



Den privatdrivna sjukvårdens erfarenheter av pandemin

En oberoende studie på uppdrag av Vårdföretagarna

December 2021

Innehållsförteckning

Inledning	2
Syfte	2
Omfattning	2
Disposition	3
Metod	3
Sammanfattning och slutsatser	4
1. Primärvård	7
2. Vaccinationer	16
3. Specialistvården	22
4. Utlåning av personal	28
5. Upphandling av vårdtjänster och avtal under pandemin	31
Bilagor	
Referenser	

Inledning

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har fått ställa om på ett exceptionellt sätt under covid-19-pandemin. Pandemin har utmanat sjukvårdens kapacitet avseende såväl personella resurser som kritisk medicinteknisk utrustning och materielförsörjningskedjor. I ett extraordinärt läge och kris har det krävts snabba, modiga och viktiga beslut. Tidigt stod det klart att pandemin inte bara påverkade intensivvården på landets sjukhus. Många patienter i den övriga vården tvingades att stå tillbaka till förmån för de covid-19-relaterade insatserna. Alla vårdgivare, oavsett driftform, fick snabbt ställa om verksamheten för att möta de nya behoven.

I kriser, såsom under covid-19-pandemin, krävs ett effektivt resursutnyttjande, samverkan och tydliga prioriteringsprinciper för att kunna skydda befolkningen och säkerställa att all kapacitet och samtliga resurser används på ett så effektivt sätt som möjligt. Pandemin har visat att den svenska hälso- och sjukvården fungerar allra bäst när alla gemensamma krafter drar åt samma håll. För att kunna möta sjukvårdens fortsatta utmaningar och ta vara på de framsteg som tagits under pandemin är det kritiskt att fortsatt nyttja denna omställningsförmåga på ett långsiktigt hållbart sätt.

En lärdom från pandemin är att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har visat på en förmåga till omställning inom flertalet områden såsom samverkan, förbättrade flöden som nya arbetssätt där digitalisering nyttjats i betydande omfattning.¹ Trots att pandemin tydligt har accelererat effektivisering, samverkan och digitalisering så har de omprioriteringarna som krävts under pandemin också fått konsekvenser. De eftersatta vårdbehoven till följd av covid-19 pandemin är stora. Följderna av den uppskjuten vården kan innebära svåra och kostsamma komplikationer, för både patienten och samhället - under många år framöver. Sveriges Kommuner och Regioners, (SKR:s) mätning av väntetider i vården visar att per juli 2021 står över 620 000 personer och väntar på vård, varav närmare 240 000 väntat längre än den lagstadgade vårdgarantins tidsgränser².

Privata aktörer är, trots omfattande regionala skillnader, en betydande del av den svenska sjukvården. Under 2020 gjordes 22,5 miljoner patientbesök hos privata vårdgivare i den öppna hälso- och sjukvården vilket utgör 38% av totala patientbesök.³ Denna studie kommer huvudsakligen att fokusera på den privatdrivna vårdens insatser och erfarenheter av pandemin.

Syfte

Syftet med denna studie är att lyfta den privatdrivna vårdens* perspektiv och erfarenheter från pandemin och områden som har underlättat eller utmanat samverkan, effektivitet och kvalitet. Syftet med studien är vidare att identifiera områden som skapar bättre förutsättningar för att tillsammans säkerställa att den privatdrivna vårdkapaciteten nyttjas effektivt vid en eventuell fjärde våg av covid-19, i en ny pandemi, i hanteringen av den uppskjutna vården samt i den normala driften av sjukvården.

I förfrågningsunderlaget som ligger till grund för studiens genomförande har Vårdföretagarna önskat beakta ett antal områden, däribland:

1. Vad behöver vi ta med oss inför nästa pandemi, eller covid-19-våg, för att säkerställa att den privatdrivna vården kan avlasta den offentliga vården på ett optimalt och effektivt sätt?
2. Hur kan privata vårdgivare avlasta sjukvården i arbetet med att hantera den uppskjutna vården på ett optimalt och effektivt sätt?
3. Vilka lärdomar kan vi dra av pandemin som kan användas framåt för att tillsammans nyttja hela den svenska kapaciteten på ett optimalt och effektivt sätt?

Omfattning

Nedan presenteras de analysområden som omfattas av studien samt de avgränsningar som har gjorts. Avgränsningar har överenskommit med uppdragsgivaren. Uppdragsgivaren har inte haft inverkan på den analys som har genomförts och de slutsatser som har formulerats.

*Offentligt finansierad vård som drivs av privata vårdgivare på uppdrag av regioner

¹ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Hälso- och Sjukvårdsrapporten 2021* (2021)

² Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) *Väntetider i vården, 2021*.

³ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Verksamhetsstatistik 2011–2020* (2021)

Omfattningen av studien har avgränsats till att innefatta den privatdrivna primärvården och specialistvården under pandemin, från februari 2020 till och med oktober 2021.

Kapitel i studien innefattar analys av offentlig data och information, information tillhandahållen från privata vårdgivare samt beskrivningar av den privatdrivna vårdgivares erfarenheter från perioden.

Studien har i huvudsak ett nationellt perspektiv där respektive avsnitt gör nedslag i specifika regioner. Nedslagen i regionerna syftar snarare till att beskriva likheter och olikheter och ska inte tolkas som en heltäckande bild.

Avgränsningar

Följande områden innefattas inte i studien:

- Kommunal hälso- och sjukvård
- Begränsningar i officiella data för 2021 varför vissa analyser baseras på 2020 års utfall
- Juridiska och ekonomiska implikationer från beslut och avtal

Disposition

Studien är uppdelad i sju delar:

- Inledning,
- Sammanfattning och slutsatser
- Primärvård
- Vaccination
- Specialistvård
- Utlåning av personal
- Upphandling och avtal under pandemin

I varje kapitel finns även en eller flera sammanfattningar, där väsentliga observationer lyfts från respektive kapitel. I början av samtliga kapitel finns även en sammanfattning av de slutsatser som dragits inom respektive kapitel.

Därefter presenteras en avslutning samt ett Appendix som innehåller en intervjuförteckning samt regionala fördjupningar inom ramen för Vaccination och Specialistvård.

I intervjuförteckningen beskrivs samtliga respondenter som på olika sätt deltagit i denna studie. Inom ramen för empirin är respondenternas namn oftast uttryckligen beskrivna medan de i vissa fall är beskrivna i mer generella termer så som "Hälso- och Sjukvårdsdirektör" och "Respondent inom den privatdrivna vården".

Metod

Studien baseras på officiell information och data samt den information och de underlag som har tillhandahållits av privata vårdgivare. Vi har utgått från att informationen och materialet är korrekt, aktuellt och uppdaterat samt fullständig för uppdragets utförande och har inte självständigt verifierat att så är fallet.

Under studiens genomförande för den utvärderade perioden har över 15 intervjuer genomförts med fler än 25 individer. Intervjuer har genomförts med representanter från såväl privata vårdgivare såsom regioner. Intervjuerna har ofta behandlat uppföljningsfrågor, men majoriteten av intervjuerna har uteslutande fokuserat på ett av områdena. Intervjuernas omfattning har varierat mellan 30 och 90 minuter och genomförts mellan oktober och december 2021.

Intervjuerna har varit semistrukturerade, vilket innebär att de har utgått ifrån förberedda så väl konkreta som reflekterande frågor men har tillåtit intervjuaren att ställa följdfrågor utifrån representantens svar. Inför varje intervju har frågorna förberetts med hänsyn till representantens ansvar, funktion, relevant sakområde samt utifrån eventuell på förhand erhållen dokumentation, information som uppkommit i tidigare intervjuer samt Grant Thorntons kunskap och erfarenhet. Intervjuerna har normalt genomförts av en till tre personer och frågorna har formulerats på förhand. I de fall där uppföljande intervjutillfällen har genomförts har fokus för dessa varit på en mer detaljerad nivå och på specifika sakfrågor. En sammanställning av de intervjuer som har genomförts finns i Appendix. Utöver ovan nämnda intervjuer har avstämningar i form av e-post och telefonsamtal genomförts för att bekräfta viss information.

Sammanfattning och slutsatser

Pandemin har inneburit en stor påfrestning på hela det svenska vårdssystemet, där primärvård, specialistvård och akutsjukvården påverkats på olika sätt. Utifrån den privatdrivna vårdens erfarenheter framkommer såväl framgångsfaktorer såsom utmaningar inom samverkan, digitalisering, befintliga avtal och upphandlingar. De regionala skillnaderna i hur utmaningar under pandemin har hanterats har skapat ojämlika förutsättningar och även en ojämlig vård under pandemin. Samtidigt har dessa regionala skillnader skapat förutsättningar för att dra lärdomar av vad som har fungerat väl och vad som behöver utvecklas framåt.

Nedan beskrivs denna studies övergripande observationer och slutsatser.

Område	Observationer	Slutsats
Dra nytta av den samverkansseffekt som pandemin resulterade i	<ul style="list-style-type: none"> Pandemin har bidragit till samverkansseffekter som den svenska vården aldrig tidigare upplevt. Flera framhåller att den kontinuerliga kontakten, på såväl lednings- såsom operativ nivå, har varit viktigt för samverkan under pandemin men även att eventuella tidigare etablerade samverkansforum gett goda förutsättningar för att tillsammans hantera de utmaningar de stod inför under pandemin. 	För att säkerställa att den goda samverkansseffekt som skapades under pandemin bibehålls krävs kontinuerligt samarbete och dialog. Detta kan exempelvis innefatta kontinuerliga samverkansprojekt på strategisk och operativ nivå, kontinuerlig dialog och kommunikation samt skapandet av en gemensam strategi för hur vården (oavsett regiform) ska arbeta för att kontinuerligt förbättra vården.
Dra nytta av den effektivitet som den accelererade digitaliseringen bidragit till	<ul style="list-style-type: none"> Vården har tagit enorma steg inom digitalisering under pandemin och bidragit till stora effektiviseringsvinster som tidigare diskuterats men inte implementerats fullt ut. Vidare har flera regioner tagit tillfälliga beslut för att stötta den digitala omsättningen, exempelvis inom ramen för ersättning av digitala vårdkontakter. I skrivande stund rapporteras dock om flertalet regioner som har för avsikt att ta bort den tillfälliga ersättningen för digitala vårdkontakter, för att istället gå tillbaka till de villkor som gällde innan pandemin 	Pandemin har bevisat att det går att effektivisera vården genom digitala verktyg och flöden. För att bibehålla den effekt som digitaliseringen resulterat i och inte backa in i framtiden, krävs att villkor och ersättningsystem linjerar med det nya arbetssättet. Det behövs en nationellt fastställd strategi för hur den digitala vården ska tillhandahållas i Sverige och vilka förutsättningar och villkor som gäller inom ramen för detta. Sannolikt skulle detta bidra till såväl ökad effektivitet, patientnöjdhet såsom en mer jämlik vård över landet.
Avtal under pandemin	<ul style="list-style-type: none"> Pandemin har synliggjort en rad utvecklingsområden inom ramen för såväl villkor såsom formuleringar i befintliga LOV- och LOU-avtal. Otydliga och skilda katastrofklausuler har resulterat i ett omfattande arbete inom respektive region samt hos privata vårdgivare och även lett till skilda tolkningar i respektive region. Både den privatdrivna och offentliga vården framhåller att de tillfälliga pandemiavtalen och taklösa vårdgarantiavtal varit framgångsfaktorer under pandemin då de möjliggjort flexibilitet och snabba beslut för att på bästa sätt anpassa den totala vårdkapaciteten efter behov och prioritering. 	<p>Sannolikt skulle det med fördel kunna formuleras övergripande och gemensamma riktlinjer på nationell nivå för att skapa en gemensam syn på vad som är en kris eller katastrof, och vilka rättigheter och skyldigheter som uppkommer vid en sådan händelse.</p> <p>Inför en framtida pandemi eller annan typ av kris rekommenderas att det nationellt säkerställs att det finns en tydlighet kring förutsättningarna för tillfälliga kris/pandemiavtal och i vilka situationer dessa avtal kan tecknas för att skyndsamt kunna utöka kapaciteten och anpassa vårdkapaciteten utifrån var den ger störst effekt.</p>

Område	Observationer	Slutsats
Kompensation av merkostnader	<ul style="list-style-type: none"> I april 2020 beslutade regeringen om statsbidrag för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård. Det skulle handla om skäliga merkostnader för skyddsutrustning, personal, smittskyddsåtgärder och övriga anpassningar som har behövts göras i verksamheterna. Inom den privatdrivna vården framkommer att det funnits stora regionala skillnader i hur privata vårdgivare har kompenserats för merkostnader och att regionerna i stor utsträckning hanterat detta på olika sätt. 	<p>Sannolikt var det nationella beslutet om att merkostnader inom vården skulle täckas inte tänkt att variera över landet och därmed skapa olika förutsättningar beroende på var i landet privata vårdgivare verkar. Inför en ny pandemi, eller liknande kris, rekommenderas att ytterligare nationellt reglerade principer fastställs för att möjliggöra att kompensation för merkostnader i större utsträckning fördelats jämnt över hela den svenska vården.</p>
Hantering av den planerade vården	<ul style="list-style-type: none"> Den planerade vården ställdes i stora delar av landet in under pandemin, vilket har resulterat i långa vårdköer. Samtidigt finns stora regionala skillnader i vilken utsträckning regioner ställt in vård och hur vårdköerna har hanterats. Samtidigt som många verksamheter inom såväl den offentliga som den privatdrivna vården har varit hårt belastade så har det funnits privata verksamheter som kunnat avlasta ännu mer. Den fulla kapaciteten inom vården nyttjades inte fullt ut. 	<p>Möjligtvis hade fler regioner med mer kontrollerade pandemiförlopp också kunnat undvika att ställa in vård, och istället låtit den privatdrivna vården ta ett större ansvar för den planerade vården. Ett nationellt samordningsansvar hade sannolikt ökat möjligheterna för den privatdrivna vården att ytterligare avlasta den offentliga vården under pandemin. Utöver att vårdköerna delvis kunnat hanterats hade även möjligheten till en mer jämlik vård uppnåtts över landet.</p>
Utlåning/-inlåning av personal	<ul style="list-style-type: none"> I många regioner har privata aktörer lånat ut personal på frivillig basis, medan i andra regioner har regionen använt avtalsvillkor för att avropa medarbetare från den privatdrivna vården. Avtalsformuleringarna upplevs i flertal regioner främst inkludera den privatdrivna vårdens skyldigheter men har ytterligare att önska inom ramen för vilka rättigheter som uppkommer vid utlåning av personal. Exempelvis har ersättning för utlånad personal varierat mellan olika regioner där vissa regioner har ersatt för den inlånade personalen medan andra inte har gjort det, vilket lämnat de privata vårdgivarna med konstanta personalkostnader och en underbemannad verksamhet. Den privatdrivna vården beskriver hur utlåning av personal varit särskilt utmanande då personalen behövt arbeta i en ny miljö, såväl fysiskt som aktivitetsmässigt, och med nya kollegor. 	<p>Oavsett tillvägagångssätt kan konstateras att det är utmanande att flytta personal från primärvård och elektiv vård till akutsjukvård, särskilt under extrema förhållande såsom under pandemin. Sannolikt är det mer effektivt att utifrån ett helhetsperspektiv behålla vårdkedjor intakt för att möjliggöra utökning av kapacitet i befintlig verksamhet för att på det sättet avlasta akutsjukvården.</p> <p>I den mån som privatanställda ska lånas ut till den offentliga vården vid kris och katastrofer så rekommenderas att den privata- och offentliga vården tillsammans fastställer en tydligare struktur för hur samarbetet ska se ut för att förutsättningarna ska vara rätt vid nästa kris. Exempelvis finns behov av att tydliggöra villkor och ersättning, säkerställa lika behandling av offentligt- och privatanställd personal samt att satsningar görs på kontinuerliga samverkansprojekt för att aktivt öva på samarbete och i andra arbetsmiljöer.</p>

Område	Observationer	Slutsats
Vaccination och provtagning	<ul style="list-style-type: none"> Den privatdrivna vården har tagit ett stort ansvar inom ramen för vaccination av covid-19. Regeringen gav i uppdrag till regionerna att ansvara för genomförandet av vaccinationen vilket har resulterat i en rad olika lösningar på liknande utmaningar. Stora regionala skillnader har identifierats inom ramen för ersättning, hantering av logistik, distribution, bokningssystem, lokaler, kommunikation samt villkor inköp och villkor för ersättning av material och skyddsutrustning. I många fall var den initiala planen för regionerna att hantera vaccinationen inom ramen för primärvården, men efter viss tid togs flera regionala beslut om att handla upp kapacitet för att avlasta primärvården. Resultatet av detta blev på många håll i landet sena upphandlingar och kort framförhållning. Trots den statligt subventionerade ersättningen om 275 kronor per given dos, har ersättningsbeloppen till privata vårdgivare kraftigt varierat mellan regionerna, till synes utan logisk förklaring. 	<p>Sannolikt hade nationell samordning och riktlinjer skapat ytterligare samordningsvinster och möjliggjort att privata vårdgivare kunnat avlasta med vaccinationsutförande i större utsträckning och jämnt fördelat över landet. Detta hade även möjliggjort att upphandlingsvillkor och ersättningen för vaccinationer var likvärdig över landet.</p> <p>I skrivande stund är historien på väg att upprepa sig. Allt fler regioner rapporterar om avslutade avtal med privata vårdgivare för att istället lägga över ansvar för vaccination av tredje dosen på primärvården samtidigt som primärvården redan är hårt belastade till följd av det uppdämda vårdbehovet som skapats under pandemin. Samtidigt rapporteras från flera håll om regioner som är sent ute med upphandlingar för vaccinationer.</p>
Lika vård i hanteringen av den uppskjutna vården	<ul style="list-style-type: none"> Vårdköerna är långa och många patienter har till följd av pandemin väntat länge på vård. I september 2021 har 51% av Sveriges patienter väntat längre än vårdgarantins 90 dagar för operation eller åtgärd inom specialistvården samtidigt som det finns stora regionala skillnader. Exempelvis har 72% av Region Norrbottens patienter väntat längre än vårdgarantin samtidigt som motsvarande siffra i Region Halland är 21%. Den ojämlika vården inom svenska regioner har sannolikt aldrig varit tydligare än nu. I skrivande stund rapporteras om flertalet regioner som förbereder sig, eller påbörjat, upphandling av privat vårdkapacitet för att hantera vårdköerna. 	<p>Givet de omfattande behov som förväntas finnas nationellt för att hantera den uppskjutna vården kommer den regionala handlingskraften inom ramen för upphandling sannolikt att ha en stor inverkan på vilka regioner som skyndsamt kan öka vårdkapaciteten. I ljuset av de stora regionala skillnaderna i vårdköer och flertalet regioners omfattande behov av att öka kapaciteten kan sannolikt nationell samordning och en nationell vårdkö, som möjliggör att patienter oberoende regionstillhörighet kan söka vård, vara en lösning för att i högre grad upprätthålla en vård på lika villkor. Där patienter, oavsett regionstillhörighet, kan få sina vårdbehov tillgodosedda utifrån en nationell prioritering.</p>

1. Primärvård

Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattning

Under pandemin minskade antalet fysiska läkarbesök i primärvården kraftigt samtidigt som vård inom infektionspanoramat skapat en hög arbetsbelastning. Primärvården tvingades till snabba omställningar i form av upprättande av smittsäkra patientflöden med separerade mottagningar för patienter med och utan luftvägssymtom. Primärvården har vidare i stor utsträckning ställt in vård såsom årskontroller av kroniska sjukdomar för att vårda och hantera patienter inom ramen för infektionspanoramat, så som provtagning, smittspårning och hantering av långtids-covid. Trots minskad andel fysiska besök har primärvården i stor utsträckning lyckats upprätthålla tillgängligheten genom att utföra vård digitalt, via telefon, videomöten eller genom hembesök. Vidare har den kraftiga ökningen i digitala utomlänskontakter sannolikt bidragit till att bibehålla tillgängligheten inom primärvården trots den pågående pandemin.

I Sverige står privata vårdgivare för 43,5% av den totala primärvården samtidigt som den privata andelen av totala primärvårdskostnader uppgår till 30,0%. Andelen privatdriven primärvård varierar mellan regionerna, och så gör även avtalsutformningarna och ersättningssystemen. Under pandemins inledning sjönk besöken i primärvården kraftigt då befolkningen i större utsträckning avstod från att söka vård för icke-akuta besvär. I de regioner där det funnits en större rörlig del baserad på antalet besök eller åtgärder, uppstod tidigt en oro för vad pandemin skulle innebära ekonomiskt. Ingen nationell lösning implementerades för att utifrån ett ersättningsperspektiv upprätthålla primärvården, men flertalet regioner tog beslut om en fast kapitering under 2020. Vissa regioner har även tagit tillfälliga beslut om att digitala vårdkontakter ska ersättas likt en ordinarie vårdkontakt i större utsträckning. Det finns regionala skillnader i hur såväl totala primärvårdskostnader såsom köp av primärvård från privata utförare utvecklats under perioden. En del av förklaringen är sannolikt hur väl de befintliga vårdavtalen varit anpassade till primärvårdens situation under pandemin, vilka beslut kring ersättning som tagits under pandemin samt i hur stor utsträckning som regionen valt att upphandla exempelvis provtagning separat eller om detta hanterats inom ramen för primärvårdens uppdrag.

Samverkan

Flertalet respondenter lyfter hur pandemin gett samverkans effekter som den svenska vården aldrig tidigare upplevt och på många sätt bidragit till att myndigheter, regioner, kommuner och den privatdrivna vården samarbetat närmare varandra. Flera framhåller att den kontinuerliga kontakten, på såväl lednings- såsom operativ nivå, har varit viktigt för samverkan under pandemin men även att eventuella tidigare etablerade samverkansforum gett goda förutsättningar för att tillsammans hantera de utmaningar de stod inför under pandemin. Samtidigt vittnar även flertalet respondenter om regionala skillnader där vissa regioner inte fört en dialog med den privatdrivna vården, brustit i kommunikation och inte skapat en delaktighet inom regionen vilket lett till osäkerhet och bristande samarbete. För att säkerställa att den goda samverkans effekt som skapades under pandemin bibehålls krävs kontinuerligt samarbete och dialog. Detta kan exempelvis innefatta kontinuerliga samverkansprojekt på strategisk och operativ nivå, kontinuerlig dialog och kommunikation samt skapandet av en gemensam strategi för hur vården (oavsett regiform) ska arbeta för att kontinuerligt förbättra vården.

Avtal, villkor och ersättning

Pandemin har synliggjort en rad utvecklingsområden inom ramen för villkor såsom formuleringar i befintliga LOV-avtal. Sammanfattningsvis har pandemin bidragit till ett behov av att tydliggöra definitionen av en kris och katastrof samt vilka rättigheter och skyldigheter som uppkommer vid dessa situationer. Otydliga och skilda katastrofklausuler i befintliga avtal har resulterat i ett omfattande arbete inom respektive region samt hos privata vårdgivare för att förstå vad som gäller vid en kris och katastrof. Detta har inte bara lett till ett omfattande administrativt arbete utan även till vitt skilda slutsatser och tolkningar av avtal inom respektive region. Sannolikt skulle det med fördel kunna formuleras övergripande och gemensamma riktlinjer på nationell nivå för att skapa en gemensam syn på vad som är en kris eller katastrof, och vilka rättigheter och skyldigheter som uppkommer vid en sådan händelse. Övergripande och gemensamma riktlinjer och principer, som gäller i samtliga regioner, skulle troligtvis innebära besparingar i tid och resurser för såväl respektive region som den privatdrivna vården. Det skulle även tydliggöra förutsättningarna för den privatdrivna vården och möjliggöra att den privatdrivna vården i högre utsträckning kan fokusera på att vara den lyhörda partnern för samtliga regioners behov och därmed även prioritera och avlasta akutsjukvården på ett effektivt sätt.

Skyddsmaterial samt kompensation för merkostnader

I april 2020 beslutade regeringen om statsbidrag för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård. Det skulle exempelvis handla om skäliga merkostnader för skyddsutrustning, personal, smittskyddsåtgärder och övriga anpassningar som har behövts göras i verksamheterna. I samtal med den privatdrivna vården framkommer att det funnits stora regionala skillnader i hur privata vårdgivare har kompenserats för merkostnader och att regionerna i stor utsträckning hanterat detta på olika sätt. Kostnader som har varit omfattande, dels på grund av ökade behov, dels till följd av ökade priser där visst material kostade dubbelt så mycket under pandemin. Utöver att den privatdrivna vården lagt omfattande resurser för att säkerställa tillgång till skyddsmaterial så har kostnaderna beroende på var i landet en privat vårdgivare verkar blivit kompenserad för i olika utsträckning, och i många fall inte alls.

Sannolikt så var det nationella beslutet om att merkostnader inom vården skulle täckas i skälig utsträckning inte tänkt att variera över landet och därmed skapa olika förutsättningar beroende på var i landet privata vårdgivare verkar. Inför en ny pandemi, eller liknande kris, rekommenderas att ytterligare nationellt reglerade principer fastställs för att möjliggöra att kompensation för merkostnader i större utsträckning fördelats jämnt över hela den svenska vården.

Digitalisering

Inom ramen för digitalisering har vården tagit enorma steg under pandemin. Den kraftigt accelererade digitaliseringen innefattar både interna processer, patient-interaktion och -flöden. Digitaliseringen har bidragit till stora effektiviseringsvinster som tidigare har diskuterats men inte implementerats fullt ut. Pandemin har på ett sätt bevisat att det går att effektivisera vården genom digitala verktyg och flöden. I skrivande stund rapporteras dock om flertalet regioner som har för avsikt att ta bort den tillfälliga ersättningen för digitala besök, för att istället gå tillbaka till de villkor som gällde innan pandemin. För att bibehålla det som utvecklats under pandemin och inte backa in i framtiden, krävs att villkor och ersättningsystem linjerar med det nya arbetssättet och att det finns en nationell strategi för hur utvecklingen ska se ut. En nationell strategi för hur den digitala vården ska tillhandahållas i Sverige och vilka förutsättningar och villkor som gäller inom ramen för detta, skulle sannolikt bidra till såväl ökad patientnöjdhet såsom en mer jämlik vård över landet.

1.1. Pandemins påverkan på primärvården

Primärvården har genomgått en stor omställning under pandemin. Inledningsvis i pandemin fick primärvården runt om i Sverige ställa in vård då det från såväl nationellt såsom regionalt infördes begränsningar eller utfärdades rekommendationer om att fysiska patientbesök enbart skulle genomföras vid stora eller akuta behov av vård. Stora delar av den förebyggande hälso- och sjukvården ställdes in eller ändrade form, särskilt under den första vågen av pandemin (till exempel föräldrautbildningar, gruppsamtal och fysioterapi).

Parallellt fick primärvården ställa om för att skapa separata patientflöden för patienter med och utan luftvägssymtom för att kunna utföra en smittsäker vård. Ibland har detta organiserats genom specialmottagningar och i andra fall genom separata byggnader eller tält där misstänkt smittsamma har tagits emot separat från övriga patienter. Utöver detta har omställningen även krävt utbildning och upprätthållande av basala hygienrutiner, samt rätt användning av skyddsutrustning.

Primärvårdens omställning för att kunna bedriva den ordinarie vården har varit omfattande där telefonrådgivning, digitala vårdkontakter (vilka beskrivs närmare i avsnittet Accelererad digitalisering och ökade antal digitala vårdkontakter) och vårdbesök utvidgas. Fysiska besök har skjutits upp eller omdirigerats till andra former av besök. Till exempel har årskontroller av kroniska sjukdomar i stor utsträckning ställt in eller hållits digitalt. Primärvården och regionerna har också haft ett ökat fokus på kommunens särskilda boenden samt organiserat ett större antal hembesök och sjukvård i hemmen, exempelvis genom mobila hemsjukvårdsteam för sköra patienter i riskgrupper, men också för patienter utskrivna från sjukhusvård av covid-19.

Omställning inom primärvården har även innefattat att vårda nya patienter och utförandet av nya aktiviteter. Detta innefattar bland annat det stora ansvaret som primärvården tagit för vård och rehabilitering av patienter med så kallad långtids-covid. Primärvården har även tagit ett stort ansvar för covid-19-provtagning och i vissa regioner även för delar av eller all smittspårning. Primärvården har även haft ansvar för delar av covid-19-vaccineringen och ibland ett övergripande ansvar för vaccinationen (vilket beskrivs närmare i avsnittet Vaccinationer).⁴

⁴ Coronakommissionen, *Delbetänkande 2-Sverige under pandemin* (2021)

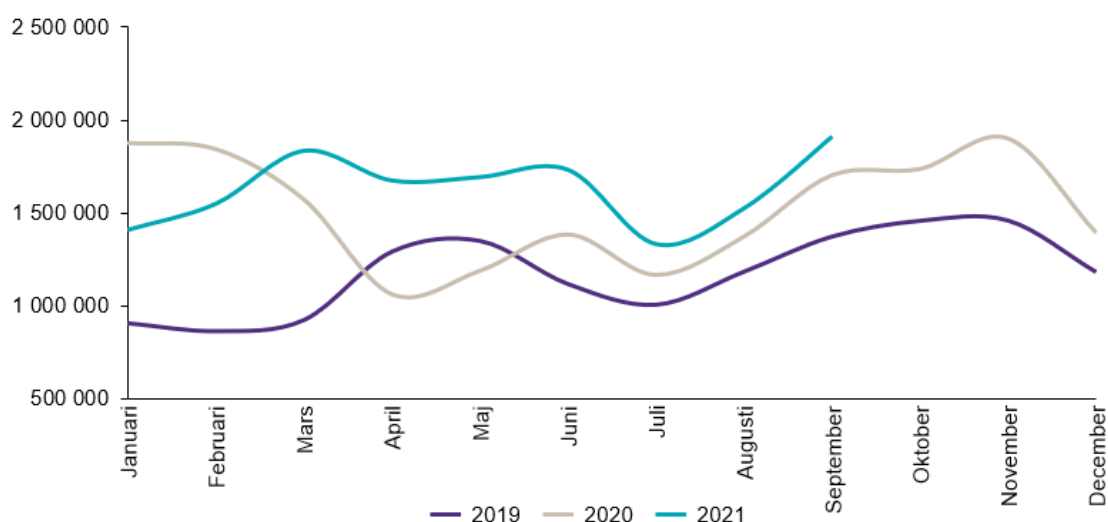
1.1.1. Förändring av vårdkonsumtion inom primärvården

Inledningsvis av pandemin rapporterades det att primärvården upplevde en kraftigt minskad efterfrågan. Totalt genomfördes cirka 2,7 miljoner färre fysiska läkarbesök i primärvården under 2020 jämfört med 2019, vilket motsvarar en minskning om 20%⁵.

Vid analys av utvecklingen av fysiska besök (vilket innefattar besök oavsett legitimation samt exkluderar fysiska hembesök eller distansbesök) syns en kraftig nedgång i mars-maj 2020, vilket under sommaren och hösten 2020 återhämtar sig för att senare öka till relativt höga nivåer i jämförelse med 2019. Totalt under 2020 ökar antalet fysiska besök med 29,2% i jämförelse med 2019. I samtal med respondenter framkommer att typen av besök förändrades och var under pandemin främst relaterade till infektionspanoramat, exempelvis provtagning och smittspårning samtidigt som de ordinarie icke-akuta vårdbesöken fick stå tillbaka i stor utsträckning. Under 2020 ökar vidare antalet fysiska hembesök med 116,5% och antalet telefonkontakter med 187,1% vilket visar den omställning som krävs för parallellt med covid-relaterad vård även tillgodose primärvårdens ordinarie ansvarsområde trots de pandemirelaterade restriktionerna. I samtal med respondenter beskrivs hur primärvården i stor utsträckning fått ställa om för att exempelvis kunna vårda äldre, där hembesök och vårdkontakter via telefon eller digitalt varit vanligt förekommande.

Under 2021 har antalet fysiska besök inom primärvården ökat med 8,2% i jämförelse med 2020, vilket sannolikt delvis är förklarat av ett uppdämt vårdbehov samt vaccinationer. Sannolikt kan en fortsatt ökning förväntas då en stor del av årskontroller och andra icke-akuta vårdbehov fått stå tillbaka under pandemin. I skrivande stund har primärvården i flera regioner dessutom fått ansvar för vaccination av yngre samt den tredje dosen för äldre.

Fysiska besök inom primärvården (2019, 2020, 2021)



1.1.2. Accelererad digitalisering och ökade antal digitala vårdkontakter

Pandemin har drivit den digitala utvecklingen inom traditionella primärvårdsmottagningar som tagit stora kliv i omställningen för att kunna erbjuda digitala vårdmöten.⁶ Exempelvis beskriver Hälso- och Sjukvårdsdirektören i Region Västra Götaland den snabba omställningen till digitala vårdkontakter inom primärvården som omfattande, med en ökning med ca 350–400% mot innan pandemin.

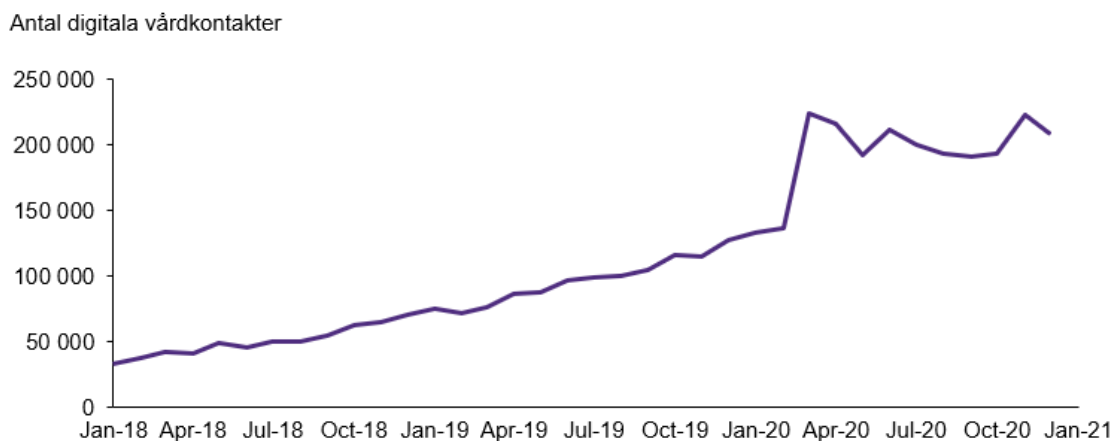
Utöver primärvårdens accelererade digitalisering under pandemin ser vi även en signifikant ökning av patienter som vänt sig till digitala vårdgivare. De digitala vårdgivarna levererade tillsammans 2,3 miljoner utomlänskontakter under 2020, en ökning med 100,4% jämfört med 2019. I intervju med de digitala vårdgivarna Doktor24 och MinDoktor beskrivs hur volymen av vårdkontakter ökade drastiskt men även att det skedde en stor förändring i åldersgruppen som sökte digital vård där allt fler äldre sökte sig till digitala vårdgivare.

⁵ Vård- och omsorgsanalys, I skuggan av covid-19 (2021)

⁶ Socialstyrelsen, *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården* (2021)

Antalet digitala utomlänns vårdkontakter ökade kraftigt under perioden januari 2018 till januari 2021. I mars 2020 ökade antalet digitala utomlännskontakter med 77,9% i jämförelse med månaden innan, vilket tydligt sammanföll med såväl primärvårdens kraftiga minskning av fysiska besök såsom Folkhälsomyndighetens rekommendation om att endast söka vård vid nödfall. De digitala vårdgivarna har i stor utsträckning bidragit med att upprätthålla tillgängligheten under pandemin. I slutet av 2020 återhämtades den kraftiga ökningen något och antalet digitala vårdkontakter motsvarar i det närmaste ökningen tidigare år (100,4% 2020 i jämförelse med 92,4% 2019).

Utveckling av digitala utomlänns vårdkontakter (2018-2020)



Av de genomförda digitala utomlänns vårdkontakterna som genomfördes under 2020 uppgick 66,6% av vårdkontakterna med läkare, 18,1% med sjuksköterskor, 10,1% med fysioterapeuter och 4,9% med psykologer.

Flertalet utmaningar avseende ersättningen för utomlännskontakter har diskuterats såväl innan såsom under pandemin och flertalet vårdgivare menar att den befintliga ersättningsmodellen hämmar den tekniska utvecklingen. Samtidigt har flertalet regioner senaste åren hävdade att de digitala vårdkontakterna urholkar primärvårdens finanser och ett par regioner har gått så långt att de utrett huruvida det är möjligt att helt avstå från att betala ersättning till de digitala vårdgivarna.

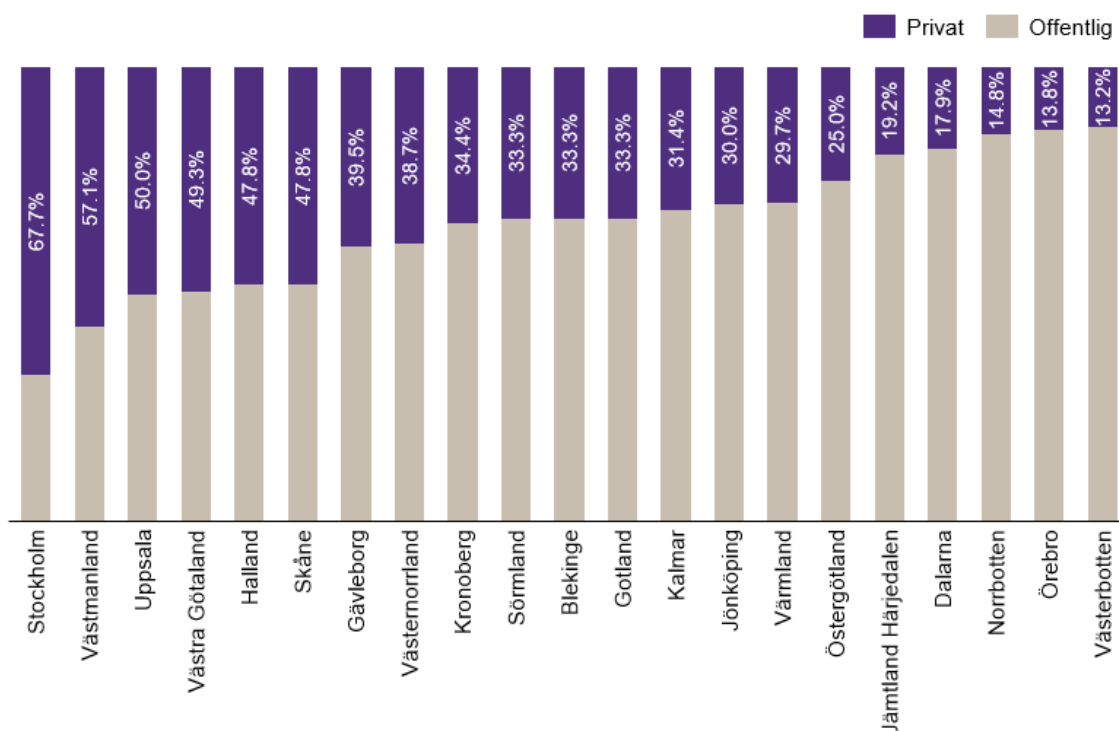
SKR formulerade i juni 2019 en rekommendation om gemensam ersättning för utomlännsersättningar för vårdtjänster inom primärvården. I rekommendationen uppgår ersättningen för läkarkontakt till 500 kronor, en psykolog/terapeutkontakt till 425 kronor och för annan sjukvårdspersonal uppgår en ersättning om 275 kronor. Ersättningarna avser de totala belopp som vårdgivaren får för en patientkontakt, inklusive patientavgift (vilket varierar mellan 100–300 kronor beroende på region). Rekommendationen om utomlännsersättningen bygger enligt SKR på en sammanvägd bedömning där hänsyn bland annat tagits till underlag om kostnader, behov av fortsatt utveckling av nya arbetssätt och förbättrad tillgänglighet samt behov av att hälso- och sjukvård erbjuds på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Ersättningen för en digital läkarkontakt om 500 kronor kan jämföras med att en fysisk vårdkontakt som enligt SKR kostar 1 700 kronor att producera och ett besök till akuten om ca 3 000 - 4 000 kronor.

1.2. Stora regionala skillnader i den privatdrivna primärvårdens förutsättningar under pandemin

I Sverige står privata vårdgivare för 43,5% av den totala primärvården. Skillnaderna mellan regionerna är dock stora, där Region Stockholm har över 67,7% primärvård i privat regi, medan motsvarande siffra i Västerbotten och Örebro endast är 13,2% respektive 13,8%.⁷

⁷ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Verksamhetsstatistik 2011–2020* (2021)

Privat andel av primärvård, per region



År 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården. Uppdragen enligt Lagen om valfrihet (LOV) ser olika ut i regionerna. En del är breda i sin karaktär som spänner över hela primärvårdens verksamhetsområde. I andra regioner, främst Stockholm, är uppdragen uppdelade i flera värddvalssystem och därmed smalare i sin karaktär.⁸

1.2.1. Villkor och ersättning inom primärvården under pandemin

Samtliga regioner i Sverige tillämpar inom primärvården en kombination av fast och rörlig ersättning, där den fasta delen utgör den primära ersättningen och baseras på antalet listade patienter. Utöver det förekommer ytterligare olika delar i ersättningsmodellerna. Vilka principer som tillämpas och deras inbördes storlek varierar mellan regionerna. Det kommunala självstyret har bidragit till att ersättningsmodellerna utvecklats i delvis olika riktning, men med vissa gemensamma egenskaper.⁹

Vanliga delar i ersättningsmodellerna är följande:

- Fast riskjusterad kapitering
- Rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärder
- Målrelaterad ersättning baserat på indikatorer som ska återspegla kvalitet och effektivitet
- Täckningsgrad för vårdkonsumtion

Vanligtvis bygger ersättningslogik- och principer beroende på om patienten är listad på vårdcentralen, är olistad eller en så kallad utomlänspatient.

I en undersökning från 2019 konstaterades att¹⁰

- I en tredjedel av regionerna utgår inte någon besöksersättning för listade patienter (inte heller patientavgiften tillfaller vårdcentralen)
- I en tredjedel av regionerna behåller vårdcentralen patientavgiften, och,

⁸ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Valfrihet i regioner, beslutsläge 2020* (2021)

⁹ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Ersättningsmodeller i primärvården* (2021)

¹⁰ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärder* (2021)

- I en tredjedel av regionerna får vårdcentralen både behålla patientavgift och/eller får en lägre besöksersättning

Under pandemins inledning sjönk besöken i primärvården kraftigt då befolkningen i större utsträckning avstod från att söka vård för icke-akuta besvär. I de regioner där det funnits en större rörlig del baserad på antalet besök eller åtgärder, uppstod tidigt en oro för vad pandemin skulle innebära ekonomiskt. Ingen nationell lösning implementerades för att utifrån ett ersättningsperspektiv upprätthålla primärvården, men flertalet regioner tog beslut om en fast kapitering under 2020.

I Coronakommissionens andra delbetänkande lyfts bland annat Region Uppsala som exempel där primärvården fått extra utbetald besöksersättning för att ligga i samma nivå som innan pandemin. Vidare nämns Region Stockholm där garantiersättning betalats ut till vårdcentraler och närukutmottagningar för att upprätthålla kapaciteten trots den stora minskningen av antalet ersättningsbara besök. Även ersättningen för digitala besök höjdes till samma nivå som för fysiska primärvårdsbesök.¹¹ I samtal med Hälso- och Sjukvårdsdirektören i Region Stockholm beskrivs hur pandemin tidigt indikerade ett underskott av patienter inom primärvården, vilket resulterade i att regionen direkt såg över möjligheterna att kompensera för inkomstbortfall till följd av den delvis rörliga ersättningsmodellen för primärvården i regionen.

1.2.2. Regionernas köp av primärvård under pandemin

Under 2020 uppgick de totala kostnaderna för primärvård till 67,9 miljarder kronor, vilket är en ökning om 5,2% i jämförelse med 2019, vilket även motsvarar den genomsnittliga tillväxten under perioden 2015-2020 (5,2%). Av de totala primärvårdskostnaderna 2020 uppgår den privata andelen till 30,0%, vilket motsvarar 20,4 miljarder kronor. Sedan 2015 har köp av primärvård från privata företag ökat med i genomsnitt 6,3% årligen, vilket är i nivå med 2020 där köp av privat primärvård ökar med 6,1% i jämförelse med 2019.

Kostnadsutveckling primärvård, 2015–2020

mSEK	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nationellt						
Primärvård	52 797	55 433	57 635	61 732	64 610	67 951
Totala kostnader för primärvård	52 797	55 433	57 635	61 732	64 610	67 951
Varav köp från privata utförare	14 973	14 804	16 700	17 556	19 175	20 351
Privat andel av totala kostnader	28%	27%	29%	28%	30%	30%
KPI, Tillväxt %						
Primärvårdskostnader, totalt		5,0%	4,0%	7,1%	4,7%	5,2%
Varav köp från privata utförare		-1,1%	12,8%	5,1%	9,2%	6,1%

Det finns regionala skillnader i hur såväl totala primärvårdskostnader såsom köp av primärvård från privata utförare utvecklats under perioden och under 2020. En del av förklaringen är sannolikt hur väl de befintliga vårdvalsavtalen varit anpassade till primärvårdens situation under pandemin, vilka beslut kring ersättning som tagits under pandemin samt i hur stor utsträckning som regionen valt att upphandla exempelvis provtagning och smittspårning eller om detta hanterats inom ramen för primärvårdens uppdrag.

1.3. Den privatdrivna primärvårdens erfarenheter från pandemin

Den ökade belastningen på hälso- och sjukvården med anledning av covid-19 skapade på många håll i landet ett ökat behov av samarbete mellan privata vårdgivare och regionernas vårdgivare. Privata vårdgivare har i olika utsträckning lånat ut personal till akutsjukhusen (se vidare i avsnitt Utlåning av personal), ställt om till en smittsäker primärvård, ställt in och ändrat vårdformer, hanterat nya aktiviteter och vårdbehov relaterat till pandemin samt avlastat vården genom digitala verktyg och tjänster.

¹¹ Region Stockholm, *Ny rutin för ersättning för vissa digitala vårdbesök (2020)* [Ny rutin för ersättning för vissa digitala vårdbesök - Region Stockholm](#)

1.3.1. Samverkan under pandemin

Flertalet respondenter lyfter att de under pandemin sett samverkans-effekter som de aldrig tidigare sett såväl mellan regioner, kommuner, myndigheter, vårdgivare och andra aktörer. Samtidigt har flertalet respondenter beskrivit hur förutsättningarna för samverkan varierat mellan regionerna.

Framgångsfaktorer för samverkan beskrivs ha varit tydliga samverkans- och kommunikations-forum där samtliga involverade parter, oavsett regiform, fått göra sin röst hörd. Vidare lyfts goda exempel på regioner som arbetat aktivt, kontinuerligt och strukturerat med simultan informations-spridning.

Respondenter, från den privatdrivna vården med täckning i flera regioner, beskriver hur klusterorganisationen i Region Stockholm varit framgångsrik genom att säkerställa att alla fick information samtidigt och med flertalet samverkansråd där alla fick komma till tals. En respondent framhåller att klusterledare har varit representanter från såväl offentliga såsom privata vårdgivare, vilket varit framgångsrikt utifrån ett delaktighetsperspektiv. Detta skiljer sig även från flertalet andra regioner där offentliga vårdgivare haft samordningsansvaret.

Flertalet respondenter beskriver att de största utmaningarna har funnits i de regioner där man i större utsträckning isolerat besluten inom regionen för att i efterhand informera de verksamheter som påverkas av beslutet. Den privatdrivna primärvården som verkar i dessa regioner beskriver hur de upplevt en stor osäkerhet inom ramen för såväl förväntningarna såsom förutsättningar. Vidare beskrivs hur utmaningar har funnits i regioner som i stor utsträckning har valt att styra och reglera hur specifika aktiviteter ska utföras har bidragit till en begränsning för den privatdrivna vården.

Vid flertalet tillfällen beskrivs samverkan i Region Norrbotten som mer eller mindre obefintlig under pandemin, där regionen snarare har kommit med direktiv än att likt andra regioner skapa förutsättningar för samverkan. Respondenter har upplevt att det från en dag till en annan kommit direktiv från regionen som inneburit omfattande omställning för primärvården för att senare dra tillbaka beslutet och revidera det. Till följd av att den privatdrivna vården varken fått komma till tals eller fått någon bild av hur diskussioner har gått så har detta varit utmanande att förhålla sig till. Region Norrbotten ska enligt respondenterna även beordrat in personal från den privata primärvården till akutsjukhusen i större utsträckning än från den offentliga primärvården, vilket upplevts som oskäligt. Avslutningsvis så nämner flertalet av respondenterna att samverkan, dialog och delaktighet under pandemin hade underlättat för den privatdrivna vården i Region Norrbotten. En respondent pekar även på att det med en högre grad av samverkan och dialog hade funnits förutsättningar att avlasta regionen ännu mer under pandemin.

I intervjuer med Hälso- och sjukvårdsdirektörer från Stockholm, Skåne och Västra Götaland lyfts att en hög andel privatiserad vård sannolikt har bidragit till välfungerande samverkan mellan regionen och de privata aktörerna, då det redan finns etablerade samverkans- och kommunikationskanaler och parterna har en upparbetad relation och samarbetsform sedan tidigare. Utifrån samtal med respondenter i denna studie har vi dock inte kunnat identifiera den typen av logik, utan kan snarare se att goda samverkans-effekter har funnits i de regioner där den privata- och offentliga vården tillsammans arbetat för att hitta lösningar på utmaningar och där en delaktighet skapats.

1.3.2. Regionala skillnader i avtal

Enligt samtliga respondenter med täckning i flera regioner framhålls att pandemin ytterligare har tydliggjort de stora regionala skillnaderna i vårdvalsavtal vilket i sin tur påverkat den privatdrivna vårdens förutsättningar att bedriva sin verksamhet under pandemin. Respondenterna lyfter att det som större aktör krävt ett omfattande arbete för att sätta sig in i respektive regions olika förutsättningar. Ett arbete som varit extremt omfattande och tagit stora resurser i tid och personal. En respondent menar att det krävts flera anställda på heltid enbart för att bevaka beslutsförändringar och information, såväl från nationellt håll såsom exempelvis Folkhälsomyndigheten, IVO, Socialstyrelsen såväl som från de specifika regionerna.

Respondenter från den privata primärvården lyfter även att det har varit utmanande att förstå logiken i ersättning. De regionala skillnaderna i avtal och ersättningsmodell beskrivs ha bidragit till ojämlika förutsättningar beroende på var i landet man verkar. Särskilt lyfts de regioner som har en hög grad av produktionsersättning (rörlig besöksbaserad ersättning) där de privatdrivna verksamheterna påverkats kraftigt ekonomiskt. Respondenter från större vårdkoncerner har framhållit att det under pandemin varit en trygghet att tillhöra en större koncern, där det finns resurser för att betala ut löner till vårdpersonal, trots sjunkande intäkter. Det framhålls bland annat hur Region Stockholms beslut om garantiersättning och Region Västernorrlands beslut om helkapitering för att upprätthålla primärvården varit föredömligt och snabbt beslutat. Respondenterna menar att ersättningen i sig är en fråga, men osäkerheten på grund av utebliven information eller beslut har skapat en stor osäkerhet, särskilt på mindre mottagningar. Ett tidigt och skyndsamt beslut skapade dels jämlika förutsättningar, dels tydliga spelregler för såväl

den privata såsom den offentliga primärvården, vilket beskrivs som en framgångsfaktor i en kris, men även i vårdens vardag.

Samtliga regioner har så kallade katastrofklausuler i vårdvalsavtalen. Enligt flera respondenter har pandemin satt ljuset på hur dess formuleringar är vaga vilket i sin tur skapat stora tolkningsutrymmen. Främst lyfts exempel på hur katastrofklausulen i flertalet regioner gett utrymme för regionen att beordra in personal från den privatdrivna vården till akutsjukhusen (vilket beskrivs närmare i avsnittet Utlåning av personal). En respondent framhåller hur det funnits vitt skilda synsätt mellan regionerna hur avtalen och katastrofklausulerna ska användas under pandemin då det inte varit definierat vad en katastrof är.

Vidare bekräftas hur den digitala omställningen av primärvården varit omfattande och krävt såväl teknisk utveckling såsom kompetensutveckling under pandemin. Trots den omfattande transformationen beskrivs hur regioner i olika utsträckning anpassats ersättningsmodellen. Flertalet regioner har tillfälligt under pandemin anpassat ersättningsmodellen för att passa det nya arbetssättet där ett fysiskt läkarbesök som ersätts av ett digitalt läkarbesök ersätts på motsvarande sätt. Flertalet respondenter beskriver dock hur detta varierat över landet och att på vissa håll i landet har fysiska besök krävts för att primärvården ska få ersättning för besöket även under pandemin. Vidare nämns även att flertalet regioner har, eller överväger, att gå tillbaka till den ersättningsmodell där ett digitalt ersättningsbesök inte kan tillgodoräknas på samma sätt som ett fysiskt besök som gällde innan pandemin.

1.3.3. Regionala skillnader i kompensation av merkostnader inom den privatdrivna vården

Flera respondenter beskriver hur det funnits stora regionala skillnader i kompensation för merkostnader kopplat till skyddsmaterial. En respondent pekar på att Finansministern tydligt uttryckte att ökade kostnader skulle kompenseras för, men utfallet blev att regionerna hanterade detta på olika sätt, vilket i sin tur skapar stora skillnader i den privatdrivna vårdens förutsättningar beroende på var i landet man verkar. Samtliga respondenter beskriver hur begränsad tillgång till skyddsmaterial, även inom den privata primärvården, varit en stor utmaning initialt under pandemin. För en mindre vårdcentral med små marginaler och utan central administration eller inköpsfunktion, krävde även detta ett omfattande arbete av vårdpersonal för att säkerställa skyddsmaterial vilket i sin tur resulterade i stora kostnader. Kostnader som beroende på var i landet vårdcentralen verkar har blivit kompenserad för i olika utsträckning, och i många fall inte alls. I de regioner som kompenserat för merkostnader kopplat till skyddsutrustning och skyddsmaterial under pandemin uppger flera respondenter att detta dels enbart varit möjligt att söka i efterhand, dels endast kompenserat delar av de totala merkostnaderna. En respondent beskriver hur kostnader kopplat till öppnandet av en provtagningsenhet enbart har kompenserats för delvis.

Efterföljande avsnitt beskriver några exempel på hur omställningen inom den privata primärvården sett ut under pandemin.

Familjeläkarna Mitt - Omställning till en smittsäker primärvård och arbetsplats

I samtal med Eva Jaktlund, Delägare och Verksamhetschef på Familjeläkarna Mitt, med två vårdcentraler i Västernorrland, beskrivs hur omställningsarbetet under pandemin varit extremt ansträngande och tagit mycket resurser i anspråk. Omställningsarbetet har bland annat innefattat separerade ingångar för luftvägssymtom, säkerställa skyddsutrustning för att skydda personalgruppen och patienter samt ett stort ansvar för provtagning för covid-19. Jaktlund beskriver att det för Familjeläkarna Mitt, som en mindre aktör, krävt ett omfattande arbete för att i ständig osäkerhet ställa om och hålla sig uppdaterad om förändrade riktlinjer och regler från regionen och Folkhälsomyndigheten. Jaktlund beskriver hur skyddsutrustning och skyddsmaterial var en stor utmaning inledningsvis under pandemin, likt för övriga verksamheter oavsett driftsform. Tack vare att en av Familjeläkarna Mitts vårdcentraler blev provtagningsnod fick verksamheten tilldelat skyddsmaterial, vilket Jaktlund beskriver som en stor lättnad.

Trots att vårdcentralerna hade färre antal besök inledningsvis under pandemin, så har arbetsbelastningen varit högre. Detta beskrivs vara ett resultat av att varje patient med infektionssymtom har tagit längre tid på grund av implementerade rutiner kring skyddsutrustning och hantering av dessa. Familjeläkarna Mitt har under pandemin även blivit beordrade att tillföra resurser till akutsjukvården (vilket beskrivs närmare i kapitlet Utlåning av personal). Jaktlund beskriver hur resultatet av detta blev väldigt betungande för en liten vårdcentral där varje enskild medarbetare har en väsentlig roll för att ordinarie arbete ska fortskrida.

Jaktlund beskriver att Familjeläkarna Mitt redan 2018 implementerade en digital plattform, vilket innebar goda förutsättningar för den omställning till digitala vårdmöten som skulle krävas för att tillgodose vårdcentralernas patienters vårdbehov. Avslutningsvis beskrivs även hur telefonkontakter och uppsökande verksamhet har varit

av yttersta betydelse för att säkerställa att främst äldre patienter och patienter i riskgrupp fått sina vårdbehov täckta trots alla restriktioner.

Doktor 24 - Omställning av såväl digital såsom fysisk verksamhet under pandemin

I samtal med Christoffer Berg, Affärsutvecklingschef på Doktor 24, beskrivs hur den digitala och fysiska verksamheten påverkades på olika sätt av pandemin. Indikationer om pandemin syntes tidigt i den digitala tjänsten genom en signifikant ökad efterfrågan, då tillgängligheten till den fysiska vården blev sämre och många med förkylnings- och influensasymtom inte kunde söka fysisk vård.

I Doktor24s fysiska verksamhet, som i huvudsak består av ett 60-tal hälsorum på Apoteket AB:s apotek, fick de snabbt ställa om sin verksamhet. På Hälsorummen utfördes i huvudsak vaccinationer för TBE, resor och grundvaccineringar innan pandemin, vilka samtliga påverkades med sjuknade efterfrågan till följd av ökad smittspridning och restriktioner. Berg beskriver hur det parallellt uppstod en väldigt stor efterfrågan på testning, vilket resulterade i att Doktor 24 var bland de första i Sverige att erbjuda antikroppstestning (maj 2020) och sedan även PCR och antigen testning. Vidare beskrivs hur i stort sett all övrig utveckling av tjänster inom Doktor24 pausades under pandemin då samtliga resurser gick till testning och vaccination (vilket beskrivs under avsnitt Vaccinationer).

Prima vård - Omställning av primärvårdsverksamhet och kunskapsdelning inom ramen för långtidscovid

I samtal med Kenneth Jacobsson, Chefläkare och Regionchef på Prima vård, beskrivs primärvårdens omställning i början av pandemin som omfattande. Stora delar av den ordinarie vården fick stå tillbaka, exempelvis kontroller av personer med kroniska sjukdomar, för att istället fokusera på akuta åkommor och infektionspanoramata. Det krävdes vidare omfattande insatser för att ställa om fysiska utrymmen, säkerställa skyddsmaterial och utrustning och så väl tekniskt såsom i fortbildning för personalen, för att i större utsträckning kunna sköta ordinarie vård digitalt (via chatt, video och Vårdinitierad kontakt (VIK)).

Jacobsson beskriver även hur långtidscovid kom att kraftigt belasta primärvården, vilket krävde ett omfattande arbete för att förstå vad detta innebar. Vidare innebar denna patientgrupp en ökad andel patienter i behov av såväl sjukskrivning som rehabilitering. Respondenten beskriver hur primärvården fått ta ett omfattande ansvar inom ramen för dessa patienter och där primärvården även bidragit med spridning av kunskap för denna sedan tidigare okända sjukdom och dess symtom. Exempelvis lyfts även hur Tyresö Läkarmottagning arbetat aktivt tillsammans med Karolinska Institutet för att utifrån patientunderlag dra lärdomar om långtidscovid för att öka och sprida kunskap om sjukdomen.

2. Vaccinationer

Sammanfattning och slutsatser

Den privatdrivna vården har tagit ett stort ansvar inom ramen för vaccination av covid-19. I enskilda regioner och perioder har majoriteten av antalet givna doser utförts av privata vårdgivare. Flertalet privatdrivna vårdgivare har enskilt utfört hundratusentals vaccinationsdoser och i vissa fall närmare 800 000 doser under pandemin. Totalt har privata vårdgivare stått för 47% av samtliga vaccinationsdoser, vilket kan jämföras med den privata andelen av primärvården som uppgår till 43%. Inom ramen för den privata andelen av utförda vaccinationer finns stora regionala skillnader. Exempelvis har privata aktörer i Region Stockholm stått för hela 81,0% av de genomförda doserna samtidigt som Region Örebro vaccinerat samtliga doser i egen regi. I flertalet regioner har primärvården fått ta ett stort ansvar för vaccinationen medan i andra regioner har upphandlingar genomförts för att avlasta primärvården och öka effektiviteten under breddvaccinationen. I många fall var den initiala planen för regionerna att hantera vaccinationen inom ramen för primärvården, men efter viss tid tog beslut om att handla upp kapacitet för att avlasta primärvården och dess ordinarie uppdrag. Resultatet av detta blev på många håll i landet sena upphandlingar och kort framförhållning.

Regeringen gav i uppdrag till regionerna att ansvara för genomförandet av vaccinationen utifrån ett nationellt ekonomiskt stöd där exempelvis 275 kronor per given dos tillhandahållits från regeringen till regionen. Det regionala ansvaret för utförandet av vaccinationer har resulterat i en rad olika lösningar på liknande utmaningar. Stora regionala skillnader har identifierats inom ramen för ersättning, hantering av logistik, distribution, bokningssystem, lokaler, kommunikation samt villkor inköp och villkor för ersättning av material och skyddsutrustning.

Trots den statligt subventionerade ersättningen om 275 kronor per given dos, har ersättningsbeloppen för varje given vaccindos till privata vårdgivare kraftigt varierat mellan regionerna, till synes utan logisk förklaring. Exempelvis har Region Uppsala ersatt privata vårdgivare med ett belopp om 200 kronor där regionen tillhandahållit såväl lokaler, bokning och kallelser, kommunikation och skyddsutrustning, vilket kan jämföras med Region Stockholm där en ersättning om 165-175 kronor betalats ut till vaccinationsutföraren och regionen enbart stått för bokningssystem och kommunikation. Den statliga vaccinpengen till regionerna om 275 kr per utförd dos vaccin har endast i undantagsfall tillfallit vaccinatören i sin helhet. Regionerna har i vissa fall betalat ut så lite som 150 kr per dos vaccin, och majoriteten av regionerna betalat ut 200 kr. Flertalet större privata vårdgivare uppger att det inte varit ekonomiskt försvarbart att vaccinera i flera regioner. Sannolikt så var det nationella beslutet om en fast ersättning om 275 kronor per given dos inte tänkt att variera över landet och därmed skapa olika förutsättningar beroende på var i landet privata vårdgivare verkar. Inför en ny pandemi, eller liknande kris, rekommenderas att ytterligare nationellt reglerade principer fastställs för att möjliggöra att ersättning för exempelvis vaccination i större utsträckning fördelats jämnt över hela den svenska vården.

Stora regionala skillnader kan också konstateras rörande försörjning av skyddsutrustning, vaccinationsmaterial och vaccinationslokaler. Regionala skillnader i ersättning och villkor har skapat stora mängder merarbete och administration. Flera privata vårdgivare framhåller att det hade funnits kapacitet att avlasta ännu mer, givet att upphandlingarna och genomförandet av respektive regions vaccination varit mer lika och där mer flexibilitet funnits inom ramen för själva utförandet. Istället har omfattande resurser använts för att förstå förutsättningarna och riskerna med respektive regions vaccinationsgenomförande.

I skrivande stund är historien på väg att upprepa sig, där allt fler regioner rapporterar om avslutade avtal med privata vårdgivare för att istället lägga över ansvar för vaccination av tredje dosen på primärvården samtidigt som primärvården redan är hårt belastade.

2.1. Nationell överenskommelse om genomförande av vaccination

I överenskommelsen om genomförande av vaccination mot covid-19 mellan Regeringen och SKR i december 2020 framgick att statlig finansiering av vaccin och utförande av vaccinationer skulle utgå till regionerna för att säkerställa att vaccinationer mot covid-19 skulle kunna genomföras av regionerna eller av andra privata aktörer mot ersättning på regionernas uppdrag.¹² Det gemensamma målet var att alla i Sverige som är 18 år och äldre samt personer under 18 år tillhörande en riskgrupp skulle kunna erbjudas vaccinering under första halvåret 2021.

¹² Sveriges Kommuner och Regioner och Socialdepartementet, *Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19 (2020)*

Regionerna fick ta del av totalt 300 miljoner kronor som fördelades utifrån befolkningens mängd samt 100 miljoner kronor som fördelades jämt mellan regionerna, dessa medel syftade till att stödja investeringar och löpande kostnader kopplat till vaccinationen. Utöver detta fastslogs att ett schablonbelopp om 275 kronor per given dos vaccin skulle utgå till regionerna.

Avslutningsvis framgår av överenskommelsen även att en särskild ersättning om sammanlagt 700 miljoner kronor kan betalas ut till de regioner som skyndsamt genomför vaccinationerna med hänsyn taget till tidpunkter för leverans till den enskilda regionen. Efter denna överenskommelse har ytterligare ersättning tilldelats regionerna för bland annat ökad vaccinationstäckning.

Enligt Folkhälsomyndigheten uppdrag att definiera ansvarsfördelningen inom ramen för vaccinationen fick regionerna ansvar för¹³:

- Ansvarar för att genomföra vaccinationen mot covid-19. Arbetet innefattar att:
 - distribuera vaccin inom den egna regionen
 - planera för bemanning, lokaler och för att vaccination ska kunna genomföras
 - erbjuda vaccination mot covid-19 till invånarna, enligt beslut i regionen utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendation

2.2. Regionala skillnader i planering och utförandet av vaccination

Att vaccinera hela den svenska befolkningen under rådande restriktioner och pågående pandemi har inneburit ett gediget arbete för planering och genomförande. Inför och under vaccinationen flaggades det från flera regioner om utmaningar kopplade till logistik, distribution, bokningssystem, kommunikation och inköp av material. Redan i december 2020 framhöll Rickard Bergström, Sveriges vaccinationsamordnare, att han hade respekt för den utmaning som svenska regioner stod inför i att organisera vaccination för hela befolkningen¹⁴.

Uppdraget som regionerna fick resulterade i att 21 regioner på eget håll påbörjade planeringen för den kommande vaccinationen, vilket i sin tur resulterade i en rad olika lösningar på liknande utmaningar. Flera regionrepresentanter har lyft att en mer central styrning kopplat till vaccinationen hade skapat samordningsvinster, istället för att varje enskild region ska "uppfinna hjulet på nytt".¹⁵ Från SKR:s sida menar man dock att regionernas olika lokala förutsättningar kräver att tillvägagångssätten anpassas för att genomföra en så effektiv vaccination som möjligt.¹⁶

2.3. Regionala skillnader i upphandlingsförfarande av vaccination

Privata vårdgivare har stått för cirka 50% av de utförda vaccinationerna, men till en början var huvudspåret för flertalet regioner att hantera detta inom ramen för primärvårdens ansvar. Doktor 24, Kry och Min doktor är exempel på privata vårdgivare som tidigt erbjöd regionerna hjälp med vaccinering, men svar dröjde från de flesta regionerna. En privat vårdgivare hyrde en stor lokal i Stockholm med ett 30-tal sjuksköterskor tillgängliga och erbjöd sin hjälp till Region Stockholm men utan att få något besked, trots att bolaget redan ingick i vårdvalsavtal med regionen och utförde säsongsinfluensavaccinering. Vid samma tidpunkt hade Region Uppsala och Västra Götalandsregionen redan slutit avtal med privata vårdgivare om att assistera vid vaccination av omsorgspersonal. Även i Region Skåne och Kronoberg hade upphandlingar påbörjats med privata vårdgivare.¹⁷ Inte förrän den 31:a mars beslutade Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholm om att upphandla privata vårdgivare för att utföra vaccinationsfas 2 och 3 för att avlasta husläkarmottagningarna och undvika undanträngningseffekter och ytterligare uppskjuten vård.¹⁸

Den avtalade ersättningen till vaccinationsutförarna uppvisar stora variationer mellan olika regioner. Majoriteten av regionerna ersatte utförarna med 200kr per given dos, men i Region Kronoberg betalades hela beloppet (å 275 kr)

¹³ Folkhälsomyndigheten, *Vem ansvarar för vad i arbetet med vaccination mot covid-19?* (2020) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/information-for-dig-om-vaccinationen/ansvarsfordelning/>

¹⁴ SVT Nyheter, *Vaccinsamordnaren: Logistikern blir en utmaning*, (2020), <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/vaccinsamordnaren-sverige-redo-for-vaccinering-i-jul>

¹⁵ Sveriges Radio, *Regionföreträdare: Dålig samordning kring vaccinering*, (2021), <https://sverigesradio.se/artikel/regionforetradare-dalig-samordning-kring-vaccinering>

¹⁶ Sveriges Kommuner och Regioner, *Att vaccinera jämlikt handlar inte alltid om att göra likadant*, (2021), <https://skr.se/skr/tjanster/bloggarfranskr/varbloggen/artiklar/attvaccinerajamlikthandlarintealltidomattgoralikadant.52058.html>

¹⁷ Vårdporten.se, *Vaccinationshjälp från privata bolag nobbas*, (2021), <https://www.vardporten.se/vaccinationshjalp-fran-privata-vardbolag-nobbas/>

¹⁸ KPMG, *Region Stockholms hantering av covid-19* (2021)

som regionen erhåller från staten vidare till vaccinutförarna. I Stockholm däremot beslutades att ersätta utförarna med 165–175 kr per dos beroende på vaccintyp. I Region Skåne höjdes beloppet succesivt, från 150 kr till 180 kr och därefter 181 kr, för att säkerställa tillräcklig kapacitet hos utförarna. Region Gotland anammade en annan ersättningsmodell som inte baserades på dosantal, utan där vaccinationsutförarna fakturerade regionen för faktiskt kostnad för lokal, material och personal.

Villkoren för vad som ingår i ersättningen varierar också per region, där Västra Götalandsregionen till exempel bjöd på spetsar och sprutor, medan utförarna själv fick stå för materialkostnaden i Region Skåne. Nedan finns en sammanställning över de ersättningar som beslutats om för vaccination av covid-19. De regioner som inte finns med i listan antas vara de regioner som använt ersättning utifrån det ordinarie vårdvalsavtalet.

Sammanställning över ersättning och villkor per region¹⁹

Region	Ersättning från region	Villkor
Stockholms län	Moderna: 165 kr, Pfizer och BioNTech: 175 kr	Regionen står för bokningssystem, sjukresor och kommunikation
Västra Götalands län	200 kr ²⁰	Regionen står för sprutor och spetsar.
Skåne län	150 kr, 180 kr, 181 kr	Utförarna står själva för materialkostnaden
Uppsala län	200 kr ²¹	Om utförare vaccinerar i lokal tilldelad av Region Uppsala tillhandahåller regionen skyddsutrustning. I egen lokal står utföraren för skyddsutrustning. ²²
Hallands län	200 kr	
Södermanlands län	250 kr	Regionen tillhandahåller stickmaterial, men ej transport och avfall
Västerbottens län	200 kr	Utförarna redovisar faktiska kostnader och får ersättning för dessa
Västmanlands län	200 kr	Ja
Kalmar län	200 kr	Material ingår ej
Kronobergs län	275 kr ²³	Spruta och kanyl ingår
Gotlands län		Ingen dosrelaterad kostnad utan ersättning för faktiskt kostnad, lokal, material och personal vilket fakturerats regionen

2.4. Regionala skillnader i vaccinationstakt

Skillnaden i vaccinationstakt har i landets regioner tidvis skiljt varit betydande. I Folkhälsomyndighetens statistik framkommer till exempel att vecka 15, fyra månader efter att vaccineringen påbörjades, hade över 30% av befolkningen i Värmlands-, och Dalarnas län fått minst en dos, medan i Stockholms län var motsvarande siffra endast 18%. Senare under sommaren, i vecka 25, låg motsvarande siffror för länen på 64% i Värmland och Dalarna, medan Stockholm hade nått en täckning på 55%.²⁴ I media har rapporterats om ännu större skillnader när man bryter ut specifika åldersgrupper. I slutet på maj lyfts till exempel att Region Gävleborg vaccinerat 58% i åldersgruppen 50–59 med en första dos, medan motsvarande siffra i Region Gotland låg på 18%.²⁵ Tittar man istället på fullvaccinerade rapporterade Dagens Medicin i augusti om stora skillnader i åldersgruppen 40–49 år där

¹⁹ Insamlad information från privata vårdgivare om inte annat anges

²⁰ Västra Götalandsregionen, Vårdgivarwebben, *Ansvarsfördelning och samverkan* (2021), <https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/covid-19/vaccination-covid/ansvarsfordelning-och-samverkan/>

²¹ Region Uppsala, *Ersättning för vaccination klar* (2020) <https://region uppsala.se/politik-och-paverkan/handlingar/uppsnabbat/lista-nyhetsbrev/uppsnabbat-regionstyrelsen-22-december/ersattning-for-vaccination-klar/>

²² Region Uppsala, *Frågor och svar om vaccination mot covid-19* (2021) <https://region uppsala.se/samverkanswebben/for-vardgivare/samlad-information-om-covid-19-pandemin/vaccination-mot-covid-19/fragor-och-svar/> [2021-11-14]

²³ Region Kronoberg, *Plan för covid19-vaccinationer* (2020)

²⁴ Folkhälsomyndigheten, *Statistik över registrerade vaccinationer Covid 19* (2021) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/>

²⁵ Svenska Dagbladet, *SKR om vaccinklyftan: Lär pendla upp och ner* (2021) <https://www.svd.se/skr-om-vaccinklyftan-lar-pendla-upp-och-ner>

Uppsala, som i de inledande faserna låg under riksnittet, och Örebro lyckats vaccinera 60- respektive 64%. I Region Gotland, som tidigare under året låg i topp i Sverige, bara lyckats fullvaccinera 22% av åldersgruppen.²⁶

Skillnaderna i vaccinationstakt beror naturligtvis delvis på demografiska och geografiska variationer mellan regionerna och den osäkra vaccinationsdistributionen men det speglar även regionernas olika tillvägagångssätt i vaccinationsutförandet. När vaccinationen i slutet på oktober kommit till fasen där även barn vaccinerar syns fortfarande tydliga skillnader mellan regionerna. I åldersgruppen 12–15 har i vissa regioner runt 45% fått sin första dos, medan andra regioner inte ens påbörjat vaccineringen av den åldersgruppen.²⁷

2.5. Nationell vaccinationsstatistik

Nationella vaccinationsregistrets statistik visar att under perioden december 2020-september 2021 har privata aktörer utfört 47,0% av samtliga genomförda vaccindoser, vilket i antal doser motsvarar 6,5 miljoner doser. Det finns stora regionala skillnader i vilken omfattning som privata aktörer har nyttjats för att utföra vaccinationen. Exempelvis har privata aktörer i Region Stockholm stått för hela 81,0% av de genomförda doserna, och i Region Skåne och Region Kronoberg 64,4% respektive 63,2%. I samtliga av dessa regioner har privata vårdgivare utfört en klart högre andel av vaccinationerna än den privata vårdens andel av primärvården. I kontrast har privata vårdgivare inte utfört några vaccinationer alls i Region Örebro trots att andelen privat primärvård uppgår till 13,8%, och i Region Värmland har privata utförare endast utfört 0,1% av doserna trots att privata utförare utgör 29,7% av primärvården. Vidare finns regionala skillnader i huruvida och i vilken omfattning den ordinarie primärvården varit delaktiga i vaccinationen, vilket inte går att utläsa från statistiken.

Andel privat vaccination, per region

Region	Antal doser ²⁸	Privat	Offentlig	Privat andel av antal doser	Privat andel av primärvården ²⁹
Hela Sverige	13 855 905	6 519 151	7 336 754	47,0%	43,5%
Stockholms län	2 976 251	2 412 174	564 077	81,0%	67,7%
Skåne län	1 768 784	1 138 330	630 454	64,4%	47,8%
Kronobergs län	264 780	167 455	97 325	63,2%	34,4%
Västmanlands län	375 712	232 355	143 357	61,8%	57,1%
Västra Götalands län	2 227 605	1 326 919	900 686	59,6%	49,0%
Södermanlands län	422 316	212 132	210 184	50,2%	33,3%
Uppsala län	540 997	263 750	277 247	48,8%	50,0%
Hallands län	486 511	230 755	255 756	47,4%	47,8%
Blekinge län	228 603	60 529	168 074	26,5%	33,3%
Dalarnas län	415 705	109 756	305 949	26,4%	17,9%
Jönköpings län	496 763	99 781	396 982	20,1%	30,0%
Västerbottens län	391 381	69 256	322 125	17,7%	13,2%
Kalmar län	354 352	59 583	294 769	16,8%	31,4%
Gotlands län	92 690	10 267	82 423	11,1%	33,3%
Västernorrlands län	356 391	31 700	324 691	8,9%	37,5%
Östergötlands län	653 274	54 175	599 099	8,3%	25,0%
Jämtlands län	184 931	11 884	173 047	6,4%	19,2%
Gävleborgs län	408 446	22 490	385 956	5,5%	39,5%
Norrbottnens län	362 649	5 061	357 588	1,4%	17,4%
Värmlands län	423 635	559	423 076	0,1%	29,7%
Örebro län	423 889	-	423 889	0,0%	13,8%

²⁶ Dagensmedicin.se, *Stora regionala skillnader i vaccinationstäckning (2021)*

<https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/infektion/stora-regionala-skillnader-i-vaccinationstackning/>

²⁷ Läkartidningen.se, *Stora regionala skillnader i hur många barn som fått covid-19-vaccin (2021)*

<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/10/stora-regionala-skillnader-i-hur-manga-barn-som-fatt-covid-19-vaccin/>

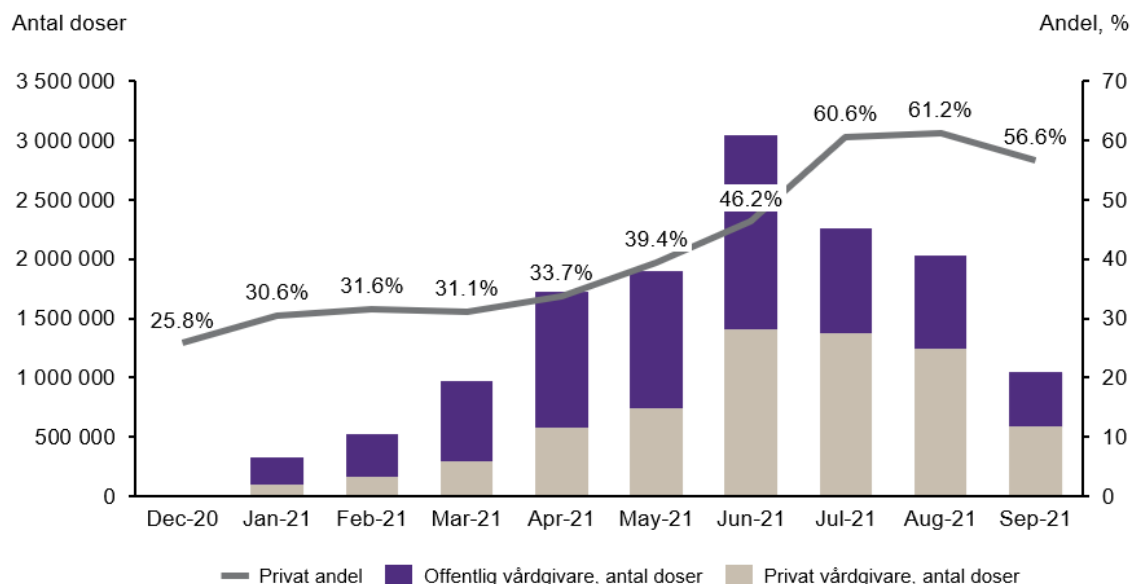
²⁸ Nationella vaccinationsregistret, *Registerutdrag (2021)*

²⁹ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Verksamhetsstatistik 2011–2020 (2021)*

2.6. Fördelning utförda vaccinationsdoser nationellt, privata och offentliga vårdgivare

Den privatdrivna vården har tagit ett stort ansvar inom ramen för vaccination av covid-19. Totalt i Sverige har privata vårdgivare utfört 47,0% av antalet givna doser under perioden december 2020-september 2021 och under perioden för fas 4 (juni-september 2021) uppgår motsvarande andel till 55,0%.³⁰ I enskilda regioner och perioder har majoriteten av antalet givna doser utförts av privata vårdgivare. Flertalet privatdrivna vårdgivare har enskilt utfört hundratusentals vaccinationsdoser och i ett fall närmare 800 000 doser under pandemin.

Fördelning utförda vaccindoser, hela landet



Flertalet respondenter i denna studie lyfter att om det är något område under pandemin som hade krävt ett regiongemensamt angreppssätt eller nationell samordning så är det vaccinationsgenomförandet. De främsta anledningarna till detta är de stora regionala skillnaderna i planeringen av breddvaccinationerna samt de regionala skillnaderna i primärvårdens förutsättningar till att bedriva ordinarie vård parallellt med vaccinationer.

2.6.1. Vaccination inom ramen för primärvårdens ansvar

I delar av landet har primärvården tagit delar eller ett omfattande ansvar för vaccinationen av covid-19, även inom ramen för breddvaccinationen. En respondent från en mindre privatdriven verksamhet beskriver hur vaccinationen inneburit en extrem arbetsbelastning till följd av hur regionen organiserat arbetet med vaccinationen. Respondenten beskriver exempelvis hur vårdpersonal på den privatdrivna vårdcentralen själva fick dra ut patientlistor och ringa in patienter för att kunna påbörja vaccinationerna efter att de fått leverans av vaccinet. Vidare framhålls hur all den tid som lagts på administration och planering av vaccinationerna på varje enskild vårdcentral trots allt är tid som tagits från den ordinarie verksamheten, vilket resulterat i att annan vård fått stå tillbaka. Respondenten menar regionens uppgift i att ansvara för vaccinationen har varit svår och utmanande på många sätt, men att det hade varit önskvärt att regionen varit mer förberedd innan vaccinationerna drogs igång och att arbetet mer fördel kunnat fördelas på ett annat sätt.

2.6.2. Upphandling och avtal av vaccination

I många delar av landet har istället upphandling använts som verktyg för att genomföra vaccinationer, primärt inom ramen för breddvaccination. Många av de respondenter som intervjuats framhåller att upphandlingen av breddvaccinationerna har varit bra ur ett effektivitetsperspektiv. Att fokusera på en aktivitet, att vaccinera, skapar ökad möjlighet hög effektivitet. En respondent, från en privat aktör med täckning i flertalet regioner, beskriver också hur det utifrån primärvårdens perspektiv varit en framgångsfaktor i de regioner som valt att exkludera covid-

³⁰ Nationella vaccinationsregistret, *Registerutdrag* (2021)

vaccination från primärvårdens ansvar. Respondenter menar dock att för att få full effekt av detta hade en nationell samordning varit önskvärd.

Inledningsvis menar flertalet respondenter att regioner varit sena med att planera upphandlingen och utförandet av vaccinationen, vilket givit de privata vårdgivarna sämre förutsättningar i sitt uppdrag. Upphandlingarna av vaccination av covid-19 har varierat över landets regioner och flera respondenter beskriver hur det har varit utmanande att förhålla sig till regionernas olika lösningar och tillvägagångssätt. Detta har lett till stora mängder administration och logistikutmaningar, inte bara för de privatdrivna vaccinatörerna utan även för varje enskild region. Flera privata vaccinatörer upplever att villkoren i de olika upphandlingarna varierat i hög grad mellan regionerna, där vissa regioner valt att detaljstyra medan andra valt ett mer flexibelt förhållningsätt i hur de privata aktörerna organiserar sig och exempelvis vilka tekniska lösningar de använder sig av. En respondent beskriver hur en regioner i sitt upphandlingsförfarande och villkor för vaccinationen valde att ställa krav på om att ett specifikt IT-system skulle användas, vilket resulterade i att flera privata vårdgivare valde att inte delta i upphandlingen då det skulle ställa krav som i relation till ersättningen var omöjlig att försvara.

Flera respondenter pekar på att de regioner som tagit på sig ett större ansvar för infrastrukturen kring vaccineringen har även lyckats behålla en rimlig nivå av kontroll, struktur och effektivitet inom ramen för vaccinationen. En respondent lyfter fram Region Uppsala som ett gott exempel. I Uppsala stod regionen för helhetsplaneringen och bistod med vaccinationslokaler och kallelser, medan de privata vaccinatörerna huvudsakligen stod för bemanning och utförande.

Vidare beskrivs hur många regioner i upphandlingsvillkoren lagt över hela eller stora delar av den ekonomiska risken på utförarna. Exempelvis framställs hur privata vårdgivare enligt avtalsvillkoren skulle stå redo med lokaler och sjuksköterskor vid en viss tidpunkt, trots att det fortfarande var oklart när vaccinationen skulle kunna påbörjas eller hur många doser de skulle få tilldelade.

Ersättningen som tilldelats vaccinatörerna har varierat över landet, trots att den statligt subventionerade summan var den samma för samtliga regioner. I samtal med flera respondenter beskrivs att det inte funnits någon logik i hur ersättningen varierat mellan landets regioner. Exempelvis finns inget samband mellan ersättningen och hur stort ansvar regionen i fråga har tagit för samordning, kommunikation, skyddsmaterial, vaccinationsutrustning eller fysiska lokaler. Flertalet respondenter menar att insatserna för vaccinationsutförandet i flera regioner inneburit att de privatdrivna vaccinatörerna gått med förlust.

Inom ramen för själva upphandlingsförfarandet så beskrivs även såväl goda såsom sämre exempel. Flera respondenter ställer sig frågande till Region Skånes upphandlingsförfarande, vilken baserades på en utvärderingsmetod av lägsta pris. Regionen inledde upphandlingen på en låg prisnivå för att sedan stegvis höja priset tills att regionen upplevde att de fått tillräckligt med privata vaccinatörer och kapacitet. Flera privata vårdgivare är kritiska till regionen ersättningsnivå och främst den succesiva höjningen. Respondenterna menar att en sådan typ av lägsta-pris-upphandling försvårar för de aktörer som har ett högt kvalitets- och moraliskt tank i sin verksamhet. En respondent beskriver hur man upplevde att Region Skåne inte såg de privata vaccinatörerna som en tillgång i vaccinationsekvationen där regionen trots allt var i akut behov av att snabbt kunna utföra stora mängder vaccinationen. Snarare upplevdes det som att regionen, utifrån sitt sätt att kommunicera, tyckte att de privata vårdgivarna skulle vara tacksamma för att fick delta i upphandlingen.

2.6.3. Tredje dosen

I samtal med den privatdrivna vården beskrivs hur historien upprepar sig när den vaccinationen med den tredje dosen ska påbörjas. I många regioner har man beslutat om att avsluta samarbetet med privata vaccinatörer för att istället låta primärvården ta ett större ansvar. Samtidigt beskrivs hur de regioner som meddelat att de har för avsikt att upphandla kapacitet för tredje dosen har dålig framförhållning i såväl planering såsom upphandling. Vidare exemplifieras hur privata vaccinatörer begränsas i utförandet av vaccinationen till följd av långa beslutsled och avtalstekniska skäl. En respondent beskriver hur de idag utför vaccinering av äldre mot influensan och skulle i praktiken kunna ge tredje dosen covid-vaccin samtidigt, men får inte göra detta då avtalet med regionen inte omfattar covid- vaccin förrän 1a januari 2022. Respondenten menar att det hade varit ett enkelt sätt att undvika dubbelarbete och sänka kostnaderna för regionen, vilket nu hindras av hur avtalet är utformat.

Utifrån intervjuer med respondenter från den privatdrivna vården tydliggörs hur förutsättningarna för att utföra vaccinationer under pandemin har skiljt sig åt mellan regionerna. I appendix finns beskrivningar hur vaccinationerna utförts i Region Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Uppsala.

3. Specialistvården

Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattning

Både efterfrågan på vård och utförd planerad vård minskade kraftigt under pandemin, speciellt under första och andra vågen. Tillgängligheten för operation och åtgärd har försämrats i de flesta regioner, och idag det fler som väntar på vård, och fler som väntat länge.

Sedan 2015 har köp av specialiserad vård från privata företag ökat med en genomsnittlig tillväxt om 3,4% årligen. Under 2020 skedde ett tydligt trendbrott där tillväxten av köp av specialiserad vård för första gången under den analyserade perioden minskade med -5,5%, i kontrast till regionernas totala kostnader för specialistvård som ökade med 1,9% mellan 2019 och 2020. Detta är sannolikt främst drivet av att regionerna i högre utsträckning ställt in vård än att upphandla ökad kapacitet.

Inställd vård

Den planerade vården ställdes i stora delar av landet in under pandemin, vilket resulterat i långa vårdköer. Samtidigt finns stora regionala skillnader i vilken utsträckning regioner ställt in vård och hur vårdköerna har hanterats. Halland kunde, på grund av sin relativt kontrollerade pandemisituation, låta den elektiva vården samexistera med pandemin. Möjligtvis hade fler regioner med mer kontrollerade pandemiförlopp också kunnat undvika att ställa in vård, och istället låtit den privatdrivna vården ta ett större ansvar för den planerade vården. I flera rapporter har den svenska och danska strategin jämförts inom ramen för den elektiva vården. I Danmark togs nationellt tog beslut om att samordna den elektiva vården under pandemin, vilket bidragit till att danska vårdköer idag är i nivå med innan pandemin. Samtidigt ser vi en helt annan situation i Sverige, där vårdköerna är rekordhöga men också med stora variationer mellan regionerna.

Trots den positiva samverkans-effekten som beskrivs under pandemin så har regionernas olika tillvägagångssätt bidragit till utmaningar för den privatdrivna vården i planering men framförallt skapat en ojämn belastning. Samtidigt som många verksamheter inom såväl den offentliga som den privatdrivna vården har varit hårt belastade så har det funnits privata verksamheter som kunnat avlasta ännu mer. Den fulla kapaciteten inom vården nyttjades inte fullt ut. Sannolikt är detta en förklaring av den svenska förvaltningsstrukturen och avsaknaden av nationell samverkan. Troligtvis hade ett nationellt samordningsansvar ytterligare ökat möjligheterna för den privatdrivna vården att avlasta än mer under pandemin. Utöver att vårdköerna delvis kunnat hanterats hade även möjligheten till en mer jämlik vård uppnåtts över landet. I backspegeln kan vi istället se att beroende på var du bor i landet har patienters vårdbehov hanterats olika.

Kompensation för merkostnader

I april 2020 beslutade regeringen om statsbidrag för att ekonomiskt stödja verksamheter inom hälso- och sjukvård. Det skulle exempelvis handla om skäliga merkostnader för skyddsutrustning, personal, smittskyddsåtgärder och övriga anpassningar som har behövts göras i verksamheterna. I samtal med den privatdrivna vården framkommer att det funnits stora regionala skillnader i hur privata vårdgivare har kompenserats för merkostnader och att regionerna i stor utsträckning hanterat detta på olika sätt. Kostnader som har varit omfattande, dels på grund av ökade behov, dels till följd av ökade priser där visst material kostade dubbelt så mycket under pandemin. Utöver att den privatdrivna vården lagt omfattande resurser för att säkerställa tillgång till skyddsmaterial så har kostnaderna beroende på var i landet en privat vårdgivare verkar blivit kompenserad för i olika utsträckning, och i många fall inte alls.

Sannolikt så var det nationella beslutet om att merkostnader inom vården skulle täckas i skälig utsträckning inte tänkt att variera över landet och därmed skapa olika förutsättningar beroende på var i landet privata vårdgivare verkar. Inför en ny pandemi, eller liknande kris, rekommenderas att ytterligare nationellt reglerade principer fastställs för att möjliggöra att kompensation för merkostnader i större utsträckning fördelats jämnt över hela den svenska vården.

Avtal

Pandemin har synliggjort en rad utvecklingsområden inom ramen för såväl villkor såsom formuleringar i befintliga LOV- och LOU-avtal. Sammanfattningsvis har pandemin bidragit till ett behov av att tydliggöra definitionen av en kris och katastrof samt vilka rättigheter och skyldigheter som uppkommer vid dessa situationer. Otydliga och skilda katastrofkláusuler i befintliga avtal har resulterat i ett omfattande arbete inom respektive region samt hos privata vårdgivare för att förstå vad som gäller vid en kris och katastrof. Detta har inte bara lett till ett omfattande administrativt arbete utan även till vitt skilda slutsatser och tolkningar av avtal inom respektive region. Sannolikt

skulle det med fördel kunna formuleras övergripande och gemensamma riktlinjer på nationell nivå för att skapa en gemensam syn på vad som är en kris eller katastrof, och vilka rättigheter och skyldigheter som uppkommer vid en sådan händelse. Övergripande och gemensamma riktlinjer och principer, som gäller i samtliga regioner, skulle troligtvis innebära besparingar i tid och resurser för såväl respektive region som den privatdrivna vården. Det skulle även tydliggöra förutsättningarna för den privatdrivna vården och möjliggöra att den privatdrivna vården i högre utsträckning kan fokusera på att vara den lyhörda partnern för samtliga regioners behov och därmed även prioritera och avlasta sjukvården på ett effektivt sätt.

Både den privatdrivna och offentliga vården lyfter att de tillfälliga pandemiavtalen och taklösa vårdgarantiavtal varit framgångsfaktorer under pandemin då de möjliggjort flexibilitet och snabba beslut för att på bästa sätt anpassa den totala vårdkapaciteten efter behov och prioritering.

Inför en framtida pandemi eller annan typ av kris rekommenderas att det nationellt säkerställs att det finns en tydlighet kring förutsättningarna för tillfälliga pandemiavtal och i vilka situationer dessa avtal kan tecknas för att skyndsamt kunna utöka kapaciteten och anpassa vårdkapaciteten utifrån var den ger störst effekt.

3.1. Pandemins påverkan på specialistvården

Under första och andra vågen av pandemin minskade den genomförda planerade vården avsevärt till följd av behovet av ökad beredskap och samtidig brist på nödvändiga läkemedel och utrustning. Antalet operationer minskade med totalt 22% mellan mars 2020 och januari 2021 i jämförelse med motsvarande period 2019–2020, där de största minskningarna skedde inom ortopedi, allmänkirurgi och ögon. Under pandemins första två vågor minskade antalet specialistläkarbesök med 14% vilket motsvarar 290 400 färre första besök än tidigare. Nedgången syns inom alla specialiteter men var som störst inom öron-näsa-hals, ortopedi, och barn- och ungdomsmedicin. En del av minskningen av besök och operationer kan förklaras av att patienterna har fått annan typ av vård eller att behoven har minskat, bland annat för att smittskyddsrestriktionerna lett till färre infektioner.³¹

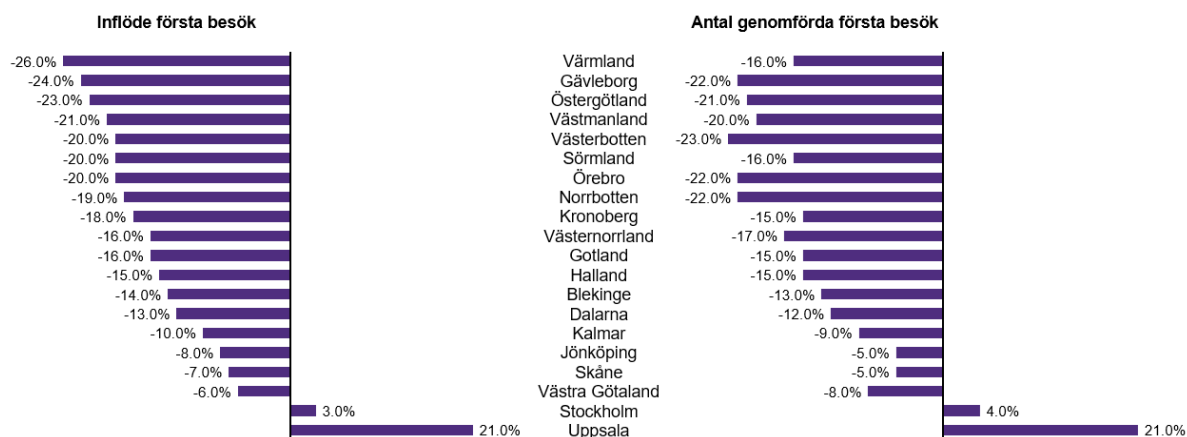
3.1.1. Förändringar i vårdkonsumtion - Nationellt

Antalet nytillkomna personer som väntar på ett första besök, operation eller återbesök inom den specialiserade vården har minskat kraftigt under pandemin. Detta är enligt Vård- och omsorgsanalys sannolikt ett tecken på att både patientinitierad vårdefterfrågan och läkarbedömda behov av specialiserad vård minskar. Vård- och omsorgsanalys lyfter i rapporten *I skuggan av covid-19* att det funnits stora regionala skillnader i hur efterfrågan och tillgängligheten förändrats under pandemin. Samtliga regioner förutom två minskade både inflödet och antalet genomförda första besök jämfört med tidigare år, men det finns stora variationer mellan regionerna. Vård- och omsorgsanalys lyfter särskilt Värmland och Stockholm som exempel på regioner som sticker ut. I Värmland minskade inflödet av antalet nytillkomna personer som väntar på ett första besök och antalet första besök med 26 respektive 16 procent, vilket är största minskningen bland samtliga regioner för inflödet. I Stockholm ser vi en helt annan utveckling där både antalet genomförda första besök och inflödet av personer som väntar på ett första besök ökade under året.³² Vidare kan noteras att Uppsala har en utveckling under pandemin som tydligt skiljer sig från övriga regioner.

³¹ Socialstyrelsen, *Färre operationer och längre väntetider under pandemins första och andra våg* (2021) <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/farre-operationer-och-langre-vantetider-under-forsta-och-andra-vagen/>

³² Vård- och omsorgsanalys, *I skuggan av covid-19* (2021)

Förändringar av antal genomförda första besök och inflödet av personer som väntar på ett första besök per region, 2020 jämfört med medel 2017–2019

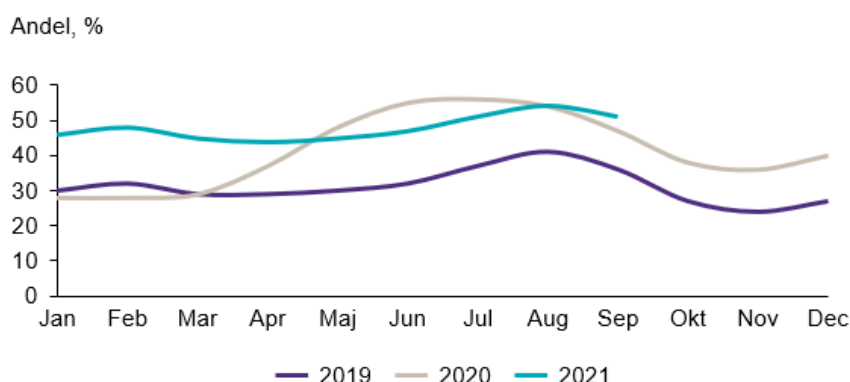


3.1.2. Förändring i tillgänglighet under pandemin - Nationellt

Tillgängligheten var en utmaning redan innan pandemin, men det är nu fler som väntar på vård och fler som har väntat länge, särskilt till insatser inom den specialiserade vården. Operationer för knä- och höftprotes är exempel på områden där väntetiden har ökat. För dessa operationstyper är minskningen av antalet genomförda operationer större än för genomsnittet, en minskning om cirka 25–30% mellan 2019 och 2020. För gruppen väntande över 90 dagar till operation och åtgärd har många regioner utvecklat långa väntetider, medan andra regioner klarat sig bättre. Ett antal regioner har även fått längre köer till förstabesök inom den specialiserade vården.

I september 2021 hade 51% av patienterna väntat mer än vårdgarantins 90 dagar ger dem rätt till för operation eller åtgärd inom specialistvården, vilket kan jämföras med 36% i september 2019 och 37% september 2018.³³ Vårdköer i Sverige har tydliga säsongsvariationer där köerna ökar strax efter semesterperioder såsom sommaren och jul och nyår, sannolikt förklarar av att vårdpersonal varit lediga i högre grad. Vid analys av förändring i tillgänglighet 2020 syns ett tydligt trendbrott i april då vårdköerna nationellt ökar kraftigt, vilket sannolikt är ett resultat av beslut om att pausa den elektiva vården för att istället tillföra resurser till covid-relaterad slutenvård och akutvård. Från april 2020 till augusti 2020 skapas en puckel av uppskjuten vård som sedan återhämtas något. Sedan hösten 2020 och framåt följs samma säsongsvariation som tidigare år men med en signifikant högre andel som får vänta längre än vårdgarantin ger dem rätt till.

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på operation eller åtgärd under 2019, 2020 och 2021 (Nationellt)



³³ Sveriges kommuner och regioner (SKR), *Väntetider i vården, tillgänglighet över tid (2021)*

3.1.3. Regionernas köp av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård under pandemin

Sedan 2015 har köp av specialiserad vård från privata företag ökat med en genomsnittlig tillväxt om 3,4% årligen. Under 2020 skedde ett tydligt trendbrott där tillväxten av köp av specialiserad vård för första gången under den analyserade perioden minskade med -5,5%, i kontrast till regionernas totala kostnader för specialistvård som ökade med 1,9% mellan 2019 och 2020.

Att köp av privatdriven specialistvård minskade under 2020 är främst drivet av minskade köp inom området somatisk specialistvård, vilket främst innefattar medicinsk och kirurgisk korttidsvård och geriatrisk vård. Köp av privatdriven somatisk specialistvård har sedan 2015 haft en genomsnittlig tillväxt om 3,3% årligen, men minskade kraftigt med -5,0% under pandemin (2020) i jämförelse med 2019.

Köp av privatdriven psykiatrisk specialistvård ökade med 14,2% under 2020 i jämförelse med 2019, vilket kan jämföras med att de totala kostnaderna för specialiserad psykiatrisk vård ökade med 3,2% under motsvarande period. Köp av privatdriven psykiatrisk specialistvård, vilket främst innefattar psykiatrisk slut- och öppenvård, hade under perioden 2015–2020 en genomsnittlig omsättningstillväxt om 3,8% årligen. Den kraftiga tillväxten under 2020 är huvudsakligen relaterad till köp av privata vårdtjänster klassificerade som psykiatrisk mottagningsverksamhet, vilken ökade med 16,2% under 2020 i jämförelse med tidigare år.³⁴

Regionerna - Köp av huvudverksamhet från privata företag

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Specialiserad somatisk vård	9 278	10 004	10 273	10 686	11 509	10 930
Specialiserad psykiatrisk vård	1 931	1 928	2 023	2 037	2 039	2 328
Summa somatisk och psykiatrisk vård	11 209	11 932	12 296	12 723	13 548	13 258

KPI

Tillväxt - Specialiserad somatisk vård	7,8%	2,7%	4,0%	7,7%	-5,0%
Tillväxt - Specialiserad psykiatrisk vård	-0,2%	4,9%	0,7%	0,1%	14,2%
Tillväxt - Summa somatisk och psykiatrisk vård	6,5%	3,1%	3,5%	6,5%	-2,1%

3.2. Den privatdrivna specialistvårdens bidrag under pandemin

Den ökade belastningen på hälso- och sjukvården med anledning av covid-19 skapade på många håll i landet ett ökat behov av samarbete mellan privata vårdgivare och regionernas vårdgivare. Privata vårdgivare har i olika utsträckning lånat ut personal till akutsjukhusen (se vidare i avsnitt *Utlåning av personal*), vårda patienter med covid-19, avlastat regioner med att ta emot fler patienter inom ramen för befintliga avtal eller så kallade pandemiavtal, ställt in sin ordinarie verksamhet för att istället bedriva prioriterad vård utifrån regionens behov samt tillhandahållit och levererat skyddsmaterial och utrustning till regionernas covid-vård.

Coronakommissionen beskriver, i sitt andra delbetänkande, att hälso- och sjukvårdsdirektörer lyft att det har funnits en stor vilja från den privata sektorn att stötta den offentliga vården och att stödet har varit viktigt för regionerna. I delbetänkandet framhålls även att den privata sektorns storlek varierar i landet vilket bidragit till regionala skillnader i vilket stöd och avlastning som den privata vården har kunnat erbjuda. I exempelvis Region Stockholm har personal lånats in, privata sjukhus tagit över operationer från akutsjukhusen eller ställt om sina avdelningar för att vårda covid-patienter. I andra regioner har det framförallt handlat om att personal har lånats in.³⁵

I samtal med Hälso- och Sjukvårdsdirektörer i Stockholm, Skåne och Västra Götaland framhålls att den privatdrivna vårdens största bidrag under pandemin var:

- att ta över operationer från regionen,³⁶
- erbjuda resurser (personal eller avlastning genom omställning av befintlig verksamhet) till den akuta sjukvården,³⁷ samt

³⁴ SCB, *Köp av huvudverksamhet – Regioner* (2021)

³⁵ Coronakommissionen, *Delbetänkande 2-Sverige under pandemin* (2021)

³⁶ Lundbom, Pia; Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne. Intervju 2021-11-01

³⁷ Söderström, Ann; Hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen. Intervju 2021-10-18

- att den privata vården snabbt kunde ställa in sin ordinarie verksamhet och sedan ställa om för att kunna avlasta med det prioriterade vårdbehovet.³⁸

3.2.1. Samverkan mellan den privatdrivna specialistvården och regionerna

Flertalet respondenter från den privatdrivna specialistvården beskriver att samverkan på många sätt fungerat väl under pandemin, då kritiska åtgärder krävt snabba beslut. I samtal med Hälso- och Sjukvårdsdirektör i Region Stockholm, beskrivs hur samverkan med privata aktörer som en grundförutsättning för regionen givet den höga andelen privata verksamheter och vårdval inom specialistvård. Det framhålls att Stockholms etablerade och upparbetade beställar- och utförarsystem var en stor fördel och en framgångsfaktor för det goda samarbetet. Vidare beskrivs samarbetet och samverkan med många av de privata vårdaktörerna på många sätt ha varit lättare än mellan de stora offentliga sjukhusen. Hälso- och sjukvårdsdirektören betonar att privata vårdgivare tidigt visade att de ville bidra till helheten och satte sin ordinarie verksamhet åt sidan för att tillsammans med regionen fokusera på det viktiga. Den privatdrivna vården beskrivs vidare ha varit en stark kraft i det förändringsarbete som krävts under pandemin. Avslutningsvis beskrivs hur den privatdrivna vårdens största bidrag under pandemin är den stora – och snabba – omställningen, där privata aktörer ställt in sin ordinarie verksamhet för att istället fokusera på den prioriterade vården. Hälso- och sjukvårdsdirektören sammanfattar intervjun med att konstatera att pandemin var den privatdrivna vårdens stora möjlighet att visa samhällsansvar och att de flesta kommer väldigt väl ut ur det.

En respondent från en privatdriven ortopedisk verksamhet beskriver hur pandemin påverkade regionledningen i Stockholm att i större utsträckning släppa kontrollen på den operativa nivån, vilket krävde tillit men också resulterade i ökad samverkan och effektivitet mellan den privata och offentliga vården som tillsammans löste problemen som uppstod. Respondenten menar att de praktiska problemen sällan kräver varken ett politiskt eller ideologiskt ställningstagande, utan på ett effektivt sätt kan lösas på operativ nivå, vilket pandemin har bevisat. Vid frågan om den största utmaningen i samverkan med regioner svarar respondenten att långa ledtiderna i beslutsfattande och planering varit en utmaning. Respondenten är i den uppfattning att det är bättre att fatta ett beslut och ompröva. Vidare menar respondenten att man i en kris hellre vågat göra nästan rätt från början, än att låta tiden gå och besluten dröja.

Två andra respondenter från en privatdriven specialistklinik i Stockholm beskriver första vågen kännetecknades av spontan samordningsaktivitet. Den spontana samordningsaktiviteten beskrivs ha skett på operativ nivå, med fullt fokuserade på patienterna och vårdflöden för att tillsammans skapa förutsättningar för att klara av den utmaning som regionen stod inför. Respondenterna upplevde att styrningen senare under pandemin flyttades högre upp i regionen, vilket resulterat i att det på operativ nivå varit svårt att nå fram och att friheten i att lösa problem begränsades allt mer. Respondenterna reflekterar över att detta sammanföll med såväl ökad medial uppmärksamhet såsom den ökade rapporteringsskyldigheten avseende covid-utvecklingen som implementerades nationellt.

Flertalet respondenter vittnar om att under den första tiden av pandemin så samlades såväl privata aktörer såsom den offentliga vården kring ett gemensamt fokus på patienterna och att lösa problem och att frågor kring budget och pengar lades åt sidan, från såväl regionen såsom den privatdrivna vården. Respondenterna beskriver att det fanns en ömsesidig tillit i detta, som möjliggjorde snabbare beslut, effektiva lösningar och även möjliggjorde en mer jämlik vård då samtliga sjukhus och privatdrivna klinikerna inkluderades i de praktiska lösningarna.

I samtal med respondenter från den specialiserade vården framgår tydligt att lokala kontakter och relationer har varit viktigt för samverkan med den offentliga vården under pandemin och en respondent framhåller att samverkan mellan regionen och den privatdrivna specialistvården sannolikt kan vara lättare i en mindre region givet att det finns någon typ av en samverkansform innan en kris då det ger bättre förutsättningar för etablerade kommunikationskanaler och personliga relationer.

Avslutningsvis beskriver en respondent från den privatdrivna vården hur en av lärdomarna från pandemin är att i högre utsträckning behöver tydliggöra hur kapaciteten och viljan att avlasta finns där. Respondenten beskriver hur även de till en början var väl passiva och exemplifierar detta genom att beskriva att de skickade fina kort till regionerna där det stod att "Vi finns här", vilket var i välmening, men menar på att regionerna snarare behövde tydliga förslag och att den privatdrivna vården visade att de stod redo att avlasta med det som regionen behövde hjälp med.

³⁸ Eriksson, Björn; Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm. Intervju 2021-11-04

Utifrån intervjuer med respondenter från den privatdrivna specialistvården tydliggörs hur förutsättningarna för att bedriva specialistvård under pandemin skiljer sig mellan regionerna. I appendix finns beskrivningar hur specialistvården har påverkats i Region Stockholm, Uppsala, Halland, Skåne och Västra Götaland samt deras erfarenheter av pandemin.

4. Utlåning av personal

Sammanfattning och slutsatser

Privata aktörer inom såväl specialistvård och som primärvård har lånat ut personal till den offentliga vården under pandemin. Privata vårdgivare lyfter hur utlåning av personal haft en stor inverkan på den befintliga verksamheten då annan vård fått ställas in till följd av att nyckelpersoner lånats ut till den offentliga vården. Denna suboptimering har lett till att patienters vårdbehov inte kunnat tillgodosetts och uppdämda vårdbehov har utvecklats. Primärvården och specialistvården har i sig viktiga funktioner att fylla för att avlasta akutsjukvården, särskilt under en pandemi då akutsjukvården redan är hårt belastad. Givet såväl primärvårdens såsom specialistvårdens uppdrag kan utlåning av personal sannolikt resultera i en omvänd effekt, där akutsjukvården belastas ytterligare till följd av den suboptimering som skapas i när vårdkedjor bryts och annan vård får stå tillbaka.

I många regioner har privata aktörer lånat ut personal på frivillig basis, medan i andra regioner har regionen använt avtalsvillkor för att avropa medarbetare från den privatdrivna vården. Den privatdrivna vårdens erfarenheter av att låna ut personal till den offentliga akutsjukvården varierar över landet och mellan vårdgivare. I vissa fall beskrivs hur personalen kommit tillbaka stärkta efter tiden som utlånade. Framgångsfaktorn har då varit bland annat varit att utlåning skett på frivillig basis, att etablerade arbetsgrupper delvis hållits ihop och lånats in i rotation tillsammans, vilket gjort att de klarat miljöbyte och nya arbetsuppgifter bättre. I andra fall beskrivs hur privata vårdgivare som lånat ut personal påverkats av flertalet uppsägningar och långtidssjukskrivningar efter perioden av utlåning. Uppsägningarna har i flera fall omfattat medarbetare som valt att gå till den offentliga vården eller till bemanningsföretagen och i vissa fall gått så långt att medarbetare valt att säga upp sig för att lämna vården helt.

I likhet med situationen för merkostnader, har stora variationer för i vilken utsträckning utlåning av personal kompenseras för identifierats. Vissa regioner har kompenserat de privata vårdgivarna för inlånad personal samtidigt som andra inte gjort det. I åtminstone två regioner vittnar den privatdrivna primärvården om att de stått för hela personalkostnaden trots att personalen arbetat på akutsjukhusen och lämnat vårdcentralen underbemannad. En respondent uppger även att de, till följd av regionens tolkning av katastrofklausulen, var skyldiga att tillhandahålla personal till akutsjukhuset på egen bekostnad. Detta resulterade i att den privata vårdgivaren, för att efterleva villkoren i avtalet, tvingades kompensera medarbetare med bonusutbetalningar för att lånas ut till akutsjukvården. Avtalsformuleringarna upplevs i flertal regioner främst inkludera den privatdrivna vårdens skyldigheter men har ytterligare att önska inom ramen för vilka rättigheter som uppkommer vid utlåning av personal.

Vidare lyfts att den inlånade personalen från privatdrivna vården i flera fall upplevde att de var utelämnade i sin situation, vilket framkommer varit särskilt vanligt i de fall personal beordrats in. Särskilt utmanande upplevdes det att arbeta i en ny miljö, såväl fysiskt som aktivitetsmässigt, och med nya kollegor. Vidare vittnar den offentliga och privatdrivna vården om att det under den tredje vågen var mer utmanande att få den privatdrivna vårdpersonalen att frivilligt lånas in till den offentliga vården. Under samma period beslutades att vaccin skulle prioriteras till den offentligt anställda personalen, men inte den privatdrivna vårdens personal. Detta bidrog sannolikt till att den privatdrivna vårdens medarbetare var mindre benägna till att lånas in under tredje vågen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att utlåning av personal varit utmanande och ett risktagande för privata vårdgivare som under perioden inte kunnat säkerställa varken det som innefattas i ledarskapsansvaret eller arbetsgivaransvaret. Flera privata vårdgivare vittnar om att de, tillsammans med sin personal, ställt upp lojalt för regionens behov av personal och att personalens etiska och moraliska kompass möjliggjort att det i stor utsträckning varit enkelt att motivera personal att bli utlånade. Resultatet av utlåning av personal är dock varierande och i de fall resultatet inte fallit väl ut, så står det på den privata vårdgivaren ansvar.

I den mån som privatanställda ska lånas ut till den offentliga vården vid kris och katastrofer så rekommenderas att den privata- och offentliga vården tillsammans fastställer en tydligare struktur för hur samarbetet ska se ut för att ge rätt förutsättningar vid nästa kris. För att förutsättningarna ska bli rätt föreslås bland annat att villkor och ersättning tydliggörs och att satsningar görs på kontinuerliga samverkansprojekt, exempelvis genom rotation mellan den offentliga och privata vården för att aktivt öva på samarbete och i andra arbetsmiljöer. Vidare kan förslag om en regional frivilligpool av personal utvärderas för att vid nästa kris vara bättre förberedda och även möjliggöra att inlånad personal kan hanteras på frivillig basis. Avslutningsvis kan vi konstatera att oavsett tillvägagångssätt så är det utmanande att flytta personal från primärvård och elektiv vård till akutsjukvård, särskilt under extrema förhållande såsom under pandemin. Sannolikt är det mer effektivt att utifrån ett helhetsperspektiv behålla vårdkedjor inom såväl elektiv såsom primärvård intakt för att på det sättet avlasta akutsjukvården.

I Coronakommissionens andra delbetänkande framkommer att personal huvudsakligen omfördelats inom sjukhusen, men att inlåning av personal från primärvård, annan specialistvård samt rekrytering från bemanningsföretag gjordes också på flera håll i landet. Bemanningen i vården har även förstärkts genom rekrytering av extra tillfällig personal. Läkare hemmahörande på andra kliniker har på de flesta sjukhus engagerats i covid-19-vården. Ett ständigt problem har varit att bemanna vården, mest uttalat under våg 2 och 3, även om det finns kliniker som upplevde att det var svårare att bemanna under våg 1. Problemen har varit störst i storstadsregionerna. Som förstärkningsmetod användes ofta övertidsuttag och förskjutna/begränsade semestrar för den regionala personalstyrkan.³⁹

En lärdom som regionerna drar är att det tar tid för inlånad personal att ställa om och att det krävs resurser från den ordinarie personalen för att lära upp och fasa in inlånad personal i arbetet. Några regioner lyfter fram att intresset från personalen i den privata sektorn att arbeta i offentliga verksamheter var som störst i den första vågen.⁴⁰

En utmaning som regionerna pekar på är att det utifrån nu varande regelverk och avtal är svårt att beordra privat vårdpersonal att arbeta i den offentliga vården. Men att det likväl finns skäl att överväga att – genom lag eller avtal – föreskriva att de privata vårdgivare som får del av offentliga medel också är skyldiga att ge stöd till offentliga vårdgivare i en nationell kris. Det gäller förstås särskilt i de regioner där privata vårdgivare är vanligt förekommande.⁴¹

4.1. Privatdrivna vårdens erfarenheter av utlåning av personal

I samtal med respondenter från privata vårdgivare som verkar inom såväl specialistvård så som primärvård, framkommer att flertalet vårdgivare i hög grad lånat ut personal till de offentliga akutsjukhusen under pandemin, i huvudsak i Stockholm, men även Södermanland, Uppsala, Västernorrland, Norrbotten och Gotland. Ett par respondenter framhåller även att de inte blivit tillfrågade att låna ut personal, men att de på eget initiativ tagit kontakt med regionen för att undersöka intresse av att låna in personal från den privatdrivna vården vilket det i vissa fall funnits ett intresse av och i andra fall inte.

Respondenter beskriver hur flertal regioner använde sig av LOV-avtalens katastrofkláusuler för att avropa personal från de privata vårdgivarna under pandemin. I andra regioner har katastrofkláusuler inte kunnat användas för att avropa personal utan utlåning har behövt ske på frivillig basis. Flera respondenter beskriver att det funnits stora tolkningsutrymmen i dessa kláusuler och menar att det ofta handlat om hur regionen har tolkat kláusulen utifrån den specifika situationen. I Region Stockholm kunde katastrofkláusulen inte användas för att avropa personal varför inlåning av personal enbart kunde ske på frivillig basis. Enligt flertalet respondenter, såväl från privata vårdgivare såsom från regionen, beskrivs hur utlåning av personal på frivillig basis trots allt fungerat väl. Flera respondenter reflekterar över att detta sannolikt är förklarat av den höga privatiseringsgraden i Stockholm samt en väletablerad samverkansstruktur.

Utöver att avtalens varierande och delvis oklara innehåll påverkade möjligheten att låna ut personal till den offentliga akutsjukvården så har även ersättningen för utlånad personal varierat i hög utsträckning. I vissa regioner har privata vårdgivare som lånat ut personal fått kostnader täckta, medan det i andra regioner inte utgått någon ersättning i huvud taget. Fler respondenter beskriver hur regionen avropat personal men att den privata vårdgivaren fått stå för hela personalkostnaden för den utlånade personalen. I dessa fall har den privata vårdgivaren påverkats av såväl kompetensbrist och en underbemannad verksamhet, samtidigt som personalkostnaderna för den utlånade personalen belastat verksamheten. En respondent menar att det varit näst intill omöjligt att under den här perioden rekrytera vikarier och att i de fall som det funnits personal att hyra in tillfälligt så har vårdmomsen bidragit till en kostsam situation, särskilt då den privata vårdgivaren fått stå för dubbla lönekostnader.

Majoriteten av respondenter från privata vårdgivare framhåller att det finns bättre sätt att nyttja den privata vårdkapaciteten under en kris än att låna in personal. Privata vårdgivare lyfter att de i en kris, som under pandemin, vill vara en del av lösningen och ställer sig positiva till att tidigt vara delaktiga i planering och genomförande av förändringar som krävs för att på ett effektivt och snabbt sätt ställa om. Inom ramen för inlåning av personal framkommer dock tydlig konsensus om att det i många fall är utmanande, och i fler fall omöjligt, att flytta personal som inte har någon eller begränsad erfarenhet av intensivvård och tro att dessa individer ska göra nytta under en

³⁹ Coronakommissionen, *Delbetänkande 2-Sverige under pandemin* (2021)

⁴⁰ Ibid

⁴¹ Ibid

sådan här period. Vidare framkommer att det istället hade funnits andra sätt att avlasta IVA, särskilt inom ramen för de administrativa uppgifter som IVA-personal ansvarar för och även inom ramen för underhåll av lokalerna inom IVA för ökad effektivitet vid inflytt/utflytt samt städning.

Flertalet respondenter beskriver vidare hur de flesta vårdgivare som lånat in personal har hanterat det väl, men att det inte alltid blev effektivt. I flera fall beskrivs hur akutsjukhusen fick inlånad personal men hur individerna inte användes på ett effektivt sätt. En respondent beskriver att en lärdom från pandemin är att den personal som blir inlånad också behöver få känna att den bidrar för att det ska bli en framgångsrik lösning, att personen i fråga inte bara är en bricka som flyttas runt efter regionernas direktiv.

Utöver att inlånad personal har såväl lång uppstartssträcka, såsom behov av introduktion och stöttning, så skapas även en suboptimering på den ordinarie arbetsplatsen, där vårdkedjor bryts vilket innebär att annan viktig vård inte kan utföras på grund av personalbrist. Majoriteten av respondenter från privata vårdgivare beskriver att det förslag som såväl flertalet regioner såsom Coronakommissionen kommit fram till avseende krav genom lag eller avtal för inlåning av personal vid kris skulle vara olyckligt. Samtliga respondenter menar att frivillighet måste ligga till grund för ett sådant samarbete ska bli lyckosamt. Även om flertalet respondenter framhåller att de anser att flytt av personal skapar ineffektivitet inom såväl den inlånande verksamheten såsom för den utlånande verksamheten så har även majoriteten av respondenter erfarenhet av att ha bidragit med personal till akutsjukhusen under pandemin.

Bland respondenterna från den privatdrivna vården beskrivs även hur flertalet privata vårdgivare har tappat medarbetare som under pandemin varit utlånade. I flera exempel lyfts att medarbetare efter att ha varit utlånade valt att gå till en annan arbetsgivare (ofta bemanningsföretag men även till den offentliga vården), flertalet är långtidssjukskrivna efter det de upplevt på akutsjukhusen och vissa har valt att helt sluta inom sjukvården. I ett par fall beskrivs istället hur personalen trots allt kommit tillbaka styrkta efter en period som utlånad till akutsjukhusen. I ett av fallen då i stort sett hela personalgruppen kommit tillbaka styrkta efter den utlånade perioden så beskrivs framgångsfaktorererna ha varit att delar av personalgruppen lånats in i rotation tillsammans. Respondenten menar att genom att hålla ihop arbetsgruppen, så tål man också nya arbetsuppgifter och en ny arbetsplats bättre.

Vidare hävdar flertalet respondenter att för att flytt av personal över huvud taget ska bli effektivt, bör den offentliga och privatdrivna vården tillsammans arbeta aktivt för att förutsättningarna ska vara rätt vid nästa kris. För att förutsättningarna ska bli rätt föreslås bland annat samverkansprojekt i form av rotation mellan regioner och privata aktörer för att aktivt öva på samarbete och i annan arbetsmiljö. Förslag om en regional frivillig-pool av personal lyfts också som ett förslag framåt för att vid nästa kris vara bättre förberedda. Båda varianterna föreslås innefatta träning och övning i "normaltid".

Utifrån intervjuer med respondenter från den privatdrivna vården tydliggörs hur utlåning av personal sett ut under pandemin samt hur det skiljer sig mellan regionerna. I appendix finns beskrivningar hur den privatdrivna vården har påverkats i Region Stockholm, Skåne, Västra Götaland och Uppsala samt deras erfarenheter av pandemin.

5. Upphandling av vårdtjänster och avtal under pandemin

Sammanfattning och slutsatser

Under pandemin

Flertalet respondenter, såväl inom den offentliga vården såsom inom den privatdrivna vården, framhåller att Lagen om offentlig upphandling (LOU) begränsade möjligheten till snabba beslut och lösningar under pandemin. Flertalet beskriver hur kunskapen om regelverket på flera håll är begränsad vilket ytterligare skapar ojämlika förutsättningar för att upphandla kapacitet i regionerna.

Både den privatdrivna och offentliga vården lyfter att de tillfälliga pandemiavtalen och taklösa vårdgarantiavtal varit framgångsfaktorer under pandemin då de möjliggjort flexibilitet och snabba beslut för att på bästa sätt anpassa den totala vårdkapaciteten efter behov och prioritering.

Inför en framtida pandemi eller annan typ av kris rekommenderas att det nationellt säkerställs att det finns en tydlighet kring förutsättningarna för tillfälliga pandemiavtal och i vilka situationer dessa avtal kan tecknas för att skyndsamt kunna utöka kapaciteten och anpassa vårdkapaciteten utifrån var den ger störst effekt.

I hanteringen av den uppskjutna vården

Vårdköerna är långa och många patienter har till följd av pandemin väntat länge på vård. I september 2021 har 51% av Sveriges patienter väntat längre än vårdgarantins 90 dagar för operation eller åtgärd inom specialistvården, vilket kan jämföras med de sedan tidigare höga nivåerna om ca 35% 2018-2019. De regionala skillnaderna är stora, där 72% av Region Norrbottens patienter har väntat längre än vårdgarantin samtidigt som enbart 21% av Region Hallands patienter behövs vänta längre än vårdgarantin. Den ojämlika vården inom svenska regioner har sannolikt aldrig varit tydligare än nu.

Hälso- och sjukvårdslagen beskriver hur vård ska ges på lika villkor och att den med störst behov ska få vård först, vilket tillämpas inom ramen för varje region och sjukvården i stort. I hanteringen av den uppskjutna vården kommer prioriteringen av vård sannolikt att bli en utmaning, men i ljuset av de stora regionala skillnaderna i vårdköer kommer ytterligare en aspekt att adderas i detta. De regionala skillnaderna kommer att innebära att vårdprioriteringen över landet blir ojämn och patienternas vård kommer i stor utsträckning baseras på den regionala situationen.

Flera regioner har under de senaste månaderna rapporterat om omfattande behov och att de har för avsikt att påbörja, eller redan påbörjat, upphandling av kapacitet hos privata vårdgivare. Givet det omfattande behov och den ökade kapacitet som förväntas finnas nationellt för att hantera den uppskjutna vården kommer den regionala handlingskraften sannolikt att ha en stor inverkan på vilka regioner som med hjälp av privata aktörer kan öka den regionala kapaciteten. Ur ett nationellt perspektiv kommer detta sannolikt att innebära att vård på lika villkor och att störst behov ska hanteras först är långt ur sikte. Risken i att varje enskild region ska hantera den uppskjutna vården är att patienterna i stor utsträckning är utelämnade till den egna regionens kösituation och beslut kring hantering, vilket ur ett nationellt perspektiv kan innebära stora skillnader för enskilda patienter.

I ljuset av de stora regionala skillnaderna i vårdköer och flertalet regioners omfattande behov av att öka kapaciteten kan sannolikt nationell samordning och en nationell vårdkö, som möjliggör att patienter oberoende regionstillhörighet kan söka vård, vara en lösning för att i högre grad upprätthålla en vård på lika villkor.

Givet de långa vårdköerna där flertalet regionerna har utmaningar framåt för att hantera den uppskjutna vården bör satsningar ven göras för att tydliggöra hur Lagen om offentlig upphandling kan användas. Såväl inom den offentliga vården såsom inom den privata vården upplevs upphandlingsregelverket idag otydligt, särskilt inom ramen för vad som är en kris och när aktuella undantag kan tillämpas. Förtydliganden kring hur LOU kan användas för att hantera vårdköerna samt en ökad kunskap inom regionerna som beställare förväntas leda till såväl effektivare beslut såsom ökad dialog och samverkan.

Avtal

Pandemin har synliggjort en rad utvecklingsområden inom ramen för såväl villkor såsom formuleringar i befintliga LOV- och LOU-avtal. Sammanfattningsvis har pandemin bidragit till ett behov av att tydliggöra definitionen av en kris och katastrof samt vilka rättigheter och skyldigheter som uppkommer vid dessa situationer. Otydliga och skilda katastrofklausuler i befintliga avtal har resulterat i ett omfattande arbete inom respektive region samt hos privata vårdgivare för att förstå vad som gäller vid en kris och katastrof. Detta har inte bara lett till ett omfattande administrativt arbete utan även till vitt skilda slutsatser och tolkningar av avtal inom respektive region. Sannolikt skulle det med fördel kunna formuleras övergripande och gemensamma riktlinjer på nationell nivå för att skapa

en gemensam syn på vad som är en kris eller katastrof, och vilka rättigheter och skyldigheter som uppkommer vid en sådan händelse. Övergripande och gemensamma riktlinjer och principer, som gäller i samtliga regioner, skulle troligtvis innebära besparingar i tid och resurser för såväl respektive region som den privatdrivna vården. Det skulle även tydliggöra förutsättningarna för den privatdrivna vården och möjliggöra att den privatdrivna vården i högre utsträckning kan fokusera på att vara den lyhörda partnern för samtliga regioners behov och därmed även prioritera och avlasta sjukvården på ett effektivt sätt.

5.1. Lagen om offentlig upphandling under kris

Upphandlingsmyndigheten beskriver i sin rapport *Coronapandemin ur ett upphandlingsperspektiv* vår decentraliserade förvaltningsstruktur som en utmaning där bristen på nationell överblick och samordning medför utmaningar vid upphandling, vilket exemplifieras genom pandemins fördelning av skyddsutrustning. Upphandlingsmyndigheten menar vidare att pandemin kommer att ge upphov till en omfattande diskussion om de utmaningar som den svenska förvaltningsstruktur innebär i detta avseende.⁴² Bland annat fick Coronakommissionen i uppdrag utvärdera hur ansvarsprincipen och det geografiska områdesansvaret har fungerat under krisen. Kommissionen kom bland annat fram till att de många olika myndigheter och aktörer som har anknytning till smittskydd, beredskap och hantering av pandemin ger ett decentraliserat men också fragmenterat system där ansvar blir otydligt.⁴³ Även forskare vid Totalförsvarets forskningsanstalt (FOI) har framhållit att en kris som drabbar hela samhället på många olika nivåer ställer högre krav på samordning, liksom på att målkonflikter och resursprioriteringar kan hanteras.⁴⁴ Upphandlingsmyndigheten har i ett annat sammanhang framhållit behovet av att i enlighet med ansvarsprincipen klarlägga ansvaret för de offentliga inköpen i krig och kris.⁴⁵

Under pandemin har undantag från Lagen om offentlig upphandling (LOU) diskuterats på flera håll. I ett brev till regeringen i juni 2021 skrev Skånes regionråd Gilbert Tribo (Liberalerna) och Anna Mannfalk (Moderaterna) att LOU lägger krokben för att på ett effektivt sätt upphandla operationer och annan typ av avlastning från privata aktörer, som stod redo för att hjälpa till. Regionråden menade att extraordinära tider, såsom pandemin, också kräver extraordinära åtgärder. Regeringen och Socialdepartementet besvarade de två regionrådets brev och pekade på att upphandlingsregelverket (LOU) är anpassat för att regioner ska kunna tillgodose nödvändiga behov i akuta situationer som har uppkommit på grund av oförutsebara omständigheter och hänvisade därefter till ett par olika tillvägagångssätt som kan tillämpas.⁴⁶ I september 2021 har även Regeringen lagt fram propositionen "Ett förenklat upphandlingsregelverk" med syfte att förenkla den offentliga upphandlingen. I propositionen föreslås bland annat att gränsen för direktupphandling av vårdtjänster ska höjas till cirka 7,7 miljoner kronor. De nya reglerna planeras träda i kraft den 1 februari 2022.⁴⁷

5.2. Regional upphandling under pandemin

I kontakt med Hälso- och Sjukvårdsdirektörer lyfter samtliga att upphandling har varit en utmaning och begränsning för regionerna, särskilt inom ramen för skyddsmateriel men även för upphandling av vårdtjänster.

I skuggan av pandemin där regionerna i vissa fall har varit handlingskraftiga gällande upphandling för att snabbt och effektivt kunna säkerställa att vårdbehovet inom regionen kan hanteras, med hjälp av privata aktörer, så har även flertalet upphandlingar också överklagats. I intervjuer med såväl privata aktörer såsom Hälso- och Sjukvårdsdirektörer så lyfts exempel på såväl inkomna överklaganden på avtal som tecknats under pandemin så som en oro för att avtal kommer att överklagas. Att ett avtal överklagas bidrar till långa processer och i många fall att avtalet, och i det här fallet vården, försenas. Ett sådant exempel är Carlanderskas avtal med Sahlgrenska/Region Västra Götaland om bemannade operationssalar som blev överklagat och därmed bidrog till försenad tilldelning.⁴⁸

⁴² Upphandlingsmyndigheten, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23), remissvar beslutat den 3 juli 2020, dnr UHM-2020-0164.

⁴³ Coronakommissionen, *Delbetänkande 1-Sverige under pandemin* (2021)

⁴⁴ Jenny Ingemarsdotter och Daniel K. Jonsson, *När krisen kom – vad vi kan lära av coronapandemin inför den fortsatta utvecklingen av det civila försvaret* (2020)

⁴⁵ Upphandlingsmyndigheten, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23), remissvar beslutat den 3 juli 2020, dnr UHM-2020-0164.

⁴⁶ Dagens samhälle, *Debatt - Upphandlingsregelverket är inte problemet* (2021)

<https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/upphandlingsregelverket-ar-inte-problemet/>

⁴⁷ Upphandlingsmyndigheten, *Regeringen föreslår nya förenklade upphandlingsregler* (2021)

<https://www.upphandlingsmyndigheten.se/nyheter/2021/regeringen-foreslar-nya-forenklade-upphandlingsregler/>

⁴⁸ Söderström, Ann; Sjukhuschef Carlanderska Sjukhuset och f.d. Hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen. Intervju 2021-10-18

Vidare beskrivs att privatdrivna verksamheter dels upplevt att upphandlingarna tagit lång tid, dels att det inom regionerna finns en oro för att göra fel i en upphandling. Respondenter beskriver hur regionerna i många fall undviker att prata med den privatdrivna vården inför en upphandling, vilket antas vara på grund av rädsla för att bryta mot regelverket kring upphandling. Vidare framhålls att detta är en missuppfattning och att dialog med den privatdrivna vården sannolikt skulle förbättra upphandlingen och även effektiviteten då man tillsammans kan komma fram till lösningar på regionens problem.

I samtal med respondenter från Remeo beskrivs avtal och upphandling som en utmaning såväl innan pandemin såsom under pandemin. Remeos patienter kommer främst från Region Stockholm men de har under åren haft patienter från i stort sett hela Sverige. Innan pandemin hade Remeo två avtal i Stockholm, ett med SÖS och ett med Karolinska Institutet vilket underlättade då IVA-avdelningarna på dessa två sjukhus identifierade behov av att skicka patienter vidare, dels för att frigöra plats på IVA men även för mer ändamålsenlig behandling för patienter som utvecklat långvarig kritisk sjukdom efter lång tid med intensivvård. Under pandemin tecknades ett tillfälligt pandemiavtal med regionen, det vill säga en nivå över tidigare två avtal som var tecknade med specifika akutsjukhus, vilket bidrog till att samtliga sjukhus i regionen kunde använda sig av Remeo för att frigöra platser på IVA. Respondenterna menar att pandemiavtalet skapade en mer jämlik behandling av såväl patienter såsom akutsjukhus i Stockholm. Hela regionen och samtliga sjukhus hade förutsättningar att skicka patienter vidare till Remeo och därmed frigöra platser på IVA, och tillhandahålla patienterna en mer ändamålsenlig vård utifrån deras tillstånd.

5.3. Behov av att upphandla vård för att hantera den uppskjutna vården

Flertalet regioner har under 2021 rapporterat om stora behov för att hantera den uppskjutna vård som inte kunnat genomföras under pandemin och flertalet regioner ser privata vårdgivare som en del av lösningen på detta. I samtal Hälso- och Sjukvårdsdirektör i Region Skåne, framkommer att det finns ett omfattande behov av att hantera de vårdköer som växt under pandemin och att regionen ser ett behov av att nyttja den kapacitet som finns hos privata vårdgivare för att hantera detta.

Liksom Skåne meddelade Region Uppsala i början av 2021 att Akademiska sjukhuset hade för avsikt att direktupphandla operationer inom Öron-näsa-hals, barnkirurgi, överviktsbehandling, kolorektal-operationer och plastkirurgi till ett totalt värde om 11 miljarder kronor. Regionen menar att direktupphandling ger möjlighet att snabbare kunna förlägga operationer till privata vårdgivare, och på så vis minska vårdköerna. Regionen framhåller att det även ger ett ökat utrymme för att bedriva sin egen högspecialiserade vård samt vården av covid-patienter.⁴⁹

Region Norrbotten publicerade i augusti 2021 en upphandlingsförfrågan till privata aktörer gällande ramavtal värt 500 miljoner kronor. Ramavtalet som ska upphandlas gäller operationstjänster inom de fem specialistområdena ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi och öron-näsa-hals. Patienter från Region Norrbotten kommer att få resa till de aktörer som regionen tecknar avtal med. Enligt Kenneth Backgård (Norrbottens sjukvårdsparti) är denna upphandling en satsning för att kunna korta vårdköer inom operation, för att komma tillrätta med den uppskjutna vården på grund av pandemin. Backgård menar att detta är även kommer att skapa förutsättningar för att klara av vårdgarantin på ett bättre sätt inom samtliga områden.⁵⁰

Flera respondenter från den privatdrivna vården beskriver hur det inom ramen för upphandling av kapacitet för att hantera den uppskjutna vården finns en osäkerhet i vad som gäller för upphandling. Respondenten beskriver hur flertalet regioner och sjukhus har långa köer och regeringen har utlovat finansiering, men går det fortfarande att klassificera situationen som kris utifrån ett upphandlingsperspektiv?

⁴⁹ Region Uppsala, *Region Uppsala direktupphandlar operationer för att kapa köer* (2021) <https://via.tt.se/pressmeddelande/region-uppsala-direktupphandlar-operationer-for-att-kapa-koer?publisherId=3235664&releaseld=3290938>

⁵⁰ Region Norrbotten, *Region Norrbotten upphandlar operationstjänster för en halv miljard* (2021) <https://www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressmeddelanden-2021/Region-Norrbotten-upphandlar-operationstjanster-for-en-halv-miljard/>

Bilagor

1. Genomförda intervjuer

Namn	Företag/Organisation	Roll/Titel	Datum
Karin Liljeblad	Vårdföretagarna	Näringspolitisk expert, Bransch Sjukvård	2021-10-12
Ann Söderström	Carlanderska och Region Västra Götaland	VD, Carlanderska och HSD i Region Västra Götaland (under pandemin)	2021-10-18
Pia Lundbom	Region Skåne	Hälso- och sjukvårdsdirektör	2021-11-01
Kenneth Jakobsson	Prima vård	Regionchef Uppsala/ Stockholm	2021-11-03
Björn Eriksson	Region Stockholm	Hälso- och sjukvårdsdirektör (under pandemin)	2021-11-04
Tobias Wirén	Capio	Affärsområdeschef och chefläkare	
Eva Sundman	Remeo AB	VD och verksamhetschef	2021-11-09
Anna Cedborg		FOU-chef och medicinsk chef	
Maria Holmberg	Aleris Närsjukvård	VD och affärsområdeschef	2021-11-11
Åsa Larsson	Sophiahemmet	Verksamhetschef	2021-11-11
Marie Wickman	Sophiahemmet	Chefsläkare	2021-11-11
Peter Holm	Capio St. Görans sjukhus	VD	2021-11-11
Jakob Johansson	Aleris Elisabethsjukhuset	Chefsläkare	2021-11-11
Christoffer Berg	Doktor24	Affärsutvecklingschef	2021-11-15
Jonas Orve	Praktikertjänst	Biträdande chefsläkare	2021-11-15
Carina Nordqvist Falk	MinDoktor	Verksamhetschef och affärsområdeschef digital vård	2021-11-15
Magnus Warfwinge	Capio Movement	VD	2021-11-17
Marie Persson		Verksamhetschef	
Ida Ankar	Aleris	Affärsområdeschef Ögon	2021-11-17
Anders Kjellin		Verksamhetschef och överläkare Aleris Ortopedi	
Kristina Runius		Affärsområdeschef Specialistkliniker	
Sara Banegas	Praktikertjänst	Chefsläkare	2021-11-23
Eva Jaktlund	Läkarna Mitt	Läkare och delägare	2021-11-23
Magnus Olivesten	Hermelinen vårdcentral Luleå	Verksamhetschef	2021-11-24
Fredrik Gunmalm	Capio	Chef Capio Primärvård	2021-11-24

2. Vaccination av covid-19 samt den privatdrivna vårdens erfarenheter av pandemin – i utvalda regioner

2.1. Vaccination i Region Stockholm

Sammanfattning– Vaccination Stockholm

Region Stockholms beslut om att upphandla privata aktörer för att genomföra massvaccinationen kom sent i förhållande till många andra regioner, trots att vaccinatörer erbjöd sig tidigt att hjälpa till och stod redo med lokaler och personal. Efter att privata vaccinatörer upphandlades har de genomfört en runt 80% av de givna vaccindoserna i regionen, och Region Stockholm har uppnått vaccinationsmålen från överenskommelsen mellan Regeringen och SKR.

Region Stockholm hade landets lägsta dosersättning till vaccinatörer (efter Region Skånes höjning), och var den enda regionen som betalade ut olika ersättningar för olika typer av vaccin.

2.1.1. Upphandling och ersättning av vaccinationer – Region Stockholm

I januari 2020 meddelade Region Stockholm att den ordinarie vaccinationsverksamheten även ska vaccinera allmänheten i massvaccineringen. I mitten på mars ändrar sig dock regionen och meddelar om en ny vaccinationsstrategi för allmänhetens vaccination, där privata vårdgivare ska erbjudas att utföra vaccinationer för att därigenom kunna erbjuda ett större utbud av vaccinatörer i fas 4, och för att enkelt kunna anpassa kapaciteten efter volymen vaccin som levereras till regionen. I slutet av mars beslutade Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm att teckna avtal med nio leverantörer för att kunna genomföra breddvaccinationen mot covid-19, med motiveringen att det ger möjlighet att avlasta husläkare och minska risken för undanträngningseffekter och volymen uppskjuten vård. Under maj sluts avtal med ytterligare 14 vaccinatörer.⁵¹

I samtal med Hälso- och Sjukvårdsdirektör i Region Stockholm framgår att grundtanken initialt var att utgå från den befintliga vaccinationsmodellen som finns utarbetad och definierad inom primärvårdens ansvar. I efterhand medger dock Hälso- och Sjukvårdsdirektören att man borde insett tidigare att primärvården inte själva skulle klara av att vaccinera hela befolkningen, och därför ingått avtal med större aktörer direkt. Vidare pekas på att flertalet privata aktörer erbjöd sina tjänster redan i ett tidigt skede. Istället genomfördes upphandlingarna för vaccination i Stockholm i omgångar efter behov.

Ersättningen till vårdgivare som utför vaccinationer mot covid-19 beslutades till 165 kr per dos för Modernas vaccin och till 175 kr per dos för Pfizer/BioNTechs vaccin.⁵² Region Stockholm är den enda regionen som valt att ge olika ersättning för olika vaccintyper.

2.1.2. Fördelning utförda vaccinationsdoser i Region Stockholm

Region Stockholm har Sveriges högsta andel privata aktörer inom primärvården (67,7%).⁵³ Under perioden december 2020 till september 2021 stod dessa för 81,0% av vaccinationerna⁵⁴, vilket gör de privata vårdgivarna klart överrepresenterade i andel utförda vaccinationer. Den 5e maj påbörjades vaccination Fas 4 (invånare över 18 som ej ingått i tidigare faser)⁵⁵, där privata aktörer under perioden maj-september 2021 gav 84,3% av vaccinationsdoserna.⁵⁶

⁵¹ KPMG, *Region Stockholms hantering av covid-19* (2021)

⁵² Regeringen.se, *Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19* (2020) [Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021 - Regeringen.se](#)

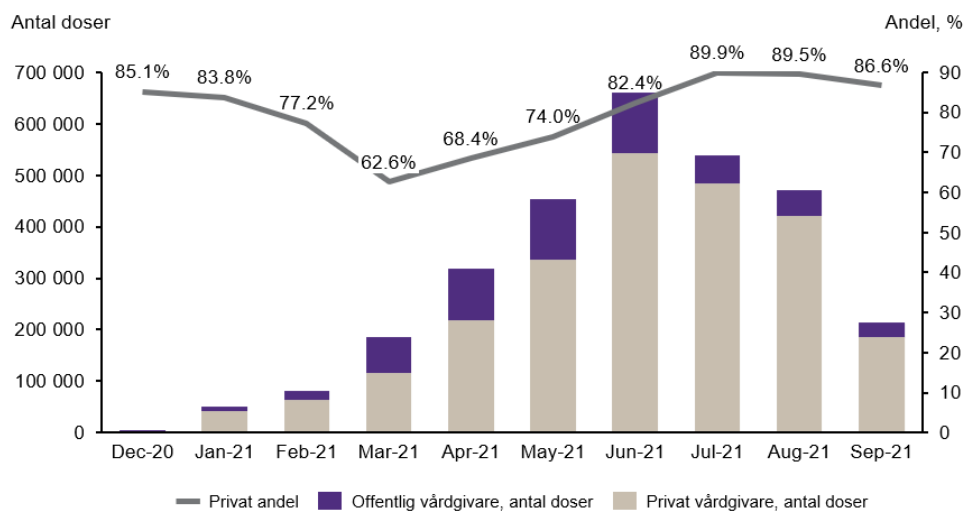
⁵³ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Verksamhetsstatistik 2011–2020* (2021)

⁵⁴ Nationella vaccinationsregistret, *Registerutdrag* (2021)

⁵⁵ KPMG, *Region Stockholms hantering av covid-19* (2021)

⁵⁶ Nationella vaccinationsregistret, *Registerutdrag* (2021)

Fördelning utförda vaccindoser, Region Stockholm



2.1.3. Genomförande av vaccination – Region Stockholm

I utvärderingen av Region Stockholms hantering av covid-19, som per dagens datum är den enda regionala utvärderingen av vaccinationerna, konstateras att regionen klarat de vaccinationsmål som framgår av överenskommelsen mellan Regeringen och SKR. Vidare framgår att regionen valde att lämna utrymme för flexibilitet och att inte i detalj specificera alla delar av genomförandet. Viktiga beslut har fattats vid uppkomna behov, snarare än planerats i förväg. Utvärderingen konstaterar att även om det har behövts en flexibilitet i planeringen så hade regionen med fördel kunnat planera mer utförligt inför framförallt breddvaccinationen. Beslutet att använda vaccinationsmottagningar för breddvaccinationen fattades sent i förhållande till när vaccinationen planerades att påbörjas, vilket innebar utmaningar för vaccinatörerna att på kort tid etablera helt nya vaccinationsmottagningar. Vaccination genom vaccinationsmottagningar har sedan dess varit ett effektivt och välfungerande sätt att utföra breddvaccinationen.⁵⁷

2.2. Vaccination i Region Skåne

Sammanfattning – Vaccination Skåne

Upphandlingsförfarandet i Region Skåne var unikt i Sverige, där ersättningen per dos som erbjöds utförarna initialt var extremt lågt, för att sedan succesivt höjas för att attrahera fler vaccinatörer att inkomma med anbud och på så vis säkerställa kapacitet.

Privata utförare har utfört en klar majoritet av vaccinationerna i Region Skåne, och privata utförare har stått för en klart större andel av vaccinationerna vad än den andelen privatdriven primärvård utgör av den totala primärvården i regionen.

2.2.1. Upphandling och ersättning av vaccinationer – Region Skåne

I Region Skånes vårdvalsavtal inom primärvård ingår vaccinationer, och inför breddvaccinationen av covid-19 skrevs ett tilläggsavtal till detta. Till en början planerades att vaccineringen skulle utföras av ordinarie primärvård, men när signaler kom från primärvården att de hade svårt att hålla hög takt i vaccinationerna parallellt med den ordinarie vården beslutades att upphandla komplement med privata vårdgivare under de senare faserna.⁵⁸ Region Skånes upphandling av vaccination beskrivs som en lägsta-pris-variant, där regionen stegvis höjde pris per dos tills att regionen upplevde att de fått tillräcklig kapacitet i inkommande anbud. Ersättningen till de privata aktörerna landade på 150 kr per given dos, vilket är samma som vid vaccinering mot till exempel vinterinfluensa. Företagen skulle själva stå för materialkostnaden, och regionen tillhandahöll vaccinet. 17 privata aktörer fick efter regionens

⁵⁷ KPMG, *Region Stockholms hantering av covid-19 (2021)*

⁵⁸ Lundbom, Pia; Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne. Intervju 2021-11-01

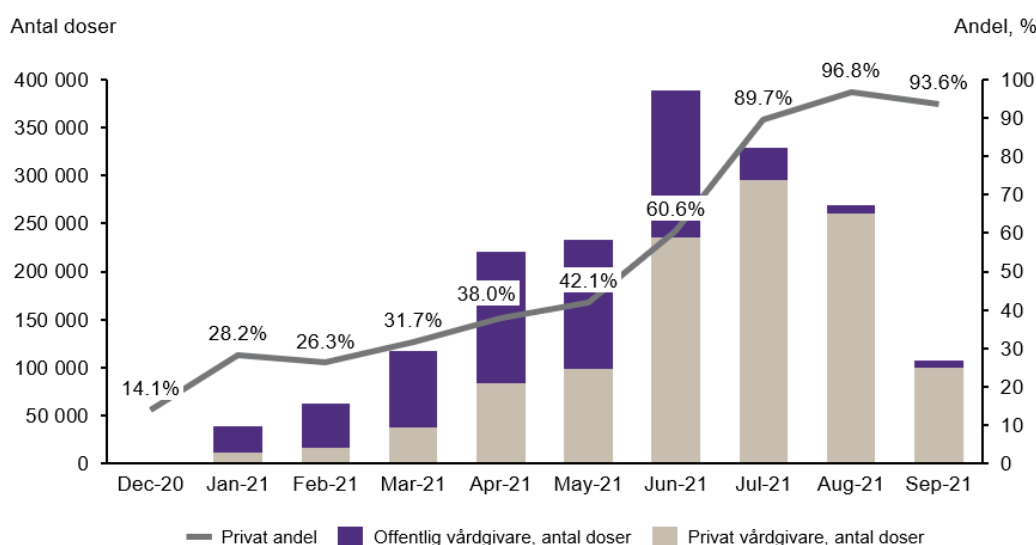
upphandling i uppdrag att genomföra fas 4, vaccinering för invånare i åldern 18–59 år, i Region Skåne. Fem av dessa aktörer hade befintliga vårdcentraler i regionen, medan de övriga satte upp egna stationer eller var mobila. Tack vare detta kunde 150 olika vaccinationsplatser upprättas för regionens invånare.

Ersättning höjdes från första juni till 180 kr per given dos för att säkerställa tillräcklig bemanning under sommarmånaderna.⁵⁹ Den 30e september fastställde Hälso- och sjukvårdsnämnden en separat temporär ersättning om 181 kronor per given dos vaccin mot covid-19 för perioden 1a oktober till sista december 2021.⁶⁰

2.2.2. Fördelning utförda vaccinationsdoser i Region Skåne

Av totala vaccinationer under perioden december 2020 till och med september 2021 har privata aktörer stått för totalt 64,4% av vaccinationerna⁶¹. Den 17 maj påbörjas vaccinationen av Fas 4 (åldrarna 18–59 år) i Region Skåne.⁶² Under perioden juni-september 2021 så uppgår den privata andelen av utförda vaccinationsdoser till 81,5%⁶³, vilket kan jämföras med att privatdrivna primärvården uppgår till 47,8% i Region Skåne.⁶⁴

Fördelning utförda vaccindoser, Region Skåne



2.3. Vaccination i Region Västra Götaland

Sammanfattning – Vaccination Västra Götaland

I Västra Götalandsregionen upphandlades tidigt privata aktörer för att vaccinera kommunal vård- och omsorgspersonal, och inför fas 4 tecknade regionen avtal med alla utförare som inkom med anbud och kunde påvisa rätt kunskap och formalia. Ersättningen som erbjöds låg i linje med majoriteten av de andra regionernas (200 kr per dos) och privata aktörer har utfört majoriteten av vaccinationerna, speciellt under massvaccinationsfasen.

2.3.1. Upphandling och ersättning av vaccinationer – Västra Götaland

I Region Västra Götaland finns basansvaret för utförandet av vaccinationerna inom vårdvalsavtalet för primärvården, men regionen beslutade sig tidigt för att upphandla privata utförare för vaccination av kommunal

⁵⁹ Lundbom, Pia; Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne. Intervju 2021-11-01

⁶⁰ Region Skåne, Hälso- och Sjukvårdsnämnden, protokollsutdrag §108, 2021-09-30 (2021)

⁶¹ Nationella vaccinationsregistret, Registerutdrag (2021)

⁶² Region Skåne, Covid-19, Tidplan för vaccinationen (2020) <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/vaccinationer/covid-19/#195685>

⁶³ Nationella vaccinationsregistret, Registerutdrag (2021)

⁶⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Verksamhetsstatistik 2011–2020 (2021)

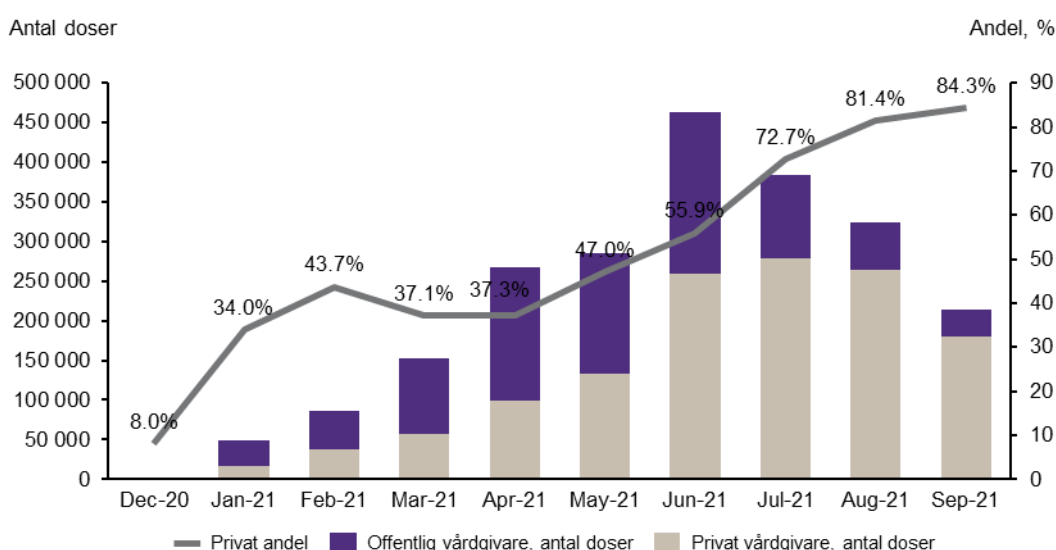
vård- och omsorgspersonal. Alla utförare som kunde påvisa kunskap och uppfyllde formalia för att utföra vaccinationer fick delta. I februari publicerade regionen upphandling för vaccination av allmänheten i fas 4,⁶⁵ och i mars beslutade regionen att avtal kommer tecknas med alla de aktörer som lämnat anbud i upphandlingen,⁶⁶ vilket syftade till att upprätthålla primärvårdens ordinarie verksamhet.

Västra Götalandsregionen beslutade, i likhet med majoriteten av de andra regionerna, att betala ut 400 kr till utförarna för två vaccindoser⁶⁷. Regionen stod även för materialkostnaden för sprutor och spetsar. De 150 kronorna som regionen "tog emellan" gick enligt regionens Hälso- och sjukvårdsdirektör till annonsering, bokning, kommunikation och övrigt material.⁶⁸

2.3.2. Fördelning utförda vaccinationsdoser i Region Västra Götaland

I maj 2021 inleddes Fas 4 i Västra Götalandsregionen med möjlighet för alla födda innan 1971 att vaccinera sig⁶⁹. Under perioden maj till september 2021 utförde de privata vårdgivarna i regionen 66,8% av vaccinationerna. Under hela perioden december 2020 till september 2021 utgjorde motsvarande siffra 59,6%,⁷⁰ vilket kan jämföras med den privata primärvårdens andel om 49,0%.⁷¹

Fördelning utförda vaccindoser, Region Västra Götaland



2.4. Vaccination i Region Uppsala

Sammanfattning – Vaccination Uppsala

Region Uppsala valde att upphandla vaccinationer genom ett nytt LOV-avtal med aktörer med vilka man redan hade befintliga LOV-avtal för influensavaccinering. Regionen skickade ut kallelser till invånarna med tid för vaccination istället för att invånarna själva skulle behöva söka information om när de kunde vaccinera sig och söka tillgängliga tider. Regionen ordnade även en del av vaccinationslokalerna, till vilka man också tillhandahöll skyddsutrustning.

Ersättning per vaccindos var i linje med majoriteten av de andra regionerna, och andelen vaccinationer utförda av privata aktörer motsvarar ungefär andelen privatdriven primärvård i regionen.

⁶⁵ vregion.se, Nyhetsarkiv Covid 19, 2021-02-09

⁶⁶ vregion.se, Nyhetsbrev 18 mars 2021, Angående upphandling av vaccinatörer för vaccination av befolkningen i fas 4

⁶⁷ Regeringen.se, Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19 (2020) [Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021 - Regeringen.se](#)

⁶⁸ Söderström, Ann; Sjukhuschef Carlanderska Sjukhuset och f.d. Hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen. Intervju 2021-10-18

⁶⁹ SVT Nyheter, Vaccinationen i fas 4 startar i dag – tidigare än väntat (2021) [SVT Nyheter \(2021\). Vaccinationen i fas 4 startar idag – tidigare än väntat](#)

⁷⁰ Nationella vaccinationsregistret, Registerutdrag (2021)

⁷¹ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Verksamhetsstatistik 2011–2020 (2021)

2.4.1. Upphandling och ersättning av vaccinationer - Region Uppsala

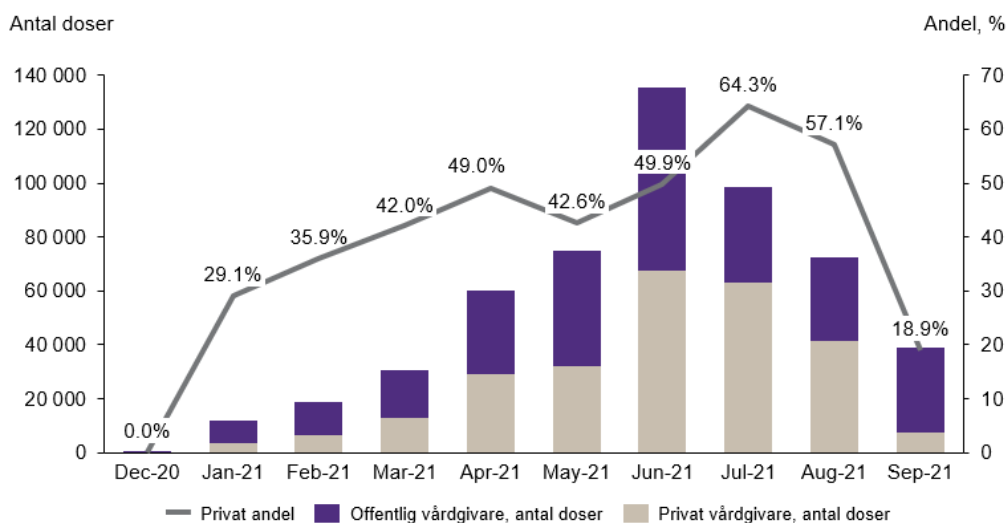
Region Uppsala valde tidigt att förbereda och planera för en särskild valfrihetsmodell för covid-19-vaccination. Detta resulterade i att regionen slöt avtal med fem vaccinatörer med vilka man sedan tidigare hade LOV-avtal rörande influensavaccin, vilket enligt regionen skapade en flexibilitet i vaccinationssystemet.⁷² Ersättningen beslutades vidare till 200 kronor per given dos. Regionen ansvarade för att skicka vaccinationskallelser till invånarna i regionen. Att regionen ansvarade för att skicka kallelser har ifrågasatts ur ett upphandlingsperspektiv då regionen i praktiken beslutade vilken vårdgivare som ska utföra vaccinationen och därmed erhålla ersättningen.⁷³ I samtal med privata vårdgivare som varit delaktiga i vaccinationen i Region Uppsala framhålls dock denna ansvarsfördelning som framgångsrik då administrationen centraliserades samtidigt som det bidrog till ett lugn hos regioninvånarna då de inte aktivt själva behövde söka information om när de kunde boka vaccinationstid.⁷⁴

Gällande ersättning för skyddsutrustning beslutade regionen att de privata utförare som verkar i egen lokal beställer och bekostar lämplig skyddsutrustning som krävs för uppdraget, och om de verkar i en lokal utsedd av regionen så tillhandahåller Region Uppsala nödvändig skyddsutrustning.⁷⁵

2.4.2. Fördelning utförda vaccinationsdoser i Region Uppsala

Under perioden december 2020 till september 2021 uppgår den privata andelen av utförda vaccinationer till 51,2%, vilket är i nivå med regionens privata andel av primärvård om cirka 50%. Region Uppsala inleder fas 4 i slutet av maj 2021, under perioden maj-augusti 2021 ökar den privata andelen till totalt 56,2% av totalt utförda doser.

Fördelning utförda vaccindoser, Region Uppsala



⁷² Inköpsrådet, *Snabb lösning med LOV-vaccinatörer* (2021) <https://inkopsradet.se/upphandling/snabb-losning-med-lov-vaccinatorer/>

⁷³ Dagens samhälle, *Uppsalas upphandling av vaccinatör kan bryta mot lagen* (2021) <https://www.dagensamhalle.se/samhalle-och-valfard/sjukvard/uppsalas-upphandling-av-vaccinatör-kan-bryta-mot-lagen/>

⁷⁴ Jakobsson, Kenneth; Regionchef Stockholm Uppsala, Primärvård. Intervju 2021-11-02

⁷⁵ Region Uppsala, *Frågor och svar om vaccination mot covid-19* (2021) <https://regionuppsala.se/samverkanswebben/for-vardgivare/samlad-information-om-covid-19-pandemin/vaccination-mot-covid-19/fragor-och-svar/>

3. Specialistvårdens tillgänglighet och den privata specialistvårdens erfarenheter från pandemin – i utvalda regioner

3.1. Specialistvården i Region Stockholm

Sammanfattning – Specialistvården i Stockholm

Stockholm drabbades extremt hårt i första vågen av pandemin, vilket krävde en stor omställning av både privat och offentligt driven vård. Privata vårdgivare ställde snabbt om för att kunna hantera prioriterade insatser och erbjöd sin hjälp till regionerna, och sjukhusen har uppskattat avlastningen det innebar. Regionen slöt flertalet pandemiavtal med privata utförare i syfte att avlasta den regionala sjukvården vilket innefattade bland annat övertagande av akut imperativ och subakut ortopedisk kirurgi, IVA-platser för patienter som inte var smittade med covid-19, slutenvård för covid-19-patienter, samt intensivvårdsnära rehab för patienter i behov av andningsstöd. Dessa avtal uppges ha fungerat väl och varit en effektiv lösning.

Samverkan mellan privat och offentlig vård uppges ha fungerat mycket väl i Region Stockholm, mycket tack vare en hög andel privatdriven vård vilket gjorde att det redan fanns etablerade kommunikationsvägar och en vana att samarbeta. De privata vårdaktörerna uppges ha varit en kraft som behövdes i förändringsarbetet under pandemin.

Region Stockholm hade innan pandemin en hög tillgänglighet inom specialistvården, men idag är det en klart högre andel som fått vänta längre än vårdgarantins 90 dagar på operation eller åtgärd. Regionen hade även en kraftig ökning i köpen av privatdriven psykiatrisk specialistvård under 2020.

Region Stockholm drabbades hårt och först av pandemin och sjukvården har fått genomgå en stor omställning för att hantera flödet av patienter med covid-19. Regionen hade en extremt kraftig ökning av antalet vårdade patienter under första vågen. Den 12 mars 2020 bekräftas det första dödsfallet kopplat till covid-19 i Stockholm (och Sverige). I mitten av april 2020, som utgjorde toppen av första vågen, vårdades ca 2 400 patienter spritt över hela regionen vilket var mer än hälften av alla vårdade covid-19-patienter i Sverige vid denna tidpunkt (ca 4 700). Den 22 mars 2020 meddelade regionen att all planerad vård ställs in för att frigöra personal till covid-relaterad vård och annan vård som inte kan vänta.

I samtal med Björn Eriksson, tidigare Hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Stockholm, framhålls att det snabba covid-förloppet i regionen tvingade fram snabba beslut däribland minskning av vård som ej är akut eller imperativ. Eriksson menar att resultatet av detta beslut var tydligt, patienterna valde att inte söka vård i samma utsträckning som tidigare, såväl inom primärvården såsom inom specialistvården.⁷⁶

Region Stockholms förändring i tillgänglighet

Region Stockholm har innan pandemin haft en relativt hög tillgänglighet inom specialistvården, där andelen patienter som behövt vänta mer än vad vårdgarantins 90 dagar ger dem rätt till, för operation eller åtgärd inom specialistvården, uppgått till 15% såväl 2018 som 2019 vilket kan jämföras med den nationella nivån om 31% 2019 och 30% 2018.⁷⁷

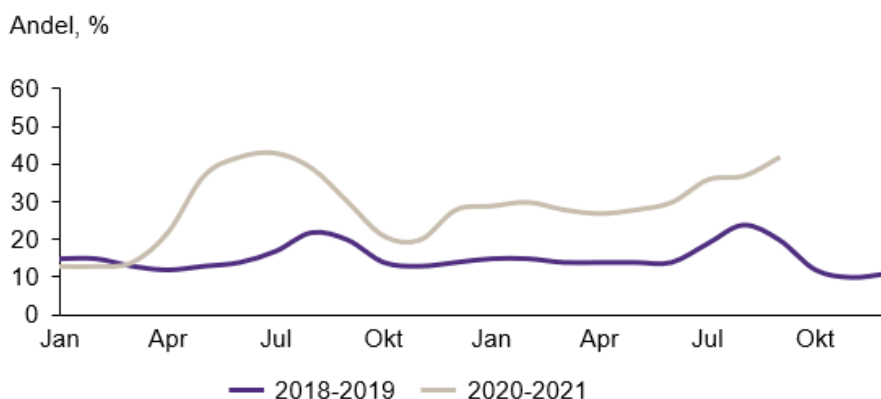
I september 2021 hade andelen patienter i Stockholm som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar ökat till 42%, vilket kan jämföras med 20% i september 2019 och 2018. Trots att Region Stockholm haft en försämrad tillgänglighet under pandemin är tillgängligheten högre än det nationella genomsnittet om 51% som fått vänta längre än vad vårdgarantin ger dem rätt till (september 2021).

Vid analys av förändringen i tillgänglighet 2020 syns ett tydligt trendbrott i april-maj då vårdköerna ökade kraftigt, förklarar av beslutet om att pausa den elektiva vården för att istället tillföra resurser till slutenvård och akutvård. Från april 2020 till september 2020 skapades en puckel av uppskjuten vård som senare återhämtades något. Sedan hösten 2020 och framåt följs, i det närmaste, samma säsongsvariation som tidigare år men med en signifikant högre andel som fått vänta längre än vårdgarantins 90 dagar.

⁷⁶ Eriksson, Björn; f.d. Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm. Intervju 2021-11-04

⁷⁷ Sveriges kommuner och regioner (SKR), *Väntetider i vården, tillgänglighet över tid* (2021)

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på operation eller åtgärd under 2018-2019 i jämförelse med 2020-sept 2021 (Stockholm)



Region Stockholms köp av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård under pandemin

Av totala kostnader för specialistvård i Region Stockholm uppgår den privata andelen till ca 17,1%.⁷⁸ Sedan 2015 har köp av specialiserad vård från privata företag ökat kraftigt med en genomsnittlig tillväxt om 5,4% årligen, vilket kan jämföras med en nationell genomsnittlig tillväxt om 3,4%. Under 2020 ökade fortsatt Stockholms köp av specialiserad vård med 3,7% i jämförelse med 2019, i kontrast till regionens totala kostnader för specialistvård som minskade med -0,7% mellan 2019 och 2020. Att de totala kostnaderna för specialistvård minskade under 2020 är troligen ett resultat av den minskade imperativa värden och att den icke-akuta värden pausats.

Köp av privatdriven somatisk specialistvård har sedan 2015 haft en genomsnittlig tillväxt om 5,8% årligen i Region Stockholm, och har fortsatt ökat med 1,4% under pandemin (2020) i jämförelse med 2019. Att köp av specialiserad somatisk vård ökat i mindre utsträckning än tidigare år (1,4% 2020 i jämförelse med 9,1% 2019) antas vara ett resultat av beslutet om att pausa all icke-akut vård under pandemin, vilket även inneburit att privata aktörers verksamheter har fått stå tillbaka.

Köp av privatdriven psykiatrisk specialistvård, som under perioden 2015-2020 haft en genomsnittlig årlig tillväxt om 3,7% i Stockholm, ökade kraftigt med 17,1% under 2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Region Stockholm						
Specialicerad somatisk vård, totalt	33 322	35 288	36 731	38 567	40 539	40 300
Specialicerad psykiatrisk vård, totalt	6 718	7 035	7 292	7 559	7 594	7 491
Total specialistvård, soma och psykiatrisk	40 040	42 323	44 023	46 126	48 133	47 791
Köp av somatisk specialiserad vård	5 374	6 014	6 202	6 440	7 029	7 124
Köp av specialiserad psykiatrisk vård	1 207	1 240	1 300	1 257	1 235	1 446
Totala köp av specialistvård	6 581	7 254	7 502	7 697	8 264	8 570
KPI, Tillväxt %						
Specialicerad somatisk vård, totalt		5,9%	4,1%	5,0%	5,1%	-0,6%
Specialicerad psykiatrisk vård, totalt		4,7%	3,7%	3,7%	0,5%	-1,4%
Total specialistvård, soma och psykiatrisk		5,7%	4,0%	4,8%	4,4%	-0,7%
Köp av somatisk specialiserad vård		11,9%	3,1%	3,8%	9,1%	1,4%
Köp av specialiserad psykiatrisk vård		2,7%	4,8%	-3,3%	-1,8%	17,1%
Totala köp av specialistvård		10,2%	3,4%	2,6%	7,4%	3,7%

Privatdrivna vårdens insatser i Stockholm under pandemin

Flera regioner använder LOV för att uppnå ökad kapacitet och valfrihet inom olika delar av hälso- och sjukvården, utöver det lagreglerade området. Region Stockholm är den region med störst antal valfrihetssystem. Regionen annonserar 39 olika valfrihetssystem, varav 27 inom specialiserad vård inom en mängd olika verksamhetsområden omfattande både öppenvården och delar av slutenvården.⁷⁹

⁷⁸ SCB, Statistikdatabasen, Köp av specialistvård och kostnader för eget åtagande 2015-2020 (2021)

⁷⁹ Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Valfrihet i regioner, beslutsläge 2020 (2021)

I Region Stockholms utvärdering av pandemin presenteras att sex tillfälliga avtal eller tilläggsavtal (så kallade pandemiavtal) sluits med privata aktörer för att på olika sätt avlasta den regionala sjukvården under pandemin.⁸⁰ Utöver detta har den privata vården inom ramen för flertalet vårdval eller tidigare ingångna avtal avlastat regionen under pandemin.⁸¹ Pandemiavtalen innefattar bland annat övertagande av akut imperativ och subakut ortopedisk kirurgi (Cario Artro Clinic och Ersta sjukhus), IVA-platser för patienter som inte var smittade med covid-19 (Ersta sjukhus), slutenvård för covid-19-patienter (RKC, Sophiahemmet), intensivvårdsnära rehab för patienter i behov av andningsstöd (Remeo) samt för elkonverteringar vid förmaksflimmer (GHP Arytmicentrum).⁸²

I Region Stockholms utvärdering av pandemin framgår att representanter från såväl akutsjukhusen som privata vårdgivare uttryckt att avtalen varit en effektiv och välfungerande lösning. Det har i intervjuer framkommit att privata vårdgivare varit glada över att kunna hjälpa till och att akutsjukhusen uppskattat möjligheten till avlastning. För de akutsjukhus som nyttjat avtalen har det inneburit värdefull avlastning. För regionen som helhet har det inneburit en möjlighet att nyttja regionens gemensamma resurser effektivt för att minska vårdköerna och erbjuda patienterna vård så fort som möjligt. Utvärderingen sammanfattar att särskilda avtal med privata vårdgivare för avlastning av akutsjukhusen är en lösning som med fördel kan användas vid behov i hanteringen av en framtida likartad händelse.⁸³

Efterföljande underavsnitt beskriver utvalda privata vårdgivare som på olika sätt har ställt om sin verksamhet för att avlasta Region Stockholm under pandemin, genom pandemiavtal eller inom ramen för befintliga avtal.

St Görans sjukhus – omställning för att avlasta som covid-sjukhus

St Görans sjukhus har enligt ramavtal ett uppdrag av Region Stockholm att bedriva akutsjukvård och ingår därigenom även regionens katastrofberedskap. Den 9 mars 2020 gick St Görans sjukhus upp i stabsläge då den första patienten med bekräftad covid-19 behandlades på sjukhuset. St Görans sjukhus VD, Peter Holm, framhåller att av alla förändringar och omställningar som skett på sjukhuset genom åren, så tvingades man till den största och snabbaste någonsin i samband med covid-19. På kort tid tömde sjukhuset hela sin postoperativa avdelning för att kunna ta emot alla de svårt covid-19-sjuka patienter som kom in i akut behov av vård, inte minst i form av andningshjälp. Denna stora omställning av hela sjukhuset gjordes på fåtal dagar. Under den mest intensiva perioden av pandemin så hade St Görans sjukhus ca 150 vårdplatser dedikerade till covid-patienter, vilket motsvarar hälften av sjukhusets kapacitet och går att jämföra med sjukhusets 10 ordinarie infektionsplatser.

Holm framhåller att St Görans sjukhus sammantaget har bidragit till lika, eller större, andel av covid-vården i förhållande till antalet vårdplatser som de regionsdrivna sjukhusen och att under den första vågen var St Görans andel större. Under 2020 vårdades 2 507 patienter med covid-19 som slutensats, vilket motsvarar 14% av regionens totala patienter. Vidare var 187 covid-patienter inskrivna på St Görans sjukhus IVA-avdelning, vilket uppgår till 35% av alla regionens IVA-patienter under perioden. Av alla sökande i luftvägstriagen under perioden 12 mars 2020 till 31 december 2020 har St Görans sjukhus hanterat 13 311 patienter, vilket motsvarar 21% av alla sökande i Region Stockholm under perioden. Av samtliga inskrivna patienter med C? eller C+ vårdade St Görans sjukhus 5 898 patienter, vilket innebär att 32% av alla inskrivna i Stockholm vårdades av St Görans sjukhus.

Under intervjun med tidigare Hälso- och Sjukvårdsdirektör Björn Eriksson framhålls även hur St Görans sjukhus tidigt i pandemin inkluderades i regionens styrcirkel, vilket utöver de stora insatser St Görans gjort för regionen även förenklade och effektiviserade samarbetet och samverkan inom den offentliga och privata vården inom regionen.⁸⁴ I samtal med Holm beskrivs samarbetet som välfungerande där regionen relativt snabbt kunde ta fram tilläggsavtal för de utökade behoven och anpassade lösningarna som krävdes för uppdraget.

Covid-19-patienter på St Görans sjukhus

Sökande i luftvägstriagen (covid-flödet) under perioden

Inskrivna patienter med C? eller C+

Patienter med covid-19 som slutenvårdsinstas

Antal	Andel
13 311	21% av alla sökande
5 898	32% av alla inskrivna
2 507	14%

⁸⁰ KPMG, Region Stockholms hantering av covid-19 (2021)

⁸¹ Eriksson, Björn; f.d. Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm. Intervju 2021-11-04

⁸² KPMG, Region Stockholms hantering av covid-19 (2021)

⁸³ KPMG, Region Stockholms hantering av covid-19 (2021)

⁸⁴ Eriksson, Björn; f.d. Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm. Intervju 2021-11-04

Remeo - intensivvårdsnära rehabilitering som frigjorde platser till intensivvården

Remeo tar emot patienter med så kallad långvarig kritisk sjukdom, vilka är i behov av andningsstöd och intensivvårdsnära rehabilitering. Remeo är specialiserade på vård av patienter med långvarig kritisk sjukdom och svikt i vitala funktioner. I intervju med Anna Cedborg (VD Remeo) och Eva Sundman (Medicinsk chef och FOU-chef Remeo) beskrivs deras målgrupp som patienter som av olika anledningar intensivvårdats på sjukhus och där många system i kroppen signalerar att kroppen varit hårt ansatt. Oavsett anledningen till att patienten initialt fick intensivvård, exempelvis på grund av en hjärnblödning eller en covid-19-infektion, så uppstår efter långvarig intensivvård (ca 45 dagar) i ungefär 5% av fallen det som kallas långvarig kritisk sjukdom där symtomen ofta liknar varandra. Patienterna på Remeo kan grovt delas in i tre olika patientgrupper: olyckor med svåra följder, större kirurgi som lett till komplikationer samt plötsliga allvarliga infektioner. Den sistnämnda gruppen är den där intensivvårdade covid-patienter räknas in. Remeo anser att vården och kunskapen om långvarig kritisk sjukdom behöver utökas, primärt för att frigöra fler intensivvårdsplatser och rädda livet på de som är i behov av rehabilitering.

Cedborg och Sundman beskriver under intervjun hur de tidigt under pandemin förstod att deras insats skulle bli viktig. I dialog med region Stockholm kom de fram till att den största effekten skulle uppnås genom att Remeo gör mer av vad de redan gör, för att avlasta och frigöra platser inom IVA. Remeos patienter har vanligtvis vårdats på IVA i uppemot 45 dagar innan de kommer till Remeo. Vårdtiden för ineliggande patienter på Remeo är mellan 1–3 månader lång, det vill säga ytterligare 45 dagar i genomsnitt. Alternativet för de individer som kommer till Remeo skulle vara att vårdas på sjukhusens IVA-avdelning under denna period, varför Remeos insats varit viktig under pandemin. Cedborg och Sundman uppskattar utifrån genomsnittliga vårdtider inom IVA och på Remeo att en patient hos Remeo kan frigöra 15 nya platser till patienter till akutsjukvården.

Cedborg och Sundman sammanfattar Remeos insatser under pandemin med att konstatera att de ökade antalet platser trots att personalstyrkan inte kunde öka i samma utsträckning då flertalet medarbetare under perioden var utlånade till regionen, och att de covid-patienter som kom till dem var sjukare än deras normala patientgrupp. Pandemin har för Remeo, som för många andra verksamheter inom sjukvården, inneburit stor påfrestning och belastning.

Som privat vårdgivare finns inga krisledningsavtal att nyttja utan Remeo har enbart kunnat förlita sig på deras personalgrupps goda vilja och ansvarstagande för att säkerställa bemanningen under perioden. Cedborg beskriver att flera i personalgruppen tidigt tydliggjorde att de ville göra insatser inom akutsjukvården varför ett par individer också lånades ut till akutsjukhusen, vilket Remeo är stolta över. Vidare beskrivs arbetsgivaransvaret som något som krävt mycket under perioden, utan krisledningsavtal krävs ett nära ledarskap, motivation och uppmuntran, särskilt mot slutet då belastningen varit tung under en lång period.

Sundman beskriver även hur pandemin för en mindre privat aktör inneburit stor arbetsbelastning för att säkerställa skyddsutrustning, material och medicin. Sundman själv, som är medicinskt ansvarig, har under perioder arbetat dygnet runt för att säkerställa materialförsörjning för Remeo vilket krävt såväl omfattande tid som mycket innovativa lösningar då sortiment varit utsålt och regionen inte tillhandahållit material till privata vårdgivare.

Utöver Remeos egna verksamhets insatser under pandemin har såväl Cedborg som Sundman gjort andra insatser inom ramen för hanteringen av pandemin. Bland annat framkommer att de varit delaktiga i planering för alternativa respiratorer på sjukhusen, samplanering av intensivvårdsplatser, planering av Älvsjö-sjukhuset och utlåning av utrustning och material till såväl Stockholm som Gotland.

Ryggkirurgiskt centrum på Sophiahemmet – omställning för att ta emot covid-patienter

Ryggkirurgiskt centrum (RKC) på Sophiahemmet var den första privata vårdgivaren i Region Stockholm som genom ett så kallat pandemiavtal ställde om sin verksamhet för att ta emot covid-patienter. Inledningsvis fick RKC en förfrågan från regionen att låna ut medarbetare till regionens akutsjukhus och återkopplade istället med förslaget om att de kunde ställa om sin verksamhet för att ta emot patienter på Sophiahemmet. Avtalet innebar att RKC ställde om ett våningsplan/avdelning med 20 platser för covidpatienter i behov av slutenvård (exempelvis syrgas). Omställningen innebar ett intensivt arbete i form av praktiskt och fysiskt genomförande

och kompetensutveckling i personalgruppen under jul och nyår 2020. Två dagar efter att avtalet var på plats så öppnade avdelningen och två dagar senare vårdades 11 patienter på avdelningen. Under perioden har patienter från SÖS, Karolinska och Danderyd vårdats på avdelningen. I samtal med Maria Wickman Chantereau och Åsa Larsson, Chefläkare respektive Verksamhetschef och Biträdande sjukhuschef på Sophiahemmet, beskrivs samarbetet med regionen som bra där ett avtal kunde komma på plats snabbt och effektivt för att RKC i nästa steg skulle kunna avlasta regionens akutsjukhus på ett effektivt sätt. Trots snabba beslut och avtal så menar Wickman och Larsson, att kapaciteten på RKC inte nyttjades till fullo under perioden. RKC:s lokaler och personal stod redo för att avlasta regionens akutsjukhus och även om de hade patienter under perioden så hade de kunnat avlasta ännu mer.

Capio Arthro Clinic Sophiahemmet – Omställning för att avlasta med akut fraktkirurgi

Utöver att Capio Arthro Clinic Sophiahemmet under pandemin bidrog med personella resurser, så som anestesiläkare och intensivvårdssjuksköterskor, så fick Capio Arthro Clinic och Sophiahemmet i mars 2020 uppdrag, genom ett så kallat pandemiavtal, att avlasta den akuta sjukvården i Region Stockholm inom området akut frakturkirurgi. Akut frakturkirurgi handlar främst om patienter med frakturer som behöver opereras inom någon vecka från att frakturen uppstod. Kliniken har sju operationssalar och 40 vårdplatser vilka under pandemin nyttjades för att avlasta regionens akutsjukvård under pandemin. Under perioden, nio månader, har Capio Arthro Clinic utfört 1 200 fraktureoperationer. Avtalet innebar att kirurger från SÖS opererade på Arthro Clinic och hann, enligt Tobias Wirén, Affärsområdeschef för Capio Ortopedi, med nästan med dubbelt så många operationer på Arthro Clinic som inom den offentliga vården. Wirén framhåller detta som ett bra exempel på där den privatdrivna vården avlastat med såväl fysiska lokaler, bemannade salar men även ett lärande och best practice om hur vårdprocesser kan effektiviseras.

Avslutningsvis beskrivs samarbetet i planering av denna omställning som en framgångsfaktor, vilket Wirén menar främst handlar om att planeringen genomfördes på operativ nivå där exempelvis Danderyd skickade röntgenutrustning till Capio Arthro Clinic Sophiahemmet för att skyndsamt kunna påbörja arbetet för att avlasta akutsjukhusen.

Handen- och Dalen geriatriken – omställning geriatriska patienter med misstänkt eller bekräftat covid

I samtal med Maria Holmberg, VD på Aleris Dalens sjukhus, beskrivs hur Aleris avlastat den akuta sjukvården genom att ta emot geriatriska patienter med misstänkt eller bekräftad covid sedan tidigt under pandemin. Fram tills i november 2021 har 1 200 patienter med bekräftad covid-19 vårdats på de två geriatriska verksamheterna. Utöver det har även covid-patienter vårdats på de palliativa vårdavdelningarna och de har även haft ett stort antal misstänkta fall men som inte bekräftats som covid-19. Holmberg beskriver omställningen som omfattande då ett stort arbete krävts för att säkerställa möjlighet till att isolera patienter i enkelrum samt en ökad bemanning för att kunna bedriva kohortsvård. Detta innebar att en covid-patient tog upp två platser med kvarstående bemanning, vilket resulterade i minskade intäkter då antalet disponibla vårdplatser minskade samtidigt som personalkostnaderna ökade. Initialt var detta inte något som regionen kompenserade för. Holmberg framställer att det under i stort sett hela pandemin, på olika sätt, varit osäkert vilka förutsättningar de har haft för att bedriva vård under pandemin och att det varit utmanande att få fram beslut i tid.

3.2. Specialistvården i Region Uppsala

Sammanfattning – Specialistvården i Uppsala

Specialistvården i region Uppsala såg under 2020 en kraftig ökning i inflödet av patienter i motsats till de flesta andra regioner. Trots det har regionens köp av privatdriven somatisk specialistvård minskat kraftigt under 2020, och andelen patienter som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar har ökat med 10 procentenheter sedan 2019.

Region Uppsala aktiverade RSSL för att samordna krishantering under pandemins inledning och personal avropades från privata aktörer till Akademiska sjukhuset genom aktivering av en klausul i regionens LOV-avtal. Omfördelning, prioritering och flytt av personal har tidvis varit nödvändig för att täcka upp där behovet har varit

som störst. Den sedan tidigare etablerade och utvärderade dialogen mellan privata vårdgivare, regionen och Akademiska sjukhuset beskrivs som en framgångsfaktor för en välfungerande samverkan.

Privata aktörer avlastade Akademiska sjukhuset genom att ta över akuta ortopediska patienter samt subakuta och elektiva ortopediska patienter, men beskrivs ha haft ytterligare kapacitet för att ha kunnat avlastat ännu mer. Sannolikt har vetskap kring avtalet inom Akademiska sjukhuset inte varit tillräckligt stor.

Regionen konstaterade i efterhand att en bra samverkansstruktur med privata aktörer skapade goda förutsättningar för att hantera situationen som pandemin medförde.

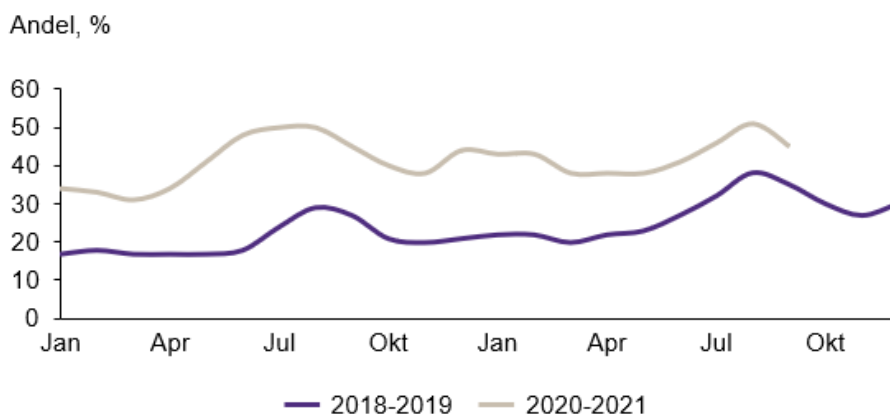
Region Uppsala drabbades hårt av pandemin och sjukvården har fått genomgå en stor omställning för att hantera flödet av patienter med covid-19. I Region Uppsalas utvärdering av pandemin framgår att regionen den 17 mars 2020 konstaterade ett behov av att aktivera Regional Särskild Sjukvårdsledning (RSSL) som ett sätt att samordna krishantering och snabbare kunna vidta kraftfulla åtgärder. Tio dagar senare, den 27 mars 2020, aktiverades förstärkningsläge, vilket var aktiverat fram till den 31 augusti 2020. I utvärderingen konstateras att det utdragna förloppet har varit påfrestande för många medarbetare som har arbetat intensivt med att förbereda och hantera pandemin och dess effekter. Omfördelning, prioritering och flytt av personal har varit nödvändigt för att täcka upp där behovet har varit som störst.⁸⁵

Region Uppsalas förändring i tillgänglighet

Region Uppsala skiljer sig från majoriteten av övriga regioner då inflödet av antalet första besök till specialistvården ökat med ca 21% under 2020 i jämförelse med tidigare år (genomsnitt 2017–2019). Uppsala har innan pandemin haft en högre tillgänglighet än det nationella genomsnittet inom specialistvården, där andelen patienter som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar ger dem rätt till för operation eller åtgärd inom specialistvården uppgått till 27% år 2019 och 21% år 2018, vilket kan jämföras med den nationella nivån om 31% år 2019 och 30% 2018.

I september 2021 hade andelen patienter i Uppsala som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar ökat till 45%, vilket kan jämföras med 35% i september 2019 och 27% i september 2018. Vid analys av förändring i tillgänglighet 2020 syns ett tydligt trendbrott i april-maj då väntetiden ökade kraftigt, förklarad av beslut om att pausa den elektiva vården för att istället tillföra resurser till slutenvård och akutvård. Från april 2020 till september 2020 skapades en puckel av uppskjuten vård som senare återhämtades något. Sedan hösten 2020 och framåt följs, i det närmaste, samma säsongsvariation som tidigare år men med en signifikant högre andel som fått vänta längre än vårdgarantin ger dem rätt till, dock med en återhämtning av väntetider under sommaren och hösten 2021. I denna analys bör dock även hänsyn tas till att Region Uppsala, till skillnad från andra regioner (med undantag för Stockholm), haft ett ökat inflöde av patienter.

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på operation eller åtgärd under 2018-2019 i jämförelse med 2020-sept 2021 (Uppsala)



⁸⁵ KPMG, Utvärdering av covid-19 för Region Uppsala (2021)

Region Uppsalas köp av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård under pandemin

Av totala kostnader för specialistvård i Region Uppsala uppgår den privata andelen till ca 5,4%.⁸⁶ Sedan 2015 har köp av specialiserad vård från privata företag ökat med en genomsnittlig tillväxt om 3,4% årligen i Region Uppsala, vilket är i nivå med den nationella genomsnittliga tillväxten om 3,4%. Under 2020 minskade Region Uppsalas köp av specialiserad vård med -12,7% i jämförelse med 2019 samtidigt som regionens totala kostnader för specialistvård som minskade med -2,1% mellan 2019 och 2020. Att såväl de totala kostnaderna såsom köp av specialistvård minskade under 2020 är troligen ett resultat av att den minskade imperativa vården och att den icke-akuta vården skjutits upp.

Köp av privatdriven somatisk specialistvård har sedan 2015 haft en genomsnittlig tillväxt om 3,3% årligen i Region Uppsala, men minskade kraftigt med -14,3% under pandemin (2020) i jämförelse med 2019. Köp av privatdriven psykiatrisk specialistvård, som under perioden 2015–2020 har en genomsnittlig årlig tillväxt om 4,3%, minskade 2020 med -1,7% i jämförelse med 2019. Noteras bör även att den totala kostnaden för specialiserad psykiatrisk vård ökade kraftigt 2020, från 622mSEK 2019 till 983mSEK 2020, vilket motsvarar en ökning om 55,3%.

Köp av specialistvård 2015–2020, Region Uppsala

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Region Uppsala						
Specialiserad somatisk vård, totalt	5 702	5 263	5 494	6 799	7 456	6 938
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt	839	795	890	586	633	983
Total specialistvård, somatisk och psykiatrisk	6 541	6 058	6 384	7 385	8 089	7 921
Köp av somatisk specialiserad vård	291	241	322	369	399	342
Köp av specialiserad psykiatrisk vård	47	45	40	58	59	58
Totala köp av specialistvård	338	286	362	427	458	400
KPI, Tillväxt %						
Specialiserad somatisk vård, totalt		-7,7%	4,4%	23,8%	9,7%	-6,9%
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt		-5,2%	11,9%	-34,2%	8,0%	55,3%
Total specialistvård, somatisk och psykiatrisk		-7,4%	5,4%	15,7%	9,5%	-2,1%
Köp av somatisk specialiserad vård		-17,2%	33,6%	14,6%	8,1%	-14,3%
Köp av specialiserad psykiatrisk vård		-4,3%	-11,1%	45,0%	1,7%	-1,7%
Totala köp av specialistvård		-15,4%	26,6%	18,0%	7,3%	-12,7%

Privatdrivna vårdens insatser i Uppsala under pandemin

Peter Ström, Chef för Akademiska sjukhusets traumasektion och överläkare på ortopediska kliniken, har under perioden beskrivit att pandemin har ställt saker på sin spets, vilket också gjort att Akademiska fått till helt nya samarbeten och en tydlig gemensam vilja att lösa problem och samarbeta med privata aktörer.⁸⁷ Ström menar att det har märkts tydligt att alla vill att det ska gå bra och bjuder till. Region Uppsala konstaterar vidare i sin utvärdering av pandemin att en väl utvecklad samverkanstruktur har skapat goda förutsättningar för att tillsammans med samverkansaktörer möta den kris och utmaningar som covid-19 medförde.⁸⁸

Efterföljande underavsnitt beskriver hur Aleris Elisabethsjukhuset har ställt om sin verksamhet för att avlasta Region Uppsala under pandemin

Aleris Elisabethsjukhuset ställde om sin verksamhet för att avlasta Uppsala med ortopediska operationer och eftervård av nyopererade patienter

I april 2020 fick Aleris Elisabethsjukhuset i uppdrag att öppna upp en verksamhet för att Akademiska sjukhuset skulle kunna slussa över akuta ortopediska patienter, vilket senare utvidgades till ett uppdrag att ta över subakuta och elektiva ortopediska patienter. I början av 2021 har Elisabethsjukhuset även tagit över eftervård av akuta

⁸⁶ SCB, Statistikdatabasen, Köp av specialistvård och kostnader för eget åtagande 2015-2020 (2021)

⁸⁷ Aleris, Snabbare operation för akuta ortopedpatienter (2021) <https://via.tt.se/pressmeddelande/snabbare-operation-for-akuta-ortopedpatienter?publisherId=3236075&releaseld=3292150>

⁸⁸ KPMG, Utvärdering av covid-19 för Region Uppsala (2021)

och subakuta ortopediska patienter. I samtal med Jakob Johansson, Sjukhuschef på Elisabethsjukhuset, beskrivs att de avtal som tecknats med Elisabethsjukhuset i olika grad har nyttjats av Akademiska men att möjligheten och erbjudandet har stått fast under hela perioden. Johansson menar att i de fall avtalen inte har nyttjats i den grad som initialt planerats för så har det förmodligen handlat om att kännedomen om avtalet inte varit tillräcklig inom Akademiska sjukhuset.

Vårdtyp

Akut ortopedi

Subakut och elektiv ortopedi

Eftervård av akut och subakut ortopedi

Vårdade patienter

5 patienter vårdade

300 patienter

20 patienter

3.3. Specialistvård i Region Halland

Sammanfattning – Specialistvården i Halland

Region Halland hade innan pandemin en hög tillgänglighet inom specialistvården och pandemisituationen har varit relativt kontrollerad där en stor del av vården kunnat bedrivas som vanligt. Regionens inställning under pandemin var att elektiv vård och pandemivård måste kunna samexistera för att undvika långa vårdköer i framtiden. Vårdköerna har också kunnat hållas korta, delvis på grund av att privata vårdgivare kunnat bedriva vård parallellt. Exempelvis upprättades ett smittsäkert operationssjukhus vilket gjorde att patienter vågade komma i stor utsträckning.

En utmaning för vårdgivarna även i Region Halland har varit tillgången till material och skyddsutrustning, där de stora vårdgivarna upplever att de har haft bättre förutsättningar att klara av skyddsmaterialbehovet då de har etablerade inköpsavdelningar och större resurser.

Halland har, till skillnad från många andra regioner i Sverige, haft en relativt kontrollerad pandemisituation där en stor del av den elektiva vården kunnat bedrivas i stort sett som vanligt under stora delar av pandemin.

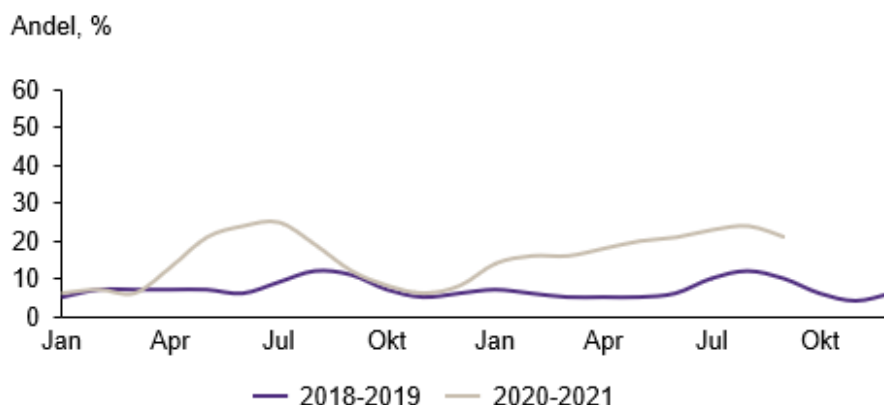
Region Hallands förändring i tillgänglighet

Region Halland införde i januari 2019 en ny vårdgaranti som innebär att patienter ska få besök inom den planerade vården specialistvården inom 60 dagar, till skillnad från den nationella vårdgarantin om 90 dagar. Region Halland har innan pandemin haft en relativt hög tillgänglighet inom specialistvården där andelen patienter som behövt vänta mer än vårdgarantins 90 dagar som ger dem rätt till operation eller åtgärd inom specialistvården uppgått till 7% såväl 2018 som 2019, vilket kan jämföras med nationellt 30% 2018 och 31% 2019.

I september 2021 hade andelen patienter som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar i regionen ökat till 21%, vilket kan jämföras med 10% i september 2019 och 11 % i september 2018. Vid analys av förändring i tillgänglighet 2020 syns ett tydligt trendbrott i april då vårdköerna ökade kraftigt. Från april 2020 till september 2020 skapades en puckel av uppskjuten vård som sedan återhämtades helt tills i oktober 2020. I jämförelse med andra regioner i Sverige är denna snabba och fulla återhämtning unik.

Sedan januari 2021 och framåt har andelen patienter som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar ökat signifikant, men är i förhållande till nationell tillgänglighet fortsatt på en låg konivå.

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på operation eller åtgärd under 2018-2019 i jämförelse med 2020-sept 2021 (Halland)



Region Hallands köp av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård under pandemin

Av totala kostnader för specialistvård i Region Halland uppgår den privata andelen till ca 6,2%.⁸⁹ Sedan 2015 har köp av specialiserad vård från privata företag ökat med en genomsnittlig tillväxt om 1,6% årligen i Region Halland, vilket är lägre än den genomsnittliga tillväxten om 3,4%. Under 2020 minskade Region Hallands köp av specialiserad vård med -2,1% i jämförelse med 2019 samtidigt som regionens totala kostnader för specialistvård ökade med 2,5% mellan 2019 och 2020. Att de totala kostnaderna av specialistvård ökade är ett resultat av att Halland i stor utsträckning under 2020 fortsatte den planerade vården.

Köp av privatdriven somatisk specialistvård har sedan 2015 haft en genomsnittlig tillväxt om 1,1% årligen i Region Halland, men minskade med -3,1% under pandemin (2020) i jämförelse med 2019. Köp av privatdriven psykiatrisk specialistvård, som under perioden 2015–2020 har en genomsnittlig årlig tillväxt om 8,8% i Halland ökade fortsatt med 11,5% 2020 i jämförelse med 2019.

Köp av specialistvård 2015–2020, Region Halland

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Region Halland						
Specialiserad somatisk vård, totalt	4 720	4 974	5 188	5 510	5 749	5 889
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt	584	616	660	708	732	751
Total specialistvård, soma och psykiatrisk	5 304	5 590	5 848	6 218	6 481	6 640
Köp av somatisk specialiserad vård	329	341	339	380	359	348
Köp av specialiserad psykiatrisk vård	19	23	30	29	26	29
Totala köp av specialistvård	348	364	369	409	385	377
KPI, Tillväxt %						
Specialiserad somatisk vård, totalt		5,4%	4,3%	6,2%	4,3%	2,4%
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt		5,5%	7,1%	7,3%	3,4%	2,6%
Total specialistvård, soma och psykiatrisk		5,4%	4,6%	6,3%	4,2%	2,5%
Köp av somatisk specialiserad vård		3,6%	-0,6%	12,1%	-5,5%	-3,1%
Köp av specialiserad psykiatrisk vård		21,1%	30,4%	-3,3%	-10,3%	11,5%
Totala köp av specialistvård		4,6%	1,4%	10,8%	-5,9%	-2,1%

Privatdrivna vårdens insatser i Halland under pandemin

I augusti 2020 beskrev Martin Engström, Hälso- och Sjukvårdsdirektör i Region Halland, i ett inlägg i SVT, regionens strategi och vikten av att pandemin och den elektiva sjukvården måste samexistera.⁹⁰ I samtal med privata

⁸⁹ SCB, *Statistikdatabasen, Köp av specialistvård och kostnader för eget åtagande 2015-2020 (2021)*

⁹⁰ SVT Nyheter, *Så ska Region Halland minska värdköerna – trots pandemin (2020)*

<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/halland/region-halland-planerar-fler-operationer-i-host>

vårdgivare framhålls Region Hallands strategi som framgångsrik där flertalet privata vårdgivare har kunnat fortsätta bedriva ordinarie vård under stora delar av pandemin med undantag för kortare störningar på grund av brist på skyddsmateriell.

Efterföljande underavsnitt beskriver hur Capio Movement har bedrivit sin ordinarie verksamhet och därmed avlastat Region Halland med att parallellt med pandemin mitigera risken för ökade köer inom den elektiva vården.

Capio Movement – bedrev under pandemin elektiv ortopedi, radiologi och reumatologi

Capio Movement bedriver vård inom ortopedi, radiologi och reumatologi med avtal med såväl Region Halland som Region Skåne och Västra Götaland. Stora delar av den elektiva vården ställdes in i regionerna under pandemin, vilket har påverkat ortopediska avdelningar inom såväl den offentliga såsom den privata vården. I samtal med Magnus Warfvinge och Marie Persson, på Capio Movement i Halmstad, beskrivs hur pandemin inleddes med en stor oro och otydlighet likt för övriga samhället. Tidigt kom en förfrågan från Region Halland om Capio Movement ville ingå i regionens covid-vård vilket innebar att Capios verksamhet pausades för en veckas utbildning hos regionen. Efter det valde regionen en annan väg, Capio Movement skulle under pandemin ta rollen som ett smittfritt sjukhus med fortsatt fokus på ordinarie verksamhet, det var ett beslut som Capio Movement och Region Halland tog tillsammans. Under 2020 utfördes ca 2 300 elektiva ortopediska operationer på Capio Movement, vilket är i nivå med 2019.

Warfvinge och Persson beskriver hur materialtillgång som den stora utmaningen under pandemin, vilket skapat oro. Det beskrivs hur kliniken under perioder endast kunde tillgodose materialtillgång för en dag framåt och att de i perioder varit på håret att behöva ställa in operationer till följd av materialbrist. Warfvinge framhåller att det ur materialbristperspektivet varit en stor trygghet att tillhöra en stor koncern som har resurser för att hantera den är typen av utmaning, givet att det inte funnits något nationellt eller regionalt stöd i detta för Capio Movement.

Warfvinge och Persson beskriver att de har haft bra förutsättningar i Halland, främst förklarar av det relativt kontrollerade covid-förloppet som möjliggjort att Capio Movement kunnat operera patienter i behov av vård på ett smittsäkert sätt. Samtidigt framhålls beslutet om att Capio Movement skulle vara ett smittfritt sjukhus som en framgångsfaktor, patienter har vågat komma och därmed har vårdköerna kunnat hållas på relativt rimligt nivåer.

3.4. Specialistvården i Region Skåne

Sammanfattning – Specialistvården i Skåne

Region Skåne upplevde ingen riktig första våg, men under senare skeden blev situationen akut även i Skåne och privata aktörer gick upp på maxkapacitet gällande operationer för att kunna avlasta sjukhusen, och ställde in ordinarie icke-akut anestesivård för att dels tillgodose regionens behov av narkosläkemedel och annan utrustning, dels för att mitigera risken för att vård inom den icke-akuta vården skulle resultera i behov av IVA-vård.

Regionens köp av specialiserad vård ökade under 2020, och regionen har i stor utsträckning kunnat fortsätta utföra planerad vård under 2020, men har fortfarande en högre andel patienter väntat längre än vårdgarantis 90 dagar än landets genomsnitt.

De privata aktörerna fick även i Region Skåne lägga mycket resurser på att säkerställa skyddsmateriell och covidtester för att kunna erbjuda en smittsäker miljö, då detta inte tillhandahölls från statligt eller regionalt håll.

I Region Skåne beskrivs den första perioden av pandemin som lugn då första vågen aldrig nådde regionen vilket tillät såväl den offentliga såsom den privata specialistvården att fortsätta med ordinarie verksamhet.

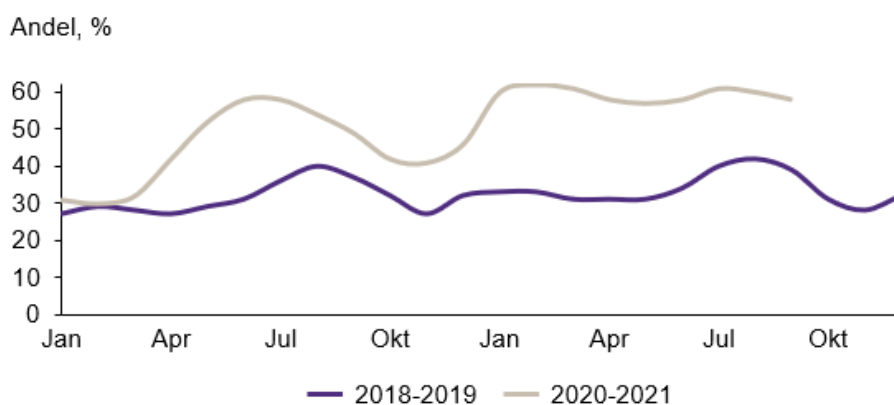
Region Skånes förändring i tillgänglighet

Region Skåne hade innan pandemin haft en genomsnittlig tillgänglighet inom specialistvården, där andelen patienter som behövt vänta mer än vårdgarantis 90 dagar ger dem rätt till för operation eller åtgärd inom

specialistvården, uppgått till 34% 2019 och 31% 2018, vilket kan jämföras med den nationella nivån om 31% 2019 och 30% 2018.⁹¹

I september 2021 hade andelen patienter som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar ökat till 58%, vilket kan jämföras med 37% i september 2019 och 39% i september 2018. Vid analys av förändring i tillgänglighet 2020 syns ett tydligt trendbrott i maj då vårdköerna ökar kraftigt, förklarad av att planerad vård tvingats till neddragningar till förmån för covid-relaterad vård. Från maj 2020 till oktober 2020 skapades en puckel av uppskjuten vård som senare återhämtades något. Sedan hösten 2020 och framåt ökade andelen patienter som behövt vänta längre än vårdgarantin ger dem rätt till. Avslutningsvis har Region Skåne per september 2021 en högre andel patienter (58%) som måste vänta mer än vårdgarantin säger än vad vi ser nationellt (51%)

Andel patienter som väntat längre än 90 dagar på operation eller åtgärd under 2018–2019 i jämförelse med 2020-sept 2021



Region Skånes köp av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård under pandemin

Av totala kostnader för specialistvård i Region Skåne uppgår den privata andelen till ca 5,4%. Sedan 2015 har köp av specialiserad vård från privata företag ökat med en genomsnittlig tillväxt om 6,1% årligen i Region Skåne, vilket är högre än den genomsnittliga nationella tillväxten om 3,4%. Under 2020 ökade Region Skånes köp av specialiserad vård med 9,7% i jämförelse med 2019 samtidigt som regionens totala kostnader för specialistvård ökar med 8,2% mellan 2019 och 2020. Att såväl de totala kostnaderna av specialistvård och köp av specialiserad vård ökar under 2020 är troligen ett resultat av att Skåne i stor utsträckning under 2020 fortsatte den planerade vården såväl inom ramen för den regionala vården såsom den privata vården men även ökade covid-relaterade kostnader.

Köp av privatdriven somatisk specialistvård har sedan 2015 haft en genomsnittlig tillväxt om 6,1% årligen i Region Skåne och ökar fortsatt med 7,8% under pandemin (2020) i jämförelse med 2019. Köp av privatdriven psykiatrisk specialistvård, som under perioden 2015–2020 haft en genomsnittlig årlig tillväxt om 6,0%, ökade fortsatt med 18,4% 2020 i jämförelse med 2019.

⁹¹ Sveriges kommuner och regioner (SKR), *Väntetider i vården, tillgänglighet över tid* (2021)

Köp av specialistvård 2015–2020, Region Skåne

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Region Skåne						
Specialiserad somatisk vård, totalt	19 364	20 903	21 680	22 886	24 090	26 014
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt	2 767	2 892	3 086	3 229	3 434	3 780
Total specialistvård, soma och psykiatrisk	22 131	23 795	24 766	26 115	27 524	29 794
Köp av somatisk specialiserad vård	990	1 025	1 099	1 122	1 238	1 334
Köp av specialiserad psykiatrisk vård	245	185	241	250	277	328
Totala köp av specialistvård	1 235	1 210	1 340	1 372	1 515	1 662
KPI, Tillväxt %						
Specialiserad somatisk vård, totalt		7,9%	3,7%	5,6%	5,3%	8,0%
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt		4,5%	6,7%	4,6%	6,3%	10,1%
Total specialistvård, soma och psykiatrisk		7,5%	4,1%	5,4%	5,4%	8,2%
Köp av somatisk specialiserad vård		3,5%	7,2%	2,1%	10,3%	7,8%
Köp av specialiserad psykiatrisk vård		-24,5%	30,3%	3,7%	10,8%	18,4%
Totala köp av specialistvård		-2,0%	10,7%	2,4%	10,4%	9,7%

Privatdrivna vårdens insatser i Skåne under pandemin

I intervju med Pia Lundbom, Hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Skåne, beskrivs den första perioden av pandemin som lugn i regionen, vilket tillät de privata aktörerna att fortsätta med ordinarie verksamhet. Lundbom lyfter att privata aktörers bidrag har varit viktigt och välfungerande under pandemin och att regionen tidigt anordnade en politisk träff tillsammans med privata aktörerna med avtal för att diskutera hur de privata kunde avlasta regionen ännu mer, exempelvis genom att ta över fler patienter från regionen. Lundbom pekar på Region Skånes tydliga och taklösa vårdgarantiavtal som en framgångsfaktor för regionen under pandemin.⁹²

Efterföljande underavsnitt beskriver hur Aleris Ortopedi och Specialistklinik har ställt om för att avlasta Region Skåne under pandemin.

Aleris Ortopedi i Ängelholm – bedrev under pandemin elektiv och subakut ortopedi under pandemin

I samtal med Anders Kjellin, verksamhetschef och överläkare på Aleris Ortopedi i Ängelholm, beskrivs hur pandemin, ur deras perspektiv, inleddes med att 3-4 operationer i mitten av mars fick ställas in till följd av att ett par individer i personalgruppen tidigt insjuknade i covid-19. Utöver de tre-fyra inställda operationerna i mitten av mars har Aleris kunnat bedriva verksamheten i stort sett som vanligt utifrån ett värdeeffektivitetsperspektiv. Under våren 2020 upplevde Aleris Ortopedi att antalet vårdgarantipatienter ökade markant, till följd av att regionen fick en allt mer ansträngd situation. Den ökade andelen vårdgarantipatienter under pandemin har lett till att Aleris i Ängelholm har opererat fler patienter än någonsin och ökat upp kapaciteten till max utifrån befintlig personalstyrka. Kjellin beskriver hur den största utmaningen under pandemin varit att mitigera risken för smittspridning på verksamheten, vilket krävt ett omfattande administrativt arbete för att på egen hand säkerställa skyddsmedel och covid-tester, då detta inte tillhandahölls från nationellt eller regionalt håll.

Kjellin beskriver vårdgarantiavtalet som en styrka under pandemin men konstaterar att det finns utvecklingsområden inom ramen för hanteringen av köerna. Givet Region Skånes långa köer senaste året borde operationssalarna vara fulla, men så är inte fallet, avslutar Kjellin.

Aleris Specialistvård Malmö – ställde under pandemin in sin verksamhet för att avlasta regionen under pandemin

I samtal med Kristina Runius, Affärsområdeschef för Aleris Specialistkliniker, beskrivs hur Aleris verksamhet i Malmö med vårdavtal för bland annat operationer av buk- och bröstreduktion ställt in all verksamhet i omgångar under pandemin. Anledningen till att Aleris tidigt tog beslut om att ställa in verksamheten var att tillgodose

⁹² Lundbom, Pia; Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne. Intervju 2021-11-01

regionens behov av propofol, pumpar och annan utrustning, men även för att mitigera risken för att patienter från Aleris Specialistklinik skulle belasta IVA. Runius beskriver vidare hur samverkan och dialog med regionen varit tät under perioden och hur kliniken i dialog med regionen varit tvungen att stänga plastikkirurgin vid fyra tillfällen och överviktskirurgin vid tre tillfällen men också arbetat aktivt för att tillgodose regionen behov av utrustning.

3.5. Specialistvård i Region Västra Götaland

Sammanfattning– Specialistvård i Västra Götaland

Västra Götalandsregionen upplevde ett väldigt snabbt smittspridningsförlopp, och regionen stängde ner mycket verksamhet inledningsvis – troligen för mycket enligt Hälso- och sjukvårdsdirektören – som upplevde att regionen hade utmaningar i att prioritera vilken vård som skulle ställas in och vilken som kunde fortsätta bedrivas. Regionen har en låg tillgänglighet i specialistvården jämfört med riksnittet, och köpen av specialistvård minskade drastiskt under 2020.

Enligt Hälso- och sjukvårdsdirektören har regionen en låg andel privata aktörer, varför det inte fanns så mycket personal att låna in till sjukhusen under pandemin. Istället beslutades att istället låta privata aktörer ta över vård från sjukhusen, vilket frigjorde kapacitet och ökade antalet IVA-platser på Sahlgrenska. De privata aktörerna ställde om och lyckades kraftigt öka antalet operationsplatser och genomförda operationer. Kirurger kom från Sahlgrenska för att utföra operationer hos de privata aktörerna istället, vilket upplevs ha varit en välfungerande lösning för alla. Samarbetet mellan region och privata aktörer konstateras i efterhand ha fungerat väl med kontinuerlig dialog, snabba beslut, och gemensamt fokus på patienterna.

Utvecklingen var även snabb i Västra Götaland, om än inte lika dramatisk som i Stockholm. Den 13 mars 2020 beslutade regionen att skjuta upp och ställa in planerad vård med anledning av utbrottet av covid-19. Då beslutet togs hade Folkhälsomyndigheten nyligen (10 mars) höjt risknivån till "mycket hög risk för samhällsspridning i Sverige" till följd av de tecken på smittspridning man sett i Region Stockholm och Region Västra Götaland.⁹³ Ann Söderström, dåvarande Hälso- och Sjukvårdsdirektör i Region Västra Götaland, konstaterar i efterhand att regionen troligen stängde ned för mycket verksamhet initialt och att en av de största utmaningarna var att prioritera vilken vård som fortsatt skulle bedrivas och vilken vård som skulle ställas in.

Region Västra Götalands förändring i tillgänglighet

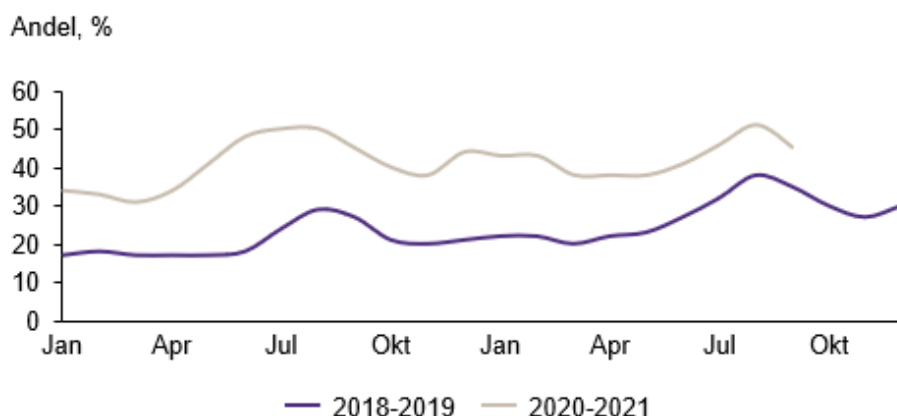
Region Västra Götaland hade innan pandemin en relativ låg tillgänglighet inom specialistvården i jämförelse med det nationella genomsnittet. Andelen patienter som behövde vänta mer än vårdgarantins 90 dagar som ger dem rätt till för operation eller åtgärd inom specialistvården uppgick till 36% såväl under 2019 såsom under 2018, vilket kan jämföras med den nationella nivån om 31% 2019 och 30% 2018.⁹⁴

I september 2021 hade andelen patienter i Västra Götaland som väntat mer än vårdgarantins 90 dagar ökat till 55%, vilket kan jämföras med 37% i september 2019 och 43% i september 2018. Vid analys av förändring i tillgänglighet 2020 syns ett tydligt trendbrott i april-maj då vårdköerna ökade kraftigt, förklarar av beslut om att pausa den elektiva vården för att istället tillföra resurser till slutenvård och akutvård. Från april-maj 2020 till oktober 2020 skapades en puckel av uppskjuten vård som senare återhämtades något. Sedan hösten 2020 och framåt följs, i det närmaste, samma säsongsvariation som tidigare år men med en signifikant högre andel som får vänta längre än vårdgarantin ger dem rätt till. Under sommaren och hösten 2021 ser vi viss återhämning. Avslutningsvis har Region Västra Götaland per september 2021 en högre andel patienter (55%) som måste vänta mer än vårdgarantin säger än vad vi ser nationellt (51%).

⁹³ Krisinformation.se, Folkhälsomyndigheten: Flera tecken på samhällsspridning (2020)
<https://www.krisinformation.se/nyheter/2020/mars/folkhalsomyndigheten-flera-tecken-pa-samhallsspridning>

⁹⁴ Sveriges kommuner och regioner (SKR), *Väntetider i vården, tillgänglighet över tid* (2021)

Förändring i tillgänglighet 2018–2021, Region Västra Götaland



Region Västra Götalands köp av specialiserad somatisk och psykiatrisk vård under pandemin

Av totala kostnader för specialistvård i Region Skåne uppgår den privata andelen till ca 3,3%. Sedan 2015 har köp av specialiserad vård från privata företag varit stabilt med en genomsnittlig tillväxt om 0,0% årligen i Region Västra Götaland, i kontrast till den nationella genomsnittliga tillväxten om 3,4%. Under 2020 minskade Region Västra Götalands köp av specialiserad vård med -10,9% i jämförelse med 2019 samtidigt som regionens totala kostnader för specialistvård minskade med -2,0% mellan 2019 och 2020.

Köp av privatdriven somatisk specialistvård har sedan 2015 haft en genomsnittlig tillväxt om 1,3% årligen i Region Västra Götaland, men minskade kraftigt med -12,0% under pandemin (2020) i jämförelse med 2019. Köp av privatdriven psykiatrisk specialistvård, som under perioden 2015–2020 har en genomsnittlig årlig negativ tillväxt om -6,8% i Västra Götaland minskade fortsatt med -2,6% 2020 i jämförelse med 2019.

Köp av specialistvård 2015–2020, Region Västra Götaland

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Region Västra Götaland						
Specialiserad somatisk vård, totalt	21 661	23 042	24 649	25 594	26 175	25 763
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt	3 763	3 835	3 663	4 412	4 512	4 308
Total specialistvård, soma och psykiatrisk	25 424	26 877	28 312	30 006	30 687	30 071
Köp av somatisk specialiserad vård	709	872	826	824	860	757
Köp av specialiserad psykiatrisk vård	158	169	113	133	114	111
Totala köp av specialistvård	867	1 041	939	957	974	868
KPI, Tillväxt %						
Specialiserad somatisk vård, totalt		6,4%	7,0%	3,8%	2,3%	-1,6%
Specialiserad psykiatrisk vård, totalt		1,9%	-4,5%	20,4%	2,3%	-4,5%
Total specialistvård, somatisk och psykiatrisk		5,7%	5,3%	6,0%	2,3%	-2,0%
Köp av somatisk specialiserad vård		23,0%	-5,3%	-0,2%	4,4%	-12,0%
Köp av specialiserad psykiatrisk vård		7,0%	-33,1%	17,7%	-14,3%	-2,6%
Totala köp av specialistvård		20,1%	-9,8%	1,9%	1,8%	-10,9%

Privatdrivna vårdens insatser i Västra Götaland under pandemin

Söderström beskriver privata aktörers insatser som viktiga för regionen under pandemin och att den låga andelen privatdriven vård i regionen gjorde att man tidigt kunde konstatera att det inte fanns särskilt mycket personal att låna in och att man istället ställde sig frågan: vad kan privata aktörer ta över från sjukhusen?

Efterföljande underavsnitt beskriver hur Carlanderska sjukhuset har ställt om och skalat upp sin verksamhet för att avlasta Region Västra Götaland under pandemin.

Carlanderska sjukhuset – omställning av verksamhet för att ta emot operationspatienter

I april 2020 beskriver Sahlgrenska i ett pressmeddelande att väntetider för cancervård inte har påverkats av pandemin, tack vare en lyckad omställning av vården. Omställningen innefattar bland annat digitala vårdmöten, men också ett framgångsrikt samarbete med Carlanderska sjukhuset. Avtalet med Carlanderska har inneburit att kirurger från Sahlgrenska har opererat i Carlanderska bemannade och moderna operationssalar. Carlanderskas samarbete med Sahlgrenska ställdes om från cirka sju salsdagar i veckan innan pandemin till cirka 20–23 salsdagar i veckan under pandemin. Innan pandemin (januari-oktober 2019) opererades 215 patienter på Carlanderska enligt detta avtal, vilket under samma period 2020 ökade till 562 patienter (+161%) och under 2021 uppgår till 475 patienter (+113% i jmf med 2019). Carlanderska ställde om sin verksamhet för att kunna ta emot prioriterade patienter på alla de aktuella avtal som Carlanderska hade med Region Västra Götaland. Utöver detta så skrevs tilläggsavtal för att kunna avlasta regionen med patienter med ett vårdbehov som inte täcktes av befintliga avtal eller för att undvika att remittera tillbaka en patient till den hårt belastade akutsjukvården. Alla ingrepp och icke prioriterade patientgrupper inom ramen för Carlanderskas verksamhet pausades för att inte belasta IVA. I samtal med Ann Söderlund, som under större delen av pandemin var Hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen och sedan sommaren 2021 är VD på Carlanderska, beskrivs samarbetet mellan Sahlgrenska och Carlanderska som ett framgångsrikt koncept. Modellen möjliggjorde för Carlanderska att behålla majoriteten av personalen på sin fysiska arbetsplats vilket bidrar till bibehållen effektivitet inom respektive vårdprocess. Utifrån ett effektivitetsperspektiv så bidrog flytten av operationer från Sahlgrenska till Carlanderska till att Carlanderska kunde hålla korta ledtider då enbart planerad vård utfördes, samtidigt som Sahlgrenska kunde frigöra utrymme och därmed utöka antalet IVA-platser. Söderström framhåller även att Carlanderska fått göra större avkall på deras egna och berörda samarbetspartners/hyresgästers behov för att kunna tillmötesgå regionens behov av operationssalar. Carlanderska understryker att samarbetet med regionen under pandemin fungerat väldigt bra med en kontinuerlig dialog om behov och alternativa lösningar, snabba och pragmatiska beslut och ett gemensamt fokus på patienten.

1.1. Utlåning av personal - Region Stockholm

1.1.1. Erfarenhet av inlåning av personal till akutsjukhusen – Region Stockholm

Region Stockholm har i större utsträckning än andra regioner lånat in personal till regionens akutsjukhus och IVA-avdelningar. I Region Stockholms utvärdering av pandemin konstateras att utlåning av personal från privata vårdgivare till akutsjukhusen har under hanteringen av covid-19 visat sig vara en komplicerad process, dels av arbetsrättsliga skäl, dels på grund av svårigheter med samordning och att få en samlad bild av var behovet av personal är störst. Vidare förutsätter en omplacering att tillgängliga resurser matchar efterfrågade kompetenser. I intervjuer har det framkommit att representanter från såväl akutsjukhusen som privata vårdgivare varit överens om att det har varit utmanande att låna ut personal från privata vårdgivare till akutsjukhusen.⁹⁵

I samtal med Björn Eriksson, tidigare Hälso- och Sjukvårdsdirektör i Region Stockholm, framhålls att regionen saknade sanktions- och regleringsmöjlighet i avtalen men att det trots allt gick med god vilja från regionens privata aktörer. Eriksson beskriver inlåning av personal som en komplicerad process, dels för matchning av tillgängliga resurser och behov, introduktion och upplärning, omställningstid för personalen, dels arbetsrättsligt. Trots detta menar Eriksson att man bör överväga, att genom avtal eller lag, föreskriva att privata vårdgivare som får del av offentliga medel också ska vara skyldiga att ge stöd till offentliga vårdgivare i en nationell kris. Eriksson menar vidare att detta särskilt skulle gälla de regioner där privata aktörer är vanligt förekommande.⁹⁶

Peter Holm, VD för St Görans sjukhus, framhåller att inlåning av personal till St Görans sjukhuset har varit ett viktigt tillskott under pandemin olika vågor, särskilt inlånad IVA-personal. St Görans sjukhus tog bland annat emot 26 inlånade medarbetare från Ortopedtekniska huset i Stockholm under andra vågen, vilka alla hade varit på Karolinska i Huddinge under första vågen. Holm lyfter de olika kollektivavtalsområdena som utmaningar vid inlåning av personal. Vidare beskrivs hur vårdpersonal vid en kris har en önskan om att kavla upp ärmarna hjälpa till och avlasta men för att säkerställa trygghet och effektivitet sker detta helst på personalens ordinarie avdelning, med sysslor och aktiviteter som personalen känner väl. Holm lägger även till att man, trots en kris, inte kan se vårdpersonal som spelbrickor som går att flytta hur som helst, eller för den delen en personalreserv för

⁹⁵ KPMG, *Region Stockholms hantering av covid-19* (2021)

⁹⁶ Eriksson, Björn; f.d. Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm. Intervju 2021-11-04

akutsjukhusen. Trots att St Görans haft en god erfarenhet av den personal som lånades in så menar Holm att det finns en stor förbättringspotential inför nästa kris och att rättigheter och skyldigheter i avtal bör diskuteras i lugna tider.

1.1.2. Den privatdrivna vårdens erfarenhet av utlåning av personal – Region Stockholm

Aleris – Utlåning av personal i Region Stockholm

I samtal med Susanne Franzon, Affärsområdeschef för Ortopedi/Operation på Aleris, vars verksamheter i stor utsträckning pausades under pandemin beskrivs hur stora delar av deras personalstyrka lånades ut till Stockholms akutsjukhus IVA-avdelningar. Under första vågen, från 26 mars till 31 augusti 2020, tjänstgjorde totalt 59 personer från Aleris verksamheter inom den regionala IVA-vården. Av de utlånade personerna så var det 11 undersköterskor, 21 sjuksköterskor och 7 läkare. Franzon beskriver att flertalet av de individer som varit utlånade till de regionala sjukhusen av olika anledningar har slutat på Aleris efter pandemin och konstaterar att det har varit en utmaning att stötta och behålla personal under en sådan här period då medarbetare inte arbetar på arbetsplatsen eller tillsammans med arbetsgruppen. I slutet av 2020 slutade totalt 9 av de 11 sjuksköterskor som varit utlånade till sjukhusen. Ett par IVA-sjuksköterskor valde att gå tillbaka till IVA, några valde att gå över till bemanningstjänster och någon valde att helt sluta som sjuksköterska. Utöver detta har två medarbetare varit långtidssjukskrivna relaterat till det trauma de upplevt som utlånad till det regionala sjukhuset.

Capio Ortopedtekniska huset – Utlåning av personal i Region Stockholm

Tobias Wirén, Affärsområdeschef Ortopedi på Capio, vars verksamheter i stor utsträckning sköts upp under pandemin beskriver hur exempelvis Ortopedtekniska huset ställde om för att stötta akutsjukhusen i Stockholm där halva personalstyrkan, med rotation, stöttade Huddinge sjukhus under pandemin. Även Ortopediska husets chefsläkare följde med och arbetade som undersköterska inom IVA-vården för att bidra med såväl insatser såsom stöd till medarbetare. Wirén sammanfattar att utlåningen av personal (ca 76 individer under första och andra vågen) som framgångsrik och en personalstyrka som kommit styrkt ut ur krisen men att man ofta underskattar det ledarskap som krävs i en kris och när arbetsgrupper och samarbetsformer förändras. Hur leder man en verksamhet när ledningen splittrats över hela regionen? Wirén framhåller att det är en hög risk man tar som arbetsgivare och att det fanns en stor oro för att många skulle säga upp sig efter detta.

Wirén pekar på vikten av att alla som lånas ut också ska kunna bidra i arbetet. Uthållighet är väsentligt i en kris och det kräver att alla cylindrar arbetar. Wirén menar att hans erfarenheten av pandemin är att så inte alltid är fallet, utan att det inte funnits tillräckligt med resurser för samordning och planering inför inlåning av personal och att vissa resurser som lånats in inte känt att de bidragit.

Wirén menar att det inledningsvis i pandemin var lättare att motivera då vårdpersonal trots allt i regel drivs av en stark etisk och moralisk kompass. Likt flera andra privata aktörer i Region Stockholm, så lyfter även Wirén, att det under tredje vågen var svårare att motivera medarbetare av förklaringen att enbart regionalt anställd personal var berättigad vaccin vid tidpunkten, till skillnad från privatanställda medarbetare. Wirén avslutar med att konstatera att detta blir en viktig lärdom, i en kris kan vi inte leda på det viset, att göra skillnad mellan offentligt anställd personal och privat anställd personal.

Sophiahemmet – Utlåning av personal

I samtal med Marie Wickman, Chefsläkare på Sophiahemmet, som har lånat ut ett trettiotal medarbetare inom olika yrkeskategorier till akutsjukhusen och IVA under pandemin, beskrivs hur Region Stockholm tidigt började med att inventera all personal hos privata vårdgivare för att kunna begära in personal i nästa steg. Utifrån ett arbetsgivarperspektiv var detta utmanande då det skapade en stor oro i personalgrupperna, särskilt bland äldre som aktivt lämnat akutsjukhusen och bland individer som av olika anledningar själv, eller nära anhörig, var i riskgrupp för covid-19. Wickman upplevde att det var svårt att få en förståelse för detta från regionen. Vidare menar Wickman att det inte ska kunna gå att kommendera in personal utan trycker på att det måste vara frivilligt. Vidare tydliggör även Wickman att det, i de fall det ska vara frivilligt, även måste vara tydligt vad som gäller kring villkor och ersättning, vilket inte var fallet inledningsvis under pandemin. Vidare beskriver Wickman att suboptimeringen av utlåningen av personal varit relativt omfattande för Sophiahemmet då flertalet vårdgivare varit tvungna att permittera vårdpersonal till följd av att nyckelpersoner varit utlånade.

1.2. Utlåning av personal - Region Skåne

I samtal med Region Skånes Hälso- och Sjukvårdsdirektör, Pia Lundbom, framkommer att regionen vid tre tillfällen skickades till de privata aktörerna i regionen med en vädjan om att låna ut personal för att hantera den höga belastningen runt årsskiftet 2020–2021. Lundbom menar att det i stort sett inte lånats in någon personal med undantag från någon enstaka person, bland annat en fysioterapeut. Hälso- och Sjukvårdsdirektören menar att detta under jul och nyår 2020-2021 var en stor utmaning och att inlåning av personal från de privatdrivna verksamheterna hade varit önskvärt men framhåller också att det nog finns förklaringar till detta, exempelvis att de som valt att lämna den offentliga vården mest troligt gjort det av en anledning.⁹⁷ Enligt information från privata vårdgivare framkommer inte att utlåning av personal skett i någon större utsträckning i Region Skåne men att enstaka sjuksköterskor lånats ut till IVA.⁹⁸ Vidare beskrivs från flertalet respondenter hur dialog förts mellan region Skåne och privata vårdaktörer kring utlåning av personal, men att det i samtliga fall upplevts komplicerat avseende modell och villkor för utlåning, vilket resulterat i att få individer lånades ut.

1.3. Utlåning av personal - Region Västra Götaland

I Region Västra Götaland lånades personal ut till akutsjukvården i väldigt liten utsträckning, främst förklarar av att det inte finns så många privata aktörer i regionen. Detta resulterad i att regionen tidigt vände på frågan och istället flyttade patienter till den privatdrivna vården.⁹⁹

1.4. Utlåning av personal - Region Uppsala

I Region Uppsalas utvärdering av pandemin framgår att regionen i april 2020 begärde med så kallad "aktivering av LOV-klausulen" att privata och offentliga vårdgivare skulle bistå med sjukvårdspersonal. Detta resulterade i att ett 50-tal sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter ställdes till Akademiska sjukhusets förfogande, från såväl privata som offentliga verksamheter. I utvärderingen framkommer att förflyttning av personal från privata vårdgivare inte varit helt problemfri och att det fanns behov att se över detaljer i avtalen. Det framkommer vidare att det var tidskrävande, men att det efter dialog och kontraktskrivande föll väl ut. Det framgår vidare i utvärderingen att det på flera sätt var utmanande att låna in personal, särskilt till IVA, där det sedan tidigare fanns sammansvetsade arbetsgrupper som är vana att arbeta med varandra under tuffa förhållanden. Linjechefer lyfte även viss kritik till att kompetensen varit blandad, exempelvis att det ibland kom personal med begränsad erfarenhet av specialistvård vilket ledde till långa uppstartssträckor vilket försvårade arbetet på intensivvårdsavdelningen.

I samtal med Kenneth Jacobsson, Chefläkare och Regionchef på Prima vård, beskrivs hur personal inom den privatdrivna primärvården i Uppsala lånats in till Akademiska sjukhuset under pandemin. Till skillnad från i flertalet andra regioner, så hade Uppsala i vårdvalsavtalet rätt att avropa personal i krissituation och som privat aktör fanns ingenting att sätta emot. Jacobsson menar att avropad personal blev väl omhändertagen på sjukhuset och Akademiska stod för tillkommande kostnader för den inlånade personalen såsom exempelvis övernattnings och mat. Som ett resultat av detta så påverkades istället bemanningen vårdcentralerna som upplevde en tydlig kompetensbrist, vilket slog särskilt hårt mot mindre verksamheter. Akademiska avropade i huvudsak undersköterskor och sjuksköterskor, varför vårdcentralerna blev underbemänskade under perioden april-augusti 2020. I vårdvalsavtalet hade däremot regionen ingen skyldighet att ersätta vårdgivaren vars personal avropats, vilket resulterade i att vårdcentralerna stod för alla ordinarie kostnader för den personal som blivit avropad samtidigt som bemanningen på verksamheten var kraftigt negativt påverkad. I den mån det var möjligt att tillfälligt rekrytera in förstärkning till vårdcentralerna så fick de även stå med dubbla lönekostnader. Kostnader för såväl den avropade personalen som arbetade på Akademiska sjukhuset, men även den personal som de tillfälligt tagit in på vårdcentralen.

Jacobsson ställer sig frågade till rimligheten av en sådan klausul som Region Uppsala har i sitt vårdval. Vidare menar Jacobsson att pandemin satt ljuset på osäkerheten i befintliga avtalsförhållandet och behovet av tydliga skrivningar avseende såväl rättigheter såsom skyldigheter i en kris för att minimera risken för stora tolkningsutrymmen.

⁹⁷ Lundbom, Pia; Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Skåne. Intervju 2021-11-01

⁹⁸ Registerutdrag från Praktikertjänst (2021)

⁹⁹ Söderström, Ann; Sjukhuschef Carlanderska Sjukhuset och f.d. Hälso- och sjukvårdsdirektör, Västra Götalandsregionen. Intervju 2021-10-18

Referenser

- Aleris, *Snabbare operation för akuta ortopedpatienter* (2021) <https://via.tt.se/pressmeddelande/snabbare-operation-for-akuta-ortopedpatienter?publisherId=3236075&releaselId=3292150>
- Coronakommissionen, *Delbetänkande 1-Sverige under pandemin* (2021)
- Coronakommissionen, *Delbetänkande 2-Sverige under pandemin* (2021)
- Dagens medicin.se, *Stora regionala skillnader i vaccinationstäckning* (2021) <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/infektion/stora-regionala-skillnader-i-vaccinationstackning/>
- Dagens samhälle, *Debatt - Upphandlingsregelverket är inte problemet* (2021) <https://www.dagenssamhalle.se/opinion/debatt/upphandlingsregelverket-ar-inte-problemet/>
- Dagens samhälle, *Uppsalas upphandling av vaccinator kan bryta mot lagen* (2021) <https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/sjukvard/uppsalas-upphandling-av-vaccinator-kan-bryta-mot-lagen/>
- Ekonomifakta, *Välfärden i privat regi* (2020)
- Folkhälsomyndigheten, *Statistik över registrerade vaccinationer Covid 19* (2021) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/>
- Folkhälsomyndigheten, *Vem ansvarar för vad i arbetet med vaccination mot covid-19?* (2020) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/information-for-dig-om-vaccinationen/ansvarsfordelning/>
- Ingemarsdotter, Jenny och Jonsson, Daniel, *När krisen kom – vad vi kan lära av coronapandemin inför den fortsatta utvecklingen av det civila försvaret* (2020)
- Inköpsrådet.se, *Snabb lösning med LOV-vaccinatorer* (2021) <https://inkopsradet.se/upphandling/snabb-losning-med-lov-vaccinatorer/>
- KPMG, *Region Stockholms hantering av covid-19* (2021)
- KPMG, *Utvärdering av covid-19 för Region Uppsala* (2021)
- Krisinformation.se, Folkhälsomyndigheten: Flera tecken på samhällsspridning (2020) <https://www.krisinformation.se/nyheter/2020/mars/folkhalsomyndigheten-flera-tecken-pa-samhallsspridning>
- Läkartidningen.se, *Stora regionala skillnader i hur många barn som fått covid-19-vaccin* (2021) <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/10/stora-regionala-skillnader-i-hur-manga-barn-som-fatt-covid-19-vaccin/>
- Nationella vaccinationsregistret, *Registerutdrag* (2021)
- Regeringen.se, *Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19* (2020) [Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021 - Regeringen.se](https://www.regeringen.se/overenskommelse-om-genomforande-av-vaccinering-mot-covid-19-2021-09-30/)
- Region Kronoberg, *Plan för covid19-vaccinationer* (2020)
- Region Norrbotten, *Region Norrbotten upphandlar operationstjänster för en halv miljard* (2021) <https://www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressmeddelanden-2021/Region-Norrbotten-upphandlar-operationstjanster-for-en-halv-miljard/>
- Region Skåne, *Covid-19, Tidplan för vaccinationen* (2020) <https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/vaccinationer/covid-19/#195685>
- Region Skåne, *Hälsa- och Sjukvårdsnämnden, protokollsutdrag §108, 2021-09-30* (2021)
- Region Stockholm, *Ny rutin för ersättning för vissa digitala vårdbesök* (2020) [Ny rutin för ersättning för vissa digitala vårdbesök - Region Stockholm](https://www.regionstockholm.se/ny-rutin-for-ersattning-for-vissa-digitala-vardbesok/)
- Region Uppsala, *Ersättning för vaccination klar* (2020) <https://region uppsala.se/politik-och-paverkan/handlingar/uppsnabbat/lista-nyhetsbrev/uppsnabbat-regionstyrelsen-22-december/ersattning-for-vaccination-klar/>
- Region Uppsala, *Frågor och svar om vaccination mot covid-19* (2021) <https://region uppsala.se/samverkanswebben/for-vardgivare/samlad-information-om-covid-19-pandemin/vaccination-mot-covid-19/fragor-och-svar/> [2021-11-14]
- Region Uppsala, *Region Uppsala direktupphandlar operationer för att kapa köer* (2021) <https://via.tt.se/pressmeddelande/region-uppsala-direktupphandlar-operationer-for-att-kapa-koer?publisherId=3235664&releaselId=3290938>
- SCB, *Köp av huvudverksamhet – Regioner* (2021)

SCB, *Statistikdatabasen, Köp av specialistvård och kostnader för eget åtagande 2015-2020* (2021)

Socialstyrelsen, *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården* (2021)

Socialstyrelsen, *Färre operationer och längre väntetider under pandemins första och andra våg* (2021)
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/farre-operationer-och-langre-vantetider-under-forsta-och-andra-vagen/>

Svenska Dagbladet, *SKR om vaccinklyftan: Lär pendla upp och ner* (2021) <https://www.svd.se/skr-om-vaccinklyftan-lar-pendla-upp-och-ner>

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Väntetider i vården* (2021)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Ersättningsmodeller i primärvården* (2021)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Hälso- och Sjukvårdsrapporten 2021* (2021)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärder* (2021)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Valfrihet i regioner, beslutsläge 2020* (2021)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), *Verksamhetsstatistik 2011–2020* (2021)

Sveriges kommuner och regioner (SKR), *Väntetider i vården, tillgänglighet över tid* (2021)

Sveriges Kommuner och Regioner och Socialdepartementet, *Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19* (2020)

Sveriges Kommuner och Regioner, *Att vaccinera jämlikt handlar inte alltid om att göra likadant*, (2021),
<https://skr.se/skr/tjanster/bloggarfranskr/varbloggen/artiklar/attvaccinerajamlikthandlarintealltidomattgoralikadant.52058.html>

Sveriges Radio, *Regionföreträdare: Dålig samordning kring vaccinering*, (2021),
<https://sverigesradio.se/artikel/regionforetradare-dalig-samordning-kring-vaccinering>

SVT Nyheter, *Så ska Region Halland minska vårdköerna – trots pandemin* (2020)
<https://www.svt.se/nyheter/lokalt/halland/region-halland-planerar-fler-operationer-i-host>

SVT Nyheter, *Vaccinationen i fas 4 startar i dag – tidigare än väntat* (2021) [SVT Nyheter \(2021\). Vaccinationen i fas 4 startar idag – tidigare än väntat](https://www.svt.se/nyheter/regioner/vaccinationen-i-fas-4-startar-i-dag-tidigare-an-vantat)

SVT Nyheter, *Vaccinsamordnaren: Logistiken blir en utmaning*, (2020), <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/vaccinsamordnaren-sverige-redo-for-vaccinering-i-jul>

Upphandlingsmyndigheten, *Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning* (SOU 2020:23), remissvar beslutat den 3 juli 2020, dnr UHM-2020-0164.

Upphandlingsmyndigheten, *Regeringen föreslår nya förenklade upphandlingsregler* (2021)
<https://www.upphandlingsmyndigheten.se/nyheter/2021/regeringen-foreslar-nya-forenklade-upphandlingsregler/>

Vård- och omsorgsanalys, *I skuggan av covid-19* (2021)

Vårdporten.se, *Vaccinationshjälp från privata bolag nobbas*, (2021), <https://www.vardporten.se/vaccinationshjalp-fran-privata-vardbolag-nobbas/>

Västra Götalandsregionen, Vårdgivarwebben, *Ansvarsfördelning och samverkan* (2021), <https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardriktlinjer/covid-19/vaccination-covid/ansvarsfordelning-och-samverkan/>