelse av de tidiga åtgärderna i sex

⁴²⁹ Hale, T. m.fl. (2021), *Variation in government responses to COVID-19*, BSG-WP-2020/032, version 12.0, Juni 2021.

länder: Sverige, Finland, Norge, Storbritannien, Danmark och Spanien.

Figur 6.1 Internationell jämförelse av sammanvägda åtgärder

1 januari – 31 juli 2020



Källa: The Oxford Covid-19 Government Response Tracker (OxCGRT), Blavatnik School of Government, University of Oxford.

Figuren visar hur de sammanvägda åtgärderna i mars 2020 ökade snabbt i samtliga länder. Ökningen är förhållandevis långsam i Sverige jämfört med övriga länder och planar även ut något tidigare. Under andra halvan av mars och i april 2020 rankas de åtgärder som infördes i Sverige lägst av de länder som ingår i jämförelsen. Under perioden maj till augusti sjönk index för Norge och Finland samtidigt som Sverige låg kvar på samma nivå som under våren. Under den senare delen av perioden utmärkte sig Sverige inte jämfört med de övriga länderna.

6.9 Summering

Folkhälsomyndighetens hemställan den 29 januari 2020 om att förklara covid-19 som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom beskrev

dess möjliga konsekvenser i tämligen dramatiska ordalag. Sedan regeringen beslutat i enlighet med hemställan den 1 februari 2020, har vi inte kunnat finna några regeringsbeslut om förberedande åtgärder, i vart fall inga offentliggjorda sådana under de närmaste fyra-fem veckorna. Det var inte förrän den 5 mars 2020 som regeringen gav ett par inledande uppdrag till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Efter en ytterligare granskning återstår det för kommissionen att bedöma om februari 2020 varit en förlorad månad även för Sverige (så som en internationell expertpanel konstaterat varit fallen för världen i stort⁴³⁰).

Vår genomgång av regeringens och Folkhälsomyndighetens åtgärder från mars 2020 och framåt visar tydligt att vårt land i åtminstone ett grundläggande avseende skiljer ut sig från våra närmaste grannar och många andra länder.

Vad gäller våra nordiska grannländer kan man betrakta dagarna kring den 11–12 mars 2020 som en kritisk omslagspunkt. Då förklarade WHO att det var fråga om en pandemi, att Europa var utbrottets epicentrum och alla tre länderna såg tecken på samhällspridning (liksom Sverige gjorde, i Stockholmsregionen och Västra Götaland). I detta läge vidtog Norges, Danmarks och – en knapp vecka senare – Finlands regeringar en rad skarpa och ingripande åtgärder för att bekämpa smittspridningen. Det rörde sig om nedstängningar av stora delar av samhället, stängda gränser och karantän för invånare som återvände från utlandet. I Norge hade det dessutom redan i slutet av februari utfärdats riktlinjer om att personal inom äldreomsorgen som varit i riskområden inte skulle gå till arbetet på 14 dagar.

Sveriges regering avstod emellertid från åtgärder av det slaget. Undantagen var (i) en gemensam aktion av EU:s medlemsstater att besluta om inreseförbud från länder utanför EU/EEA och, (ii) att begränsa deltagandet i allmänna sammankomster först till 500 personer (från den 12 mars) och sedan till 50 personer (från den 29 mars 2020). Dessutom uppmanade Folkhälsomyndigheten till distansundervisning på gymnasieskolorna, inom komvux samt vid landets högskolor och universitet (den 17 mars).

⁴³⁰ The Independent panel for pandemic preparedness & response, *Covid-19: Make it the Last Pandemic*, maj 2021.

En ytterligare, mer ingripande, åtgärd under våren 2020 var att regeringen den 1 april fattade beslut om besöksförbud på särskilda boenden för äldre.

Våra nordiska grannländer har också varit snabbare än Sverige med att få på plats ny lagstiftning som gav utrymme för längre gående åtgärder.

Riksdagen beslutade i mitten av april 2020 om ny tillfällig lagstiftning, som gav regeringen möjlighet att begränsa eller stänga vissa verksamheter. Men denna lag kom aldrig att användas. Svenska smittskyddsåtgärder – särskilt under våren 2020 – kom i stället att ta formen av allmänna råd och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten.

Att inte följa grannländernas och många andra länders exempel i mitten av mars 2020, utan i stort basera smittskyddet på rekommendationer som befolkningen uppmanades att följa, var ett tydligt svenskt vägval. En utvärdering av detta vägval måste anstå till vårt slutbetänkande, då vi kan ta hänsyn till utvecklingen under ännu någon tid framöver, såväl i Sverige som i andra länder.

Följande kan dock sägas redan nu. I kapitel 13 kan vi visa att ett flertal grupper med lägre socioekonomisk status har drabbats hårdare av pandemin än andra. Det kan förstås finnas flera anledningar till det. Men människor med mindre resurser är oftare trångbodda, tar sig oftare till jobbet med kollektivtrafik och har i större utsträckning yrken som inte medger hemarbete och/eller innebär nära kontakt med andra människor. Det kan därför vara svårare för personer med lägre utbildning eller inkomst att undvika smitta, eller att bli smittade av, andra. Eftersom åtgärderna i huvudsak var av slaget ”stanna hemma om du känner dig sjuk” och ”jobba hemifrån” kan det vara svårare för grupper med lägre socioekonomisk status att ta ett personligt ansvar och följa rekommendationerna.

Under den andra och tredje vågen av pandemin kom en del smittskyddsverktyg till användning, trots att de inte ansetts som ändamålsenliga våren 2020. Exempel är restaurangrestriktioner, råd om testning dag 1 och 5 efter inresa, s.k. familjekarantän (andra än smittade i hushållet bör hålla sig hemma), åtgärder mot trängsel i handeln och användning av munskydd i kollektivtrafiken. Omsvängningarna motiverades dock inte med nyvunnen kunskap, även om det rörde sig om åtgärder som våra grannländer och andra vidtagit

tidigt våren 2020 och som förekom flitigt i det offentliga samtalet även här.

7 Provtagning och smittspårning

I kapitel 6 beskrev vi vad som brukar kallas icke-medicinska åtgärder för att begränsa smittspridning. Vi övergår nu till provtagning och smittspårning som är grundläggande inslag i arbetet med att begränsa och stoppa utbrott av smittsamma sjukdomar. Provtagning kan användas i flera syften: för att ställa individuella diagnoser, övervaka smittspridningen i samhället och utföra screening av personer oberoende av symtom, t.ex. på en arbetsplats.

Den som genom provtagning konstaterats vara smittad kan behöva vidta, eller utsättas för, olika åtgärder. Men den smittades kontakter måste också kartläggas. Smittspårning görs normalt både bakåt i tiden för att identifiera vem eller vad som har smittat den sjuke och framåt i tiden för att följa upp kontakter som den sjuke haft och förhindra att dessa för smittan vidare.

I det första avsnittet (7.1) beskriver vi kortfattat hur ansvaret för provtagning och smittspårning av allmän- och samhällsfarliga sjukdomar generellt ser ut (se också kapitel 4). Vi fortsätter sedan med att i några bakgrundsavsnitt (7.2–7.5) mera allmänt beskriva den s.k. provtagningskedjan och dess beståndsdelar (provtagning med olika slag av tester och laboratorieanalyser av tagna prover), samt smittspårning.

De följande avsnitten (7.6 och 7.7) är också av bakgrundskaraktär och vi går där igenom rekommendationer och vägledning från WHO och EU när det gäller provtagning och smittspårning.

Därefter kommer vi in på situationen i Sverige under pandemin. I avsnitt 7.8 skildrar vi de riktlinjer och beslut om provtagning och smittspårning som främst Folkhälsomyndigheten utfärdat under olika skeden. I avsnitt 7.9 beskriver vi läget vad gäller känd smitta och provtagningsmöjligheter under pandemins inledande skede. En stor fråga under våren 2020 var hur provtagningen skulle kunna ökas kraftigt. I avsnitt 7.10 diskuterar vi därför frågan om ansvaret

för en sådan provtagning i större skala. I avsnitt 7.11 och 7.12 beskriver vi hur laboratoriekapaciteten byggdes ut.

Vi övergår därefter till att försöka skildra provtagning (7.13) och smittspårning (7.14) i praktiken genom att redovisa regionernas erfarenheter. Det gör vi med utgångspunkt i en underlagsrapport som Matilda Almgren, Region Skåne, och Jonas Björk, Lunds universitet, författat. I ett avslutande avsnitt (7.15) gör vi en utblick och jämför Sveriges provtagning och smittspårning med fem europeiska länder. Skildringen bygger på en underlagsrapport som Åke Örtqvist, Karolinska Institutet, har lämnat till kommissionen. Kapitlet summeras i avsnitt 7.16.

I betänkandet och även i detta kapitel använder vi, möjligen något oegentligt, provtagning och testning som synonyma begrepp. På samma sätt ersätts begreppet smittspårning ibland med termen kontaktspårning.

7.1 Ansvar för provtagning och smittspårning

Vi har tidigare, i kapitel 4, redogjort för smittskyddslagstiftningen och det ansvar som ligger på den enskilde, behandlande läkare, smittskyddsläkare och Folkhälsomyndigheten.

Där framgår att en person som misstänker sig bära på en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom är skyldig att uppsöka läkare för att undersökas. Om personen bekräftas smittad är den behandlande läkaren skyldig att anmäla fallet. Det görs på SmiNet som är en elektronisk plattform för anmälan av smittsamma sjukdomar.⁴³¹ I den behandlande läkarens ansvar ligger också att informera patienten om hur hen ska agera för att inte föra smittan vidare, samt att smittspåra runt patienten.⁴³²

Regionerna ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas, dvs. sådana åtgärder som syftar till att hindra spridning av smittsamma sjukdomar. Varje region är således ansvarig för att provtagning och analys utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen och smittskyddslagen. Regionen ansvarar också för att smittspårning vid fall av smittspårningspliktig sjukdom vidtas inom regionens område.

⁴³¹ SmiNet är ett samprojekt mellan Folkhälsomyndigheten och regionernas smittskyddsläkare för nationell och regional övervakning enligt smittskyddslagen.

⁴³² 4 kap. 1–3 §§ smittskyddslagen.

I regionerna har smittskyddsläkaren det samlade ansvaret för smittskyddsarbetet. Dennes uppgift är bl.a. att planera, organisera och leda smittskyddsarbetet. Smittskyddsläkarens placering inom regionens struktur kan variera men smittskyddsansvaret är detsamma och det huvudsakliga syftet är att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar till och mellan människor. När det gäller beslut om resurser, exempelvis för uppbyggnad av storskalig provtagning och smittspårning, ligger detta på regionen.

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordningen av smittskyddet på nationell nivå. Myndigheten tar fram föreskrifter, rekommendationer och vägledningar till hälso- och sjukvårdspersonal.⁴³³ Sedan januari 2020 har myndigheten tagit fram ett flertal rekommendationer och vägledningsdokument för provtagning och smittspårning för covid-19. Se vidare avsnitt 7.8.

Folkhälsomyndigheten övervakar SmiNet på nationell nivå och ansvarar för att rapportera hälsohot till WHO, samt till EU:s system för tidig varning och reaktion (EWRS).⁴³⁴

Anmälningsplikt och smittspårningsplikt

Genom regeringens beslut den 1 februari 2020 att bestämmelserna i smittskyddslagen om allmän- och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på covid-19 blev sjukdomen anmälningspliktig och smittspårningspliktig.⁴³⁵

Enligt smittskyddsförordningen får Folkhälsomyndigheten meddela föreskrifter om undantag från anmälningskyldigheten. Det har skett vid tre tillfällen.⁴³⁶

Den 1 april beslutade Folkhälsomyndigheten en begränsning som i huvudsak innebar att misstänkta fall utanför sjukhus och SÄBO inte skulle anmälas. Däremot kvarstod anmälningsplikten för behandlande läkare som misstänker eller konstaterar att en patient som läggs in eller vårdas på sjukhus har covid-19, liksom för äldre person på SÄBO med misstänkt eller konstaterad covid-19. Anmäl-

⁴³³ Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 12 maj 2021).

⁴³⁴ Uppgifter hämtade från ECDC:s webbplats (besökt den 12 maj 2021).

⁴³⁵ Förordningen (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmän- och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.

⁴³⁶ 5 § smittskyddsförordningen samt HSLF-FS 2020:10, HSLF-FS 2020:23 och HSLF-FS 2020:45.

ningsplikten kvarstod också för läkare vid mikrobiologiskt laboratorium eller för den som är ansvarig för ett sådant laboratorium.⁴³⁷

Den 28 april 2020 beslutade Folkhälsomyndigheten att covid-19 endast skulle anmälas av läkare vid ett mikrobiologiskt laboratorium eller av den som är ansvarig för ett sådant laboratorium, samt av läkare som utför obduktion, alltså inte längre av behandlande läkare. Men Folkhälsomyndigheten gav smittskyddsläkare möjlighet att besluta om en längre gående anmälningsplikt för sin region.⁴³⁸

Enligt Folkhälsomyndigheten beslutades dessa undantag för att ge regionerna stöd i sina prioriteringar eftersom många regioner saknade kapacitet att provta och/eller smittspåra runt varje fall med misstänkt covid-19.⁴³⁹

Enligt den senaste versionen av föreskrifterna som gäller från och med den 1 oktober 2020 ska ”misstänkta” fall av covid-19 inte anmälas.⁴⁴⁰ Alla övriga undantag togs bort. Därmed gäller alltså anmälningsplikten för alla fall av bekräftad covid-19.

7.2 Provtagningskedjan för diagnostisering av covid-19

Vi inleder nu med att helt kort beskriva den s.k. provtagningskedjan, dvs. de huvudsakliga moment som följer på en misstanke om att en person kan ha smittats av covid-19 fram till dess att hen får besked om huruvida så är fallet eller inte. Provtagningskedjan för diagnostisering av covid-19 bygger på samma principer som annan provtagning.

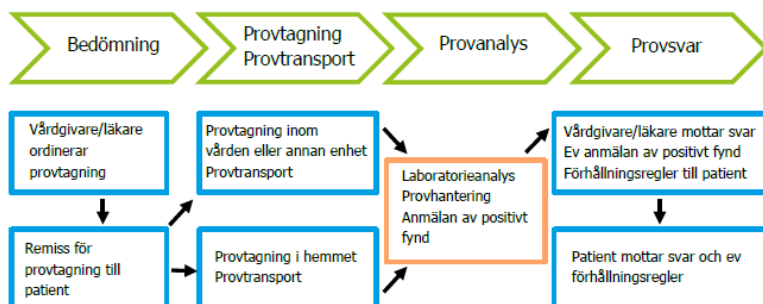
⁴³⁷ HSFL-FS 2020:10.

⁴³⁸ HSLF FS 2020:23

⁴³⁹ Folkhälsomyndigheten, Svar på frågor från Coronakommissionen, den 31 augusti 2021.

⁴⁴⁰ HSLF-FS 2020:45.

Figur 7.1 Provtagningskedjan PCR-test



Källa: Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för analys av covid-19, version 7*, den 4 maj 2021.

Kedjan har alltså fyra huvudmoment. Först görs en bedömning av om ett prov bör tas. Kravet på remiss har så småningom hävts och den som tror sig kunna vara smittad har själv kunnat boka provtagning. Detta görs efter en automatiserad bedömning⁴⁴¹ av de svar den sjuke själv lägger in för att kunna beställa provet. Sedan provtagning väl har skett transporteras provet till ett mikrobiologiskt laboratorium för analys. Den enskilde får besked oavsett resultat medan bl.a. vårdgivare underrättas vid positiva provsvar som ska anmälas för registrering i SmiNet.

Därefter vidtar, när det gäller allmän- och samhällsfarliga sjukdomar, smittspårning som vi skildrar i avsnitt 7.5.

7.3 Provtagning av covid-19

Det första steget i det vi kallar provtagningskedjan är förstås själva provtagningen. Vi skildrar här olika syften med provtagning i en pandemi och beskriver olika slag av tester som kommit till användning samt vad som behövs i form av material och personal.

Ur smittskyddssynpunkt är det övergripande syftet att identifiera smitta och förhindra fortsatt smittspridning.

Från ett kliniskt perspektiv och från den sjukas perspektiv är det viktigt att diagnostisera för att kunna ge och få rätt behandling och vård. Här är det alltså fråga om att tillgodose ett medicinskt behov.

⁴⁴¹ Bedömningen görs utifrån provtagningskriterier som regionen tillämpar.

Screening

Screening innebär att man provtar en grupp personer trots att det inte finns någon misstanke om covid-19 hos den enskilda individen. Syftet är att fånga upp personer som har covid-19, eller som är på väg att bli sjuka, utan att de upplever några symtom. Screening ska ses som en insats utöver övriga skyddsåtgärder.⁴⁴²

Epidemiologisk övervakning

Provtagning är också viktig för att övervaka förekomst av virus och trender i utvecklingen av en pandemi. Om alla med symtom uppmanas att testa sig, så blir övervakningen av antalet positiva tester en viktig del av den epidemiologiska övervakningen, men här beror tillförlitligheten på hur stor andel av de med symtom som faktiskt testar sig. WHO har dock ansett att om andelen positiva PCR-tester är under 5 procent kan staten antas ha en god kontroll på omfattningen av spridningen i samhället.⁴⁴³

Provtagning för epidemiologisk övervakning görs också genom kohortstudier och sentinelövervakning.⁴⁴⁴ I kohortstudier får utvalda individer erbjudande om att ta prov på sig själva i de övre luftvägarna. Provet analyseras sedan för förekomst av viruset.⁴⁴⁵ Sentinelövervakning bedrivs egentligen för att uppskatta omfattning av influensa, men analyserna innefattar sedan början av mars 2020 också covid-19.⁴⁴⁶

⁴⁴² Screening av symptomfria kan användas som verktyg för att skydda särskilt utsatta, exempelvis genom screening av vårdpersonal och av patienter inför inläggning på sjukhus eller vårdinrättning. Folkhälsomyndigheten, *Teststrategi för covid-19 under 2021, version 1*, den 24 mars 2021.

⁴⁴³ WHO angav denna gräns som ett mått på att utbrottet är under kontroll och att det kan vara möjligt att lätta på restriktioner. Tolkningen måste dock göras i ett sammanhang, där antalet positiva provsvar vägs in. Procentandelen måste också tolkas med försiktighet då provtagningsfrekvens kan se olika ut i olika delar av befolkningen.

⁴⁴⁴ För epidemiologisk övervakning använder Folkhälsomyndigheten en rad olika källor. Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 19 maj 2021).

⁴⁴⁵ Kohortstudier för att undersöka prevalens av covid-19 och av immunitet har regelbundet genomförts nationellt och regionalt av Folkhälsomyndigheten.

⁴⁴⁶ Sentinel är det engelska ordet för spejare. För att upptäcka och följa influensautvecklingen tar läkare inom öppenvården näsprov från patienter med influensaliknande sjukdom som Folkhälsomyndigheten sedan analyserar. Från och med vecka 10 år 2020 analyseras proverna för både influensa och covid-19. Uppgifter hämtade från Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 30 september 2021).

Diagnos av covid-19 genom provtagning

Virusinfektioner påvisas som regel med s.k. molekylärbiologiska metoder. Genom mätning av koncentrationen av virusnukleinsyra (en del av virusets arvsmassa), kan smittrisker, virusinfektionens betydelse för patientens sjukdom och effekten av antiviral behandling bedömas. Genom s.k. sekvensering eller genotypning av virusnukleinsyra kan undergrupper av ett virus bestämmas och mutationer påvisas. Virusdiagnostik innefattar också serologiska analyser som syftar till att identifiera antikroppar som är specifika för olika virus. Antikroppar kan påvisa genomgången eller aktuell infektion.⁴⁴⁷

För att undersöka om en person bär på SARS-Cov-2 används i huvudsak två metoder: PCR-metoden eller antigen-test-metoden. För att undersöka om en person har genomgått en covid-19-infektion undersöker man om personen bär på antikroppar mot SARS-Cov-2.

I diagnostik mäts ett tests prestanda utifrån hur känsligt det är (sensitivitet) och hur väl det känner igen det specifika viruset (specificitet). En hög sensitivitet innebär att det är en hög andel av proverna från individer som bär på viruset som får ett positivt utslag. En hög specificitet innebär att det är en hög andel individer utan sjukdomen som får ett negativt resultat vid testning.

När det gäller smittsamma sjukdomar är båda viktiga. Sensitiviteten är viktig eftersom en person med ett falskt negativt svar riskerar att föra smittan vidare. Om specificiteten å andra sidan är låg riskerar man att få en större andel falskt positiva svar, vilket kan leda till onödiga inskränkningar i den enskildes liv och onödiga samhällskostnader.⁴⁴⁸ Vid testning i stor skala, särskilt i områden där förekomsten av virus är låg eller vid testning av stor andel asymtomatiska personer finns en ökad risk för falskt positiva resultat.⁴⁴⁹ Falskt negativa resultat kan också förekomma tidigt eller sent i förloppet, om för lite material kommit med vid provtagningen, om provet förvarats fel eller, när det gäller covid-19, om den sjuke inte har typiska symtom från luftvägarna.⁴⁵⁰

⁴⁴⁷ Lindh, Magnus, *Virologisk diagnostik*, www.internmedicin.se (besökt den 15 maj 2021).

⁴⁴⁸ SBU:s metodbok, *Bilaga 10, Statistiska begrepp i medicinska utredningar*, 2014.

⁴⁴⁹ Hagberg, Lars, *Covid-19, diagnostik*, www.internetmedicin.se.

⁴⁵⁰ Folkhälsomyndigheten, *Användning av PCR för påvisning av covid-19*, den 10 juni 2020.

PCR-test

Syftet med ett PCR-test är att påvisa virusets arvsmassa.⁴⁵¹ Metoden används för att förstärka och påvisa virusets arvsmassa i ett prov. Nukleinsyra är den del av virusets arvsmassa som undersöks, varför denna typ av test benämns ”nukleinsyra-test”.⁴⁵² En fördel med denna metod är att det krävs en mycket liten mängd virus i ett prov för att ge ett positivt utslag, den har med andra ord en hög sensitivitet. Tekniken möjliggör även en hög grad av igenkänning av det specifika viruset, en hög specificitet.⁴⁵³ PCR-prover kan analyseras för att undersöka eventuella virus-mutationer – sekvensering. Detta är inte en analys som utförs regelmässigt men som i allt större utsträckning används för att upptäcka och följa spridning av virus-mutationer.⁴⁵⁴ I kapitel 3 har vi redovisat antaganden om virusets spridning i Sverige grundat bl.a. på sekvensering.

Pandemins omfattning har medfört att den globala efterfrågan på tester är stor. Det har därför utvecklats ett stort antal PCR-tester. PCR-prov för diagnos av covid-19 tas som regel från nässvalget eller från näslemhinnan och svalget. Även saliv analyseras. Provtagning kan utföras av hälso- och sjukvårdsutbildad personal eller av patienten själv.⁴⁵⁵

Antigentest – snabbtest

Ett antigen är ett främmande ämne som sätter igång ett immunsvår, i det här fallet ett virus eller komponenter i ett virus. Ett antigenest syftar till att påvisa om en person bär på ett visst sorts antigen. Antigenester är i allmänhet enkla att använda och analysera och kan ge resultat inom några minuter.⁴⁵⁶

Antigenester är generellt sett mindre tillförlitliga än PCR-test eftersom det behövs högre virusnivåer i provet för att de ska ge ett positivt resultat. Antigenesters tillförlitlighet beror bl.a. på när i in-

⁴⁵¹ För det används en metod som benämns RT-PCR (Realtids Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction).

⁴⁵² L. Hagberg, *Covid-19, diagnostik*, www.internetmedicin.se.

⁴⁵³ Folkhälsomyndigheten, *Användning av PCR för påvisning av covid-19*, den 10 juni 2020.

⁴⁵⁴ Idem.

⁴⁵⁵ Folkhälsomyndigheten (2020), *Provtagning vid PCR-påvisning av SARS-CoV-2 i de övre luftvägarna. En litteratursammanställning*.

⁴⁵⁶ Folkhälsomyndigheten, *Antigenester vid påvisning av covid-19, version 1*, den 21 oktober 2020.

fektionsförloppet de används. Virusmängden är ofta högre relativt tidigt i infektionsförloppet.⁴⁵⁷

Rekommendationerna för när antigen tester kan användas har vidgats under pandemins förlopp och i Folkhälsomyndighetens senaste vägledning kring provtagning (april 2021) föreslås att antigen tester kan användas som ett komplement till PCR-testning när det exempelvis finns behov av ökad testkapacitet, vid smittspårning och vid behov av snabb testning av patienter som söker sjukvård. Antigen tester har under pandemin även använts vid screening på arbetsplatser.⁴⁵⁸ Även om ett negativt testresultat inte utesluter covid-19 medför ett positivt testresultat att smittkedjor tidigt kan brytas.⁴⁵⁹ Det finns även kommersiella test-kit för självtester.⁴⁶⁰

Antikroppstester – serologi

Antikroppar är proteiner – s.k. immunglobuliner (Ig) – som bildas av kroppens immunsystem när den utsätts för ett antigen. Antikroppar binder till sig och verkar på så sätt hämmande på antigenet. Det finns en rad olika sorters antikroppar.⁴⁶¹

Antikroppstester kan användas för att undersöka hur många personer som har haft covid-19 genom s.k. populationsbaserade sero-epidemiologiska undersökningar. De kan också användas på individuell nivå och som komplement till PCR-tester vid diagnostik av covid-19, exempelvis om sjukdomssymtom kvarstår när virusmängderna hunnit sjunka till icke påvisbara nivåer.⁴⁶² Ett negativt antikroppssvar kan innebära att personen har så låga nivåer att de inte kan påvisas av det test som används eller att testet inte påvisar antikroppar som utvecklas efter vaccinering.⁴⁶³ Ett negativt antikroppssvar utesluter därför inte helt att personen kan ha haft en infektion

⁴⁵⁷ Idem.

⁴⁵⁸ Folkhälsomyndigheten påpekar dock att s.k. ”screening” bygger på frivillighet.

⁴⁵⁹ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för användning av antigen tester vid covid-19, Version 3*, den 19 april 2021.

⁴⁶⁰ Dessa ska vara CE-märkta, om inte dispens har medgivits av Läkemedelsverket. Tolkning av negativt respektive positivt svar måste göras med försiktighet. Vid ett positivt svar ansvarar personen själv för att ta kontakt med hälso- och sjukvården för vidare handläggning.

⁴⁶¹ Kroppen bildar fem huvudgrupper av antikroppar: IgA, IgD, IgE, IgG och IgM. Även IgA bildas vid covid-19 som slemhinneförsvaret.

⁴⁶² Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för antikroppspåvisning vid covid-19, Version 4*, den 3 september 2020.

⁴⁶³ Antikroppstesterna för att mäta genomgången infektion respektive för att mäta vaccinsvar skiljer sig åt, dvs. de mäter antikroppar mot olika delar av viruset.

och betyder inte heller att hen har skydd genom vaccination.⁴⁶⁴ Antikroppstester tas genom ett venöst blodprov av utbildad hälso- och sjukvårdspersonal och analyseras på kliniskt laboratorium. Det finns också flera snabbtester på marknaden, där en snabbanalys görs av en bloddroppe efter ett stick i fingret.

Material och personal

För att utföra ett PCR-test krävs materiel i form av en provtagningspinne⁴⁶⁵ samt provrör, kork och ett transportmedium, en vätska som man tillför provmaterialet.⁴⁶⁶ Ett antigentest som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal utförs som regel med provpinne avsedd för provtagning i nässvalget. Vilken nivå på personlig skyddsutrustning som föreskrivs för hälso- och sjukvårdspersonal som utför provtagning för att diagnostisera covid-19 har varierat något under pandemin.⁴⁶⁷

7.4 Mikrobiologiska laboratorier

Om provtagning ska vara meningsfull måste proven kunna analyseras. Det sker vid kliniska mikrobiologiska laboratorier.

Laboratoriediagnostik av smittsamma sjukdomar sorterar under den medicinska specialiteten klinisk mikrobiologi. Klinisk mikrobiologi innefattar analyser och diagnostik av infektioner orsakade av bakterier, virus, svampar och parasiter.⁴⁶⁸ Provtagning och laboratoriediagnostik är medicinska åtgärder som faller under hälso- och sjukvårdslagen och regionerna har ansvar för verksamheten.

Den kliniska mikrobiologiska laborativa verksamheten i Sverige har genomgått omfattande organisatoriska förändringar sedan 1990-talet. Tidigare utfördes, utöver regionernas egen mikrobiologiska

⁴⁶⁴ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för antikroppspåvisning vid covid-19, Version 6*, den 25 februari 2021.

⁴⁶⁵ I nässvalgsprovtagning, eller för svalg och nashåleprovtagning förekommer även s.k. MTP-pinnar Mid turbinate prov (MTP), en särskild provtagningspinne som förs in i näsan så långt att det tar stopp.

⁴⁶⁶ Folkhälsomyndigheten (2020), *Provtagning vid PCR-påvisning av SARS-CoV-2 i de övre luftvägarna, En litteratursammanställning*.

⁴⁶⁷ Provtagningsanvisningar för egenprovtagning, VGR, Region Stockholm m.fl., på 1177:s webbplats.

⁴⁶⁸ Påvisning av multiresistenta bakterier, antibiotikaresistensbestämning och vårdhygieniskt arbete är också centrala verksamheter inom klinisk mikrobiologi.

laboratorieverksamhet, en viktig andel av analyserna inom den statliga laborativa verksamheten. Verksamheten bedrevs vid Statens Bakteriologiska Laboratorium fram till 1993 och vid Smittskyddsinstitutet från år 1993 till 2013. Sedan 2014 är den förlagd vid Folkhälsomyndigheten. Volymmässigt hanteras numera i princip all klinisk mikrobiologisk laboratorieundersökning av regionerna.⁴⁶⁹

Hälso- och sjukvårdens behov tillhandahålls av 24 olika kliniska laboratorier. Verksamheter som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården står under tillsyn av IVO.⁴⁷⁰

Ett nationellt laboratorienätverk, Slim, med nationella referenslaboratorier för olika områden inrättades 2017.⁴⁷¹ Nätverket ägs av landets 21 regioner och Folkhälsomyndigheten.⁴⁷² Inom Slim finns ett antal nationella referenslaboratoriefunktioner (NRL) som har tilldelats ansvar att säkra och kvalitetssäkra analyskapacitet för 37 olika mikrobiologiska områden.⁴⁷³

Sjukvårdshuvudmännen inom respektive region ansvarar för hälso- och sjukvårdens behov av mikrobiologiska undersökningar inklusive undersökningar enligt smittskyddslagen, undersökningar vid utbrott av smittsam sjukdom samt kvalitets- och metodutveckling av denna verksamhet. Kostnader för analyser som regionens laboratorier utför täcks inom regionen, eller av de regioner som beställt analyserna.⁴⁷⁴

När mikrobiologiska laboratorier gör PCR-analyser ska Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2018:4) om smittrisker tillämpas vid hantering av provmaterial och andra skyddsåtgärder vidtas.⁴⁷⁵ Analyser genomförs i en särskild PCR-maskin.

⁴⁶⁹ Folkhälsomyndigheten (2015), *Ett laboratorienätverk för smittskydd och mikrobiologi i Sverige, Överenskommelse om ansvar för funktioner av betydelse för ett laboratorienätverk*.

⁴⁷⁰ 7 kap. 2 § PSL.

⁴⁷¹ Folkhälsomyndigheten, *Ett laboratorienätverk för smittskydd och mikrobiologi i Sverige, Överenskommelse om ansvar för funktioner av betydelse för ett laboratorienätverk*, 2015.

⁴⁷² Folkhälsomyndighetens webbplats (besökt den 8 juni 2021).

⁴⁷³ Idem.

⁴⁷⁴ Folkhälsomyndigheten har ansvar för att bistå laboratorier som bedriver diagnostik för ett effektivt smittskydd med kunskapsstöd inom biosäkerhet och kvalitetssäkring. Myndigheten ska också bistå vid utbrottsshantering och upprätthålla den laboratorieberedskap som behövs för detta. Analyser som sjukvårdshuvudmännen beställer av Folkhälsomyndigheten kostnads-täcks genom avgifter. Folkhälsomyndigheten täcker kostnaderna för övrig verksamhet, inklusive kunskapsstöd, Folkhälsomyndigheten (2015), *Ett laboratorienätverk för smittskydd och mikrobiologi i Sverige, Överenskommelse om ansvar för funktioner av betydelse för ett laboratorienätverk*.

⁴⁷⁵ Den ursprungliga rekommendationen var att analys skulle ske på laboratorier med skyddsnivå 3 – Detta baserades enligt Folkhälsomyndigheten på försiktighetsprincipen. Efter att en

7.5 Smittspårning av covid-19

När ett laboratorium har lämnat ett positivt provsvar bör smittspårning ske. Det gäller alltså att utreda vilka personer den smittade varit i kontakt med på ett sådant sätt att smittan kan ha förts vidare. En viktig del i smittspårningen är att också spåra bakåt i tiden, alltså att utröna vem som smittat den smittade för att på så sätt hitta och stoppa fler smittkedjor.

Kontakter

De som varit exponerade för smittrisk brukar benämnas ”kontakter”. Tabell 7.1 visar de avvägningar som WHO, ECDC och Folkhälsomyndigheten var för sig har gjort vad gäller smittspridning i olika kontaktsituationer.

riskbedömning gjorts, vilket var gjort redan innan andra kliniskt mikrobiologiska laboratorier i landet tog upp diagnostiken, gjordes en bedömning att diagnostik kunde ske på skyddsnivå 2 med mikrobiologisk säkerhetsbänk klass II *Svar på frågor från Coronakommissionens utredningssekreterare*, den 6 juni 2021.

Tabell 7.1 Definition av kontakter för smittspårning vid covid-19

WHO Kontakt	ECDC		Folkhälsomyndigheten Kontakt
	Högriskkontakt	Lågriskkontakt	
Person som befunnit sig på ett avstånd mindre än en meter, ansikte mot ansikte med en bekräftad eller sannolikt smittsam person under en period av minst 15 minuter.	Person som har haft ansikte-mot-ansikte-kontakt med ett covid-19-fall, inom två meter i mer än totalt 15 minuter under en 24-timmars-period.	Person som har haft ansikte-mot-ansikte-kontakt med ett covid-19-fall inom två meter i mindre än 15 minuter.	Person som befunnit sig inom 2 meter, sammanlagt 15 min eller mer under 24 timmar.
Person som har haft direkt fysisk kontakt med ett sannolikt eller bekräftat fall.	Person som har haft fysisk kontakt med ett covid-19-fall eller med smittsamma utsöndringar.		Hänvisning till ECDC.
Personer som vårdat en patient med sannolik eller bekräftad covid-19-sjukdom utan användning av rekommenderad personlig skyddsutrustning.	Vårdpersonal som exponerats vid vård av covid-19-sjuk eller laboratorieverksamhet med smittsamt ämne utan adekvat skyddsutrustning.	Vårdpersonal som vårdat en covid-19-sjuk eller hanterat laboratoriematerial med adekvat skyddsutrustning och har utfört lämplig handhygien.	Hänvisning till ECDC.
Andra situationer som anges i lokala riskbedömningar.	De som vistas i en sluten miljö med covid-19-sjuk, såsom ett hushåll, klassrum, mötesrum, sjukhusvåntrum eller under en resa under mer än 15 minuter.	De som vistas i en stängd miljö eller rest med ett covid-19-fall i mindre än 15 minuter. ⁴⁷⁶	Hänvisning till ECDC

Källor: WHO,⁴⁷⁷ ECDC⁴⁷⁸ och Folkhälsomyndigheten.⁴⁷⁹

⁴⁷⁶ Förtydliganden har gjorts från ECDC:s tidigare versioner vad gäller för resande med flyg, kryssningsfartyg och för kontakter vid smitta på skolor (vilka situationer som anses vara låg risk respektive hög risk. ECDC, *Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed*, april 2020.

⁴⁷⁷ WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19, Interim guidance*, den 10 maj 2020, uppdaterad den 1 februari 2021.

⁴⁷⁸ ECDC, *Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed*, april 2020, och ECDC, *Contact tracing: public health management of persons who have had contact with COVID-19 cases*, den 18 november 2020.

⁴⁷⁹ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 1*, den 22 juli 2020.

Tidsaspekter

Tidsaspekten är avgörande i flera led. För att möjliggöra effektiv smittspårning är det viktigt att en person provtas i så nära anslutning som möjligt till att hen blivit smittsam, särskilt om det rör sig om en relativt kort inkubationstid. Tidig provtagning kan minimera antalet kontakter innan den smittsamme personen blir diagnostiserad, vilket gör det lättare för personen att redogöra för sina kontakter. Dessutom ökar chansen för att man genom smittspårningen ska nå dessa kontakter i tid för att stoppa fortsatt smittspridning. Inkubationstiden för covid-19 beräknas till 2–14 dagar. Medianinkubationstiden är fem till sex dagar.

Smittsamheten inträder enligt ECDC upp till 48 timmar före symtomdebut⁴⁸⁰ och bedöms vara som störst i början av sjukdomen.⁴⁸¹ Även WHO anger att smittsamhet ska räknas från 48 timmar före symtomdebut.⁴⁸² Folkhälsomyndigheten angav tidigare 24 timmar, men ändrade detta till 48 timmar i februari 2021, ett år in i pandemin.⁴⁸³

För att smittspårningen ska bryta smittspridningskedjan helt bör kontakter ha informerats och vidtagit åtgärder innan de själva riskerar bli smittsamma. Smittspårningen måste därför påbörjas så snart som möjligt efter en diagnos. WHO och ECDC anger 24 timmar som en kvalitetsindikator.⁴⁸⁴

Digitala verktyg

Ett stort antal digitala verktyg har utvecklats under pandemin för användning vid smittspårning, exempelvis digitala plattformar där den smittade själv kan fylla i och få hjälp med smittspårningsaktivi-

⁴⁸⁰ Kunskap om presymtomatisk smittsamhet och inkubationstider ökar successivt. Dock föreslår ECDC 48 timmar före symtomdebut redan i april 2020: *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update*, den 8 april 2020.

⁴⁸¹ Det förekommer dock rapporter om enstaka fall med ännu tidigare smittsamhet och en del smittade utvecklar aldrig symtom, men kan ändå vara smittsamma. ECDC, *Contact tracing: public health management of persons who have had contact with COVID-19 cases*, den 18 november 2020.

⁴⁸² WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19 Interim guidance*, 10 maj 2020

⁴⁸³ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 9*, den 26 februari 2020.

⁴⁸⁴ ECDC, *Contact tracing: public health management of persons who have had contact with COVID-19 cases*, den 18 november 2020.

teter eller andra lösningar som kan användas för datainsamling vid smittspårning.

Dessutom har många mobila applikationer utvecklats (mobilappar) som kan användas för att snabbt meddela en person om denne varit nära någon med covid-19-smitta. WHO och ECDC anser att det finns fördelar med mobilappar, som ett kompletterande verktyg till mer traditionell smittspårning, särskilt om smittspridningen är omfattande. De påpekar samtidigt att det i dagsläget inte är kartlagt hur effektiva dessa verktyg är.⁴⁸⁵

EU-kommissionen framhåller i en rekommendation vikten av att den personliga integriteten vid kontaktspårning måste bevaras och regleras, samt att olika mobilappar inom EU bör vara kompatibla för att effektivisera smittspårning över landsgränserna inom EU.⁴⁸⁶ I de flesta EU-länder som infört mobilappar för kontaktspårning, har andelen invånare som laddat ner applikation varit relativt låg. Den kompatibilitetsplattform som föreslogs av kommissionen har inte använts av alla länder.⁴⁸⁷

I Sverige har mobilappar för smittspårning inte använts. Under våren 2020 tog MSB initiativ till att utveckla ett digitalt verktyg där syftet var att låta människor rapportera sjukdomsfall för att ge en tydligare bild av pandemin i Sverige. Det rörde sig alltså inte om en egentlig smittspårningsapp utan verktyget var mer avsett för ”testning” av symtomförekomst. Verktyget bedömdes av Folkhälsomyndigheten inte kunna tillföra något mervärde till den informationsinhämtning, respektive informationsförmedling som fanns och finns tillgänglig via 1177. Det fanns därutöver, enligt Folkhälsomyndigheten, ett flertal juridiska och etiska frågeställningar som behövde utredas ytterligare.⁴⁸⁸ Dan Eliasson, tidigare generaldirektör vid MSB, har emellertid vid utfrågning hos kommissionen och i kon-

⁴⁸⁵ ECDC, *Contact tracing: public health management of persons who have had contact with COVID-19 cases*, den 18 november 2020, WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19, Interim guidance*, den 1 februari 2021. ECDC, *Mobile applications in support of contact tracing for COVID-19. A guidance for EU/EEA Member States*, den 10 juni 2020.

⁴⁸⁶ European Commission (2020), *Commission recommendation of 8.4.2020 on a common Union toolbox for the use of technology and data to combat and exit from the COVID-19 crisis, in particular concerning mobile applications and the use of anonymised mobility data*.

⁴⁸⁷ W. Jonker, *Covid-19 - why didn't Europe's tracing apps work?*, *EU-observer*, den 5 februari, 2021.

⁴⁸⁸ Folkhälsomyndigheten, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 24 april 2021.

stitutionsutskottet uppgett att Folkhälsomyndigheten ansåg att verktyget skulle kunna skapa oro.⁴⁸⁹ Projektet avbröts i april 2020.⁴⁹⁰

Efter en kartläggning under våren 2021⁴⁹¹ föreslog Folkhälsomyndigheten att regionerna skulle införa ett digitalt ärendehanteringssystem för smittspårning. Myndigheten framhöll Region Värmlands webbapplikation som ett gott exempel eftersom den kan användas för hela eller delar av den smittspårning som utförs.

Åtgärder för identifierade kontakter

Hur länge kontakter ska vidta åtgärder och eventuellt följas upp av smittspårare avgörs normalt av inkubationstiden. WHO föreslår att kontakter ska följas och vidta karantänåtgärder minst 14 dagar efter kontakt med en smittsam person.⁴⁹² ECDC anger samma tidsintervall, men samtidigt att en kontakt utan symtom kan provtas med ett PCR-test och om det är negativt, avsluta karantänperioden efter tio dagar.⁴⁹³ I Sverige anger Folkhälsomyndigheten två nivåer på åtgärder. Riktlinjerna har ändrats flera gånger över tid (se avsnitt 7.8).

1. Alla som varit i nära kontakt med en smittad ska vara uppmärksam på symtom, testa sig vid symtom, träffa så få personer som möjligt och om möjligt arbeta hemifrån.
2. Hushållskontakter, uppmanas, från och med den 2 oktober 2020 att hålla sig i karantän under sju dagar från det att den smittsamme personen testats positivt och sedan följa anvisningar för nära kontakter i ytterligare sju dagar. Över tid inkluderas även kontakter i andra riskmiljöer i Folkhälsomyndighetens vägledning.⁴⁹⁴

⁴⁸⁹ Bet. 2020/21:KU20, del 3, s. 111.

⁴⁹⁰ Coronakommissionens möte med Dan Eliasson, tidigare generaldirektör MSB, den 22 februari 2021.

⁴⁹¹ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning och effektivisering av smittspårning av covid-19*, den 1 april 2021.

⁴⁹² WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19, Interim guidance*, den 1 februari 2021.

⁴⁹³ ECDC, *Contact tracing: public health management of persons who have had contact with COVID-19 cases*, den 18 november 2020.

⁴⁹⁴ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 10*, den 2 mars 2021.

Smittspårningspersonal

I maj 2020 publicerade ECDC en vägledning för smittspårning och uppbyggnad av ett fungerande smittspårningssystem. I den föreslår man att en uppskalning kan göras genom att kombinera traditionella metoder med exempelvis mobilappar. På så sätt kan ett färre antal smittspårare följa upp ett större antal smittade och deras kontakter.

- Vid låg smittspridning behövs ett team med 10–21 personer för 10 smittade per dag. Då hinner alla kontakter nås per telefon eller genom möten inom en rimlig tid. Kontakter följs sedan upp dagligen under 14 dagar (1–2 smittspårare per smittad, per dag).
- Vid medelhög smittspridning behövs det ett team av 76–180 personer för 250 smittade per dag där personlig kontakt tas och daglig uppföljning genomförs (1 smittspårare per 1,4–3 smittade, per dag).
- Vid hög smittspridning föreslår ECDC att smittspårning utförs av 151–359 personer i en situation med 1 000 smittade per dag (1 smittspårare per 3–7 smittade, per dag). Denna uppskattning förutsätter att delar av smittspårningen sker med hjälp av digitala hjälpmedel.⁴⁹⁵

WHO understryker i sin vägledning att smittspårare bör ha lokal kännedom och därför rekryteras från ”det egna samhället”. WHO menar vidare att de inte behöver utgöras av hälso- och sjukvårdspersonal. Vägledningen hänvisar till epidemiologiska verktyg för att räkna ut vilket antal smittspårare som behövs utifrån befolkningens mängd, smittspridningsnivå, restriktioner och hur de efterlevs.⁴⁹⁶

Folkhälsomyndigheten går i sin vägledning inte närmare in på vilken typ av personal eller vilket antal som behövs för en effektiv smittspårning.

Acceptans och kvalitetsuppföljning

För att smittspårningsåtgärderna ska fungera måste de begripas, accepteras och följas av den som testats positivt och alla eventuella

⁴⁹⁵ ECDC, *Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and assessment of resources needed*, april 2020.

⁴⁹⁶ WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19, Interim guidance*, den 1 februari 2021.

kontakter. Möjligheten att söka smittbärrpenning från Försäkringskassan underlättar karantän för de hushållskontakter som annars inte har möjlighet att arbeta hemifrån.

Det är också viktigt att följa upp och utvärdera smittspårningens effektivitet. WHO och ECDC föreslår ett tiotal kvalitetsindikatorer för smittspårning. Varken WHO eller ECDC samlar in denna data från medlemsländerna.

I nuläget finns i Sverige ingen sammanhållen uppföljning eller rapportering utifrån kvalitetsindikatorer. I Folkhälsomyndighetens vägledning för smittspårning finns inga specifika förslag på indikatorer och kvalitetsdata samlas heller inte in regelbundet, även om flera regioner följer upp smittspårning utifrån enstaka kvalitetsindikatorer.⁴⁹⁷ I en kartläggning av pågående smittspårning som Folkhälsomyndigheten genomfört efterlyses vägledning av smittspårningsenheterna runt om i landet.⁴⁹⁸

7.6 WHO:s rekommendationer om provtagning och smittspårning

Vi har nu som en bakgrund översiktligt beskrivit den s.k. provtagningskedjans huvudsakliga delar liksom smittspårning. Vi närmar oss vad som faktiskt har hänt under pandemin när det gäller provtagning och smittspårning. Vi inleder dock, som en ytterligare bakgrund, den delen med att först beskriva de rekommendationer på området som WHO och ECDC lämnat, för att därefter redovisa de rekommendationer och riktlinjer som getts i Sverige.

Redan innan WHO fann att utbrottet utgjorde ett internationellt hot mot folkhälsan uppmanades länder att förbereda åtgärder som provtagning och smittspårning, tillsammans med isolering och vård av sjuka, epidemiologisk övervakning och rapportering till WHO.⁴⁹⁹

Företrädare för WHO har vid upprepade tillfällen under pandemin uppmanat medlemsländer att utvidga sin kapacitet för provtagning och laboratorieanalyser, samt för smittspårning. I maj framhöll

⁴⁹⁷ Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

⁴⁹⁸ Folkhälsomyndigheten, *Kartläggning och effektivisering av smittspårning av covid-19*, den 1 april 2021.

⁴⁹⁹ WHO, *Statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19)*, den 22 januari 2020.

WHO att om resurser för storskalig provtagning av misstänkta fall saknades borde drabbade länder provta och övervaka systematiskt för att förstå den övergripande trenden i utbrottet, samt prioritera hälso- och sjukvårdspersonal för provtagning.⁵⁰⁰ Under hösten 2020 kom liknande uppmaningar och i januari 2021 pekade WHO på vikt av att öka investeringarna i övervaknings- och sekvenseringskapacitet för att tidigt upptäcka och rapportera om nya virusvarianter.⁵⁰¹

Provtagning – rekommendationer

WHO har publicerat flera tekniska vägledande dokument för provtagning, där provtagningsmaterial, typer av analyser och provtagningsmaterial har specificerats.⁵⁰²

Den 2 och 19 mars 2020 angav WHO att en snabb provtagning och insamling av lämpligt provtagningsmaterial från patienter som uppvisade symtom skulle prioriteras, men att PCR-provtagning av asymtomatiska personer och personer med milda symtom kunde övervägas vid misstänkt kontakt med person som insjuknat i covid-19.⁵⁰³

Den 21 mars 2020 publicerade WHO en vägledning för provtagningsstrategier. Här underströks vikten av att provta alla misstänkta fall i ett initialt skede med få fall. För länder där samhällspridning av smittan redan förekom angav WHO att laboratoriekapacitet och provtagningskapacitet kunde förväntas vara otillräcklig. För sådana situationer gav WHO vägledning om hur länder kunde prioritera:

1. Personer och grupper som riskerar att bli allvarligt sjuka och därmed vara i behov av sjukhusvård och intensivvård.

⁵⁰⁰ WHO, *Statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19)*, den 21 maj 2020.

⁵⁰¹ WHO, *Statement on the fifth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19)*, den 30 oktober 2020 och WHO, *Statement on the sixth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19)*, den 15 januari 2021.

⁵⁰² WHO, *Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases, Interim guidance*, den 19 mars 2020.

⁵⁰³ *Laboratory testing for coronavirus disease, 2019 (COVID-19) in suspected human cases, Interim guidance*, den 2 mars 2020, och WHO, *Laboratory testing for coronavirus disease (COVID-19) in suspected human cases, Interim guidance*, den 19 mars 2020.

2. Vårdpersonal oavsett om de varit i kontakt med kända covid-19-fall, både som skydd för vårdpersonal och för att förhindra smittspridning inom vårdinrättningar
3. De första symtomatiska individerna i en ”stängd miljö” (t.ex. skolor, långtidsboende, fängelser, sjukhus) för att snabbt identifiera utbrott och säkerställa smittskyddsåtgärder. Alla andra individer med symtom kan sedan anses vara troliga fall och isoleras utan ytterligare testning om kapaciteten är begränsad.⁵⁰⁴

Smittspårning – huvudbudskap och riktlinjer

I en första guide i maj 2020 som senare uppdaterades i februari 2021 framhöll WHO bl.a. vikten av information och av att kontakter ska hållas i karantän för att förhindra presymtomatisk smitta.⁵⁰⁵

WHO föreslog åtgärder vid olika nivåer av smittspridning. Vid sporadiska fall eller spridning i kluster bör fullständig smittspårning ske, liksom när antalet fall minskar efter en topp. När allmän samhällsspridning pågår kan emellertid fullständig smittspårning vara svår att upprätthålla, men bör likväl genomföras i så stor utsträckning som möjligt. Fokus bör ligga på hushållskontakter, vårdpersonal och stängda högriskmiljöer (sovsalar, institutioner och långvårdshem).⁵⁰⁶

7.7 EU:s rekommendationer om provtagning och smittspårning

EU kommissionen och EU:s Hälsosäkerhetskommitté har utfärdat rekommendationer kring provtagning och smittspårning.⁵⁰⁷ I mars 2020 underströk kommissionen betydelsen av provtagning, både ur ett kliniskt perspektiv, för att den sjuke ska få rätt vård, och ur ett epidemiologiskt perspektiv för att kunna följa och förstå smittspridningen. Samtidigt poängterades vikten av att anpassa teststrategier

⁵⁰⁴ WHO, *Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19, Interim guidance*, den 21 mars 2020.

⁵⁰⁵ WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19 Interim guidance*, den 10 maj 2020 och WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19, Interim guidance*, den 1 februari 2021.

⁵⁰⁶ WHO, *Contact tracing in the context of COVID-19 Interim guidance*, den 10 maj 2020.

⁵⁰⁷ Se kapitel 6 för beskrivning av EU:s Hälsosäkerhetskommitté.

för en optimal användning av resurser och för att minska trycket på laboratorier, se ECDC:s rekommendationer i nästa stycke.⁵⁰⁸

Provtagning – ECDC:s rekommendationer

I april 2020 rekommenderade ECDC att alla patienter som sökte vård med akuta luftvägssymtom skulle betraktas som covid-19-fall och därför provtas. Om antalet misstänkta fall överskred provtagningskapaciteten rekommenderade ECDC att hälso- och sjukvårdspersonal som möter patienter skulle prioriteras liksom äldre personer med underliggande sjukdomar, patienter på sjukhus med allvarliga luftvägsinfektioner och, om kapacitet finns, alla inneliggande på vårdinrättning som utvecklar symtom på luftvägsinfektion. I september 2020 publicerade ECDC provtagningsstrategier där vikt av att provta alla med symtom framfördes. Provtagning av asymtomatiska kontakter förordades också.

I april 2021 presenterade ECDC riktlinjer som syftade till att försena spridning av nya och mer smittsamma virusvarianter, genom reserestriktioner, provtagning och karantän av inresande personer, och rigorös smittspårning av eventuella fall. ECDC förordade gensekvensering av prover för att kunna följa utvecklingen. Samtidigt ansåg ECDC att när en ny virusvariant fått spridning i samhället, var reserestriktioner inte längre verksamma. Däremot var det fortsatt viktigt att personer med symtom avstod från resor. Även provtagning inför resor kunde förhindra att smitta förs vidare mellan länder.⁵⁰⁹ När det gäller epidemiologisk övervakning har ECDC, men även WHO, föreslagit befolkningsbaserade s.k. seroprevalensstudier som kan ge värdefull ytterligare information om åldersspecifik befolkningsimmunitet mot covid-19 i de olika faserna av pandemin.⁵¹⁰

⁵⁰⁸ EU-kommissionen, *Covid-19, EU recommendations for testing strategies*, den 1 mars 2020.

⁵⁰⁹ ECDC, *Guidance for COVID-19 quarantine and testing of travellers, technical report*, den 21 april, 2021.

⁵¹⁰ ECDC, *Strategies for the surveillance of COVID-19*, den 9 april 2020 och WHO, *Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19, Interim guidance*, den 21 mars 2020.

Smittspårning

I en första vägledning som publicerades den 25 februari 2020⁵¹¹ etablerades begreppen högriskkontakter och lågriskkontakter, där aktiv uppföljning och monitorering av högriskkontakter föreslås.

I tidiga versioner föreslogs att karantän för högriskkontakter skulle övervägas. I nästa version från november 2020 uppmanade ECDC till karantän för alla högriskkontakter. Provtagning av asymtomatiska kontakter har tillkommit som rekommendation för alla högriskkontakter och EDC ansåg att provtagning också borde ordnas för asymtomatiska lågriskkontakter om smittöverföring är sannolik eller om kontakten arbetar med utsatta och sårbara människor.⁵¹²

7.8 Rekommendationer och beslut om provtagning och smittspårning i Sverige

Sedan vi översiktligt beskrivit rekommendationer från WHO och ECDC går vi över till att skildra hur motsvarande riktlinjer utformats i vårt land.

Vi visar först en översikt över viktiga datum och förändringar i riktlinjerna om testning och smittspårning i tabell 7.2. Vi beskriver sedan i stora drag rekommendationer och beslut från januari 2020 till april 2021.

⁵¹¹ ECDC, *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union*, den 25 februari 2020.

⁵¹² ECDC, *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update*, den 18 november 2020.

Tabell 7.2 Viktiga datum och förändringar i riktlinjerna med påverkan på testning och smittspårning

Datum	Förändring av riktlinje
Från januari 2020	Provtagning av inresande från smittdrabbade områden.
Den 12 mars 2020	Provtagningsstrategi där sjuka i behov av sjukhusvård och av personal i vård- och äldreomsorg med känd covid-19-exponering och symtom prioriteras för provtagning.
Den 17 april 2020	Nationell strategi för diagnostik av covid-19, med prioriterade grupper 1–4.
Den 17 juni 2020	Bred provtagning av alla med symtom på covid-19 införs.
Den 22 juli 2020	Första versionen av "vägledning för smittspårning av covid-19" publiceras.
Den 1 oktober 2020	Hushållkontakt räknas som misstänkt smitta och inkluderas i samma förhållningsregler som Index (exkl. barn). Provtagning av asymtomatiska hushållskontakter läggs till i provtagningsindikationen (exklusive barn).
Den 1 december 2020	Barn inkluderas i förhållningsreglerna för hushållskontakter och ska stanna hemma om någon i familjen är smittad (ingen asymtomatisk provtagning).
Den 2 mars 2021	Provtagning av asymtomatiska nära kontakter (t.ex. på arbetsplatser) läggs till i provtagningsindikationen.
Den 16 april 2021	Barn inkluderas för asymtomatisk provtagning, vid smittspårning.

Källa: Folkhälsomyndighetens vägledningsdokument.

Januari–mars 2020: från det första fallet i Sverige till samhällspridning

Under januari och februari 2020 rekommenderades väsentligen provtagning av inresande från smittdrabbade områden. Rekommendationerna uppdaterades flera gånger under februari och början på mars, för att inkludera större geografiska delar av Kina i flera omgångar, Iran, norra Italien och Sydkorea (den 24 februari), samt slutligen även inresande från Österrike Tyrolen (den 9 mars).⁵¹³

Den 12 mars, när det fanns tecken på allmän samhällspridning, ändrades strategin. Sjuka i behov av sjukhusvård och personal i vård och äldreomsorg med känd covid-19-exponering och symtom skulle

⁵¹³ Folkhälsomyndigheten, *Provtagningsindikation vid covid-19*, den 7 februari, den 24 februari, den 27 februari, den 2 mars och den 9 mars 2020.

prioriteras. Misstänkta fall i samhället hos individer med gott allmäntillstånd och utan behov av sjukvård skulle i första hand hanteras genom att de höll sig hemma och iakttog social distansering. Identifiering av fall av covid-19 i samhället definierades som kategori 2 – icke prioriterad provtagning. Strategin lämnade öppet för smittskyddsläkare att fortsätta med denna provtagning utifrån regionala bedömningar och riktlinjer.⁵¹⁴ Den 13 mars uppdaterades provtagningsstrategin och då nämndes inte kategori 2 längre, däremot underströks smittskyddsläkarens roll i att samordna regionala anpassningar baserat på aktuellt epidemiologiskt läge och regionala och lokala strukturer.⁵¹⁵ Den 1 april inkluderades personer i behov av omsorg samt redan inneliggande vid sjukhus och omsorgsbode.⁵¹⁶

Den 30 mars 2020 gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att skyndsamt utöka antalet tester av covid-19 och att ta fram en nationell strategi för testning.⁵¹⁷ Av det utredningsmaterial som konstitutionsutskottet fått del av vid sin granskning framgår att ett koncept till regeringens beslut fanns framtaget redan den 1 mars. Det är så när som på några smärre detaljer likalydande med beslutet en månad senare. Detta dröjsmål har inför utskottet förklarats med att frågan om medelsbehov bereddes och att det fördes en dialog med Folkhälsomyndigheten om kostnaderna. Utskottet konstaterar att beredningen av beslutet inte varit tillräckligt skyndsamt, givet det behov som fanns att snabbt utöka testningen och smittspårningen.⁵¹⁸

April–juni 2020: en strategi för ökad testning

Den 1 april 2020 lade regeringen fram en proposition med förslag om budgetändringar som bl.a. innefattade vad som kommit att kallas testmiljarden för att skyndsamt utöka antalet tester. Den utökade finansieringen skulle dämpa smittspridningen samt undvika ett stort bortfall av personal inom hälso- och sjukvården och annan samhälls-

⁵¹⁴ Folkhälsomyndigheten, *Provtagningsstrategi vid covid-19*, den 12 mars 2020

⁵¹⁵ I övrigt är texten densamma den 12 och den 13 mars 2020. Folkhälsomyndigheten, *Provtagningsstrategi för covid-19*, den 13 mars 2020.

⁵¹⁶ Folkhälsomyndigheten, *Provtagningsindikation för covid-19, version 11*, den 1 april 2020.

⁵¹⁷ Regeringsbeslut den 30 mars 2020, S2020/02681/FS (delvis).

⁵¹⁸ Se bet. 2020/21:KU20, del 2 s. 180 ff. och del 1, s. 225 f.

viktig verksamhet, och i ett andra steg även inom övriga samhällssektorer.⁵¹⁹

Den 17 april 2020 publicerade Folkhälsomyndighetens första version av Nationell strategi för diagnostik av covid-19. Målen var en säkrad, uthållig och robust kapacitet för prioriterad provtagning och diagnostik, inom sjukvård, äldreomsorg och institutionsboende (prioritetsgrupp 1), utökad nationell förmåga för provtagning och laboratorieanalys för sjukvårds- och omsorgspersonal (prioritetsgrupp 2) liksom för personer verksamma inom samhällsviktiga funktioner (prioritetsgrupp 3) samt i övriga relevanta delar av samhället där det ger ändamålsenlig effekt (prioritetsgrupp 4). En tydligare nationell bild av spridningen och förekomsten av covid-19 i samhället eftersträvades också.

Folkhälsomyndigheten bedömde att analyskapaciteten i ett första steg skulle behöva ökas till 150 000 prov per vecka. Utöver de tidigare prioriterade grupperna, sjuka i behov av sjukhusvård och personal inom sjukvård och omsorg, tillkom alltså nu kategorierna samhällsviktig personal och ”övriga relevanta delar av samhället”. Provtagning och laboratorieanalys inom grupp 3 behövde enligt strategin ”hanteras utanför respektive regions sjukvårdsuppdrag”. För grupp 4 angavs endast att ”i nuläget finns i princip inget medicinskt behov för en enskild individ att veta om den akuta infektionen är covid-19”, men att det fanns samhällsekonomiska vinster om personer kunde återgå i arbete vid negativt provsvar.⁵²⁰

Strategin uppdaterades den 30 april till att också innefatta antikroppsprovtagning.⁵²¹

”Nu behöver takten i testningen ökas”, uttalade socialminister Lena Hallengren på en presskonferens den 8 maj. Under presskonferensen beskrevs även hur laboratoriekapaciteten byggts upp till att i vecka 18 ha kapacitet att analysera 100 000 prover, samtidigt som provtagningskapaciteten inte alls ökat i samma takt.⁵²²

En lista över samhällsviktig personal presenterades av MSB den 20 maj 2020. Folkhälsomyndigheten hänvisade bl.a. till listan som

⁵¹⁹ Prop. 2019/20:146.

⁵²⁰ Folkhälsomyndigheten *Nationell strategi för diagnostik av covid-19, version 1*, den 17 april 2020.

⁵²¹ Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi för diagnostik av covid-19, version 2*, den 30 april 2020.

⁵²² Pressmeddelande och nyhetsinslag på regeringens webbplats (besökt den 18 oktober 2021).

underlag för prioriteringsgrupp 3.⁵²³ Den 29 maj 2020 förordade Folkhälsomyndigheten en frikostig PCR-provtagning inom särskilda boenden för äldre och att alla äldre som skrevs in eller återkom efter sjukhusvistelse skulle provtas inför ankomst och efter tre dagar.⁵²⁴

Den 2 juni 2020 meddelade länsstyrelserna att det fanns kapacitet för att provta personer med symtom som arbetar inom samhälls- viktig verksamhet.⁵²⁵ Några dagar senare den 4 juni 2020 tillkännagav regeringen att den tillförde 5,8 miljarder kronor till regionerna för att öka testningen. I summan inkluderades 1 miljard kronor för ökad smittspårning. Samma dag fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ge stöd till regionerna i uppbyggnaden av tillräcklig kapacitet att bedriva smittspårning samt att bygga upp och tillhandahålla en nationell funktion i form av ett utbrottsteam som kunde stödja regionerna i smittspårningen.⁵²⁶ Länsstyrelserna fick i sin tur i uppdrag att i samråd med Folkhälsomyndigheten och på regionernas initiativ bistå regionerna vid utbyggnaden av kapaciteten för utförandet av serologisk testning och PCR-testning.⁵²⁷

Folkhälsomyndigheten gav under juni ut vägledningar om antikroppstestning och populationsbaserade seroepidemiologiska undersökningar.⁵²⁸

Den 11 juni godkände regeringen en överenskommelse om ökad nationell testning mellan staten och SKR. I överenskommelsen ingick också ersättning till regionerna för uppbyggnad och genomförande av smittspårning.⁵²⁹

Den 10 juni uppdaterade Folkhälsomyndigheten sin nationella strategi. Det angavs då bl.a. att om det under en pandemisk fas sker en kraftig ökning av antalet fall kan man behöva prioritera vilka som

⁵²³ Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi för diagnostik av covid-19, version 2*, den 30 april 2020.

⁵²⁴ Folkhälsomyndigheten, *Provtagning för covid-19 inom särskilt boende för äldre*, den 29 maj 2020.

⁵²⁵ Uppgifter hämtade från Länsstyrelsernas webbplatser (besökt den 18 oktober 2021).

⁵²⁶ Därutöver står att läsa att regionerna sagt sig vara beredda att ta ansvar för provtagning av och analys av prover från personal inom omsorgen och övrig samhällsviktig verksamhet, i den mån sådan provtagning och analys inte omfattas av sjukvårdsverksamhet eller smittspårning.

⁵²⁷ Regeringsbeslut den 4 juni 2020, S2020/05026/FS (delvis) och S2020/05027/FS (delvis).

⁵²⁸ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för antikroppspåvisning Version 1*, den 4 juni 2020.

⁵²⁹ Ökad nationell testning för covid-19, 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, dnr. S2020/05276.

ska testas. I en sen pandemisk fas, när en minskning av antalet fall skett, blir målsättningen med testning åter att stoppa smittan.⁵³⁰

Den 17 juni 2020 uppmanade Folkhälsomyndigheten till provtagning av alla med symtom vilket även inkluderade personer med symtom vid eventuell smittspårning. I en situation där kapaciteten inte kunde möta behovet rekommenderades prioritering i enlighet med tidigare anvisningar.⁵³¹

Juli–september 2020: ökad provtagning och uppbyggnad av smittspårning

Den 22 juli presenterade Folkhälsomyndigheten en första vägledning för smittspårning. Myndigheten ansåg att miljöer med hög risk för smittspridning eller som inkluderar riskgrupper borde prioriteras och att smittspårning i hälso- och sjukvård samt i omsorg alltid skulle göras.

I vägledningen ingick inte rekommendationer om karantän för kontakter. Den innehöll, till skillnad från ECDC:s rekommendationer inga förslag på återrapportering eller kvalitetsindikatorer för att följa för smittspårningsverksamheten.⁵³²

Under de månader som följde öppnade Folkhälsomyndighetens riktlinjer för upprepade provtagning i vissa situationer, samt för provtagning av barn och unga i förskoleklass och uppåt, till en början för diagnostisering och sedan även för antikroppsprovtagning.⁵³³

Riktlinjer för provtagning med antigenest och anvisningar om kvalitetskrav utkom också. Folkhälsomyndigheten rekommenderade att antigenesterna inte används ensamt för klinisk diagnos-

⁵³⁰ Åtgärderna under de olika faserna ser olika ut och har olika syfte. De åtgärder som sätts in i tidig fas respektive sen pandemisk fas syftar till att stoppa smittspridningen. I dessa faser är målet att hitta alla smittade varför en omfattande testning, smittspårning och förhållningsregler för konstaterat smittade är central. I den pandemiska fasen med en mycket utbredd samhällspridning syftar åtgärderna till att begränsa smittans effekter och strategin för testningen anpassas utifrån förutsättningarna. Folkhälsomyndigheten, *Nationell strategi för diagnostik av covid-19, version 4*, den 10 juni 2020.

⁵³¹ Provtagning av tidigare PCR-bekräftad med symtom rekommenderas inte inom sex månader. Folkhälsomyndigheten, *Provtagningsindikation för nukleinsyrapåvisning vid covid-19, version 14*, den 17 juni 2020.

⁵³² Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19*, den 22 juli 2020.

⁵³³ Folkhälsomyndigheten, *Provtagningsindikation för nukleinsyrapåvisning vid covid-19, version 15*, den 30 juli 2020, den 24 augusti 2020, Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för påvisning av pågående covid-19 hos barn och unga, Version 1*, den 30 augusti 2020. Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för antikropps påvisning vid covid-19, Version 4*, den 3 september 2020.

tik.⁵³⁴ Rekommendationerna kompletterades under hösten 2020 allt eftersom kvalitetsutvärderingar gjordes. Antigentester föreslogs att användas vid sjukvårdsbesök och i äldreboenden, och som komplement vid smittspårning.⁵³⁵

Oktober–december 2020 – den andra vågen

En uppdatering den 1 oktober av vägledning för smittspårning innebär att hushållskontakter till en person med konstaterad covid-19, skulle stanna hemma och provtas efter fem dagar även om de var symtomfria. Hushållsnära kontakter som tvingades avstå från arbete fick rätt att söka smittbärrpenning.⁵³⁶

Regeringen anslog i november ytterligare tre miljarder kronor för pågående och utvidgad provtagning och smittspårning.⁵³⁷

Den 21 december angav Folkhälsomyndighetens vägledning för smittspårning att alla resenärer som någon gång från den 12 december och senare befunnit sig i Storbritannien skulle anses vara misstänkta fall av covid-19.⁵³⁸ Dagen efter förtydligades att personer som arbetar inom hälso- och sjukvård och omsorg som någon gång från den 12 december delat hushåll med en asymtomatisk resenär också skulle anses vara misstänkta fall och följa samma förhållningsregler vad gäller karantän och provtagning.⁵³⁹

Januari–april 2021 – sekvensering och en tredje våg

Den 12 januari 2021 avsatte regeringen ytterligare 5,5 miljarder kronor till testning och smittspårning.⁵⁴⁰ Efter att smittspårning för

⁵³⁴ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för påvisning av pågående covid-19 hos barn och unga, version 2–4*, oktober–december 2020.

⁵³⁵ Exempelvis Folkhälsomyndigheten (2020), *Provtagning för covid-19 inom kommunal vård och omsorg för äldre, version 4*.

⁵³⁶ Pressmeddelande från Socialdepartementet, *Smittbärrpenning till personer som bor med bekräftat smittade i covid-19*, den 2 oktober 2020. Och Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 2*, den 1 oktober 2020.

⁵³⁷ Pressträff med regeringen den 3 november 2020.

⁵³⁸ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 4*, den 21 december 2020.

⁵³⁹ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 5*, den 22 december 2020.

⁵⁴⁰ Pressmeddelande den 12 januari 2021 på regeringens webbplats.

resande från vissa riskländer uppdaterats under januari⁵⁴¹ utkom Folkhälsomyndigheten den 5 februari med reserekommendationer för alla länder. Allt resande utanför Sverige sågs som en risk för att få in smitta med nya varianter av viruset. Rekommendationen för resenärer var att hålla sig hemma och undvika nära kontakter med andra personer i 7 dagar efter vistelser utanför Sverige. Det gick inte att söka smittbärrpeng för dessa 7 dagar. Personer som fått vaccin mot covid-19 undantogs inte från smittspårning eller förhållningsregler då det ännu ansågs saknas tillräckligt med information om hur vaccination påverkade smittspridningen.⁵⁴²

Den 26 februari rekommenderade Folkhälsomyndigheten att smittspårning skulle sträcka sig 48 timmar bakåt i tiden, i stället för som tidigare 24 timmar.⁵⁴³

Den 2 mars lades provtagning av asymtomatiska nära kontakter (t.ex. på arbetsplatser) till i provtagningsindikationen⁵⁴⁴ och från den 16 april inkluderades även barn för asymtomatisk provtagning, vid smittspårning.⁵⁴⁵

7.9 Situationen i mars–april 2020

Som framgått ändrade Folkhälsomyndigheten i mitten av mars sina riktlinjer – från en bredare provtagning av personer med symtom till en mera restriktiv hållning som prioriterade endast sjuka i behov av vård på sjukhus och personal i vård och omsorg med känd exponering för covid-19 och symtom. Vi ägnar därför nu ett kort avsnitt åt att försöka skildra hur läget faktiskt såg ut vad gäller känd smitta och provtagningsmöjligheter under virusutbrottets inledande skede i mars–april 2020. Vi påminner om att vi i kapitel 3 redovisat att smittspridningen i landet vid denna tid antagligen var betydligt mer omfattande än offentligt redovisade mått gav vid handen.

⁵⁴¹ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 6 och 7*, den 7 januari och den 26 januari 2021.

⁵⁴² Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 8*, den 5 februari 2021.

⁵⁴³ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 9*, den 26 februari 2021.

⁵⁴⁴ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 10*, den 2 mars, 2021.

⁵⁴⁵ Folkhälsomyndigheten, *Vägledning för smittspårning av covid-19, version 11*, den 16 april, 2021.

När Folkhälsomyndigheten markant ändrade provtagningsstrategi under vecka 11, 2020, hade antalet covid-19-fall ökat från 200 i vecka 10 till över 800 nya fall under vecka 11. Fallen var framför allt koncentrerade till storstadsregionerna. Andelen som smittats utan att ha rest utomlands liksom andelen som inte hade varit i kontakt med kända fall ökade. Detta visade på en ökande samhällspridning.⁵⁴⁶ Under vecka 11 analyserades drygt 9 100 prover i Sverige, att jämföra med drygt 4 000 veckan före.⁵⁴⁷

Den 12 mars övergav Region Stockholm strategin med bred testning och smittspårning.⁵⁴⁸ I och med att Folkhälsomyndigheten följde samma linje tycks de flesta regioner ha övergått till att prioritera på samma sätt, oavsett det epidemiologiska läget i respektive region.

Uppbyggnaden av laboratoriernas analyskapacitet beskrivs i nästa avsnitt, men vi kan kort konstatera att även om analyskapaciteten ökade från vecka till vecka, så utnyttjades den nära sin maximala kapacitet under första hälften av mars. Risken för undanträngning av annan verksamhet beskrevs som allvarlig, liksom risken att provtagning och analys inte skulle räcka till för att provta alla med symptom om smittspridningen fortsatte att öka.⁵⁴⁹

I och med den ändrade strategin avtog ökningen av provtagning under de kommande veckorna. Under vecka 12 analyserades 10 300 prover.⁵⁵⁰ Andelen positiva för covid-19 var en knapp tiondel, precis som föregående vecka. De flesta regionerna rapporterade vid det här laget samhällspridning. Antalet intensivvårdade fall steg från 15 patienter i vecka 11 till 80 i vecka 12.⁵⁵¹

I vecka 13 analyserades 12 500 prover och positiviteten ökade från 9 till 16 procent. Sjukvården blev allt mer belastad och närmare 250 patienter vårdades på IVA. Smittspridning inom äldreomsorgen tog fart.⁵⁵²

Under april ökade analyskapaciteten markant. Samtidigt ökade inte provtagningskapaciteten i samma takt. När antalet prover upp-

⁵⁴⁶ Folkhälsomyndigheten, *Veckorapport om covid-19, vecka 11 2020*.

⁵⁴⁷ Idem.

⁵⁴⁸ Se bet. 2020/21:KU20, del 2 s. 220.

⁵⁴⁹ Folkhälsomyndigheten, *Veckorapport om covid-19, vecka 11 2020*, samt samtal med ansvarig för KML, Karolinska sjukhuset.

⁵⁵⁰ Några regioner fortsatte med omfattande smittspårning och provtagning, som vi kommer att beskriva i senare avsnitt.

⁵⁵¹ Folkhälsomyndigheten, *Veckorapport om covid-19, vecka 12 2020*.

⁵⁵² Folkhälsomyndigheten, *Veckorapport om covid-19, vecka 13 2020*.

gick till 29 000 i vecka 18 var analyskapaciteten, enligt Folkhälsomyndigheten, närmare det femdubbla.

Den bristande provtagningskapaciteten under denna tid medförde att provsvaren endast i begränsad utsträckning kunde ligga till grund för en solid bedömning av smittspridningen i samhället. De verktyg som Folkhälsomyndigheten då, såvitt känt, disponerade för en sådan övervakning var dels den s.k. sentinelövervakningen, dels s.k. prevalensundersökningar med stöd av Försvarsmakten. Sentinelövervakningen utgör en slags slumpvis undersökning av patienter som har luftvägssymtom och söker sig till vissa öppenvårdsmottagningar. Folkhälsomyndigheten genomförde en prevalensundersökning i Region Stockholm i mars, med deltagare från myndighetens befintliga kohort som fick provta sig själva. En nationell prevalensundersökning genomfördes i april⁵⁵³

7.10 Ansvar för utökad provtagning

Under våren 2020 var det, som redan nämnts, en stor fråga hur en mera storskalig provtagning skulle kunna komma till stånd. Vi skildrar därför här kort den diskussion som kom att föras om ansvaret för sådan provtagning.

När smittspårning och provtagning i mars 2020 prioriterades till att omfatta sjuka i behov av vård samt sjukvårdspersonal var detta, enligt Folkhälsomyndigheten, nödvändigt för att flera regioner skulle klara av att provta de mest prioriterade och upprätthålla smittspårning i miljöer med de allra sköraste – exempelvis på äldreboenden. Det gällde dock inte alla regioner. Folkhälsomyndigheten har i svar till kommissionen framhållit att indikationerna för provtagning var rekommendationer som myndigheten utfärdade som prioriteringsstöd för regionerna. Rekommendationerna borde endast förstås som ”ett komplement” till den lagstadgade skyldigheten om provtagning av allmän- och samhällsfarliga sjukdomar.⁵⁵⁴

Smittskyddsläkare har påpekat att deras beslutsmandat är begränsat när det gäller resurser. Det gällde förstås även för de resurser som krävdes för att bygga upp provtagnings- och smittspårnings-

⁵⁵³ Under pandemin har Folkhälsomyndigheten med stöd av Försvarsmakten, Statens Veterinärmedicinska Anstalt (SVA) och MSB genomfört fem nationella prevalensstudier (förekomst av virus) och flera regionala studier av antikroppsförekomst och virusförekomst.

⁵⁵⁴ Folkhälsomyndigheten, *Svar på Coronakommissionens frågor*, den 23 april 2021.

kapacitet. Att de själva skulle kunna utfärda rekommendationer som gick utanför Folkhälsomyndighetens framstod för många som orealistiskt.

I de första tre versionerna av den nationella strategin för utökad provtagning skrev Folkhälsomyndigheten att ”provtagning och laboratorieanalys inom prioriteringsgrupp 3 bör hanteras utanför respektive regions sjukvårdsuppdrag”. Om detta också gällde grupp 4 framgick inte.

Det framkom dock under de följande månaderna att SKR och flera regioner ansåg att regionerna visserligen hade ett ansvar för provtagning av priorgrupp 1 och möjligen 2, men inte grupp 3 och 4, även om de flesta regionerna arbetade intensivt för att utvidga sin testkapacitet. När väl strategin kom att förorda provtagning av alla med symtom, och en överenskommelse slöts mellan regeringen och SKR i juni, synes diskussionen ha varit över.

Frågan är i vilken utsträckning diskussionen om ansvar och finansiering försenade uppbyggnaden av provtagningskedjan. I en enkät till smittskyddsläkarna lyfter sju regioner att finansieringsfrågan utgjorde ett hinder för uppbyggnad av storskalig provtagning, medan övriga regioner inte delar den bedömningen.⁵⁵⁵ Denna bild bekräftas i möten med regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer.

Utöver tvistefrågorna om ansvar och finansiering verkar det även ha funnits en ambivalens om det ändamålsenliga i att provta alla med covid-19-symtom, bland smittskyddsläkare, laboratorieansvariga och också hos Folkhälsomyndigheten.⁵⁵⁶

Aldrig trodde jag att vi i Sverige skulle provta varenda människa med snuva!⁵⁵⁷

⁵⁵⁵ Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

⁵⁵⁶ Även så sent som i november 2020 när åtta representanter för mikrobiologiska laboratorier menar att ”masstestning för covid-19 är en ohållbar överbudspolitik” som tränger undan annan viktig diagnostik, utan att en rationell diskussion kring nyttan av masstestning i en pandemisk fas har hållits. Dagens Nyheter, *Masstestning för covid-19 är en ohållbar överbudspolitik*, den 18 november 2020. Vid en presskonferens den 26 maj 2020 uttalade företrädare för Folkhälsomyndigheten att det inte var ändamålsenligt att testa alla som uppvisade symtom på covid-19. Se också Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

⁵⁵⁷ Uttalande av en smittskyddsläkare under möte med Coronakommissionen, april 2021.

7.11 Uppbyggnad av analyskapacitet

En storskalig provtagning fordrade förstås – förutom provtagningsmateriel och personal – att den samlade analyskapaciteten utökades. Vi börjar med att här redovisa något om hur den kapaciteten byggdes upp, trots att det rör sig om den sista länken i provtagningskedjan innan smittspårning tar vid. Beskrivningarna som därefter följer av uppskalningen av provtagning och smittspårning bygger emellertid båda på en underlagsrapport av Matilda Almgren och Jonas Björk som det finns anledning att redovisa i ett sammanhang.

Under våren 2020 fokuserades mycket av diskussionerna mellan laboratorierna på problemen med varubrist och möjliga ersättningsprodukter. Sedan flyttades fokus till utprovning av nya produkter på olika laboratorier i landet. Diskussioner om provtagningsstrategier, användande av antigenester och antikroppstester har också stått på agendan.⁵⁵⁸

Utöver den kliniska mikrobiologiska laborieverksamheten bedrivs mikrobiologisk laborieverksamhet på exempelvis forskningsinstitutioner och ett flertal statliga myndigheter inom veterinärmedicin. Under pandemin har flera av dessa spelat en avgörande roll för uppskalningen av analyskapaciteten.

Laborierkapacitet

Pandemin har visat att det kan finnas ett behov av storskalig diagnostik på en nivå som det före pandemin varken fanns insikt om eller beredskap för. Pandemiberedskapsplanerna omfattade endast diagnostik för sjukvårdens behov. Folkhälsomyndigheten beskriver att för att snabbt få igång testning av allmänheten utan att få undanträngningseffekter för vården fick en rad ”kreativa nödlösningar” sättas i verket och tillfälliga laboratorier startas.⁵⁵⁹

Den 15 januari 2020 hade Folkhälsomyndigheten säkrat analyskapacitet för SARS-CoV-2 på sitt laboratorium.

Den 31 januari gjorde Folkhälsomyndigheten ett utskick i syfte att kartlägga vilka laboratorier som planerade att sätta upp diagnostik för SARS-CoV-2. Den 4 februari hölls ett första möte med

⁵⁵⁸ Utlämnade minnesanteckningar från Folkhälsomyndigheten från KML-möten under 2020 fram till februari 2021.

⁵⁵⁹ Folkhälsomyndighetens, *Skrifligt svar på frågor från Coronakommissionen*, november 2020.

representanter från landets KML, möten hölls sedan med korta intervall under februari och mars 2020 och har sedan dess fortsatt med 1–2 möten i månaden.⁵⁶⁰

Den 13 februari hade även det kliniska mikrobiologiska laboratoriet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset analyskapacitet. De följande veckorna implementerades diagnostik för SARS-CoV-2 vid ytterligare sju laboratorier (Umeå, Uppsala, Örebro, Skövde, Halmstad, Lund och Stockholm).

Vecka 10 utfördes ca 4 300 analyser vid sammanlagt 10 laboratorier och ytterligare sex kliniska mikrobiologiska laboratorier var i en implementeringsfas för att starta upp analyskapacitet. Vecka 12 hade 17 laboratorier analysen uppsatt, den sammanlagda nationella kapaciteten beräknades då till ca 35 000 analyser/vecka. Samma vecka togs 10 000 prover.⁵⁶¹

Den 26 mars (i vecka 13) tog Folkhälsomyndigheten initiativ för att öka testkapaciteten och bjöd in myndigheter, laboratorier, högskolor, universitet och företag. Analyskapaciteten utvecklades under denna period i betydligt snabbare takt än vad provtagningen gjorde.

Flera mikrobiologiska laboratorier tog under våren 2020 egna initiativ och kontakter för att bidra. Statens Veterinärmedicinska anstalt (SVA) kontaktade tidigt Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen och erbjöd sitt stöd. Från den 1 april började SVA utföra analyser åt humansjukvården. Verksamheten fortgår och fram till slutet av april 2021 hade SVA genomfört en kvarts miljon PCR-analyser och 300 sekvenseringar.⁵⁶²

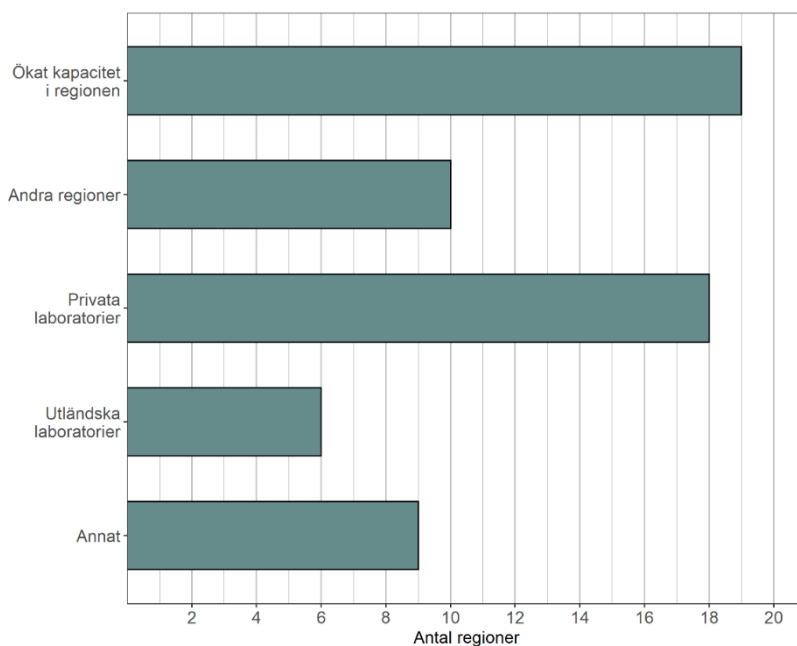
I figur 7.2 redovisas vilken typ av lösningar regionerna använt för att skala upp sin laboratoriekapacitet.

⁵⁶⁰ Folkhälsomyndigheten, *Skrifligt svar på frågor från Coronakommissionen*, november 2020.

⁵⁶¹ Folkhälsomyndigheten, *Veckorapport om covid-19, vecka 17, 2020*.

⁵⁶² Statens veterinärmedicinska anstalt, möte med Coronakommissionen sekretariatsrepresentanter den 27 april 2021.

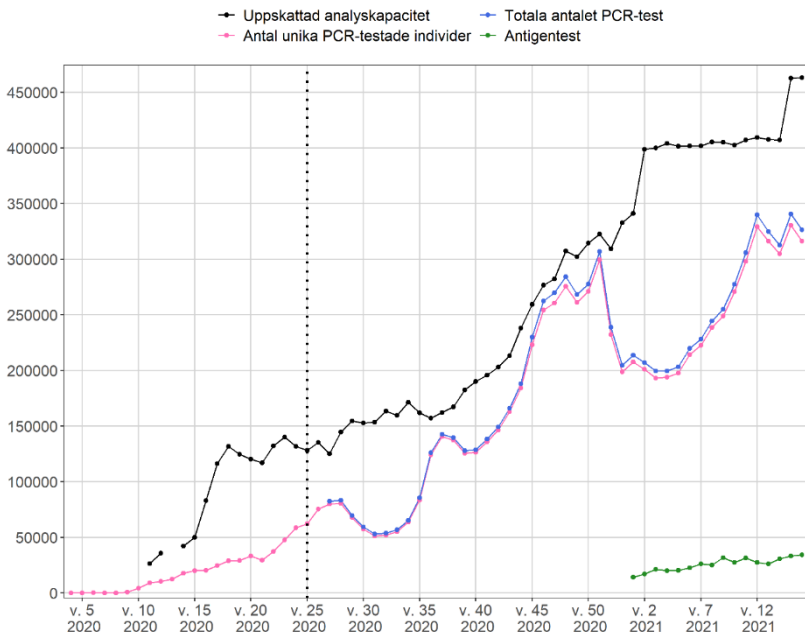
Figur 7.2 Beskrivning av vilka lösningar regionerna använde för att öka sin kapacitet för analys av SARS-CoV-2-prover



Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

Under perioden november 2020 till våren 2021, byggdes analyskapaciteten ut ytterligare. Av Folkhälsomyndighetens rapporter framgår att laboratoriernas analyskapacitet under större delen av pandemin har överstigit antalet provtagningar eller provtagningskapaciteten. Undantaget utgörs av några veckor i november och december 2021. Se figur 7.3 som visar utvecklingen av analyskapacitet på mikrobiologiska laboratorier i jämförelse med antalet provtagna individer och antalet utförda PCR-tester. Även antalet antigen tester redovisas från januari 2021.

Figur 7.3 Nationella uppskattade analyskapaciteten* i relation till totala antalet genomförda PCR-test



Anm.: Innan streckad linje riktad testning, därefter bred allmän testning.

* Innefattar inte den analyskapacitet som upphandlades för utländska lab.

Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

Flaskhalsar för laboratoriekapaciteten

I Sverige, tog det flera månader att bygga upp kapacitet för storskalig testning av allmänheten, både på grund av brist på relevant infrastruktur och brist på nödvändig förbrukningsmateriel på världsmarknaden, samtidigt som trycket på sjukvården var extremt högt.

Flaskhalsar var bl.a. brist på reagensvätskor och annan materiel (exempelvis pipettspetsar),⁵⁶³ otillräckligt med tillgänglig utbildad personal och brist på fungerande IT-lösningar som möjliggjorde snabba svarsvägar mellan laboratorier och olika vårdenheter.

De mikrobiologiska laboratorierna dubblerade i många fall sin verksamhet och laboratoriepersonal behövde lånas in från annan

⁵⁶³ För laboratorie-analysen krävs mikropipetter och pipettspetsar, reagensvätska och mikrorör. Dessa delar är ofta produktspecifika för olika PCR-maskiner.

verksamhet eller nyanställas. Verksamheten gick från dagtidsverksamhet till att rulla på dygnet runt. Ny personal behövde undervisning kring rutiner och laboratoriers specifika utrustning, vilket också tog tid och resurser.⁵⁶⁴

De problem som beskrivs i kapitel 10, vad gäller regionala skillnader och inkompatibla IT-plattformar mellan olika vårdgivare gäller även för den kliniska mikrobiologiska verksamheten.⁵⁶⁵ För mikrobiologiska laboratorier som normalt står utanför hälso- och sjukvården behövdes dessutom flera specialanpassningar utöver nödvändiga ackrediteringar.⁵⁶⁶ Överföring av provsvar mellan laboratorier och sjukvården var därför initialt ofta ett problem och många tillfälliga lösningar har kommit till under pandemins gång.⁵⁶⁷

En storskalig provtagning krävde dessutom en förenklad hantering där bedömning av provtagningsbehov kunde bygga på automatiserade algoritmer.⁵⁶⁸ För att kunna använda 1177 skapades mobilappen ”alltid öppet”, för att den som beställer ett PCR-test ska kunna svara på ja – och nej – frågor vad gäller symtom.

SVA beskriver hur den egna IT-utvecklingskapaciteten kan användas för att snabbt ta fram specialanpassade lösningar med individuellt anpassade databaser för de olika regionernas IT-system. Tillfälliga konstruktioner med avidentifierade prover ordnades som en teknisk lösning i brist på rättsliga förutsättningar för att hantera känsliga personuppgifter och kunna upprätthålla patientsekretess.⁵⁶⁹

I minnesanteckningar från Folkhälsomyndighetens möte med nätverket företrädare för kliniska mikrobiologiska laboratorier (KML-nätverket) ligger fokus framför allt på behovet av utvidgad kapacitet. I den mån finansiering berörs så nämns statens finansieringsgaranti.⁵⁷⁰

⁵⁶⁴ Samtal med Tobias Allander, Verksamhetschef och funktionschef på Karolinska Universitetslaboratoriet.

⁵⁶⁵ För att provtagningskedjan ska fungera krävs tillförlitlig digital hantering genom hela kedjan från bedömning och remiss, till provtagning, laboratorieanalys och provsvar, vilket kan försvåra samarbete över regiongränserna. Samtal med verksamhetschef, och funktionschef på Karolinska Universitetslaboratoriet.

⁵⁶⁶ Samtal med och inkommet material från Statens Veterinärmedicinska anstalt SVA, den 27 april 2021.

⁵⁶⁷ SVA:s möte med Coronakommissionen sekretariatrepresentanter den 27 april 2021.

⁵⁶⁸ Samtal och inkommet material från SVA, den 27 april 2021 och samtal med verksamhetschef och funktionschef på Karolinska Universitetslaboratoriet.

⁵⁶⁹ Samtal med SVA, den 27 april 2021.

⁵⁷⁰ Folkhälsomyndigheten, Minnesanteckningar från KML-möten mellan den 17 mars och 25 juni 2020.

Pengar var aldrig ett problem. Det är viktigt att förstå. Det var ingen som stoppade provtagning av ekonomiska skäl. Regeringen var tydlig med att staten skulle betala. Flaskhalsar var tillgång på varor, utbildning av personal och att ta fram IT-lösningar.⁵⁷¹

7.12 Uppbyggnad av storskalig provtagning

Detta och följande avsnitt 7.13 bygger i stort på en underlagsrapport till kommissionen *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin* av Matilda Almgren och Jonas Björk. Rapporten bygger i sin tur bl.a. på enkätsvar från regionernas smittskyddsläkare och på provtagningsdata från Folkhälsomyndigheten.

Beredskap för storskalig provtagning

Som framgår i kapitel 5 varierar det mellan regionerna i vilken mån pandemiberedskapen var utvecklad och uppdaterad. I den mån provtagningsstrategier och uppskalning av laborieverksamhet ingick som en del av planeringen, så hade ingen region en plan för uppbyggnad och genomförande av storskalig provtagning i befolkningen.

Provtagningsverksamhet, personal- och materialförsörjning. IT-lösningar, har därför organiserats och lösts under tiden som verksamheten byggts upp.

Organisation av provtagning i regionerna

Utöver den provtagningskapacitet som behövdes för att provta sjuka inom prioritetsgrupp 1 (sjuka i behov av sjukhusvård och boende på SÄBO med symtom), skapade regionerna särskilda provtagningsmöjligheter. Under perioden från mars till juni 2020 skapade alla regioner särskilda möjligheter för att tillgodose provtagning av prioritetsgrupp 2. Dessa särskilda provtagningsmöjligheter var tillgängliga för både personal inom regional hälso- och sjukvård samt för personal inom kommunal vård och omsorg. Majoriteten av regionerna har för denna grupp skapat både särskilda provtagningsplatser

⁵⁷¹Tobias Allander, verksamhetschef och funktionschef på Karolinska Universitetslaboratoriet.

och särskilda provtagningsflöden, t.ex. särskilda koder vid provbeställning.

För att så småningom möjliggöra storskalig provtagning av alla med symtom, har regionerna arbetat med olika lösningar. Majoriteten av regionerna anger att man skapat möjlighet för egenprovtagning på särskilda provtagningsplatser (t.ex. apotek eller provtagningsstationer). Ett antal regioner har också valt att erbjuda egenprovtagning i hemmet där provkit levererats och returnerats med transport till hemmen. Det har varierat om hemleverans erbjudits i delar av eller hela regionen. De flesta regioner som erbjudit provtagning i hemmet har även haft möjlighet för egenprovtagning via särskilda provtagningsplatser. Ett mindre antal regioner har inte erbjudit egenprovtagning utan har haft personal vid provtagningsplatserna som har utfört provtagningen alternativt erbjudit provtagning via primärvården.

I kapitel 13 belyser vi betydande skillnader i andelen provtagna utifrån olika parametrar, såsom kön, inkomst, utbildning och ursprung.

Regionerna har arbetat för att öka provtagning i olika grupper. Särskilda informationskampanjer, på flera språk har skapats. Några regioner har anställt hälsokommunikatörer som verkat i områden där provtagningsfrekvensen varit låg. Särskilda provtagningsenheter på utsatta platser har etablerats i flera regioner och ett par har skapat möjlighet till egenprovtagning på större arbetsplatser.

Varför gick det så långsamt att komma igång?

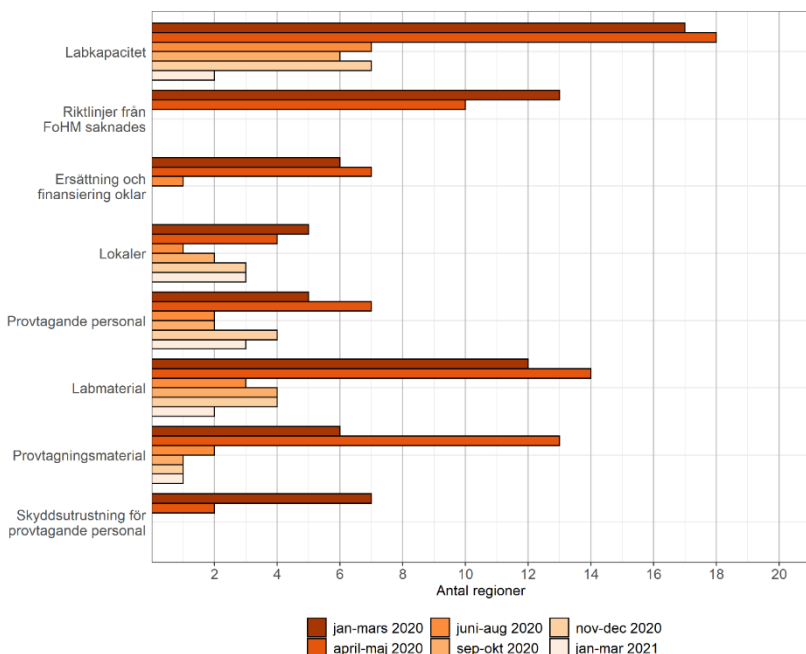
Uppbyggnaden av och bristen på laboratoriekapacitet beskrivs i 7.11 och upplevda finansiella oklarheter i avsnitt 7.10. Dessutom var bristen på provtagningsmaterial en begränsande faktor för en snabb uppbyggnad. Materialbristen har inneburit att regionerna har behövt ändra provtagningsrutiner för att anpassa dem till det material som har funnits tillgängligt.

Det var först i juni 2020 som Folkhälsomyndighetens teststrategi tydligt förordade storskalig provtagning på befolkningsnivå. Detta saknades i tidigare riktlinjer vilket en majoritet av regionerna menar försvårade utvecklingen mot en storskalig provtagning.

Avsaknaden av IT-system för beställning och svar var också en begränsande faktor för att få igång storskalig provtagning. Avsaknad av beredskap på alla nivåer (lokal, regional och nationell) gällande planer, lager, datasystem och analysutrustning har påverkat förmågan till uppskalning. Under pandemins första månader angav flera regioner att bristen på skyddsutrustning var en begränsande faktor. Se figur 7.4 för de faktorer regionerna angett som begränsande för uppbyggnad provtagningskapaciteten.

Figur 7.4 Faktorer som varit begränsande för uppbyggande och upprätthållande av PCR-testning för olika perioder av pandemin

Flera svarsalternativ kunde anges



Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

Regionerna påpekar att bilden av att laboratoriernas analyskapacitet avsevärt översteg antalet tagna prover bör nyanseras. En fungerande provtagningskedja kräver som tidigare beskrivits betydligt fler komponenter. Regionerna påpekar att detta innebar en skillnad mellan den analyskapacitet som angavs finnas och den som faktiskt var

tillgänglig. Den upphandling som skedde av extern laboratoriekapacitet var för majoriteten av regionerna helt avgörande för att kunna öka provtagningsvolymerna.

Under hösten 2020 låg de nationella provtagningsvolymerna nära kapacitetstaket. Även på regional nivå fanns det under hösten begränsningar i analyskapacitet som påverkade möjligheten att öka provtagningsvolymerna. Under våren 2021 utökades kapaciteten, men antalet tester har inte ökat. För ett fåtal regioner har andra begränsningar, såsom brist på personal, lokaler och provtagningsmaterial kvarstått under den andra och även tredje pandemivågen.

7.13 Provtagning i praktiken – regionernas arbete

Översikt – genomförd provtagning januari 2020 – mars 2021

Det fanns stora skillnader under samtliga perioder i provtagningsvolymerna mellan regionerna. De regioner som provtog flest utförde två till tre gånger fler test än de med lägst antal.

Som redan nämnts låg provtagningsvolymerna nära taket för analyskapaciteten under hösten 2020, något som sannolikt har påverkat möjligheterna att utöka testningen ytterligare t.ex. genom utvidgade indikationer. Det är därför svårt att avgöra i vilken utsträckning införandet av provtagning av asymtomatiska kontakter (under oktober 2020) bidrog till ökad testning.

Efter årsskiftet 2020/2021 ökade skillnaden mellan den uppskattade analyskapaciteten och provtagningsvolymerna. Från vecka 10 under 2021 och framåt ökade volymerna till nivåer som låg över höstens provtagningsvolymerna. Detta kan både vara en konsekvens av att fler personer hade möjlighet att testa sig eftersom analyskapaciteten hade ökat och att fler asymtomatiska testade sig (nya riktlinjer från vecka 10 under 2021 angav att asymtomatiska nära kontakter ska testa sig). Sammantaget är det utifrån de data forskarna haft tillgång till svårt att bedöma i vilken utsträckning Folkhälsomyndighetens riktlinjer har haft effekt på omfattningen av provtagningen i regionerna.

Denna svårighet understryks ytterligare av bristen på kvalitetsindikatorer som möjliggör uppföljning av olika riktlinjers effekt på provtagningsvolymerna och smittspårningsaktiviteter.

Tabell 7.3 Median av antalet PCR-test per vecka i respektive period per 100 000 invånare för regionerna samt skillnaderna mellan högst och lägst provtagningsvolym för respektive period

Period	Min.	Median	Max.
2020 (vecka 25–43)	575	908	1 537
2020 (vecka 44–53)	939	2 417	3 678
2021 (vecka 1–16)	1 816	2 495	3 967

Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

Det är samma regioner som har störst provtagningsvolym under samtliga perioder och de regioner som provtar minst är också desamma för alla perioderna. Testning i regioner med högst antal tester verkar inte enbart vara driven av högre smittspridning eftersom antalet positiva test inte ökar i motsvarande takt. Detta talar för att det faktiskt finns skillnader i strategier mellan regionerna.

Region Jämtland-Härjedalen och Region Västerbotten har genomgående tagit flest prov per 100 000 invånare, medan Region Östergötland och Region Blekinge skiljer ut sig med jämförelsevis låga provtagningsvolym under hela pandemin.

Region Östergötland beskriver att man tidigt tagit ett principbeslut att alla prover skulle analyseras på regionens ackrediterade laboratorier. När smittan ökade under hösten blev det svårt att klara kapaciteten varför man behövde anlita externa laboratorier. Extern kapacitet fanns på plats först veckan före jul. Regionen hade även problem med sin analysutrustning under ca en månad under hösten då smittspridningen var omfattande, vilket gjorde att man under den perioden fick prioritera vård- och omsorgsmiljöer för provtagning.⁵⁷²

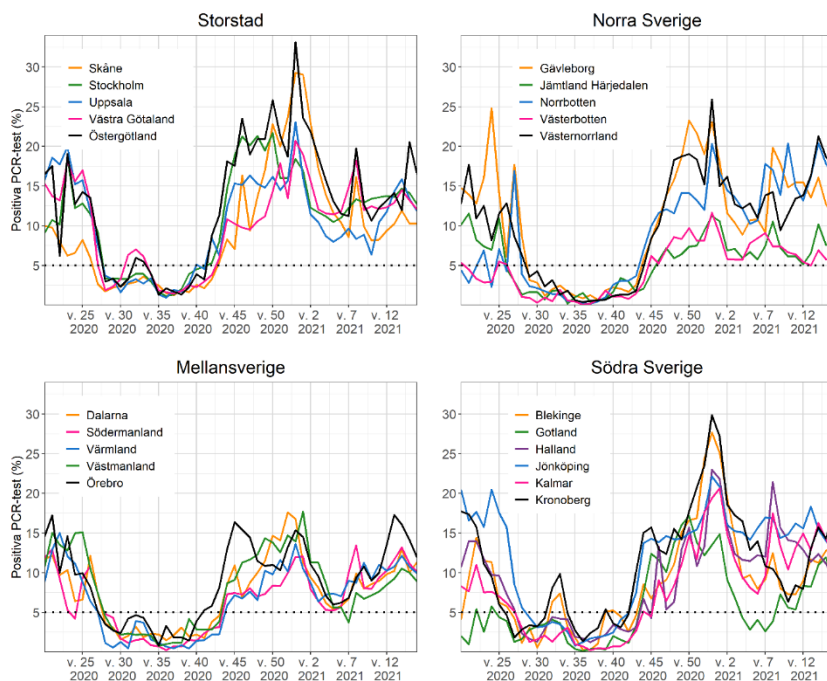
Testpositivitet, en jämförelse mellan regionerna

Testpositiviteten (andel positiva test) har, sedan vecka 45 år 2020 och fram till mätperiodens slut vecka 16 år 2021, legat över det internationellt rekommenderade tröskelvärde på 5 procent för god pandemikontroll, både nationellt och regionalt och i de flesta ålders-

⁵⁷² Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*. (Författarnas kommunikation med Britt Åkerlind, Smittskyddsläkare i Östergötland).

grupper. Detta stärker bilden av att provtagningsvolymerna inte varit tillräckliga för att det ska vara möjligt att minska smittspridningen och begränsa pandemins direkta hälsoeffekter.

Figur 7.5 Andel positiva test (testpositiviteten) per vecka för respektive region



Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

I kapitel 13 pekar vi på att en betydande andel av dem som lades in för slutenvård för covid-19 inte hade testat positivt före inläggningstillfället. Under våg två och tre, när provtagningen var utbyggd och rekommenderad för alla med symptom, diagnostiserades över hälften, respektive över en tredjedel först vid inläggning.⁵⁷³ Detta bekräftar bilden av att pandemin delvis pågått under radarn. I kapitel 13 redogör vi vidare för i vilken mån befolkningen provtagit sig, utifrån olika parametrar, såsom kön, ålder, socioekonomi och ursprung. Här

⁵⁷³ Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

noteras tydliga skillnader som inte korrelerar med andelen som bekräftats sjuka i covid-19.⁵⁷⁴

Ledtider

Korta ledtider mellan symtom och smittspårning är avgörande för möjligheten att bryta smittkedjor eftersom medelinkubationstiden för covid-19 är 5–6 dygn. Flera regioner har, framför allt under hösten 2020, brottats med ledtider både mellan symtom och provtagning och mellan provtagning och provsvar. Under våren 2021 var ledtiderna kortare, men långa ledtider påverkade fortsatt stora andelar av proverna. De långa ledtiderna har sannolikt påverkat vilken effekt som provtagning och smittspårningen har haft vad gäller pandemikontroll i Sverige.

Antikroppstestning

Av såväl enkätsvar som övriga data som presenteras i underlagsrapporten framgår att antikroppstestningen inte har varit en viktig del av regionernas strategier för pandemibekämpning. Antikroppstester har inte använts i nämnvärd utsträckning för epidemiologisk övervakning eller för att följa immuniteten i befolkningen. Den breda antikroppstestningen har snarast varit en service till medborgare. Denna service har möjligen varit mest värdefull för personer som var sjuka med covid-19-symtom under den period då det inte fanns möjlighet att ta PCR-test. Flera regioner anger i enkäten att antikroppstestningen har konkurrerat med annan verksamhet och det är tänkbart att resurserna den tagit i anspråk kunde ha använts bättre.

Antigentestning

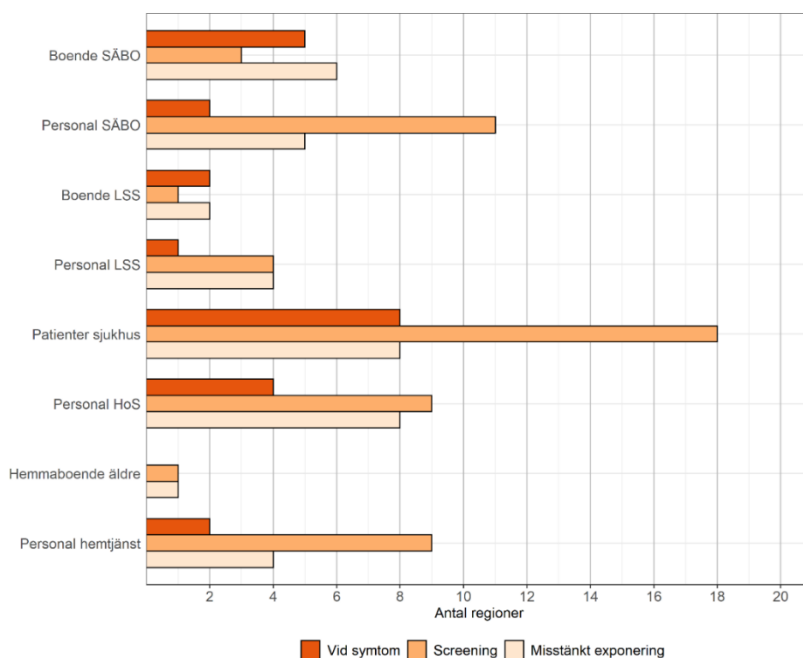
Vad gäller antigenstestningen finns stora variationer mellan regionerna avseende volymer, för vilka grupper och i vilka miljöer de har

⁵⁷⁴ Arizo Karimi, underlagsrapport (2021), *Heterogeneity in mortality, morbidity, and health behaviors: Covid-19 and beyond*.

använts. Flera av regionerna använde dessa test på ett fåtal utvalda grupper.

Vi belyser främst den initiala fasen av regionernas användande av antigenestning.

Figur 7.6 Nationell sammanställning över vilka grupper som prioriterats för användning av antigenest i regionerna



Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

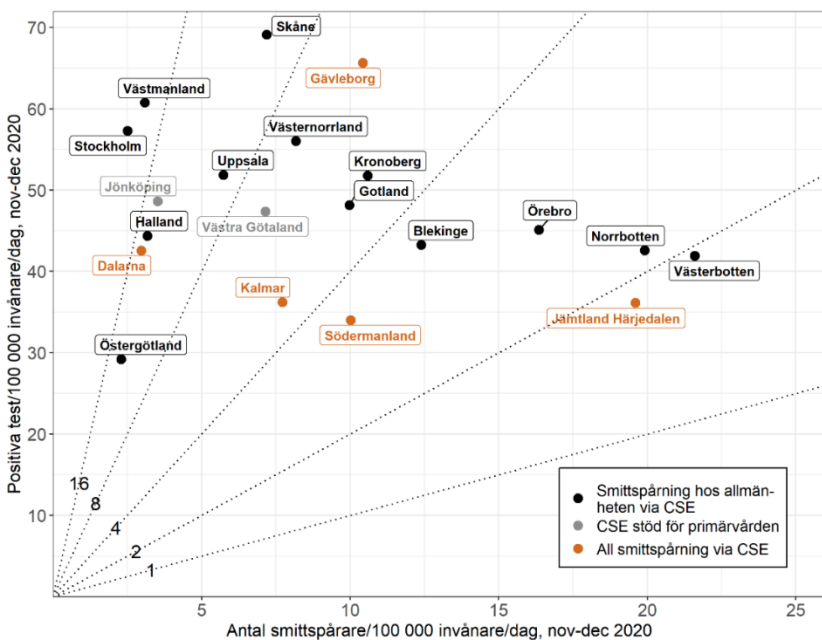
Sekvenseringsanalyser

Sekvenseringsanalyser har genomförts av regionerna efter Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Flertalet regioner är beroende av externa laboratorier för att kunna genomföra den här typen av analyser, varför även detta kräver att processer sätts upp och upphandlingar görs.

7.14 Smittspårning i praktiken – regionernas arbete

När det gäller smittspårningen finns stora skillnader mellan regionerna. Under november-december 2020 var drygt 5 gånger fler smittspårare anställda hos regioner med högre kapacitet. För samma period innebar detta att varje smittspårare hade upp till 8 gånger fler fall att smittspåra i regioner med färre smittspårare anställda. Det är i stor utsträckning samma regioner som utmärker sig med höga provtagningsvolymer som också utmärker sig med hög andel smittspårare i relation till befolkningens storlek.

Figur 7.7 Antalet positiva test per 100 000 invånare och dag i förhållande till antalet smittspårare per 100 000 invånare och dag för perioden november–december 2020



Anm.: De streckade linjerna anger var detta förhållande varit 1, 2, 4, 8 respektive 16 och kan användas för att bedöma arbetsbelastningen i smittspårningen under den studerade perioden. Värmland har inte besvarat frågan gällande antal smittspårare.

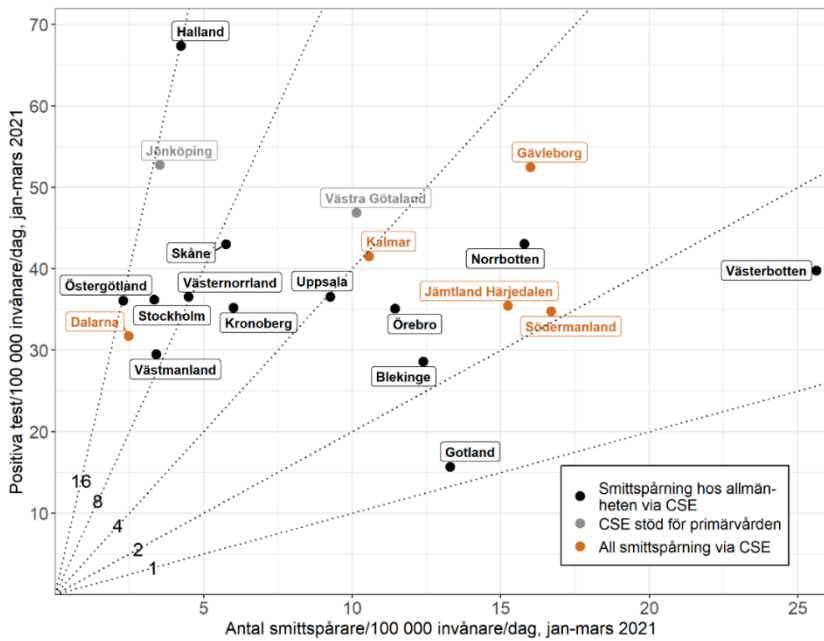
Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

Smittspårningsverksamheten byggdes upp i landets regioner sommaren och tidig höst 2020. Under den här perioden var smittspridningen låg. Figur 7.7 och figur 7.8 visar situationen under våg 2 och

våg 3, där vi under båda tidsperioderna kan se stora skillnader mellan regionerna vad gäller hur många fall varje smittspårare haft att hantera. Under våg två, november–december 2020, stiger antalet positiva test per 100 000, även i regioner med få smittspårare och hög smittspridning. I två regioner går det över 16 smittade per dag på en smittspårare. Från januari fram till mars under den tredje vågen ses i flera regioner en något lägre andel positiva test. Flera regioner har då ökat antalet smittspårare per 100 000 invånare, vilket sammantaget gör att antalet smittade per dag och smittspårare på många håll är något lägre.

Det bör noteras att Västra Götaland och Jönköping endast har uppgett antal smittspårare anställda på den centrala smittspårningsenheten. Detta innebär ett missvisande lågt värde eftersom enheten i dessa regioner endast är ett stöd till primärvården och smittspårarna i primärvården inte är inkluderade.

Figur 7.8 Antalet positiva test per 100 000 invånare och dag i förhållande till antalet smittspårare per 100 000 invånare och dag för perioden januari-mars 2021



Anm.: De streckade linjerna anger var detta förhållande varit 1, 2, 4, 8 respektive 16 och kan användas för att bedöma arbetsbelastningen i smittspårningen under den studerade perioden. Värmland har inte besvarat frågan gällande antal smittspårare.

Källa: Matilda Almgren och Jonas Björk, underlagsrapport (2021), *Kartläggning av skillnader i regionernas insatser för provtagning och smittspårning under coronapandemin*.

Flera av regionerna har dock inte nått upp till eller ens varit i närheten av de av ECDC föreslagna personalnyckeltalen, som rekommenderar att en smittspårare vid hög smittspridning, med hjälp av digital uppföljning bör hantera högst 7 smittade per dag.

Almgren och Björk hänvisar till ett förslag om 30 smittspårare per 100 000 invånare för att klara en ökad smittspridning. Region Västerbotten, som under hela pandemin haft ett tydligt fokus på smittspårning, anger att de under perioden januari–mars 2021 hade 26 smittspårare per 100 000 invånare, vilket är det högsta antalet i Sverige. Övriga regioner hade som framgår av figur 7.7 och figur 7.8 betydligt färre.

Regionerna beskriver att bemanningen har varit en stor utmaning. Smittspårningsenheterna behövde rekrytera och utbilda perso-

nal i snabb takt. Flera regioner har använt digitala frågeformulär som ett sätt att effektivisera smittspårningen. Beroende på resurser och smittläge har formuläret i flera regioner helt eller delvis ersatt personlig kontakt mellan den första personen som testat positivt och som smittspårningskedjan utgår från (Index) och smittspårare. Majoriteten av regionerna har även låtit Index-fallet själv ansvara för att kontakta och informera sina nära kontakter, vilket varit ett resursbesparande arbetssätt. Ingen av regionerna har visat en tydligt dokumenterad validitet av dessa digitala frågeformulär. Beskrivningar av systematiska utvärderingar av detta arbetssätt saknas också.

Nationell samordning och Folkhälsomyndighetens stöd

I följande avsnitt belyser vi regionernas bild av hur Folkhälsomyndighetens nationella stöd och samordning för provtagning och smittspårning har fungerat. Detta bygger vi på Almgrens och Björks rapport, samt på samtal med regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer.

Som vi redan sett har det har funnits stora skillnader i hanteringen av både provtagning och smittspårning, något som är naturligt när 21 regioner i stor utsträckning var för sig ska lösa samma problem. Förutsättningarna i regionerna skiljer sig också åt vad gäller kompetens, resurser och utrustning. En mer detaljerad styrning och samordning av Folkhälsomyndigheten har bitvis efterfrågats.

Regionerna har förhållit sig till riktlinjer och vägledningar som Folkhälsomyndigheten tagit fram vad gäller både provtagning och smittspårning, men regionala skillnader har varit tydliga: ett fåtal regioner med låg smittspridning fortsatte exempelvis att provta och smittspåra under hela våg ett, utan prioritering. Flera regioner har också valt att i sina regionala riktlinjer förorda mer omfattande provtagning av asymtomatiska kontakter vid smittspårning. Regionerna har ingen enhetlig bild av hur samverkan med framför allt Folkhälsomyndigheten har fungerat. Vissa upplever den som bra och att man har haft möjlighet att påverka nationella riktlinjer medan andra upplever sig ha saknat den möjligheten.

En återkommande kritik från hälso- och sjukvårdsdirektörer och smittskyddsläkare är att riktlinjer och vägledningar ofta har uppdaterats utan förvarning.

Både för provtagning och smittspårning lyfter regionerna avsaknaden av digitala system som väsentliga hinder i arbetet. Man efterlyser digitala system som ger stöd i hela kedjan från provtagning till smittspårning. För provtagning handlar det om IT-system för att möjliggöra effektiva flöden för provtagning och analys. För smittspårningen har avsaknaden av digitala system lyfts som ett reellt hinder för att på ett effektivt sätt kunna följa upp statistik kring smittspårningen. Regionerna efterfrågar digitala system för ärendehantering för att processen ska underlättas. Manuell hantering av smittspårningsärenden anses bl.a. vara alltför tidskrävande.

När det gäller riktlinjerna för smittspårningen kom dessa sent (22 juli 2020), dvs. först en månad efter att provtagning av alla med symtom skulle ske, vilket innebar stort arbete för regionerna att skapa egna riktlinjer för att möjliggöra en storskalig smittspårning. Detta innebar också att regionala skillnader skapades. Regionerna lyfter också att otydlighet kring prioriteringar i riktlinjerna är en annan orsak till att regionala bedömningar har behövt göras, något som sannolikt också bidragit till skillnader mellan regionerna.

Att riktlinjerna successivt utökats, menar regionerna har inneburit att det varit svårt att bedöma och planera för personal- och resursbehov både vad gäller smittspårning och provtagning. Arbetet i regionerna hade troligen underlättats om planerna för storskalig provtagning och smittspårning stakats ut tidigare och tydligare.

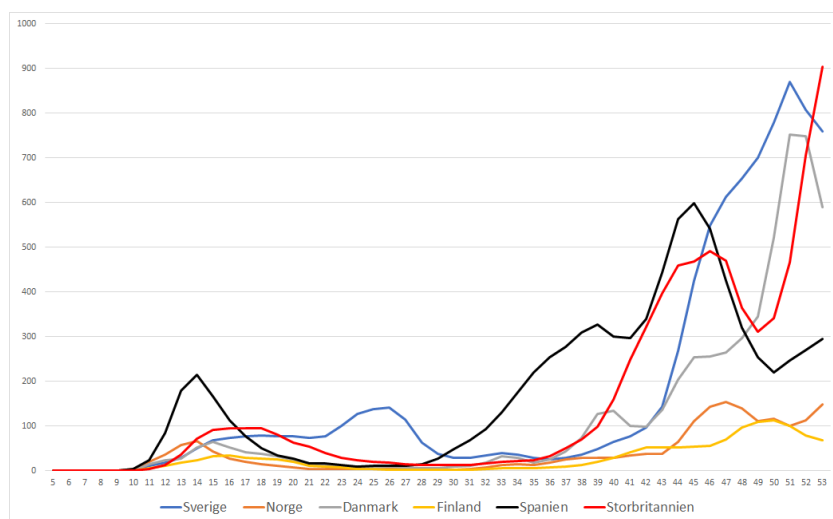
7.15 En jämförelse med fem länder i Europa

För jämförelse med den svenska strategin under hela 2020 valdes fem länder ut; Norge, Danmark, Finland, Spanien och England. De nordiska grannländerna har haft betydligt färre sjukdomsfall och mycket lägre dödlighet än Sverige, trots att de är relativt jämförbara med vårt land när det gäller samhällsstruktur. Jämfört med Sverige har Spanien och England visserligen mycket större folkmängd och har fler stora städer med hög befolkningstäthet, men trots betydande restriktioner har de båda länderna haft minst lika hög sjuk-

lighet och dödlighet som i vårt land. Figur 7.9 visar incidens i länderna över tid.

Följande avsnitt bygger på en underlagsrapport till kommissionen, *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*, av Åke Örtqvist. Rapporten bygger i sin tur på en enkätundersökning som skickades ut till de nationella myndigheterna som ansvarar för smittskyddsarbetet i respektive land. Data avseende tester och antal fall hämtades antingen från länderna själva eller från officiella websidor hos ECDC eller Public Health England (PHE).

Figur 7.9 14-dagars "notification rate" per 100 000 invånare, per vecka, 2020



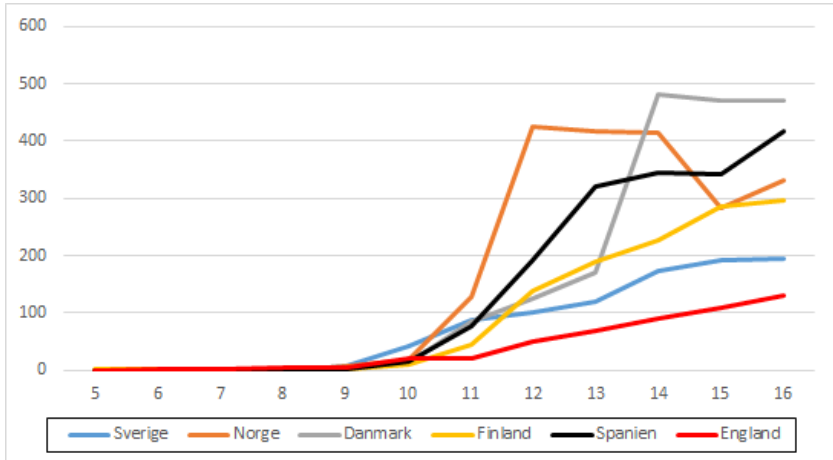
Källa: Åke Örtqvist, underlagsrapport (2021), *Strategies for PCR-testing and contact tracing during the first year of the covid-19 pandemic – a comparison between Sweden and five other European countries*.

PCR-testning

Under de första veckorna av pandemin var strategierna för testning och kontaktspårning likvärdiga i alla sex länder. Fokus lades på att upptäcka fall hos resenärer, och deras kontakter, från områden med dokumenterad smittspridning, dvs. framför allt från Kina och senare också från Österrike och Italien. Från mitten av mars ökade dock testningen i relation till antalet invånare snabbare i Norge, Danmark,

Finland och Spanien än i Sverige och England. Antalet tester i Danmark ökade mest och var från mitten av april och året ut 2–3 gånger högre än i något av de övriga länderna.

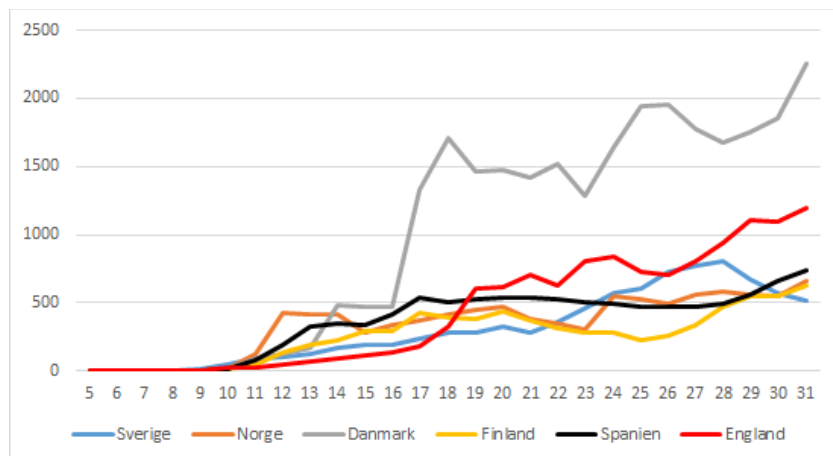
Figur 7.10 Antal PCR-tester per 100 000 invånare, per vecka, veckorna 5–16, 2020



Källa: Åke Örtqvist, underlagsrapport (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.*

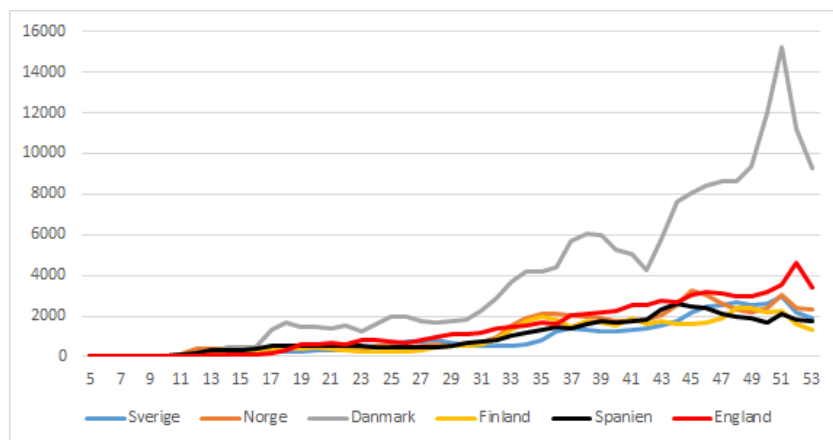
England nådde samma testningsnivåer som Norge, Finland och Spanien i början av maj, medan det dröjde till mitten av juni för Sverige att nå dit.

Figur 7.11 Antal PCR-tester per 100 000 invånare, per vecka, veckorna 5–31, 2020



Källa: Åke Örtqvist, underlagsrapport (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*.

Figur 7.12 Antal PCR-tester per 100 000 invånare, per vecka, veckorna 5–53, 2020

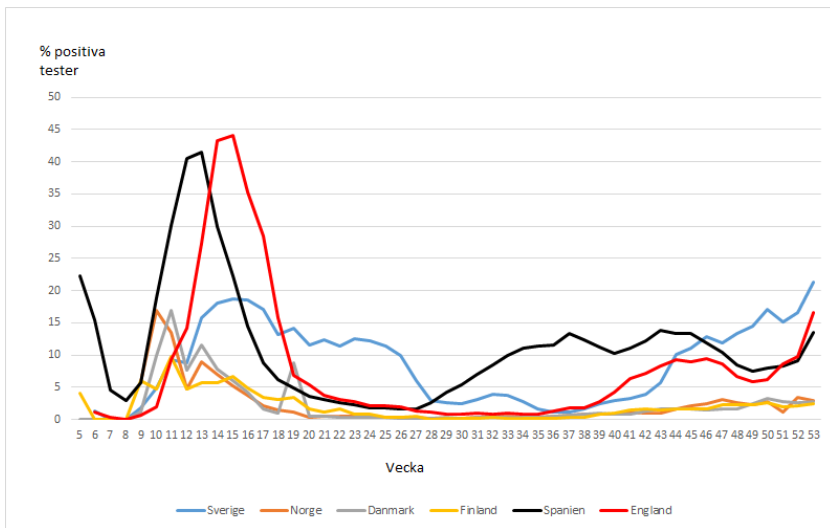


Källa: Åke Örtqvist, underlagsrapport (2021), *Strategies for PCR-testing and contact tracing during the first year of the covid-19 pandemic – a comparison between Sweden and five other European countries*.

På grund av bristande testningskapacitet hade alla sex länder en hög andel positiva tester i början av pandemin, men redan från april-maj låg de fem ”jämförelseländerna” på en nivå under 5 procent medan

det tog till början av juli innan Sverige nådde dit. När den andra vågen startade i juli i Spanien, i september-oktober i Danmark, England och Sverige och i november–december i Norge och Finland hade alla sex länder utvecklat högre testkapacitet. Trots detta var positivitetsgraden mellan 10–15 procent under större delen av hösten i Spanien, mellan 10–20 procent under november–december i Sverige och 10–15 procent i England under årets två sista veckor. Däremot var positivitetsgraden i Norge, Finland och Danmark aldrig över 5 procent efter vecka 20, år 2020. Orsaken till den låga positivitetsgraden i Danmark, trots att deras omfattning av 14-dagars anmälningsgrad per 100 000 invånare var lika hög som i England, Spanien och Sverige, under årets sista 4–6 veckor (figur 7.9), var att testgraden i Danmark var 2–3 gånger högre än i de andra länderna (figur 7.13).

Figur 7.13 Procent positiva tester per vecka, i de sex länderna, veckorna 5–53, 2020



Källa: Åke Örtqvist, underlagsrapport (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.*

Provtagningsstrategier

Spanien, liksom Sverige, hade en allmän strategi där grunden för valet av teststrategi var vetenskapliga bevis och den epidemiologiska

situationen. Tillgängligheten av tester och testets tillförlitlighet övervägdes också.

Fram till vecka 10 var fokus i Norge, Danmark, Finland och England resenärer, eller nära kontakter med resenärer, från områden med pågående överföring av covid-19. Under veckorna 9–10 hade Danmark, Finland och England fokus på ”inneslutning” och smittspårning. Under veckorna 11–13 gick strategierna i alla fyra länder mot att dämpa och bromsa pandemin; att förhindra ytterligare smittspridning av covid-19, att skydda högriskgrupper och att prioritera de svårast sjuka personerna för testning.

Provtagning av asymtomatiska personer nämns från april i Danmark, från maj i Norge och från september i England, och under hösten uppgav alla fyra länder att de hade en kapacitet som tillåter storskalig testning.

Testkapacitet - analyskapacitet

Sverige, Norge, Danmark, Finland och England har rapporterat sin testkapacitet per 100 000 invånare under 2020 (se tabell 7.4). För dessa länder, med undantag för Danmark, finns det också uppgifter om ungefärlig procentandel som används av denna kapacitet. Det verkar alltid ha funnits kapacitet för fler tester än vad som utförts i alla dessa länder. Folkhälsomyndigheten uppgav dock att den rapporterade testkapaciteten baserades på hur många prover de mikrobiologiska laboratorierna angav att de kunde hantera. Flera andra faktorer som brist på testmaterial, testpersonal eller transport kan ha begränsat testkapaciteten vid varje given tidpunkt. Det är inte osannolikt att samma gällde även för de andra länderna. Observera också att analyskapacitet anges per månad. Under vissa veckor kan därmed en större andel av kapaciteten ha använts, vilket Almgren och Björks rapport visar var fallet i Sverige.

Tabell 7.4 Ungefärlig testkapacitet per 100 000 invånare och månad, under år 2020

Den ungefärliga procentandelen som används av kapaciteten, inom parentes

Land	jan	feb	mars	april	maj	juni	aug	okt	dec
Sverige	ND ¹	ND	255 (34)	400 (43)	1 200 (23)	1 350 (34)	1 573 (33)	1 885 (66)	3 030 (83)
Norge	0	ND	550 (23)	0	ND	550 (23)	0	ND	550 (23)
Finland	0	18 (4)	90 (49)	325 (70)	542 (71)	902 (31)	2 166 (41)	2 888 (53)	2 888
England	ND	ND	ND	202 (45)	1 243 (26)	2 114 (38)	2 673 (52)	3 854 (59)	7 236 (41)
Danmark ²	0	0,2	14	600	1 700	1 300	2 700	5 375	9 765
Spanien	ND ¹	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

¹ ND = ingen data.

² Dansk data baseras delvis på antalet utförda tester och kapaciteten kan ha varit högre än vad som anges. Procentandelen av kapaciteten är därför inte relevant.

Källa: Åke Örtqvist, underlagsrapport (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.*

Indikationer för att utföra ett PCR-test

Under årets första 8 veckor var indikationen för ett test i alla sex länderna (inklusive Sverige) resor till eller kontakt med en person som hade rest till Wuhan eller annat drabbat område, plus kliniska kriterier för akuta andningssymtom och/eller feber, eller svår nedre luftvägsinfektion utan känd etiologi. Norge rekommenderade också vårdpersonal som hade haft kontakt med ett bekräftat fall eller ett smittsamt prov att testas.

Under veckorna 9–10, på grund av ökande antal fall och fortfarande begränsad testkapacitet, började Sverige och Spanien att prioritera testning av personer med svår sjukdom som kräver sjukhusinläggning. Norge, Danmark och Finland följde denna kurs under veckorna 11–13. Parallellt med denna prioritering i veckorna 11–13 breddades indikationerna för testning i de flesta länder. Sverige, Norge, Danmark, Spanien, England inkluderade nu testning av personer med symtom i luftvägarna som arbetar inom sjukvård, äldreboenden och/eller viktiga tjänster. Norge, Danmark och England började också testa symtomatiska personer som bor på äldreboenden, medan denna kategori inte ingick i Sverige förrän i början av

april. Indikationer i Norge omfattade också alla personer som är 65 år eller äldre med luftvägsinfektion, och i England rekommenderades PCR-screening av sjukhus- och socialvårdsinläggningar.

En rekommendation för testning av alla personer med symtom där covid-19 kunde misstänkas kom i Norge i april, i Finland och Spanien i maj och under sommaren i de återstående länderna. Under andra halvan av året inkluderade Norge, Danmark och England också indikationer för testning av asymtomatiska personer.

Smittspårning

Under hela 2020 rekommenderade Norge, Danmark och Finland smittspårning av alla nära kontakter kring positiva fall, oavsett var dessa upptäcktes. Spanien uppgav att de också utförde smittspårning kring alla positiva fall, förutom en sexveckorsperiod under april och början av maj då spårningstjänsterna överväldigades av den snabba ökningen av covid-19. England svarade att de publicerade en handlingsplan för coronaviruset i början av mars, som inkluderade uppföljning av nära kontakter, men att en mer detaljerad och ambitiös strategi lanserades med NHS Test & Trace-organisationen i slutet av maj. I Sverige, däremot, rekommenderades från mars att smittspårning skulle prioriteras till nära kontakter till covid-positiva personer arbetande inom hälso- och sjukvård eller äldreomsorg. Dessa rekommendationer utvidgades i juli till att gälla alla fall av covid-19, men fortfarande så att smittspårning skulle prioriteras till kontakter i miljöer med stor risk för allvarliga konsekvenser vid en smittspridning.

I alla sex länder följdes nära kontakter till en person med covid-19 under 1–2 veckor. I jämförelseländerna var regeln att den nära kontakten skulle isolera sig i hemmet under denna tid, oavsett om personen hade några symtom eller ej. I Danmark och Spanien blev det dock möjligt under den senare delen av våren för nära kontakter att bryta sin självisolering tidigare om de fick ett negativt PCR-test. I Sverige, däremot, rekommenderades under första halvan av året varken isolering eller testning av nära kontakter utan symtom, utan dessa fick instruktionen att hålla social distans och om möjligt arbeta hemifrån. Först den 1 oktober 2020 rekommenderades även asym-

tomatiska hushållskontakter hemisolering i 7 dagar och PCR-testning.

Även om definitionen av "nära kontakt" varierade något, inom och mellan länder, inkluderade det oftast en person som bodde i samma hushåll, hade direkt fysisk kontakt eller som inte hade använt tillräcklig skyddsutrustning när hen var i samma rum och inom 1–2 meter från indexpatienten i 15 minuter under de senaste 24 timmarna, eller någon som hade färdats i ett stort fordon som ett plan och satt nära ett bekräftat fall.

Uppföljning av smittspårning - kvalitetsindikatorer

Med undantag av England, hade länderna ingen nationell insamling av kvalitetsdata för smittspårningen. Norge svarade att de inte har tillräckliga kvantitativa data på nationell nivå för att spåra indikatorerna över tiden. I Danmark släpptes den danska nationella Covid-19-databasen den 10 juni 2020, så det finns bara data från den tiden. De många förändringar som görs vid datainsamlingen gör det dock svårt att samla in data om resultaten av kontaktspårning. I Finland har kontaktuppgifter ännu inte analyserats på denna detaljnivå. Spanien svarade att mellan maj och december 2020 var medianantalet kontakter för varje fall 3, med ett interkvartilintervall på 2–4. England följer flertalet indikatorer sedan Contact Tracing and Advisory Service (CTAS) etablerats.

I Sverige har, som tidigare beskrivits, inga försök gjorts att samla in nationella data om resultaten av kontaktspårning på grund av den stora variationen i spårningskapacitet över tid mellan de olika regionerna och den enorma mängden arbete.

Mobila applikationer i smittspårningssyfte (appar)

Appar för kontaktspårning kom aldrig i bruk i Sverige, till skillnad från i de övriga länderna. Data från både Danmark och England talar för att sådana appar kunde leda till att ett ökat antal nära kontakter nåddes och därmed kunde isolera sig i hemmet. I en studie från England och Wales uppskattades att för varje covid-19-positiv person som använde sig av appen kunde ett nytt fall avvärras. England var det enda land som kunde visa nationella data på hur kontaktspår-

ningen fungerade. Från det att ”Test & Trace”-organisationen introducerades där i slutet på maj nåddes 80–90 procent av de positiva fallen för kontaktspårning. För varje positivt fall kunde 2–3 kontakter identifieras, av vilka mer än hälften av kunde nås och informeras om hemisolering.

Testning av antikroppar

Antikroppstestning mot Sars-CoV-2 inkluderades tidigt i den svenska strategin för att få en uppfattning av hur utbredd immuniteten mot viruset var i befolkningen, men också för att enskilda individer skulle kunna få veta om de hade haft infektionen, samt för att förlöpande kunna undersöka hur lång immuniteten var efter genomgången infektion.

I Norge, Danmark och Finland användes antikroppstester i huvudsak för enstaka undersökningar av förekomsten av antikroppar i representativa delar av befolkningen, medan det inte fanns några nationella rekommendationer i England, bara lokala riktlinjer. Spanien, slutligen, använde antikroppstester enbart som en del av den diagnostiska arsenalen.

Sammanfattningsvis var de tydligaste skillnaderna mellan Sverige och de fem jämförelseländerna att PCR-testning kom i gång långsammare i Sverige. Det tog längre tid innan testningen kom i gång av boende i äldreboenden med symtom, liksom av sjuka personer som inte behövde sjukhusvård. PCR-testningens omfattning var under en längre tid inte tillräcklig för att kunna uppskatta spridningen av covid-19 i befolkningen i Sverige, men detta var också fallet i flera av jämförelseländerna. Under mer än halva året omfattades inte alla smittade av smittspårning i Sverige. Nära kontakter till en person diagnosticerad med covid-19 behövde inte isolera sig förrän i slutet av september när isoleringskrav började gälla för hushållskontakter. Till skillnad från Sverige så använde övriga länder mobilappar för kontaktspårningen.

7.16 Summering

Provtagning och smittspårning är grundläggande inslag när det gäller att stoppa och i andra hand begränsa utbrott av smittsamma sjuk-

domar. När covid-19 klassades som en allmän- och samhällsfarlig sjukdom innebar det att det enligt smittskyddslagen blev en plikt att anmäla sjukdomsfall och att spåra den sjukes kontakter (smittspårning). För att veta om en person som har symtom är smittad av covid-19 måste denne provtas. Den mest tillförlitliga provtagningsmetoden sker med ett s.k. PCR-test. När ett sådant prov har tagits analyseras det på ett mikrobiologiskt laboratorium. Om provet är positivt ska smittspårning ta vid.

Provtagning fyller två syften. För det första att ställa en individuell diagnos så att den sjuke kan få rätt behandling, få veta hur hen bör bete sig för att undvika att smitta andra och för att smittspårning ska kunna ske. För det andra för att få en bild av och kunna övervaka smittspridningen i samhället. Provtagning kan också användas för att screena personer oberoende av om de har symtom, t.ex. på en vårdinrättning eller en annan arbetsplats.

Analyskapaciteten byggdes relativt snabbt upp och var under större delen av våren 2020 större än som behövdes för att analysera tagna prov. Det tog nämligen lång tid att öka provtagningskapaciteten.

I början av mars månad provtogs personer som rest in i Sverige från vissa smittdrabbade områden. Den 10 mars bedömde Folkhälsomyndigheten att risken för samhällsspridning i Sverige som mycket hög. Som framgått i kapitel 3 var antagligen smittspridningen i mitten av mars betydligt högre än vad offentliggjord statistik över inlagda på sjukhus och andra indikatorer gav vid handen. Det gällde särskilt i Stockholmsområdet och den 12 mars meddelade Stockholmsregionen att det bara fanns möjlighet att testa de som låg på sjukhus och de som tillhörde en riskgrupp. I provtagningsindikatorer samma dag och en strategi dagen därpå rekommenderade Folkhälsomyndigheten att provtagning bara skulle ske av de som var intagna på sjukhus och av vård- och omsorgspersonal med symtom.

Ungefär en månad senare, den 17 april, utvidgades myndighetens strategi till att, utöver inlagda på sjukhus och vård- och omsorgspersonal, omfatta två nya prioritetsgrupper, nämligen samhällsviktig personal (priogrupp 3) och ”övriga relevanta delar av samhället” (priogrupp 4).

Om smittskyddslagens bestämmelser skulle ha följts borde, allteftersom smittspridningen tog fart, provtagning och smittspårning ha ökat i samma takt. Det visade sig inte vara möjligt i flertalet re-

gioner. En anledning var att personal och skyddsutrustning behövdes både i sjukvården och för provtagning och att vården av sjuka då prioriterades. En annan orsak var att det fördes en diskussion om regionerna hade ansvar för att provta personer i främst prioritet 3 och 4 och om staten verkligen var beredd att stå för kostnaderna för en storskalig provtagning av alla med symtom. Den 11 juni träffades en överenskommelse mellan regeringen och SKR och arbetet med att bygga ut testkapaciteten kunde sättas igång. Den 17 juni uppmanade Folkhälsomyndigheten till provtagning av alla med symtom.

Med utökad provtagning blev också en mer omfattande smittspårning möjlig. För att smittspårning runt en smittsam person ska vara effektiv och stoppa fortsatt smittspridning krävs, bland annat, att kontakter som kan vara smittade nås, att de nås så tidigt som möjligt och att de får och följer förhållningsregler. När smittspårning organiseras så att alla smittade och därefter alla kontakter följs upp individuellt av smittspårare, så kräver det stora personalresurser. I början av juni gav regeringen Folkhälsomyndigheten i uppdrag att bistå regionerna i att bygga upp kapacitet för smittspårning och att skapa en nationell resurs för att stödja regionernas smittspårning. Folkhälsomyndigheten presenterade sin första vägledning för smittspårning den 22 juli 2020. Folkhälsomyndighetens vägledning har bitvis skilt sig från internationella rekommendationer. Först mot slutet av februari 2021 ändrades rekommendation om smittspårning bakåt i tiden vad gäller kontakter som den smittade haft från 24 timmar till 48 timmar.

När provtagningen väl kommit igång fanns det stora skillnader under samtliga perioder mellan regionerna. De regioner som provtog flest utförde två till tre gånger fler test i förhållande till befolkningsmängd än de med lägst antal. Testningen verkar inte enbart ha drivits på av högre smittspridning eftersom antalet positiva test inte ökade i motsvarande takt. Detta talar för att det faktiskt fanns skillnader i strategier mellan regionerna. Andelen positiva test har, sedan vecka 45 år 2020 och fram till vecka 16 år 2021, legat över det internationellt rekommenderade tröskelvärde på 5 procent för god pandemikontroll. Det tyder på att provtagningsvolymerna inte varit tillräckliga för att minska smittspridningen och begränsa pandemins direkta hälsoeffekter. När provtagningen var utbyggd och rekommenderades för alla med symtom, var det trots det så att under den

andra vågen över hälften – och under den tredje vågen över en tredjedel – av inlagda patienter diagnosticerades med covid-19 först vid inläggningen. Detta bekräftar bilden av att pandemin delvis pågått ”under radarn”.

Även smittspårningen har sett mycket olika ut i regionerna och resurser i form av personal har varierat stort. Under november–december 2020 var drygt 5 gånger fler smittspårare anställda hos regioner med högre kapacitet. Det innebär att varje smittspårare då hade upp till 8 gånger fler fall att smittspåra i regioner med färre smittspårare anställda. Flera av regionerna har inte nått upp till eller ens varit i närheten av de personalnyckeltalen, som exempelvis har föreslagits av ECDC.

När vi jämför Sveriges strategier och arbete med provtagning och smittspårning med andra länder ser vi flera skillnader, framför allt att PCR-testning kom i gång snabbare i Norge, Danmark, Finland och Spanien än i Sverige och England. Antalet tester i Danmark ökade mest och var från mitten av april och året ut 2–3 gånger större än i något av de övriga länderna.

8 Skyddsutrustning

Våren 2020 befann sig Sverige och resten av världen i en exceptionell situation. Det nya coronaviruset medförde att förbrukningen av skyddsutrustning i vissa fall ökade med flera hundra procent och de lager som fanns ta slut på några dagar. En likartad situation rådde i stora delar av världen och en global brist på skyddsutrustning uppstod. Leveranstiderna blev långa på grund av stängda produktionsanläggningar, hamnar och flygplatser i Asien och andra delar av världen. Hela världen konkurrerade om den begränsade mängd skyddsutrustning som fanns tillgänglig. Priserna sköt i höjden och flera har uttryckt att det var djungelns lag som rådde.

Som vi beskrivit i kapitel 5 var Sveriges beredskapslager av sjukvårdsprodukter i princip obefintligt vid pandemins utbrott. I det här kapitlet behandlar vi frågan om skyddsutrustning och Sveriges agerande för att säkra tillgången. Vi inleder med en beskrivning av vad skyddsutrustning är och de olika regelverk och krav som gäller, avsnitt 8.1, för att därefter beskriva de bestämmelser och riktlinjer som reglerat användningen av skyddsutrustning under pandemin, avsnitt 8.2. Därefter illustrerar vi hur tillgången till skyddsutrustning har sett ut under våren 2020 fram till våren 2021 och beskriver kortfattat de åtgärder som vidtagits på nationell nivå under denna tidsperiod för att säkra tillgången, avsnitt 8.3. I avsnitt 8.4 beskriver vi kortfattat på vilket sätt regeringen under våren 2020 har informerats om bristen på skyddsutrustning, och i avsnitt 8.5 finns en illustration av beslutade statsbidrag för ökade kostnader till följd av pandemin.

I avsnitt 0 lämnar vi en närmare beskrivning av Socialstyrelsens uppdrag att säkerställa tillgången till skyddsutrustning. Vi beskriver här den inköpsorganisation som upprättades med anledning av uppdraget och hur efterfrågan och leverans har sett ut. I avsnittet redogör vi även för hur Socialstyrelsens uppdrag har uppfattats, både av

myndigheten själv och av regioner, kommuner och SKR. Därefter skriver vi om åtgärder från andra myndigheter, SKR, regioner och kommuner, avsnitt 8.6, och i avsnitt 8.7 skriver vi närmare om den bristande kunskapen om kommunernas behov, som vi även behandlade i vårt första betänkande.

I avsnitt 8.8 behandlas mycket översiktligt skyddsutrustning i övriga samhällsviktiga verksamheter, de som inte omfattades av Socialstyrelsens inköpsuppdrag. Näringslivet och civilsamhället har gjort stora insatser för att säkra utbudet av skyddsutrustning och i avsnitt 8.9 lämnar vi en beskrivning av näringslivets och civilsamhällets förmåga att bidra och det offentligas förmåga att ta emot det stöd som erbjudits. Därefter skriver vi om samarbetet i EU när det gäller skyddsutrustning, avsnitt 8.10, och avslutar sedan med en summering, avsnitt 8.12.

8.1 Vad är skyddsutrustning?

Det som i vardagligt tal benämns som skyddsutrustning omfattar en rad olika produkter som används för att skydda mot hälso- eller skaderisker. Inom vården och omsorgen kan det t.ex. vara munskydd, andningsskydd, visir, skyddshandskar och förkläden. Sådan utrustning kan falla både under begreppet *medicintekniska produkter* och *personlig skyddsutrustning*. Det är ändamålet med en produkt som avgör om den utgör medicinteknisk produkt eller personlig skyddsutrustning. Generellt sett räknas produkter som är avsedda för att skydda patienten som medicintekniska produkter, medan produkter som är avsedda för att skydda arbetstagare räknas som personlig skyddsutrustning. I det följande använder vi begreppet skyddsutrustning. Med det avser vi både medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel.

Medicintekniska produkter definieras i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, bl.a. som en produkt som enligt tillverkarens uppgift ska användas för att hos människor påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom. Definitionen omfattar därmed en mängd olika produkter, allt från plåster till avancerade maskiner. Läkemedel utgör dock inte medicinsktekniska produkter.⁵⁷⁵

⁵⁷⁵ Information från Läkemedelsverkets webbplats (besökt den 20 april 2021).

Personlig skyddsutrustning avser ett vidsträckt område, i princip all utrustning och klädsel som fordras för att ett arbete ska kunna utföras utan risk för att ohälsa eller olycksfall uppkommer.⁵⁷⁶

Munskydd och andningskydd

En återkommande diskussion under pandemin har varit användningen av munskydd och andningskydd och skillnaden dem emellan. Det följande är baserat på information från Läkemedelsverkets webbplats och information från ECDC.⁵⁷⁷

- Ett munskydd är ett hinder för partiklar som finns i utandningsluften. Munskydd är inte tillräckligt täta för att skydda användaren men minskar risken för spridning av partiklar till omgivningen. Munskydd fästs ofta med öglor bakom öronen och är raka och veckade i längdriktningen. Dessa kallas medicinska eller kirurgiska munskydd och räknas i Sverige vanligtvis som medicintekniska produkter. De delas in i typ I, typ II och typ IIR. Den sistnämnda har en vätskeresistent utsida.
- Ett andningskydd filtrerar bort partiklar i inandningsluften och syftar till att skydda användaren från överföring av smittsamma partiklar från omgivningen. Dessa räknas som personlig skyddsutrustning och finns i tre klasser, FFP1, FFP2 och FFP3, där FFP3 har den högsta filtreringsgraden. Andningskydd är utformade för att sitta tätare mot ansiktet än ett munskydd och är ofta kupade. Det finns även andningskydd som är utformade för att skydda både bäraren och omgivningen.
- Utöver munskydd och andningskydd finns även s.k. ansiktsmasker. Dessa används av allmänheten och är ofta gjorda i tyg. Eftersom de varken är munskydd eller andningskydd är de inte CE-märkta.

⁵⁷⁶ Prop. 1976/77:149, s. 238.

⁵⁷⁷ ECDC, *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings*, publicerad den 3 juli 2020 samt uppgifter från Läkemedelsverkets webbplats (besökt den 20 april 2021).

8.1.1 Krav på skyddsutrustning

Både för personlig skyddsutrustning och medicintekniska produkter ställs vissa krav på produkterna, bl.a. när det gäller CE-märkning. När det gäller personlig skyddsutrustning är Arbetsmiljöverket marknadskontrollmyndighet för utrustning som är avsedd att användas i arbetslivet medan Konsumentverket har motsvarande uppdrag för utrustning avsedd att användas för privat bruk.⁵⁷⁸ Myndigheterna får meddela de förelägganden och förbud som behövs för att EU:s förordning om personlig skyddsutrustning ska följas. Arbetsmiljöverket ansvarar även för kontroller av användning av skyddsutrustning. När det gäller medicintekniska produkter är det Läke-medelsverket som ska verka för att dessa är säkra och lämpliga för sin användning. För desinfektionsmedel finns även vissa bestämmelser om godkännande av Kemikalieinspektionen.

Den 18 mars 2020 utfärdades *Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:2) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av hotet från sjukdomen covid-19*. Föreskrifterna innehöll bestämmelser om att arbetsgivare inom hälso- och sjukvården fick använda sådan skyddsutrustning som inte var försedd med CE-märkning, under förutsättning att utrustningen hade bedömts och tillhandahållits av en behörig svensk myndighet. Detta gällde endast under den rådande hälsokrisen och under förutsättning att skyddsutrustningen inte kom in i de vanliga distributionskanalerna eller gjordes tillgänglig för andra användare. Föreskrifterna upphörde att gälla den 31 december 2020.

Den 7 april 2020 fick Arbetsmiljöverket i uppdrag av regeringen att säkerställa ett förfarande för att även icke CE-märkt personlig skyddsutrustning ska kunna användas.⁵⁷⁹

Den 1 januari 2021 ersattes AFS 2020:2 av nya föreskrifter, *Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:9) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av covid-19*. Föreskrifterna reglerar tillfälliga tillstånd för och användning av personlig skyddsutrustning som inte är CE-märkt, samt ger vissa verksamheter rätt att använda Försvarsmaktens Skyddsmask 90 under den pågående pandemin.⁵⁸⁰

⁵⁷⁸ Se 2 och 3 §§ förordningen (2018:127) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om personlig skyddsutrustning.

⁵⁷⁹ Regeringsbeslut den 7 april 2020 (A2020/00783/ARM).

⁵⁸⁰ Information från Arbetsmiljöverkets webbplats (besökt den 7 juni 2021).

Föreskrifterna upphörde att gälla vid utgången av juni 2021.

8.2 Användning av skyddsutrustning – ett skydd för patienter och arbetstagare

Skyddsutrustning kan som framgått avse utrustning för olika ändamål/skyddsintressen, dels skydd för patienter, dels skydd för arbetstagare. Olika bestämmelser gäller för dessa ändamål. Bestämmelser till skydd för patienter och vårdens kvalitet finns framför allt i hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen och i Socialstyrelsens föreskrifter. Användningen av sådan utrustning är i första hand vårdgivarens ansvar. Bestämmelser om skydd för arbetstagare finns främst i arbetsmiljölagen, arbetsmiljöförordningen och Arbetsmiljöverkets föreskrifter. Ansvaret för användningen av personlig skyddsutrustning vilar i första hand på arbetsgivaren.

Vi har i kapitel 3 bl.a. belyst de sociala nätverkens betydelse för smittspridningen och däribland att risken att bli smittad har varierat mellan olika yrkeskategorier och arbetsplatser. Risk att bli smittad på arbetsplatser finns såväl mellan arbetstagare och patienter som mellan olika arbetstagare.

I början av pandemin rådde en stor brist på skyddsutrustning och vi har i vårt första betänkande konstaterat att det för många anställda och arbetsgivare uppstod förvirring om hur de två regelverken och skyddsintressena förhåller sig till varandra.⁵⁸¹

8.2.1 Skydd för patienter

Skyddsutrustning som är till för vårdens kvalitet och patientsäkerhetsarbetet är vårdgivarens ansvar. Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.⁵⁸² Av patientsäkerhetslagen följer att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verk-

⁵⁸¹ SOU 2020:80 s. 265 f.

⁵⁸² 5 kap. 1 § HSL.

samheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.⁵⁸³

I Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg finns vidare detaljerade bestämmelser om hygien, arbetskläder och skyddskläder.

Arbetskläder är kläder som personal använder på jobbet när de kommer i fysisk kontakt med vård- och omsorgstagare. Med skyddskläder menas plastförkläde, skyddsrock eller motsvarande. Skyddshandskar ska användas vid vård- och omsorgsmoment som innebär risk för att händerna kommer i kontakt med kroppsvätskor. Syftet med skyddskläder är att skydda arbetskläder och därmed hindra smittspridning mellan patienter och dem som får omsorg.

8.2.2 Skydd för arbetstagare

Personlig skyddsutrustning avser utrustning som ska skydda arbetstagaren mot risker i arbetsmiljön. En sådan risk kan vara risken att smittas av coronaviruset. Arbetsgivare har ansvar för att systematiskt undersöka och förebygga arbetsmiljörisker så att anställda kan arbeta säkert. I detta ansvar ingår att säkerställa att arbetstagarna har tillgång till den personliga skyddsutrustning som behövs. Det är även arbetsgivaren som ska bekosta den personliga skyddsutrustning som arbetstagaren behöver för arbetet och se till att den fungerar, underhålls och repareras, så att den är säker att använda.

Arbetsmiljölagen

Enligt arbetsmiljölagen ska arbetet planläggas och anordnas så att det kan utföras i en sund och säker miljö. Om betryggande skydd mot ohälsa inte kan nås på annat sätt ska personlig skyddsutrustning användas. Sådan utrustning ska tillhandahållas genom arbetsgivarens försorg.⁵⁸⁴

I tredje kapitlet anges vad som åligger arbetsgivaren, för att uppnå en god arbetsmiljö. Kortfattat kan sägas att arbetsgivaren ska vidta alla de åtgärder som behövs för att arbetstagare inte ska utsättas för ohälsa eller skador i arbetet. Arbetsskador ska utredas och riskerna i

⁵⁸³ 3 kap. 1 § PSL.

⁵⁸⁴ 2 kap. 1–3 och 7 §§ AML.

verksamheten ska fortlöpande undersökas av arbetsgivaren som ska vidta de åtgärder som föranleds av detta. Arbetsgivaren ska även se till att arbetstagaren får god kännedom om de risker som är förbundna med arbetet och att arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad hen har att iaktta för att undgå riskerna.

Även arbetstagaren har ett ansvar för att medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagaren ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar och i övrigt iaktta den försiktighet som behövs. Om arbetstagaren finner att arbetet innebär omedelbar och allvarlig fara för liv eller hälsa, ska hen snarast underrätta arbetsgivaren eller skyddsombud.⁵⁸⁵

På de flesta arbetsplatser ska det finnas ett eller flera skyddsombud. Om ett skyddsombud anser att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö ska hen vända sig till arbetsgivaren. Om det finns en omedelbar och allvarlig fara för arbetstagares liv eller hälsa har skyddsombudet rätt att avbryta arbetet, ett så kallat skyddsombudsstopp. Arbetsgivaren kan antingen acceptera stoppet och åtgärda problemen eller, för det fall arbetsgivaren inte håller med skyddsombudet, vända sig till Arbetsmiljöverket som då ska fatta beslut i frågan.⁵⁸⁶

Arbetsmiljöverkets föreskrifter

Arbetsmiljöverket får meddela ytterligare föreskrifter om arbetsmiljön. Till Arbetsmiljöverkets föreskrifter fogas även i vissa delar allmänna råd. Allmänna råd skiljer sig från föreskrifter genom att de inte är bindande för vare sig myndigheter eller enskilda.

De föreskrifter som är relevanta med anledning av covid-19 är främst Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittrisker. Föreskrifterna syftar till att förebygga risker för att arbetstagare blir infekterade av smittämnen, eller blir varaktiga bärare av smittämnen, på grund av sina arbetsuppgifter och det är arbetsgivaren som har ansvaret för att föreskrifterna följs. När arbetstagaren har arbetsmoment med smittrisk ska arbetsgivaren göra en undersökning och riskbedömning av arbetsförhållandena.

⁵⁸⁵ 3 kap. 4 § AML.

⁵⁸⁶ 6 kap. 2, 4, 6 a och 7 §§ AML.

I arbeten med smittrisk ska arbetsgivaren se till att arbetstagare kan tvätta eller desinfektera händerna. I verksamheter där man kan riskera att komma i kontakt med kroppsvätskor från människor ställs ytterligare krav. Vidare ska personlig skyddsutrustning såsom engångsskyddshandskar och visir användas.⁵⁸⁷

I föreskrifterna klassificeras smittämnen i fyra riskklasser med utgångspunkt i deras förmåga att orsaka infektion och hur allvarliga följderna kan bli. För smittämnen i riskklass 3 och 4 uppställs ytterligare krav på skyddsåtgärder.⁵⁸⁸ Arbetsmiljöverket beslutade den 6 april 2020 att smittämne SARS-CoV-2, som orsakar sjukdomen covid-19, skulle klassificeras som riskklass 3. Riskklass 3 omfattar smittämnen som kan orsaka allvarliga sjukdomar hos människor och kan utgöra en allvarlig fara för arbetstagare. När det är fråga om ett sådant smittämne ska arbetsgivaren bl.a. se till att arbetstagaren tar av arbetskläder och personlig skyddsutrustning innan de lämnar arbetsområdet.⁵⁸⁹

8.2.3 Riktlinjer om användning av skyddsutrustning

Rekommendationer om vilken skyddsutrustning som bör användas i olika situationer finns från bl.a. Folkhälsomyndigheten, ECDC och WHO. Även Arbetsmiljöverkets information och beslut har fått betydelse för användningen av skyddsutrustning.

Riktlinjer och rekommendationer har även utfärdats på både regional och lokal nivå, t.ex. av de regionala smittskyddsenheterna.

Riktlinjerna avser dels skyddsutrustning vid vård av patienter och vårdtagare med känd covid-19-smitta, dels vård av patient och andra vårdtagare utan känd covid-19-smitta, på olika typer av inrättningar och i vissa fall även vägledning till allmänheten. I det första fallet ger riktlinjerna framförallt vägledning för personligt skydd för vårdpersonal och annan personal som arbetar i närheten av den smittade. I det senare fallet ges dessutom vägledning för hur vårdgivare, patienter och allmänheten bör använda utrustning för att skydda varandra från smitta. Då det har varit fråga om ett nytt virus där kunskapen förbättrats ju längre tid som gått har rekommendationerna ändrats under pandemins gång. Alla riktlinjer och all information framhåller

⁵⁸⁷ Se 1, 3, 6, 9 och 14 §§ AFS 2018:4.

⁵⁸⁸ 17–28 §§ AFS 2018:4.

⁵⁸⁹ 22 § AFS 2018:4.

vikten av att basala vårdhygienrutiner följs, samt att all skyddsutrustning måste användas på ett korrekt sätt.

WHO

WHO publicerade den 27 februari 2020 *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19), Interim guidance*. Skriften vänder sig till aktörer som hanterar skyddsutrustning samt publika och privata vårdgivare. Syftet är att skydda personal som kommer i kontakt med smitta. WHO ställer upp rekommendationer för att rationalisera användandet av personlig skyddsutrustning och minska risken för brist. I en tabell anges olika situationer och vilken skyddsutrustning som bör användas i respektive situation. Exempelvis anges att sjukvårdspersonal vid vård av patienter med covid-19 bör använda medicinskt munskydd (medical mask, hädanefter munskydd), rock, skyddshandskar samt skyddsglasögon eller visir. Vid aerosolgenererande procedurer⁵⁹⁰ bör andningsskydd användas i stället för munskydd och dessutom ett förkläde. Skriften har uppdaterats vid tre tillfällen, den 19 mars, den 6 april och den 23 december 2020.

I uppdateringarna den 6 april och 23 december finns även vägledning för beslutsfattande i en situation då det är brist på personlig skyddsutrustning. I en tabell anges alternativa åtgärder vid en brist-situation.

Den 5 juni 2020 publicerade WHO *Advice on the use of masks in the context of COVID-19, Interim guidance*. Rapporten uppdaterades den 1 december 2020. Syftet är att vara en vägledning när det gäller användningen av andningsskydd, (medicinska) munskydd och icke medicinska ansiktsmasker, både inom sjukvården, för allmänheten och i hemtjänsten/hemsjukvården. WHO beskriver att munskydd och ansiktsmasker kan användas som en förebyggande åtgärd för att minska risken för spridning av covid-19. Munskydd kan användas av friska personer för att skydda sig själva men även av sjuka personer för att förhindra att smitta andra, så kallad source control. Ansiktsmasker används främst för source control.

⁵⁹⁰ Aerosol definieras i Nationalencyklopedins uppslagsverk som system av finfördelade fasta eller flytande partiklar i gas, vanligen luft.

I den första versionen rekommenderade WHO att sjukvårdspersonal som ger vård till patienter med covid-19, vid icke aerosolgenererande procedurer, använder munskydd som personlig skyddsutrustning, utöver annan personlig skyddsutrustning. Vid aerosolgenererande procedurer rekommenderades andningsskydd. WHO angav även att all sjukvårdspersonal som arbetar på klinik (clinical areas) med känd eller misstänkt spridning av covid-19 bör använda munskydd under hela arbetspasset.

I den uppdaterade versionen blev WHO:s rekommendation om munskydd mer omfattande. Rekommendationen om munskydd eller andningsskydd i tillägg till personlig skyddsutrustning vid vård av patienter med covid-19 gäller oförändrad, men WHO anger dessutom att andningsskydd även kan användas vid annan vård än den som anges vara aerosolbildande, om det finns tillgång och kostnaden inte är ett hinder. Därutöver rekommenderar WHO att alla människor (personal, patienter, besökare med flera) i områden med känd eller misstänkt klusterspridning av covid-19 ska använda munskydd hela tiden när de vistas inom vårdinrättningen. I områden med misstänkt sporadisk spridning av covid-19 rekommenderas att sjukvårdspersonal i vårdlokalerna ska bära munskydd hela tiden.

ECDC

ECDC publicerade den 20 februari 2020 *Vägledning om hantering och användning av personlig skyddsutrustning vid sjukhusvård av patienter med misstänkt eller bekräftad covid-19*. I rapporten anges som minsta rekommenderade personliga skyddsutrustning vid hantering av patienter med misstänkt eller bekräftad covid-19: andningsskydd (FFP2 eller FFP3), skyddsglasögon eller ansiktsskärm (visir), långärmad vattenavstötande dräkt/rock och skyddshandskar. Vid brist på andningsskydd rekommenderades kirurgiska munskydd, men det uttalades att en bedömning måste ske i varje enskilt fall.

ECDC har även publicerat *Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings*. Den första versionen publicerades den 2 februari 2020 och därefter har sex uppdateringar skett, den senaste i februari 2021. I denna skrift har ECDC mer detaljerat angett rekommenderad skyddsutrustning vid

olika vårdsituationer och även ställt upp en prioriteringsordning, vid brist på skyddsutrustning. I den första versionen föreslås andnings-skydd vid vård av patient med bekräftad eller misstänkt covid-smitta. I senare versioner anger ECDC bl.a. att munskydd kan användas i brist på andningsskydd. I övrigt anger ECDC att visir eller skyddsglasögon, långärmad vätskeavstötande skyddsrock och handskar bör användas vid vård av patienter med covid-19. Från den fjärde uppdaterade versionen som publicerades i maj 2020 anges att kortärmat förkläde kan användas om personalen inte riskerar att komma i kontakt med patientens kroppsvätskor.

Vid undersökning och provtagning av patient med misstänkt covid-19 rekommenderas skyddsutrustningsnivå beroende på möjlighet till avstånd och om det är en inomhus- eller utomhusmiljö.

Rekommendationerna kring användning av munskydd/andnings-skydd i andra vårdsammanhang än direkt vård av patienter med covid-19 har skärpts under pandemins gång. I en uppdatering i maj 2020 angavs att all sjukvårdspersonal med patientkontakt i områden med allmän smittspridning borde överväga munskydd eller andningsskydd, utöver noggrann handhygien. Även personal på långtidsboenden borde överväga att använda munskydd eller andnings-skydd. I nästa uppdatering, i oktober 2020, angavs att i områden med allmän smittspridning av covid-19 ska sjukvårdspersonal i frontlinjen bära munskydd under alla rutinprocedurer. Patienter och besökare bör bära ansiktsskydd när fysisk distansering inte är möjlig. I uppdateringen i februari 2021 anges att i områden med allmän smittspridning av covid-19 ska personal, besökare och patienter använda munskydd som personligt skydd när social distansering inte är möjligt.

ECDC har även den 19 oktober 2020 publicerat en skrift särskilt för personal i primärvården, tandvården och på apotek, *COVID-19 infection prevention and control measures for primary care, including general practitioner practices, dental clinics and pharmacy settings*. Den rekommenderade skyddsutrustningen avviker inte från den som anges i den ursprungliga vägledningen. I rapporten anges dock även att patienter ska bära munskydd inom vårdinrättningen och särskilt i väntrum, i områden där det förekommer allmän smittspridning.

Folkhälsomyndighetens rekommendationer

Det första dokumentet med rekommendationer för handläggning av misstänkta fall av covid-19 publicerades den 23 januari 2020⁵⁹¹ och det första dokumentet med rekommendationer för handläggning av bekräftade fall publicerades den 17 februari 2020.⁵⁹²

I den första versionen av rekommendationer vid misstänkta fall angavs att vid all patientkontakt med misstänkta fall skulle samma personliga skyddsutrustning som används vid aerosolsmitta användas, med hänvisning till försiktighetsprincipen. Det innefattade skyddshandskar, stänkskydd (tättslutande skyddsglasögon eller visir), tillpassat andningsskydd (FFP2 eller FFP3) samt långärmad vätskeavvisande engångsskyddsrock alternativt långärmad skyddsrock och plastförkläde.

I den sjunde versionen, daterad den 10 mars 2020, ändrades dessa rekommendationer. Folkhälsomyndigheten angav då att myndigheten, med utgångspunkt från ökande kunskaper om smittspridningen och i enlighet med rekommendationer från WHO, gjorde bedömningen att ett vätskeavvisande munskydd i kombination med visir eller skyddsglasögon utgjorde ett adekvat barriärskydd för vårdpersonal i samband med både provtagning och vård, med undantag för aerosolgenererande procedurer. Andningsskydd FFP2 eller FFP3 skulle användas vid arbetsmoment där lokal riskbedömning angav att detta var nödvändigt. Kravet på säkerhet för personalen sänktes således då andningsskydd byttes ut mot vätskeavvisande munskydd. Detta var i enlighet med då gällande riktlinjer från WHO. Folkhälsomyndigheten begärde före utfärdandet synpunkter från Arbetsmiljöverket, som anförde att myndigheten inte kunde ställa sig bakom den föreslagna texten.⁵⁹³

Den 30 mars 2020 publicerade Folkhälsomyndigheten *Rekommendationer för handläggning och val av skyddsåtgärder mot covid-19 inom vård och omsorg*, vilka ersatte de båda tidigare dokumenten. I rekommendationerna angavs att vid all vård- och omsorgsnära kontakt skulle en riskbaserad och adekvat användning av personlig skyddsutrustning, förutom basala hygienrutiner, tillämpas. Vid ar-

⁵⁹¹ Folkhälsomyndigheten, *Rekommendationer för handläggning av misstänkta fall av det nya coronaviruset 2019-n-Cov, version 1*, den 23 januari 2020.

⁵⁹² Folkhälsomyndigheten, *Rekommendationer för handläggning av bekräftade fall av covid-19, version 1*, den 17 februari 2020.

⁵⁹³ Arbetsmiljöverket, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, bilaga 7a, den 22 april 2021.

betsmoment som innebar risk för kontakt med kroppsvätskor skulle ögon, näsa och mun skyddas mot stänk. I rekommendationen hänvisades till Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2018:4) som anger att visir ska användas vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor. Folkhälsomyndigheten angav att om visir vid riskbedömning inte bedömdes helt skydda mot stänk mot munnen skulle det kombineras med munskydd. Som ett alternativ till visir kunde skyddsglasögon tillsammans med munskydd användas. Vid risk för aerosolsmitta rekommenderades tillpassat andningsskydd. Genom rekommendationen den 30 mars sänktes kravet på säkerhet för personalen ytterligare genom att visir inte alltid behövde kombineras med munskydd utan ibland bedömdes vara tillräckligt skydd. Denna rekommendation var inte i enlighet med WHO:s eller ECDC:s riktlinjer, som då angav att munskydd eller andningsskydd skulle bäras i tillägg till den personliga skyddsutrustningen.

Före utfärdandet av rekommendationerna den 30 mars hade Folkhälsomyndigheten en dialog med ett stort antal läkare från flera regioner (däribland smittskyddsläkare och hygienläkare). I ett e-mail den 19 mars anförde dessa läkare att skydd mot droppar/stänk endast behövde användas vid vårdmoment inom en meter samt att den skyddsutrustning som då behövdes var visir eller vätskeavvisande munskydd i kombination med skyddsglasögon/halvtäckande visir samt platsförkläde. Vid moment som innebär risk för aerosolbildning anfördes att även andningsskydd FFP2 eller FFP3 skulle användas.⁵⁹⁴ Arbetsmiljöverket inkom med synpunkter och ifrågasatte då bl.a. varför Sverige inte skulle följa ECDC:s rekommendationer. Verket hänvisade bl.a. till rapporter vars slutsats var att visir inte ensamt kunde ge tillräckligt skydd.⁵⁹⁵

Rekommendationerna uppdaterades vid ytterligare några tillfällen. I versionen uppdaterad den 25 juni 2020 angavs att vid covid-19 skulle visir alltid kombineras med munskydd vid arbetsmoment som innebar risk för kontakt med kroppsvätskor. Vidare angavs att som ett alternativ till visir och munskydd kunde skyddsglasögon användas tillsammans med vätskeavvisande munskydd. Om munskyddet inte användes tillsammans med ett heltäckande visir så skulle det

⁵⁹⁴ E-post till Folkhälsomyndigheten den 19 mars 2020 (tjänsteanteckning den 19 maj 2021 med tillhörande bilagesamling, i Arbetsmiljöverkets dnr. 2021/028772).

⁵⁹⁵ Arbetsmiljöverket, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 22 april 2021.

enligt myndigheten vara vätskeavvisande. I versionen från den 1 juli 2020 byttes ordet vätskeavvisande ut mot vätskeresistent. Genom dessa rekommendationer höjdes således kravet på säkerhet för personalen tillbaka till tidigare nivå och var återigen i linje med WHO:s och ECDC:s rekommendationer. Ytterligare uppdatering gjordes den 20 november 2020 och den 15 februari 2021 avpublicerades skriften.

Folkhälsomyndigheten publicerade den 9 november 2020 skriften *Åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19 från personal inom vård, tandvård och omsorg*. Denna ersatte den tidigare skriften *Åtgärder för att minska smittspridning av covid-19 från personal till äldre brukare och patienter*, som publicerades i maj 2020 och som fanns i en kortare och en längre version. Den senaste skriften har uppdaterats vid två tillfällen, den 19 november och den 23 december 2020. I både skriften från maj och den senare anges att det är fråga om ett kunskapsunderlag som handlar om att skydda patienter och omsorgstagare från att smittas av personal. Underlagen berör inte skydd för personalen, men det anges att de föreslagna åtgärderna dock också innebär skydd för personalen.

I skriften den 9 november 2020 introducerade Folkhälsomyndigheten begreppet source control. Begreppet kommer från WHO:s rekommendationer och beskrivs som att munskydd och visir kan fungera som en mekanisk barriär som minskar risken för att bäraren sprider sekret från mun och näsa när de talar, hostar eller nyser. Det anges att genom användning av munskydd eller visir vid ansiktsnära arbete minskas risken för att personal sprider covid-19 till patienter eller omsorgstagare. Folkhälsomyndigheten skrev därför att man kan överväga att personal som jobbar ansiktsnära tillämpar source control som en extra patientsäkerhetsåtgärd för att skydda dem de vårdar.

I en uppdatering den 23 december 2020 utökade Folkhälsomyndigheten sina rekommendationer till att source control även bör användas för personal och besökare när de befinner sig i vårdlokalerna och för patienter då fysiskt avstånd inte kan upprätthållas. Det anges att rekommendationerna om munskydd eller visir har ändrats i enlighet med WHO:s rekommendationer.

Sammantaget kan vi konstatera att Folkhälsomyndighetens rekommendationer om användning av skyddsutrustning i vård och omsorg i stora delar har varit i överensstämmelse med rekommenden-

dationer från ECDC och WHO. Under perioden 30 mars till 25 juni 2020 ställde Folkhälsomyndighetens dock lägre krav än ECDC:s och WHO:s, eftersom myndigheten bedömde att personlig skyddsutrustning inte alltid behövde kompletteras med munskydd eller andningsskydd vid vård av patienter med misstänkt eller bekräftad smitta. WHO och ECDC har även tidigare varit tydliga med att munskydd bör användas i större utsträckning av personer som befinner sig på en vårdinrättning, som en del av förebyggande åtgärder för att minska smittspridningen. Det kan också konstateras att de internationella riktlinjerna har angett vilken skyddsutrustning som bör användas i olika situationer, t.ex. för ambulanspersonal, medan Folkhälsomyndighetens riktlinjer varit mer generella. De internationella riktlinjerna har även i flera delar varit utformade på ett sätt som medger viss anpassning till om en brist på skyddsutrustning uppstår. Exempelvis finns i ECDC:s riktlinjer en prioritetsordning vid en bristsituation och WHO anger vilka alternativ som kan användas i olika situationer.

8.2.4 Arbetsmiljöverkets information och beslut

Arbetsmiljöverket har med anledning av pandemin publicerat information på sin webbplats om arbetsgivarens ansvar och då betonat vikten av att en arbetsgivare löpande bedömer riskerna. En sådan riskbedömning innebär att arbetsgivaren ska ta reda på vilka risker olika arbetsmoment medför och värdera om dessa är mer eller mindre allvarliga. Arbetsgivaren ska därefter besluta om vilka förebyggande åtgärder som behövs, för att ingen ska drabbas av ohälsa eller olycksfall. Verket har även publicerat information om hur risken för smittspridning kan minskas och angett hur en riskbedömning stegvis bör gå till och vilka moment som behöver bedömas. Arbetsmiljöverket har inte utfärdat några riktlinjer eller rekommendationer kring vilken skyddsutrustning som bör användas vid olika vård- och omsorgsmoment, dvs. vilken skyddsnivå som bör gälla vid vård av person med misstänkt eller konstaterad smitta. Verket har huvudsakligen hänvisat till Folkhälsomyndighetens rekommendationer och Socialstyrelsens föreskrifter.

Av underlag ingivet till kommissionen framgår att det internt på Arbetsmiljöverket har tagits fram olika informationsblad till bl.a. hemtjänstpersonal. Dessa har dock inte publicerats.⁵⁹⁶

Arbetsmiljöverket beslutade den 7 april 2020 om ett omedelbart förbud att utföra patientnära arbete med brukare med konstaterad eller misstänkt covid-19, på ett vård- och omsorgsboende (Serafen) i Stockholms stad. Beslutet förenades med ett vite om 100 000 kronor. Arbetsmiljöverket anförde som villkor för att förbudet skulle upphöra att adekvat skyddsutrustning skulle bäras och att det innebar att visir skulle användas i kombination med munskydd. Beslutet överklagades av Stockholms stad till Förvaltningsrätten i Stockholm. Förvaltningsrätten ansåg att begreppet ”patientnära arbete” inte var så tydligt och precist som krävdes för att kommunen skulle kunna förutse vilka åtgärder som behövde vidtas. Domstolen upphävde därför beslutet, utan att ta ställning till frågan om vad som utgjorde adekvat skyddsutrustning.⁵⁹⁷

Den 9 april 2020 hölls ett möte mellan Arbetsmiljöverket, Folkhälsomyndigheten, IVO, Socialstyrelsen och SKR, med anledning av Arbetsmiljöverkets beslut den 7 april. Mötet initierades av SKR. Samma dag uttalade Arbetsmiljöverket genom en publicering på sin webbplats att beslutet gällde för den aktuella arbetsplatsen och inte innebar att verket fattat ett generellt beslut om personlig skyddsutrustning inom omsorgen.⁵⁹⁸ Den 11 april 2020 publicerades ytterligare ett uttalande på webbplatsen i vilken myndigheten bl.a. pekade på att Folkhälsomyndighetens rekommendationer används som utgångspunkt vid riskbedömningar och val av åtgärder inom de ramar som sätts av Arbetsmiljöverkets föreskrifter.

8.2.5 Motstridiga budskap om användning av skyddsutrustning

Som redogjorts för är användning av skyddsutrustning en fråga om skydd för såväl arbetstagare som patienter. För dessa två skyddsinressen finns olika uppsättningar föreskrifter och riktlinjer och

⁵⁹⁶ Se tjänsteanteckning den 19 maj 2021 med tillhörande bilagesamling, i Arbetsmiljöverkets dnr. 2021/028772.

⁵⁹⁷ Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 30 april i mål 8036–20.

⁵⁹⁸ Information från Arbetsmiljöverkets webbplats (besökt den 23 februari 2021).

frågorna faller under olika myndigheter; främst Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket.

Folkhälsomyndighetens rekommendationer har varierat över tid. Först den 25 juni 2020 kom myndigheten med en rekommendation om att använda både ansiktsmask och visir vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor i arbete med misstänkt eller konstaterad covid-19. Dessförinnan angavs att visir skulle kombineras med munskydd om det vid riskbedömning inte bedömdes helt skydda mot stänk mot munnen.

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter ska personal använda personlig skyddsutrustning, så som engångshandskar och visir, vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor. Arbetsmiljöverket har utöver dessa föreskrifter inte utfärdat några egna rekommendationer kring användning av skyddsutrustning under pandemin utan hänvisat till Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens föreskrifter och rekommendationer. Arbetsmiljöverkets beslut den 7 april 2020 avseende Serafens vård- och omsorgsboende har dock av många, både arbetstagare, regioner och kommuner, uppfattats som ett ställningstagande att visir *alltid* skulle kombineras med munskydd och att Arbetsmiljöverket därigenom föreskrev en högre skyddsnivå än då gällande rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Mot denna bakgrund har kommissionen redan i det första betänkandet konstaterat att ansvariga myndigheters hantering av frågan om skyddsutrustning gav upphov till oklarheter om vilken skyddsutrustning som skulle användas och att det tidigare borde ha funnits ett samstämmigt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten, även givet att de har olika uppdrag.

I ett yttrande till JO den 28 september 2020 har Arbetsmiljöverket angående beslutet den 7 april och händelserna därefter bl.a. anfört att verkets beslut var i linje med Folkhälsomyndighetens rekommendationer och att beslutet fattades mot bakgrund av att riskbedömningen hos den aktuella verksamheten var undermålig. Arbetsmiljöverket anförde även att ambitionen med publiceringarna på verkets webbplats den 9 och 11 april var att ge samordnad, klar och tydlig information för att hjälpa dem som ska följa reglerna från samtliga instanser, förklara vad som gällde och visa att bestämmelserna bildar en funktionell helhet.⁵⁹⁹

⁵⁹⁹ Arbetsmiljöverket, yttrande den 28 september 2020 i JO:s dnr. 3566–2020.

Inför det här betänkandet har kommissionen ställt ett antal frågor till Arbetsmiljöverket, bl.a. avseende dialogen med Folkhälsomyndigheten och verkets beslut den 7 april. Arbetsmiljöverket har då delvis ändrat inställning och uttryckt att verket genom beslutet den 7 april uppställt en högre skyddsnivå än Folkhälsomyndigheten

såttillvida att Arbetsmiljöverket gjorde en bedömning utifrån AML:s intention, att ingen arbetstagare ska riskera att drabbas av ohälsa, bli sjuk eller dö genom sitt arbete, och påtalade att arbetstagarnas luftvägar skulle skyddas med munskydd eller andningsskydd.

Arbetsmiljöverket har till kommissionen även utvecklat sitt resonemang kring bedömningen av smittorisken i det aktuella fallet och anfört att visir inte bedömdes skydda tillräckligt eftersom visiren är öppna på sidorna och undertill och en arbetstagare som bedriver omsorg rör sig runt patienten. Av ett sakkunnigutlåtande i aktuellt ärende framgår bedömningen:

En vetenskaplig genomgång av visirets funktion som skydd vid infektioner, kommer till slutsatsen att visir ensamt inte skyddar luftvägarna mot droppsmitta, utan ska kombineras med skydd för luftvägarna.

Av nu ingivet underlag framgår alltså att Arbetsmiljöverket inte enbart bedömde att arbetsgivaren gjort en undermålig riskbedömning utan att verket även gjort en bedömning av vilken skyddsnivå som krävs för att hantera den aktuella risken. Av underlag ingivet av Arbetsmiljöverket framgår även att verket redan i mars 2020 ifrågasatte den skyddsnivå som Folkhälsomyndigheten föreskrev och Folkhälsomyndighetens bedömning att visir ensamt skulle räcka som skydd.⁶⁰⁰

8.3 Tillgången till skyddsutrustning

Under mars och april 2020 var bristen på skyddsutrustning stor inom regioners och kommuners vård- och omsorgsverksamheter. Inom kommunerna var bristerna så stora att personal tvingades arbeta utan adekvat utrustning. Även inom regionerna var tillgången mycket ansträngd men de allra flesta verksamheterna klarade situationen genom att regionerna kunde säkerställa stora inköp och genom prioritering både inom och mellan verksamheter. Tillgången

⁶⁰⁰ Arbetsmiljöverket, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 22 april 2021.

på skyddsutrustning ökade sedan gradvis under våren och sommaren 2020 i takt med att produktions- och logistikkedjorna började fungera igen. Även under hösten 2020 och våren 2021 har det funnits en fortsatt brist på vissa produkter, exempelvis skyddshandskar. I det här avsnittet redogör vi på en övergripande nivå för hur tillgången till skyddsutrustning har sett ut från våren 2020 till våren 2021. Vi beskriver även åtgärder som har vidtagits för att säkra tillgången till skyddsutrustning.

8.3.1 Februari 2020: Tidiga tecken på produktionsstörningar

Redan i februari 2020 uppmärksammades risker för brist på skyddsutrustning i regioner och kommuner. Medicinteknikbranschen varnade för produktions- och leveransutmaningar i Asien på grund av coronaviruset och larmen avsåg både skyddsutrustning och kritiska medicintekniska produkter. Under februari 2020 ökade efterfrågan i hela världen samtidigt som många fabriker stängde på grund av pandemin.⁶⁰¹

I början av pandemin saknades inarbetade nationella strukturer för att på ett återkommande och strukturerat sätt samla in information om tillgången till skyddsutrustning och medicintekniska produkter i regioner och kommuner. I slutet av januari 2020 skickade Socialstyrelsen ut en enkät till landets akutsjukhus för att undersöka tillgången. Enkäten visade att vissa läkemedel var tillfälligt slut hos apoteken och att de inte gick att beställa hos grossister. Enkäten visade även att det saknades buffertlager av läkemedel och skyddsutrustning i regionerna.⁶⁰² Som vi beskriver i kapitel 5 präglas handeln med skyddsutrustning och sjukvårdsprodukter i stor utsträckning av konceptet ”just-in-time”. Efter en successiv nedmontering av tidigare beredskapslager fanns det inte någon större lagerhållning, vare sig hos grossister eller i sjukvården när pandemin bröt ut.⁶⁰³ Branschorganisationen Swedish Medtech genomförde i februari 2020 en enkätundersökning hos sina medlemsföretag som bekräftade denna bild och visade att Sverige saknade nödvändig produkt-

⁶⁰¹ Information från Swedish Medtechs webbplats (besökt den 30 maj 2021).

⁶⁰² Socialstyrelsen (2020), *Samlad debredovisning av uppdrag gällande skyddsutrustning och annat material med anledning av utbrottet av covid-19*.

⁶⁰³ SOU 2021:19 s. 215.

ionskapacitet och tillräckliga beredskapslager för skyddsutrustning och medicinteknik.⁶⁰⁴

Många av de produkter som har efterfrågats under pandemin används under normala omständigheter i begränsad omfattning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det gäller exempelvis munskydd och andningsskydd.⁶⁰⁵

MSB publicerade den 6 februari en nationell lägesbild. I den redovisade MSB bland annat att

Regionerna bör uppmanas att säkerställa inköp och distribution av bland annat personlig skyddsutrustning, hygienartiklar och läkemedel.⁶⁰⁶

Socialstyrelsen hade den 4 februari uppmärksammat MSB på att en möjlig brist på skyddsutrustning förelåg.⁶⁰⁷ Folkhälsomyndigheten såg vid den tidpunkten inga risker avseende försörjning av kritiska varor och tjänster inom myndighetens verksamhetsområde, inte heller vad gällde resurser.⁶⁰⁸ I en lägesrapport från den 7 februari sammanställd av Kansliet för krishantering i Regeringskansliet, noterades att

efterfrågan på skyddsutrustning [är] hög globalt. Det rapporteras om brist, men många tillverkare kommer att öka sin produktion.⁶⁰⁹

8.3.2 Mars 2020: Fler signaler om brist på skyddsutrustning

I mars 2020 kom fler signaler om brist på skyddsutrustning, desinfektionsmedel och provtagningsmateriel. Regionernas leverantörer meddelade att det fanns en global brist på många produkter. Långa leveranstider uppstod på grund av stängda produktionsanläggningar, hamnar och flygplatser i Asien och andra delar av världen.⁶¹⁰ I Socialstyrelsens lägesrapport den 9 mars rapporterade en fjärdedel av sjukhusen om en måttlig påverkan på tillgången till förbrukningsmaterial, där skyddsutrustning ingår, och fem procent av

⁶⁰⁴ Information från Swedish Medtechs webbplats (besökt den 30 maj 2021).

⁶⁰⁵ Intervjuer med Region Stockholm, Stockholms stad, Region Norrbotten, Luleå kommun samt Region Östergötland, april och maj 2021.

⁶⁰⁶ MSB, *Nationell samlad lägesbild, Coronavirus 2019-nCov*, den 6 februari 2020, dnr. 2020-01433.

⁶⁰⁷ Socialstyrelsen, dnr. 10.2-5075/2020.

⁶⁰⁸ Folkhälsomyndigheten, den 4 februari 2020.

⁶⁰⁹ Regeringskansliet, *Lägesbild coronavirus 2019-nCov*, den 7 februari 2020 kl. 16.00.

⁶¹⁰ Information från Swedish Medtechs webbplats (besökt den 30 maj 2021).

sjukhusen bedömde påverkan som betydande eller kritisk.⁶¹¹ I mitten av mars skickade Socialstyrelsen ut en enkät till kommunerna för att följa upp tillgången till skyddsutrustning. Enkäten visade på en generellt låg beredskap. För kommunernas del finns det inte någon skyldighet att rapportera till Socialstyrelsen i samband med en kris vilket innebär att Socialstyrelsen fick förlita sig på enkäter.⁶¹² Baserat på de lägesbilder som Socialstyrelsen tog in gjorde myndigheten inköp av exempelvis andningsskydd, som det började bli brist på, exempelvis skyddshandskar.⁶¹³

MSB:s lägesbild den 12 mars visade att risken för störningar i försörjningen av samhällskritiska varor eller tjänster till Sverige på kort sikt var låg men att det fanns osäkerheter kring utvecklingen på längre sikt. Den 26 mars gjorde MSB bedömningen att den fortsatta bristen eller risk för brist på skyddsutrustning, kunde komma att påverka fler områden än hälso- och sjukvården, exempelvis skydd och säkerhet.⁶¹⁴

En enkätundersökning som riktades till samtliga infektionskliniker i Sverige i juni 2021 visar att majoriteten av klinikerna upplevde att tillgången till skyddsutrustning inom infektionsvården initialt under våren 2020 var mycket ansträngd, men att det inte fanns någon reell brist. Några kliniker upplevde att den akuta bristen balanse- rades av ytterligare neddragningar av operationsverksamhet samt egenproduktion av bland annat visir. Andra åtgärder var strikta rutiner och noggrann prioritering.⁶¹⁵ Även intensivvårdsavdelningar som vårdade patienter med covid-19 svarade att det särskilt under pandemins första månader rådde en ständig oro över bristen på skyddsutrustning. Förenklade rutiner, inlåning av exempelvis skyddsmask 90, från Försvarsmakten, samt stöd och bidrag från privata aktörer bidrog till att akut brist kunde undvikas.⁶¹⁶ Inom primärvården följde tillgången på skyddsutrustning samma mönster för övrig vård, där situationen under de första månaderna bitvis var kritisk. De ändrade direktiven (nationella och regionala från Vårdhygien) skapade också en osäkerhet.

⁶¹¹ Socialstyrelsen (2020), *Socialstyrelsens nationella lägesrapport*, den 9 mars 2020.

⁶¹² Socialstyrelsen (2020), *Samlad delredovisning av uppdrag gällande skyddsutrustning och annat material med anledning av utbrottet av covid-19*.

⁶¹³ Socialstyrelsen, *Svar på Coronakommissionens frågor*, den 15 mars 2021.

⁶¹⁴ Information från MSB:s webbplats (besökt den 19 april 2021).

⁶¹⁵ Åsa Hallgärde, underlagsrapport (2021), *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19 pandemin*.

⁶¹⁶ Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19 pandemin*.

Ökad brist på skyddsutrustning under mars

I flera enkätundersökningar i mars 2020 riktade till personal inom regioner och kommuner rapporterades det om brister på skyddsutrustning. En enkätundersökning som Sveriges Television genomförde i mars 2020 till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunerna visade att 55 procent av de tillfrågade ansåg att tillgången till skyddskläder var dålig eller mycket dålig. De som svarade på enkäten lyfte exempelvis fram att deras beställningar hade strukits, att leveranser uteblev och att vissa kommuner var tvungna att påbörja egen tillverkning av skyddsutrustning.⁶¹⁷ I en medlemsundersökning som fackförbundet Kommunal genomförde vecka 14 (30 mars – 3 april) svarade 42 procent av de anställda i hemtjänsten och 28 procent av personalen i särskilt boende att det förekommit situationer där anställda arbetat utan rätt skyddsutrustning.⁶¹⁸ Under den här tiden uppstod en global konkurrens om den begränsade mängd skyddsutrustning som fanns tillgänglig på världsmarknaden. Varor som regioner och kommuner hade beställt och som hade packats hos leverantören kunde snabbt dirigeras om till andra kunder som betalade ett högre pris.⁶¹⁹

Hemställan till regeringen från de största regionerna om att säkra varuförsörjningen

Den 13 mars 2020 lämnade Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne in en hemställan till regeringen om behovet av nationella beslut för att säkra varuförsörjningen i sjukvården. Regionerna framförde att den höga smittspridningen innebar att den befintliga skyddsutrustningen och materialet inte skulle räcka. De lyfte också fram risken för hamstring av skyddsutrustning och sjukvårdsmateriel. Av hemställan framgick att de ansvariga myndigheterna Socialstyrelsen och MSB skyndsamt måste få ett uppdrag av regeringen att på nationell nivå säkra tillgången till skyddsutrustning och fördelningen av den mellan regionerna samt skyndsamt ta

⁶¹⁷ Information från Sveriges Televisions webbplats (besökt den 8 mars 2021).

⁶¹⁸ Kommunal (2020), *Snabbenkät om skyddsutrustning, SO och RSO inom vård och omsorg vecka 14 2020*.

⁶¹⁹ Möte med Regiondirektörsnätverket, den 16 april 2021.

initiativ till att få igång en produktion av material inom Sverige för att långsiktigt säkra kapaciteten.⁶²⁰

Redan den 11 mars 2020 tillförsäkrades samtliga regioner vid ett samverkansmöte där även SKR och Folkhälsomyndigheten deltog att Socialstyrelsen är aktiv på marknaden för att säkerställa inköp till Sverige i en global bristsituation, men att detta arbete inte ska konkurrera med regionerna.⁶²¹

Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen att säkra tillgången till skyddsutrustning

Den 16 mars 2020 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19. Uppdraget innebar att Socialstyrelsen bl.a. skulle:

- kontinuerligt inventera behoven av och tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial som behövs i regioner och kommuner till följd av spridningen av covid-19,
- genomföra eller, om möjligt, samordna inköp av skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial utifrån de behov som identifierats av regioner och kommuner,
- förbereda och vid behov fatta beslut om omfördelning mellan regioner och kommuner av befintlig materiel,
- förbereda och vid behov fatta beslut om fördelning mellan regioner och kommuner av tillkommande material,
- se över och främja förutsättningarna att skyndsamt få igång en produktion av material inom Sverige för att på kort och lång sikt säkra en tillräcklig produktionskapacitet,
- undersöka möjligheten att köpa skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial från andra aktörer som använder sådan i sin verksamhet,

⁶²⁰ Region Stockholm, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, *Hemställen den 13 mars om nationella beslut för att säkra varuförsörjning i sjukvården.*

⁶²¹ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

MSB skulle bistå Socialstyrelsen vid genomförandet av uppdraget. Genomförandet av uppdraget skulle ske i dialog med Folkhälsomyndigheten och Arbetsmiljöverket och i nära samarbete med regionerna och kommunerna. Uppdraget gällde så länge det krävdes med tanke på spridningen av covid-19 och förutsättningarna för regionerna och kommunerna att på egen hand säkerställa försörjningen av skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel.⁶²² Som framgår av beskrivningen ovan var fokus för Socialstyrelsens regeringsuppdrag tillgången till skyddsutrustning i regioner och kommuner.

Förordning om fördelning av sjukvårdsmateriel

Samma dag som Socialstyrelsen fick sitt uppdrag, den 16 mars, fattade regeringen beslut om förordningen (2020:126) om fördelning av sjukvårdsmateriel till följd av spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen innebar att Socialstyrelsen får besluta att en region eller kommun ska överlämna personlig skyddsutrustning eller provtagningsmateriel till en eller flera andra regioner eller kommuner. Förordningen innebar även att regioner och kommuner på begäran ska lämna information till Socialstyrelsen om den personliga skyddsutrustning och det provtagningsmateriel som respektive region eller kommun har tillgång till.

Hemställan till MSB om samordning av lägesbilder

Den 17 mars 2020 begärde Socialstyrelsen stöd av MSB med att samordna kommunernas lägesbilder och samordna begäran om stöd avseende materiel och skyddsutrustning via länsstyrelserna. Som skäl till hemställan angav Socialstyrelsen att myndigheten sedan en tid tillbaka hanterade regionernas begäran om stöd avseende materiel och skyddsutrustning. Stödet till regionerna byggde på en samlad bedömning av regionernas lägesbilder, omfattningen på regionernas begäran om stöd samt aktuell lagerstatus hos Socialstyrelsen. Myndigheten bedömde att samma process behövde införas i relationen till kommunerna och andra aktörer. Myndigheten hade svårigheter att vara kontaktpunkt gentemot alla enskilda kommuner och privata aktörer inom området och hemställde därför om stöd med samord-

⁶²² S2020/01558/IFS, S2020/01594/IFS (delvis).

ning av kommunernas lägesbilder och deras begäran om stöd, förslagsvis via länsstyrelserna. Förutom en samordning av lägesbilderna beskriver Socialstyrelsen att det behövdes stöd med en bedömning på länsnivå om vilka kommuner som hade störst behov av stöd och förslag till prioritering på länsstyrelsenivå.⁶²³

Uppdrag till länsstyrelserna att inkomma med lägesbilder

Den 19 mars 2020 fick länsstyrelserna i uppdrag av regeringen att minst två gånger i veckan, eller så ofta Regeringskansliet närmare angav, inkomma med lägesbilder över arbetet i länsstyrelserna och ge en redogörelse för utvecklingen av coronaviruset i samtliga län. Länsstyrelsen i Hallands län fick en samordnande och koordinerande roll.⁶²⁴ Redan den 12 mars hade landshövdingarna gemensamt beslutat om att upprätta ett nationellt samordningskansli för hantering av covid-19.⁶²⁵

Uppdrag till Socialstyrelsen att säkerställa tillgången till medicinteknisk utrustning

Den 25 mars 2020 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att vid behov ta initiativ till att på nationell nivå säkra tillgången till medicinsk utrustning som behövs i intensivvården eller annan vård till följd av spridningen av covid-19 samt att på nationell nivå svara för fördelningen av denna utrustning mellan huvudmännen. Uppdraget omfattade inventering av behov av medicinteknisk utrustning som används i intensivvården, inköp och samordning av inköp samt förberedelser samt beslut om omfördelning av utrustning som köps in av Socialstyrelsen. Inom ramen för uppdraget skulle även Socialstyrelsen ta initiativ till att säkra tillgången till läkemedel som används i behandlingen av covid-19 om det behövdes.⁶²⁶ Vi berör läkemedelsfrågan i kapitel 9.

⁶²³ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶²⁴ Information från regeringens webbplats (besökt den 30 maj 2021).

⁶²⁵ Dagens Samhälle (2020), *Halland nav för kommunernas coronarapportering*, den 25 maj 2020.

⁶²⁶ Regeringen (2020), *S2020/02443/FS*.

Hemställan till regeringen från länsstyrelserna att stödja Socialstyrelsen med lägesbilder från kommunerna

Av en hemställan från länsstyrelserna till regeringen den 30 mars 2020 framgår att Socialstyrelsen, MSB, länsstyrelserna och SKR kommit överens om en samordningsprocess som syftar till att Socialstyrelsen ska få en heltäckande bild av läget i kommuner och regioner samt en uppfattning om behovet av stöd gällande sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning. Samordningsprocessen innebär att länsstyrelserna ska bistå Socialstyrelsen med att bl.a. samla in underlag från kommuner, bedöma läget och inom ramen för sitt geografiska områdesansvar, utgöra en plattform för att mäkla resurser mellan kommunerna. Om behoven inte kan tillgodoses ska länsstyrelserna överlämna sin bedömning till Socialstyrelsen som fattar beslut om eventuella åtgärder.⁶²⁷ Ytterligare detaljer kring händelseförloppet under februari och mars 2020 finns i vårt första delbetänkande (SOU 2020:80).

8.3.3 April 2020: Fortsatt brist och leveransutmaningar

Under april ökade smittspridningen i landet och flera regioner och kommuner hade ett mycket ansträngt läge med många smittade. Den globala efterfrågan på produkter till hälso- och sjukvården var samtidigt hög. Även om produktionen ökade översteg efterfrågan tillgången vilket skapade fortsatta bristsituationer.⁶²⁸ I mitten av april gjorde Vårdföretagarna en medlemsenkät riktad till sina medlemsföretag som är vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi. Omkring 60 procent av företagen som svarade på enkäten angav att de antingen hade akut brist eller sannolik brist på skyddsutrustning. Endast knappt var fjärde verksamhet svarade att de inte hade någon brist. Mellan 10 och 40 procent av verksamheterna uppgav att de inte fått någon hjälp från regionen eller sin kommun med skyddsutrustning. Endast var tionde verksamhet uppgav att de fått god hjälp.⁶²⁹

Under april och maj 2020 genomförde även Vårdförbundet en enkätundersökning riktad till sjuksköterskor i kommuner och reg-

⁶²⁷ Regeringen (2020), S2020/02676/SOF.

⁶²⁸ Information från Swedish Medtechs webbplats (besökt den 30 maj 2021).

⁶²⁹ Uppgift från Vårdföretagarna i samband med det första delbetänkandet, SOU 2020:84.

ioner. Undersökningen visade att endast fyra av tio upplevde att de hade fått tillgång till den utrustning som de behövde.⁶³⁰

Uppdrag till länsstyrelserna att bistå Socialstyrelserna med lägesbilder

Den 3 april gav regeringen länsstyrelserna, som svar på deras tidigare nämnda hemställan, i uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna kommunernas lägesbilder och behov av skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial. Länsstyrelserna skulle utföra uppdraget i samarbete med Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap och SKR.⁶³¹

Slopad CE-märkning för personlig skyddsutrustning

Den 7 april beslutade regeringen att tillfälligt slopa kravet på CE-märkning för viss personlig skyddsutrustning. Syftet var att möta den ökande efterfrågan inom hälso- och sjukvården.⁶³²

Uppdrag till Adda att köpa in materiel åt kommuner

Den 8 april fick SKR:s inköpscentral Adda (tidigare benämnd SKL Kommentus) i uppdrag av sin ägare SKR att köpa in material och etablera ett lager med främst skyddsutrustning och desinfektionsmedel för kommunernas vård- och omsorgsverksamheter. Det föregicks av att regionerna etablerade en samverkan kring inköp den 6 april. I denna samverkan ingick även SKR, MSB och Socialstyrelsen.⁶³³

Uppdrag till MSB att stödja transporter och logistik av skyddsutrustning

Den 30 april 2020 gav regeringen i uppdrag åt MSB att vid behov stödja regioner, kommuner, företag och andra aktörer genom att hantera transport och logistik avseende skyddsutrustning och annan

⁶³⁰ Information från Vårdförbundets webbplats (besökt den 30 maj 2021).

⁶³¹ Regeringen (2020), S2020/02676/SOF.

⁶³² Regeringen (2020), A2020/00783/ARM.

⁶³³ Information från SKR:s webbplats (besökt den 30 mars 2021).

materiel till följd av covid-19. För att den utrustning som köps av regioner, kommuner, företag och andra aktörer snabbt skulle kunna nå de som var i behov av utrustningen behövde transporter och logistik säkerställas.⁶³⁴

8.3.4 Maj och juni 2020: Gradvis ökad tillgång på skyddsutrustning

Den 27 maj började Adda genom sin webbutik leverera materiel till kommunerna.⁶³⁵ Tillgången till skyddsutrustning ökade successivt under slutet av våren 2020. I juni rapporterade flera län ett stabilt läge men att det fortfarande fanns ett stort behov av att säkerställa förbrukningsmateriel och skyddsutrustning, särskilt på längre sikt.⁶³⁶ En enkätundersökning av Kommunal i juni 2020 visade att 16 procent av personalen inom äldreomsorgen, under den vecka som undersökningen avsåg, hade arbetat utan rätt skyddsutrustning. Störst andel som hade arbetat utan skyddsutrustning fanns inom hemtjänsten och bland vårdbiträden. Problemen rörde främst Stockholms län.⁶³⁷ Även i länsstyrelsernas lägesrapportering i juli 2020 angavs att det fortfarande fanns ett stort behov av att säkerställa förbrukningsmateriel och skyddsutrustning på längre sikt.⁶³⁸ MSB:s lägesbild i juli visade att det behövdes fortsatta ansträngningar och samverkan behövs för att säkerställa tillgång på skyddsmateriel, läkemedel samt förbrukningsmateriel för bland annat provtagning. Detta gällde särskilt på längre sikt (tre månader).⁶³⁹

Den 9 juli hemställde MSB till regeringen om att ge en sammanhållande aktör på nationell nivå ett ansvar för bl.a. att vid behov anskaffning och fördelning av skyddsutrustning för annan samhälls- viktig verksamhet än hälso- och sjukvården.⁶⁴⁰

⁶³⁴ Regeringen (2020), *Ju2020/01685/SSK*.

⁶³⁵ Möte med SKR, den 21 maj 2021.

⁶³⁶ Konstitutionsutskottet (2020), dnr. 819–2020/21.

⁶³⁷ Information från Kommunals webbplats (besökt den 1 april 2021).

⁶³⁸ Konstitutionsutskottet (2020), dnr. 819–2020/21.

⁶³⁹ Information från MSB:s webbplats (besökt den 12 april 2021).

⁶⁴⁰ MSB (2020), *Hemställan angående skyddsutrustning för samhällsviktig verksamhet, exklusive hälso- och sjukvård samt omsorg, inför eventuella nya större smittoutbrott av covid-19*, MSB 2020–08709.

8.3.5 Hösten 2020: Stabilare läge men risk för fortsatt brist på viss skyddsutrustning

Den 10 september resulterade MSB:s tidigare hemställan i ett uppdrag av regeringen att genomföra en behovsanalys för tiden fram till den 1 september 2021 avseende anskaffning och fördelning av personlig skyddsutrustning till myndigheter som är verksamma inom samhällsviktig verksamhet, exklusive hälso- och sjukvård.⁶⁴¹

Under oktober 2020 angavs i lägesrapporteringen från länsstyrelserna att tillgången till skyddsutrustning var stabilare än under våren men att det var en hög förbrukning av munskydd samt svårigheter att få leveranser av skyddshandskar i vissa län.⁶⁴²

I november 2020 rapporterar Kommunal om en bättre tillgång på skyddsutrustning genom en enkät som drygt 2 500 av Kommunals skyddsombud har svarat på. Många är dock fortfarande oroliga för att den ska ta slut – 16 procent uppger att det förekommit att personal jobbat utan skyddsutrustning under oktober–november.⁶⁴³

MSB flaggade i sin lägesrapportering i november 2020 för en risk för brist på skyddsutrustning i samhällsviktig verksamhet. Vid det tillfället fanns det inte någon akut brist, men enligt MSB lyfte flera myndigheter fram att det fanns en risk framöver. För samhällsviktiga verksamheter utanför hälso- och sjukvården fanns inga stora lager att tillgå.⁶⁴⁴

8.3.6 Våren 2021: brist på vissa produkter

Under våren 2021 har regioner och kommuner rapporterat brist på vissa produkter, exempelvis gummihandskar. Den globala efterfrågan på handskar har varit fortsatt hög samtidigt som produktionen har varit begränsad. Tillverkningen är koncentrerad till ett fåtal anläggningar där det har varit brist på råvarumateriel.⁶⁴⁵ Kommunal lyfte i mars fram att det fanns brister inom äldreomsorgen i användandet av skyddsutrustning. I undersökningen angav 15 procent av skyddsombuden att det hade förekommit situationer där personalen arbetade utan rätt skyddsutrustning den senaste måna-

⁶⁴¹ Regeringen (2020), *Ju2020/03246/SSK*.

⁶⁴² Konstitutionsutskottet Dnr. 819-2020/21.

⁶⁴³ Information från Kommunals webbplats (besökt den 31 mars 2021).

⁶⁴⁴ Information från MSB:s webbplats (besökt den 12 april 2021).

⁶⁴⁵ Information från Medcarrier AB:s webbplats (besökt den 29 maj 2021).

den och 12 procent av de svarande angav att arbetsgivaren hade försökt att begränsa användandet av adekvat skyddsutrustning på deras arbetsplats eller inom deras skyddsområde.⁶⁴⁶

8.4 Regeringen informerades kontinuerligt under våren 2020 om bristen på skyddsutrustning

Under våren 2020 informerades Regeringskansliet kontinuerligt av förvaltningsmyndigheterna, SKR samt aktörer inom vården och omsorgen om risken för bristsituationer kring skyddsutrustning och de faktiska brister som uppstod, i vart fall enligt följande:

- Folkhälsomyndigheten bjöd den 24 januari in Socialstyrelsen, andra förvaltningsmyndigheter, SKR samt beredskapsorganisationer till samordningskonferenser kring pandemin för att diskutera lägesbilder och förmedla behov relaterat till samhällsviktiga funktioner. Regeringskansliet informerades om detta.⁶⁴⁷
- Den 5 februari bidrog Socialstyrelsen med information till MSB:s nationella samlade lägesbild. I lägesbilden lyftes risker avseende försörjning av personlig skyddsutrustning, medicinteknisk utrustning, läkemedel och sjukvårdsartiklar fram. Informationen överlämnades till Regeringskansliet via MSB.⁶⁴⁸
- Den 6 februari uppmanade MSB regionerna att säkerställa inköp och distribution av bl.a. personlig skyddsutrustning, hygienartiklar och läkemedel. Regeringen informerades.⁶⁴⁹
- Den 9 februari överlämnade Socialstyrelsen sina synpunkter till Regeringskansliet på ett utkast av rådslutsatser till *Council conclusions on the novel coronavirus (2019-nCoV)*. Socialstyrelsen uppmärksammade behovet av att säkerställa personlig skyddsutrustning samt behovet av att uppmärksamma risken för bristsituationer kring läkemedel och sjukvårdsartiklar.⁶⁵⁰

⁶⁴⁶ Information från Kommunals webbplats (besökt den 31 mars 2021).

⁶⁴⁷ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 10 maj 2021.

⁶⁴⁸ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶⁴⁹ Information från MSB:s webbplats (besökt den 29 maj 2021).

⁶⁵⁰ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

- I slutet av januari skickade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, som nämnts ovan, ut enkäter till akutsjukhusen kring tillgången till skyddsutrustning och den 6 februari informerades Regeringskansliet om enkäten. Den 18 februari lämnade Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten en gemensam lägesrapport samt resultat från enkäten till Regeringskansliet.⁶⁵¹
- Den 4 mars deltog Socialstyrelsens generaldirektör, samt ställföreträdande krisberedskapschef på ett möte och övning med tjänstemän från Regeringskansliet, statsrådet Lena Hallengren och personal från hennes stab. Under mötet presenterade Folkhälsomyndigheten möjliga scenarion. Bristen på skyddsutrustning, restnoteringar och Socialstyrelsens utmaningar att säkerställa utrustning diskuterades.⁶⁵²
- Den 13 mars träffade SKR:s ledning regeringen för att diskutera situationen kring skyddsutrustning.⁶⁵³
- Den 17 mars skrev Vårdföretagarna till regeringen och påtalade bl.a. den oro som fanns inom vård och omsorg för bristen på skyddsutrustning.⁶⁵⁴
- Den 18 mars skrev finansborgarrådet i Stockholms stad ett brev till socialministern och generaldirektörerna för Socialstyrelsen och MSB där hon bl.a. framförde att Stockholm upplevde en särskilt ansträngd situation. Bristen på skyddsutrustning, handsprit och desinficeringsmedel började bli påtaglig.⁶⁵⁵
- Den 20 mars hade SKR ett möte med Socialdepartementet och Näringsdepartementet där kommunernas utmaningar att få tillgång till skyddsutrustning lyftes fram.⁶⁵⁶

⁶⁵¹ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶⁵² Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶⁵³ Möte med SKR den 14 september 2020.

⁶⁵⁴ Uppgift från Vårdföretagarna i samband med det första delbetänkandet, SOU 2020:84.

⁶⁵⁵ Länsstyrelsen i Stockholms län, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 22 november 2020.

⁶⁵⁶ Möte med SKR den 14 september 2020.

- Under april och maj hade Socialstyrelsens inköpschef daglig kontakt med Regeringskansliet om aktuella inköp och tillgången till skyddsutrustning i regioner och kommuner. Regeringskansliet informerades också om de lägesbilder som hämtades in med stöd av SKR, regioner och Adda.⁶⁵⁷
- Under våren hölls möten mellan Socialstyrelsen och Regeringskansliet den 20 april, 8 maj och 16 juni där skyddsutrustning diskuterades.⁶⁵⁸

Kansliet för krishantering i Regeringskansliet har under våren 2020 löpande upprättat promemorior med lägesbilder. I dessa har kansliet bl.a. redovisat myndigheternas bedömningar i olika frågor. När det gäller tillgången till skyddsutrustning har vi noterat diskrepanser mellan länsstyrelsernas och Socialstyrelsens bedömningar. Länsstyrelserna uppges exempelvis i början av april ha angett att

det råder akut materialbrist på skyddsutrustning i kommuner (ökning varje vecka) och regioner (handsprit, munskydd och visir) i alla län. En granskning av de länspecifika lägesbilderna visar att situationen gällande materialbrist i de flesta fall beskrivs som allvarliga men inte akut i samtliga.

I samma promemoria anges att Socialstyrelsen anfört att

En majoritet av regionerna har måttlig till kritisk påverkan vad gäller tillgång till skyddsutrustning. Det material som Socialstyrelsen får in distribueras till verksamheter efter leverans- och kvalitetskontroller. Det akuta behovet (2–3 dagar) av skyddsutrustning är tillgodosett men långsiktighet saknas.⁶⁵⁹

8.5 Statsbidrag för merkostnader

Riksdagen beslutade under 2020 att fördela statsbidrag till verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för ökade kostnader till följd av pandemin. Bidragen omfattade bl.a. kostnader för skyddsutrustning, provtagningsutrustning, medicinteknisk utrustning, personal och transporter. Förutsättningarna för statsbidraget regleras i förordningen (2020:193) om statsbidrag till regioner och

⁶⁵⁷ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶⁵⁸ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶⁵⁹ Justitiedepartementet, *Kansliet för krishantering, 200403 Lägesbild Pandemi – det nya coronaviruset*, den 3 april 2020.

kommuner för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst till följd av sjukdomen covid-19. Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att fördela statsbidragen.⁶⁶⁰

- I en första ansökningsomgång under hösten 2020 ansökte regioner och kommuner om drygt 11,2 miljarder kronor i ersättning för merkostnader. Av detta belopp avsåg kostnader för personlig skyddsutrustning drygt 2,7 miljarder kronor.
- I en andra omgång under våren 2021 uppgick de ansökta beloppen till 8,5 miljarder kronor och vid denna omgång avsåg personlig skyddsutrustning drygt 2,6 miljarder kronor (se tabell 8.1).

Tabell 8.1 Ansökta belopp för merkostnader för skyddsutrustning

Kronor

Sökande organisation	Ansökningsomgång 1, sökt belopp	Ansökningsomgång 2, sökt belopp	Totalt
Regioner	1 388 471 166	1 744 229 929	3 132 701 095
Kommuner	1 338 988 398	889 029 817	2 228 018 215
Totalt	2 727 459 564	2 633 259 746	5 360 719 310

Anm.: Region Gotlands ansökan avser även kommunal verksamhet. Alla kommuner ansökte inte om ersättning i den första ansökningsomgången, fem kommuner lämnade endast in sina ansökningar i den andra ansökningsomgången. I den andra ansökningsomgången ansökte samtliga kommuner samt ett kommunalförbund om ersättning. I beloppet för den andra omgången ingår dessutom beviljade belopp från första ansökningsomgången som inte utbetalades men som söktes på nytt (8,6 %). De ansökningar där de 8,6 % lagts in under respektive budgetpost har exkluderats (dvs. inte sökts utöver). Statistiken avser endast personlig skyddsutrustning.

Källa: Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 10 maj 2021.

Socialstyrelsen har inom ramen för sitt uppdrag bedömt vilka av regionernas och kommunernas kostnader som är ersättningsberättigade och gjort vissa avdrag i förhållande till regionernas och kommunernas ansökningar. Överlag är avdragen enligt Socialstyrelsen ganska begränsade vilket innebär att de sökta beloppen ger en relativt god bild över utbetalad ersättning.⁶⁶¹ Socialstyrelsens uppdrag att säkerställa tillgång till skyddsutrustning

Som beskrivits ovan togs flera initiativ på nationell nivå för att säkerställa tillgången till skyddsutrustning under 2020. I avsnitten nedan fördjupar vi oss i Socialstyrelsens, MSB:s, länsstyrelsernas samt SKR:s insatser för att säkra tillgången till skyddsutrustning.

⁶⁶⁰ Information från regeringens webbplats (besökt den 7 april 2021).

⁶⁶¹ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 10 maj 2021.

8.5.1 En utökad inköpsorganisation inrättades på Socialstyrelsen våren 2020

När pandemin bröt ut bestod inköpsavdelningen inom Socialstyrelsen av ca fyra årsarbetskrafter. Under normala förhållanden upphandlar inte Socialstyrelsen skyddsutrustning och medicintekniska produkter till regioner och kommuner. Socialstyrelsen hade därmed ingen särskild organisation för att köpa in stora kvantiteter av skyddsutrustning eller medicinteknisk utrustning.⁶⁶² Som vi beskriver i kapitel 5 var den statliga beredskapslagringen av läkemedel, skyddsutrustning och sjukvårdsprodukter mycket begränsad både i volym och i antalet artiklar innan pandemin. Socialstyrelsen hade då i princip ingen skyddsutrustning i sitt beredskapslager.⁶⁶³

Mot bakgrund av den ökande efterfrågan på skyddsutrustning under början av pandemin såg Socialstyrelsen ett behov av att bygga ut sin inköpsverksamhet. Förberedelserna för att kunna köpa in större kvantiteter av skyddsutrustning var igång redan innan Socialstyrelsen fick uppdraget av regeringen att samordna inköp på nationell nivå. Som nämnts ovan gjordes inköp av skyddsutrustning redan från februari 2020.

I början av april tillsattes en inköpschef på Socialstyrelsen vars uppgift var att samordna inköp och kontakter med regeringen, SKR, näringslivet och andra aktörer. Socialstyrelsen gjorde bedömningen att det var mest ändamålsenligt att nyttja den kompetens som fanns inom andra myndigheter i stället för att bygga upp en helt egen organisation. Därför upprättades samverkan och överenskommelser om stöd mellan Socialstyrelsen och Försvarets materielverk (FMV) respektive Försvarsmakten. Både Försvarsmakten och FMV har stora inköpsfunktioner med kompetens och erfarenhet av upphandling. Kontakter på generaldirektörsnivå mellan Socialstyrelsen och FMV resulterade i en order till Försvarsmakten att ge stöd till Socialstyrelsen kring inköp. En inköpsprocess etablerades som involverade både Försvarsmakten (FM i figuren) och FMV, se figur 8.1 samt beskrivningen nedan.

⁶⁶² Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶⁶³ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 10 maj 2021.

Figur 8.1 Socialstyrelsens inköpsprocess för skyddsutrustning

Anm.: Processbeskrivningen publicerades i maj 2020.

Källa: Socialstyrelsen (2020), *Inköp av skyddsutrustning med anledning av spridningen av covid-19*.

- Processen för inköp utgår från ett erbjudande från extern part. Erbjudandet kommer i dagläget in genom formulär på Socialstyrelsens hemsida eller direkt till någon på myndigheten eller via annan kanal. Exempelvis från Regeringskansliet.
- Efter att ett erbjudande om inköp kommit in går dessa till Försvarets materielverk alternativt till Försvarsmakten för bedömning. Det som bedöms är dels om det verkar handla om en seriös leverantör (ofta utifrån huruvida leverantören är känd sedan tidigare), dels huruvida produkten som erbjuds utifrån märkning etc. bedöms hålla den kvalitet som krävs utifrån det användningsområde som produkten är avsedd för.
- Avstämning sker också med Socialstyrelsens inköpsfunktion rörande behovet av den aktuella produkten.
- Om erbjudandet anses relevant att gå vidare med tar FMV alternativt FM kontakt med leverantör för att få ytterligare underlag som grund för beslut, inklusive offert och avtal. Om det inte anses relevant meddelas leverantören om detta.
- Underlaget för beslut sänds över till inköpsfunktionen för beslut av attesterare. Administratören vid inköpsfunktionen hanterar efter avtalets undertecknande samtliga handlingar i ärendet.⁶⁶⁴

Som grund för inköpen uppger Socialstyrelsen att myndigheten har gjort behovsbedömningar avseende regionernas och kommunernas tillgång och behov. Denna kunskap har i stor utsträckning byggts

⁶⁶⁴ Socialstyrelsen (2020), *Inköp av skyddsutrustning med anledning av spridningen av covid-19*.

upp utifrån dialog med SKR, regioner och kommuner. Socialstyrelsen har även tagit fram prognoser över framtida behov.⁶⁶⁵

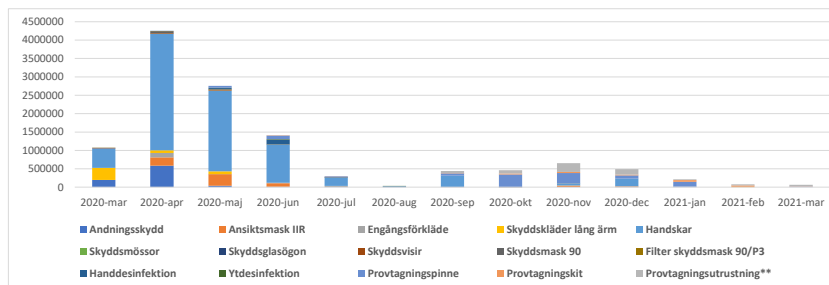
Socialstyrelsen har framförallt gjort sina inköp av skyddsmateriel från större leverantörer som i sin tur främst har gjort beställningar från kinesiska producenter. I Kina sker uppemot 90 procent av produktionen av den efterfrågade utrustningen. Socialstyrelsen har även gjort vissa inköp av svenska företag som i sin tur har beställt produkter från Kina samt av företag i Sverige som ställde om produktionen.⁶⁶⁶

Störst efterfrågan på inköpsstöd från Socialstyrelsen i april och maj 2020

Den första begäran om stöd att köpa in skyddsutrustning inkom till Socialstyrelsen i slutet av mars 2020. Behovet av inköpsstöd var som störst under april och maj 2020 då de största volymerna av produkter levererades från Socialstyrelsen, se figur 8.2 nedan.

Figur 8.2 Fördelad skyddsutrustning och provtagningsutrustning per månad, som komplement i regioner och kommuner, mars 2020 till mars 2021

Total levererad skyddsutrustning och provtagningsutrustning med anledning av covid-19. År och månad



Anm.: Inkluderar 120 000 liter gratis handdesinfektion. Vanligaste provtagningsutrustning är pipettspetsar och rör

Källa: Information från Socialstyrelsens webbplats (besökt den 15 september 2021).

⁶⁶⁵ Socialstyrelsen (2020), *Inköp av skyddsutrustning med anledning av spridningen av covid-19*.

⁶⁶⁶ Socialstyrelsen (2020), *Samlad delredovisning av uppdrag gällande skyddsutrustning och annat material med anledning av utbrottet av covid-19*, Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 10 maj 2021.

Under perioden mars 2020 till och med mars 2021 inkom totalt 650 ansökningar till Socialstyrelsen. Av dessa avsåg 45 procent skyddsutrustning och resterande 55 procent medicinskteknisk utrustning, provtagningsutrustning samt ärenden med flera förfrågningar (se tabell 8.2 nedan).

Av de 293 ärenden som Socialstyrelsen hanterade som enbart omfattade skyddsutrustning avsåg drygt 61 procent begäran från regioner, drygt 34 procent länsstyrelser (på uppdrag av kommuner), samt drygt 4 procent övriga (t.ex. MSB, Försvarsmakten, Statens veterinärmedicinska anstalt), se tabell 8.2 nedan.

Tabell 8.2 Begäran om inköpsstöd mars 2020 – mars 2021

Begäran om stöd avser	Antal		Procent		
	Länsstyrelse	Region	Övriga	Begäran om stöd totalt	Procent
Innehåller flera förfrågningar*	1	91	4	96	15 %
Medicinteknisk utrustning		130	1	131	20 %
Provtagningsutrustning från FHM		116	14	130	20 %
Skyddsutrustning	101	179	13	293	45 %
Begäran om stöd totalt	102	516	32	650	100 %

* Provrör, provtagningspinnar, provtagningskit, pipettspetsar, labbhandskar och labbplatta (serologi-platta).

Källa: Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 10 maj 2021.

Av samtliga ärenden, inklusive skyddsutrustning, som hanterades av Socialstyrelsen under mars 2020 till och med mars 2021 resulterade 73 procent av ärendena i tilldelning. I resterande 27 procent av ärendena återtogs begäran, ärendet avslutades utan tilldelning eller så pågick handläggning fortfarande när kommissionen fick ta del av statistiken. Orsaker till att ärendet avslutades utan tilldelning var exempelvis att varan inte fanns i lager. Uttrycket ”tilldelning” innebär tilldelning i någon utsträckning och behöver inte innebära att aktören fått allt som efterfrågats.

Tabell 8.3 Begäran om inköpsstöd från Socialstyrelsen från mars 2020 till och med mars 2021 uppdelad på åtgärd

Antal. Procent

Status	Länsstyrelse	Region	Övriga	Begäran om stöd totalt	Procent
Avslutad med tilldelning	86	370	20	476	73 %
Återtagen begäran	6	24	2	32	5 %
Avslutad utan tilldelning	10	122	10	142	22 %
Begäran om stöd totalt	102	516	32	650	100 %

Källa: Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 10 maj 2021.

Behovet av inköpsstöd har varierat mellan regioner och kommuner. Vissa regioner har försett kommunerna i sin egen region med utrustning utan att gå via Socialstyrelsen eller Adda. Vissa länsstyrelser har mäklat varor mellan kommunerna i länet och inte behövt efterfråga stöd hos Socialstyrelsen. Ett antal regioner har stöttat varandra under pandemin och vissa regioner har behövt stöd från Socialstyrelsen under hela 2020. Socialstyrelsen har även regelbundet förmedlat kontakter mellan kommuner och Adda.⁶⁶⁷

Handskar, andningsskydd och provpinnar tillhörde de produkter som efterfrågades mest av regioner och kommuner (se tabell 8.4). Medicinteknisk utrustning efterfrågades inte alls av kommunerna.

⁶⁶⁷ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

Tabell 8.4 Levererad utrustning från Socialstyrelsen mars 2020 – mars 2021

Utrustning	Antal
Andningsskydd	868 300
Ansiktsmask IIR	688 500
Engångsförkläde	187 200
Skyddskläder, lång arm	479 000
Handskar	7734 100
Skyddsmössor	16 500
Skyddsglasögon	8300
Skyddsvisir	59 760
Skyddsmask 90	52 250
Filter skyddsmask 90/P3	16 000
Handdesinfektion, liter	162 000
Ytdesinfektion, liter	29 300
Provtagningspinne	1 106 200
Provtagningskit	198 600
Provtagningsutrustning	617 400

Källa: Socialstyrelsen, Svar på frågor från Coronakommissionen, den 10 maj 2021.

Socialstyrelsen fakturerade 719 miljoner kronor mellan mars 2020 och mars 2021

Under perioden mars till och med mars 2021 fakturerade Socialstyrelsen regioner och kommuner drygt 719 miljoner kronor för inköpen av skyddsutrustning. Det fakturerade beloppet för medicinteknisk utrustning uppgick till drygt 341 miljoner kronor, läkemedel till knappt 112 miljoner och sjukvårdsmateriel till drygt 0,5 miljoner kronor (se tabell 8.5) under samma period.

Tabell 8.5 Totalt fakturerat belopp fördelat på typ av utrustning mars 2020 – mars 2021

Kronor

	Skydds- utrustning	Medicinteknisk utrustning	Läkemedel	Sjukvårdsmateriel	Totalt
Kostnad	719 191 000	341 222 000	111 509 000	519 000	1 172 441 000

Källa: Socialstyrelsen. Svar på frågor från Coronakommissionen, den 10 maj 2021.

Socialstyrelsen har prioriterat mellan olika behov

Socialstyrelsen har anfört att dess roll har varit att stödja och komplettera befintliga inköps- och leveransprocesser inom regioner och kommuner och att en övergripande aspekt för fördelning har varit det som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagen, nämligen att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Socialstyrelsen har arbetat med att bedöma behovet av stöd utifrån bl.a. lägesbilder, aktuell lagerstatus och medverkan inom olika former av samverkansstrukturer. Myndigheten har arbetat fram fördelningsnycklar utifrån regionens eller länsstyrelsens förbrukningsbehov för 48 timmar. Då bristsituationer uppstod samtidigt i flera regioner gjordes fördelningen utifrån de grundläggande principerna, dvs. bedömning av tillgång i förhållande till behov i respektive region/län/kommun. I en sådan bedömning togs hänsyn till smittspridning och belastning hos respektive region/län/kommun.⁶⁶⁸

Socialstyrelsen har inte omfördelat utrustning mellan regioner och kommuner

Genom Socialstyrelsens regeringsuppdrag om skyddsutrustning den 16 mars 2020 fick myndigheten mandat att omfördela utrustning mellan regioner och kommuner. I de fall det har varit aktuellt har det skötts av huvudmännen genom en samverkansytta som skapades där kommunerna och regionerna på egen hand började handla med varandra. Ytan togs fram i samarbete mellan myndigheter, regioner, kommuner och SKR.⁶⁶⁹

⁶⁶⁸ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021 samt Socialstyrelsens redovisning till Socialdepartementet, *Samlad delredovisning av uppdrag gällande skyddsutrustning och annat material med anledning av utbrottet av covid-19*, den 29 december 2020.

⁶⁶⁹ Statskontoret (2021), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin*.

Att säkerställa en god tillgång prioriterades framför inhemsk produktion

Socialstyrelsens skulle enligt regeringsuppdraget den 16 mars också se över och främja förutsättningarna för att skyndsamt få igång en produktion av material inom Sverige för att på kort och lång sikt säkra en tillräcklig produktionskapacitet. I början av april 2020 hölls ett möte med branschföreträdare för industrier inom skyddsutrustningsområdet. Detta möte resulterade i en bedömning att det var svårt att kombinera en säkrad tillgång till skyddsutrustning på kort sikt med en långsiktig omställning av svensk produktion. Socialstyrelsens slutsats var också att inköp från befintliga leverantörer var det mest effektiva sättet att säkra tillgången till skyddsutrustning. Den 20 april informerades Socialdepartementet om Socialstyrelsens bedömning och avgränsning av uppdraget.⁶⁷⁰

8.5.2 Socialstyrelsens roll har uppfattats som otydlig

I den hemställan som Region Skåne, Region Stockholm och Västra Götalandsregionen gjorde den 13 mars 2020 till regeringen angavs att de efterfrågade stöd från den nationella nivån för inköp och omfördelning av skyddsutrustning. Någon vecka tidigare, den 4 mars, skickade även Region Stockholm ett brev till Socialstyrelsen och MSB där regionen presenterade ett förslag om att de två myndigheterna skulle agera med hög prioritet på den nationella nivån genom att säkra tillgång till skyddsutrustning över tid, genom egen produktion eller andra lösningar.⁶⁷¹ Socialstyrelsen fick alltså sedan den 16 mars i uppdrag av regeringen att säkerställa tillgången till skyddsutrustning.

⁶⁷⁰ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021, Socialstyrelsen (2021), *Samlad delredovisning av uppdrag gällande skyddsutrustning och annat material med anledning av utbrottet av covid-19*.

⁶⁷¹ KPMG (2021), *Oberoende utvärdering av Region Stockholms hantering av det nya coronavirusets effekter* (dnr. 2020–0384).

Regeringen motiverar valet av Socialstyrelsen som en samordnande aktör med att myndigheten har ett ansvar för katastrofmedicin

I Regeringskansliets skriftliga svar till Konstitutionsutskottet den 18 februari 2021 redogörs för de överväganden som gjordes inför uppdraget till Socialstyrelsen:

Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Av 8 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att myndigheten har ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Av 9 § samma förordning framgår att Socialstyrelsen ska medverka i krisberedskap och i totalförsvaret i enlighet med förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap och förordningen (2015:1053) om totalförsvaret och höjd beredskap. Vidare ska Socialstyrelsen samordna och övervaka planläggningen av den civila hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens beredskap. Socialstyrelsen ska dessutom på regeringens uppdrag samordna förberedelserna för försörjningen med läkemedel och sjukvårdsmateriel inför höjd beredskap och för att upprätthålla en katastrofmedicinsk beredskap. Det var mot den angivna bakgrunden som Socialstyrelsen fick de aktuella uppdragen.⁶⁷²

Socialstyrelsen har i ett skriftligt svar till Coronakommissionen samt i kommissionens utfrågningar tydliggjort att deras tolkning av uppdraget var att komplettera och fylla i gapet mellan de behov som uppstod i regioner och kommuner och det som huvudmännen själva kunde köpa in. Socialstyrelsens egen uppfattning var således att uppdraget inte innebar att hela ansvaret skulle tas över av myndigheten. Socialstyrelsen lyfte även fram att denna tolkning kommunicerades till SKR och att det fanns en samsyn kring detta. Enligt Socialstyrelsen fick samtliga regioner, SKR och Folkhälsomyndigheten information om att myndighetens insatser inte skulle konkurrera med regionerna. Socialstyrelsen framhöll också att myndighetens inköp inte kunde ersätta regionernas eget arbete med beställning av material från sina leverantörer och att detta budskap fortsatte att kommuniceras vid de regelbundna samverkansmötena mellan regionerna, SKR och Adda som Socialstyrelsen deltog i från början av april.⁶⁷³

⁶⁷² Konstitutionsutskottets granskningsärende 17 – Åtgärder för att säkra tillgången på skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial under coronapandemin, den 18 februari 2021.

⁶⁷³ Socialstyrelsen, Svar på frågor från Coronakommissionen, den 15 mars 2021.

Socialstyrelsen anser att uppdraget genomförts med goda resultat

Socialstyrelsen har uppgett att myndigheten med mycket kort varsel fick ett uppdrag från regeringen som myndigheten inte tidigare haft. En ny organisation fick byggas direkt eftersom någon färdig struktur inte fanns på plats. Trots det bedömer myndigheten att uppdraget kunnat genomföras med gott resultat. En viktig faktor var samarbetet med FMV och Försvarsmakten. När det gäller de EU-gemensamma upphandlingarna har Socialstyrelsen även fått stöd från Upphandlingsmyndigheten. Socialstyrelsen har även framhållit att det var av avgörande betydelse för genomförandet av uppdraget att det fanns en samverkan och samarbete med SKR.

Socialstyrelsen har vidare betonat att myndighetens uppdrag inte endast kan mätas genom gjorda inköp eller fördelat material. I stället är det den samverkan som ägt rum för att skapa en bild av behoven och tillgången och därmed förbereda för möjliga bristsituationer som varit det kanske mest centrala. Socialstyrelsens uppfattning är att deras inköp inte har konkurrerat med regionernas eller kommunernas egna inköp.⁶⁷⁴

Socialstyrelsen uppdrag och roll har uppfattats som otydligt

Socialstyrelsens uppdrag och genomförande av insatser för att säkerställa tillgången till skyddsutrustning har uppfattats som otydligt av SKR, regiondirektörerna och hälso- och sjukvårdsdirektörer samt av de regioner och kommuner som vi har intervjuat. Kritiken har bl.a. handlat om att kommunikationen kring uppdraget resulterade i en otydlighet kring roller och ansvarsfördelning mellan Socialstyrelsen och huvudmännen när det gäller inköp och omfördelning av skyddsutrustning. I Statskontorets intervjuer med företrädare för SKR framkommer att det var tydligt att regeringen pekade på att Socialstyrelsen skulle utgöra ett komplement till regionerna och kommunerna men att kommunikationen kring uppdraget bidrog till förvirring.⁶⁷⁵ Regeringens beslut har förmedlats genom presskonferenser som för vissa aktörer var den enda kommunikationen de fick. I media har även ordet ”inköpscentral” använts vilket kan ha förstärkt bilden av att Socialstyrelsen skulle ta över hela det nationella

⁶⁷⁴ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

⁶⁷⁵ Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin*.

ansvaret för inköp av skyddsutrustning från kommuner och regioner. Ett exempel på den förvirring som uppstod är enligt Statskontoret att kommuner hörde av sig till SKR och frågade om de behövde skicka sin skyddsutrustning till Socialstyrelsen eller om de kunde använda den själva.⁶⁷⁶ SKR anser att inriktningen, kommunikationen och genomförandet av uppdraget till Socialstyrelsen borde ha förankrats av regeringen i större utsträckning hos SKR och huvudmännen. SKR har även anfört att regeringen och myndigheterna borde ha frågat regioner och kommuner vilket stöd de efterfrågade och att Socialstyrelsen, enligt regionerna, saknade kompetens och erfarenhet av att göra stora inköp av skyddsutrustning.⁶⁷⁷

Samtidigt visar statistiken ovan att Socialstyrelsen har gjort omfattande inköp av skyddsutrustning under pandemin. Socialstyrelsen gjorde under perioden mars 2020 till och med mars 2021 inköp för drygt 719 miljoner kronor. Det kan jämföras med de inköp som Adda gjorde under samma period som uppgick till 255 miljoner kronor, samt statsbidraget till regioner och kommuner för merkostnader för skyddsutrustning som under 2020 uppgick till knappt 5,4 miljarder kronor.

Socialstyrelsens bild är att behovet av inköpsstöd har varierat mellan regioner och kommuner. Denna bild bekräftas av det begränsade antal intervjuer som vi har genomfört där vissa regioner och kommuner har haft stor nytta av Socialstyrelsens stöd, medan andra har haft det i mindre utsträckning. I vissa fall har andra inköpskanaler använts, i andra fall har förfrågningar gjorts men de har inte ansetts vara tillräckligt prioriterade i Socialstyrelsens tilldelning. För exempelvis Region Stockholm var bidraget från Socialstyrelsen marginellt. Regionens inköp av covid-relaterad utrustning (inklusive skyddsutrustning) uppgick till 700 miljoner kronor från pandemins början till april 2021. Regionens inköp via Socialstyrelsen (inklusive skyddsutrustning) uppgick under denna period till 7 miljoner, dvs. en procent.⁶⁷⁸

En kritik som har förts fram av SKR, regiondirektörer, regioner och kommuner är att vissa av Socialstyrelsens beställningar konkurrerade med regionernas och kommunernas egna beställningar. Det gäller t.ex. andningsskydd. De menar att det var olyckligt att Social-

⁶⁷⁶ Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under coronapandemin*.

⁶⁷⁷ Konstitutionsutskottets utfrågning av SKR, den 25 mars 2021.

⁶⁷⁸ Intervjuer med Region Stockholm, Region Östergötland, Region Norrbotten, Stockholms stad, Luleå kommun, april och maj 2021.

styrelsen i vissa fall gjorde beställningar hos samma leverantörer vilket skapade en undanträngningseffekt och trissade upp priserna.

I mars 2020 fick SKR i uppdrag av sina medlemmar att samordna arbetet med att göra gemensamma inköp av skyddsutrustning och det fattades ett beslut om hur det arbetet skulle gå till. Med facit i hand anser SKR och regiondirektörerna att de befintliga strukturerna för inköp inom regioner och kommuner redan från början borde ha nyttjats för att säkerställa de nationella behoven. Socialstyrelsens uppdrag borde enligt dem ha inriktats på att ge kompletterande stöd och inte konkurrera med huvudmännens inköp, vilket var fallet initialt. SKR lyfter fram att Socialstyrelsen i stället för att göra egna inköp borde ha bidragit genom att identifiera nya leverantörer och logistikflöden för att på så sätt öka inflödet av produkter till regionerna och kommunerna.⁶⁷⁹

8.6 Åtgärder från andra myndigheter, SKR, regioner och kommuner

8.6.1 SKR:s upphandling genom inköpscentralen Adda

Inom SKR finns en inköpscentral, Adda (tidigare SKL Kommentus), som genom ramavtal stödjer regioner och kommuner med upphandling av diverse produkter. Ramavtalen är relaterade till ett stort antal produktområden, exempelvis hälso- och sjukvårdsmateriel, fordon och kontorsmateriel.⁶⁸⁰ Under mars 2020 hade SKR en diskussion med Adda om möjligheterna att etablera Adda som en grossist, som skulle kunna köpa in produkter och sälja dem direkt till kommunerna. Adda erbjöd även sitt stöd till Socialstyrelsen och FMV, men det resulterade inte i något avtal.

Den 7 april 2020 slöt länsstyrelsernas samordningskansli, Region Stockholm, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Stockholms kommun, Göteborgs kommun, Malmö kommun och Uppsala kommun en principöverenskommelse om att regionerna och kommunerna under pandemin skulle bidra till samordning och, vad gäller kommunerna, finansiering av inköp av skyddsutrustning, desinfektionsmedel m.m. genom Adda. SKR:s roll i överenskommelsen var att medverka till samordning inom ramen för överenskommelsen.

⁶⁷⁹ Möte med Regiondirektörsnätverket den 16 april 2021.

⁶⁸⁰ Information från Addas webbplats (besökt den 30 april 2021).

Länsstyrelsernas samordningskanslis ansvar var, utöver samordning, att skyndsamt ta fram och regelbundet uppdatera en lista över bristvaror och vilka kommuner som skulle prioriteras vid fördelning av dem samt förse Adda med uppgifterna.⁶⁸¹

En förutsättning för Adda:s inköp var ett lån hos Kommuninvest AB, som är ett kreditinstitut med kommuner och regioner som medlemmar och kunder. Lånet garanterades i sin tur genom ett borgensåtagande på 500 miljoner kronor från Sveriges fyra största kommuner: Stockholm, Göteborg, Malmö och Uppsala. Förutom SKR och Kommuninvest var länsstyrelsernas samverkanskansli, regionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland samt kommunerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Uppsala involverade i överenskommelsen om nationella inköp med stöd av Adda.⁶⁸² Utan borgensåtagandet anser Adda att det hade varit omöjligt att lägga stora order.⁶⁸³

Den 16 april slöt Adda ett avtal med en grossist som skulle ansvara för avtal med underleverantörer och distributörer. SKR påbörjade så kallad ”sourcing” som innebär att leverantörer och varuflöden identifieras. Den 27 maj öppnades webbutiken hos SKR för beställningar.⁶⁸⁴ Avropen hos Adda har gjorts genom ett särskilt ramavtal. Avtalet riktades främst till kommunala verksamheter samt kommunalt finansierad privat vård och omsorg men även regioner kunde göra avrop från avtalet. Verksamheterna har gjort beställningar i Adda:s webbutik och lagerhållning och distribution har skötts av ett externt företag (se figur 8.3).⁶⁸⁵

⁶⁸¹ SKR (2021), *Principöverenskommelse rörande inköp av skyddsutrustning m.m. med anledning av coronapandemin.*

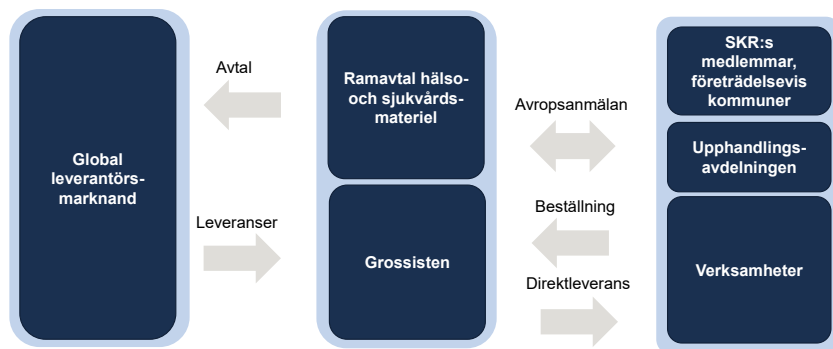
⁶⁸² SKR (2021), *Principöverenskommelse rörande inköp av skyddsutrustning m.m. med anledning av coronapandemin.*

⁶⁸³ Möte med SKR den 21 maj 2021.

⁶⁸⁴ Möte med SKR 21 maj 2021.

⁶⁸⁵ Adda (2020), *Avropsvägledning – en guide för att beställa från ramavtalet Hälso- och sjukvårdsmaterial 2018.*

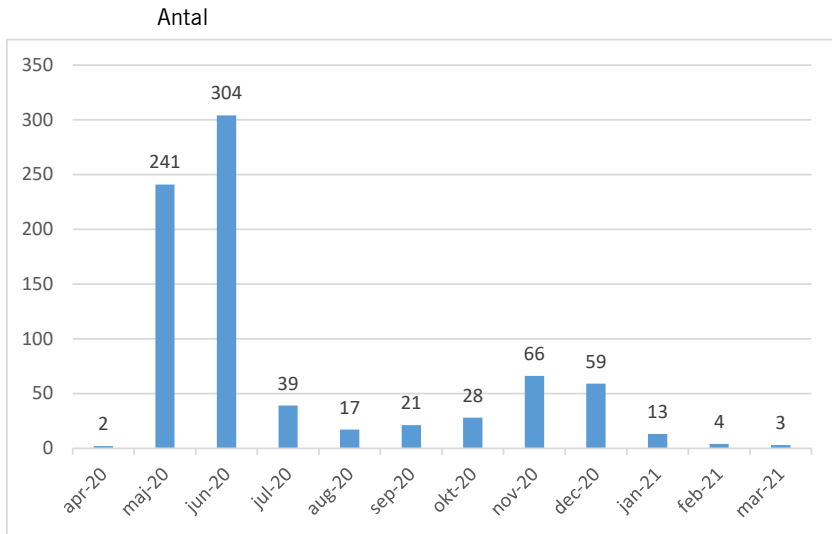
Figur 8.3 Process för försörjning av hälso- och sjukvårdsmateriel



Källa: Möte med SKR om varuförsörjning till kommunal vård och omsorg.

Flest begäran om stöd hos Adda under maj och juni 2021

Under perioden april 2020 till och med mars 2021 inkom totalt 797 begäran om inköpsstöd av varor till Adda. De flesta förfrågningarna kom från kommuner, endast två regioner har gjort förfrågningar. Flest antal förfrågningar inkom under maj och juni 2020 (se figur 8.4). Som framgår av tabell 8.6 nedan levererades 10 olika produkter, exempelvis handskar, munskydd och förkläden. Det totala beloppet som Adda fakturerade uppgick till knappt 255 miljoner kronor.

Figur 8.4 Förfrågningar om inköp till Adda april 2020 – mars 2021

Källa: Adda, Svar på Coronakommissionens frågor, den 24 maj 2021.

Tabell 8.6 Levererad utrustning från Adda april 2020 – mars 2021

Antal

Produkt	Antal produkter
Andningsskydd FFP2	205 560
Desinfektion – hand	142 728
Desinfektion – yt	165 317
Förkläde med lång ärm	1 785 600
Förkläde utan ärm	4 119 060
Handske – Latex	1 058 000
Handske – Nitril	77 285 747
Handske – Vinyl	18 550 150
Munskydd IIR	14 911 140
Visir	2 971 630

Källa: Adda, Svar på frågor från Coronakommissionen, den 24 maj 2021.

Närmare 78 procent av kommunerna samt två regioner har gjort inköp genom Adda. De fakturerade beloppen per region och kommun varierar mellan några tusen kronor till drygt 15 miljoner kronor. Våra intervjuer visar att Stockholms stad använde samma gros-

sist som Adda. För Stockholm stad innebar inköpen från Adda därmed inget större mervärde och Stockholms stad hade hellre sett att Adda identifierade nya leverantörer och distributionskanaler för att på så sätt skapa en ökad bredd av leverantörer och större volymer. För andra kommuner utgjorde inköpen genom Adda ett komplement till egna inköp samt inköp från Socialstyrelsen.⁶⁸⁶

Från 7 april då principöverenskommelsen slöts dröjde det till den 27 maj 2020 innan Addas webbutik öppnades. Vid denna tidpunkt hade tillgången till skyddsutrustning redan börjat öka inom regioner och kommuner. En försenande faktor som SKR lyfter är att det tog tid innan borgensåtagandet från de större kommunerna var på plats.⁶⁸⁷

8.6.2 Regioner och kommuner

Den 6 april 2020 beslutade regiondirektörernas nätverk om ett regiongemensamt samarbete avseende inköp av skyddsutrustning och intensivvårdsmaterial. Under de efterföljande veckorna byggdes ett nätverk kring gemensamma inköp och stöd upp mellan regionerna. Nätverket som skapades bestod av inköpschefer från regionerna med mandat att fatta beslut om inköp. SKR och Adda koordinerade arbetet och en gemensam kontaktyta för informationsutbyte och dialog byggdes upp. Samarbetet innebar att behov av akut stöd vid brist på skyddsutrustning kunde hanteras gemensamt och att omfördelning kunde genomföras mellan olika delar av landet. MSB och Socialstyrelsen bjöds till nätverkets möten. De större regionerna tog initiativ till inköp av skyddsutrustning som sedan fördelades till regioner och kommuner. Exempelvis köpte Region Skåne upp stora kvantiteter som andra regioner och kommuner i sin tur kunde köpa av. Region Stockholm fördelade utrustning genom Command center som var ett samarbete med bl.a. Scania (se närmare avsnitt 8.9).

Våra intervjuer visar att kommuner och regioner har använt många olika kanaler för att få tillgång till skyddsutrustning, exempelvis deras egna befintliga eller nya leverantörer, genom inköp från Adda eller Socialstyrelsen, stöd för andra regioner och kommuner, donationer eller genom kontakter med näringslivet. De regioner och

⁶⁸⁶ Intervjuer med Region Stockholm, Region Östergötland, Region Norrbotten, Luleå kommun samt Stockholms stad, april och maj 2021.

⁶⁸⁷ Möte med SKR, den 21 maj 2021.

kommuner som vi har intervjuat ser behov av ökad samordning inför kommande pandemier eller kriser. De anser att det är ineffektivt att regioner och kommuner bygger upp parallella inköpsorganisationer som konkurrerar med varandra om samma produkter. Det gäller i synnerhet mindre kommuner. De anser också att det är viktigt att det är tydligt hur ansvaret är fördelat på nationell nivå. Andra utvecklingsområden som lyfts fram är en utvecklad lagerhållning och distribution. En organisation som helt bygger på ”just-in-time” anses inte vara hållbar. Samtidigt lyfter en region fram att det är svårt att fullt ut gardera sig mot en kris av den omfattning som vi har sett under coronapandemin när efterfrågan på utrustning ökar dramatiskt samtidigt som produktions- och leveranskedjorna skärs av helt.⁶⁸⁸

8.6.3 MSB har samordnat och gett operativt stöd kring skyddsutrustning

MSB:s stödjande uppdrag kopplat till skyddsutrustning under pandemin har handlat om insatser för att samordna, stödja andra myndigheter, och på en operativ nivå säkerställa tillgång till skyddsutrustning. Den 24 januari 2020 anordnade MSB den första samordningskonferensen med fokus på pandemin. Tillgången till skyddsutrustning har sedan varit ett återkommande tema på samverkanskonferenserna och fram till februari 2021 har omkring 200 samverkanskonferenser anordnats.⁶⁸⁹ Från februari 2020 har MSB tagit fram nationella lägesbilder. I dessa har tillgången till skyddsutrustning och prognoser för framtida användning berörts.⁶⁹⁰

MSB har även haft en roll i fördelningen av skyddsutrustning. Ett resurssamordningsforum skapades tidigt under pandemin där FMV, Försvarmakten, Socialstyrelsen, länsstyrelserna och Läkemedelsverket ingick. MSB har även mäklat skyddsutrustning och personal mellan Sjöfartsverket, Försvarmakten, Kriminalvården och Socialstyrelsen. I maj 2020 etablerades en webbplats där olika aktörer och leverantörer kunde erbjuda eller söka tillgängliga resurser. Den huvudsakliga målgruppen för portalen var länsstyrelser, kommuner

⁶⁸⁸ Intervjuer med Region Stockholm, Region Östergötland, Region Norrbotten, Luleå kommun samt Stockholms stad, april och maj 2021.

⁶⁸⁹ MSB (2021), *Årsredovisning 2020*.

⁶⁹⁰ Information från MSB:s webbplats (besökt den 9 april 2021).

och i vissa fall regioner. I början på januari 2020 fanns 311 antal resurserbjudanden registrerade hos MSB.⁶⁹¹

8.6.4 Länsstyrelserna har samlat in lägesbilder och haft en koordinerande roll

I det samordningskansli som länsstyrelserna inrättade under mars 2020 fick Länsstyrelsen i Hallands län ett koordinerat uppdrag för samtliga länsstyrelser i landet.⁶⁹² Kansliet byggdes upp som en virtuell organisation där ett tjugotal personer med skilda kompetenser från olika länsstyrelser har deltagit. Grunden för länsstyrelsernas organisation var de ordinarie strukturerna för krisberedskap i länen. De rutiner som arbetades fram byggde också på erfarenheterna från tidigare händelser, exempelvis skogsbränderna 2018 samt översvämningar under 2019.⁶⁹³

Under pandemin har en central del av länsstyrelsernas arbete varit att inventera och rapportera tillgången till skyddsutrustning i kommunerna. Under mars 2020 besvarade länsstyrelserna Socialstyrelsens frågor om skyddsutrustning och från och med april skedde inrapporteringen genom Socialstyrelsens rapporteringsverktyg.⁶⁹⁴ Utöver den formaliserade rapporteringen kunde länsstyrelserna med kort varsel skicka ut frågor och sammanställa svar från kommunerna som sedan kan förmedlas till den nationella nivån.⁶⁹⁵

Länsstyrelserna har under pandemin haft en koordinerande roll för samverkan mellan nationell, regional och lokal nivå. När det gäller upphandlingar av skyddsutrustning har länsstyrelserna stöttat Socialstyrelsen och Adda i deras upphandlingar och fördelning av skyddsmateriel. Länsstyrelserna har också gett stöd till kommunerna i deras beställningar av skyddsutrustning hos Socialstyrelsen.⁶⁹⁶

⁶⁹¹ Information från MSB:s webbplats (besökt den 9 april 2021).

⁶⁹² Dagens Samhälle (2020), *Halland är navet för kommunal coronarapportering*, den 28 maj 2020.

⁶⁹³ Utfrågning av Jörgen Peters, länsråd vid Länsstyrelsen i Hallands län samt Sven-Erik Österberg, landshövding vid Länsstyrelsen i Stockholms län, den 22 mars 2020.

⁶⁹⁴ Länsstyrelsen i Hallands län, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 16 mars 2021.

⁶⁹⁵ Dagens Samhälle (2020), *Samordning, Halland är navet för kommunal coronarapportering*, den 28 maj 2020.

⁶⁹⁶ Utfrågning av Jörgen Peters, länsråd vid Länsstyrelsen i Hallands län samt Sven-Erik Österberg, landshövding vid Länsstyrelsen i Stockholms län, den 22 mars 2020.

8.6.5 Arbetsmiljöverkets snabbspår för godkännande av utrustning

Arbetsmiljöverket fick den 7 april 2020 i uppdrag av regeringen att säkerställa ett förfarande för att även icke CE-märkt personlig skyddsutrustning skulle kunna användas. Uppdraget gavs mot bakgrund av EU-kommissionens rekommendation (EU) 2020/403. Enligt rekommendationen får marknadskontrollmyndigheter under vissa omständigheter tillåta personlig skyddsutrustning som saknar CE-märkning. En förutsättning för att tillverkare eller importörer ska beviljas tillfälligt tillstånd är att produkten säkerställer ett tillräckligt skydd av hälsa och säkerhet i enlighet med de väsentliga kraven i EU-förordningen 2016/425 om personlig skyddsutrustning. Snabbspåret innebär alltså en snabbare bedömningsprocess där tillverkaren eller importören får ut sina godkända produkter till värden på kortare tid. Arbetsmiljöverkets uppdrag gäller till den 31 december 2021.

Arbetsmiljöverket har beskrivit att arbetet med tillfälliga tillstånd gavs högsta prioritet och var mycket intensivt våren 2020. Verket har löpande redovisat arbetet till Regeringskansliet, inledningsvis genom veckorapporter och senare månadsvis. Under perioden april 2020 – mars 2021 har totalt 229 ansökningar inkommit till Arbetsmiljöverket. Drygt hälften av dessa inkom under perioden april–juni 2020. De tre vanligaste produkttyperna som förekom i ansökningarna var visir, skyddsförkläden och andningsskydd. Av de inkomna ansökningarna har 113 fått medgivande om tillfälligt tillstånd. I april 2021 hade de tillfälliga tillstånden resulterat i en möjlighet för hälso- och sjukvården att kunna använda totalt 260 miljoner icke CE-märkta produkter.⁶⁹⁷ Det kan nämnas att munskydd utgör en medicinteknisk produkt och därmed inte varit föremål för Arbetsmiljöverkets granskning. En liknande möjlighet till lättnad från kraven på CE-märkning finns dock även för Läkemedelsverket.⁶⁹⁸ Hösten 2020 uppgav Arbetsmiljöverket att handläggningstiden för de ansökningar som fått beslut om medgivande om tillfälligt tillstånd varierade från en till 45 kalenderdagar. Medelvärdet var 11,5 dagar och

⁶⁹⁷ Arbetsmiljöverket, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 22 april 2021.

⁶⁹⁸ Artikel 54 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr. 178/2002 och förordning (EG) nr. 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG.

medianvärdet 8 dagar. Verket uppgav då att i princip alla ärenden behövde kompletteras.⁶⁹⁹

Den 7 april 2020 beslutade regeringen även om en ändring av förordningen (2018:127) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om personlig skyddsutrustning. Förordningsändringen innebär att CE-märkt personlig skyddsutrustning som används vid bekämpande av coronaviruset och som saknar bruksanvisning på svenska får föras in i Sverige och användas här, under förutsättning att språket lätt kan förstås av slutanvändaren, t.ex. personal inom vården.

8.6.6 Samverkan har utvecklats över tid

Även om ansvarsfördelningen kring inköp och omfördelning av skyddsutrustning har uppfattats som otydlig under framförallt pandemins inledande månader har det skett en utveckling och fördjupning av samverkan mellan Regeringskansliet, förvaltningsmyndigheterna, länsstyrelserna, regioner, kommuner och SKR. SKR anser att samverkan och dialog har förbättrats med exempelvis Socialstyrelsen och Regeringskansliet. SKR uppger också att organisationen efter hand i större utsträckning bjudits in att medverka i regeringens presskonferenser. Det har underlättat för SKR:s och huvudmännens planering av informationsinsatser.⁷⁰⁰

Socialstyrelsen uppfattade initialt SKR:s roll som otydlig och pekar på att SKR agerade både som en intresseorganisation för regioner och kommuner och en arbetsgivarorganisation. Men även Socialstyrelsens bild är att samverkan med SKR har utvecklats, liksom med länsstyrelsernas samordningskansli och andra myndigheter. Lägesbilderna från länsstyrelserna samt underlag och dialog med SKR har legat till grund för Socialstyrelsens beslut om inköp.⁷⁰¹ En fortsatt utmaning som SKR har pekat på är att Socialstyrelsen inte har kunnat förmedla en nationell bild av behoven av skyddsutrustning i regioner och kommuner då lägesbilderna innehåller sekretessbelagd information. Det försvårar prognostisering och inköp.⁷⁰²

⁶⁹⁹ Se Arbetsmiljöverket, *Avstämning - tillfälligt tillhandahållande av personlig skyddsutrustning*, den 5 oktober och 2 november 2020 (Dnr. 2020 / 021780).

⁷⁰⁰ Möte med Regiondirektörsnätverket, den 16 april 2021.

⁷⁰¹ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 februari 2021.

⁷⁰² Möte med SKR om varuförsörjning till kommunal vård och omsorg, den 21 maj 2021.

Länsstyrelserna har framhållit att det har varit en utmaning att samverka när frågorna har rört flera myndigheters uppdrag i de fall då myndigheterna inte hade tidigare förståelse för varandras arbete inom området. Samtidigt har länsstyrelserna uppgett att deras roll att vara samordnande på regional nivå har förtydligats och förstärkts i samband med pandemin. Pandemihanteringen har också resulterat i att samverkan mellan länsstyrelserna intensifierats ytterligare, bl.a. genom fler gemensamma beslut. Länsstyrelserna ser också att de har kunnat utgöra en länk mellan sektorsmyndigheter och regional och kommunal nivå. Genom länsstyrelsernas samordning av de olika sektorsmyndigheternas förfrågningsunderlag, avlastades kommunernas uppgiftslämnande i en kritisk period. Länsstyrelserna har också angett att deras samordnande insatser har bidragit till att minskat kommunernas administrativa börda.⁷⁰³

8.7 Bristande kunskap om behoven inom kommuner under början av pandemin

Det dröjde till mitten av april 2020 innan det fanns en struktur för att kunna inhämta heltäckande nationella bilder av behoven inom både regioner och kommuner. De första enkäterna som skickades från Socialstyrelsen och MSB under januari och februari 2020 riktades till regionernas hälso- och sjukvård. Regionerna försåg Socialstyrelsen med lägesbilder men Socialstyrelsen saknade författningsstöd för motsvarande informationsinhämtning hos kommunerna.

Vid extraordinära händelser ska regionerna vidare lämna lägesrapporter och information om händelseutvecklingen till Socialstyrelsen och länsstyrelsen. För den kommunala sidan är det enligt samma förordning länsstyrelserna som ska informeras om förändringar och lägesbilder inom kommunerna.⁷⁰⁴

I början av mars 2020 hade länsstyrelserna och Socialstyrelsen en dialog om hur information om kommunernas beredskap inför en eventuell pandemi skulle kunna samlas in på ett mer strukturerat sätt. Länsstyrelserna förklarade tidigt att de var positiva till att stödja Socialstyrelsen men det dröjde tre veckor från första dialogen in-

⁷⁰³ Statskontoret (2020), *Förvaltningsmodellen under pandemin*.

⁷⁰⁴ Se 2 kap. 9 § lag om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap samt 2–3 §§ förordning (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

leddes intill dess att Socialstyrelsen återkom till länsstyrelserna med de frågor som de ville ha svar på. När frågorna från Socialstyrelsen väl kom till länsstyrelserna, vilket var en fredag, hade den absoluta majoriteten av landets 290 kommuner svarat tre dagar senare. Länsstyrelserna fick i början av mars månad kännedom (muntlig) att Socialstyrelsen förslagit till MSB att länsstyrelserna skulle stödja Socialstyrelsen med att inhämta information från kommunerna om deras behov och tillgång av skyddsutrustning. Trots flera påstötningar till MSB fick länsstyrelserna inga klara besked huruvida detta förhöll sig.

Den 17 mars hemställde Socialstyrelsen till MSB om stöd med att samordna kommunernas lägesbilder. I hemställan lyfte Socialstyrelsen fram att det behövdes stöd för bedömning på länsnivå om vilka kommuner som hade de största behoven av stöd samt stöd till prioriteringar på länsstyrelsenivå.

Den 24 mars 2020, bildades en arbetsgrupp med representanter från länsstyrelsernas samordningskansli, MSB, SKR och Socialstyrelsen som fick i uppdrag att ta fram förslag till en process i syfte att Socialstyrelsen samordnat skulle få en heltäckande bild av läget i kommuner och regioner samt behov av stöd gällande sjukvårdsmateriel och skyddsutrustning.

Som tidigare beskrivits gav länsstyrelserna den 30 mars 2020 in en begäran till regeringen om ett bemyndigande att mäkla resurser och samla in underlag från kommuner. Länsstyrelserna ansåg sig inte kunna fullgöra uppdraget utan ett sådant bemyndigande. Den 3 april gav sedan regeringen länsstyrelserna uppdraget att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna kommunernas lägesbilder om behov av skyddsutrustning och sjukvårdsmaterial. Regeringen anförde i beslutet att en kommun redan hade skyldighet att hålla länsstyrelserna uppdaterade och att länsstyrelserna kan verka för samordning av åtgärder som behöver vidtas, men att möjligheten att vidta åtgärder när det gäller specifikt sjukvårdsmaterial och skyddsutrustning till kommunerna dock borde förtydligas.

Efter det att Socialstyrelsen och länsstyrelserna kommit överens om att länsstyrelserna skulle inhämta information från kommunerna, vilket gjordes i en nationell inriktning och samordningsfunktion (ISF) den 29 mars, så var länsstyrelserna tydligt hänvisade till att inrapportering endast fick ske genom rapporteringsverktyg framtagna av Socialstyrelsen. Det uttrycktes nogsamt från Social-

styrelsen att det endast genom dessa rapporteringsverktyg som rapportering skulle ske beroende på den informationsklassificering och sekretess som Socialstyrelsen bedömt. Detta innebar att länsstyrelserna fick avvakta med rapportering tills dess att Socialstyrelsen presenterade rapporteringsverktyget den 8 april. Från den 9 april genomfördes ett förarbete i samordningskansliet för att, veckan efter, påbörja utbildningen av länsstyrelsernas och kommunernas handläggare i rapporteringsverktyget. Direkt efter genomförd utbildning kunde rapporteringsverktyg användas och de första rapporterna skickades in samma vecka.⁷⁰⁵

Enligt länsstyrelserna har arbetet med lägesrapporterna utvecklats över tid. Men arbetet uppfattas som en tidskrävande och arbetsintensiv insats från kommunernas sida.⁷⁰⁶ Det fanns enligt länsstyrelserna en utbredd uppfattning hos kommunerna att det endast är kommunerna själva som kan fatta beslut om huruvida det föreligger en extraordinär händelse och att de inte utan ett sådant beslut har en skyldighet att rapportera. Trots det menar länsstyrelserna att det överlag har fungerat utmärkt med att inhämta underlag från kommunerna under pandemin.⁷⁰⁷

8.8 Skyddsutrustning i övriga samhällsviktiga verksamheter

Socialstyrelsens uppdrag den 16 mars 2020 att säkerställa tillgången till skyddsutrustning omfattade endast kommuners och regioners behov. Under pandemin har det dock inte enbart varit hälso- och sjukvården och socialtjänsten som varit i behov av skyddsutrustning. Även andra samhällsviktiga verksamheter, exempelvis inom elförsörjning, drivmedelsförsörjning, elektronisk kommunikation, luftfart, tull och polisverksamheter har haft ett sådant behov.

Under våren 2020 fick MSB signaler från samhällsviktiga verksamheter att det var svårt att få tillgång till skyddsutrustning. Under maj och juni 2020 genomförde därför MSB en undersökning. MSB:s slutsats var att en ökad smittspridning skulle kunna innebära en risk för att bristsituationer skulle kunna uppstå. Som beskrivits ovan

⁷⁰⁵ Länsstyrelsen i Hallands län, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 16 mars 2021.

⁷⁰⁶ Utfrågning av Jörgen Peters, länsråd vid Länsstyrelsen i Hallands län samt Sven-Erik Österberg, landshövding vid Länsstyrelsen i Stockholms län, den 22 mars 2020.

⁷⁰⁷ Länsstyrelsen i Hallands län, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 16 mars 2021.

hemställde MSB den 9 juli 2020 till regeringen om behovet av att ge en sammanhållande aktör på nationell nivå i uppdrag att genomföra en behovsanalys, planering samt vid behov anskaffning och fördelning av skyddsutrustning till samhällsviktiga verksamheter utanför hälso- och vården och socialtjänsten.⁷⁰⁸ Det saknades enligt MSB en långsiktig planering för införskaffning av skyddsutrustning hos flertalet samhällsviktiga aktörer för de kommande tre till tolv månaderna. I detta sammanhang kan även nämnas att JO i ett beslut den 15 oktober 2020 uttalat att det var allvarligt att Rättsmedicinalverket inledningsvis inte omfattades av Socialstyrelsens uppdrag att fördela skyddsutrustning och att detta medfört risker för intagna i myndighetens rättspsykiatriska undersökningsenheter.⁷⁰⁹

Den 17 september 2020 gav regeringen MSB i uppdrag att genomföra en behovsanalys för tiden fram till september 2021. Enligt uppdraget skulle MSB redovisa i vilken omfattning de berörda myndigheterna själva kunde säkerställa sin försörjning av skyddsutrustning eller om de behövde stöd. MSB skulle även redovisa vilken typ av utrustning och vilka volymer som myndigheterna inte själva kunde införskaffa och om utrustningen kunde säkerställas genom ett ökat samarbete.⁷¹⁰

Den 15 oktober 2020 återrapporterade MSB uppdraget till regeringen. MSB:s bild var att det inte fanns någon akut brist hos de samhällsviktiga aktörer som ingick i MSB:s behovsanalys, exempelvis räddningstjänst, bevaknings- och säkerhetsföretag och djursjukvård. Åtgärder hade vidtagits hos de samhällsviktiga aktörerna för att säkra upp nödvändig skyddsutrustning. Samtidigt bedömde MSB att marknaden var osäker och att det fanns risker för brister vid en ökad smittspridning och en ökad global efterfrågan. MSB föreslog en rad åtgärder för att skapa förutsättningar för en stabilare försörjning och tillgång: resursmäklning mellan de samhällsviktiga aktörerna, omfördelning av överskott från hälso- och sjukvården, nationell lagerhållning samt nationella upphandlingar.⁷¹¹

⁷⁰⁸ MSB (2020), *Behovsanalys avseende personlig skyddsutrustning inom samhällsviktig verksamhet. Svar på regeringsuppdrag*. Ju2020/03246/SSK, den 15 oktober 2020.

⁷⁰⁹ JO, beslut den 15 oktober 2020 i dnr. O 21–2020.

⁷¹⁰ Regeringen 2020. *Ju2020/03246/SSK*.

⁷¹¹ MSB (2020), *Behovsanalys avseende personlig skyddsutrustning inom samhällsviktig verksamhet. Svar på regeringsuppdrag*, Ju2020/03246/SSK, den 15 oktober 2020.

8.9 Samarbete med näringslivet och civilsamhället

Bristen på skyddsutrustning i vården och omsorgen ledde till ett enormt engagemang i det omgivande samhället. Både privatpersoner, företag och civilsamhället ville på olika sätt hjälpa till för att öka tillgången till skyddsutrustning. Kreativiteten var stor och många tillverkade själva ansiktsvisir med hjälp av gamla overheadblad eller sydde egna munskydd.

Vi har i vårt arbete haft samtal med några aktörer från näringslivet och civilsamhället samt tagit del av ett flertal rapporter, artiklar och annan skriftlig dokumentation från näringslivet och civilsamhället. Inom ramen för vårt uppdrag har vi inte kunnat göra någon heltäckande eller mer djupgående undersökning. Det som vi redogör för nedan utgör därför kommissionens mer övergripande iakttagelser. Vi har fokuserat på våren 2020, då bristen på skyddsutrustning var som störst.

8.9.1 Näringslivets och civilsamhällets bidrag

Näringslivet har gjort stora insatser för att bidra till att säkerställa tillgången till skyddsutrustning och samtliga aktörer som kommissionen har varit i kontakt med har vittnat om ett stort intresse och stor uppslutning.

Många företag har donerat skyddsutrustning. Det har varit fråga om allt från globala företag som till Sverige skänkt stora mängder skyddsutrustning, till mindre lokala företag som tömt sina lager och skänkt till vårdmottagningar i närområdet.

Före pandemin fanns det i Sverige en begränsad produktion av skyddsutrustning till vården och omsorgen. Bristen på skyddsutrustning ledde till att flera företag under pandemin ställde om sin produktion för att tillverka skyddsutrustning. Det har både varit fråga om företag som redan tidigare producerade hygienprodukter till vården och omsorgen och företag som vanligtvis producerade helt andra produkter och därmed saknade kunskap om vilket regelverk och vilka krav som gällde.

Som ett exempel på företag som ställt om sin produktion kan nämnas ett hygienproduktföretag som vanligtvis producerar bl.a. blöjor, tvättlappar och toalettpapper men som under pandemin började tillverka munskydd. Företaget lyckades ställa om relativt

snabbt. Den första leveransen skedde efter påsk 2020 och bestod av en miljon munskydd. Vid slutet av året hade företaget globalt levererat 40 miljoner munskydd.⁷¹² Ett annat exempel är ett företag som sedan tidigare producerade filter och ventilationslösningar till sjukhus och vårdinrättningar. Företaget tog, i samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset och Region Stockholm, fram en prototyp på andningsskydd och började därefter leverera sådana.⁷¹³ Ytterligare exempel på omställd produktion är att några företag som vanligtvis producerar vodka delvis har ställt om sin produktion för att tillverka råvara till handspnit.

Flera företag har även bidragit med transport, logistik eller annan kompetens.

Även civilsamhället har bidragit till produktion av skyddsutrustning och som exempel kan nämnas Svenska Röda Korset vars volontärer sytt ansiktsvisir av overheadblad och levererat till intensivvårdsavdelningar. Röda Korset fick under våren också i uppdrag av Socialstyrelsen att samordna donationer och gåvor som företag och organisationer ville skänka till vården. Röda Korset har även tagit hand om volontärer som anmält sig till Socialstyrelsen och sett till att personer utan sjukvårdsbakgrund fått lämpliga uppdrag.⁷¹⁴ Det kan även nämnas att många privatpersoner har velat bidra med hemlagad mat och andra produkter. Sådana bidrag har dock på grund av bestämmelser om livsmedelshantering och hygienkrav varit svåra för regioner och kommuner att ta emot. Civilsamhällets mest betydelsefulla bidrag under pandemin får nog anses ha bestått i olika former av stöd och insatser till enskilda. Detta återkommer vi till i kapitel 15.

Region Stockholms Command Center

Ett av alla de initiativ som förtjänar att lyftas fram särskilt är Region Stockholms Command Center. Centret inrättades den 22 mars 2020 genom ett samarbete mellan Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholm och Scania. Där samlades regionens inköpskompe-

⁷¹² MSB Forskning, Joakim Netz och Mattias Axelson, *Näringslivsbaserad motståndskraft, lärdomar från pandemin för det civila försvaret*, den 25 mars 2021 och samtal med Essity den 20 maj 2021.

⁷¹³ Information från Karolinska Universitetssjukhusets webbplats (besökt den 25 maj 2021) och från Camfils webbplats (besökt den 4 maj 2021).

⁷¹⁴ Svenska Röda Korset, *Tillsammans i coronakrisen*, publicerad den 6 oktober 2020.

tens, experter på skyddsutrustning från olika sjukhus i regionen tillsammans med logistik- och inköpsexperter från bl.a. Scania. Tidvis arbetade omkring 60 personer i gruppen, varav ca 20–25 var personal från Scania. Uppdraget var att tillgodose skyddsutrustning till akutsjukhusen, primärvården och kommunerna kopplat till covid-19.⁷¹⁵

Scania hade våren 2020 kompetent personal tillgänglig eftersom bolagets egen verksamhet hade stannat av. Personalen var vana vid att arbeta med att transportera produkter från en del av världen till en annan, både via flyg och genom landtransporter. Det fanns även redan en organisation och personal på plats i Kina. Scanias inköpare var vana vid att fatta snabba beslut och kunde snabbt anpassa sig till den nya marknaden och den hårda konkurrens som rådde. En stor del av arbetet bestod även av att kvalitetssäkra den utrustning som köptes in, så att den uppfyllde gällande krav.

Karolinska Universitetssjukhuset hade uppdraget att leda insatsen, som pågick till årsskiftet 2020/21. Fram till september 2020 hade totalt över 95 miljoner produkter köpts in genom Command Center.⁷¹⁶ Enligt uppgift, från både regioner och näringslivet, har Command Center varit till stor hjälp även för andra regioner än Stockholm och initiativet lyfts från flera håll fram som ett framgångsexempel.

8.9.2 Det offentliga förmåga att ta emot

De uppgifter som kommissionen har tagit del av visar entydigt att näringslivets förmåga att bidra till behovet av skyddsutrustning under pandemin var stor. Frågan är då hur myndigheternas samarbete med näringslivet har sett ut och vilken förmåga det offentliga har haft att ta emot det stöd som erbjudits.

Möte den 13 mars 2020 på Näringsdepartementet

Den 13 mars 2020 hölls ett möte på Näringsdepartementet med olika medicinteknikföretag. Vid mötet deltog socialminister Lena Hallengren, näringsminister Ibrahim Baylan och representanter från Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och MSB. Från medicinteknik-

⁷¹⁵ Information från Karolinska Universitetssjukhusets webbplats (besökt den 26 maj 2021).

⁷¹⁶ Region Stockholm, Interpellationssvar i ärende RS 2020–0528, den 10 september 2020.

företag deltog representanter från nio olika företag/aktörer. Syftet med mötet angavs vara att lyssna in läget bland medicinteknikföretagen gällande produktion, leveranser, åtgärder och efterhöra möjligheterna att öka produktionen av framför allt skyddsutrustning samt om det fanns andra företag i andra branscher som skulle kunna ställa om produktionen och eventuella behov av statliga insatser.⁷¹⁷

Vid mötet fick IKEM:s (Innovations- och kemiindustrierna i Sverige) representant en informell förfrågan om organisationen kunde bilda en arbetsgrupp för att se över möjligheterna att ställa om produktionen. En arbetsgrupp bildades inom Svenskt Näringsliv för skyddsutrustning, vilken leddes av IKEM:s vd. Arbetsgruppen upprättade bl.a. i slutet av mars 2020 en kontaktlista med företag som var villiga och redo att ställa om sin produktion. Företagen upp-gav sig bl.a. kunna producera desinfektionssprit, visir och skydds-kläder. Listan spreds till olika myndigheter och regioner, för att de skulle kunna ta kontakt med företagen.

Även Teknikföretagen, en bransch- och arbetsgivarorganisation med ca 4 200 medlemsföretag, bildade en så kallad omställnings-grupp, för att stötta de medlemsföretag som hade möjlighet att ställa om sin produktion och för att hjälpa till med myndighetskontakter. Flera av Teknikföretagens medlemsföretag ställde om sin produkt-ion.

Mötet den 13 mars utgjorde, enligt vad kommissionen kunnat er-fara, startskottet för företag att ställa om sin produktion.

Socialstyrelsen och inhemsk produktion

Som tidigare nämnts kom Socialstyrelsen i början av april 2020 till slutsatsen att inköp från befintliga leverantörer var det mest effek-tiva sättet att säkra tillgången till skyddsutrustning. Socialstyrelsens uppdrag att främja förutsättningarna för att skyndsamt få igång en produktion av material inom Sverige fullföljdes därför inte.

I de kontakter som kommissionen haft med IKEM och Teknik-företagen har framkommit att de inte kände till att Socialstyrelsen beslutat att överge uppdraget att se över och främja förutsättning-

⁷¹⁷ Näringsdepartementet, promemoria den 12 mars 2020, promemoria den 13 mars 2020, *Möte med medicinteknikföretag*, samt promemoria den 13 mars 2020, *Agenda samtal*.

arna för att få igång en inhemsk produktion. Såvitt framgått har detta beslut inte kommunicerats till näringslivet.

Arbetsmiljöverkets snabbspår

De aktörer som kommissionen haft kontakt med har huvudsakligen uppgett att bestämmelserna om ett slopat krav på CE-märkning har varit betydelsefulla för att öka tillgången till skyddsutrustning. Det har även uttryckts att snabbspåret var helt avgörande för de företag som valt att ställa om sin produktion. Det finns dock även synpunkter på att förfarandet ändå tog för lång tid, se bl.a. om Stockholms Sjukhems rapport nedan.

Läkemedelsverket

Munskydd räknas normalt sett som medicintekniska produkter och det är därmed Läkemedelsverket som ska verka för att dessa är säkra och lämpliga för sin användning. Arbetsmiljöverkets snabbspår med slopad CE-märkning omfattade därför inte sådana munskydd. Läkemedelsverket kan dock medge dispens från kravet på CE-märkning för medicintekniska produkter, om produkterna uppfyller en rimlig skyddsnivå för användarnas hälsa och säkerhet. Även detta följer av den rekommendation från EU som låg till grund för Arbetsmiljöverkets snabbspår.⁷¹⁸

Enligt Läkemedelsverkets hemsida har dispensansökningar med anledning av covid-19 hanterats extra skyndsamt. Av de uppgifter som kommissionen tagit del av synes Läkemedelsverkets hantering har fungerat väl.

Kemikalieinspektionen

En förutsättning för att företag som vanligtvis tillverkar vodka i stället skulle kunna börja tillverka råvara till handsprit var godkännande från Kemikalieinspektionen. I mars 2020 gjorde Kemikalieinspektionen ett ställningstagande om tillhandahållande på marknaden

⁷¹⁸ EU-kommissionens rekommendation (EU) 2020/403 av den 13 mars 2020 om förfaranden för bedömning av överensstämmelse och marknadsövervakning inom ramen för hotet från covid-19.

av desinfektionsmedel utan att leverantörerna finns med på den s.k. artikel 95-listan i EU:s biocidförordning.⁷¹⁹ Biocider är produkter som motverkar oönskade organismer.⁷²⁰ Vanligtvis är det ett krav att finnas med på listan för att få sälja biocidprodukter.

Kemikalieinspektionens ställningstagande innebar att myndigheten inte kontrollerade efterlevnaden av kravet att ett företag fanns med på listan. Detta ställningstagande gällde till och med den 30 juni 2021 för tillhandahållande i första ledet och den 30 september 2021 för övriga led. Det innebar att efter den 30 juni blev företag som vill tillverka och sälja desinfektionsmedel tvungna att finnas med på listan. Apotek eller butiker som köpt in desinfektionsmedel före den 30 juni 2021 kunde dock sälja dessa till och med den 30 september 2021.⁷²¹

Näringslivet om kontakterna med det offentliga

Svenskt Näringslivs arbetsgrupp för skyddsutrustning upplevde flera svårigheter i arbetet med att hjälpa företag att ställa om sin produktion. En viktig fråga var vilka krav som uppställdes på olika produkter enligt gällande regelverk. Eftersom flera av de företag som var beredda att ställa om sin produktion normalt inte producerade skyddsutrustning var de inte insatta i det regelverk som gällde. Arbetsgruppen blev på mötet den 13 mars 2020 hänvisad till myndigheterna för vidare kontakter, men upplevde att de frågor som ställdes inte föll inom ramen för någon myndighets uppdrag. De fann därför att det var svårt att få några svar och svårt att komma vidare. I samtal med representanter för IKEM har framkommit att upplevelsen var att den arbetsgrupp som initierades på mötet den 13 mars saknade förutsättningar att bedriva det arbete som var tänkt och att näringslivets förmåga att bidra var större än det offentligas förmåga att ta emot.

Även Teknikföretagen har uppgett att deras medlemsföretag möttes av problem och att det från det myndigheterna var svårt att få den information som behövdes. Exempelvis saknades från Socialstyrelsen konkret information om hur stor bristen på skyddsutrust-

⁷¹⁹ Europaparlamentets och Rådets förordning (EU) nr. 528/2012 av den 22 maj 2012 om tillhandahållande på marknaden och användning av biocidprodukter.

⁷²⁰ Se artikel 3 i biocidförordningen för en närmare definition av en biocidprodukt.

⁷²¹ Information från Kemikalieinspektionens webbplats (besökt den 24 maj 2021).

ning var; om det var fråga om att tillverka 10 000 munskydd vid ett tillfälle eller en miljon varje månad. Vikten av att företag får detaljerad information om behovet och förutsättningarna för leverans har framhållits av flera.

Även Swedish Medtech har uppgett att det fanns svårigheter i kontakterna med Socialstyrelsen. Flera företag skickade propäer och erbjudanden till Socialstyrelsen men fick många gånger inga svar alls. I vanliga fall skedde kommunikationen direkt mellan regionerna och företagen men Socialstyrelsens uppdrag skapade en osäkerhet kring hur kontakterna skulle ske. Denna bild bekräftas även av SKR i ett svar till Konstitutionsutskottet den 19 april 2021.⁷²² Swedish Medtech har uppgett att de organiserade krismöten mellan företag som hade en viss produkt och vårdgivare som var i behov av just den produkten. Detta skedde vid sidan av Socialstyrelsen.

Teknikföretagen har uppgett att det offentliga inte heller var beredd att lägga långsiktiga order, vilket andra länder var. Det var svårt för företagen att ställa om sin produktion utan att veta förutsättningarna för den kommande produktionen. Teknikföretagen har även uppgett att det fanns ett stort intresse hos både företag och myndigheter men att det saknades mandat och att frågorna därför bollades runt mellan olika myndigheter utan något resultat. Upplevelsen var att det saknades nationell samordning och att det som fungerat väl var lokala kontakter.

Både IKEM och Teknikföretagen har uppgett att arbetet med att ställa om produktionen rann ut i sanden i samband med att leveranser från Kina började komma igång igen. Även i media har uppmärksammat företag som gjort stora investeringar för att ställa om sin produktion men som sedan inte fick beställningar eftersom de ordinarie leveranskedjorna kom igång.⁷²³

Kommissionen har å andra sidan även fått uppgifter från näringslivet om att samarbetet med Socialstyrelsen fungerade bra och att den information som behövdes för att kunna och våga ställa om produktionen erhöles.

Företrädare för Scania har i samtal med kommissionen anfört att det fanns ytterligare kompetens och att försök gjordes att få igång

⁷²² SKR, *Svar på Konstitutionsutskottets frågor med anledning av granskningsärende 17 – Åtgärder för att säkra tillgången på skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial under coronapandemin*, den 19 april 2021.

⁷²³ Se t.ex. artikeln *Svenska företag som kunde räddat bristen i sjukvården sveks*, publicerad på webbplatsen www.industritorget.se, den 10 augusti 2020.

ett nationellt Command Center. Upplevelsen från Scantias sida var att det fanns ett intresse från det offentliga men att det ändå inte blev något nationellt projekt. Scania har även uppgett att det initialt var svårt att få en bra bild av hur mycket materiel som Socialstyrelsen hade beställt eller vilka inköp som var på gång.

Mötet den 13 mars har av flera lyfts fram som ett produktivt möte där det offentliga visade ett stort intresse för näringslivet och dess möjlighet att bidra till skyddsutrustning.

Utifrån de kontakter kommissionen har haft kan konstateras att det finns olika uppfattningar om i vilken utsträckning näringslivets bidrag har tagits tillvara. Även uppfattningen om kontakterna med Socialstyrelsen och vilket stöd myndigheten har erbjudit varierar. Den bild som flera aktörer har återgett för kommissionen bekräftas dock delvis av MSB:s tillförordnade generaldirektör Camilla Asp i en intervju i Sveriges Radio i april 2021. På frågan vad MSB lärt sig inför nästa kris svarade hon att samhället och MSB hade kunnat jobba bättre mot näringslivet. Hon uppgav vidare att näringslivet hade svårt att hitta in i hur myndigheterna jobbade och inte riktigt förstod vad myndigheterna ville ha och vem de skulle vända sig till.⁷²⁴

8.9.3 Andra rapporter och iakttagelser

Frågan om hur näringslivet kan bidra under en kris har varit föremål för ett flertal projekt och rapporter. Bedömningar och slutsatser i dessa stämmer i flera delar överens med kommissionens övergripande iakttagelser. Nedan nämns några av dem.

MSB:s forskningsprojekt

MSB initierade under våren och sommaren 2020 flera forskningsprojekt. Ett av dessa har resulterat i rapporten *Näringslivsbaserad motståndskraft, lärdomar från pandemin för det civila försvaret*.⁷²⁵ I rapporten konstateras att en matchning mellan samhällets akuta behov och företagens kapaciteter som behöver ske snabbt förutsätter att det finns en samordning mellan företag och myndigheter. Fors-

⁷²⁴ Sveriges Radio, *Ekots lördagsintervju*, den 17 april 2021.

⁷²⁵ MSB Forskning, Joakim Netz och Mattias Axelson, *Näringslivsbaserad motståndskraft, lärdomar från pandemin för det civila försvaret*, den 25 mars 2021.

karna gör dock bedömningen att kunskapsläget om hur samhälle och företag snabbt kan samordna roller och relationer för näringslivsbaserad motståndskraft vid en kris är svagt. Hur snabb utveckling av samordningsförmåga mellan företag och andra aktörer för hantering av samhällskriser kan genomföras pekas därför ut som en angelägen fråga för forskning och policy.

FOI

Som nämnts i tidigare kapitel gav regeringen den 2 juli 2020 i uppdrag till FOI att analysera vissa övergripande frågor om en nationell försörjningsberedskap. FOI lämnade sin rapport den 16 november 2020 och anförde bl.a. att coronapandemin tydliggjort att näringslivet besitter kunskaper och kompetenser av avgörande betydelse både för den akuta hanteringen av försörjningskriser och för att på sikt stärka Sveriges beredskap. FOI anförde vidare att det funnits en frustration från näringslivets sida att olika offentliga aktörer inte varit förberedda vad gäller samordning mellan myndigheter och möjligheten att utnyttja företagens kapacitet till produktionsomställning.⁷²⁶

Stockholms Sjukhem, ett projekt med stöd från Vinnova

Stockholms Sjukhem har med stöd från Vinnova drivit ett projekt som resulterat i slutrapporten *Omställning av svensk industri för inhemsk produktion av personlig medicinsk skyddsutrustning COVID-19*.⁷²⁷ Projektets mål och syfte var att kartlägga behov av skyddsutrustning och bl.a. se över möjligheterna att säkra inhemsk produktion av skyddsutrustning. I rapporten identifierades tre specifika utmaningar när det gäller omställning eller nyproduktion av skyddsutrustning. Dessa sammanfattades enligt följande:

- Kommunikation med myndigheter runt kravställning har varit mycket komplex och långsam.

⁷²⁶ FOI:s rapport *Svar på uppdrag till Totalförsvarets forskningsinstitut att analysera frågor avseende nationell försörjningsberedskap*, den 16 november 2020.

⁷²⁷ Monica Winge m.fl., Stockholms Sjukhem, Slutrapport *Omställning av svensk industri för inhemsk produktion av personlig medicinsk skyddsutrustning COVID-19*, den 30 september 2020.

- Testning hos och kommunikation med ackrediterade laboratorier har varit bristfällig och tidskrävande.
- Även kommunikation med och godkännande från respektive myndighet har tagit mycket lång tid och medfört stora utmaningar.

I rapporten görs bedömningen att det varken har varit produkten eller produktionen som varit den största utmaningen utan att det snarare är bristen på tydliga processer som har begränsat tillgången till skyddsutrustning för vård och omsorg. Vidare lämnas som förslag att se över Region Stockholms Command Centers arbetsätt och ta del av deras erfarenheter. Command Center bedöms ha möjliggjort att företag snabbt kunnat ta fram produkter med hög kvalitet, komfort och säkerhet. I rapporten pekas även på att många av de företag som ställde om sin produktion inte lyckades säkra några avtal, vilket har lett till många investeringar med uteblivna affärer. Effekterna av detta har lett till att flera av dessa företag sålt sin produktion till andra länder.

8.10 EU-samarbetet rörande skyddsutrustning

Den 28 februari 2020 fattade regeringen beslut om att Sverige skulle underteckna det EU-gemensamma avtalet Joint Procurement Agreement om upphandlingar av medicinska produkter mot gränsöverskridande hälsohot. Socialstyrelsen blev Sveriges representant i dess styrgrupp. Avtalet innebär att Sverige kan vara med i en specifik EU-upphandling gällande personlig skyddsutrustning. I mars 2020 gjordes en sådan gemensam upphandling.

EU:s beredskapslager

Den 4 juni 2020 fattade regeringen beslut om att bemyndiga MSB att för Sveriges räkning ansöka om att hysa medicinsk lagerhållning inom ramen för rescEU, en del av EU:s civilskyddsmekanism.

MSB ska i samverkan med Försvarets materielverk och Socialstyrelsen ansvara för uppdraget. Lagret kommer att innehålla medicinteknisk utrustning som ventilatorer och personlig skyddsutrust-

ning såsom andningsskydd och kroppsskydd. Syftet med lagret är att snabbt kunna sända sjukvårdsmateriel till ett behovande medlemsland, exempelvis under en pandemi.

Uppdrag att bidra med eventuellt överskott till EU med flera.

Den 9 juli 2020 gav regeringen i uppdrag till Socialstyrelsen att, inom ramen för uppdraget om inköp av skyddsutrustning, löpande göra bedömningar av det kort- och långsiktiga nationella behovet av skyddsutrustning och annat material som behövs vid intensivvård, omsorg eller annan vård till följd av spridningen av covid-19. Socialstyrelsen skulle även bedöma om det för vissa produkter eller produktkategorier finns lagerhållning eller planerade leveranser som överstiger de behov som kan förväntas uppstå i Sverige. Vid ett eventuellt överskott får Socialstyrelsen undersöka behovet av skyddsutrustning och annat material hos stater inom EU, EES/EEA samt Schweiz. Om ett sådant överskott identifierats i Sverige och ett behov identifierats bemyndigades Socialstyrelsen att till och med den 31 december 2021, efter samråd med Regeringskansliet (Socialdepartementet), förhandla överenskommelse om försäljning av skyddsutrustning under förutsättning att det genomförs med full kostnadstäckning och inte medför några extra kostnader för staten.⁷²⁸

Uppdraget kom till mot bakgrund av att det i april 2020 uppdragats att svensk hälso- och sjukvård riskerade att få en bristsituation beträffande narkosläkemedlet Propofol. I den situationen erbjöds Sverige att få köpa Propofol från Norge. Syftet var således att kunna återgälda detta men även för att också Sverige i solidaritet med andra skulle kunna bidra med eventuellt överskott. Socialstyrelsen bemyndigades även att ingå överenskommelse med Norge om försäljning av eventuellt nationellt överskott av ansiktsmasker.

Socialstyrelsen kunde efter en inventering av tillgången nationellt och efter dialog med Norge konstatera att det fanns ett disponibelt överskott i Sverige och ett behov i Norge av andningsskydd. Efter samråd med Socialdepartementet beslutades därmed om att till

⁷²⁸ Regeringsbeslut den 9 juli 2020 (S2020/05931/FS delvis).

Norge sälja 100 000 andningsskydd av typen FFP3 till full kostnads-täckning.⁷²⁹

8.11 Summering

Främst under den första vågen våren 2020 rådde en akut brist på skyddsutrustning, i Sverige och i världen i övrigt. Under senvåren började försörjningskedjorna åter att fungera.

Redan den 31 januari hemställde Folkhälsomyndigheten om att smittskyddslagens bestämmelser om allmänfarliga och samhälls-farliga sjukdomar skulle göras tillämpliga på sjukdomen covid-19. Myndigheten ansåg att sjukdomen behövde regleras i smittskyddslagen för att en god beredskap skulle kunna upprätthållas. Som närmare skäl anförde myndigheten att infektionen i många fall leder till allvarlig lungsjukdom som kräver intensivvård, att den beräknade dödligheten låg så högt som två procent av de smittade samt att sjukvården i Kina snabbt blivit överbelastad, att detaljhandelsföretag och industrianläggningar stängts, skolloven förlängts och de allmänna kommunikationerna i stor utsträckning ställts in. I en lägesbild från MSB den 6 februari uppmanades regionerna att säkerställa inköp av skyddsutrustning, hygienartiklar och läkemedel.

Socialstyrelsen skickade i slutet av januari ut en enkät till akut-sjukhusen som lämnades till regeringen den 18 februari och som bl.a. visade att det saknades buffertlager av skyddsutrustning i regionerna. Socialstyrelsen försökte skaffa sig kunskap om läget i regionerna och gjorde smärre inköp av skyddsutrustning i februari. Men varken Socialstyrelsen eller regeringen tog vid denna tid initiativ till att åtminstone förse sig med information om läget i kommunernas hälso- och sjukvård. Det dröjde till den 28 februari innan regeringen offentliggjorde den första konkreta åtgärden för att hantera problemet med otillräcklig tillgång på skyddsutrustning. Då undertecknades EU:s Joint Procurement Agreement. Först den 16 mars gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att säkra tillgången.

Uppdraget till Socialstyrelsen gavs till en myndighet som helt saknade såväl en organisation för som erfarenhet av upphandling på världsmarknaden i den omfattning som skulle krävas. Det var alltså en helt ny uppgift som lades på myndigheten, som fick utvidga sin

⁷²⁹ Se rapport från Socialstyrelsen, bifogad svaret till KU.

inköpsavdelning och etablera ett nära samarbete med Försvarmakten och FMV. Socialstyrelsen har beskrivit processen så, att leverantörer fick lämna erbjudanden om en produkt enligt ett formulär på Socialstyrelsens webbplats, FMV bedömde om leverantören var seriös och produkten höll erforderlig kvalitet, Socialstyrelsen bedömde om produkten behövdes (utifrån regioners och kommuners begäran om inköpsstöd får man anta), FMV tog fram offert och avtal och Socialstyrelsen fattade beslut.

Socialstyrelsen uppdrag må ha uppfattats som klart av uppdragsgivaren och Socialstyrelsen själv, nämligen att endast komplettera regioners och kommuners egna inköp. Det skapade likväl en viss förvirring – leverantörer var osäkra på om de fick leverera direkt till vårdgivare och vissa vårdgivare frågade sig om de fick använda sin egen utrustning eller behövde skicka in den till Socialstyrelsen. Det kompletterande uppdraget medförde också att Socialstyrelsen och vårdgivare kunde göra beställningar hos samma leverantörer, vilket skapade undanträngningseffekter och sägs ha trissat upp priserna.

Det bör likväl framhållas att även regioner och kommuner försökte och också till en del lyckades göra egna inköp. Det framgår av att de ansökt om statsbidrag för merkostnader som såvitt gällt skyddsutrustning uppgått till drygt 5,4 miljarder kronor. Även regionernas inköpscentral Adda har försett framför allt kommunerna med skyddsutrustning genom en webbshop, men det dröjde fram till slutet av maj innan deras webbutik öppnade. Vi den tidpunkten hade tillgången till skyddsutrustning börjat öka i kommunerna.

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen den 16 mars ingick även att se över och främja förutsättningarna att skyndsamt få igång en inhemsk produktion. Tre dagar tidigare hade ett möte på Näringsdepartementet hållits med företrädare för bl.a. regeringen, medicinteknikföretag och Socialstyrelsen. Inom Svenskt Näringsliv och Teknikföretagen bildades arbetsgrupper för att bistå vid omställning. Från båda har sagts att det var svårt att få svar på frågor från ”myndigheterna”, bl.a. från Socialstyrelsen om hur stort behovet av t.ex. munskydd var. Det finns goda exempel på företag som ställt om och bidragit med t.ex. handsprit och munskydd.

Det fanns givetvis flera svårigheter att övervinna. En bör ha varit att företag som ställer om sin produktion rimligen vill försäkra sig om att de nya produkterna kan avsättas, medan Socialstyrelsen *dels*

hade begränsad kunskap om behoven i främst kommunerna, *dels* av naturliga skäl hade svårt att bedöma behoven på något längre sikt.

I mitten av april bedömde Socialstyrelsen att inköp från befintliga leverantörer var mer effektivt än omställning av produktion och valde att avgränsa sitt uppdrag. Socialdepartementet informerades den 20 april.

Det kan nämnas att Riksrevisionen har beslutat att genomföra en granskning av statens arbete med att säkra tillgången på skyddsutrustning under pandemin.

I vårt första delbetänkande konstaterade vi att ”det borde tidigt ha funnits ett samstämmigt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten. Alternativt borde det ha framgått hur målen om arbetarskydd och smittskydd skulle vägas av mot varandra.” Det står för kommissionen nu klart att detta förhållande har sin förklaring i att de båda myndigheterna faktiskt hade olika uppfattning om användningen av skyddsutrustning och inte kunde enas. De motstridiga budskapen rörande främst munskydd under denna tid skapade en begriplig förvirring och oro hos vård- och omsorgspersonal. Det rådde vid denna tid akut brist på skyddsutrustning av olika slag, vilket innebar att åtskilliga vård- och omsorgsuppgifter fick utföras utan tillgång till adekvat skyddsutrustning.

9 Läkemedel

Produktionen av läkemedel är global och många aktiva läkemedels-substanser produceras vid ett relativt litet antal fabriker i världen. Socialstyrelsen har i sina risk- och sårbarhetsanalyser konstaterat att läkemedelsförsörjningskedjan är sårbar, och att kritiskt känsliga delar och beroenden finns i hela systemet inkluderande tillverkare, par-tihandlare och slutförsäljare. Under pandemin har läkemedelsförsörjningen satts på prov. Oron för att läkemedel skulle ta slut resulterade i en hamstringsvåg hos befolkningen under våren 2020 och behovet av intensivvårdsläkemedel ökade dramatiskt i takt med en ökad smittspridning och fler sjukhusinläggningar.

Detta kapitel baseras på intervjuer med myndigheter, regioner och SKR, branschorganisationer och en distributör samt data från E-hälsomyndigheten och rapporter från myndigheter samt SKR.

Vi inleder kapitlet i avsnitt 9.1 med en kortfattad redogörelse för läkemedelsmarknaden i Sverige samt hur läkemedel finansieras och distribueras. I avsnitt 9.2 redogör vi för hur försäljningen av läkemedel har påverkats av pandemin. I avsnitt 9.3 analyserar vi omfattningen av restanmälda läkemedel. I avsnitt 9.4 följer vi upp insatser från regeringen, myndigheter och läkemedels- och apoteksbranschen för att säkerställa tillgången till läkemedel. Vi avslutar kapitlet med en summering i avsnitt 9.5.

9.1 Läkemedelsmarknaden omsatte 51,8 miljarder kronor 2020

Under 2020 omsatte den svenska läkemedelsmarknaden 51,8 miljarder kronor. Det kan jämföras med 2019 då omsättningen uppgick till

49,9 miljarder kronor.⁷³⁰ Läkemedel kan delas in i fem huvudgrupper;

- Förmånsläkemedel - Receptbelagda läkemedel med förmån som expedieras på apotek.
- Receptbelagda läkemedel utan förmån.
- Smittskyddsläkemedel – läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen.
- Rekvisitionsläkemedel – läkemedel som används inom sjukvården och av kliniker.
- Receptfria läkemedel – läkemedel som kan köpas på apotek och i vissa fall i dagligvaruhandeln utan recept.

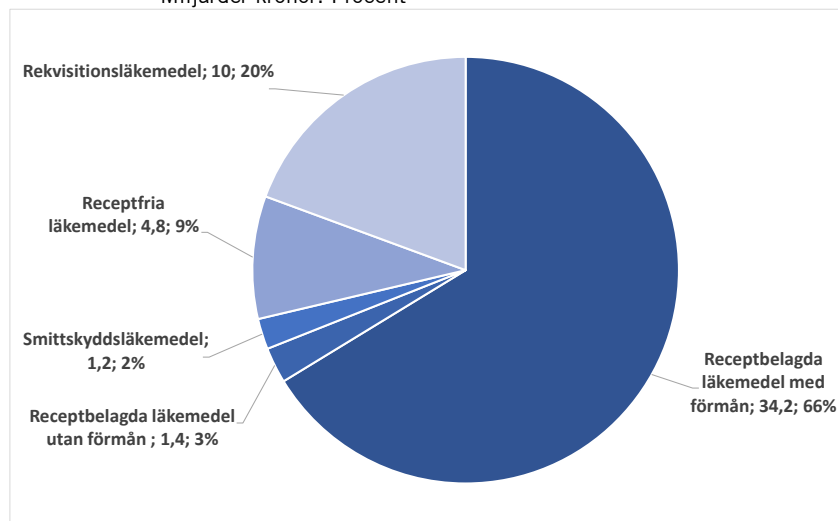
Den största läkemedelsgruppen under 2020 var förmånsläkemedel som motsvarade 66 procent av läkemedelsmarknaden, därefter kom rekvisitionsläkemedel som motsvarade 10 procent av marknaden.

I figur 9.1 nedan redovisar vi fördelningen av kostnader mellan de olika läkemedelsgrupperna och vi redogör för hur läkemedel finansieras och distribueras. Kostnadsfördelningen mellan läkemedelsgrupperna har inte förändrats nämnvärt mellan 2019 och 2020.

⁷³⁰ Socialstyrelsen (2020), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2020–2023* samt Socialstyrelsen (2021), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2021–2024*.

Figur 9.1 Fördelning av kostnader inom läkemedelsmarknaden 2020

Miljarder kronor. Procent



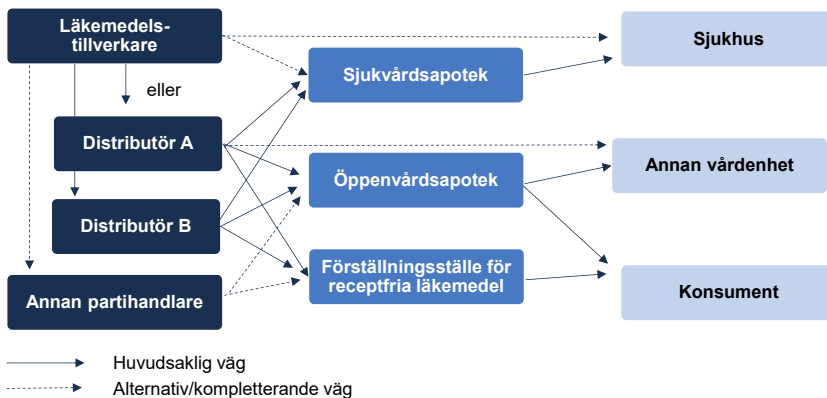
Anm.: Kostnaden för läkemedel inom förmånen inkluderar egenavgifter.

Källor: Socialstyrelsen (2021), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2021–2024* och Information från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets webbplats (besökt den 7 maj 2020).

9.1.1 Läkemedelsförsörjningen involverar många aktörer

Läkemedelsförsörjningen i Sverige involverar ett stort antal aktörer: tillverkare, distributörer, partihandlare, apotek eller andra försäljningsställen, regioner och kommuner. Figur 9.2 visar på komplexiteten i försörjningskedjan med många möjliga distributionsvägar och aktörer.

Figur 9.2 Övergripande beskrivning av läkemedelsförsörjningen



Källa: SOU 2021:19 s. 179.

Samverkan kring läkemedelsförsörjning sker både på nationell och internationell nivå. Den nationella samverkan omfattar regioner, kommuner, SKR, kommersiella företag och branschföreningar samt myndigheter, exempelvis Läkemedelsverket, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket och Socialstyrelsen. Den internationella samverkan omfattar även den europeiska regulatoriska myndigheten European Medicines Agency (EMA), andra länders läkemedelsmyndigheter samt internationella branschorganisationer.⁷³¹

9.2 Ökad efterfrågan på läkemedel under inledningen av pandemin

Under våren 2020 när pandemin bröt ut blev det tydligt hur sårbar läkemedelsförsörjningen är i Sverige, genom beroendet av global produktion och distribution av läkemedel. Under pandemins inledning ökade efterfrågan på läkemedel kraftigt på den globala marknaden. Många länder gjorde stora inköp samtidigt som exportrestriktioner infördes av vissa länder både inom och utanför EU.⁷³²

Oron hos befolkningen att det skulle uppstå brist på läkemedel resulterade i att många patienter hämtade ut mer än tre månaders

⁷³¹ Läkemedelsverket (2021), *Ökad samordning rörande tillgång till läkemedel av central betydelse under coronapandemin*.

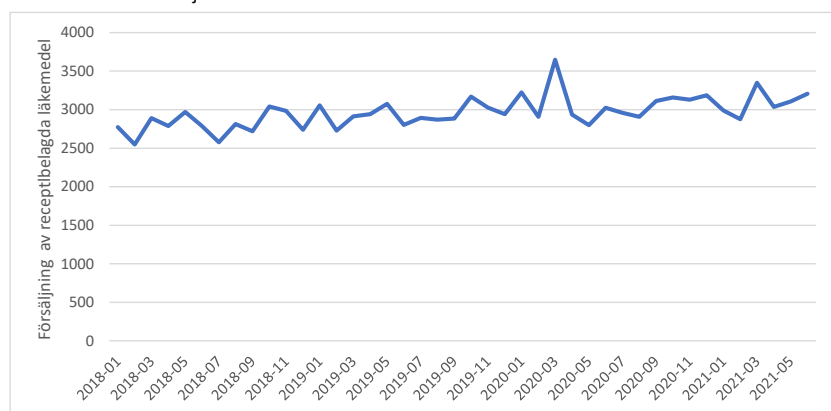
⁷³² SOU 2021:19 s. 159. Kommerskollegium (2020), *Covid-19 och den fria rörligheten*. Möte med SKR den 25 maj 2021.

förbrukning av receptbelagda läkemedel på apoteken. Från slutet av februari 2020 ökade uttagen på apoteken markant. Exempelvis ökade uttagen av läkemedel mot astma och hjärtkärl-sjukdom.⁷³³ Från mitten av april minskade sedan efterfrågan succesivt och sjönk tillbaka normala nivåer som är jämförbara med tidigare år, se figur 9.3. Figuren inkluderar både läkemedel med och utan förmån.

En faktor som bidrog till att bromsa efterfrågan var begränsningen av mängden läkemedel som fick hämtas ut på apotek. Vi återkommer till denna insats senare i kapitlet. För helåret 2020 ökade försäljningen av receptbelagda läkemedel med fem procent jämfört med 2019.

Figur 9.3 Försäljning av receptbelagda läkemedel

Miljoner kronor



Källa: E-hälsomyndigheten (2021).

På regionnivå finns mindre skillnader i utvecklingen av läkemedelsförsäljningen mellan 2019 och 2020. I samtliga regioner ökade försäljningen av förmånsläkemedel, som mest på Gotland, med 7 procent och som minst i Norrbotten med 2 procent.⁷³⁴

⁷³³ Socialstyrelsen (2020), *Effekter av covid-19 på läkemedelsanvändningen*.

⁷³⁴ Data från E-hälsomyndigheten bearbetad av Coronakommissionen.

Ökade uttag av läkemedel vid hjärtkärlsjukdom

För flera hjärt-kärl-läkemedel som används för behandling av högt blodtryck och andra hjärt-kärlrelaterade sjukdomar ökade uttagen under mars 2020, för att sedan minska mot slutet av april. Ökningen kan kopplas till en ökad kunskap hos befolkningen om vikten av blodtrycksbehandling. Högt blodtryck lyftes tidigt fram som en riskfaktor för att bli svårt sjuk i covid-19.⁷³⁵

Ökade uttag av läkemedel mot astma

Under början av pandemin gjordes även bedömningen att personer med astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) utgjorde särskilda riskgrupper för att bli allvarligt sjuka i covid-19. Vid infektion med andra virus som påverkar luftvägarna finns risk för att bli sämre om man samtidigt har en annan luftvägssjukdom. Beskedet från Folkhälsomyndigheten är numera att välbehandlad astma inte ger annat än marginellt ökad risk för allvarlig covid-19. Det är troligt att många patienter har tagit fasta på de ökade riskerna och varit särskilt följsamma till sin läkemedelsbehandling och behandlingsrekommendationerna. Socialstyrelsens analys av data från läkemedelsregistret visar på en ökning av uttag av astmaläkemedel från och med utbrottet av covid-19. Efter vecka 15 återgick uttagen till normala nivåer.⁷³⁶

Minskad uthämtning av antibiotika

Antalet recept på antibiotika i öppenvården minskade kraftigt under våren 2020. Minskningen finns i samtliga åldersgrupper, men är störst i gruppen 0–17 år. För helåret 2020 minskade antibiotikaförsäljningen med 9 procent. En av de viktigaste rekommendationerna under pandemin har varit att stanna hemma om man har symtom på luftvägsinfektion. Det finns enligt Socialstyrelsen flera faktorer som kan förklara nedgången. Dels har rekommendationer om fysisk distansering sannolikt lett till färre luftvägsinfektioner, dels har de fysiska besöken på vårdcentraler minskat, vilket inneburit en min-

⁷³⁵ Socialstyrelsen (2020), *Effekter av covid-19 på läkemedelsanvändningen*.

⁷³⁶ Socialstyrelsen (2020), *Effekter av covid-19 på läkemedelsanvändningen*.

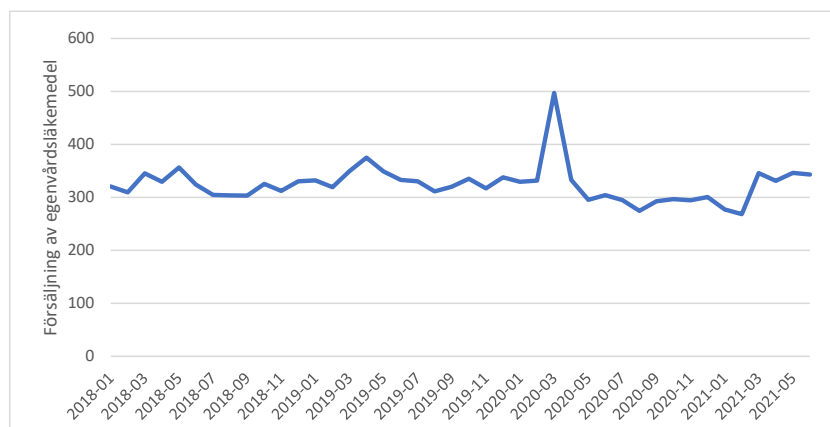
skad förskrivning av antibiotika.⁷³⁷ Samtidigt har de fysiska besöken delvis ersatts med digitala besök vilket vi återkommer till i kapitel 12.

Ökad försäljning av egenvårdsmedel

Försäljningen av receptfria läkemedel ökade våren 2020. Hamstringen av egenvårdsläkemedel avsåg framförallt värk- och febernedsättande läkemedel (se figur 9.4).⁷³⁸ Substanserna ibuprofen och paracetamol utgjorde den stora ökningen av egenvårdsläkemedel under februari till mars 2020. Det resulterade i tillfälliga restnoteringar för vissa produkter i vissa förpackningsstorlekar, men läkemedlen tog inte helt slut och det fanns alternativa förpackningar med samma substanser att tillgå.⁷³⁹

Figur 9.4 Försäljning av egenvårdsläkemedel

Miljoner kronor



Källa: E-hälsomyndigheten (2021).

Ökad försäljning av rekvisitionsläkemedel

För rekvisitionsläkemedel ökade försäljningen under mars 2020 jämfört med månaderna innan, se figur 9.5. Men över tid ses relativt stora skillnader från månad till månad, även före pandemin. Det är

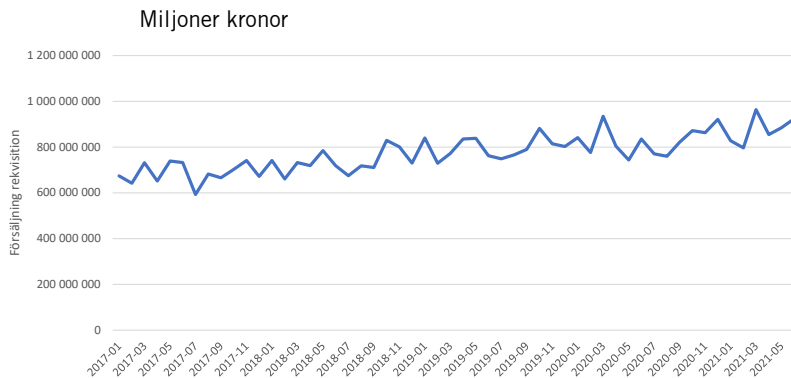
⁷³⁷ Socialstyrelsen (2020), *Effekter av covid-19 på läkemedelsanvändningen*.

⁷³⁸ Data från E-hälsomyndigheten bearbetad av Coronakommissionen.

⁷³⁹ Möte med Läkemedelsverket, den 7 juni 2021. Information från Läkemedelsverkets webbplats (besökt den 13 juli 2021).

också viktigt att poängtera att introduktionen av nya läkemedel och patentutgångar påverkar försäljningen av rekvisitionsläkemedel och att IVA-läkemedel utgör en relativt liten del av rekvisitionsläkemedel.

Figur 9.5 Försäljning av rekvisitionsläkemedel



Källa: E-hälsomyndigheten (2021).

För helåret 2020 ökade försäljningen av rekvisitionsläkemedel i Sverige med fyra procent jämfört med 2019. Även för rekvisitionsläkemedel finns vissa regionala skillnader i försäljningen. Försäljningsökningen var som störst i Norrbotten med en ökning på åtta procent.⁷⁴⁰ I Uppsala observeras en minskning på drygt två procent. Skillnader i utveckling mellan regionerna kan möjligen i viss mån spegla förändringar i hur patienter från andra delar av landet tas emot för utomlänsvård.

Inom sjukhusvården har olika kombinationer av läkemedel använts för att lindra allvarliga konsekvenser av covid-19. Remdesivir är ett virusbromsande läkemedel som godkändes under våren 2020 för behandling av covid-19. För behandling av de svårast sjuka har också ett antal andra läkemedel använts för att mildra konsekvenserna av sjukdomen, bl.a. blodproppsförebyggande behandling.⁷⁴¹ Tillgången till remdesivir i Sverige säkrades genom en donation från det tillverkande läkemedelsföretaget.⁷⁴²

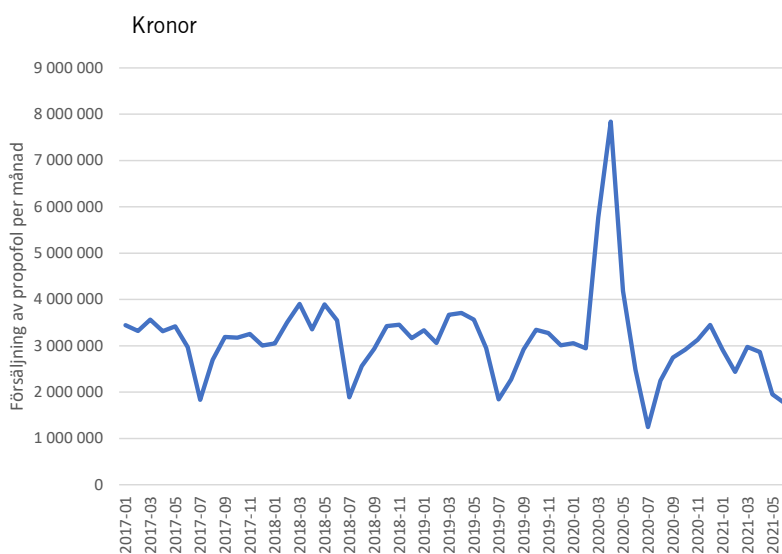
⁷⁴⁰ Data från E-hälsomyndigheten bearbetad av Coronakommissionen.

⁷⁴¹ Socialstyrelsen (2020), *Effekter av covid-19 på läkemedelsanvändningen*.

⁷⁴² Läkartidningen (2020), *Regioner får remdesivir från läkemedelsbolag*.

Läkemedlet propofol är ett narkosläkemedel, och det är ett av de läkemedel som regionerna har identifierat som särskilt viktigt vid behandling av covid-19.⁷⁴³ Från mars 2020 ökade användningen av propofol markant (se figur 9.6). Flera insatser initierades för att säkerställa tillgången till propofol, exempelvis inköp av propofol på licens eller inköp av propofol avsett för djursjukvården, ransoneringsringar samt insatser för att styra läkemedel till de verksamheter som hade störst behov.⁷⁴⁴ Även inköp av propofol från Norge har varit aktuellt under pandemin.⁷⁴⁵ Vi återkommer till dessa insatser senare i kapitlet.

Figur 9.6 Försäljning av propofol på rekvisition till slutenvården



Anm. 1: Data avseende region Dalarna saknas.

Anm. 2: Hur licensläkemedel rapporteras kan variera mellan regionerna vilket kan påverka det sammanräknade resultatet.

Källa: E-hälsomyndigheten (2021).

Hur upplevdes läkemedelssituationen i slutenvården av personalen?

En enkätundersökning till intensivvården bekräftar att den snabba ökningen av patienter inom intensivvården ledde till en mycket

⁷⁴³ Socialstyrelsen (2020), *Effekter av covid-19 på läkemedelsanvändningen*.

⁷⁴⁴ Möte med Läkemedelsverket, den 7 juni 2021. Information från Läkemedelsverkets webbplats (besökt den 24 september 2021).

⁷⁴⁵ Läkartidningen (2020), *Svenska regioner köper propofol från Norge*.

kraftig ökning av behovet av läkemedel som behövs vid all intensivvård. Detta gällde i stor utsträckning propofol. Verksamheterna uppger att de lyckades att optimera användningen av propofol relativt väl, men helt utan marginaler och i skuggan av en strikt begränsad användning till annat än de svårast covid-sjukas respiratorvård. Den ständigt hotande läkemedelsbristen beskrivs av många intensivvårdsenheter som en daglig stressfaktor under pandemins första våg.⁷⁴⁶

Infektionsklinikerna uppger i en enkätundersökning att de genomgående har haft god tillgång till de läkemedel som varit aktuella för covidbehandling. Enstaka kliniker nämner initial brist på remdesivir som dock snabbt löstes genom regional och nationell fördelning. Även tillgången av plasmaprodukter, monoklonala antikroppar och liknande, som använts i enstaka fall, förefaller ha varit tillfredställande.⁷⁴⁷

9.3 Ökning av restanmälda läkemedel både före och under inledningen av pandemin

En restsituation uppstår när läkemedelsföretag under en period inte kan leverera ett läkemedel så att tillgång möter efterfrågan. Åren närmast före pandemin ökade förekomsten av restnoteringar. Det finns flera förklaringar till detta, en är att det finns allt fler läkemedel på marknaden och att en större andel av dessa läkemedel är framtagna för behandling av förhållandevis små patientgrupper. Det finns också en stor prispress i produktionen samt i försörjnings- och distributionskedjan. Tillverkarna producerar inte mer än vad de kan sälja och regionerna och apoteken beställer inte mer än vad man gör av med. Många aktiva substanser produceras i ett relativt litet antal fabriker i främst Kina eller Indien. Försörjningskedjorna är sårbara och när centrala produktionsanläggningar får problem i sin tillverkning kan det påverka den globala tillgången till läkemedel, vilket gör systemet sårbart. En restsituation kan även bero på att ett läkemedelsföretag beslutar att upphöra tillhandahålla ett läkemedel.⁷⁴⁸

⁷⁴⁶ Bengt Gerdin, underlagsrapport (2021), *Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin*.

⁷⁴⁷ Åsa Hallgärde, underlagsrapport (2021), *Utvärdering av infektionsvårdens förmåga att hantera covid-19 pandemin*.

⁷⁴⁸ Information från Läkemedelsverkets webbplats (besökt den 30 augusti 2021). Möte med Läkemedelsverket, den 7 juni 2021. Regeringen (2019), *S2019/03518/FS (delvis)*.

Att det uppstår en restsituation behöver inte innebära att patienten blir utan läkemedel. Även om ett läkemedel är restanmält betyder det inte per automatik att det är en brist på läkemedlet. Andra förpackningar kan finnas i lager hos distributörer, apotek eller sjukhus. Patienten kan även få utbytbara alternativ eller andra förpackningsstorlekar eller en annan styrka eller beredningsform. Men i de fall läkemedel inte finns i Sverige och inga alternativ finns kan effekterna bli allvarliga för de patienter som drabbas.⁷⁴⁹ Enligt Läkemedelsverket är det vanligast med restsituationer bland äldre läkemedel eller för läkemedel med smala indikationer som inte används i så stor utsträckning.⁷⁵⁰ I augusti 2019 fick Läkemedelsverket i uppdrag av regeringen att se över formerna för den egna informationsspridningen om kritiska läkemedelsbrister, samt hur samarbetet mellan olika aktörer kunde bli bättre.⁷⁵¹ Frågan om tillgång till läkemedel och restnoteringar har även varit ett fokusområde för den nationella läkemedelsstrategin under flera år före pandemin.⁷⁵²

Restanmälningar ökade med 20 procent under 2020 jämfört med 2019

När en restsituation uppstår ska det företag som har försäljningstillstånd informera sjukvård och apotek. En restanmälan ska även göras till Läkemedelsverket. Läkemedelsverket sammanställer och publicerar uppgifter från läkemedelsföretagen om restnoterade läkemedel. En restanmälan kan innehålla flera styrkor och/eller förpackningsstorlekar av samma läkemedel.⁷⁵³

Under 2020 ökade både antal ärenden och förpackningar jämfört med 2019 med runt 20 procent. Särskilt under mars och april ses en tydlig ökning, se figur 9.7 som visar antal förpackningar som har restnoterats under 2019, 2020 och 2021.

⁷⁴⁹ Läkemedelsverket (2021), *Ökad samordning rörande tillgång till läkemedel av central betydelse under coronapandemin*.

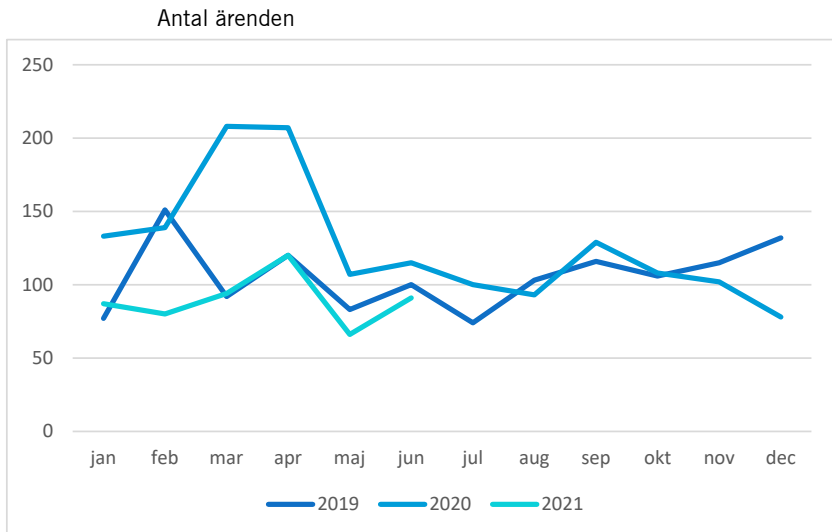
⁷⁵⁰ Möte med Läkemedelsverket, den 7 juni 2021.

⁷⁵¹ Regeringen (2019), S2019/03518/FS.

⁷⁵² Regeringen (2016), *Nationella läkemedelsstrategin 2016–2018*.

⁷⁵³ Information från Läkemedelsverkets webbplats (besökt den 30 augusti 2021).

Figur 9.7 Restanmälda läkemedelsförpackningar per månad från januari 2019 till och med juni 2021



Källa: Läkemedelsverket (2021), *Statistik om restsituationer*.

Enligt Läkemedelsverket kan den stora skillnaden mellan 2019 och 2020 bero på att under det första kvartalet 2020 fanns en ökad efterfrågan och hamstring. Jämförs däremot första kvartalet 2021 med motsvarande period 2020 ses en tydlig minskning av restanmälda läkemedel. Nedgången under 2021 kan enligt Läkemedelsverket bero på att aktörer inom sjuk- och hälsovården, läkemedelsindustrin, distributörer och myndigheter har arbetat för att förbättra läkemedelstillgängligheten.⁷⁵⁴ Samtidigt noterar vi att restnoteringarna under flera månader under 2021 motsvarar antal restnoteringar under 2019.

Även om restanmälningar har varit ett återkommande problem både före och delvis under pandemin så är andelen restanmälda läkemedel av det totala antalet tillgängliga läkemedel relativt liten. Den 31 mars 2020 var 4 procent av läkemedelsförpackningarna restnoterade. Den 12 juni 2021 var andelen restnoterade produkter 2,5 procent.⁷⁵⁵

⁷⁵⁴ Information från Läkemedelsverkets webbplats (besökt den 30 augusti 2021).

⁷⁵⁵ Läkemedelsverket, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 1 september 2021. Frågan går inte att besvara exakt då det saknas historiska data för om vilka förpackningar som fanns tillgängliga från dag till dag.

9.4 Insatser för att säkerställa tillgången till läkemedel

Ett flertal initiativ har tagits för att säkerställa tillgången till läkemedel. Vi beskriver de centrala insatserna nedan.

Begränsning i expediering av recept

Som beskrivs ovan fanns en oro hos befolkningen att läkemedel skulle ta slut under början av pandemin vilket ledde till en hamstringsvåg. För att undvika att en reell bristsituation skulle uppstå begränsades uttagen på apotek under mars 2020. Den 18 mars uppmanade Läkemedelsverket, efter samråd med apoteksbranschen, apoteken och andra aktörer att begränsa hur mycket läkemedel varje kund fick köpa. Därefter, den 19 mars, gick Sveriges Apoteksförening ut med information om att apoteken fick lämna ut receptbelagda läkemedel för som mest 90 dagars förbrukning. Dessutom krävdes att två tredjedelar av tiden som en expedierad mängd är tänkt att räcka ha gått innan patienten fick göra ett nytt uttag. Dessa regler gällde även tidigare för uttag av förmånsläkemedel men utvidgades till att även gälla köp utan förmån. Sedan tidigare fanns även en överenskommelse som innebär att en kund inte ska få köpa fler än tre förpackningar av paracetamol i tablettform vid ett köptillfälle.⁷⁵⁶

Den 1 april beslutade regeringen genom förordning att apoteken inte fick lämna ut en större mängd läkemedel än vad patienten behöver för en tremånadersperiod.⁷⁵⁷ Som framgår av statistiken ovan minskade efterfrågan av febernedsättande läkemedel och flera andra läkemedelsgrupper successivt under våren 2020.

Regeringsuppdrag till Läkemedelsverket under pandemin

Regeringen gav den 12 mars 2020 Läkemedelsverket i uppdrag att öka samordningen för att säkra tillgången till läkemedel som bedöms vara av central betydelse vid eventuella störningar till följd av spridning av det nya coronaviruset. Inom ramen för uppdraget har Läke-

⁷⁵⁶ Information från Svensk Apoteksförenings webbplats. *Apoteken inför vissa begränsningar vid försäljning (besökt den 30 augusti 2021)* Läkemedelsverket (2020). *Hemstället till Sverige Apotek och dess medlemmar*, den 18 mars 2020.

⁷⁵⁷ Förordning (2020:164) om ändring i förordningen (2009:659) om handel med läkemedel.

medelsverket bl.a. gjort sårbarhetsbedömningar samt haft dialog och samverkan med andra aktörer som är delaktiga i läkemedelsförsörjningen samt utvecklat informationen om bristsituationer.⁷⁵⁸

Den 7 juli 2020 fick Läkemedelsverket även i uppdrag av regeringen att ta fram en plan inför eventuella nya utbrott av covid-19. I sin redovisning konstaterade Läkemedelsverket att det fanns behov av exempelvis internationella insatser för att minska risken för handelsrestriktioner, system som visar nationell lägesbild för tillgång och efterfrågan på läkemedel samt tydliggörande av ansvarsfördelning för upphandling och inköp av medicintekniska produkter till hälso- och sjukvård och andra aktörer.⁷⁵⁹

Regeringen gav den 5 november 2020 Läkemedelsverket ett fortsatt uppdrag att stärka arbetet med att säkra tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter samt att utöka informationsinsatser och samverkan med anledning av covid-19.⁷⁶⁰

Läkemedelverket har under pandemin genomfört andra insatser för att öka tillgången till läkemedel. Ett exempel är utfärdande av dispenser och licenser, utformning av regelverk samt råd och rekommendationer kring förskrivning och användning.⁷⁶¹

Läkemedelverket har beviljat dispenser och deltagit i utvärdering av nya läkemedel och vaccin

Processen för att godkänna ett läkemedel kan ta tid och det har funnit behov av att utan fördröjning kunna använda nya läkemedel. För att snabba på denna process beviljade Läkemedelverket en så kallad beredskapslicens för läkemedlet remdesivir i mars 2020 innan det var godkänt av EMA. Dispenser har beviljats för flera andra läkemedel under pandemin.⁷⁶²

Läkemedelsverket har deltagit i EU-gemensamma utvärderingar av flera läkemedel för behandling av covid-19, t.ex. klorokinfosfat, remdesivir och dexametason. Läkemedelverket har också deltagit i vetenskapliga rådgivningar där företag kan diskutera planerade kli-

⁷⁵⁸ S2020/01466/FS (delvis).

⁷⁵⁹ (S2020/05824/FS).

⁷⁶⁰ (S2020/08096).

⁷⁶¹ Läkemedelverket (2020), *Ökad samordning rörande tillgång till läkemedel av central betydelse under coronapandemin*.

⁷⁶² Information från Läkemedelverkets webbplats (besökt den 5 september 2021).

niska studier samt så kallade rolling reviews (löpande utvärderingar) av flera vacciner mot covid-19.⁷⁶³

Regionerna inrättade gemensamma funktioner för koordinering, fördelning och inköp av läkemedel

Den 26 mars fick Socialstyrelsen regeringsuppdraget att på nationell nivå säkra tillgången till medicinteknisk utrustning m.m. Inom ramen för uppdraget skulle Socialstyrelsen vid behov ta initiativ till att på nationell nivå säkra tillgången till sådana läkemedel som kan användas i vården av patienter som insjuknat i covid-19. I detta låg att genomföra eller, om möjligt, samordna inköp samt förbereda och vid behov fatta beslut om fördelning.⁷⁶⁴ Enligt Socialstyrelsen fördes ingen dialog i särskild ordning med regeringen inför beslutet. Vid kontakt med Regeringskansliet sedan uppdraget beslutats framkom att bakgrunden var en bedömning att det fanns en risk för att det skulle kunna uppstå akut brist på vissa läkemedel inom intensivvården. Vid en sådan bristsituation skulle myndigheten kunna agera.⁷⁶⁵

SKR, regionerna och läkemedelsbranschen uppfattade inledningsvis att det var otydligt vilken roll som Socialstyrelsen skulle ha när det gällde inköpen av läkemedel. Regionerna och SKR såg behov av att ta egna initiativ till regiongemensamma inköp för att säkerställa tillräckliga volymer av läkemedel. Enskilda regioner bedömdes ha små chanser att kunna konkurrera på världsmarknaden. Den 1 april 2020 beslutade därför samtliga regiondirektörer att ge regionerna Skåne, Stockholm, Västra Götaland och Östergötland (Fyrlän) mandat att köpa in läkemedel för nationellt behov för att stärka läkemedelsförsörjningen. Målsättningen var att kunna tillgodose prognostiserad förbrukning i riket för att motverka brist på definierade läkemedel under covid-19 pandemin. En ny funktion, ”Nationellt kontrolltorn”, bildades vars uppdrag var att övervaka tillgången till läkemedel, prognostisera och omfördela läkemedel mellan olika delar av landet samt att ta emot erbjudanden om inköp. Kontrolltornet bemannades av personal från regionerna och SKR.⁷⁶⁶

⁷⁶³ Läkemedelsverket (2021), *Årsredovisning 2021*.

⁷⁶⁴ (S2020/02443/FS (delvis)).

⁷⁶⁵ Socialstyrelsen. *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 7 september 2021.

⁷⁶⁶ Möte med SKR, den 25 maj 2021.

Socialstyrelsen ställde sig bakom initiativet och har angett till kommissionen att de bedömde att gemensamma inköp av regionerna var den mest effektiva lösningen då den byggde på att de aktörer som enligt ansvarsprincipen normalt bedriver inköp och fördelning av läkemedel också skulle göra det under pandemin. Enligt Socialstyrelsen delade Regeringskansliet den bedömningen och förtydligade att uppdraget inte avsåg att Socialstyrelsen skulle upphandla stora volymer av läkemedel eller överta regionernas ansvar för läkemedelsförsörjningen.⁷⁶⁷

På den här punkten skiljer sig alltså hanteringen från skyddsutrustningsområdet där Socialstyrelsen byggde upp en inköpsorganisation för inköp av större kvantiteter.

Den 20 april 2020 utfärdade Socialstyrelsen, på begäran av Fyrlänsgruppen och regionerna, ett certifikat som styrkte att Fyrlänsgruppen hade mandat att köpa in läkemedel för att säkra hela landets behov. Certifikatet skulle även användas som stöd för regionernas kommunikation med företagen i samband med nationellt inköp och fördelning.⁷⁶⁸

Inköp av läkemedel till Nationellt läkemedelsförråd

Redan under mars 2020 påbörjades en dialog mellan de två stora distributörerna Tamro och Oriola, Fyrlän och SKR om inköp och lagerhållning av läkemedel. Det visade sig också att regionerna behövde ett partihandelstillstånd för att kunna köpa in läkemedel, något som Läkemedelsverket beviljade i april 2020. Under april togs utkast till avtal fram mellan distributörerna och Fyrlänsgruppen som slutligen undertecknades under i maj 2020. Parallellt började regionerna köpa in läkemedel till lagret, som fick beteckningen Nationella läkemedelsförrådet (NLF). Fokus för inköpen var läkemedel som används inom intensivvården.⁷⁶⁹

Viss förvirring uppstod inledningsvis hos läkemedelsföretagen kring inköpen till NLF, då Fyrlänsgruppen parallellt arbetade med att öka de ordinarie lagren av läkemedel. En annan utmaning som visade sig tidigt var svårigheter att skapa en enkel process för uttag

⁷⁶⁷ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 7 september 2021.

⁷⁶⁸ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021 och den 7 september 2021.

⁷⁶⁹ Möte med SKR den 25 maj 2021. Möte med Tamro den 15 juni 2021.

av läkemedel från förrådet. Pilotuttag gjordes under maj 2020 men uttagen krävde mycket manuell hantering från distributörerna då processen gick utanför de ordinarie systemen och det krävdes särskilda artikelnummer för de aktuella läkemedlen. Det resulterade i större kostnader för uttagen jämfört med de normala flödena. Under juni 2020 lyckades man göra de första ordinarie uttagen som omfattade en handfull artikelnummer och ett fåtal förpackningar i varje.⁷⁷⁰ Efter semestern 2020 genomfördes fler uttag från NLF och fram till september 2021 hade 15 uttag gjorts.⁷⁷¹ Förrådet har omfattat 147 varor (varunummer) och av dessa har 103 tagits ut. Det motsvarar 338 426 förpackningar. Ett beslut om och plan för avveckling av NLF har fattats av regionerna och inriktningen är sommaren 2021 att inga nya inköp av läkemedel görs.⁷⁷²

Innan pandemin var den vanligaste modellen att tillverkaren och vald distributör såg till att ha ett lager på 3–4 månader i distributörens lagerlokaler i Sverige och ute på apoteken finns generellt sett ett lager för ca 1 månad.⁷⁷³ Läkemedelsföretagen har även allokerat om läkemedel till den svenska marknaden. Tillgången till läkemedel i de befintliga lagren har, som nämnts ovan, också ökat parallellt.⁷⁷⁴ Under pandemin har läkemedelsförsörjningen till stor del därför kunnat skötas genom de ordinarie kanalerna och NLF fungerade som en buffert. Men givet utmaningarna i att göra uttag från NLF är en lärdom från flertalet aktörer som vi har intervjuat att inför kommande kriser bör beredskapslager och distribution i så stor utsträckning som möjligt skötas genom de ordinarie kanalerna.

Kontrolltornet och Läkemedelsverket har övervakat tillgången till läkemedel

Tidigt i april 2020 tog Nationellt kontrolltorn fram en lista med läkemedel av central betydelse för vård av covid-19-patienter. Listan togs fram i dialog med specialister inom hälso- och sjukvården. Läkemedelsverket använde listan som stöd för sina sårbarhetsbedömningar. Det kunde handla om läkemedel där det fanns risk för brist eller om alternativa läkemedel/förpackningar inte fanns att tillgå. Listan som

⁷⁷⁰ Möte med Tamro den 15 juni 2021.

⁷⁷¹ Möte med SKR den 25 maj 2021.

⁷⁷² SKR, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 7 september 2021.

⁷⁷³ *Sveriges Apoteksförenings remissvar över SOU 2020:23*, den 11 juni 2020.

⁷⁷⁴ Möte med LIF (De forskande läkemedelsföretagen) den 12 maj 2021.

Nationellt kontrolltorn tagit fram i mars/april användes som underlag för att bestämma vilka läkemedel som Läkemedelsverket skulle bevaka. Läkemedelsverket har även gjort fördjupade analyser av tillgången till läkemedel och restnoteringar och kompletterat med information om exempelvis beredningsformer.

Läkemedelsverket har under pandemin löpande informerat representanter från SKR och Kontrolltornet om restnoteringar och sårbarhetsbedömningar, när sekretess har medgett det. Kontrolltornet har haft en nära dialog med regionerna och professionen kring utbud och efterfrågan på läkemedel och byggde även sitt arbete på veckovisa lägesbilder baserat på information från Tamro och Oriola samt på prognoser från läkemedelsföretagen. Även apoteksbranschen har ökat sin uppföljning av försäljning på apoteken för att kunna flagga för briser. E-Hälsomyndigheten har under pandemin försett läkemedelsbranschens aktörer med försäljningsdata för att fånga upp försäljningsmönster som eventuellt kan leda till läkemedelsbrist.⁷⁷⁵

Kontrolltornet har koordinerat läkemedelsanvändningen nationellt

Baserat på lägesbilderna har Kontrolltornet styrt läkemedel till delar av landet där behoven inom intensivvården har varit som störst. Det gäller läkemedel som har hämtats ut från NFL men även andra läkemedel. Exempel är propofol och sterilt vatten där Kontrolltornet höll noggrann uppsikt över tillgång och behov i landet för att undvika överanvändning och för att säkerställa en effektiv och behovsstyrd fördelning i den bristsituation som rådde. Denna hantering har varit resurskrävande med ett stort inslag av manuell hantering. Även om den mest akuta bristen på läkemedel förekom under våren 2020 har Kontrolltornet fortsatt att koordinera och följa upp läkemedelsanvändningen nationellt under de senare faserna av pandemin. Kontrolltornet har även fungerat som en kontaktpunkt för läkemedelsbranschen och myndigheter för frågor som rör regionerna.⁷⁷⁶

LIF, Apoteksföreningen och Tamro framhåller att Kontrolltornet och Läkemedelsverket haft viktiga roller under pandemin och har bidragit till att undvika läkemedelsbrister.

⁷⁷⁵ Information från E-Hälsomyndighetens webbplats (besökt den 30 augusti 2020).

⁷⁷⁶ Möte med SKR den 25 maj 2021.

Avsaknad av nationellt logistiksystem försvårar möjligheter till överblicken över läkemedelsförsörjningen

Under pandemin har det blivit tydligt att det saknas ett nationellt system för uppföljning av tillgång och efterfrågan genom hela försörjningskedjan från tillverkare till lager till apotek. Utredningen om stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården (S 2018:09) har lagt ett förslag som syftar till att det ska införas ett system för att ta fram nationella lägesbilder över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter i Sverige. Enligt utredningens förslag ska partihandlare, öppenvårdsapotek, kommuner och regioner rapportera in uppgifter om lagernivåer till E-hälsomyndigheten, som ska vidareförmedla uppgifterna till Läkemedelsverket som är den aktör som tar fram lägesbilder.⁷⁷⁷

Socialstyrelsen har gjort kompletterande inköp av läkemedel

För att säkra tillgången nationellt av vissa läkemedel som varit svåra att upphandla på den internationella marknaden har Socialstyrelsen för Sveriges räkning medverkat i EU:s Joint Procurement Agreement (JPA) som upphandlar medicinska produkter mot gränsöverskridande hälsohot. Socialstyrelsen har ingått ramavtal som möjliggör avrop av läkemedel avsedda för behandling av covid-19-patienter baserat på de behov som anmälts av regionerna. Det rör sig om läkemedlen remdesivir, bamlanivimab, kasirivimab och imdemivab samt en kombinationsprodukt av bamlanivimab och etesevimab. Socialstyrelsen har kunnat leverera de volymer av dessa läkemedel som regionerna har efterfrågat.⁷⁷⁸

SKR och regionerna anser att Socialstyrelsens inköp genom JPA har varit ett viktigt bidrag för att säkra tillgången på vissa läkemedel som används vid behandling av covid-19. Det hade enligt SKR varit svårt att få tillgång till dessa läkemedel i normalflödet på annat sätt. Eftersom statsbidraget till regioner och kommuner för merkostnader med anledning av covid-19 var tidsbegränsat fanns för 2021 inga statliga garantier om ekonomisk ersättning. Därför bedömde regionerna att det hade varit en stor ekonomisk risk om de själva hade köpt

⁷⁷⁷ SOU 2021:19, s. 1157.

⁷⁷⁸ Socialstyrelsen, Svar på frågor från Coronakommissionen, den 7 september 2021.

in läkemedlen. Upphandlingen genom Socialstyrelsen sågs som en bättre lösning.⁷⁷⁹

Socialstyrelsen har tecknat särskilda avtal så att de läkemedel som Socialstyrelsen köper in ska finnas tillgängliga i ordinarie läkemedelsflöden genom ett så kallat konsignationslager. Denna lösning möjliggör för regionerna att beställa de läkemedel som Socialstyrelsen köper in utifrån regionernas ordinarie inköpsrutiner.⁷⁸⁰

Samverkan kring läkemedelsförsörjningen initierades tidigt under pandemin

Tidigt under pandemin – våren 2020 – startade MSB en inriktnings och samordningsfunktion (ISF) för nationell samverkan kring läkemedelsförsörjningen. När ISF:en var avslutad tog Läkemedelsverket över ansvaret för forumet som kallas aktörsgemensamt dialogmöte – läkemedelstillgänglighet. Syftet har varit att aktörer inom försörjningskedjan av läkemedel ska kunna utbyta information och uppnå en samlad lägesbild och möjlighet till proaktivitet. Forumet var inte beslutande, varje enskild aktör ansvarade för sitt respektive område. På mötena deltog representanter för olika aktörer och myndigheter inom läkemedelsförsörjningen dvs. tillverkare, läkemedelshandlare, distributörer, Apoteksföreningen, Läkemedelsverket, SKR, TLV, MSB, och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har även haft särskild dialog med Läkemedelsverket och SKR kring läkemedelsförsörjningen.⁷⁸¹

De intervjuer som kommissionen har gjort med branschorganisationer och myndigheter visar att samverkan mellan aktörerna har fungerat bra under pandemin. De anser att det har varit en styrka att det fanns upparbetade mötesfora redan före pandemin med fokus på läkemedelsförsörjning och restsituationer.

En otydlighet som nämnts är vilken roll Socialstyrelsen skulle ha när det gäller inköpen av läkemedel, om en nationell inköpscentral skulle inrättas för läkemedel på samma sätt som för skyddsutrustning och hur olika myndigheter skulle samverka. Enligt våra intervjuer klarnade ansvarsfördelningen successivt under våren 2020 när

⁷⁷⁹ SKR, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 7 september.

⁷⁸⁰ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021 samt den 7 september 2021.

⁷⁸¹ Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 7 september 2021.

Kontrolltornet bildades och Socialstyrelsens roll blev att göra kompletterande inköp. Socialstyrelsen har i svar till kommissionen framhållit att det finns behov av att tydligare definiera Socialstyrelsens roll inom läkemedelsområdet samt ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen, TLV och Läkemedelsverket.⁷⁸²

9.5 Summering

Under pandemin ökade efterfrågan på vissa läkemedel dramatiskt på grund av hamstring och för vissa intensivvårdsläkemedel har det funnits brister. Även restnoteringarna ökade tillfälligt under mars och april 2020. Men generellt sett har läkemedelstillgången i Sverige varit relativt god under pandemin och de allra flesta har fått tillgång till sina läkemedel.

Läkemedelsområdet skiljer sig på flera sätt från skyddsutrustningsområdet där brist uppstod under våren 2020.

Redan före pandemin fanns nationella initiativ kring läkemedelsbrister, de ordinarie lagren av läkemedel hos distributörerna och apoteken omfattade några månaders förbrukning och lagren växte successivt under pandemin.

Dessutom inrättade regionerna förhållandevis snabbt ett nationellt kontrolltorn som ansvarade för övervakning, gemensamma inköp samt fördelning av läkemedel till verksamheter med särskilt stora behov. Genom insatser från kontrolltornet och Läkemedelsverket inhämtades och sammanställdes en nationell bild över tillgång och efterfrågan på läkemedel i landet under pandemin.

Andra åtgärder handlade om begränsningar av mängden läkemedel som fick hämtas ut på apotek samt att Läkemedelsverket beviljade dispenser för användning av vissa läkemedel.

⁷⁸² Socialstyrelsen, *Svar på frågor från Coronakommissionen*, den 15 mars 2021.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialsolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.

80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S
81. En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. N.
82. Säkerhetsprövning av totalförsvarspiktiga. Fö.
83. Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. U.
84. Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. Ju.
85. Vägar till ett tryggare samhälle. Vol. 1 och 2. Ju.
86. ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. A.
87. Granskning av utländska direktinvesteringar. Ju.
88. Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. Ju.
89. Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd. Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. [86]

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto
– schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

En god kommunal hushållning.
+ Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]

En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet
– behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Säkerhetsprövning
av totalförsvarspflichtiga. [82]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift
rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamåls-
enlig användning av betrodda tjänster
i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal
handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten
i den offentliga förvaltningen. [62]

Regler för statliga elvägar. [73]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och
samhällskunskap för svenskt
medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskrafts-
invandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röst-
mottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag
– En ny lag om företagsrekonstruktion.
[12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse
för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer.
[15]

Bolags rörlighet över gränserna.
Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av
brottmålsdomar mot tredjelandsmed-
borgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer.
[27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lag-
föring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn.
[36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella
kränkningar. [43]

Snabbare lagföring
– ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Ett modernt belöningssystem,
de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. [84]

Vägar till ett tryggare samhälle.
Vol. 1 och 2. [85]

Granskning av utländska direktinvesteringar. [87]

Ett förbättrat system mot
arbetskraftsexploatering m.m. [xx]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar.
Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. [81]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans.
Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

- Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]
- En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. [69]
- Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]
- Börja med barnen!
Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]
- Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]
- Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. [89]

Utbildningsdepartementet

- Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]
- Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]
- Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]
- Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggt källmaterial. [32]
- En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]
- Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]
- Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]
- Högskoleprovets organisation och styrning. [72]
- Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. [83]



Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0255-6 ISSN 0375-250X

Ömslag: Elanders Sverige AB
Bild: z wei
Bildbearbetning: Agneta S Öberg