

Samverkan och förnyelse

EN SPANING ÖVER OMSTÄLLNINGEN I HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDEN UNDER FEM MÅNADER MED CORONA



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Sverige befinner sig nu i juni 2020 mitt i ett slags undantagstillstånd, orsakat av något som inte ens är synligt för ögat, ett virus. Det är en situation vi delar med resten av världen. Det har lett till en kris av sådan magnitud och med sådana ingripande konsekvenser att vi inte upplevt något liknande sedan världskrigens dagar.

Coronasmittan är en skrämmande och smärtsam erfarenhet. Men pandemier har drabbat mänskligheten förr. Historien är fylld av dramatiska hack i demografin till följd av farsoter. Vittnesmålen därom finns rikligt återgivna i konsten och litteraturen. Dessa pandemier har inte bara orsakat stor skada och lidande, de har haft makt att förändra tänkesätt och ordningar.

Krisen har inneburit – och innebär för en lång tid framöver – stora påfrestningar på vårt samhälle. Stora och dramatiska omställningar har behövt göras. Hälso- och sjukvårdens kapacitet har utgjort den balanspunkt mot vilken restriktioner och samhällsåtgärder har vägts. Det har handlat om att hålla smittspridningen på en sådan nivå i samhället att hälso- och sjukvården klarar av att ta emot alla som har behövt vård.

Den här skriften är en spaning. Vi står fortfarande mitt i krisen, men som en fyr som skickar sina ljuskäglor genom mörkret vill vi försöka beskriva och förstå det som dyker upp i blyxbelysningen. Skriften har utarbetats av sakkunniga inom SKR, med hjälp av företrädare för kommuner och regioner. Eftersom vi fortfarande befinner oss mitt i krisen har vi endast i begränsad utsträckning tillgång till data för att belägga de omställningar vi ser. Men det är en spaning, så låt så vara.

Stockholm, juni 2020.

Fredrik Lennartsson
Avdelningschef

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	5
Inledning	6
Urbilden	7
Förändringens anatomi	9
Ett system har ställt om.....	13
Hur ser förutsättningarna ut i hälso- och sjukvården?	13
Kapacitetsökningarna i hälso- och sjukvården under covid-19.....	15
Ett sammanhållet system kräver samordning	30
Reflektion - Ett robust system med hög plasticitet	34
Utvecklingssprången i hälso- och sjukvården.....	36
Omställningen till nära vård har fått en skjuts	36
Omställningen i psykiatri och arbetet för psykisk hälsa	43
Ett digitalt utvecklingssprång.....	45
Reflektion – Utvecklingsprång behöver idéer som trampoliner	49
Inget blir som vanligt igen.....	51
Skulder och pucklar	51
Förändringens pris?	54
Hälso- och sjukvårdens omställning en förutsättning i pandemin.....	55

Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård har genomgått en stor omställning under covid-19-pandemin. Den svenska pandemistrategin har gått ut på att hålla smittspridningen och sjukdomsutvecklingen på en sådan nivå att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte överskrids. Det handlar både om att rädda liv och att undvika att samhället lamslås och krisen fördjupas.

SKR menar att hälso- och sjukvårdens omställning har varit en förutsättning för den svenska strategin. Det har handlat om kapacitetsökning och anpassning till nya förutsättningar. Det har inte enbart rört ökade volymer av till exempel intensivvård. Det har också handlat om snabbt förändrad organisering, stärkt samverkan och samordning, förändrade arbetssätt och digitalisering. Omställningen har inneburit att hälso- och sjukvården både klarat av att vårda personer med covid-19 och bidragit till att dämpa de långsiktigt negativa hälsokonsekvenserna i befolkningen. De viktigaste framgångsfaktorerna i denna omställning är *samverkan* och *förnyelse*.

- Kapaciteten i intensivvården har fördubblats.
- Antalet vårdtillfällen i den planerade vården har minskat med 43 procent. Även den oplanerade vården har minskat med 26 procent.
- Antalet samtal till 1177 gick från 20 000 samtal per dag, till en topp i mitten av mars på 160 000 samtal på ett dygn.
- Digitaliseringen har tagit ett stort språng. Antalet digitala vårdmöten har på några veckor ökat dramatiskt, både inom primärvård och specialiserad vård.
- Andelen utskrivningsklara patienter i sjukhusvården har sedan januari i år sjunkit från 4 procent till 1,5 procent.

En del av denna omställning har inneburit att stora utvecklingssprång tagits i hälso- och sjukvården, där det mer har handlat om att tänka nytt än om att skala upp. Omställningen till Nära vård bedöms ha fått en skjuts och digitaliseringen har på allvar tagit fart. Den kommunala hälso- och sjukvården och psykiatrin har tagit utvecklingssteg och anpassat sig till situationen. Trots ett mycket ansträngt läge på grund av pandemin har – paradoxalt nog – vården tagit steg i den sedan tidigare utpekade utvecklingslinjen. Därmed verkar inte reformarbetet i hälso- och sjukvården ha avstannat, tvärtom.

- Användningen av mobila team och antalet hembesök från vårdens sida har ökat kraftigt.
- På kort tid har antalet medicinska vårdplaner upprättade av läkare ökat markant i äldreomsorgen.
- Öppenvårdspsykiatrin har ställt om till digitala lösningar för att upprätthålla verksamheten.
- Nya digitala tjänster har utvecklats eller breddinförts. Det handlar till exempel om bättre förutsättningar för patienter att mäta sina värden (egenmonitorering), självskattningstjänster och anamnesupptagning (sjukdomshistoria).

Inledning

Den här skriften är resultatet av en spaning. Sverige befinner sig mitt i en kris på grund av den pandemi som skakar världen och orsakar mycket stora påfrestningar för människor och samhälle. Likt en fyr som kastar ljuskäglor genom mörkret försöker vi här få syn på de förändringar som dyker upp i blyxtbelysningen. Förändringarna utgörs av de omställningar som har gjorts i hälso- och sjukvården till följd av covid-19-pandemin.

Vi vill försöka beskriva vilka omställningar som har gjorts och vad de kan tänkas innebära på kort och litet längre sikt. Det handlar om att fånga både sådant som är positivt och sådant som kan vara problematiskt i ett längre perspektiv. Skriften bygger på egna observationer och på de erfarenheter och kunskaper som kommuner och regioner förmedlar. Vi har också bett tre ledande chefer inom den regionala och kommunala hälso- och sjukvården att dela sina erfarenheter av pandemin med oss. I brist på data går det inte alltid att belägga eller generalisera om att förhållanden är giltiga i hela riket. Det är först senare i höst eller nästa år som det kommer att finnas data som kan ge en mer heltäckande bild över omställningarna inom hälso- och sjukvården i Sverige under år 2020. Parallellt har SKR tagit fram Hälso- och sjukvårdsrapporten som publicerades i juni, med fokus på läget och utvecklingen i sjukvårdssystemet före pandemin, baserat på 2019 års data. Arbete pågår även för att i början av hösten kunna beskriva utvecklingen och analysera läget i hälso- och sjukvårdssystemet med anledning av covid-19, baserat på data från 2020.

Omställningarna beskrivs utifrån två perspektiv. Det första handlar om de stora volymomställningarna på systemnivå, om förmågan att på kort tid ställa om, prioritera om och öka kapaciteten i en omfattning som hade varit svår att föreställa sig före pandemin. Det är ett i grunden robust system som på så kort tid kan ställa om verksamhet, personal och kompetens i den utsträckning som har skett.

Det andra perspektivet handlar om de utvecklingssteg som tagits på flera områden och på mycket kort tid. Vissa av dessa utvecklingssteg är så stora att de förtjänar att beskrivas som utvecklingssprång. Det rör sig om frågor som länge diskuterats och debatterats, omställningar som varit svåra att genomföra och politiskt prioritera, trots kunskap och medvetenhet om behoven. Pandemin har inneburit ett yttre tryck som gjort det möjligt att förverkliga förändringsambitionerna.

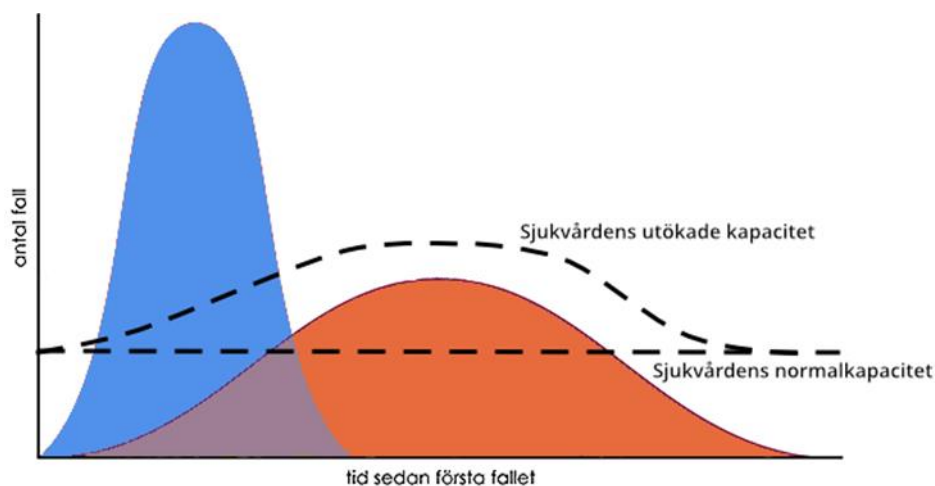
Den tredje delen är ett försiktigt framåtblickande. Vad har kostnaden varit för denna snabba omställning? Har förändringen gått för fort? Vad kan ha tappats på vägen? Och omvänt – hur ska hälso- och sjukvården kunna ta med sig kraften och energin i de positiva effekterna av omställningen, när systemet börjar ställas tillbaka till normalläge. Vad är det som väntar nu? Osäkerheterna är många, men ett tror vi är säkert – inget kommer att bli som vanligt igen.

Skriften gör anspråk på att vara en spaning, med de begränsningar det innebär. Det kan vara intressant att reflektera över vad forskning och teoribildning säger om organisering och förändring. Vilka logiker brukar vara styrande? Skriften inleds därför med en artikel av docent Johan Quist som spanar från sin horisont som forskare. Det här är vad han ser från sin utkikspost i fyren.

Urbilden

Alla är vid det här laget välbekanta med den bild som under våren har visats på Folkhälsomyndighetens presskonferenser där siffror över läget i världen och Sverige presenterats gällande insjuknade, döda, och vårdade i intensivvård. Bilden ser ut som ett diagram, men är en typiserad bild som ska illustrera den svenska coronastrategin där den ena axeln visar den tid som förflyter från det första smittfallet och den andra axeln antalet smittade. I den bilden ser man smittspridningen som två bullar – den ena smal och hög, den andra bred och låg. Rakt över bilden går linjen som betecknar sjukvårdens kapacitet. Poängen är att visa att den svenska strategin är att hålla ”smittbullen” under linjen för sjukvårdens kapacitet, ”platta till kurvan”. Den urbild som här används utgår från samma illustration, men i den konstanthålls inte sjukvårdskapaciteten. Vi vill här visa att sjukvårdens kapacitetshöjning är och har varit en förutsättning för den svenska strategin. Alla kan i den utläsa att om hälso- och sjukvårdens kapacitet legat fast på den (normala) nivå den låg på före pandemin, hade många människor inte kunnat få intensivvård eller andra avgörande vårdinsatser.

Figur 1: Typiserad bild av den Svenska coronastrategin



Källa: Folkhälsomyndigheten, bearbetning av SKR

Det är alltså den lilla hatten i bilden som vi här ska försöka fånga – skillnaden mellan sjukvårdens normala kapacitet och den utökade kapacitet som på kort tid har åstadkommit. Begreppet kapacitet ska inte endast förstås som volymökningar av till exempel intensivvård. Här utgår vi från kapacitetsökning i bredare bemärkelse, vilket även inbegriper förändrade arbetssätt, förhållnings-sätt och nya eller förändrade verksamheter.

Skriften tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvården som organisation och tjänsteproducent. Men vi ska också försöka peka på att detta självfallet har påverkat patienter och invånare som i många delar varit medskapare i denna omställning. Vidare omfattas alla former av hälso- och sjukvård, oavsett huvudman och organisationsform. Det betyder att även kommunal hälso- och sjukvård liksom offentligfinansierad sjukvård i privat regi ska fångas i vårt sökarljus.

Förändringens anatomi

- en organisationsteoretisk spaning i pandemins spår

av Johan Quist, docent i företagsekonomi och vice föreståndare vid Centrum för tjänsteforskning, Karlstads universitet

Förändring är vardagsmat för en organisationsteoretiker. Kunskapen om förändring är samtidigt rörlig materia och insikterna glider lätt mellan fingrarna. Sammanhanget, syftet och inblandade aktörer är exempel på faktorer som gärna leder till ett "det beror på". Organisationer är inte så mycket mer än människor med gemensamma ambitioner och vi ändrar inte alltid så lätt på oss. Ofta används ord som tröghet, motstånd och obenägenhet när en förändring ska beskrivas. Den förändring vi försöker fånga i denna rapport tycks dock vara av en annan art.

Det är skillnad på att uppleva något nytt och att uppleva något igen. För mig är det till exempel en avgörande skillnad att genomföra veckohandlingen i en mataffär där jag aldrig satt min fot och att gå till den vanliga butiken. Där jag brukar handla behöver jag inte tänka, medan det i en ny affär innebär en större ansträngning att komma ut med rätt matvaror i kassarna.

Ovanstående kan förklaras med att jag har en kognitiv ram, inom vilken jag byggt upp ett handlingsschema för matinköp. Redan när jag startar bilen kopplas detta schema på och hjälper mig dels att förstå de händelser jag ställs inför, dels att rekommendera lämpliga handlingsalternativ. Med hjälp av detta schema kan jag till exempel, en bit in i affären, upptäcka att jag saknar bröd i kundvagnen. Jag vet att jag alltid köper bröd och att det så här dags borde ligga i vagnen, eftersom jag vet att brödet är beläget strax innanför dörrarna i butiken. Vid upptäckten kan jag också snabbt konstatera vilket handlingsalternativ jag bör välja för att med minsta möjliga ansträngning säkerställa att jag trots allt kommer hem med bröd.

Socialpsykologen Karl Weick har med sina texter om kognitiv organisations-teori och meningsskapande bidragit med viktig kunskap till forskningen om organisering. Med Weicks glasögon är organisering den process där osäkerhet reduceras genom att bygga upp fasta kognitiva föreställningar för att guida handling. Att reducera osäkerhet är helt enkelt bekvämt för hjärnan. Rutinbeskrivningar, checklistor, mötesformer och beslutsordning är exempel på kollektiva referensramar som skapas inom organisationer för att möta behovet av struktur. De flesta av oss hade upplevt det som jobbigt att komma till en "ny" arbetsplats varje morgon, där allt ska konstrueras i farten.

Den pandemi som vi är mitt uppe i har på olika sätt fört med sig osäkerhet. Likt en lejonflock som jagar på savannen har sjukdomen i första hand angripit sjuka och svaga. Men också för starka och till synes friska lurar en ovisshet om

framtiden. Få av oss går obemärkta av denna oro. Det gäller oavsett om vi bygger vägar, arbetar i skola eller vårdar gamla och sjuka.

Risken för att själv smittas kan alltså ses som en bottenplatta för den osäkerhet som anställda inom regioner och kommuner har att hantera. Därutöver är det en sjukdom som vi fortsatt vet relativt litet om, vilket påverkar vårdens förutsättningar i grunden. När evidens för olika behandlingsmetoder saknas är det som att handla mat i en ny butik. Det finns inte mycket att falla tillbaka på och lärandet behöver uppstå parallellt med görandet.

Den omfattande omställning som tidigare i texten beskrivits som ”hatten” har bedrivits på delvis ny mark. Det har funnits få ledstänger att hålla sig i. Det gäller såväl för professionerna som för den som leder. Professionerna har tvingats till en ny vardag där mycket av det som egentligen skulle utföras får vänta. Många arbetar idag i nya lokaler, med nya kollegor och med arbetsuppgifter som skiljer sig från det normala. Personer i ledande ställning grubblar över bemanningen och undrar hur länge det hela ska pågå och om personalen kommer att orka. Därutöver finns en ständigt närvarande oro för de ekonomiska resurserna. Regionernas intäkter från kollektivtrafik och tandvård viker och det råder stor osäkerhet på finansmarknaderna. Både kommuner och regioner ser också minskande framtida skatteintäkter.

I valrörelsen inför 2014 års val anförde Socialdemokraterna ”låt proffsen vara proffs”. Det ledde sedermera till den statliga utredningen Tillitsdelegationen. Ett bärande argument i denna rörelse har varit att det professionella handlingsutrymmet varit kringskuret av föreskrivna arbetssätt, prestationsbaserade måttetal och administrativa bördor. För den som vill ändra något upplevs ofta strukturerna som rigida. Det finns många grindvakter i form av jurister, controllers och andra som mäter och bevakar sakernas rådande tillstånd.

En iakttagelse i samband med den aktuella omställningen är att det varit relativt enkelt att ändra på sådant som i vanliga fall upplevs som djupt rotat. Osäkerheten har paradoxalt nog inneburit att regler och föreskrifter lättare kunnat rundas. Det omtalade fältsjukhuset som snabbt byggdes upp inom Älvsjömassan saknade inledningsvis bygglov, vilket inte hindrade någon. På andra ställen i denna rapport beskrivs de påtagliga digitala språng som tagits utan att de vanliga invändningarna fått något utrymme att hindra. I flera texter som belyst omställningen har det beskrivits som att professionen återtagit kontrollen över verksamheten.

En viktig lärdom är alltså att det i kris går att förändra mer och snabbare än vad som annars varit möjligt. Tröghet, motstånd och obenägenhet intar inte sina vanliga platser. Osäkerheten som uppstår när vardagens ramar rämningar skapar utrymme för den som har förmåga att kraftsamla. Det är för tidigt att säga om den snabba takten orsakat brister och problem, vilka annars stoppats av de bevarande krafterna. Sådana iakttagelser flyter sannolikt upp till ytan vad det lider. Den fråga som ledare och andra bör brottas med är hur takten i förändringsarbetet kan bibehållas, under förutsättning att det är önskvärt. Men oavsett

svaret på den frågan kan vi hoppas att delar av den administrativa överbyggnad som hindrat professionen från att göra ett gott jobb kan rivas för gott.

Den ordning och reda som eftersöks skapas också av organisatoriska gränser. Genom att dela upp och avgränsa reduceras behovet av förhandling om vem eller vilka som ska utföra en viss aktivitet. Sådan funktionsindelning är en central ingrediens i den traditionella byråkratin. Enligt sociologen Max Weber präglas en byråkratisk organisation av tydliga professioner med speciell sakkunskap och regler som ordnats, såväl funktionellt (horisontellt) som hierarkiskt (vertikalt). Genom dessa linjer går det också att utkräva ansvar.

Risken med funktionstänkande anses vara att fokus på enskilda delar ofta suboptimerar helheten. Perspektivet lider av ett slags närsynthet som förhindrar att verksamheten betraktas i sitt större sammanhang, och det blir svårare att se den kedja av aktiviteter där den egna uppgiften ingår. Den funktionellt indelade enheten betraktar gärna aktiviteter som om de hade ett självändamål. En viktig organisationsteoretisk princip i sammanhanget är att behovet av samordning ökar i takt med den funktionella indelningen. Ju mer man delar upp desto större blir behovet av att samordna olika enheter.

En pandemi tar inte hänsyn till organisatoriska gränser. Den är ett för stort stycke för den funktionsindelade förvaltningen. Därmed prövar en pandemi vår förmåga att samordna. Känslan är att vi i vissa fall tycks ha klarat testet, men att vi på andra områden fallerat.

Inom flertalet av de stora sjukhusen har en imponerande och snabb omställning genomförts. Till exempel har antalet intensivvårdsplatser på kort tid dubblats. Stuprör och professionella revir har till synes överkommits. Samordningen mellan regionerna när det gäller tillfällig brist på platser tycks också ha fungerat genom solidaritet, transport och med understöd av Försvarmakten och Socialstyrelsen. Precis som inom sjukhusen brukar Regeringskansliet ofta kritiseras för stuprör, bevakning av territorier och bristande samordning. Jag har i flera studier intervjuat personer på olika departement och återkommande fått höra hur en kris svetsar samman. Energi som annars läggs på förhandling inom Regeringskansliet samlas samman och nya arenor för problemlösning skapas. Så också denna gång.

Ett annat gott exempel på samordning är Kraftens Hus i Västra Götaland. Här har man, helt utan koppling till den pågående pandemin och sedan flera år tillbaka, valt att låta hela den livssituation som råder för den som blivit sjuk i cancer vägleda samordningsbehoven. I detta exempel finns kanske nyckeln till att förstå samordning? Kraftens Hus utgör en aktörsneutral arena som i första hand är till för den som blivit sjuk. På samma sätt har man i de tre exemplen ovan lyckats att etablera aktörsneutrala arenor med fokus på att lösa en gemensam uppgift inom ramen för pandemin. Arenor som låg relativt nära att finna. Inom ramen för sjukhusen, i nätverk mellan regionerna samt inom Regeringskansliet.

Frågan är vilken roll som samordning, eller brister i densamma, haft på oförmågan att skydda äldre och sköra från smitta på särskilda boenden under pandemin. I detta fall går det inte utifrån att se någon tydlig arena där myndigheter, regioner, kommuner och privata aktörer har kunnat mötas för att hantera den gemensamt ägda situationen. Detsamma gäller andra områden som krävt en hög grad av samordning, till exempel svårigheten att etablera en robust testapparat samt möjligheten att förse alla som behöver med adekvat skyddsutrustning. En lärdom som skulle kunna appliceras på andra utmaningar, likt den om Nära vård, är den om behovet av gemensamma arenor för att hantera det gränsöverskridande.

Svårigheter med samordning finns alltid i en funktionsindelad offentlig förvaltning. Men det blir särskilt tydligt i en kris. Det går i pandemin att finna besvärande likheter med brister i samordning vid tidigare kriser. Jag minns med viss förfäran hur jag i rollen som god man fick följa mottagandet av tre ensamkommande ungdomar under hösten 2015 och framåt. Det går inte med bästa vilja att beskriva mottagandet som koordinerat. Överlämningar lyste ofta med sin frånvaro. De bristerna hade ett pris. Statsvetaren Bo Rothstein talar ofta om ansvarsutkrävandet som demokratins svarta hål. I den svenska förvaltningsmodellen kan alla peka på någon annan och ducka. I en kris är det alltid den som redan är utsatt som löper störst risk att råka illa ut. I den kris vi nu upplever är det gamla och sjuka som tagit den plats som de ensamkommande ungdomarna hade i den förra krisen. En fråga vi bör ställa oss är hur vi ska kunna undvika det vid nästa kris. Samordning är genuint svårt och den lär säkert brista igen. Men skulle det vara möjligt att bättre skydda den som är mest utsatt?

Läs gärna den fortsatta framställningen i denna rapport med min utblick från fyren i bakhuvudet. Samtidigt som den här våren är otäck och omskakande kan den också ses som ett klassrum för alla med intresse för organisering och förändring. Det finns fortsatt mycket att lära och du ser säkert andra saker än jag. Men minns att pandemin träffade ett system av aktörer som redan var hårt belastat. De människor som i olika professionella roller tagit och fortsatt tar ansvar i en högst osäker situation förtjänar vår uppskattning.

Ett system har ställt om

Hur ser förutsättningarna ut i hälso- och sjukvården?

För att beskriva och förstå de förändringar som på kort tid ägt rum i hälso- och sjukvården kan det vara intressant att beskriva utgångsläget, vilka förutsättningar hälso- och sjukvården har haft för denna omställning. Det finns mängder av sätt att se på och beskriva förutsättningar. Här nöjer vi oss med att beskriva några grundläggande aspekter gällande vårdproduktion, organisering, kompetensförsörjning och tillgång till data. Det kan sägas motsvara frågor om vad som är vår normalkapacitet, hur vi är organiserade, vilken kompetens vi har och hur vi skaffar oss kunskap om läget. I en kris handlar det om att väl känna till hur verksamheten ser ut i normalläget, att veta vilka kompetenser som finns tillgängliga och att kunna följa hur de förändrade behoven ser ut.

Sverige i internationell jämförelse

Den svenska hälso- och sjukvården håller hög kvalitet i internationella jämförelser. Sverige tillhör den grupp OECD-länder med de högsta resultaten vad gäller medicinska resultat, effektivitet och kvalitet. (Health at a Glance 2019, OECD). Vi lägger också mycket pengar på hälso- och sjukvården, där vi intar en tredjeplats i EU sett till utgifter per invånare och som andel av BNP. Att vi ligger högt beror på en omdefinition av sjukvården som gjordes 2015. Nu räknas även delar av äldre- och funktionshinderomsorgen in i definitionen av sjukvård och den är avsevärt mer utbyggd i Sverige än i andra OECD-länder. Sett till hur dessa pengar fördelas på olika delar av sjukvårdssystemet läggs en mindre del av pengarna på sluten vård och mer på öppenvård och långvarig vård och omsorg relativt genomsnittet i EU. Det är resultatet av en medveten strävan och en långsiktig trend i både Sverige och andra länder att förflytta vården från sjukhus till öppna vårdformer, vilket är möjligt tack vare medicinska framsteg som kortat vårdtiderna och gjort det möjligt att göra mer i öppen vård. Det är en process som alltjämt fortgår. Det kan gälla såväl traditionella besök på mottagningar som dagsjukvård för specialiserad vård. Det är med andra ord heldygnsvården som minskar, inte den specialiserade vården.

Organiseringen av hälso- och sjukvården

En annan viktig förutsättning utgörs av organiseringen av hälso- och sjukvården. Ansvaret är fördelat mellan stat, regioner och kommuner. Staten har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården och utövar det ansvaret genom lagstiftning och annan normgivning, statsbidrag, tillsyn och annan verksamhet hos statliga myndigheter. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är en målinriktad ramlag som anger övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Regioner och kommuner utformar sin verksamhet efter regionala och lokala behov och förutsättningar. Nästan all hälso- och sjukvård som konsumeras finansieras genom offentliga medel och

hushållens egenavgifter, men bedrivs i både offentlig och privat regi. Vi har alltså ett diversifierat system med ansvar på olika nivåer, flera huvudmän och olika driftsformer.

Primärvården är basen i den svenska hälso- och sjukvården. Primärvården består av över 1 000 vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar och andra typer av husläkar- och familjeläkarmottagningar. De flesta patienterna tas om hand i primärvården och får medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förbyggande åtgärder. Patienter som inte kan ta sig till vårdcentraler ges vård genom hemsjukvården. Bortsett från i Stockholms län, har kommunerna ansvar för hemsjukvården. Kommunerna har även ansvar för vård på särskilda boenden och för skolhälsovården. Vissa patienter som inte kan behandlas i primärvården remitteras till specialiserad vård.

Med ett diversifierat system krävs det, förutom olika former av regleringar och avtal, en väl fungerande samverkan för att systemet ska kunna leverera hälso- och sjukvård med goda resultat. Det är ett omfattande nät av beroenden och samverkansytor mellan de olika aktörerna i sjukvårdssystemet: mellan regioner och kommuner, regioner respektive kommuner sinsemellan, mellan regioner och statliga myndigheter och mellan regioner och privata utförare av hälso- och sjukvård. Olika strukturer och former av samverkan och samarbete har under åren bildats i landet, bland annat i så kallade sjukvårdsregioner. Ett uttryck för detta är arbetet med nivåstrukturering där den högspecialiserade vården koncentreras till olika platser i landet.

Till detta ska också läggas den pågående utvecklingen av regionernas gemensamma kunskapsstyrningssystem vars syfte är att se till att bästa tillgängliga kunskap finns till hands i mötet mellan sjukvården och patienten.

Sjukvården befinner sig allmänt i en omställning som kortfattat skulle kunna beskrivas som en centrifugal rörelse som spänner mellan att å ena sidan stärka den högspecialiserade vården till att å den andra stärka arbetet med nära vård och omsorg – spets och bredd. Ökad tillgänglighet, personcentrering, jämlikhet, kvalitet och kostnadseffektivitet är några av de centrala begreppen i omställningen.

Kompetensförsörjning

Hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs utgörs av personalen och den kompetens den besitter. I internationell jämförelse tillhör Sverige en grupp länder i EU som både har många läkare och många sjuksköterskor per capita. I Sverige går det 4,1 läkare på 1000 invånare, att jämföra med EU-snittet på 3,6 läkare. När det gäller sjuksköterskor är skillnaden ännu större: I Sverige har vi 10,9 sjuksköterskor per 1000 invånare att jämföra med EU-snittet på 8,5 sjuksköterskor. Det kan dock noteras att Sverige har färre allmänläkare än EU-snittet. (*State of Health in the EU*, European Commission, 2019)

Hälso- och sjukvården, liksom övriga delar av samhället, har sedan några år tillbaka stora utmaningar med kompetensförsörjningen. Demografiska

förändringar gör att hälso- och sjukvårdens arbetsgivare, enligt SKR:s rekryteringsrapport från 2018, behöver öka antalet anställda med drygt 4 000 personer per år under en tioårsperiod om inga förändringar i arbetssätt görs. Därutöver förväntas nästan 8 000 medarbetare gå i pension årligen under perioden. Därtill kommer den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna. Med tanke på omställningen av vården till en mer personcentrerad och nära vård, samtidigt som antalet och andelen äldre ökar kraftigt, kommer behovet av flera yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor, sjuksköterskor och arbetsterapeuter att öka även i kommunerna. Att antalet i arbetsför ålder ökar betydligt mindre än behoven av välfärdstjänster medför krav på effektivisering och andra sätt att arbeta än idag.

Tillgång till data

En tredje förutsättning handlar om tillgången på data. Svenskar är ett mätande och räknande folk, även på sjukvårdsområdet. Sverige har en stark tradition av att samla in data inom hälso- och sjukvården som öppet redovisas och jämförs. Det handlar om data från olika källor såsom hälsodataregister, regionernas vårddatalager och nationella kvalitetsregister. De svenska kvalitetsregistren, som innehåller individbaserade uppgifter, är en unik företeelse internationellt sett. De möjliggör lärande och förbättring, uppföljning av patienter och vårdkvalitet. De bidrar också till forskning och utgör underlag för ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Ett annat syfte är att åstadkomma transparens kring sjukvårdens kvalitet och effektivitet för demokratisk insyn och för olika former av ansvarsutkrävande.

Kapacitetsökningarna i hälso- och sjukvården under covid-19

De faktorer som ovan beskrivits som utgångspunkter eller förutsättningar för hälso- och sjukvården var de som rådde i den stund corona-pandemin slog till och hälso- och sjukvården behövde ställa om för att svara mot de ändrade vårdbehoven. En grundläggande förutsättning för hälso- och sjukvården att hantera en kris är hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om att *den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården* (3 kap. 1 §). Denna doktrin gör det möjligt att prioritera om vårdresurserna och bereda plats för patienter sjuka i covid-19. Utan den hade omställningen inte varit möjlig. Det kan jämföras med socialtjänstlagen (2001:453) som helt saknar motsvarande prioriteringsmöjlighet. Samma regler och krav gäller, vare sig det är kris eller inte.

Spridningen av det nya coronaviruset och sjukdomen covid-19 har ställt hälso- och sjukvården inför helt nya utmaningar. De har inneburit:

- omdirigering och omprioritering av personal, vård och andra resurser
- personalbortfall på grund av sjukskrivning
- rekrytering, inlån, omställning och snabbutbildning av personal
- dramatiskt ökat behov av intensivvård och vårdplatser
- begränsning av fysiska kontakter på grund av smittspridning

- avsevärt större behov av skyddsutrustning och vissa läkemedel
- behov av stärkt samverkan och samordning över organisations- och huvudmannagränser
- ökat behov av en sammanhållen intern och extern kommunikation för att minska smittspridning, skydda personer i riskgrupper och minska oron hos både invånare och medarbetare.

Trots, eller kanske tack vare, att sjukvården redan befinner sig i en omställning och under ett pågående förändringstryck har den klarat av att ställa om och öka sin kapacitet i en utsträckning som hade varit svår att föreställa sig före pandemin. Det tyder på att hälso- och sjukvården i grunden är ett robust system med hög beredskap och anpassningsförmåga som klarar stora påfrestningar.

Vårddata är en strategisk resurs i krishantering

Tidigt i krisen blev det uppenbart att data är en strategisk resurs. Det handlar både om underlag för att på ledningsnivå och i olika delar av systemet kunna hantera ett akut, operativt läge men även för att följa det som händer i vårdssystemet. Vidare bidrar vårddata med näring till framåtblickande analyser i form av prognoser och prediktioner. Tillgång till nationellt gemensam data är av stor vikt för att skapa en sammanhållen bild och ändamålsenliga jämförelser.

Det faktum att systemet har tillgång till kvalitetsregister och annan form av vårddata har varit en stor tillgång i pandemin. De uppgifter som till exempel Svenska intensivvårdsregistret har kunnat bidra med har varit avgörande för att skapa en gemensam bild av intensivvårdskapaciteten (IVA) vad gäller belastningsgrad och data kring IVA-vårdade patienter. Mer om det senare.

Data som speglar skeenden i vårdssystemet

Under pandemins gång finns det behov av att följa olika skeenden och effekter för vårdssystemet. Tillgång till data kan bidra till att förbättra planeringen och ge underlag för beslut baserade på fakta och prognoser. Det kan handla om data som underlag i bedömningen av var behoven av sjukvård väntas öka i olika faser av pandemin, hur vårdsökmönstren förändras i befolkningen, hur den ”vanliga” vården påverkas, vilka undanträngningar som sker och sist, men inte minst, konsekvenserna av den uppskjutna vården.

När det gäller att bedöma var behoven kan komma att öka har befintlig data i bland annat kvalitetsregistren, i kombination med observationer och erfarenheter i vården av covid-19-patienter, bidragit till analyser om att en rehabiliteringspuckel är att vänta i pandemins spår. Information om antalet vårdade och vårdtider på IVA i kombination med erfarenheterna från vården av dessa patienter har kunnat ge indikationer på hur behovet av rehabilitering kommer att öka.

Ett exempel på påverkan på den ”vanliga” vården är till exempel möjligheten att följa utvecklingen av genomförda planerade operationer via operationsregistret,

SPOR. Uppgifter om antalet genomförda planerade operationer har kunnat publiceras varje vecka.

När det gäller vårdsökmönster i befolkningen har även här en kombination av data från kvalitetsregister och erfarenheter i vården kunnat belysa ett skeende. Ett exempel är från akutmottagningsverksamheten där man uppmärksammade att det under en period hade varit färre som sökt för stroke och hjärtinfarkt, något som man även kunnat följa i till exempel kvalitetsregistren Riksstroke och SWEDEHEART. Dessa observationer har lett till att det har gjorts gemensamma analyser mellan regionerna och genom medierna har befolkningen uppmunats att fortfarande söka akut vård för symtom som man i vanliga fall skulle söka för, exempelvis hjärtsymtom.

Befintliga datakällor kan i stora delar hjälpa till att bevaka undanträngningar och andra typer av effekter på hälso- och sjukvården till följd av pandemin. För planeringen på lite längre sikt är det även viktigt att kunna fånga hur mycket vård som har skjutits upp till följd av pandemin. Analyser kring den uppskjutna vården görs just nu regionalt och utifrån det kan en nationell överblick skapas.

En utmaning i arbetet med krisen är att mycket av den data som myndigheterna, främst Socialstyrelsen, samlar in från regionerna inte återkopplas till de som lämnat data. De nationella lägesbilder som skapas kan därmed inte nyttjas i det operativa arbetet på regional nivå.

Data som ett verktyg i ledning och styrning

I hanteringen av pandemin är prognoser och olika former av modelleringar viktiga verktyg. Folkhälsomyndigheten och regionerna påbörjade tidigt ett sådant arbete och successivt har prognostiseringar gjorts gällande bland annat smittspridning, behov av slutenvård, IVA-vård, rehabilitering, etc. Att använda data från andra länder och applicera det i en svensk kontext är vidhäftat med ett antal svårigheter om syftet är att göra rimliga antaganden. Men ju mer data baserade på svenska förhållanden som matas in i systemen, ju högre kvalitet och träffsäkerhet i modellerna.

Tillgången till kvalitetssäkrad och tillförlitlig data har således stor betydelse i en kris av det slag vi går igenom. Så även resurser i form av statistiker, datamanagers, analytiker och experter som kan tolka data. Vi har goda förutsättningar i Sverige, men under pågående pandemi har även bristerna kommit i dagen. Det har till exempel varit svårt att fånga patienternas hela vårdförlopp, vilka läkemedel de har fått och vilka effekterna varit av behandlingarna. Generellt finns det ett behov av att utveckla ett mer sammanhållet uppföljningssystem och möjliggöra mer snabbfotade och avancerade analyser. För det krävs bland annat investeringar i nationell gemensam infrastruktur, mer samordnad IT-styrning, intensifierat arbete kring standardiserad vårddokumentation och ändamålsenlig lagstiftning.

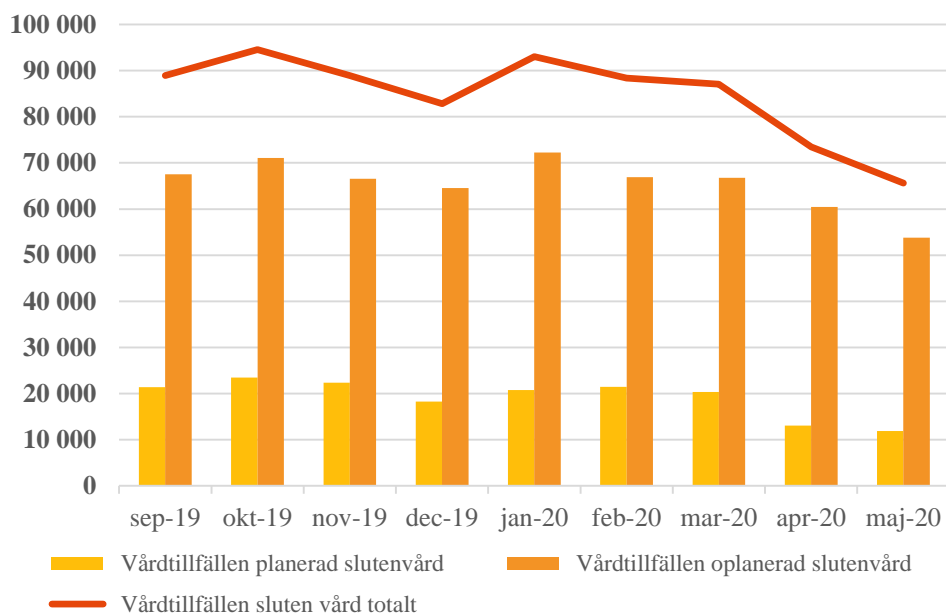
Omställningen av resurser för att klara kapacitetsökningen

De stora förändringarna i sjukvårdskonsumtionen under den här våren har dels varit drivna av att människor inte har sökt vård i samma utsträckning som tidigare, dels drivna av behovet av omställningar för att tillgodose vård för covid-19. När det konstaterades att det fanns en samhällsspridning av coronaviruset och Folkhälsomyndigheten meddelade rekommendationer om social distansering och hemarbete, var det många som valde att inte söka vård. I den digitala tjänsten Webbtidbokning som erbjuder möjligheter att boka tid i vården, noterades en kraftig minskning av antalet bokningar i mars och april. Detsamma gäller antalet inrapporterade vårdkontakter i primärvården som sjönk kraftigt i mars och april. Antalet fysiska besök vid vårdcentraler minskade från ungefär 1,9 miljoner i januari till knappt 1,1 miljoner i april 2020. (*Hur covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider*, Socialstyrelsen 2020)

Men den stora omställningen av resurser har varit drivet av att kunna ta hand om tillströmningen av patienter sjuka i covid-19. Det gjordes snabbt i inledningsskedet av pandemin. På sjukhusen ställdes vårdenheter om för att kunna ta emot covid-patienter, elektiv vård, såsom planerad kirurgi och screening, ställdes in för att frigöra resurser till annan kritisk verksamhet. Operationer som inte kan vänta har genomförts med hjälp av nya arbetssätt eller genom samarbeten med andra sjukhus eller privata aktörer. Operationer har flyttats till andra enheter och genomförts vid andra tider, exempelvis under helger.

Ett sätt att mäta omställningen är att titta på antal vårdtillfällen i slutenvården. I datainsamlingen delas det upp i planerade och oplanerade vårdtillfällen. *Planerade* vårdtillfällen motsvarar nästan uteslutande planerade operationer. *Oplanerade* vårdtillfällen i slutenvården utgör akuta vårdinsatser med en betydligt bredare palett av vårdinsatser. Det kan handla om allt ifrån patienter med olika smärt- eller sjukdomstillstånd som får stanna kvar på sjukhus för observation till akuta operationer eller intensivvård.

Figur 2: Konsumtion av slutenvård, planerad och oplanerad avslutade vårdtillfällen september 2019 - maj 2020 (uppgifter saknas från Västra Götalands- och Skaraborgsregionerna)



Källa: SKR:s Vårdtillfällesdatabas. Data från Västra Götaland och Kronoberg saknas.

Statistiken visar att antalet vårdtillfällen i slutenvården under våren 2020 har minskat i en sällan skådad utsträckning. Antalet i den *planerade vården* har minskat med 43 procent. Det speglar att det är många planerade operationer som har ställts in, vilket bidrar till mängden uppskjuten vård. Det är begripligt i ljuset av att hälso- och sjukvården har behövt ställa om resurserna till akut- och intensivvård.

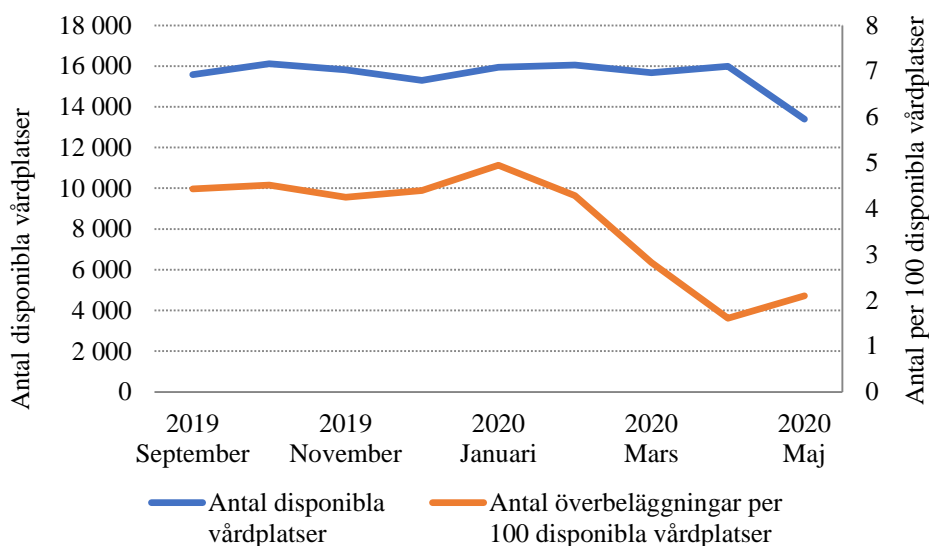
Men det visar sig att även den *oplanerade vården* har minskat med 26 procent, vilket kan te sig förvånande med tanke på att volymerna i intensivvården har ökat så dramatiskt. Det kräver djupare analyser för att förstå vad som ligger bakom, men det är troligen en spegling av att besök till både primärvård och akutmottagningar har minskat. Människor har under coronapandemin avhållit sig från att söka vård för tillstånd de annars skulle ha sökt vård för.

Ett mönster i minskningen av den oplanerade vården är att minskningen är störst bland de allra äldsta och bland dessa är minskningen betydligt större för kvinnor än för män. Det har skett under den period då vården ställt om från planerad till oplanerad vård och många människor har skrivits in i slutenvården med en helt ny sjukdom. Man kan undra vad som har hänt med alla patienter med andra sjukdomar? Det kräver djupare analyser.

Sett till antalet disponibla vårdplatser i den somatiska vården, ligger det ganska konstant runt 16 000, så även under coronapandemin. Det speglar också omställningen – att vården har ställts om och vårdplatserna har disponerats till att kunna ta emot covid-19-patienter. Från januari syns ett stort fall i antalet

överbeläggningar, vilket även det förklaras av omdisponeringen och av att patienter inte söker vård i den utsträckning de gjorde före pandemin.

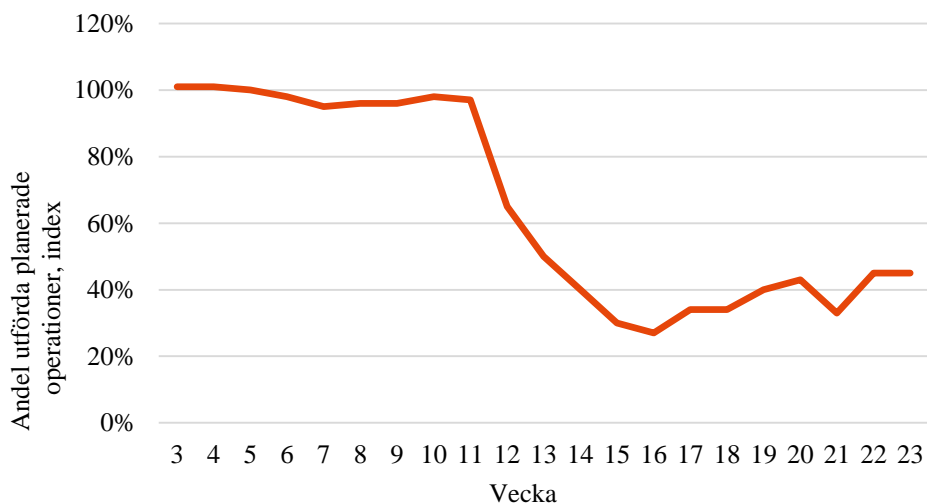
Figur 3: Antal disponibla vårdplatser, överbeläggningar och utlokaliseringar i somatisk vård



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Regioner

Ett tredje sätt att illustrera omställningen är hur många planerade operationer som har genomförts under de senaste månaderna och jämföra det med det genomsnittligt antal operationer som brukar genomföras vid samma tid.

Figur 4: Andelen planerade operationer som faktiskt genomförs en särskild vecka, jämfört med antalet operationer en normalvecka*. Normalveckan ges index 100.



*Normalvecka=Hur många operationer som i genomsnitt genomfördes per vecka under veckorna tre-sex år 2020.

Källa: Svenskt Perioperativt Register (SPOR)

Den dramatiska minskningen från vecka 11 speglar tydligt hur hälso- och sjukvården gick in i krisläge. Veckan efter meddelade Folkhälsomyndigheten restriktionerna. Som lägst var det i mitten av april, då genomfördes endast cirka 25 procent av de planerade operationerna. Antalet utförda operationer har också begränsats av brister i tillgången till läkemedel för sövning, framför allt läkemedlet Propofol, som under en period behövde ransoneras för att räcka till i intensivvården. Diagrammet visar också hur hälso- och sjukvården från slutet av maj börjar genomföra fler planerade operationer.

SKR har i sin Ekonomirapport som publicerades i maj 2020 beskrivit de mycket osäkra och svårbedömda effekterna av pandemin på regionernas redan ansträngda ekonomi. Ännu är det omöjligt att summera de ekonomiska effekterna av pandemin för regionerna. Regeringen har hittills avsatt 5 miljarder kronor som regionerna kan söka som kompensation för skäliga merkostnader inom hälso- och sjukvården och omsorgen. Preliminära beräkningar visar att det troligen inte kommer att räcka. Vid sidan av merkostnaderna, förlorar också regionerna pengar på uteblivna intäkter, däribland från kollektivtrafiken, tandvården och kulturen. Regeringen har avsatt 3 miljarder kronor för kollektivtrafiken och 150 miljoner kronor till kultursamverkansmodellen.

Den extraordinära situationen har lett till extraordinära lösningar. Den stora bristen på skyddsutrustning och intensivvårdsmaterial i hela världen har inneburit att regionerna har behövt konkurrera på samma marknad som världens stora länder. Därför inleddes ett regiongemensamt samarbete även inom detta område. Genom ett tätt samarbete, kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan regionerna har större gemensamma inköp av skyddsutrustning möjliggjorts. Regionerna har också kunnat köpa och sälja till varandra när det har uppstått bristsituationer och därmed omfördelat material sinsemellan. Ett exempel är att Region Skåne för regionernas räkning hållit samman en gemensam order på motsvarande 900 000 andningsmasker av den typ som används vid intensivvård. Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) är också delaktiga i arbetet för att förbättra möjligheterna att få tillräckligt stora leveranser av skyddsutrustning. Samverkan sker kring gemensamma ordrar, logistik, testning och inhemsk produktion. SKL Kommentus har på uppdrag av SKR, ingått ett ramavtal om inköp, lagring och distribution av munskydd, visir, förkläden, handskar, handdesinfektion och ytdesinfektion som kan beställas av kommuner.

För att hushålla med skyddsmaterial och begränsa smittspridning har tandvården ställts om i flera regioner för att fokusera på akut tandvård. För personer i riskgrupper har tandvården i många fall helt ställts in. Personal i tandvården har i flera fall utbildats för att bidra i vården av personer med covid-19.

För att underlätta tillgängligheten till hälso- och sjukvården för patienter som behöver vård av andra orsaker än covid-19, har regionerna anpassat regelverk och avtal med privata utförare. Dessa anpassningar har genomförts dels för att underlätta nya vårdlösningar, dels för att kapaciteten i hela hälso- och sjukvården ska kunna nyttjas. Det finns också exempel på regioner som vidtagit åtgärder för att mildra de ekonomiska effekterna av en minskad efterfrågan på

öppenvård, till exempel genom tillfälliga förändringar från rörlig prestationsbaserad ersättning till fast ersättning.

Omställningen i den kommunala hälso- och sjukvården har i stor utsträckning handlat om att ”tänka nytt” snarare än att ”skala upp”. Men även kommunerna har behövt göra resursomställningar för att klara covid-19-situationen, vilket bland annat varit framdrivet av bristen på personal. En av våra intervjupersoner berättar att de i kommunen under en period hade en sjukfrånvaro som tangerade 50 procent, på grund av att alla med minsta tecken på förkylningssymptom höll sig hemma. Det är svårt att upprätthålla verksamhet med så få personer. Resursomställningar i kommunerna har till exempel handlat om att stänga dagverksamhet inom äldre- och funktionshinderomsorgen för att kunna frigöra personal och minska risken för smittspridning. Inom boenden har man behövt prioritera ner vissa uppgifter, såsom städning och inte nödvändig tvätt. Man har också inrättat så kallad kohortvård för att hålla smittade personer separerade från de som inte smittats. En effektiv, men ofta personalkrävande åtgärd.

Intensivvården

Intensivvården har stått i centrum för uppmärksamheten genom att myndigheterna på presskonferenserna redovisar hur många patienter som intensivvårdas för covid-19 och hur kapaciteten ser ut beträffande tillgängliga platser. Ett av skälen till att siffrorna redovisats dagligen är att antalet patienter som intensivvårdas ger en bättre indikation på utvecklingen av smittan i landet än vad antalet smittade gör, eftersom beräkningar av antalet smittade är beroende av hur många i samhället som testas. Antalet intensivvårdade påverkas inte av det.

Möjligheten att kunna presentera så detaljerad och dagsaktuell statistik förutsätter att det finns tillförlitliga system som samlar in uppgifter från hälso- och sjukvården. Även den verksamheten har ställts om och utvecklats under pandemin.

Intensivvårdsregistret, SIR

Det svenska intensivvårdsregistret har funnits sedan 2001. Uppgifter i registret utgör en del av det underlag som behövs för att bedöma behovet av till exempel utökning av kapacitet, koordinering över landet och prognoser. Utifrån registret och det landsomfattande nätverk av kompetens som finns knutet till registret har man kunnat öka frekvensen i inrapportering och kunnat lägga till nya variabler i registret under krisen. De här möjligheterna har varit mycket betydelsefulla i hanteringen av den akuta fasen av pandemin, såväl nationellt som regionalt och lokalt.

I SIR finns, utöver en mängd uppgifter om ordinarie intensivvård, uppgifter om förekomsten av influensa A (t.ex. svininfluensan) och influensa B hos patienter som får intensivvård. Sedan åtta år tillbaka samlas denna data in och delas med Folkhälsomyndigheten. När det till IVA-avdelningar kommer in patienter som faller in under kriterierna, går information löpande och automatiskt till

Folkhälsomyndigheten. Denna uppföljning görs året runt. Under vanliga förhållanden redovisas uppdaterad data från landets intensivvårdsavdelningar på kvalitetsregistret SIR:s utdataportal en gång per vecka.

När pandemin slog till ställde registret och landets IVA-avdelningar snabbt om och har genom en uppdaterad datalösning dagligen kunnat hämta in detaljerad data om covid-19 från IVA-avdelningarna enligt samma modell som för influensa. Varje dag före klockan 11.00 rapporterar intensivvårdsavdelningarna in data till registret. Senast klockan 13.00 finns statistiken tillgänglig på utdataportalen och klockan 14.00 har siffrorna kunnat presenteras på myndigheternas presskonferens.

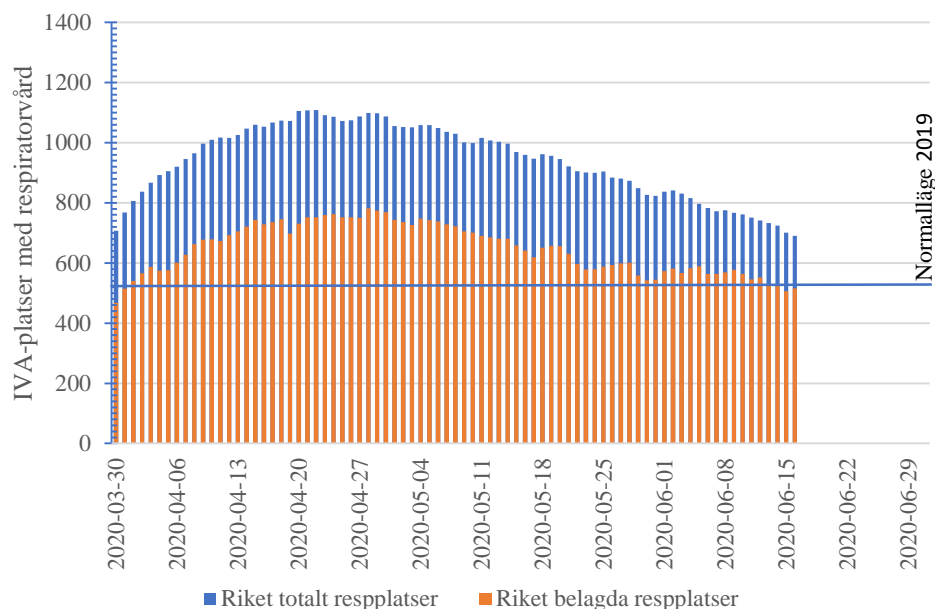
Utöver att SIR:s data har haft avgörande betydelse för att dagligen kunna bedöma kapaciteten och göra prognoser, har även dess data betydelse för statistik över till exempel hur länge patienter ligger på sjukhus efter intensivvårdsbehandling och hur det går för dem. SIR har aldrig förr tagit emot så många forskningsansökningar som nu som gäller förfrågningar från forskare som vill samköra data för andra patientgrupper och från andra kvalitetsregister. Registret kommer att utgöra en mycket värdefull resurs när den svenska hanteringen av covid-19-pandemin ska följas upp.

Kapacitetsökningen i intensivvården

Diagrammet nedan är ett av de som allra tydligast illustrerar omställningen i hälso- och sjukvården den här våren. Det visar utbyggnaden av kapaciteten i intensivvården och antalet vårdade patienter inom IVA från slutet av mars till början av juni. Av diagrammet framgår att normalkapaciteten ligger på cirka 500 platser inom intensivvården på svenska sjukhus. Det är tydligt att antalet patienter i behov av intensivvård under den här perioden har överskridit sjukvårdens kapacitet – om ingen omställning hade gjorts. Men diagrammet visar också att sjukvårdens omställning har inneburit att beredskapen och kapaciteten har varit att ta emot nästan dubbelt så många patienter, om det hade behövts. Intensivvården i Sverige har hela tiden kunnat upprätthålla en marginal på 20-30 procent, vilket behövs för att hantera in- och utflödet av patienter.

Den uppgift som av sekretesskäl inte framgår av diagrammet är den maximala nivån av kapacitet som hälso- och sjukvården beräknas kunna tillhandahålla. Den ligger avsevärt högre än den kapacitet som behövt användas under våren.

Figur 5: Beläggning och kapacitet i intensivvården från mars-juni 2020.



Källa: Svenska intensivvårdsregistret, SIR

Bakom det här diagrammet döljer sig alla de förutsättningar som måste finnas på plats för att möjliggöra den här kapacitetsökningen. Det är den omställningen handlar om. Alla lokaler, personal, material och utrustning som måste frigöras och ställas om till att fungera i en avancerat högteknologisk, läkemedelstung och personaltät verksamhet där varje dag handlar om att rädda liv som hänger på en skör tråd. Artiklar och reportage har förmedlat berättelser inifrån den verksamheten.

Pandemin och omställningen innebär att vid sidan av att personalen har fått arbeta i lokaler som inte ursprungligen är utformade för intensivvård, har nya kollegor som snabbt fått tränas upp att arbeta i en mycket komplex verksamhet, betydligt fler patienter än normalt och måste arbeta i full skyddsutrustning som är både fysiskt och psykiskt påfrestande, har de haft att göra med en okänd sjukdom. En sjukdom som utsätter personalen själv för risker. Den har tett sig nyckfull och initialt fanns det ingen evidens eller erfarenhet att luta sig emot. Arbetssituationen och belastningen på intensivvårdspersonalen överstiger vida det som råder i en normal situation. Omställningen hade aldrig varit möjlig utan alla dessa engagerade medarbetare som axlat ett ansvar långt utöver det normala.

Kraftig utbyggnad av nationella tjänster

Pandemin visade snabbt på betydelsen av att ha gemensamma nationella tjänster för hela hälso- och sjukvårdssystemet. Sverige har haft goda förutsättningar att möta behovet hos människor oavsett var i landet de befinner sig.

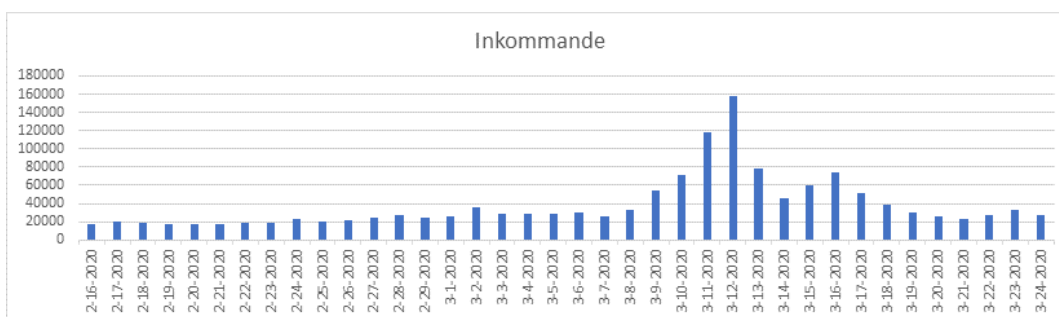
Sjukvårdsrådgivning per telefon

1177 Sjukvårdsrådgivningen per telefon spelade tidigt en avgörande roll för att möta människors behov av vägledning och rådgivning. Antalet samtal till sjukvårdsrådgivningen har under vissa dagar och perioder legat på nivåer mångdubbelt över det normala. För att möta det ökade behovet har regionerna kraftigt förstärkt sin bemanning i sjukvårdsrådgivningen, bl.a. genom att utbilda ny personal och att möjliggöra för medarbetare med symptom att kunna arbeta hemifrån i sjukvårdsrådgivningen. Flera förstärkningar i teknisk kapacitet har genomförts av Inera AB för att så många samtal som möjligt ska kunna tas emot.

Även det nationella informationsnumret vid större olyckor och kriser som drivs av SOS Alarm AB (113 13) har spelat en stor roll och erfarit en avsevärt större efterfrågan. Normalt tar 113 13 emot ett hundratal samtal per dag. Under en tvåveckorsperiod i början av mars tog SOS Alarm vissa dagar emot 35 000 samtal. Därefter har volymen stabiliserat sig på en fortsatt hög nivå på cirka 20 000 samtal per dag.

Under normala förhållanden får 1177 ungefär 20 000 samtal per dag. Nedan illustreras hur antalet samtal kraftigt började öka under dagarna 8, 9 och 10 mars för att sedan nå ännu högre nivåer och toppa den 12 mars på 160 000 samtal under ett dygn.

Figur 6: Antal inkommande samtal under perioden 16 februari – 7 april 2020.



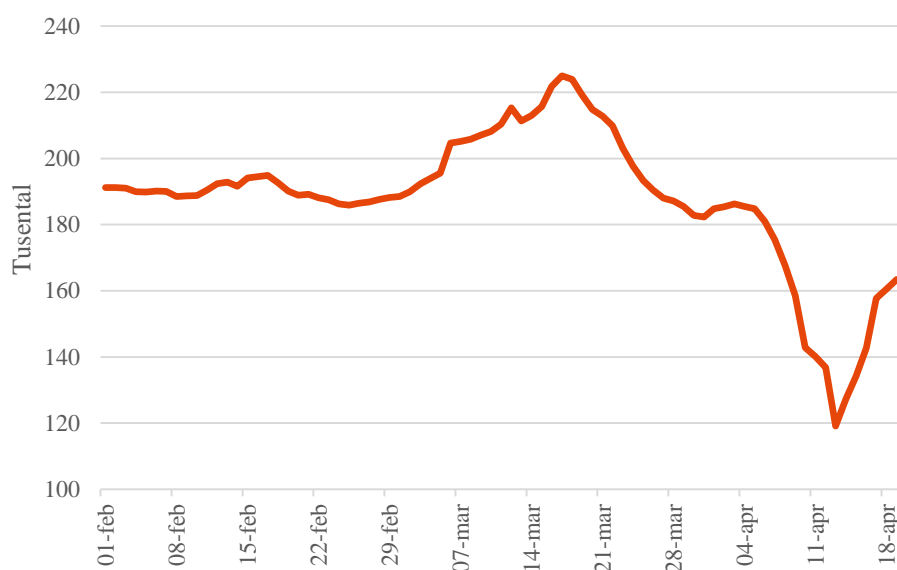
Källa: Inera

Information, vägledning och digitala tjänster på 1177.se

Genom regionernas samarbete kring 1177.se har man snabbt kunnat nå ut med kvalitetssäkrad information, råd och vägledning till alla invånare. Det har inneburit att människor inte behövt leta information på flera ställen och själva värdera kvaliteten. En sammanhållen information som alla regioner står bakom har funnits på ett och samma ställe. Information, råd och vägledning på 1177.se har kontinuerligt uppdaterats i takt med ny kunskap om covid-19 och nya rekommendationer från exempelvis Folkhälsomyndigheten. Särskilt anpassad information har även tagits fram för invånare som befinner sig i riskgrupp samt för barn och ungdomar. Därutöver har man från 1177.se via länkar nått information på fler språk, t.ex. på Folkhälsomyndighetens webbsida.

Statistiken över besök på 1177.se visar att antalet toppade under 16 och 17 mars, där besöken under de två dagarna låg 62 procent högre än det dagliga genomsnittet för februari 2020 (se illustration nedan). Totalt under mars månad gjordes ca 18,3 miljoner besök på 1177.se, vilket är en ökning med 60 procent jämfört med mars föregående år.

Figur 7: 1177 Vårdguiden e-tjänster, Antal inloggnings per dag (medel rullande 7-dagar)



Källa: Inera

Under perioden har även användningen av de nationella tjänsterna på 1177.se ökat. De nationella tjänsterna gör det bland annat möjligt för invånare att kontakta vården digitalt, boka tider, förnya recept eller läsa sin journal. Användningen av tjänsterna kulminerade under dagarna 17-18 mars då drygt 20 procent fler inloggnings genomfördes än det dagliga genomsnittet för februari 2020. Under mars månad gjordes totalt omkring 6,3 miljoner inloggnings i de nationella tjänsterna på 1177.se, vilket är en ökning med över 50 procent jämfört med mars 2019. Den stora dippen i kurvan vid den 11 april utgörs av påskhelgen.

En kris ställer krav på tydlig kommunikation

En väl fungerande kommunikation är särskilt betydelsefullt i en pandemi. Många kommuner och regioner har ställt om sitt kommunikationsarbete under krisen för att möta behoven hos både allmänhet och medarbetare av tydlig, korrekt och aktuell information. Trafiken på regionernas egna hemsidor och sociala medier har ökat.

Den interna kommunikationen i regionerna har också varit en viktig del i omställningen. Det har varit viktigt att ha regelbundna nyhetsuppdateringar på intranäten och publicera lägesbilder och information om de omställningar som

görs så att medarbetarna vet vad som händer, känner sig delaktiga och informerade. Det bidrar också till att minska oron. Flera av våra intervjupersoner framhåller betydelsen av att chefer är öppna, närvarande och kommunikativa med sina medarbetare under krisen.

Omställningen av personal och kompetens

Skyddsutrustning, läkemedel och respiratorer är nog så viktigt, men hälso- och sjukvårdens allra viktigaste resurs utgörs av personalen och den kompetens den besitter. Utan personal, ingen verksamhet. Kriser i form av krig, naturkatastrofer eller terroristattacker kan ha olika räckvidd och olika varaktighet. De som arbetar i hälso- och sjukvården kan själva drabbas i sådana kriser, vilket försvårar deras möjligheter att arbeta i vården. Men det säregna med denna kris är att på grund av att den är orsakad av ett virus, är personalen i hälso- och sjukvården lika utsatt och löper lika stor risk som alla andra i befolkningen att drabbas av sjukdomen. I en redan ansträngd situation i hälso- och sjukvården sett till försörjning av personal och kompetens, har krisen inneburit sten på börda genom att personal som vanligen arbetar i kritiska verksamheter i vården har varit borta på grund av egen sjukdom. Till detta ska läggas att en ökad sjukfrånvaro har ägt rum *samtidigt* som behovet av personal har ökat. Det betyder att kapacitetsökningen i bemanningen har behövt starta från ett minusläge, med utgångspunkt i en situation som ligger *under* normalnivån.

Omställningen under den här perioden har dels handlat om att ställa om personal, dels att ställa om kompetens. Det är inte helt olika saker, men kräver icke desto mindre olika insatser. För att förtydliga – om det hade funnits en stor reserv av anställda med intensivvårdskompetens på olika ställen i hälso- och sjukvården, hade det enbart handlat om att ställa om personal till att arbeta i intensivvården. Men så har inte situationen sett ut. Här har det behövt handla om att *både* ställa om personal *och* se till att komplettera deras kompetens för att de ska kunna kliva in i verksamheter som de normalt inte har utbildning för.

Bemanning kräver stor uppfinningsrikedom

Under krisen har arbetsgivarna arbetat med olika scenarier och utifrån det vidtagit en mängd åtgärder för att säkra en god och uthållig bemanning. Det har handlat om åtgärder inom ramen för kollektivavtalet, rekrytering av personal, användning av bemanningspooler och inlån av personal från privata vårdgivare eller från till exempel företag på life-scienceområdet.

För att klara trycket på sjukvården har arbetsgivarna erbjudit **deltidsanställd personal att gå upp i heltid**. De har också **förflyttat personal** för att styra resurser till de mest drabbade verksamheterna, beordrat övertid, jour och beredskap och i vissa fall återtagit redan beviljade semestrar. Kollektivavtalet ger möjlighet för arbetsgivaren att genom ett vikariatsförordnande tillfälligt ge en arbetstagare arbetsuppgifter som normalt ligger utanför arbetskyldigheten i anställningsavtalet. Det har möjliggjort för arbetsgivarna att låta personal arbeta med andra arbetsuppgifter och i andra verksamheter än där de normalt sett arbetar.

Arbetsgivarna har behövt **snabbutbilda personal**. Det har till exempel handlat om att utbilda administrativ personal med ändamålsenlig vårdutbildning för att kunna bemanna sjukvårdsrådgivningen kopplat till 1177 Vårdguiden. Läkare med näralliggande specialiteter har snabbutbildats för att de ska kunna förstärka bemanningen i intensivvården.

Arbetsgivarna har även behövt **rekrytera** personal för att klara bemanningen. Man har exempelvis rekryterat eller lånat in personal från privata vårdbolag. Vidare har man rekryterat nyligen pensionerad personal och studenter vid relevanta utbildningar. Det är emellertid en delikat uppgift, eftersom det är viktigt att inte all utbildning avstannar. Särskilt prioriterat är att studenter som befinner sig nära en examen kan slutföra sina studier samtidigt som det måste finnas möjligheter till arbete vid sidan av studierna. Lärosäten, regioner och kommuner har tillsammans behövt göra kloka avvägningar mellan de långsiktiga och kortsiktiga behoven. Arbetsgivarna har också vänt sig till personer som tidigare har arbetat timmar i verksamheterna med erbjudanden om att arbeta i större omfattning.

Andra åtgärder för att täcka behoven i verksamheten är att inrätta särskilda **krispooler** och använda sig av **hyrpersonal**. Man har även hittat olika lösningar för att använda sig av personal som till följd av symptom inte har kunnat vara på jobbet. De har kunnat arbeta i telefonrådgivning eller i regionernas egna digitala system. Flera regioner har prioriterat provtagning av verksamhetskritisk personal så att de som har milda symptom, men som kan konstateras inte ha covid-19 kan återgå i tjänst.

Varje region och kommun förfogar över sin personal. Regionerna ska ange vilka aktörer de ska samverka med på lokal, regional och nationell nivå. Kommuner och regioner kan låna ut personal, som stöd till andra kommuner eller regioner med stor belastning på grund av omfattande personalfrånvaro. Detta bygger dock på att arbetsgivaren har möjlighet att släppa personal och att medarbetaren accepterar att jobba hos en annan arbetsgivare. I ett tidigt skede av pandemin gjorde regionernas hälso- och sjukvårdsdirektörer den gemensamma bedömningen att man under rådande omständigheter inte skulle vinna så mycket i effektivitet och kapacitet att låna ut personal.

SKR har slutit överenskommelser och tagit fram vägledningar kring villkor tillsammans med branschföreträdare och företag på hälso- och sjukvårdsområdet för att underlätta samverkan och utlån av personal till hälso- och sjukvården.

Krislägesavtalet

Kommuner och regioner har ett särskilt ansvar för att upprätthålla viktiga samhällsfunktioner. Sjukvård, kommunikation och annan viktig samhällsservice måste fungera för att medborgarna ska vara trygga och säkra. Om ett krisläge uppstår i kombination med en omfattande och avgörande påverkan på personalförsörjningen kan sektorns krislägesavtal aktiveras. Avtalet omfattar över en miljon anställda i kommuner och regioner. Coronavirusets effekter på bemanningen i vården och omsorgen är ett exempel på en situation där krislägesavtalet kan aktiveras.

Syftet med avtalet är att aktivera andra arbetstidsregler som möjliggör ett större uttag av arbetstid. Avtalet möjliggör också in- och utlåning av personal mellan drabbade kommuner eller regioner. Det gör att resurser snabbt kan allokeras dit de bäst behövs. Avtalet ger i gengäld medarbetarna en högre ersättning. Utlån av personal som sker med stöd av krislägesavtalet ska i första hand ske med medarbetares samtycke men arbetsgivaren har ytterst möjlighet att beordra personal att utöka sin arbetstid.

Än så länge har krislägesavtalet endast aktiverats inom Region Stockholms IVA-verksamheter. Hittills har ca. 1500 medarbetare anvisats att arbeta enligt avtalet, i huvudsak läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Innan regionen begärde aktivering av avtalet, vidtogs en rad olika åtgärder för att säkra bemanningen och därmed vården till patienterna. Regionen beslutade om att skjuta upp all planerad vård som kan vänta utan allvarliga medicinska komplikationer för att frigöra resurser till regionens akuta vård. Vidare ställdes en stor del av Folkvandvårdens uppdrag in för att frigöra skyddsutrustning och personalresurser. Regionen upprättade också ett fältsjukhus i Älvsjö med stöd av försvarsmakten för att öka vårdkapaciteten i Region Stockholm.

Ett antal åtgärder vidtogs också inom ramen för det befintliga kollektivavtalet för att säkra bemanningen. Personal beordrades bland annat att arbeta övertid, förskjuta arbetstiden och deltidsanställda medarbetare ombads att gå upp i arbetstid. Regionen gjorde också tillfälliga förflyttningar för att öka resurserna till den akuta sjukvården.

Både inför och under aktivering av avtalet har regionen verkat för att tillföra ytterligare resurser till IVA-verksamheten, bland annat genom att använda privata vårdgivares medarbetare, avropa bemanningsresurser samt rekrytera fler medarbetare till verksamheten. Regionen hemställde också om personal med hälso- och sjukvårdskompetens från försvarsmakten för att klara av att bemanna fältsjukhuset i Älvsjö.

Krislägesavtalet har inneburit större möjligheter för regionen att styra bemanningen och att ta ut mer arbetstid än normalt, vilket har bidragit till att bemanningen har kunnat säkras under en mycket kritisk period.

Ett sammanhållet system kräver samordning

Hälso- och sjukvården är en del av samhället. Det är något högst vardagligt som vi alla någon gång i livet varit i kontakt med – de allra flesta av oss är födda på ett sjukhus. Men trots sin vardaglighet är hälso- och sjukvården en verksamhet med hög komplexitet. Den spänner från det breda till det smala. Från enkla besök och vardagsnära insatser, till akuta insatser och högspecialiserad vård där nya dyra behandlingsmetoder kan rädda liv. Allt är del i detta system.

I ett system uppdelat på många specialiserade funktioner och delar, krävs en hög grad av samordning som forskaren Johan Quist pekar på i sin artikel i den här skriften. Som tidigare konstaterats utgörs hälso- och sjukvårdssystemet av ett omfattande nät av beroenden och samverkansytor mellan de olika aktörerna i systemet. Det rör sig om olika huvudmannaskap och ägarförhållanden, olika logiker och drivkrafter. Men delarna måste hänga ihop, haka i varandra och fungera gemensamt för att systemet effektivt ska skapa värde för invånarna. Om inte samordning och samverkan fungerar, fallerar systemet. Det är särskilt tydligt i en pandemi.

Pandemin har förutsatt stärkt samverkan

Ett återkommande tema i berättelser och vittnesmål om hälso- och sjukvårdens omställning under pandemin rör just betydelsen av en väl fungerande samordning och samverkan. Det gäller såväl samordning horisontellt som vertikalt, på nationell, regional och lokal nivå. Betydelsen av detta kan inte överskattas. Under pandemin har nya samarbetspartners hittat varandra och nya samarbetsytor öppnats.

Nationell samordning

Det finns olika arenor för den nationella samordningen och samverkan mellan regionerna. En arena utgörs av SKR:s nätverk på olika områden och nivåer. De strategiska chefsnätverken för region- och kommundirektörer har träffats betydligt oftare under våren. Detsamma gäller chefsnätverken för till exempel ekonomi, HR och kommunikation.

Regionernas ledande chefer för hälso- och sjukvården samlas i det så kallade hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket (HSD). De träffas normalt sett en gång i månaden. Där avhandlas olika typer av strategiska frågor kring hälso- och sjukvården. När pandemin slog till beslutade sig nätverket för att träffas digitalt en gång i veckan. Trots att nätverkets medlemmar utgörs av personer som står mitt i krisen på hemmaplan, har det uppfattats viktigt och prioriterat att medverka i den nationella samordningen. Med denna omställning följde även att frågorna och arbetssätten i nätverket ändrades. Man gick in i krisläge. Uppfattningen är att man har gått över till att arbeta på ett sätt som liknar vårdens logik. Man har blivit mer operativ, snabb, handlingsinriktad och lösningsorienterad. Frågor som i vanliga fall kan kräva ganska långa diskussioner, har nu snabbt lösts ut. Det har funnits en stark drivkraft i att lösa saker gemensamt och ta ägarskap för viktiga och avgörande frågor relaterade till

pandemin. Myndigheter har fått en rad uppdrag under våren, vilket har varit en utmaning, eftersom det innebär att ytterligare element tillförs i ett redan komplext samordningspussel. Det kan sakta ner tempot och riskera att beslut tas utifrån en bristande inblick och kunskap om situationen regionalt. Eftersom hälso- och sjukvårdsdirektörerna besitter ett stort beslutsmandat i sina regioner, har det kunnat gå mycket snabbt mellan beslut och verkställighet.

Ett område där regionerna byggt upp samordning efter beslut från regiondirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer har gällt läkemedelsförsörjning. Ett annat område är intensivvård, där samordningen initierats av hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Där har det handlat om att genom samordning mellan regionerna kunna nyttja hela den svenska kapaciteten i intensivvården. Även under normala förhållanden finns det behov av att flytta patienter på grund av kapacitetsbrist inom intensivvården. Den möjligheten har behövt nyttjas i större utsträckning under våren. Eftersom pandemin har inneburit att belastningen på hälso- och sjukvården varierat i landet, har det vid vissa kritiska tidpunkter i en region varit nödvändigt att nyttja tillgänglig kapacitet i en annan region. Därför har man med hjälp av luftburna transporter kunnat transportera intensivvårdspatienter till andra delar av landet. Strävan har varit att i största möjliga mån göra så få förflyttningar av en och samma patient, eftersom det är riskfyllt och påfrestande för patienten.

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

En annan arena för samordning och samverkan utgörs av kunskapsstyrningssystemet. Regionerna har sedan 2018 ett gemensamt system för kunskapsstyrning med stöd av SKR. Det är en viktig pusselbit för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Målet är att bästa möjliga kunskap kommer till nytta/användning i mötet med patienten. För närvarande finns det 26 nationella programområden (NPO) som täcker in större delen av hälso-och sjukvården. Uppdraget för NPO är att leda kunskapsstyrningen inom sitt område.

Eftersom covid-19 är en ny sjukdom, har helt ny kunskap baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet snabbt behövt sammanställas och spridas. Det har skett genom regionernas kunskapsstyrningsorganisation och professionsföreningar i samverkan med myndigheterna. I den akuta situation det har handlat om, har det varit avgörande att det redan funnits utarbetade samverkansformer. De nationella samverkansgrupperna för uppföljning och analys samt för läkemedel

framhålls som särskilt viktiga under den här perioden. Att det funnits etablerade samverkansgrupper på läkemedelsområdet har haft avgörande betydelse för hanteringen av de situationer då det uppstått brist på viktiga läkemedel för intensivvården.

Partnerskapet mellan regionernas kunskapsstyrningssystem, i vilket SKR ingår, och myndigheterna har haft avstämningar varje vecka. Socialstyrelsen tog med hjälp av experter från nationella programområden fram riktlinjer inom loppet av en vecka. Det har anordnats utbildningar på webben med stort deltagande. De olika programområdena har bevakat sina respektive områden för att kontinuerligt läsa av hur deras patientgrupper påverkas under pandemin. Ett exempel på det, som tidigare nämnts, är att det observerades att antalet patienter som söker för hjärtrelaterade besvär sjönk drastiskt. I det här fallet tog det nationella programområdet för hjärt- och kärlsjukdomar initiativ till att genom rikspressen uppmana patienter med bröstsmärtor att söka sjukvård för sina besvär.

Covid-19 pandemin, med dess utdragna förlopp, har tydliggjort och accentuerat betydelsen av samarbete och samverkan mellan regionerna och med kommunerna. Ingen är stor nog att klara sig själv.

SKR:s roll har dels varit att erbjuda en arena för regionerna att mötas, dels att företräda regioner och kommuner i samordningen med de statliga myndigheterna, i kommunikationen med Regeringskansliet och i kontakten med medier.

Några röster om samordning på regional nivå

Sedan början av mars har hälso- och sjukvården och kommunerna befunnit sig i olika beredskapslägen med särskild krisledning. Vi har i det här arbetet intervjuat tre ledande chefer kring deras erfarenheter under pandemin. Här får de berätta om sina erfarenheter kring krisledning, samordning och samverkan.

Monika Samuelsson, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Sörmland

Redan i februari tillsatte vi en grupp bestående av bland annat representanter från hälso- och sjukvårdsledningen, tjänsteman i beredskap, chefen för sjukhusservice och representanter från medicinsk teknik. Deras uppgift var att se över hur vi skulle kunna öka antalet vårdplatser, möjliggöra tillgång till medicinsk utrustning, lagerstatus på skyddsutrustning och inventera tillgängliga medarbetare för att kunna bemanna vårdplatserna. Vi insåg snart att vi behövde en särskild sjukvårdsledning som kan agera på ett annat sätt. Den 11 mars gick vi upp i stabsläge och krisledning på regional nivå och nu i juni befinner vi oss ännu i regional särskild sjukvårdsledning (RSSL).

Vid alla större särskilda händelser måste man ha en tydlig struktur och veta vad som händer när man går in i RSSL. I början agerade vi precis på samma sätt som vid till exempel en större olycka enligt vår kris- och katastrofplan. När krisledningen tar över linjens arbete och blir beslutsfattare blir man också snabbfotad. Det som skiljer den här händelsen från andra är att den är så extremt mycket mer långvarig. Jag tror att alla regioner, väl ute ur det här, kommer att fundera på komplexiteten att leda i särskild sjukvårdsledning versus att tänka att man har en linjestruktur. Som högsta linjeförhållande för hälso- och sjukvården har jag också ingått i den särskilda sjukvårdsledningen.

Maria Taranger, överläkare, verksamhetschef på Östra sjukhuset, Göteborg

Signalerna om corona kom tidigt på sjukhuset. Från januari följde en mindre epidemi-grupp data i Sverige och världen. Gruppen tog fram analyser och gjorde scenarier. Väldigt tidigt, i början av mars, fanns data på hur många platser vi beräknades behöva. Vi riggade en bra kommunikationsordning med vår krisstab med gemensam sjukhusledning och undergrupper till den. Kolleger vi knappt pratar med någon gång i månaden har vi pratat dagligen med. Det har gett möjlighet att fatta lokala beslut och synka sig. Vår samverkansorganisation över förvaltningarna har verkligen tagit ett kliv upp. Vår lokala ledningsgrupp i samverkan, med höga chefer från primärvård, kommun och SU träffas vanligen tre gånger per termin, men nu har vi träffats på Skypemöten en gång i veckan.

Vår stabs- och krisorganisation har varit väldigt effektivt och bra organiserad, men det finns chefer som känt osäkerhet över vem som bestämmer och har de egentliga resurserna. En lärdom är att chefer i kris är otroligt viktiga. Finns inte ett väl fungerande ledarskap med modiga chefer med kontakt både uppåt och neråt får du problem. Som chef måste du vara stark och väldigt kommunikativ för att fånga upp det som händer ute i samhället och processa det med medarbetarna.

Dag Wallströmer, Socialchef i Vingåkers kommun

Efter att vi fått det första larmet om en smittad person drog vi igång kommunens krisledningsstab. I flera veckor hade vi dagliga möten på kommunledningsnivå. Kommunens politiska ledning har lyssnat på stabsmötena, varit informerade och känt sig trygga i vad som pågår och vi har känt oss trygga i vår krishantering. Förvaltningens ledningsgrupp träffades kort varje dag i början, därefter tre gånger i veckan och nu i slutet en.

Det har varit oerhört mycket nya rutiner, riktlinjer och policybeslut att ta ställning till och väldigt mycket möten. Länsstyrgruppen (en samverksansgrupp mellan regionens sjukvård och kommunernas socialchefer) har haft veckovisa avstämningsmöten. Socialcheferna i länet har avstämningsmöten en gång i veckan. Utöver det, har det även varit veckovisa möten i SKR:s nationella nätverk och veckovis rapportering till länsstyrelsen om krisens påverkan på verksamheten, tillgång till materiel och prognos.

Vi har viss vana att ställa om, det har vi tvingats till tidigare inte minst vid somrar. Vi har haft ett bra samarbete med regionen sedan förut, och det har hållit även under denna påfrestning. Och vi har haft ett samarbete på länsnivå under många år som är lite unikt och stilbildande. Vår anhörigsamordnare och kommunens näringslivsansvarige har tillsammans med mataffärerna fått snurr på matinköp för personer i riskgrupper.

Reflektion - Ett robust system med hög plasticitet

Ett ord som skulle kunna beskriva den snabba omställningen inom hälso- och sjukvården är *plasticitet*. Det är ett begrepp som används inom neurologin för att beskriva hjärnans förmåga att organisera om, flytta kompetenser till andra delar för att upprätthålla funktioner. I jämförelse med hjärnans fantastiska förmåga framstår hälso- och sjukvårdens omställning kanske som blygsam – men det är ett ord som fångar det som har hänt.

Omställningen i det här avseendet, med stora volymökningar, omställning av resurser och personal, har förutsatt tillgång till dagsaktuell och tillförlitlig data. Det finns risker både med prognoser som överskattar och som underskattar. Det är allra svårast i inledningen på en kris, när data fortfarande är skakiga. En av våra intervjupersoner berättar att det vid ett tillfälle kom felaktiga prognoser som signalerade en anstormning av smittade. Verksamheten satte alla klutar till och skalade på kort tid upp tillgången på vårdplatser. Men när de väl stod där beredda i sina skyddsutrustningar, uteblev patienterna. Prognosen visade sig vara fel. De har förbättrats avsevärt i takt med att mer data har kommit in.

En annan aspekt har rört betydelsen av att hela systemets aktörer mobiliseras och kommer samman på gemensamma arenor, som Johan Quist talar om i sin artikel. Våra intervjupersoner lyfter fram betydelsen av samordning och samverkan inom och mellan organisationer. Det framhålls att när samordningen i en kris bygger på gemensamt identifierade behov hos aktörer (i det här fallet regioner) som är väl förtrogna med verksamheten och är vana vid att samordna sig, är det större chans att få ett lyckat resultat än när en aktör (i det här fallet en

myndighet) som normalt sett inte är delaktig i processerna och därmed inte lika förtrogen med verksamheten, ska styra fram ett resultat. Stöd ger ett bättre resultat än styrning. Samordning har sina utmaningar. Liksom att under så lång tid befinna sig i ett läge som innebär så hög påfrestning och anspänning.

Det är lätt att glömma tidsaspekten. Dessa omställningar har skett under loppet av dagar och veckor. Helt nya verksamheter har uppstått, nya medarbetare har utbildats och tagits in i verksamheterna. I en krissituation, där det är viktigt att samspelet fungerar, vilket underlättas av att ha kolleger man känner väl, har många behövt samarbeta med kolleger de inte känner och utifrån nya och obekanta rutiner. Det är en svår uppgift.

Det är också viktigt att komma ihåg alla de funktioner och medarbetare som finns runtomkring den sjukvårdande verksamheten. De är minst lika viktiga i den här systemomställningen för att klara pandemin. Det gäller alla de som arbetar med fastigheter, transporter, administration, teknik och olika former av service. Även de medarbetarna har ökat sin arbetsinsats och haft långa arbetsdagar. De har också ställt om sitt arbete, befunnit sig i nya roller och med nya arbetsuppgifter under den här våren.

Det är ett i grunden välfungerande sjukvårdssystem med engagerade medarbetare som har lyckats ställa om sin verksamhet på det här sättet. Det är inte en avgränsad organisation som har åstadkommit detta – därav valet av ord – utan ett system där ansvaret är fördelat på olika nivåer i samhällsorganisationen, såväl vertikalt som horisontellt. Att göra denna omställning tyder på att det finns en plasticitet och beredskapsförmåga i hälso- och sjukvårdssystemet vilket utgör ett stort värde i en föränderlig värld.

Utvecklingssprången i hälso- och sjukvården

I föregående avsnitt beskrevs de stora kapacitetsökningar som gjorts i hälso- och sjukvården genom omflyttning av vård, volymökningen inom intensivvården och omställningen av personal och kompetens. Men omställning och kapacitetsökning kan förstås i vidare bemärkelse – det kan även handla om förändrade arbetssätt, förhållningssätt och nya eller förändrade verksamheter. I det här perspektivet har det handlat om att tänka nytt, snarare än skala upp.

Stora utvecklingsprång har tagits i hälso- och sjukvården under extremt kort tid. Dessa språng har inte varit möjliga utan att det funnits en grogrund, en fertil bädd av försök i mindre skala. Pandemin har inneburit ett yttre tryck som gjort det möjligt att förverkliga dessa förändringsambitioner.

Omställningen till nära vård har fått en skjuts

Traditionellt har hälso- och sjukvården delats upp i primärvård och specialiserad vård – så har även gjorts i den här texten. Men uppdelningen äger inte längre samma relevans för att beskriva den utveckling som pågår och som behövs för att svara mot behoven av hälso- och sjukvård i dagens samhälle. Hälso- och sjukvården går igenom en förändring utifrån två utvecklingsaxlar. Den ena handlar om att utveckla en mer nära vård som inbegriper enkla kontaktvägar för patienterna, relationer till fasta vårdkontakter och en sammanhållen vård och omsorg. Den andra handlar om nivåstrukturer och koncentration av den högspecialiserade vården. Dessa är dels framdrivna av demografiska och ekonomiska skäl, dels av efterfrågan på en ny typ av hälso- och sjukvård som bättre svarar mot behoven i ett modernt samhälle. Det finns ingen motsättning mellan dessa utvecklingsaxlar – de förutsätter och samspelar med varandra. Det finns ett gemensamt driv mot ökad personcentrering av vården, byggt på tanken om att patienten inte är en passiv mottagare av hälso- och sjukvård, utan en aktiv medskapare i vården. Det låter abstrakt, men innebär konkret att hälso- och sjukvårdens personal interagerar och talar med, snarare än till, patienten, gör honom eller henne delaktig i planeringen av behandlingen och möjliggör för patienten att själv mäta och övervaka sina värden genom så kallad egenmonitorering. Det innebär ett förändrat förhållningssätt från hälso- och sjukvårdens sida i mötet med patienten. En strävan bort från den arketypiska bilden av doktorn i vit rock som talar till eller över huvudet på patienten och vars personliga tilltal inskränker sig till ett ”hur-var-det-här-då!”

Grundideologin i nära vård-reformen är att vården ska utgå från patientens behov och bygga på ett personcentrerat förhållningssätt där individen involveras och insatser anpassas efter individens behov och förutsättningar. Egenvård och hälsofrämjande insatser är viktiga byggstenar. Det som traditionellt kallas

primärvården är navet i en nära vård och den bedrivs av både kommuner och regioner. Därför måste nära vård bygga på ett nära samarbete dem emellan.

Dessa strävanden kan verka ligga en bit ifrån de akuta behov som har uppstått med anledning av covid-19, där akut sjukvård och högspecialiserad sjukhusvård har stått i centrum, dvs. något som ligger väl i linje med det historiska paradigmet om hur investeringar görs i sjukvård. Det skulle peka mot att omställningen till nära-vård som såväl är föremål för ett antal statliga utredningar som ett omställnings- och utvecklingsarbete i regioner och kommuner, skulle ha hamnat i skymundan under den pågående coronapandemin. Erfarenheterna tyder på motsatsen.

Vad har nära vård betytt i hanteringen av pandemin?

När corona-pandemin slog till stod många regioner och kommuner mitt i planering, genomförande eller implementering av nya tjänster och arbetsätt inom ramen för nära vård-omställningen. Omställningen har kommit olika långt i landet. Vid årets början fanns regioner och kommuner som just startat sitt gemensamma arbete med att beskriva en målbild och utveckla samarbetsformerna. Andra regioner och kommuner har en gemensam målbild, har enats om en infrastruktur för samarbete och bedriver verksamhet i samarbete. Sådana verksamheter handlar till exempel om lösningar med mobila team inom närsjukvård, hemsjukvård och rehabilitering, hemmonitorering och digitala vårdbesök.

När det konstaterats att även Sverige hade drabbats av smittspridning i befolkningen och restriktioner för hur vi lever och rör oss i samhället infördes, var huvudbudskapet att vi skulle skydda de äldre. Personer som är 70 år och äldre uppmanades att stanna hemma. Eftersom äldre och kroniskt sjuka personer utgör betydande delar av de som tar del av regionernas primärvård, märktes restriktionerna raskt på inflödet av patienter i primärvården. Såväl antalet akuta som planerade besök till mottagningarna minskade. Men det betydde ju inte att behovet av primär hälso- och sjukvård försvann, särskilt inte för äldre och för kroniskt sjuka personer. Primärvårdens roll att möta människor där de är, skapa trygghet och tillit blir än viktigare i en situation som är både oroande och skrämmande för i synnerhet personer som tillhör riskgrupper.

Det har visat sig att de verksamheter och arbetsätt som utvecklats inom ramen för nära vård-arbetet har haft en viktig roll för att klara sjukvården under pågående pandemi. Arbetet med de långsiktiga, strategiska frågorna och utvecklingsprojekten har behövt pausas till förmån för operativt arbete. Verksamheter och arbetsätt som hunnit implementeras i mindre skala och begränsat till vissa verksamheter, synes ha växlats upp i större skala eller implementerats på nya verksamhetsområden. Nya arbetsätt och tjänster som legat i planeringsfasen har hastigt fått sjasättas. Nära-vårdinsatser har inneburit möjligheter att upprätthålla vård till nytta för invånarna, samtidigt som det inneburit avlastning för den hårt ansträngda sjukhusvården.

Det är en viktig erfarenhet att se de positiva effekter som den utvecklade samverkan mellan primärvård och sjukhus haft under pandemin. Tvärtom vad man skulle kunna tro, har nära vård-utvecklingen på flera sätt fått en skjuts i hanteringen av pandemin. De perspektiv och värden som präglar nära vårdarbetet har även visat sig vara fruktbara i krishantering på strategisk ledningsnivå.

Utvecklingssprången i nära vård

Nära vård är inte någon egen verksamhet eller vårdnivå, utan ett förhållningsätt, där det är den tjänst som skapar värde för invånaren som ska stå i centrum, snarare än vilken organisatorisk enhet det är som levererar den. Från organisation till relation är ledorden. Men för att åstadkomma denna målbild, krävs förändring och insatser på såväl organisatorisk nivå som verksamhetsnivå.

Samarbeten har fördjupats

En viktig förutsättning för att åstadkomma en nära vård är att överbrygga de organisatoriska gränser som finns inom regionernas hälso- och sjukvård liksom mellan kommuner och regioner. Utöver det spelar civilsamhället en viktig roll. Det är därför inte konstigt att det ägnas mycket kraft åt att skapa samsyn, gemensamma målbilder, samarbetsformer och gemensamma verksamheter mellan kommuner och regioner. Det utgör själva fundamentet i nära vårdbygget. Men det är inte alltid en så lätt uppgift när olika kulturer, logiker och organisatoriska ordningar möts och ska enas kring en gemensam idé.

Det är frestande att säga att svårigheter eller gnissel i samarbete raskt kan gå över under hotet från en gemensam fiende, i det här fallet ett virus. Investeringar i form av ansträngningar för att bygga ett gemensamt fundament, till exempel i form av samverkansstrukturer, har under pandemin visat sig ge utdelning. Uppbyggda kontaktvägar har kunnat nyttjas, nya har skapats. Kontakter mellan vårdcentraler har ökat, likaså mellan den kommunala hälso- och sjukvården och regionernas primärvård och specialistvård, mellan regionernas vårdhygien och smittskyddsenheter. I Region Skåne och Region Stockholm har samverkan organiserats i geografiska områden inom vilka regionernas primärvård, specialistvård och kommuner samarbetar. På vissa håll har också civilsamhället utgjort en viktig part i att stödja människor i samhället.

Vården har flyttat hem

För att på ett säkert sätt möta patienter som tillhör riskgrupper har regionernas primärvård ställt om och kraftigt ökat antalet hembesök. Det synes gälla för såväl nybesök som uppföljning. I några län har en del hälsocentraler/vårdcentraler hållit helt stängt och istället ställt om till mobil verksamhet. Också telefonbedömningar av läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter har ökat inför, eller istället för, besök.

Läkarmedverkan i särskilda boenden (SÄBO) och hemsjukvård har förstärkts och det vittnas om att det har blivit enklare för personal i särskilda boenden att

nå läkare. Samarbetet mellan kommunernas hälso- och sjukvård och regionernas primärvård och dess vårdcentraler har förbättrats.

De mobila team som redan fanns på plats innan pandemin bröt ut har utgjort en viktig bas för kroniskt sjuka personers möte med vården. Flera regioner beskriver att de utökat antalet mobila team i snabbare takt än planerat. Personer i riskgrupper som inte behöver vårdcentralens medicinsktekniska utrustning har erbjudits hembesök för vård som inte kan vänta. Patienter i behov av uppföljning följs upp av mobila team och behöver inte åka in till sjukhus. Det innebär även att patienter kan skrivas ut tidigare från sjukhuset. Vissa team organiseras i samverkan mellan kommunen och regionen (t. ex. sjuksköterska från kommunen och läkare från regionen), andra team består enbart av personal från regionen. Även mobila provtagningsteam har utvecklats som svar på behovet av provtagning för covid-19 och för ordinarie blodprovstagning av personer i riskgrupper.

Att nå människor där de är

I en personcentrerad vård och omsorg är trygghet och egenmakt viktiga mål och relationell kontinuitet ett medel för att uppnå det. Där man i primärvården sedan tidigare arbetat med fast läkarkontakt och fast vårdkontakt vittnar man om att detta har haft extra stor betydelse under pandemin. Även medicinska bedömningar underlättas när det finns en redan uppbyggd relation. Det gagnar patientsäkerheten.

För att säkra upp vården för de mest sköra har flera regioner fokuserat på att alla ska ha en vårdplan. Region Östergötland beskriver att nära 2700 vårdplaner har upprättats för patienter boende på SÄBO, korttidsvård, och inskrivna i hemsjukvård sedan pandemin bröt ut. I Region Jönköping har man identifierat personer som löper risk för inläggning på sjukhus ifall deras hälsa försämras och aktivt sökt upp dem för att stödja och fråga om de har tillgång till mat, mediciner och hjälp om de behöver. Detta är ett sätt att förebygga inläggning på sjukhus för sköra personer.

Region Jönköping har också så kallat Hälsocafé och levande bibliotek. De har utformat en stömlinje för samtal och gemenskap för att människor ska få möjligheter att stötta varandra. Hälsocabassadörer av olika nationaliteter har översatt information om covid-19 till sina olika språk för spridning.

I Kronoberg gör regionen och kommunerna en gemensam kommunikationsinsats med så kallade hälsokommunikatörer. De har i uppdrag att nå grupper av människor som inte nås genom traditionella kommunikationskanaler, till exempel människor i olika invandrargrupper. För att nå dem med information om pandemin har man identifierat sammanhang och platser där man kan mötas och informera.

Som patient och invånare har de för vården förändrade arbetssätten inneburit nya sätt att möta vården. Det blir viktigt att följa upp hur patienter och invånare har upplevt denna utveckling – Vad har varit bra och vad behöver utvecklas vidare?

Den kommunala hälso- och sjukvården i pandemins skugga

Sedan 1992 är även kommunerna huvudmän för hälso- och sjukvård. Då blev den beryktade långvårdens historia all och vården av de mest sjuka äldre flyttades till kommunernas särskilda boende (SÄBO). En bärande tanke i reformen var att inte enbart medicinska, utan även sociala behov skulle tillgodoses inom vård och omsorg. Människor skulle inte behöva framleva sina sista år på ett sjukhus, livet är faktiskt mer än sjukdom. I och med ÄDEL-reformen fick kommunerna ett samlat ansvar för boende, service och vård för dem som behöver. Kommunerna har även övertagit ansvaret för hemsjukvården, bortsett från i Stockholms län. Den kommunala hälso- och sjukvården är självfallet en viktig del i omställningen till en nära vård.

Äldreomsorg är i första hand en social verksamhet där personer som inte på egen hand kan klara sitt vardagsliv kan få hjälp av omsorgspersonal. Det är inte institutioner eller verksamheter avskilda från samhället i övrigt. *Särskilt boende* är en form av boende för människor som har vårdbehov i en utsträckning som gör det svårt för dem att bo i ett ordinärt boende. Men det är inte fråga om stängda institutioner, det är bostäder dit familj och vänner välkomnas, där man umgås och högtider firas. Precis som i ett vanligt hem.

Hemtjänst ges i det ordinära boendet och kan handla om allt från hjälp med enkla sysslor vid enstaka tillfällen, till omfattande hjälp med det dagliga livet flera gånger per dag.

De flesta äldre människor har inte någon omsorg alls. De klarar sig helt på egen hand med stöd av vänner eller anhöriga. Gamla människor är således inte en egen grupp i samhället – de är en del av samhället, vare sig de har insatser från kommunerna eller inte.

Som tidigare konstaterats har det varit en samhällelig strävan bort från sjukhus- och institutionstänkande kring äldre människor. Det har gått hand i hand med strävan att värna respekten för den enskilda, självständighet och självbestämmande. Det har sin grund i välfärdsstatens framväxt och värnandet av de mänskliga rättigheterna. Äldre människors beroende och utsatthet i forna tider, liksom minnet av institutionella ordningar som innebar armod och kränkningar av människovärdet har kastat långa skuggor.

När pandemin bröt ut och Folkhälsomyndigheten betonade betydelsen av att skydda de äldre eftersom de riskerar att drabbas särskilt svårt av sjukdomen, behövde hela denna öppna verksamhet som äldreomsorgen är tänka om. Det handlar om många människor – enbart i särskilda boenden finns det i Sverige 82 000 platser, att jämföra med 16 000 platser i somatisk sjukvård. Lägg därtill att det är 250 000 människor som årligen får hemtjänst i olika omfattning.

I de områden i Sverige där samhällssmittan varit som störst har också smittan tagit sig in i äldreomsorgen. I Stockholm och Sörmland gick det blixtnabbt, med allvarliga följder. Det dröjde innan ett sådant drastiskt beslut som att stänga särskilda boenden för besökare togs nationellt, ett beslut som i grunden strider mot de grundläggande principerna om öppenhet. Äldreomsorgen behövde tänka mer i sjukvårdstermer för att skydda de äldre.

Parallellt med att viruset tycktes spridas som en löpeld i vissa delar av Sverige, behövde kommunerna springa ifatt och göra stora omställningar för att få läget under kontroll. Även här handlar det om många människor. Ungefär 200 000 medarbetare arbetar inom äldreomsorgen och dessa skulle nås av nya rutiner, utbildningsinsatser och sätta sig in i nya vårdformer.

Det beräknas att drygt 140 000 medarbetare vid det här laget har deltagit i fortbildning för att friska upp sina kunskaper i hygienrutiner. Coronaviruset är en ny smitta, som vi har litet kunskap om. Personal i äldreomsorgen är van vid att hantera till exempel säsongsinfluensa och andra smittor, men covid-19 utgör en annan typ av smitta som kräver strängare hygienrutiner och vid behov även skyddsutrustning.

Nu i juni, när den akuta fasen är över, ser situationen annorlunda ut. Smittspridningen i äldreomsorgen har generellt tryckts ner till en lägre nivå än i övriga samhället. Hygienrutiner följs bättre, skyddsutrustning finns och används på rätt sätt. Kommunerna tillämpar kohortvård, vilket innebär att friska och sjuka brukare separeras från varandra och att personal inte går emellan. Nu finns också provtagningsmöjligheter som möjliggör tidig upptäckt och smittspårning.

En stor del av de som har avlidit i Sverige till följd av covid-19 utgörs av äldre och sköra personer. Den som är utbildad inom ett sjukvårdsyrke kommer någon gång i sitt yrkesliv i kontakt med döden och med människor i livets slutskede. Vissa av dem har större vana än andra. För personal inom äldreomsorgen och hemsjukvården är det en del av yrkesvardagen att med respekt och omsorg om den enskildes välfärd och vilja se till att den sista tiden i livet blir så bra som möjligt för människor i deras vård. Det Svenska palliativregistret är ett kvalitetsregister för vård i livets slut och har en täckningsgrad på ungefär 60 procent av alla dödsfall. Det registret är även under covid-19-pandemin en viktig källa för kunskap och uppföljning av vårdens resultat. I Palliativregistret finns uppgifter om hur patienterna har haft det vid sitt livs slut. Uppgifter som huruvida patienterna har upplevt smärta, ångest eller andnöd registreras, liksom uppgifter om patienterna har fått lindring för sina symptom. Även uppgifter om patienten har haft någon vid sin sida när de lämnat jordelivet registreras.

I början av juni månad fanns 2 300 dödsfall i covid-19 registrerade i Palliativregistret. Uppgifterna visar att de har fått god lindring av smärta, ångest och andnöd. Det visar också att både smärt- och ångestsymptom är färre och lindringen bättre för människor som slutar sitt liv i särskilt boende jämfört med sjukhus. Men en smärtpunkt i svensk hälso- och sjukvård är att många människor dör ensamma. Så även nu. Och mest ensamma är människor som dör

på sjukhus. För den som är gammal, skör och svårt sjuk är hemmet eller den hemlika miljön i ett särskild boende en tryggare miljö än den på ett sjukhus.

Kritik har riktats mot äldreomsorgen under pandemin. Det finns mycket att utvärdera i efterhand. Det kommer också att göras. Hade vi som samhälle kunnat göra något annorlunda för att bättre undvika att äldre smittas? Hade en större nedstängning av samhället gett äldreomsorgen och hemsjukvården mer tid att förbereda sig? Hade kommunerna kunnat agera på ett annat sätt? Låg alltför stort fokus initialt på intensivvård och sjukhusvård så att den kommunala sjukvården glömdes bort? Hur kommer det samlade resultatet att se ut? Kommer det visa sig att vi har haft en extrem överdödlighet bland äldre under 2020 jämfört med vanliga influensaår? Har strävan att komma bort från sjukhusbetoningen inneburit att pendeln slagit alltför långt åt andra hållet, så att sådant som t ex hygienrutiner negligerats? Frågorna är många. Vi kommer inte här att ge några svar på de frågorna. Det får framtida, faktabaserade utvärderingar göra. Men vi vill ändå framhålla att stora utvecklingssteg tagits även i den här verksamheten som kommer gagna brukare och anhöriga för längre tid än viruset orkar hålla ut.

Utvecklingsstegen i den kommunala hälso- och sjukvården

Tidsperspektiven är märkligt hoptryckta denna vår. I en SKR-rapport från början av mars i år – alltså strax före pandemin – beskrevs utmaningarna i den kommunala hälso- och sjukvården (Vård och omsorg i hemmet 2019, SKR). Några av dessa var att det svenska vårdssystemet är illa anpassat för patienter som har flera sjukdomar och som har behov av insatser från flera vårdgivare samtidigt, att personal i verksamheten upplever bristande medverkan av läkare i hemsjukvården, att många patienter inte har någon fast vårdkontakt eller samordnad individuell plan (SIP), att det finns brister i informationsöverföringen mellan huvudmännen och att ytterligare steg behöver tas för att minska antalet vård dagar för medicinskt färdigbehandlade patienter. Ingen ska behöva vara på sjukhus i onödan.

Med utgångspunkt i utmaningarna har vi spanat ut över den kommunala hemsjukvården och i ljuskägglorna från fyren verkar det inte som utmaningarna fördjupats, snarare tvärtom.

- Under de få månader som förflutit har **läkarmedverkan** i SÄBO och hemsjukvård förstärkts. Det går att se en tydlig ökning av läkartid i kommunal vård och omsorg samtidigt som många vårdcentraler väljer att koncentrera verksamheten till en eller två läkare, istället för att låta ansvaret vara utspritt på många läkare. Det ger bättre kontinuitet för brukarna.
- Att det finns **medicinska vårdplaner** upprättade av läkare som känner patienten är betydelsefullt för att göra bedömningar vid akuta situationer. Vid pandemins början bedömdes att endast hälften av brukarna i SÄBO hade sådana planer. På kort tid bedöms i stort sett alla brukare ha erhållit en medicinsk vårdplan, vilket är en enormt snabb utveckling på kort tid.

- **Informationsöverföringen** mellan regioner och kommuner har stärkts för att underlätta samverkan runt patienten eller brukaren.
- Det största utvecklingsprånget verkar gälla **utskrivningsklara** patienter/brukare. Andelen vårdplatser på sjukhus som upptas av utskrivningsklara patienter har minskat från 3,7 procent i maj 2019 till 1,8 procent i april 2020. Hela minskningen har skett under krismånaderna 2020 och det är framför allt i Stockholm som stora förändringar skett. Enbart i Stockholm har andelen vårdplatser på sjukhus som upptas av utskrivningsklara patienter minskat från 5,8 procent i maj 2019 till 0,8 procent i april 2020. De vårdplatser som frigjorts har därmed kunnat användas till att vårda patienter med covid-19.

På vilket sätt som multisjuka, dvs. kvinnor och män som har flera sjukdomar och som har behov av insatser från flera vårdgivare samtidigt, har påverkats under covid-19, vet vi inte. Det kan tänkas att även denna patientgrupp har kunnat dra nytta av till exempel ökad digitalisering och egenmonitorering. Den kommunala hälso- och sjukvården står för en stor del av de utvecklingsprång som här beskrivs under avsnittet om nära vård respektive digitalisering.

Omställningen i psykiatri och arbetet för psykisk hälsa

Pandemin har inneburit stora utmaningar för den psykiatriska slutenvården och den psykiatriska tvångsvården. En av de utmaningarna har handlat om att hantera risken för smitta, där det finns exempel på att man öppnat särskilda pandemivårdavdelningar för att undvika smittspridning. Inom den psykiatriska tvångsvården har restriktioner behövt införas vad gäller till exempel besök och permissioner. Psykiatri har i flera regioner lånat ut sin personal till den somatiska vården och även varit behjälplig med krisstöd till annan hälso- och sjukvårdspersonal.

I den omställning som tvingat fram andra former för öppenvårdsinsatserna för att minska antalet fysiska möten, har vården av patienter med kroniska sjukdomar varit en särskild utmaning. Det blir tydligt i psykiatri, där det fysiska mötet kan vara avgörande både för att bedöma patientens tillstånd och för patientens eget behov av att fysiskt möta vårdens personal. Psykiatri vittnar om att det funnits stor oro för att patienter i substitutionsbehandling för beroende inte ska få den medicinerings de behöver, att det skulle vara nödvändigt att stänga LARO-mottagningar (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende), vilket riskerar att öka dödligheten i substansbruk och överdoser. Oron har även varit stor för patientgrupper med allvarliga psykos-sjukdomar eller bipolär sjukdom som kräver kontinuerlig medicinerings för att inte få kraftiga försämringar i sjukdomen. Öppenvården fick i början av pandemin många avbokningar och inställda möten. Kontinuiteten rubbades av inställda besök på grund av sjukskrivningar bland personalen. Personer med omfattande funktionsnedsättningar blev ensamma i sina lägenheter och den vanliga möjligheten att se hur de mår försvann när träffpunkter, gruppverksamheter, fysisk aktivitetsgrupper med mera ställdes in för att inte riskera smittspridning.

Öppenvårdspsykiatri behövde snabbt ställa om. Med stor uppfinningsrikedom har man funnit nya sätt att lämna läkemedel, ge depåinjektioner, göra hembesök genom fönster och balkonger, använda sig av videomöten och telefon. Många mottagningar har gjort telefonlistor för att systematiskt ringa runt till alla kända patienter. Genom samarbete med boendestöd i kommunen och frivilligorganisationer har man funnit sätt att kompensera för en del av det vanliga stödet som fallit bort.

På kort tid har psykiatri blivit digital. Den digitala utveckling som tagit årtal att implementera, har nu genomförts på ett par veckor. Ökningen av distansmöten med olika videolösningar har exploderat. Plötsligt har tekniska hinder gått att övervinna. Det tidigare föreställningen om att patienter och personal är rädda för att använda digitala verktyg har visat sig vara gravt överdriven. Det viktiga är mötet mellan människor, inte i vilken form det görs. Självklart går vissa kvaliteter förlorade, såsom att kunna se hur personen rör sig, känna lukten, möta blicken – men det är förvånande hur mycket som ändå går att uppfatta vid ett videomöte om hur en person mår.

Den hastiga digitala omställningen i öppenvårdspsykiatri har dessutom fört med sig positiva effekter i form av ökad tillgänglighet. Det har gått att hinna med fler besök och göra tätare avstämningar. Kunskapen och förmågan att både ha individuella besök och gruppbehandlingar på distans har utvecklats. Det finns exempel på fysisk aktivitet på distans, olika gruppaktiviteter på telefon, behandlingsgrupp på video-möte och internetkurs till närstående.

En stor tillgång har självklart varit personalens fokus på att göra det bästa för patienter och brukare och på att förhindra försämringar i deras sjukdomstillstånd. Många av förändringarna och de nya arbetssätten hade förstås varit på gång tidigare, prövats i olika projekt men inte blivit införda på bredden. Öppenheten för att lära av varandra har varit tydlig, prestige och vanans makt har krympt. Det finns en glädje i att gemensamt lösa problem vilket ökat viljan till nya samarbeten och samordning.

Mobilisering för psykisk hälsa

Många har lyft fram riskerna för den psykiska hälsan med att stänga ner ett samhälle och isolera människor. Ensamhet, förlust av rutiner och sysselsättning, brist på fysisk aktivitet och ökad oro för jobbet, ekonomin, anhöriga och framtiden kan för många vara värre än oron för att bli smittad.

Mot bakgrund av de påfrestningar som stängningen av gymnasieskolan har haft för många ungdomar och särskilt för ungdomar med bland annat neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, finns det många exempel på intensifierat samarbete mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård för att hitta individuella lösningar för barn och familjer.

I mars tog SKR initiativ till att samla så många aktörer som möjligt runt frågan hur vi kan förebygga psykisk ohälsa under krisen. Myndigheter, civilsamhällsaktörer, kommuner och regioner har i början träffats i så kallade ringa-in-möten

varje vecka där man delat med sig av sina insatser och sina erfarenheter. Det har samlats ihop till ett omfattande material på webben till stöd för enskilda, myndigheter, organisationer, kommuner och regioner. Det pågår en enorm mobilisering i hela samhället. Kommuner, regioner och frivilligorganisationer har utökat sina telefonlinjer, uppfunnit digitala lösningar för möten och stöd, hittat nya distansformer för umgänge, skapat samarbete för att stödja de som behöver hjälp. För hälso- och sjukvården innebär samarbetet med civilsamhället stora vinster redan tidigt, men de stora vinsterna av samarbetet kommer sannolikt att visa sig i det senare skedet av pandemin.

Ett digitalt utvecklingssprång

Man kan förledas att tro att digitalisering handlar om teknik. Det gör det inte. Eller i alla fall inte enbart. Digitalisering är i första hand ett medel för att nå mål om till exempel kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvården, men även för att tillgodose människors behov och förväntningar på nya sätt. Ett verktyg för utveckling och förbättring till nytta för vårt samhälle. Det berör förmåga och förutsättningar till förändring och förnyelse. Det handlar också om att göra saker på helt nya sätt, att använda teknikens möjligheter för att frigöra tid till det som teknik inte kan ersätta: mötet människor emellan, de mänskliga och empatiska aspekterna av vård och omsorg. Det är ett skäl till att digitaliseringen utgör en viktig del i omställningen till nära vård.

På lokal, regional och nationell nivå har det under många år pågått insatser för att skapa förutsättningar för nya arbetssätt med stöd av digitalisering. Trots att Sverige har bland de bästa förutsättningarna i världen för digitalisering, finns det outnyttjad potential när det gäller att tillvarata digitaliseringens möjligheter för att skapa en mer tillgänglig, kvalitativ, jämlik, effektiv och personcentrerad hälso- och sjukvård. Många människor har erfarenheter av en snabbare utveckling i andra sektorer. Röster har länge höjts för att det ska gå snabbare att förnya hälso- och sjukvården, eller offentlig sektor i stort för den delen.

På flera ställen i den här skriften har den närmast explosionsartade utvecklingen på digitaliseringsområdet redan berörts. Under covid-19-pandemins inledande månader har svensk hälso- och sjukvård genomfört en digital omställning i en takt vi tidigare inte har varit i närheten av. Den rådande situationen har bidragit till ett kraftigt språng där nya arbetssätt och nya digitala lösningar på kort tid har införts på bredden över hela hälso- och sjukvården. Det som tidigare har tagit årtal att genomföra har nu i stor utsträckning skett inom loppet av dagar och veckor. Sveriges regioner och vårdgivare, privata som offentliga, har när det som mest behövts visat prov på handlingskraft, kreativitet och förmåga till förnyelse.

Omställningen har under mars och april 2020 bland annat handlat om följande.

- Digitala vårdmöten med chatt och/eller video har ökat radikalt. Det har breddats i hela landet och införts både i primärvård och specialistvård.
- Digitala verktyg för anamnes och guidning har införts av flera regioner och vårdgivare.

- Information, råd och vägledning på telefon och webb (1177) har väsentligt förstärkts.
- Självskattningstjänster och chattbotar har snabbt lanserats och gjorts tillgängliga för alla invånare i landet.
- Ökad användning av egenmonitorering av kroniska sjukdomar i regioner och hos privata vårdgivare.

Fysiska möten har kunnat ersättas med digitala

”Digitalt när det är möjligt, fysiskt när det behövs” brukar användas som devis i digitaliseringsarbetet. I en situation där det pågår smittspridning och samhället i viss utsträckning är nedstängt för att minska spridning av viruset, har de digitala möjligheterna varit en räddare i nöden. Det har snarare handlat om ”digitalt när det är går och är nödvändigt, fysiskt när det absolut behövs”. Pandemin har därför inneburit att utvecklingen och tillgängligheten till digitala vårdmöten har fått en enorm skjuts på kort tid. Det bör särskilt noteras att utvecklingen inte endast skett i primärvården, utan en större del av specialistvården har gjort en digital omställning och på kort tid lyckats tillhandahålla sådant som cancerrehabilitering, smärtbehandling, ortopedi och psykiatri via digitala tjänster. Ett nedslag i några regioner i april 2020 såg ut så här:

- **Stockholm** bedömer att antalet digitala möten i primärvården har ökat 11 gånger, jämfört med samma period förra året och antalet enheter som erbjuder digitala möten har ökat med 150 procent. I detta ingår att fler och fler specialistmottagningar ansluts.
- I **Västra Götalandsregionen** har mer än 500 medarbetare utbildats i primärvården i nya arbetssätt vid digitala vårdmöten. Antal digitala vårdmöten i primärvård har ökat med cirka 250 procent från februari till mars 2020. Antal specialistmottagningar som är anslutna för att kunna erbjuda digitala vårdmöten har gått från 70 i mars till 263 i mitten av april. Antal digitala vårdmöten i specialistvård har ökat med 700 procent.
- **Region Halland** har infört digitala vårdmöten på samtliga 24 regionägda vårdcentraler, 28 kliniker/mottagningar på Hallands sjukhus, 12 mottagningar inom psykiatri samt habilitering, kvinnohälsovård, syncentral och ungdomsmottagning. Antalet digitala vårdmöten har ökat från 100 i början av mars till 2250 i början av april.
- I **Region Kalmar** har antalet digitala vårdmöten ökat från 16 under februari till 1107 under april.
- I **Region Uppsala** har antalet digitala vårdmöten i primärvården ökat från 44 i februari till 2006 i april. Antalet digitala vårdmöten hos privata vårdgivare i regionen har ökat från 69 i februari till 3654 i april. Vid Akademiska Sjukhuset har antalet digitala vårdmöten ökat från 19 i februari till 1526 i april.
- I **Region Jönköping** har antalet digitala vårdmöten ökat från 180 ärenden/vecka till 1200 ärenden/vecka mellan mars och april. De flesta medarbetare i primärvården har utbildats och fått tillgång till nya verktyg.

- I **Region Västerbotten** har digitala vårdmöten ökat med 544 procent från februari till mars 2020. Förutom i primärvården har antalet anslutna kliniker i specialistvården ökat med 200 procent.
- Den privata vårdgivaren **Capio** uppger att antalet digitala vårdmöten i primärvården nästan har fördubblats sedan pandemins utbrott. Antalet anslutna vårdcentraler har gått från 40 till 80. I specialistvården har man gått från några enstaka digitala besök per dag till i snitt 180 besök per dag.
- De fyra största **digitala vårdgivarna** redovisar att antalet vårdmöten sammantaget har ökat med drygt 60 procent från februari till mars 2020.

Även om ovanstående nedslag bara ger en bild av läget i ett urval regioner är den representativ för utvecklingen i övriga regioner och många privata vårdgivare i landet. Det innebär att svensk hälso- och sjukvård på kort tid och på bredden lyckats ställa om till att erbjuda invånare fler och fler digitala vårdmöten.

Förmågan och villigheten hos hälso- och sjukvårdens medarbetare att arbeta på dessa nya sätt är även något som stöds av den undersökning om medarbetares inställning till digitalisering i välfärden som SKR presenterade i mars i år. (*Digitalisering i välfärden. Attityder och erfarenheter bland medarbetare och studenter*, SKR 2020)

Omställningen visar också att patienter, anhöriga och befolkningen i stort är väl så mogna för att använda digitala tjänster i hälso- och sjukvården. Det bekräftas även av en annan genomförd undersökning av SKR, där mer än hälften av de tillfrågade invånarna ställde sig positiva till vård, konsultation och behandling med stöd av digital teknik. (*Invånarnas inställning till digitalisering i välfärden 2020*, SKR)

Nya digitala tjänster har utvecklats

Att många vårdgivare inom både primärvård och specialistvård har tagit stora steg i riktning mot att kunna erbjuda digitala vårdmöten har självfallet haft stor betydelse både för att minska smittspridning och för att kunna upprätthålla hälso- och sjukvårdens funktion. Det har möjliggjort för hälso- och sjukvården att fortsatt kunna möta invånares behov i både primärvården och specialistvården.

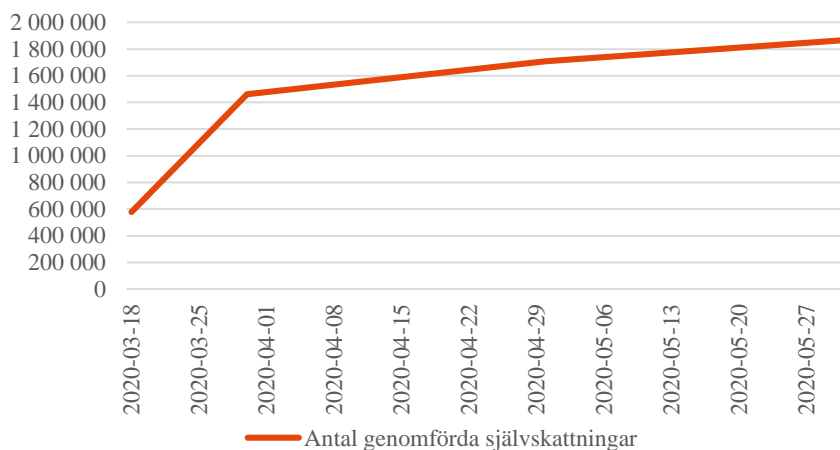
Men det är inte enbart vårdmöten som blivit digitala. Nya tjänster har också utvecklats och införts på avsevärt bredare front än tidigare. Fler regioner och privata vårdgivare har infört digital **anamnesupptagning och guidning/triagering**. Det innebär att man hemifrån kan logga in och beskriva sitt ärende i ett strukturerat formulär. Med svaren som grund kan invånaren få automatiserade egenvårdsråd, möjlighet till digitalt möte med hälso- och sjukvårdspersonal eller rekommendation att ringa 112. Detta är ett sätt att både öka människors självständighet och kunna erbjuda en bättre och mer tillgänglig service samtidigt som det minskar belastningen på hälso- och sjukvårdens personal.

Regioner och privata vårdgivare har även ökat takten i införande av **egenmonitorering av kroniska sjukdomar**. Det handlar om digitala lösningar (sensorer, läsplattor, mätutrustning m.m.) som gör det möjligt för patienter med kronisk sjukdom att själva, i hemmet hålla koll på sina värden och vid behov koppla upp sig digitalt mot hälso- och sjukvården för att få stöd. Det är en bärande del i utvecklingen mot en mer proaktiv hälso- och sjukvård där människor får bättre möjligheter att känna sig trygga, hålla sig friska i vardagen och därmed undvika försämrade hälsotillstånd med återinläggningar m.m. som följd. I dagsläget erbjuds egenmonitorering exempelvis inom astma/KOL, hjärtsvikt, diabetes, psykisk hälsa och vid högt blodtryck. Som exempel kan nämnas att Region Jämtland Härjedalen nu på bredden inför detta för ungefär 4000 invånare. Region Skåne genomför en särskild tidsbegränsad satsning under perioden april – oktober för att, under pandemin, erbjuda egenmonitorering för flera olika grupper av personer med kronisk sjukdom såsom exempelvis hjärtsvikt, KOL, njursvikt och andningssvikt. I Halland, Västra Götalandsregionen och Region Östergötland tar man, efter piloter inom ett antal områden, steg mot att införa detta på bredden. Nämnas kan även att Capiro i slutet av april 2020 lanserade ett nytt koncept, Capiro Hemma, som successivt kommer att införas på vårdcentraler i landet.

Tidigt i pandemin tog flera regioner och privata vårdgivare initiativ till att förenkla och förbättra service och stöd till invånare genom att utveckla och införa så kallade **självskattningstjänster och chatbottar**. I en situation där man har symtom, känner sig orolig, vill ha svar snabbt och tvekar inför att behöva vänta i telefonkö, kan en automatiserad tjänst som kan ge vägledning om just den egna situationen vara ett alternativ. Från vårdens sida innebär det att avlasta sjukvårdsrådgivningen på 1177.

Redan under första halvan av mars lanserade Region Stockholm en självskattningstjänst där invånaren själv, genom att fylla i ett antal frågor, kan få råd och stöd om egenvård eller uppmanas att kontakta hälso- och sjukvården. Region Stockholm ställde tjänsten till förfogande för övriga regioner, vilket innebar att tjänsten blev tillgänglig för människor i hela landet. I slutet av maj hade omkring 1,9 miljoner självskattningar genomförts.

Figur 8: Antal genomförda självskattningar



Källa: Region Stockholm

Vidare kan noteras att 20 procent av de totala antalet självskattningar har resulterat i en hänvisning till individen att kontakta 1177 Vårdguiden.

Under samma tid utvecklade Västra Götaland (VGR) en så kallad chatbott, som komplement till självskattningstjänsten. Chatboten ger svar på frågor om covid-19, vilka symtom man ska ge akt på och när det är läge att kontakta 112 eller 1177. Även VGR har tagit initiativ till att den finns tillgänglig för hela landet.

De privata vårdgivarna har tagit fram digitala tjänster som stöd för människor att få information om var de ska vända sig, hur de ska bedöma sina symtom och sköta egenvård.

Reflektion – Utvecklingsprång behöver idéer som trampoliner

Våra observationer tyder på att alla de utvecklingsprojekt, försök i mindre skala eller innovationer framdrivna av eldsjälar har haft betydelse. Tekniska lösningar, nya verksamheter organiserade utanför gängse ordningar, nya arbetssätt och rutiner har plötsligt satts och/eller skalats upp. Det pekar mot betydelsen av ett innovativt förhållningssätt inom hälso- och sjukvården och att det bedrivs ett aktivt utvecklingsarbete.

De regioner och kommuner som hunnit längre i sitt omställningsarbete, verkar ha haft bättre förutsättningar att hantera krisen. Det har underlättat om det funnits etablerade samverkansstrukturer mellan regioner och kommuner som redan varit ”up and running”. Om det även funnits etablerade samarbeten med civilsamhället har också det underlättat hanteringen av krisen, eftersom dessa organisationer har kunnat avlasta och komplettera vården.

Utvecklingsprången hade sannolikt inte varit möjliga utan de diskussioner, projekt och utvecklingsarbeten som har bedrivits de senaste åren. Det pekar mot betydelsen av att bejaka utveckling, experiment och försök i liten skala. Lika

viktigt, och en grundläggande förutsättning för till exempel omställningen till nära vård, är att det bedrivs en vital, kritiskt och utvecklingsinriktad idédiskussion om sjukvårdens förmåga, effektivitet och kvalitet, om dess uppdrag och roll i samhället. En sådan idédiskussion kan utgöra en grogrund för förändring. Och den sker inte av sig självt. Den drivs av människor med en gemensam förståelse och övertygelse om att de kan lösa ett problem.

Hanteringen av krisen saknar inte sina brister. Det pekas på brister i samordning, otydlighet, att vissa saker går för långsamt, att det fortfarande finns revir att försvara. Men man ska inte stirra sig blind på bristerna, inte heller blunda för utmaningarna. Våra iakttagelser tycks peka mot att det gigantiska stresstest som hälso- och sjukvården är utsatt för under denna kris, även är ett stresstest av de idéer, hypoteser och ideologier som ligger inbäddade i sjukvårdsreformen. Förbättrad regional och nationell samordning, stärkt samverkan på alla nivåer och digitalisering är några av byggstenarna i reformeringen. Krisen tycks visa att dessa ambitioner håller, att de rent av utgjort en hävstång i hanteringen av krisen.

Inget blir som vanligt igen

Winston Churchill lär ha sagt ”Never waste a good crisis”. Vad gällde Churchill själv verkar historikerna vara eniga om att han aldrig fungerade så väl och var aldrig så populär som under kriget, den stora krisen. Annat var det i fredstid. Hjalteglorior kan glimra, andra hamna på sned och radikala förändringar ske under en kris.

En samhällskris innebär att ordningar kastas om, att det som varit givet blir oförutsägbart, att sprickor och ofullkomligheter blottas som under lugnare tider kunnat döljas under bekymmerslöshetens kosmetika. I en kris blir alla sårbara. Och rädda. I omvärlden ser vi exempel på hur. Andra kan, av rädsla, bli benägna att peka finger eller leta syndabockar.

Men en kris kan också frambringa det bästa i oss. I ett samhälle som i grunden präglas av ideal om demokrati, alla människors lika värde, tillit och framtidstro kan människor komma samman och åstadkomma storartade saker. Plötsligt kan det svåra bli lätt, det omöjliga bli möjligt, det krångliga bli enkelt och gammalt groll läggas åt sidan. Det uppstår inte ur intet. Det måste finnas en grogrund, något att bygga på, en tidigare gjord erfarenhet eller en uttryckt viljeriktning.

Pandemin och sjukdomen covid-19 är en skrämmande och mänskligt smärtsam erfarenhet. Det förklarar vår benägenhet att beskriva den som en parentes, en paus, ett uppehåll i det normala livsflödet och samhällsfunktionaliteten. ”När allt det här är över” och ”när vi återgår till det normala”. Men kommer vi att kunna gå tillbaka till något slags ursprungsläge? Är det ens möjligt eller önskvärt? Utan att missakta de hemska följderna av pandemin, människor blir svårt sjuka och dör, inte heller de långsiktigt negativa konsekvenserna för samhället på ekonomi, socialt liv och folkhälsa, kommer det också att finnas mycket kunskap och erfarenhet i våra samhällsinstitutioner att bära med sig in i framtiden. Det framgår av det vi sett i ljuset från fyren. Men det kommer också finnas tåtar som måste plockas upp igen i den väv som utgör hälso- och sjukvården.

Skulder och pucklar

Det talas mycket om skulder och pucklar nu. Vårdskuld och rehabiliteringspucklar. Hälso- och sjukvårdens medarbetare värjer sig för ordet skuld – hur kan vården anses stå i skuld när den har gjort allt som står i dess makt för att rädda liv? Låt oss hellre tala om uppskjuten eller framflyttad vård.

Efter att ha genomlevt den intensiva fasen av epidemin, vad händer då? Nu i juni befinner vi oss på en platå i smitt- och sjukdomsspridningen. Vi sitter som publik på läktaren i amfiteatern och väntar på peripeti, det ögonblick i det grekiska dramat då allt vänder – är det nu det vänder? Eller ska detta drama ta ytterligare en vändning? Ska det bli sämre igen? Det talas om en andra våg av smittspridning. Det är uppenbart att vi inget manus har för framtiden.

Det vi vet för säkert är att hälso- och sjukvården kommer att leva under tyngden av tre samtida belastningar:

- För det första kommer de personer som insjuknat under den här smittspridningen och som har långvariga behov av intensivvård att finnas kvar och om det kommer en ny våg av smittspridning – landet öppnas för resor, fotbollsmatcher och sammankomster – ska även den patientgrupp som tillhör andra vågens smittspridning beredas plats i en redan utmattad sjukvård.
- För det andra, och samtidigt som belastningen på intensivvården fortsatt är hög, måste hälso- och sjukvården kunna erbjuda rehabilitering till alla de människor som antingen vårdats i intensivvård eller i sina hem och som är svårt märkta av sjukdomen. Det kan även leda till undanträngningseffekter för andra patientgrupper som behöver rehabilitering.
- För det tredje måste hälso- och sjukvården börja ta hand om den vård som har skjutits upp under krisen. All vård har inte skjutits upp. Det finns tecken på att vården på vissa områden klarat sig bättre än befarat, men det rör sig ändå om mängder av inställda operationer, screening, årliga tester av kroniskt sjuka, provtagning, utvecklingsprojekt som pausats, initiativ som kommit av sig... det är mycket som ska tas igen.

Våra intervjupersoner menar att covid-19 är en sjukdom som är här för att stanna och att hälso- och sjukvården måste hitta sätt att hantera sjukdomen när pandemin har blåsts av vilket inbegriper strukturella, organisatoriska frågor och arbetssätt.

De uteblivna sjukvårdsbesöken under den här perioden, till följd av att hälso- och sjukvården inte kunnat ta emot patienter eller för att människor varit rädda för att besöka vården på grund av risk för smitta, för att belasta vården eller vara till besvär – det kan innebära att ohälsan i befolkningen ökar. Att antalet besök till akuten på grund av hjärtbesvär har halverats är nog knappast för att människor plötsligt har blivit dubbelt så hjärt-friska. Utöver det finns det personer som är i behov av en operation eller annan behandling som inte syns i statistiken. En förutsättning för att ställas på väntelista är nämligen att ett första besök och bedömning görs. Eftersom färre har fått ett första besök under pandemin, och därmed inte finns på någon väntelista, finns det ett mörkertal för hur många det är som behöver en operation. Risken är att konsekvenserna av utebliven kontakt med hälso- och sjukvården lägger sten på börda till den uppskjutna vård vi redan känner till. Frågan är vilken konsekvens covid-19 har för folkhälsan i stort.

En annan fråga gäller hur mycket hälsan har försämrats för människor med kroniska sjukdomar, vars rehabiliteringsinsatser har ställts in under krisen. Många är oroliga för att det kommer att dröja tills rehabiliteringen återupptas och för att deras sjukdomstillstånd har försämrats under den här perioden.

Vi ska heller inte glömma bort den psykiatriska vården. De negativa psykologiska konsekvenserna av covid-19 är vi höggradigt medvetna om. Människan är en social varelse. Isolering, sysslolöshet, oro och brist på fysiska

möten med andra människor kan lämna spår. Bristen på taktil beröring för människor som inte har familjemedlemmar som de umgås dagligen med kan ge konsekvenser. För vi är också taktila varelser, har behov av fysisk beröring. Vi vet att barn växer bättre om de omges av kärlek och fysisk kontakt, får pussar och kramar i obegränsad mängd. Det är ett behov som kvarstår livet ut. Vi vet inte vilka hälsokonsekvenser som sorg och ledsamhet till följd av livet i isolering leder till, eller vad det betyder för människor att inte ha kunnat hålla sin närstående i handen när hon eller han lämnat jordelivet, att inte ha fått hålla om den som sörjer, kasta sig om halsen på den som tar studenten eller hålla sitt nyfödda barnbarn i famnen. Det är många som får genomleva livets stora händelser i frånvaro, i ljuset från en dataskärm eller utan fest. Vad dessa upplevelser kommer att innebära för människor och vilka insatser från hälso- och sjukvården som kommer krävas vet vi inte idag. Det är kanske i livlinjens ytterligheter som kännbarheten är som störst – unga människor som står och stampar och otåligt vill att livet ska börja: låt det vara studier, jobb eller resor som går om intet, och de gamla som tänker: är det så här i isolering och tråkigheter som jag ska framleva mina sista dagar i livet? Pandemin väcker existentiella frågor.

Samtidigt – och det är viktigt – har många påpekat att det för många finns positiva effekter av denna paus i det uppskruvade tempo som präglar vår samtid. Småbarnsföräldrar som inte längre behöver hasta mellan förskola och jobb, att vi kan måna extra om våra närmaste även om vi inte träffar dem. Tempot sänks och det finns tid för reflektion.

Medarbetare i behov av återhämtning

Medarbetarna i hälso- och sjukvården är inga robotar. De är människor som behöver andrum, återhämtning och vila som alla andra. Den främsta utmaningen med covid-19 är att sjukvårdens personal har arbetat under både fysiskt och psykiskt ansträngande förhållanden under mycket lång tid. Som att springa ett maratonlopp i sprinthastighet. I de verksamheter som har varit utsatta för den hårdaste belastningen råder nu ett stort behov av vila och återhämtning.

Arbetsgivarna har ännu ett pussel att lägga. De ska se till att personalen får semester och att patienterna får den vård de behöver. För behovet av sjukvård tar inte semester, verksamheten måste fortsätta fungera även under sommarmånaderna. Arbetsgivarna är skickliga pusselläggare inför varje sommar, men i år är förutsättningarna särskilt svåra. Det osäkra läget bidrar till det. Det måste finnas en beredskap för att snabbt kunna bemanna viktiga funktioner i vården och omsorgen om smittspridningen skulle ta fart igen.

Rapporterna säger att de flesta regioner klarar av att ge medarbetarna fyra veckors sammanhängande semester under sommarmånaderna. Svårare är det för intensivvårdspersonalen som kanske får lägga en del av sin semester i september.

Förändringens pris?

Det finns mycket positivt i de steg som har tagits i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Men vi ska inte blunda för att en sådan snabb omställning också kommer med ett pris. Det kan röra företeelser och förändringar som vi inte vill ska bli bestående. Vi kan ha tappat människor och värden på vägen. Vilka dessa prislappar är kan vi svårligen veta just nu – de flesta kan vi säkert inte ens se. Det är så i en kris, synfältet smalnar.

I hög hastighet riskerar man att missa nyanser. I en situation där alla är kraftfullt lösningsfokuserade kan viktiga grundvärden tappas bort och den etiska kompassen inte hinnas med. Det kommer finnas saker vi ångrar i efterhand, konsekvenser av förändringar som vi inte förutsåg. Det finns alltid en risk, erfarenheter från tidigare kriser har visat det, att det är de som redan befinner sig i utsatta situationer som riskerar att fara mest illa. Det är lättare att ställa om när man har marginal, lättare att anamma nya digitala lösningar när man redan är ute på nätet och lättare att vara medskapare i sin egen vård när man kan språket. Människor ska inte behöva hamna på efterkälken. Strävan efter en jämlik vård och hälsa är lika viktigt i en pandemi som annars. Det är också en aspekt att utvärdera när den tiden kommer.

På flera ställen i den här rapporten har det konstaterats att krisen inneburit att idéer, verksamheter och utvecklingsinsatser som bedrivits under lång tid, i mindre skala eller projektform, som det varit trögt att förverkliga eller sjösätta plötsligt har fått en skjuts.

Forskaren Johan Quist funderar i sin artikel över att de snabba omställningarna tycks ha inneburit att de resistorer – motstånd i form av regler, rutiner och kulturer – som finns i alla organisationer har kopplats ur i krisens uppdrivna hastighet. Plötsligt blir allt möjligt! Det kan också ha inneburit att regler rundats eller tänjts på. Vad priset varit för det, om det kommer att uppstå problem längre fram, återstår att se.

Johan Quist kopplar även detta till idén om *tillitsstyrning* som bygger på tanken om att lösgöra professionerna från oket av till synes meningslösa föreskrifter, mätningar och administrativa bördor. Det är nog många medarbetare i hälso- och sjukvården som upplevt sig kunna arbeta ”högoktanigt” – annat brus i form av rapportering och administration har rensats bort för att det helt enkelt inte funnits tid till det. Har krisen också inneburit en storskalig tillämpning av tillitsbaserad styrning? En annan närliggande aspekt är att experter aldrig tidigare haft en sådan framskjuten plats i offentligheten som under krisen. I en kris förskjuts det offentliga samtalet, nya röster hörs och andra tystnar. Vad det innebär i förlängningen kommer säkerligen att analyseras flitigt i krisens efterdyningar.

En vacker dag ska detta komplexa system återta mer normala former. Verksamheter ska återupptas och den uppskjutna vården planläggas på nytt och genomföras. Den processen har redan påbörjats. En av våra intervjupersoner säger att en av utmaningarna med just den här krisen har varit dess längd, att

den pågår så länge. Det finns en komplexitet och utmaning i att leda i särskild sjukvårdsledning under så lång tid. I det akuta skedet blir man snabbfotad, men ganska snart tränger sig behovet av att blicka framåt på, de strategiska frågorna pockar på uppmärksamhet.

Hälso- och sjukvårdens omställning en förutsättning i pandemin

En sådan här rapport riskerar att bli inaktuell innan den ens publicerats. Det händer saker varje dag. Det tillhör logiken i en kris. Det är särskilt giltigt i en pandemi som förflyttar sig och går igenom olika faser. Regeringen och myndigheterna tar löpande beslut som påverkar hälso- och sjukvården, antingen direkt eller indirekt. Regionerna tar beslut lokalt och samordnar sig nationellt.

Just nu, i juni, går arbetet med pandemin in i en ny fas där smittspårning och testning av personer som uppvisar sjukdomssymtom intensifieras. Reserestriktionerna hävs. Det berör regionerna och hälso- och sjukvården i högsta grad. Även i det avseendet måste verksamhet ställas om för att logistiken ska fungera.

Det är många exempel och företeelser i omställningen som vi inte här berört eller fördjupat oss i. Syftet har varit att spana och att visa att pandemistrategin, att hålla smittspridning och sjukdomsutveckling på en nivå som innebär att inte hälso- och sjukvården överbelastas, har förutsatt att hälso- och sjukvårdens kapacitet och förmåga att hantera helt nya förutsättningar har ökat.

För att återgå till det vi inledningsvis kallade ”urbilden” för rapporten – vi har velat beskriva vad den lilla ”hatten” i diagrammet innehåller, att det inte bara har handlat om utökning av IVA-platser. Lika viktigt har den omställning och de utvecklingssprång som tagits i andra delar av hälso- och sjukvården varit för att avlasta intensiv- och sjukhusvården. De har också underlättat att någorlunda upprätthålla tillgängligheten i hälso- och sjukvården och därmed dämpa de långsiktigt negativa hälsoeffekterna av pandemin.

Det är viktigt att ta med sig kraften och resultaten av de utvecklingssprång som gjorts under pandemin. Vi kan inte backa. Det verkar ha gett nära vård-omställningen en skjuts, gett patienter och brukare nya möjligheter att möta vården och omsorgen, de digitala sprången har förändrat och tillgängliggjort vården. Kan erfarenheten bli en drivkraft för fortsatt omställning?

Det har varit en prövningens vår detta 2020. Pandemin har satt enskilda människors tålamod och uthållighet på prov liksom våra institutioner och förvaltningsmodeller. Många är otåligt angelägna om att utvärdera. Det är för tidigt än, men det kommer att göras.

Om man ska välja ut två faktorer som vi tycker oss se har haft störst betydelse i omställningen skulle det vara *samverkan* och *förnyelse*.

Till sist – inget av detta hade varit möjligt utan alla de människor som arbetar i vården och i omsorgen. Dessa kvinnor och män som varje dag och varje natt går

till jobbet. Som tar på sig bussarongen, förklädet, den skavande andningsmasken och blir en del i en armé av försvarare av hälsa och människovärde. De kämpar vidare, trots att de kanske inte hunnit vädra ut tröttheten från det förra arbetspasset, ledsenheten över att ha förlorat tvekampen med döden över en patient eller känslan av att inte ha hunnit se, trösta och lugna de oroliga. De som värjer sig inför hjältehyllningar med orden ”jamen, vi gör ju bara vårt jobb”. De som löser uppgiften, även om den verkar omöjlig. De som hittar på nya lösningar på problemet för att man måste. De som är djupt lojala med sin nästa och sitt uppdrag.

En majoritet av dem är kvinnor, det ska sägas. Om coronakrisen liknas vid ett världskrig mot en osynlig men högst kännbar fiende, har hjältarna i dess krigsföregångare vanligen varit män. Så är det inte nu. Och vapnen är medicinska och står i livets tjänst.

Samverkan och förnyelse

Svensk hälso- och sjukvård har genomgått en stor omställning under covid-19-pandemin. Den rör dels kapacitetsökningar i intensivvården och omställning av resurser och personal, dels snabbt förändrad organisering, stärkt samverkan och samordning, förändrade arbetssätt och digitalisering. Omställningen och kapacitetsökningen i hälso- och sjukvården har varit en förutsättning för att rädda liv. De viktigaste framgångsfaktorerna är *samverkan* och *förnyelse*. Rapporten är en spaning över omställningen under fem månader med corona.

Upplysningar om innehållet
Emma Spak, emma.spak@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020
ISBN: 978-91-7585-835-7
Produktion: SKR