

Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen

*Slutbetänkande av Utredningen om
författningsberedskap inför framtida pandemier*

Stockholm 2023



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2023:56

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0710-0 (tryck)

ISBN 978-91-525-0711-7 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Jakob Forssmed

Regeringen tillsatte den 2 september 2021 en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av smittskyddslagen och analysera behovet av nya bestämmelser inför framtida pandemier. I uppdraget ingick också att utreda frågor om smittbärarpenning, smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten och lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m. (dir. 2021:68).

Som särskilt utredare förordnades från och med den 2 september 2021 rättschefen Lars Hedengran.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 oktober 2021 avdelningschefen Mats Nilsson.

Anställda som sekreterare i utredningen har varit juristen Li Nordström från och med den 13 oktober 2021, juristen Fredrik Robertsson från och med den 25 oktober 2021, hovrättsassessorn Rebecca Hjälmärö mellan den 1 november 2021 och den 31 juli 2022, kammarrättsassessorn Alexandra Braf mellan den 1 juli 2022 och den 31 mars 2023, kanslirådet Sofia Aslamatzidou mellan den 1 december 2022 och den 31 januari 2023, juristen Anton Lesse mellan den 1 december 2022 och den 30 april 2023, kammarrättsassessorn Sven Hogebrandt från och med den 1 januari 2023 samt enhetschefen Stella Jacobsson från och med den 1 mars 2023.

Som externt stöd till utredningen anlätades docenten och infektionsläkaren Per Follin under hösten 2022.

Förordnade som sakkunniga i utredningen har varit kanslirådet Erik Adell Hellström mellan den 14 oktober 2021 och den 8 mars 2022, rättssakkunniga Lovisa Danielsson mellan den 14 oktober 2021 och den 31 december 2022, rättssakkunniga Madeleine Josefsson mellan den 14 oktober 2021 och den 11 april 2023, kanslirådet Erika K Nilsson mellan den 14 oktober 2021 och den 12 oktober 2022, ämnesrådet

Helena Rosén från och med den 14 oktober 2021, numera kansli- rådet Jenny Wada från och med den 14 oktober 2021, numera kansli- rådet Theresa Winnberg Elliot från och med den 14 oktober 2021, kansli- rådet Anna-Lena Sjölund mellan den 8 mars 2022 och den 23 augusti 2023, ämnesrådet Anna Schölin från och med den 24 augusti 2023, kansli- rådet Linda Celander mellan den 1 januari 2023 och den 1 februari 2023, numera kansli- rådet Hanna Lobosco från och med den 12 oktober 2022 samt rättssakkunniga Rebecca Rynning mellan den 1 februari 2023 och den 31 mars 2023.

Förordnade som experter i utredningen har varit juristen Anders Alexandersson från och med den 14 oktober 2021, utredaren Carl Ekström från och med den 14 oktober 2021, numera avdelnings- chefen Björn Forsberg från och med den 14 oktober 2021, professorn Rickard Ljung mellan den 14 oktober 2021 och den 8 februari 2023, smittskyddsläkaren Eva Melander från och med den 14 oktober 2021, juristen Ironah Nzeribe mellan den 14 oktober 2021 och den 10 augusti 2023, statsepidemiologen Anders Tegnell mellan den 14 oktober 2021 och den 23 mars 2022, numera teamledaren Ulrika Vestin från och med den 14 oktober 2021, juristen Peter Gröön från och med den 8 november 2021, rättsliga experten Johan Vadengren mellan den 26 januari 2022 och den 25 april 2022, avdelningschefen Britta Björkholm mellan den 23 mars 2022 och den 1 september 2022, rättsliga experten Heli Artell Viklund från och med den 25 april 2022 och enhetschefen Anneli Carlander från och med den 1 september 2022.

Utredningen överlämnade i maj 2022 delbetänkandet *Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning* (SOU 2022:26).

Regeringen beslutade den 7 juli 2022 om tilläggsdirektiv (dir. 2022:110) och den 29 juni 2023 ett ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2023:104).

Utredningens experter och sakkunniga har genom råd och under- lag bidragit till betänkandet. Den särskilde utredaren ansvarar dock ensam för innehållet.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Några smittskyddsåtgärder inom socialtjänsten och socialförsäkringen* (SOU 2023:56). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i september 2023

Lars Hedengran

/Mats Nilsson
Sven Hogebrandt
Li Nordström
Fredrik Robertsson

Innehåll

Förkortningar	15
Sammanfattning	17
1 Författningsförslag	21
1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168).....	21
2 Uppdraget och utredningens arbete	29
2.1 Utredningens uppdrag.....	29
2.2 Delbetänkandet	30
2.3 Uppdraget att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten	32
2.3.1 Avgränsning	34
2.4 Uppdraget avseende smittbärappenning.....	36
2.4.1 Avgränsning	37
2.5 Uppdragets genomförande.....	37
2.5.1 Sekretariat och expertgrupp.....	37
2.5.2 Samverkan med berörda aktörer.....	38
2.6 Begrepp i slutbetänkandet	40
2.6.1 Boendeformer	40
2.6.2 Övriga begrepp	41

2.7	Slutbetänkandets struktur.....	41
2.8	Utredningens förutsättningar för att lämna förslag	42
2.8.1	Behovet av åtgärder.....	42
2.8.2	Smittskyddslagens begränsningar och utredningens förändrade direktiv.....	43
2.8.3	Förutsättningar gällande smittbärappenningen	44
3	Gällande rätt	47
3.1	Smittskyddslagen.....	47
3.1.1	Lagens utgångspunkter.....	47
3.1.2	Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering.....	48
3.1.3	Huvudsakligt ansvar för smittskyddet.....	50
3.1.4	Andra bestämmelser	52
3.1.5	Smittskyddsförordningen.....	52
3.2	Socialtjänstlagen	53
3.2.1	En ramlag med rätt till bistånd för skälig levnadsnivå.....	53
3.2.2	Äldre personer och personer med funktionsnedsättning.....	53
3.2.3	Tillståndsplikt och anmälningsplikt.....	54
3.2.4	Andra bestämmelser	54
3.2.5	Socialtjänstförordningen	55
3.3	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	55
3.4	Hälso- och sjukvårdslagstiftning.....	57
3.4.1	Hälso- och sjukvårdslagen.....	57
3.4.2	Patientsäkerhetslagen.....	58
3.4.3	Patientlagen	59
3.5	Socialförsäkringsbalken.....	60
3.5.1	Smittbärappenning.....	60
3.5.2	Resekostnadsersättning	62
3.5.3	Extraordinära händelser i fredstid.....	62

4	Smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten under normala förhållanden	63
4.1	Frivillighet är utgångspunkten i hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten	64
4.1.1	Arbetsätt för att undvika tvång	65
4.1.2	Särskilt om samtycke till hälso- och sjukvård	66
4.1.3	Nödrätt	67
4.2	Boendeformer som omfattas av uppdraget	67
4.2.1	Bakgrund till regleringen i 5 kap. 5 § SoL	67
4.2.2	Äldreboende	68
4.2.3	Biståndsbedömt trygghetsboende	69
4.2.4	Bostad med särskild service enligt SoL	69
4.2.5	Enskild verksamhet enligt SoL	70
4.2.6	LSS-boenden för barn och unga	70
4.2.7	LSS-boenden för vuxna	72
4.2.8	Enskild verksamhet	75
4.2.9	Översiktligt om antalet bostäder och deras beskaffenhet	75
4.3	De boende inom SoL-boenden och LSS-boenden	77
4.3.1	Gruppen äldre	77
4.3.2	De boende på äldreboenden och i bostad med särskild service enligt SoL	80
4.3.3	De boende i LSS-boenden	84
4.4	Personalen på boendena	87
4.4.1	Allmänna råd om personalens kunskaper	87
4.5	Personal på äldreboenden	88
4.5.1	Personal på LSS-boenden	90
4.6	Regler av betydelse för smittskyddet inom vård och omsorg	91
4.6.1	Smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen	92
4.6.2	God vård och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården	95
4.6.3	God kvalitet och undvikande av missförhållanden inom socialtjänstens område	98
4.6.4	Föreskrifter och allmänna råd	101
4.6.5	Arbetsmiljölagen	105

4.7	Kohortvård.....	108
4.7.1	Utmaningar med att bedriva kohortvård på LSS- och SoL-boenden.....	109
4.8	Vårdrelaterade infektioner och vårdhygien.....	110
4.8.1	Vårdrelaterade infektioner.....	110
4.8.2	Vårdhygien	110
4.8.3	Organisation och tillgång till vårdhygienisk kompetens	111
4.9	Ansaret för hälso- och sjukvård.....	112
4.9.1	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).....	113
4.10	Dokumentationsskyldighet	114
5	Erfarenheter från covid-19-pandemin	117
5.1	Bakgrund.....	118
5.1.1	Särskilt utsatta för covid-19.....	121
5.2	Besöksbegränsningar, provtagning, smittspårning m.m.	127
5.2.1	Förordning om tillfälligt besöksförbud.....	128
5.2.2	Socialstyrelsens föreskrifter och Folkhälsomyndighetens rekommendationer.....	129
5.2.3	Ny förordning om tillfälligt besöksförbud	130
5.2.4	Kort om lokala och regionala besöksförbud	131
5.2.5	Andra tillfälliga föreskrifter och råd	132
5.2.6	Provtagning och smittspårning	134
5.3	Användning av tvång enligt smittskyddslagen	136
5.4	Särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden under pandemin	137
5.4.1	Kunskapsstöd	138
5.4.2	Smittskyddsarbetet under pandemin	140
6	Granskningar och förslag i ljuset av pandemin.....	145
6.1	Coronakommissionen om pandemihanteringen	145
6.1.1	Delbetänkandet om äldreomsorgen.....	145
6.1.2	Andra delbetänkandet.....	149
6.1.3	Slutbetänkandet.....	149

6.2	Riksrevisionen om det nationella smittskyddet	150
6.3	SKR:s rapport Att lära av en kris	151
6.3.1	Kohortvård.....	151
6.3.2	Hygienrutiner	152
6.3.3	Nödvändiga regeländringar	153
6.4	Förslag på vårdhygienområdet	153
6.4.1	Socialstyrelsen.....	153
6.4.2	Riksrevisionen.....	154
6.4.3	Förslaget till äldreomsorgslag.....	155
6.5	Tillgång till vård för vuxna i LSS-boenden	156
6.6	Från IVO:s tillsyn.....	157
6.6.1	Kort om IVO:s uppdrag	157
6.6.2	Brister i vård och behandling under pandemin....	158
6.6.3	Uppföljning av besöksföreskrifter	159
6.6.4	Tvång och begränsningar i LSS-boenden	160
6.7	Kompetensförsörjning inom vård och omsorg.....	161
6.8	Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.....	162
6.9	Utredning om språkkrav	163
6.10	Uppdaterad demensstrategi.....	163
6.11	Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler.....	163
6.12	Gränsdragningssvårigheter inom omsorgen	164
7	Smittbärappenning.....	167
7.1	Historik och användning innan pandemin	167
7.2	Smittbärappenningen under pandemin	168
7.2.1	Antalet ersättningsärenden	170
7.3	Granskningar av smittbärappenningen	172
7.3.1	Coronakommissionens analys av smittbärappenningen under covid-19-pandemin....	172
7.3.2	Försäkringskassans erfarenheter av smittbärappenningen under covid-19-pandemin....	174

7.3.3	Inspektionen för socialförsäkringen – Smittbärappenning i pandemins tid	178
7.3.4	Framställan om utredning av socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser ...	181
7.4	Närliggande utredningar på socialförsäkringsområdet	184
7.4.1	S 2022:02 Översyn av karens och sjuklön samt S 2023:A arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget	184
7.4.2	S 2022:07 Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk.....	185
8	Förslag och överväganden – stärkt smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten	187
8.1	Tillfällig isolering bör inte kunna ske inom SoL- och LSS-boenden	187
8.1.1	Utredningens direktiv om tillfällig isolering	188
8.1.2	Befintliga bestämmelser om karantän och isolering i smittskyddslagen är inte anpassade för SoL- och LSS-boenden	188
8.1.3	Isolering ur den enskildes perspektiv	191
8.1.4	Tvångsbefogenheter	192
8.1.5	Ledningsansvar	193
8.1.6	Sammanfattning	195
8.2	Förslag som möjliggör kohortvård utan samtycke	195
8.2.1	Utredningens direktiv om kohortvård	196
8.2.2	Kohortvård kan kräva samtycke.....	196
8.2.3	En ny extraordinär smittskyddsåtgärd bör införas ..	198
8.2.4	Boendeformer som bör omfattas av bestämmelsen	204
8.2.5	Proportionalitetsavvägningar	207
8.2.6	Förslagens förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen	208
8.2.7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	211
8.2.8	Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en vägledning för den extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning	212
8.2.9	Behov av en generell översyn av frågan om samtycke inom socialtjänsten.....	213

8.3	Regler om nödvändiga smittskyddsåtgärder	214
8.3.1	Direkta och indirekta krav på smittskyddsåtgärder	215
8.3.2	Hälso- och sjukvård kontra omsorg inom boendena	216
8.3.3	Överväganden	217
8.4	Provtagning på SoL- och LSS-boenden	220
8.4.1	Behovet av nya bestämmelser för provtagning	220
8.4.2	Utökad möjlighet att förena provtagning med tvång	223
9	Överväganden – smittbärappenning	225
9.1	Bestämmelserna om smittbärappenning under covid-19-pandemin	225
9.2	Socialförsäkringsförmåner i kris och krig bör utredas samlat	227
9.2.1	Reglerna om smittbärappenning är inte anpassade till en pandemi	228
9.2.2	Flera socialförsäkringsförmåner påverkas vid en kris	229
9.2.3	En samlad översyn bör göras av socialförsäkringen i kris och krig	231
9.3	Personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad omfattas av smittbärappenningen	234
9.3.1	Utredningens tolkning av lagstiftningen	234
9.4	Bedömningar av hur handläggningen av smittbärappenning kan utvecklas	238
9.4.1	Undantag från krav på intyg effektiviserar handläggningen och minskar belastningen på vården	239
9.4.2	Vikten av rättssäker handläggning	241
9.4.3	Utredningens bedömningar	242
9.4.4	Andra frågor att beakta vid en framtida pandemi ...	243
9.4.5	Resonemang kring alternativa lösningar och åtgärder avseende handläggning m.m.	244

10	Konsekvensutredning	249
10.1	Konsekvensutredningens innehåll.....	249
10.2	Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen.....	250
10.2.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen samt finansieringsprincipen.....	250
10.2.2	Konsekvenser för enskilda.....	253
10.2.3	Konsekvenser för företag	256
10.2.4	Konsekvenser för berörda myndigheter	256
10.2.5	Övriga konsekvenser enligt kommittéföreläsningen	258
10.3	Bedömningar om smittbärandenheten.....	259
10.3.1	Inledning.....	259
10.3.2	Smittbärandenheten i normaltillstånd	260
10.3.3	Smittbärandenheten vid extraordinära händelser i fredstid	261
10.3.4	Rättssäkerhet vid handläggningen.....	262
10.4	Finansiering av utredningens förslag.....	264
11	Författningskommentar	265
11.1	Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)	265
	Referenser.....	273
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2021:68.....	289
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2022:110.....	309
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2023:104.....	311

Förkortningar

Europakonventionen	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
MAR	Medicinskt ansvarig för rehabilitering
MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
PL	Patientlagen (2014:821)
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
RF	Regeringsformen
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SmL	Smittskyddslagen (2004:168)
SmF	Smittskyddsförordningen (2004:255)
SoF	Socialtjänstförordningen (2001:937)
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner

Sammanfattning

Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag som syftar till att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten och att göra en översyn av bestämmelserna om smittbärrpenning.

Trots hårda restriktioner drabbades äldre personer, och särskilt de äldre personer som bodde i särskilda boendeformer för äldre, hårt under covid-19-pandemin. Även personer som bodde på LSS-boenden drabbades av covid-19-pandemin. Ett effektivt smittskydd kan enligt utredningens direktiv kräva tillfälliga begränsningar i den frihet som människor annars åtnjuter, både för att skydda den som har smittats och för att undvika att smittan sprids vidare till andra.

Smittbärrpenning betalas ut till den som kan arbeta men inte får göra det på grund av risken för att smitta andra. Förmånen ger ekonomisk trygghet för grupper som inte kan arbeta hemifrån men inte har nedsatt arbetsförmåga och kan bidra till ökad efterlevnad till smittskyddsrekommendationer. Under pandemin ökade användningen av smittbärrpenningen mycket kraftigt, vilket ställde stora krav på Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Vid kriser, som en pandemi, kan det finnas behov av att tillfälligt anpassa handläggningen och regelverket för att en förmån ska kunna fungera som det är tänkt.

Förslag och överväganden – stärkt smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten

Utredningens övergripande uppfattning är att de viktigaste åtgärderna för att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten avser områden som ligger utanför den här utredningens uppdrag. Det handlar bl.a. om att stärka personalens kompetens och förutsättningar att utföra sitt arbete, följsamhet till basala hygienrutiner, lokalernas utformning m.m. Åtgärder inom dessa områden kräver stora och långsiktiga insatser från samhället. Flera initiativ är dessutom

under beredning. Bedömningarna och förslaget i betänkandet ska ses som en del i en större helhet.

Utredningen har övervägt att lämna förslag som innebär att tillfällig isolering ska kunna ske på de boendeformer som omfattas av uppdraget. Utredningens bedömning är att befintliga bestämmelser i smittskyddslagen om karantän och isolering inte är anpassade för SoL- och LSS-boenden och de personer som bor där. Det bör dock av principiella, etiska och praktiska skäl inte införas en möjlighet att genomföra tillfällig isolering inom dessa boendeformer.

Det kommer i vissa fall inte vara möjligt att med samtycke hålla personer åtskilda av smittskyddsskäl inom de boendeformer som omfattas av uppdraget samtidigt som de möjligheter att använda tvång som finns i lagstiftningen inte är tillräckligt väl anpassade för att uppnå det syftet med lindrigast möjliga tvångsingripande. Utredningen föreslår därför att det införs en ny extraordinär smittskyddsåtgärd i smittskyddslagen. Den nya bestämmelsen om *flyttning* innebär en möjlighet att utan samtycke flytta den som bor i vissa boendeformer enligt SoL eller LSS och som är eller kan antas vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom och som genom sitt beteende riskerar att smitta andra boende från sin ordinarie bostad till en annan motsvarande bostad. Flyttning kan bl.a. underlätta genomförandet av vissa moment av kohortvård. Förslaget omfattar personer som bor i de boendeformer som avses i 5 kap. 5 och 7 §, 7 kap. 1 § 2 och 3 SoL och i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 LSS. Smittskyddsläkaren beslutar om flyttning efter anmälan från kommunen.

Utredningen föreslår även att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en vägledning för den föreslagna extraordinära smittskyddsåtgärden.

Befintlig reglering av smittskyddsåtgärder inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag behöver inte kompletteras på annat sätt än genom detta förslag. Enligt utredningen finns det nödvändigt lagstöd för att erbjuda och utföra provtagning av de personer som bor inom boendeformerna. Det bör inte införas någon ytterligare möjlighet att förena provtagning med tvång än den som redan finns i smittskyddslagen och som bl.a. förutsätter misstanke om allmänfarlig sjukdom.

Bedömningar avseende smittbärappenning

Även om smittbärappenningen ökade kraftig under covid-19-pandemin, stod förmånen för en liten del av de ökade socialförsäkringsutgifterna. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Under pandemin infördes periodvis lättnader när det gällde vilka intyg som behövde bifogas en ansökan om smittbärappenning.

Analysen visar att ersättningen fyllde en viktig funktion under covid-19-pandemin bl.a. när det gäller att ge ekonomisk trygghet för grupper som inte kunde arbeta hemifrån men inte hade nedsatt arbetsförmåga. Möjligheten till ekonomisk kompensation för förlorad arbetsinkomst kan bidra till ökad efterlevnad till smittskyddsrekommendationer och därmed en minskad smittspridning.

Utredningen lämnar inga förslag i betänkandet till ändringar av lagstiftningen som reglerar smittbärappenningen. Däremot görs ett antal bedömningar.

Smittbärappenningen är en av flera socialförsäkringsförmåner som påverkas under en pandemi. Förändringar av smittbärappenningen måste sättas i relation till nödvändiga förändringar av andra socialförsäkringsförmåner i en krissituation. Enbart justeringar i smittbärappenningen rörande handläggningsrutiner, krav på intyg m.m. gör socialförsäkringssystemet endast delvis bättre förberett inför en framtida pandemi. Utredningen anser därför att ett samlat grepp bör tas om socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser. Försäkringskassan har också gjort en framställan till regeringen om att en sådan utredning bör tillsättas. Utredningen anser att smittbärappenningen bör omfattas av uppdraget till en sådan utredning.

Det finns enligt utredningen inget omedelbart behov av en förändring av regelverket om smittbärappenning för att kunna hantera ersättningen när det råder ett normaltillstånd i samhället. Regelverket är gammalt men är nära kopplat till smittskyddslagen. I den pågående översynen av smittskyddslagen (utredning S 2023:08) bör även smittbärappenningen beaktas eftersom utformningen av förhållningsreglerna är central för förmånen.

Utredningen konstaterar att de nu gällande bestämmelserna i socialförsäkringsbalken rörande ersättning till smittbärare även kan omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är

smittad, förutsatt att kriterierna i socialförsäkringsbalken för att vara smittbärare är uppfyllda. Avgörande är hur en sjukdom smittar. De utmaningar som har funnits avseende handläggningen av sådana ärenden har enligt utredningens bedömning främst gällt krav på intyg, individuella förhållningsregler och hur rekommendationer från Folkhälsomyndigheten har kommunicerats.

Under covid-19-pandemin infördes vid två tillfällen tillfälliga undantag på kravet att inkomma med ett intyg från läkare för att kunna få smittbärappenning. Utredningen anser att införandet av undantagen var rimliga åtgärder och att det även vid framtida pandemier kan uppstå situationer där kravet på intyg bör tas bort. Lösningen som användes under covid-19-pandemin kan, ur ett kortsiktigt perspektiv, även användas vid en framtida pandemi. Utredningen förordar dock att andra lösningar övervägs. Detta kräver en helhetsöversyn av socialförsäkringen i kris och krig men även av smittskyddslagens bestämmelser om förhållningsregler.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

Härigenom föreskrivs i fråga om smittskyddslagen (2004:168)

dels att 3 kap. 11 och 12 §§ och 8 kap. 1, 2, 5, 9 och 12 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 3 kap. 9 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

9 a §

Smittskyddsläkaren får efter anmälan av en kommun besluta att den som bor på

1. ett sådant boende som avses i 5 kap. 5 § eller 7 § eller 7 kap. 1 § 2 eller 3 socialtjänstlagen (2001:453) eller,

2. en bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

och som bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och genom sitt beteende sannolikt kommer att utsätta någon annan för omedelbar risk att smittas, ska flyttas till en

viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden eller del av byggnaden samt förbud att ta emot besök där.

Smittskyddsläkaren får i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

Ett beslut enligt första stycket gäller som längst i tre veckor från det att beslutet fattades. Smittskyddsläkaren får förlänga ett gällande beslut om flyttning med upp till tre veckor om förutsättningarna i första stycket fortfarande är uppfyllda.

11 §

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket *skall* hållas i karantän att beslutet inte längre *skall* gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket eller 10 § första stycket *skall* beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket *ska* hållas i karantän *eller på grund av beslut enligt 9 a § första stycket har flyttats* att beslutet inte längre *ska* gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän, *enligt 9 a § andra stycket från förbud att besöka den som har flyttats* eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket, *9 a § första stycket* eller 10 § första stycket *ska* beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

12 §

Den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom

- | | |
|--|--|
| <p>1. har isolerats enligt 5 kap. 1 §,</p> <p>2. har isolerats tillfälligt enligt 5 kap. 3 §,</p> <p>3. <i>skall</i> hållas i karantän enligt 9 §, <i>eller</i></p> <p>4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §</p> | <p>3. <i>ska</i> hållas i karantän enligt 9 §,</p> <p>4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §, <i>eller</i></p> <p>5. <i>har flyttats enligt 9 a §</i></p> |
|--|--|

får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren *skall* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *skall* dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *skall* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren *ska* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *ska* dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *ska* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

8 kap.

1 §

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,

5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 §,

7. avslag på ansökan om att karantän ska upphöra enligt 3 kap. 11 §, *eller*

8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 11 §.

7. avslag på ansökan om att karantän *eller flyttning* ska upphöra enligt 3 kap. 11 §,

8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän *eller har flyttats* enligt 3 kap. 11 §, *eller*

9. *flyttning enligt 3 kap. 9 a §.*

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Folkhälsomyndighetens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.

2 §

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,

2. isolering enligt 5 kap. 1 §,

3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,

4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,

5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,

6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,

7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, *eller*

8. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §,

8. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller*

9. *flyttning enligt 3 kap. 9 a § första stycket.*

5 §

Förvaltningsrätten *skall* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 §.

Förvaltningsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *skall* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *skall* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 § *skall* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

Förvaltningsrätten *ska* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 § *eller har flyttats enligt 3 kap. 9 a §.*

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *ska* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *ska* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, *mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a §*, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 § *ska* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får förvaltningsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

9 §

Offentligt biträde *skall* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,

6. beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §, *eller*

7. upphörande av karantän enligt 3 kap. 11 §.

Offentligt biträde *skall* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

Offentligt biträde *ska* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

6. beslut att inte medge undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §,

7. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller* 8. *flyttning* enligt 3 kap. 9 a §.

Offentligt biträde *ska* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

12 §

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och då upprätthålla ordningen,

5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum, *eller*

6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats.

5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum,

6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats,

7. föra den som ska flyttas enligt 3 kap. 9 a § till den plats dit flyttning ska ske, eller

8. återföra den som olovligen har avvikit från den plats dit flyttning enligt 3 kap. 9 a § har skett till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Folkhälsomyndigheten med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärningar.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

2 Uppdraget och utredningens arbete

Detta inledande kapitel handlar om utredningens uppdrag och hur det har utförts. Efter en beskrivning av direktiven och tilläggsdirektiven (avsnitt 2.1) summeras delbetänkandet som utredningen lämnade i maj 2022 (avsnitt 2.2). Därpå följer utredningens tolkning och avgränsning av uppdraget, särskilt i ljuset av det andra tilläggsdirektivet (avsnitt 2.3–2.4). Därefter redogörs för hur utredningen har genomfört sitt arbete, vilka utredningen har samverkat med och formerna för denna samverkan (avsnitt 2.5). I avsnitt 2.6 beskrivs några centrala begrepp som förekommer i slutbetänkandet. I avsnitt 2.7 följer en kort översikt av resten av slutbetänkandet.

Sist i kapitlet, i avsnitt 2.8, diskuteras några grundläggande utgångspunkter i berörd lagstiftning och den bakgrund mot vilken utredningen har tagit sig an uppdraget.

2.1 Utredningens uppdrag

Utredningens uppdrag omfattade ursprungligen fyra delar (se bilaga 1, dir. 2021:68). Den del som avsåg en översyn av smittskyddslagen, SmL, och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel, innefattade en delredovisning avseende extraordinära smittskyddsåtgärder som skulle lämnas i maj 2022. Övriga tre deluppdrag avsåg en översyn av bestämmelserna om smittbärrpenning, stärkande av smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten samt en eventuell utvidgning av det nationella vaccinationsregistret.

Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 15 juli 2022 (se bilaga 2, dir. 2022:110) ändrades uppdraget genom att deluppdraget avseende en eventuell utvidgning av det nationella vaccinationsregistret togs bort. Deluppdraget genomförs inom ramen för Utredningen om en

mer ändamålsenlig och effektiv ordning för de nationella vaccinationsprogrammen och det nationella vaccinationsregistret (S 2022:13, dir. 2022:109). Den utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 19 januari 2024.

Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 29 juni 2023 (se bilaga 3, dir. 2023:104) ändrades uppdraget genom att deluppdraget om att göra en översyn av SmL och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel togs bort. Samma dag beslutade regeringen om direktiv till en annan utredning (S 2023:08, dir. 2023:106). Den nya utredningen har bl.a. i uppdrag göra en översyn av regleringen av smittskydd för att bättre anpassa den till situationer med omfattande smittspridning, inklusive analysera och ta ställning till om bestämmelserna om förhållningsregler i SmL ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar och att utreda vilka nya regler om att undvika trängsel som bör införas. Utredningen ska även analysera och ta ställning till om en handlingsprincip ska införas i fråga om smittskyddsåtgärder och hur en sådan princip i så fall kan regleras, lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier, analysera och ta ställning till vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare och analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas m.m. Uppdraget ska redovisas senast den 28 februari 2025.¹

Som en konsekvens av de förändringar som har gjorts av utredningens uppdrag behandlas i detta slutbetänkande således deluppdraget om att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten och deluppdraget avseende smittbärarpenningen.

2.2 Delbetänkandet

I maj 2022 lämnade utredningen delbetänkandet *Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning* (SOU 2022:26). Uppdraget var en del av det dåvarande deluppdraget att göra en översyn av SmL och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel.

¹ Regeringen gav den 29 juni 2023 dessutom Statskontoret i uppdrag att genomföra en myndighetsanalys av Folkhälsomyndigheten som bl.a. innefattar en analys av konsekvenserna av Folkhälsomyndighetens bildande med avseende på smittskyddsfrågornas prioritet, dnr S2023/02166 (delvis). Statskontoret ska beakta erfarenheter och utvecklingsbehov som framgår av exempelvis Coronakommissionens slutsatser samt Riksrevisionens rapport *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning* (RiR 2023:9).

I delbetänkandet gjorde utredningen bedömningen att författningsförslag lämpligen skulle lämnas först efter ytterligare utredning och samlat i samband med slutbetänkandets mer övergripande översyn av SmL. Bakgrunden var en analys av SmL:s räckvidd särskilt med avseende på allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar, användning av extraordinära smittskyddsåtgärder i relation till pandemier och ett eventuellt behov av samhällsinriktade åtgärder vid framtida pandemier. Ett annat skäl till att i delbetänkandet inte lämna förslag om extraordinära smittskyddsåtgärder var att sådana förslag borde hanteras samtidigt som mer grundläggande frågor avseende ansvaret för smittskyddet, beslutsnivåer och finansiering.

Vad gäller SmL:s räckvidd och klassificering av sjukdomar konstaterades bl.a. att alla allvarliga sjukdomar inte har tänkt att omfattas av SmL, och därmed inte heller av de extraordinära smittskyddsåtgärderna. Vissa sjukdomar har ansetts ha ett spridningssätt som inte motiverar att de omfattas av SmL. Allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar är definitionsmässigt sjukdomar för vilka det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. En sjukdom vars spridning inte är möjlig att förebygga genom åtgärder som riktas till den smittade ska alltså inte klassificeras som allmänfarlig men kan ändå vara mycket allvarlig. En framtida pandemisk sjukdom kan komma att spridas på ett sådant sätt att den inte bedöms uppfylla rekvisiten för allmänfarlig sjukdom och därmed inte heller rekvisiten för samhällsfarlig sjukdom, men likväl orsaka omfattande sjuklighet och död i befolkningen och omfattande belastning på samhället. Utredningen bedömde att det behövde utredas vidare om författningsberedskapen inför framtida pandemier ska omfatta även smittsamma sjukdomar som i dag riskerar att falla utanför lagens tillämpningsområde. Utredningen bedömde också att finns behov av att se över klassificeringarna av sjukdomar i SmL i relation till vilka åtgärder som kan behöva vidtas vid storskalig smittspridning eller vid en pandemi.

Vad sedan gäller extraordinära smittskyddsåtgärder i relation till kommande pandemier konstaterade utredningen att lagstiftaren aldrig gjort gällande att de extraordinära smittskyddsåtgärderna – som tillkom mot bakgrund av bl.a. mjäلتbrandsattackerna i USA 2001 – skulle vara ändamålsenliga att använda vid en pandemisk influensa eller vid en pandemi av något annat smittämne. Förarbetena syntes dessutom göra en distinktion mellan å ena sidan utbrott där extraordinära

smittskyddsåtgärder kan behöva vidtas, och å andra sidan andra utbrott som kan få allvarliga samhällskonsekvenser men för vilka extraordinära smittskyddsåtgärder inte är fullt lika verkningsfulla, t.ex. influensapandemier. Utredningen noterade att nuvarande pandemiplaner inte innefattar användning av extraordinära smittskyddsåtgärder i något skede av smittspridningen. De extraordinära smittskyddsåtgärderna hade heller inte bedömts behövliga under svininfluensapandemin 2009. Utredningens bedömning var att extraordinära smittskyddsåtgärder förvisso kan aktualiseras exempelvis i ett tidigt skede under en pandemi, och uteslöt inte att vissa justeringar av bestämmelserna är behövliga för att fungera bättre vid risk för omfattande smittspridning eller pandemi.

Utredningen bedömde att införande av det som i delbetänkandet betecknades *samhällsinriktade åtgärder* bör övervägas för att hantera storskalig smittspridning och pandemier. Även om tidiga åtgärder för att kontrollera i första hand inresande till Sverige och därigenom fördröja förloppet kan ha effekt, skrev utredningen att regleringen vid framtida pandemier som liknar covid-19 även bör möjliggöra samhällsinriktade åtgärder för att minska kontaktintensiteten mellan människor. Utredningen konstaterade att covid-19-pandemin har visat på vissa brister i lagstiftningen i detta avseende. Utredningen konstaterade också att vid en omfattande samhällsspridning kommer ingripande i det enskilda fallet sällan att vara motiverat av ett tydligt epidemiologiskt behov, vilket är en grundläggande förutsättning för ingripande enligt SmL.

2.3 Uppdraget att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten

I direktiven konstateras att särskilt boende² beslutas med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och att den enskilde måste samtycka till och ges möjlighet att vara delaktig vid utformandet av insatsen. Det finns inget stöd för tvångs- eller begränsningsåtgärder i SoL, LSS eller hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Direktiven beskriver bl.a. de svårigheter som personer med

² Se avsnitt 2.6.1 vad gäller terminologin avseende boendeformer som hädanefter kommer att användas i slutbetänkandet.

nedsatt beslutsförmåga kan ha att hålla avstånd för att undvika att bli smittade eller att smitta andra, att personalen på de aktuella boendena inte har möjlighet att hindra boende att röra sig i lokalerna och att ett effektivt smittskydd vid en pandemi eller en epidemi tillfälligt kan kräva begränsningar i den frihet som människor annars åtnjuter.

Utredningen ska enligt direktiven göra följande:

- Utreda om det finns regler som ställer krav på att verksamheter som särskilda boenden enligt SoL och LSS vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om sådana regler inte finns, ska utredaren lämna förslag på sådana regler. I förslaget ska det inkluderas vilka kriterier som ska uppfyllas vid respektive åtgärd.
- Ta ställning till om det finns behov av regler och, vid behov, lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS.
- Lämna förslag som möjliggör att äldre personer med nedsatt beslutsförmåga tillfälligt kan omfattas av kohortvård när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt.
- Utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör testning av individer även när indikationen för provtagning inte faller under nuvarande regleringar i SmL eller HSL.
- Utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör tillfällig isolering av boende i särskilt boende som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § SoL eller motsvarande boendeform i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag samt i de boendeformer som anges i 9 § 8 och 9 LSS.
- Beakta de särskilda utmaningar och särskilda behov som personer med exempelvis demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning kan ha samt behovet av tillgång till personal med kompetens vid åtgärdernas genomförande.
- Analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.

- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

2.3.1 Avgränsning

Direktiven utgår från erfarenheterna från covid-19-pandemin och avser framtida behov av smittskyddsåtgärder. Avgränsningen till stora smittspridningar, epidemier eller pandemier av allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar innebär att utredningen inte har i uppdrag att lämna förslag som ska kunna tillämpas i alla situationer eller för alla smittsamma sjukdomar.

Vad gäller boendeformerna är utredningens tolkning att de grupper inom socialtjänsten som omfattas av direktiven är personer som är bosatta i de boendeformer som anges i

- 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 5 § tredje stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket SoL inklusive motsvarande tillståndspliktiga verksamheter enligt 7 kap. 1 § första stycket 2 och 3 SoL, och
- 9 § 8 och 9 LSS inklusive motsvarande tillståndspliktiga insatser som tillhandahålls av enskild enligt 23 § LSS.

Det är i samtliga fall fråga om boendeformer för äldre personer eller personer med funktionsnedsättningar som efter behovsprövning har beviljats den enskilde som en insats. Andra insatser enligt SoL eller LSS som förvisso kan vara likartade, omfattar samma målgrupper eller ges i kombination med boendeinsatsen, t.ex. hemtjänst, boendestöd eller dagverksamhet, omfattas således inte av uppdraget.

Platser för korttidsvård eller korttidsboende är en del av begreppet särskilda boendeformer för äldre och ingår i den skyldighet kommunen har enligt 5 kap. 5 § SoL.³ Om korttidsboendet drivs i enskild regi omfattas det av anmälningsplikt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, enligt 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL, som avser *hem för viss annan heldygnsvård*. I direktiven anges inte punkt 3 i den strecksats som avser tillfällig isolering. För att det inte ska bli någon skillnad mellan kommunalt och enskilt drivna korttidsboenden utgår utred-

³ Prop. 2005/06:115, s. 80.

ningen från att även boenden som omfattas av anmälningsplikt till IVO enligt 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL ingår i uppdraget.

Utredningen har vidare tolkat uppdraget avseende kohortvård som att det omfattar samma boendeformer som uppdraget om tillfällig isolering, dvs. alla boendeformer enligt 9 § 8 och 9 LSS och 5 kap. 5 och 7 §§ SoL, samt de enskilt drivna motsvarigheterna inklusive boenden enligt 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL.

I denna del av uppdraget ingår att utreda om det finns regler som ställer krav på att verksamheter som särskilda boenden enligt SoL och LSS vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om sådana regler inte finns, ska utredningen lämna förslag på sådana regler. Utredningen uppfattar det som att med nödvändiga smittskyddsåtgärder avses andra smittskyddsåtgärder än sådana som anges särskilt i övriga strecksatser i denna del av direktiven (tillfällig isolering, kohortvård och provtagning).

Utredningen har inte i uppdrag att utreda besöksförbud i särskilda boendeformer för äldre i den betydelse som det kom att användas under covid-19-pandemin. Det är ändå av intresse att beskriva förbudet eftersom utredningen ska tillvarata erfarenheterna från covid-19-pandemin (se vidare om besöksförbud i avsnitt 5.2).

Förslaget till ny socialtjänstlag

I det förslag till ny socialtjänstlag som lämnades i augusti 2020 och som nu bereds inom Regeringskansliet föreslås bl.a. vissa smärre justeringar i bestämmelserna som handlar om de särskilda boendeformerna för äldre och bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning (nuvarande 5 kap. 5 och 5 kap. 7 §§ SoL). Bland annat har begreppet service inte förts över till det nya lagförslaget.⁴

Utredningens bedömning är att förslagen inte är av den karaktären att de behöver beaktas i denna utredning.

⁴ SOU 2020:47, s. 324 f., s. 330 f. och s. 1055–1056.

2.4 Uppdraget avseende smittbärappenning

Av direktiven framgår bl.a. att de nuvarande bestämmelserna i 46 kap. socialförsäkringsbalken, SFB, innebär att smittbärappenning betalas ut till den som kan arbeta, men inte får göra det på grund av risken för att smitta andra. Smittbärappenning kan beviljas bl.a. med anledning av att en läkare har beslutat att individen inte får arbeta på grund av att denne är smittad eller kan vara smittad av en allmänfarlig sjukdom. Ett läkarintyg ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta. Under hösten 2020 gick Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationen att friska vuxna personer som bor i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19 bör hålla sig i hemmet, för att minska smittspridningen. SmL förutsätter att en behandlande läkare beslutar om individuellt utformade förhållningsregler även för dessa personer. Med anledning av ett stort antal ansökningar om smittbärappenning beslutade regeringen att tillfälligt ta bort kravet på läkarintyg för ansökningar om smittbärappenning som gäller covid-19.

I detta deluppdrag ska utredningen:

- Analysera bestämmelserna om smittbärappenning för enskilda som inte kan arbeta på grund av smitta eller misstänkt smitta med beaktande av hur det har fungerat under covid-19-pandemin. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ändringar med syfte att smittbärappenningen ska fungera träffsäkert och kontrollerbart även vid storskaliga smittspridningar.
- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på att utvidga bestämmelserna om smittbärappenning till att omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och som inte har möjlighet att arbeta hemifrån.
- Analysera hur Försäkringskassans handläggning och system för utbetalning och kontroll av smittbärappenning har fungerat under covid-19-pandemin och lämna förslag på hur handläggningen kan utvecklas för att säkerställa en kostnadseffektiv och ändamålsenlig hantering även vid storskaliga smittspridningar.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

2.4.1 Avgränsning

Under covid-19-pandemin fanns det möjlighet för personer i vissa riskgrupper att få ersättning. Ersättningen kopplad till riskgrupper bestod av två separata förmåner: *viss förebyggande sjukpenning* och *viss smittbärappenning*. Förmånerna gav ersättning till personer, eller deras anhöriga, som tillhörde en riskgrupp och därmed riskerade att bli allvarligt sjuka av covid-19.

Viss förebyggande sjukpenning och viss smittbärappenning omfattas inte av utredningens uppdrag. Utredningen kommer att nämna dessa former av ersättning då de ligger nära den ordinarie smittbärappenningen men några bedömningar avseende ersättningarna kommer inte att göras.

SmL:s bestämmelser om förhållningsregler är grundläggande för förutsättningarna att erhålla smittbärappenning. Eftersom utredningen, efter beslut om tilläggsdirektiv och genom tillsättande av en ny utredning, inte längre har i uppdrag att göra en mer generell översyn av SmL, kommer inte några förslag att lämnas som innebär en mer genomgripande förändring av smittbärappenningen.⁵

2.5 Uppdragets genomförande

2.5.1 Sekretariat och expertgrupp

I utredningens sekretariat har, vid sidan av den särskilde utredaren, totalt nio personer tjänstgjort under olika perioder och med varierande tjänstgöringsgrad. Därutöver har utredningen fått externt stöd i vissa medicinska och epidemiologiska frågor.

Utredningen har haft en expertgrupp med sakkunniga och experter utsedda av Regeringskansliet. Utredningen har samlat denna gruppering till 13 möten under utredningstiden, fått skriftliga synpunkter under arbetets gång samt utifrån behov haft enskilda möten med de olika medlemmarna.

Vidare har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, för utredningens räkning gjort en sammanställning av studier kring olika åtgärders effekt på smittspridning vid allvarliga utbrott av infektionssjukdomar.

⁵ Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) har dock i uppdrag att analysera och ta ställning till om bestämmelserna i SmL om förhållningsregler ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar, se dir. 2023:106.

2.5.2 Samverkan med berörda aktörer

I utredningens ursprungliga direktiv angavs vad gäller arbetssätt och uppdragets genomförande bl.a. att utredaren ska bedriva sitt arbete utåtriktat, i relevant omfattning inhämta kunskap, erfarenheter och synpunkter från ett antal berörda myndigheter och organisationer, samråda med företrädare för regioner och kommuner och privata aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, inhämta kunskap och erfarenheter från andra länder, samt beakta andra relevanta arbeten, exempelvis Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) och Coronakommissionen (S 2020:09).

Utredningen har bedrivit sitt arbete utåtriktat. Samverkan har i huvudsak bestått av möten (digitala möten, fysiska möten och hybridmöten). De två tilläggsdirektiven har inneburit ett minskat uppdrag och därmed förändrat vilka myndigheter, organisationer och aktörer som är relevanta för uppdraget. Delar av den samverkan som genomförts har helt eller delvis avsett frågor som inte ingår i utredningens slutliga direktiv. I detta avsnitt redovisas översiktligt den samverkan som genomförts under utredningstiden, och alltså inte enbart sådan som är av relevans för det slutliga uppdraget.

Myndigheter som utredningen har samverkat med är Arbetsmiljöverket, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Inspektionen för socialförsäkringen, IVO, Länsstyrelsen i Dalarnas län, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Riksrevisionen, SBU, Statens veterinärmedicinska anstalt och Socialstyrelsen.

Vidare har utredningen på kommunsidan träffat företrädare för Falu kommun, Huddinge kommun, Leksands kommun, Malung-Sälens kommun och Uppsala kommun.

Andra organisationer som utredningen har samverkat med är Autism Sverige, Demensförbundet, Kommunal, Riksförbundet FUB, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård, Röda Korset, Smittskyddsläkarföreningen och Sveriges Kommuner och Regioner.

Utredningen har även samverkat med Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09), Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16), Karensutredningen (S 2022:02), Utredningen om en mer ändamålsenlig och effektiv ordning för de nationella vaccinationsprogrammen och det

nationella vaccinationsregistret (S 2022:13) och Utredningen om utvärdering av genomförande av vaccinering mot sjukdomen covid-19 (S 2022:17).

Till grund för arbetet ligger också offentligt tryck, rapporter, redovisningar av regeringsuppdrag, artiklar, statistik med mera, bl.a. Coronakommissionens betänkanden.

Det utåtriktade arbetet har också inneburit medverkan i konferenser och seminarier, bl.a. Folkhälsomyndighetens och smittskyddsläkarnas vårmöte i Stockholm i maj 2022 och Statens medicinsk-etiska råds heldagsseminarium *The Ethics Day 2022: The Ethics of a Pandemic – Hindsight and Foresight* i december 2022.

Underlag som har lämnats över

Genom det andra tilläggsdirektivet till utredningen minskades uppdraget avseende SmL väsentligt. Relevant utredningsmaterial har överlämnats från utredningen till den nya utredning som har tillsatts (S 2023:08). Det handlar bl.a. om följande underlag.

- En sammanställning som SBU för utredningens räkning har gjort av studier kring olika åtgärders effekt på smittspridning vid pandemier eller utbrott av infektionssjukdomar. Fokus har varit sammanställd forskning i form av systematiska översikter om icke-medicinska åtgärder och restriktioner i offentliga miljöer. Avsikten var att detta material skulle analyseras vidare i slutbetänkandet utifrån det ursprungliga uppdraget.
- Underlag från landets 21 smittskyddsenheter gällande vilka tvångsåtgärder, fördelat på smittsam sjukdom, som använts med stöd av SmL från det att lagen trädde i kraft 2004.
- Enkät svar från en rad av de privata och offentliga aktörer som berördes av de olika begränsningsregler för att undvika trängsel som gällde under covid-19-pandemin.

- Tre beslut som Justitieombudsmannen, JO, under 2022 överlämnade för kännedom till utredningen i ärenden som avsåg frågor om smittskyddsåtgärder mot covid-19. Ett beslut avsåg Försvarsmakten⁶ och två beslut avsåg Kriminalvården.^{7 8}

2.6 Begrepp i slutbetänkandet

2.6.1 Boendeformer

I slutbetänkandet förekommer en rad begrepp för att beteckna boendeformer enligt SoL och LSS. För att knyta framställningen, särskilt utredningens överväganden och förslag, till aktuella bestämmelser i SoL och LSS använder utredningen som utgångspunkt följande beteckningar:

- *boendeformer som omfattas av uppdraget* för samtliga de boendeformer som omfattas av direktiven (se vidare avsnitt 4.2),
- *äldreboende* för de boendeformer som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL,
- *biståndsbedömt trygghetsboende* för de boendeformer som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL,
- *särskilda boendeformer för äldre* när både äldreboenden och biståndsbedömt trygghetsboende avses,
- *bostad med särskild service enligt SoL* när boende enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL avses,
- *SoL-boende* om samtliga boendeformer enligt SoL som omfattas av uppdraget avses,
- *LSS-boende* när samtliga boendeformer enligt LSS som omfattas av uppdraget avses.

För de olika boendeformerna enligt 9 § 8 och 9 LSS använder utredningen i slutbetänkandet samma beteckningar som i lagen, dvs. *familjehem*, *bostad med särskild service för barn eller ungdomar*, *bostad med särskild service för vuxna* och *annan särskilt anpassad bostad för vuxna*.

⁶ JO:s beslut 2022-05-11, dnr 9432-2020.

⁷ JO:s beslut 2022-05-24, dnr 4268-2020 och 4848-2020.

⁸ JO:s beslut 2022-05-24, dnr 77-2021.

I material som refereras i slutbetänkandet förekommer att andra beteckningar för boendeformerna används, eller att det inte är tydligt vilken eller vilka boendeformer som avses. I de fall där utredningen anser att det behöver förtydligas vilken definition som en viss källa använder för ett visst begrepp, har ett sådant förtydligande infogats.

2.6.2 Övriga begrepp

Begreppen *boende*, *person* eller *enskild* används i slutbetänkandet om de personer som bor i de boendeformer som omfattas av uppdraget. Notera att termen *boende* i slutbetänkandet också förekommer för att beteckna hela verksamheten vid en viss enhet (t.ex. ett gruppboende), den enskildes individuella bostad, samt insatsen som den enskilde kan ha rätt till eller har beviljats.

Tvångs- och begränsningsåtgärder syftar till att frihetsberöva, begränsa eller att utöva tvång mot en enskild inom vård eller omsorg. Sådana åtgärder kräver lagstöd, och är annars otillåtna om det inte är fråga om en nödsituation. *Skyddsåtgärder* är åtgärder som förvisso kan begränsa den enskilde men som är tillåtna genom att den enskilde har samtyckt till åtgärden och att syftet med åtgärden är att skydda, stödja, hjälpa eller aktivera den enskilde. Samma åtgärd kan beroende på hur den används antingen vara en otillåten tvångsåtgärd eller en tillåten skyddsåtgärd.

Smittbärarersättning lämnas till den som inte kan arbeta på grund av att hen är eller kan vara smittad av en allmänfarlig sjukdom och avstängd av läkare. Ersättning kan lämnas i form av *smittbärappenning* och *reskostnadsersättning* i samband med vårdbesök. I slutbetänkandet används huvudsakligen begreppet smittbärappenning men i viss statistik används begreppet smittbärarersättning och där särredovisas inte de olika ersättningarna.

2.7 Slutbetänkandets struktur

Kapitel 3 innehåller en översiktlig beskrivning av gällande rätt på de områden som omfattas av direktiven. Kapitel 4 innehåller bl.a. en fördjupande beskrivning av de boendeformer som omfattas av uppdraget med utgångspunkt i de relevanta regelverk som där gäller, vilka som bor på dessa boenden och hur de bemannas. I kapitel 5 illustre-

ras översiktligt vilken påverkan covid-19-pandemin fick för de boende och verksamheterna som beskrivits i kapitel 4. Kapitel 6 innehåller en redogörelse av för uppdraget centrala granskningar, rapporter och initiativ som följt i ljuset av pandemin. Kapitel 7 innehåller en beskrivning av smittbärapenningen, hur ersättningssystemet påverkades under pandemin samt redogörelser för utvärderingar av ersättningen som har gjorts.

I kapitel 8 respektive 9 följer överväganden och förslag på socialtjänstens respektive smittbärapenningens område. Överväganden kring ikraftträdande och övergångsbestämmelser av de förslag som lämnas är infogade i kapitel 8.

I kapitel 10 finns utredningens konsekvensutredning och i kapitel 11 finns författningskommentarer avseende de förslag som lämnas.

2.8 Utredningens förutsättningar för att lämna förslag

I detta avsnitt diskuteras några grundläggande utgångspunkter och den bakgrund mot vilken utredningen har tagit sig an uppdraget.

Utredningens uppdrag rör sig i gränslandet mellan smittskydd, hälso- och sjukvård och omsorg och mellan frivillighet och tvång. Medan SmL ger uttryck för att enskilda kan behöva tåla vissa begränsningar för att skydda andra är utgångspunkten inom vård och omsorg frivillighet och frihet från tvång. De senaste decennierna har lagstiftningen på vård- och omsorgsområdet tydligt rört sig mot en ökad respekt för individens integritet och självbestämmande och rätt till ett självständigt och värdigt liv. Covid-19-pandemin satte ljuset på brister inom äldreomsorgen men aktualiserade också grundläggande frågor om hur SmL:s syfte och konstruktion. Utredningens ursprungliga direktiv har justerats vilket får konsekvenser för förslagen och bedömningarna i de delar som återstår.

2.8.1 Behovet av åtgärder

En grundläggande fråga för den del av utredningen som avser vissa grupper inom socialtjänsten är om det behövs ytterligare smittskyddsåtgärder som får vidtas utan den enskildes samtycke. Svaren på den frågan har varit långt ifrån entydiga från de experter, vård- och om-

sorgspersonal och brukarorganisationer som utredningen har samverkat med. Behovet beror också på vilken sjukdom det handlar om och hur den sprids. Det finns ett visst stöd för uppfattningen att det kan uppstå situationer där enskilda, utan samtycke, behöver kunna hållas åtskilda från andra för att inte riskera att smitta dem. Stödet uttrycks inte minst med beaktande av att det inte går att förutspå karaktären av nästa allvarliga epidemi eller pandemi. Vad som däremot är entydigt i utredningens samverkan liksom i flera analyser av covid-19-pandemin är uppfattningen att förbättringsåtgärder på andra områden kommer att ha större positiv effekt på smittskyddet i en kommande epidemi eller pandemi än ytterligare smittskyddsåtgärder som med tvång kan vidtas mot enskilda.

Det framstår som närmast ogörligt att kvantifiera vilket behov av ingripande åtgärder mot enskilda som kvarstår om det dessförinnan görs förbättringar av strukturella, välkända brister. Generella förbättringar skulle också kunna mildra effekterna av smittspridning i ett normalläge. Det skulle innebära hälsovinster om det inom omsorgen ges bättre förutsättningar att minska spridningen av säsongsinfluensa, calicivirus (som orsakar vinterkräksjuka) med flera smittämnen som inte orsakar samhällsfarliga sjukdomar enligt SmL men som för sköra individer kan utgöra ett minst lika allvarligt hot som covid-19.

Det är inte möjligt att inrätta en ordning för smittskyddet som, med bibehållna rättssäkerhetsgarantier för enskilda, kan hantera alla tänkbara akuta situationer som kan uppstå vid spridning av exempelvis ett nytt luftvägsvirus. Även i framtiden kan det, trots de lärdomar som gjorts under covid-19-pandemin varav några denna utredning försöker omsätta i lag, uppstå situationer som inte kan och kanske inte heller bör lösas genom ytterligare ingripande lagstiftning. Även detta faktum talar för att det främst är andra åtgärder i de aktuella boendemiljöerna som kommer att rädda liv i en kommande pandemi.

2.8.2 Smittskyddslagens begränsningar och utredningens förändrade direktiv

SmL tillkom i en tid som fortfarande präglades av de tidiga erfarenheterna av hiv och aids. I fokus för utrednings- och lagstiftningsprocessen var varken den kommunala omsorgen eller personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av t.ex. demens.

En utgångspunkt i SmL är att användning av tvång förutsätter att det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Som utredningen konstaterade redan i delbetänkandet sätter lagens nuvarande klassificering av sjukdomar därigenom vissa begränsningar i förebyggandet av spridning av vissa slags sjukdomar. I utredningens uppdrag som det slutligt formulerats ryms det inte att göra en översyn av hela SmL inför framtida pandemier. En sådan översyn hade kunnat innefatta ett förslag om en ny eller justerad klassificering av lagens sjukdomar eller en särskild pandemi-lagstiftning med det utredningen i delbetänkandet benämnde *samhällsinriktade smittskyddsåtgärder* för vissa sjukdomar.

Smittskyddsåtgärder som riktas till enskilda enligt SmL följer ett slags trappa; enkla råd och anvisningar följs av bindande förhållningsregler och i sista hand finns att tillgripa åtgärder med tvång, t.ex. tvångsprovtagning eller tillfällig isolering. De förändrade utredningsdirektiven innebär att utredningen inte längre har i uppdrag att lämna förslag på förändringar av t.ex. reglerna om förhållningsregler för att bättre passa de aktuella målgrupperna inom socialtjänsten. Efterfrågan på även sådana justeringar till följd av erfarenheterna från covid-19-pandemin har dock tydligt framkommit under utredningen.

Deluppdraget på socialtjänstens område innebär sammantaget att utredningen har att ta ställning till om det ska införas ytterligare regler om smittskyddsåtgärder som kan omfatta vissa kategorier människor baserat på deras boendeform – inklusive åtgärder som får vidtas utan samtycke – men samtidigt inte har i uppdrag att lämna andra förslag på justeringar i SmL som förvisso skulle kunna vara behövliga för att anpassa lagen till nämnda målgrupp, eller för att minska behovet av ingripande åtgärder mot enskilda överhuvudtaget.

2.8.3 Förutsättningar gällande smittbärappenningen

Utredningens uppdrag om smittbärappenning påverkas också av att det inte ingår i utredningens uppdrag att göra en översyn av hela SmL. Smittbärappenningen bygger på att hälso- och sjukvården kan provta, smittspåra och utfärda individuella beslut om förhållningsregler. Denna ordning fungerar i allmänhet när det råder ett normaltillstånd i samhället men gick inte att upprätthålla under covid-19-pandemin. Förändringar av förhållningsreglerna i SmL för att anpassa

dem till mer samhällsinriktade åtgärder under en pandemi, skulle även kunna möjliggöra en annan konstruktion av smittbärapenningen. Utredningen vill också framhålla att en mer genomgripande förändring av reglerna för smittbärapenningen under en kris som en pandemi, också kräver en översyn av andra socialförsäkringsförmåner som påverkas vid en pandemi och som kan påverka smittspridningen och befolkningens benägenhet att följa rekommendationer.

3 Gällande rätt

I detta kapitel redogör utredningen översiktligt för de lagar och förordningar som direkt berörs av uppdraget. Kapitel 4 innefattar en mer utförlig beskrivning av vilka författningar, då även inkluderat föreskrifter, och allmänna råd som har betydelse för den del av uppdraget som avser att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten.

3.1 Smittskyddslagen

3.1.1 Lagens utgångspunkter

Smittskyddslagen (2004:168), SmL, syftar till att skydda befolkningen mot smittsamma sjukdomar. Lagen innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor.¹ SmL ger uttryck för synen att enskilda måste vara beredda att acceptera vissa integritetsintrång när det krävs för att skydda andra människor från smitta. Smittskyddsarbetet baseras på en humanistisk människosyn och tyngdpunkten ligger på det frivilliga och förebyggande arbetet.²

SmL:s bestämmelser omfattar *smittsamma sjukdomar* som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett interringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § SmL). För alla smittsamma sjukdomar gäller en skyldighet för var och en, även den som inte tror sig vara smittad, att genom uppmärksamhet och rimliga försiktighetsåtgärder medverka till att förhindra spridning av sjukdomen (2 kap. 1 § SmL). Den som vet eller har anledning att misstänka att

¹ Bestämmelser om smittskyddsåtgärder som rör djur eller livsmedel eller andra objekt finns i miljöbalken, livsmedelslagen (2006:804), lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m., epizootilagen (1999:657) och zoonoslagen (1999:658). I lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa finns kompletterande bestämmelser om skydd mot internationella hälsohot.

² Prop. 2003/04:30, s. 83 f.

han eller hon bär på en smittsam sjukdom har ytterligare skyldigheter – nämligen att *vidta de åtgärder som krävs* för att skydda andra mot smitta (2 kap. 2 § första stycket SmL). Den som misstänker sig vara smittad kan söka vägledning i de medicinska och praktiska råd som behandlande läkare ska ge enligt 4 kap. 1 § SmL och de förhållningsregler som ska ges enligt 4 kap. 2 § SmL vid allmänfarlig sjukdom. Det kan också handla om välkända försiktighetsåtgärder som t.ex. handhygien vid toalettbesök.³

Smittskyddsåtgärder ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och får inte vara mer långtgående än vad som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa (1 kap. 4 § SmL). Varje enskild åtgärd ska vara motiverad av ett klart epidemiologiskt behov. Det epidemiologiska behovet ser olika ut för olika sjukdomar och kan även växla beroende på hur den epidemiologiska situationen för sjukdomen ser ut.⁴

3.1.2 Åtgärder kopplas till sjukdomens klassificering

De sjukdomar som omfattas av SmL kategoriseras som smittsamma sjukdomar, anmälningspliktiga sjukdomar, smittspårningspliktiga sjukdomar samt allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar (1 kap. 3 § SmL).

För alla smittsamma sjukdomar gäller den så kallade skyddsplikten, det vill säga att var och en ska medverka till att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar och att den som har anledning att misstänka att han eller hon bär på en sådan sjukdom har en skyldighet att vidta de åtgärder som krävs för att skydda andra mot smittrisk (2 kap. 1 och 2 §§ SmL). Behandlande läkare ska ge den som bär på eller misstänks bära på en smittsam sjukdom individuellt utformade medicinska och praktiska råd om hur han eller hon ska undvika att utsätta andra för smittrisk (4 kap. 1 § första stycket SmL).

Fall av anmälningspliktiga sjukdomar ska anmälas av behandlande läkare, läkare vid laboratorium som utför mikrobiologisk diagnostik, den som är ansvarig för sådant laboratorium och läkare som utför obduktion. Mottagare av anmälan är smittskyddsläkaren i regionen och Folkhälsomyndigheten (2 kap. 5 § SmL). För smittspårnings-

³ Prop. 2003/04:30, s. 214.

⁴ Prop. 2003/04:30, s. 84 och 211.

pliktiga sjukdomar har behandlande läkare en skyldighet att försöka få upplysningar från patienten om vem eller vad som kan ha överfört smittan och om andra personer kan ha smittats. Patienten är skyldig att lämna de upplysningar han eller hon förmår. Den som ansvarar för smittspårningen ska underrätta andra personer som misstänks kan ha smittats (3 kap. 4 § SmL).

Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade (1 kap. 3 § andra stycket SmL). Allmänfarliga sjukdomar är alltid anmälningspliktiga och smittspårningspliktiga. Därtill gäller informationsplikt för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom (2 kap. 2 § andra stycket SmL). Den behandlande läkaren ska besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna får endast avse sådana regler som anges i lagen; det kan exempelvis handla om inskränkningar i arbete, skolgång eller viss annan verksamhet, förbud mot att donera blod och organ eller en skyldighet att iaktta särskilda hygienrutiner (4 kap. 1 § SmL). Under vissa förutsättningar kan tvångsåtgärder vidtas mot personer som är smittade eller misstänkt smittade av en allmänfarlig sjukdom, såsom tvångsundersökning (3 kap. 2 § SmL) och isolering (5 kap. 1 och 3 § SmL). Isolering får endast ske på en vårdinrättning som drivs av en region.

Samhällsfarliga sjukdomar är allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder (1 kap. 3 § tredje stycket SmL). Samtliga bestämmelser som gäller för allmänfarliga sjukdomar gäller alltså också för samhällsfarliga sjukdomar. I förarbetena nämns som exempel att en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner kan uppkomma genom att sjukhusens vårdplatser tas upp av smittade personer med följden att andra som behöver vård riskerar att bli utan vårdplats eller att andra viktiga samhällsfunktioner störs på grund av omfattande sjukskrivningar och dödsfall.⁵

⁵ Prop. 2003/04:158, s. 103.

De extraordinära smittskyddsåtgärderna är förbehållna samhällsfarliga sjukdomar. För sådana sjukdomar får smittskyddsläkaren besluta om hälsokontroll på platsen för inresan för den som misstänks ha smittats och för andra som anländer med samma transportmedel (3 kap. 8 § första stycket SmL). Smittskyddsläkaren kan också besluta att den som har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom ska hållas i karantän (3 kap. 9 § SmL). Folkhälsomyndigheten kan besluta om att personer som anländer från ett visst geografiskt område där ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom skett ska genomgå hälsokontroll på platsen för inresan (3 kap. 8 § andra stycket SmL). Folkhälsomyndigheten kan också besluta att ett visst område ska vara avspärrat om en samhällsfarlig sjukdom har eller misstänks ha fått spridning där (3 kap. 10 § SmL).

3.1.3 Huvudsakligt ansvar för smittskyddet

Regionen och smittskyddsläkaren

Varje region ansvarar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område (1 kap. 8 § SmL). I varje region ska det finnas en smittskyddsläkare (1 kap. 9 § SmL), som utses av en sådan nämnd som avses i 7 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, vanligen hälso- och sjukvårdsnämnden. I frågor som inte gäller myndighetsutövning ska smittskyddsläkaren verka under nämnden. Motsatsvis är smittskyddsläkaren självständig inom ramen för sin myndighetsutövning.

Regionen, och under regionen smittskyddsläkaren, ska se till att allmänheten har tillgång till den information och de råd som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smitta som kan hota liv eller hälsa (2 kap. 3 § SmL).

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 § SmL). I 6 kap. 2 § SmL finns en katalog av uppgifter som ankommer på smittskyddsläkaren och som riktas till bl.a. allmänheten inklusive grupper som är särskilt utsatta för smittrisk, hälso- och sjukvårdspersonal inklusive behandlande läkare, och vårdgivare. Smittskyddsläkarens uppgifter är dock inte begränsade till vad som anges i 6 kap. SmL. Andra centrala uppgifter avser beslut och underställning av

beslut om tillfällig isolering (5 kap. 3 § SmL), ansökan om isolering (5 kap. 1 och 2 §§ SmL), beslut om karantän (3 kap. 9 § SmL), övertagande av smittspårningsärenden (3 kap. 5 § SmL) och överprövning av förhållningsregler (4 kap. 3 § SmL). Smittskyddsläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid en smittskyddsenhet eller vid en infektionsklinik inom regionen att fullgöra smittskyddsläkarens uppgifter enligt lagen (1 kap. 9 § SmL).

Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten ansvarar för samordning av smittskyddet på nationell nivå och ska ta de initiativ som krävs för att upprätthålla ett effektivt smittskydd. Myndigheten ska följa och vidareutveckla smittskyddet och följa och analysera det epidemiologiska läget nationellt och internationellt (1 kap. 7 § SmL). Folkhälsomyndigheten är beslutande instans avseende två av de extraordinära smittskyddsåtgärderna (se avsnitt 3.1.2). Myndigheten har bemyndiganden att meddela föreskrifter bl.a. avseende vissa undantag avseende anmälningsplikten och ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda (5 och 12 §§ smittskyddsförordningen [2004:255]). Bestämmelser om myndighetens uppgifter inom smittskyddet finns också i myndighetens instruktion.⁶

Behandlande läkare

En läkare som undersöker eller behandlar någon enligt SmL benämns behandlande läkare. Behandlande läkare ges i SmL en rad uppgifter. Till de centrala uppgifterna hör läkarundersökning inklusive behövlig provtagning (3 kap. 1 § SmL), anmälan av sjukdomsfall (2 kap. 5 § SmL), smittspårning (3 kap. 4–5 §§ SmL) och utfärdande av förhållningsregler (4 kap. 2 § SmL). Smittspårning ankommer som utgångspunkt på behandlande läkare men får dels delegeras till annan hälso- och sjukvårdspersonal med särskild kompetens för uppgiften, dels under vissa förutsättningar övertas av smittskyddsläkaren.

⁶ Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

3.1.4 Andra bestämmelser

Bemyndiganden

Regeringen får, under de förutsättningar som anges i 9 kap. 2 § SmL, förordna att en viss sjukdom ska omfattas av bestämmelserna om allmänfarliga sjukdomar eller samhällsfarliga sjukdomar. En sådan förordning ska snarast underställas riksdagens prövning. Detta förfarande syftar till att behövliga smittskyddsåtgärder snabbt ska kunna vidtas t.ex. för en ny sjukdom eller en sjukdom som fått ett förändrat spridningssätt.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får enligt 9 kap. 4 § första stycket SmL meddela de ytterligare föreskrifter som krävs för ett ändamålsenligt smittskydd samt till skydd för enskilda.

Regeringen får enligt 9 kap. 6 § SmL meddela särskilda föreskrifter om smittskyddet enligt SmL, om det vid en fredstida kris som har betydande inverkan på möjligheterna att upprätthålla ett effektivt smittskydd finns behov av samordnade nationella åtgärder eller ur ett nationellt perspektiv av andra särskilda insatser inom smittskyddet.

Tillsyn

Smittskyddet i landet står, med undantag för smittskyddet inom Försvarsmakten och Försvarets materielverk, enligt 9 kap. 1 § SmL under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vid tillsynen tillämpas 7 kap. 20–28 §§ och 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen (2010:659), dvs. delar av den reglering som gäller för tillsyn av hälso- och sjukvården i övrigt.

3.1.5 Smittskyddsförordningen

Smittskyddsförordningen (2004:255), SmF, innehåller kompletterande bestämmelser till SmL. I bilaga till SmF anges de smittsamma sjukdomar, utöver allmänfarliga sjukdomar, som är anmälningspliktiga. SmF innehåller därutöver bl.a. bemyndiganden till Folkhälsomyndigheten.

3.2 Socialtjänstlagen

3.2.1 En ramlag med rätt till bistånd för skälig levnadsnivå

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, är en målinriktad ramlag som vilar på de grunder som anges i portalparagrafen 1 kap. 1 § SoL. Där framgår bl.a. att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (2 kap. 1 § SoL).

Inom ramlagstiftningen har kommunerna frihet att anpassa insatserna efter skiftande behov och önskemål.

Utöver avtalssamverkan enligt 9 kap. 37 § kommunallagen (2017:725) får en kommun sluta avtal med en enskild person om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas (2 kap. 5 § SoL).

Grundläggande i SoL är att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för tillförsäkrande av en skälig levnadsnivå (4 kap. 1 § SoL). En ansökan om bistånd innebär som regel en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL som mynnar ut i ett beslut. Beslut om bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL får överklagas till allmän förvaltningsdomstol enligt 16 kap. 3 § SoL.

3.2.2 Äldre personer och personer med funktionsnedsättning

För äldre personer finns särskilda bestämmelser, främst 5 kap. 4–6 §§ SoL. Enligt den så kallade värdegrunden i 5 kap. 4 § SoL ska socialtjänstens omsorg om äldre inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Begreppet värdigt liv kan innebära sådant som privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, individanpassning och delaktighet, insatser av god kvalitet och gott

bemötande. Till en persons välbefinnande hör sådant som känsla av trygghet och meningsfullhet.⁷

För personer med funktionsnedsättningar finns särskilda stadganden i 5 kap. 7–8 a §§ SoL. Socialnämnden ska bl.a. verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra (5 kap. 7 § SoL).

SoL innehåller särskilda bestämmelser om kommunernas ansvar att inrätta bostäder för äldre personer och personer med funktionsnedsättningar (5 kap. 5 och 7 §§). Bistånd i form av boende är det som i SoL benämns bistånd för livsföringen i övrigt (4 kap. 1 § SoL). Bestämmelserna om de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag inryms i 5 kap. 5 och 5 kap. 7 §§ SoL, se vidare avsnitt 4.2.

3.2.3 Tillståndsplikt och anmälningsplikt

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ behöver tillstånd av IVO för att yrkesmässigt bedriva bl.a. verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, och verksamhet i form av hem för viss annan heldygnsvård (7 kap. 1 § första stycket SoL). Tillstånd får endast beviljas om förutsättningarna 7 kap. 2 § SoL är uppfyllda, vilket bl.a. innefattar krav på god kvalitet och säkerhet, att den som beviljas tillståndet genom erfarenhet eller på annat sätt har förvärvat insikt i de föreskrifter som gäller för verksamheten.

För kommuner och regioner gäller anmälningsplikt till IVO innan motsvarande verksamhet påbörjas (7 kap. 1 § andra stycket SoL).

3.2.4 Andra bestämmelser

Tillsyn

IVO utövar tillsyn över socialtjänsten enligt vad som anges i 13 kap. SoL och beslutar bl.a. om tillstånd för enskild yrkesmässig verksamhet av t.ex. särskilda boenden för äldre.

⁷ Prop. 2009/10:116, s. 27 ff.

Missförhållanden

I 14 kap. SoL finns bestämmelser om anmälan om och avhjälpande av missförhållanden. Där stadgas bl.a. att all personal inom socialtjänsten har en skyldighet att medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet samt en skyldighet att rapportera om missförhållanden, (14 kap. 2–3 §§ SoL, *lex Sarah*). Ett allvarligt missförhållande eller en påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande ska snarast anmälas till IVO (14 kap. 7 § SoL).

Föreskrifter till skydd för enskilda

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får enligt 16 kap. 10 § SoL meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser bl.a. äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

3.2.5 Socialtjänstförordningen

Socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, innehåller kompletterande bestämmelser till SoL. I 4 kap. 1–1 a §§ SoF finns bestämmelser om ansökan och anmälan till IVO om tillstånd till enskild verksamhet som avses i 7 kap. 1 § SoL. I 8 kap. SoF finns vissa bemyndiganden, bl.a. till Socialstyrelsen och IVO. Enligt 8 kap. 1 § SoF får Socialstyrelsen få meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser bl.a. barn och unga, äldre personer och personer med funktionsnedsättning.

3.3 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, innehåller enligt 1 § bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer som omfattas av den så kallade personkretsen. I personkretsen, som indelas i tre punkter, ingår

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, och
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

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

Personer som anges i 1 § LSS har rätt till insatser i form av särskilt stöd och särskild service enligt 9 § LSS om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt (7 § första stycket LSS). Den enskilde ska genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. Insatserna ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv (7 § andra och tredje styckena LSS).

LSS är ett komplement till andra lagar och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som finns i annan lagstiftning (se 4 § LSS). Att den enskilde har beviljats insatser enligt LSS utesluter således inte att han eller hon samtidigt får insatser enligt SoL och inskränker inte heller det ansvar som gäller huvudmän och vårdgivare enligt HSL.

I 9 § LSS anges uttömmande de olika insatserna för särskilt stöd, däribland boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet (p. 8) och bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (p. 9). Se vidare om boendeformerna i avsnitt 4.2.

Kommunerna ansvarar som utgångspunkt för insatser enligt 9 § 8 och 9 LSS men kan med vissa begränsningar avtala om annat med kommuner, enskilda eller regioner (2 och 17 §§ LSS).

En enskild person behöver enligt 23 § LSS tillstånd från IVO för att yrkesmässigt bedriva verksamhet som avses i 9 § 2–10 LSS och måste uppfylla de krav som anges i samma bestämmelse.

IVO utövar tillsyn över all verksamhet som bedrivs enligt lagen (25 § LSS).

Beslut om insatser enligt LSS är överklagbara (27 § 1 LSS).

Kompletterande bestämmelser till LSS finns i förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade och i föreskrifter från Socialstyrelsen. I förordningen finns bl.a. bestämmelser om ansökan för enskild verksamhet och bemyndiganden till Socialstyrelsen och IVO.

3.4 Hälso- och sjukvårdslagstiftning

Hälso- och sjukvården i Sverige består av en omfattande reglering där lagarna ibland har ett överlappande innehåll. Här beskrivs de lagar som har störst relevans för utredningens uppdrag.

3.4.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 § HSL). Med hälso- och sjukvård⁸ avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, inklusive sjuktransporter och att ta hand om avlidna (2 kap. 1 § HSL). Målet för hälso- och sjukvården är en god

⁸ Begreppen *hälso- och sjukvård* respektive *hälso- och sjukvårdsverksamhet* särskiljs inte i HSL.

hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde (3 kap. 1 § HSL).

All hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Bl.a. ska vården vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL). Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL).⁹

I HSL finns särskilda regler om regionernas och kommunernas respektive ansvar som huvudmän. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård i bl.a. särskilda boendeformer för äldre beskrivs i avsnitt 4.9.

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 2 § HSL). Närmare bestämmelser finns i föreskrifter från Socialstyrelsen, se avsnitt 4.6.4.

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

Kompletterande bestämmelser till HSL finns i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, bl.a. bestämmelser om ansvaret för MAS/MAR, se avsnitt 4.9.1.

3.4.2 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet. Lagen gäller bl.a. verksamhet som omfattas av HSL. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. (1 kap. 1, 2 och 6 §§ PSL). En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjuk-

⁹ Begreppet *sjukvårdsprodukter* definieras i 2 kap. 8 § HSL och infördes i 5 kap. 2 § HSL från och med den 1 juli 2023 till följd av förslag från Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (se SOU 2021:19 och prop. 2022/23:45).

vården. En allvarlig vårdskada är en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. (1 kap. 5 och 6 §§ PSL). Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska snarast anmälas av vårdgivaren till IVO med ingivande av en utredning av händelsen (3 kap. 5 § första och andra styckena PSL, *lex Maria*).

Vårdgivare definieras i PSL på ett likartat sätt som i 2 kap. 3 § HSL (1 kap. 3 § PSL). Vårdgivare är skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. Detta innebär bl.a. att kraven på god vård enligt HSL ska upprätthållas (3 kap. 1 §).

Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal innefattar bl.a. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter, och den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare (1 kap. 4 § 1–3 PSL). Hälso- och sjukvårdspersonal bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter och är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls (6 kap. 2 och 4 §§ PSL).

Tillsyn

Hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av IVO (7 kap. 1 § PSL). Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd prövar, på anmälan av IVO, bl.a. frågor om prøvotid och återkallelse av legitimation (9 kap. 1 § och 8 kap. 1–3 §§ PSL).

3.4.3 Patientlagen

I syfte att tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet infördes år 2015 patientlagen (2014:821), PL. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om information och samtycke. Flera centrala bestämmelser i PL har motsvarigheter i PSL och HSL. Andra grundläggande skyldigheter, t.ex. bestämmelser om informationsskyldighetens närmare innehåll, finns enbart i PL.

Genom PL har informationsplikten gentemot patienten utvidgats och förtydligats. Av 3 kap. 1 § PL följer bl.a. att patienten ska få information om sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. I 3 kap. 2 § PL stadgas att patienten även ska få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentlig finansierad hälso- och sjukvård.

Av 4 kap. 2 § PL framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av PL eller någon annan lag. Innehållet i lagstiftningen utvecklas i avsnitt 4.1.2. Av 5 kap. 1 § PL följer att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

3.5 Socialförsäkringsbalken

Regler om smittbärarersättning finns i 46 kap. socialförsäkringsbalken, SFB. Smittbärarersättning delas in i smittbärappenning och resekostnadsersättning.

3.5.1 Smittbärappenning

Smittbärappenning syftar till att ersätta personer som förvisso kan arbeta, dvs. inte har nedsatt arbetsförmåga, men som inte får arbeta på grund av risken för att smitta andra.

Med smittbärare avses enligt 46 kap. 3 § SFB

1. den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen,
2. den som för eller kan antas föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, och
3. den som i annat fall har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom som avses i SmL utan att vara sjuk i en sådan sjukdom.

Definitionen smittbärare kräver alltså inte att man konstaterats bära på en smittsam sjukdom.

En smittbärare har enligt 46 kap. 5 § SFB rätt till smittbärrpenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av

1. beslut enligt SmL eller livsmedelslagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd av sistnämnda lag, eller
2. läkarundersökning eller hälsokontroll som smittbäraren genomgår utan föregående beslut enligt 1 och som syftar till att klarlägga om han eller hon är smittad av en allmänfarlig sjukdom eller har en sjukdom, en smitta, ett sår eller en annan skada, som kan göra livsmedel som han eller hon hanterat otjänligt som människoföda.

Beslut enligt SmL som kan ligga till grund för en ansökan om ersättning är beslut om karantän, tillfällig isolering, isolering och förhållningsregler, som alla kan innebära hinder mot eller inskränkning av förvärvsarbete. Beslut om hälsokontroll vid inresa och avspärrning är dock undantagna genom bestämmelsens andra stycke.

Med smittsamma sjukdomar menas alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa (1 kap. 3 § första stycket SmL). De beslut enligt SmL som det är fråga om i punkt 1 är begränsade till allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar. Smittsamma sjukdomar som kan påverka livsmedelshanteringen är även andra än sådana som är allmänfarliga, t.ex. infekterade sår, hudinfektioner eller smittsamma magsjukdomar.

Av 110 kap. 24 § första stycket SFB följer att det till en ansökan om smittbärrpenning som grundas på beslut enligt SmL som avses i 46 kap. 5 § SFB ska det fogas en kopia av beslutet eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll, dvs. ett intyg från en läkare som ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta.

Smittbärrpenning lämnas med ett belopp som motsvarar den försäkrades sjukpenning på normalnivå (46 kap. 14 § SFB). Ersättningen får dras eller sättas ned om smittbäraren exempelvis inte följer förhållningsregler som har beslutats med stöd av SmL (46 kap. 6 § SFB). För personer vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av en allmänfarlig sjukdom gäller bestämmelserna om sjukpenning.

Smittbärapenningen ska enligt 46 kap. 18 § SFB minskas med belopp som eventuellt betalas ut genom andra förmåner. Det kan bl.a. handla om graviditetspenning, föräldrapenningförmåner, sjuklön, sjukpenning, rehabiliteringspenning m.m.

Arbetstagare som omfattas av lagen (1994:260) om offentlig anställning har genom avtal i vissa fall rätt att behålla sin lön om arbetsgivaren på grund av smittorisk förbjuder den anställde att arbeta (46 kap. 19 § SFB).

3.5.2 Resekostnadsersättning

En smittbärare har enligt 46 kap. 20 § SFB rätt till skälig ersättning för resekostnader i samband med läkarundersökning, hälsokontroll, vård, behandling eller annan motsvarande åtgärd som sker på grund av bestämmelserna i SmL eller livsmedelslagen eller föreskrifter som har meddelats med stöd livsmedelslagen. Vissa begränsningar av ersättningen följer av 46 kap. 21 § SFB.

3.5.3 Extraordinära händelser i fredstid

Av 2 kap. 5 a § SFB framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen kan meddela föreskrifter om undantag från bestämmelserna om tillfällig föräldrapenning i 13 kap., sjukpenning och karens i 27 och 28 kap., smittbärapenning i 46 kap. och handläggning av ärenden i 110 kap. SFB. Sådana föreskrifter kan endast meddelas vid extraordinära händelser i fredstid.

Bestämmelsen trädde i kraft den 7 april 2020 och motiverades av utbrottet av covid-19. Regeringen ansåg att i ett läge med hög risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom kan bl.a. förutsättningarna för att beviljas smittbärapenning behöva ändras, t.ex. kunde det handla om att ändra kraven på de handlingar som ska bifogas en ansökan om smittbärapenning.¹⁰

¹⁰ Prop. 2019/20:132, s. 92 f.

4 Smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten under normala förhållanden

Inom de boendeformer som omfattas av uppdraget gäller regleringen av omsorgen och regleringen av hälso- och sjukvården ofta sida vid sida. De boende ges hälso- och sjukvård, främst av kommunerna, och omsorg i sina hem. Hemmet är samtidigt är en boendeinsats enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som beviljats av kommunen. I verksamheterna gäller också bl.a. smittskyddslagen (2004:168), SmL, och arbetsmiljölagen (1977:1160), AML. Viktiga kompletterande bestämmelser finns på lägre författningsnivå.

Syftet med detta kapitel är att beskriva SoL-boenden och LSS-boenden i allmänhet, bostädernas beskaffenhet, vilka som bor på de aktuella boendena och hur boendena organiseras och arbetar med betoning på smittskyddsarbetet i vardagen. Beskrivningarna görs med utgångspunkt i den relativt omfattande rättsliga regleringen, men det förekommer även redogörelser för statistik och andra sakförhållanden. Av flera skäl har framställningen en viss tyngdpunkt på äldreboenden.

Denna beskrivning av ett slags normalläge har betydelse för att förstå på vilket sätt covid-19-pandemin påverkade boendeformerna och vilka konsekvenser pandemin har fått, vilket närmare beskrivs i kapitel 5 respektive 6. Beskrivningen har också betydelse för utredningens överväganden om vilka åtgärder som det finns behov av för att förbättra förutsättningarna att hantera en framtida pandemi, vilket följer i kapitel 8.

4.1 Frivillighet är utgångspunkten i hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten

Enligt regeringsformen, RF, är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande (2 kap. 6 och 8 §§ RF). Med påtvingat kroppsligt ingrepp avses i första hand våld, men hit hör också bl.a. läkarundersökningar, blodprovstagning samt liknande företeelser som betecknas kroppsbesiktning,¹ samt tvångsmedicinering.² Med frihetsberövande avses bl.a. fall då någon faktiskt är förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område.³

Undantag från skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden kan endast föreskrivas i lag och då bara i syfte att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna får inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett dem (2 kap. 20 och 21 §§ RF).

Sådana undantagsvisa föreskrifter finns i SmL, men också bl.a. i tvångsvårdslagstiftningen.⁴ SmL kan sägas ha ett samhällsperspektiv till skillnad från det patient- eller individperspektiv som annars är utgångspunkten inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänstens verksamheter.

Några sådana undantagsbestämmelser finns däremot inte i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, SoL,⁵ eller LSS. Utgångspunkten är att alla insatser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kräver samtycke från den enskilde för att få vidtas. Verksamheten ska utgå från respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. HSL och patientlagen (2014:821), PL, betonar patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL och 4 kap. 1 § PL). I 1 kap. 1 § tredje stycket SoL anges att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Ett likartat stadgande finns i 6 § LSS. Av 8 § LSS framgår att insatser enligt LSS ska ges den enskilde endast om han eller hon begär det.

¹ Prop. 1975/76:209, s. 147.

² Prop. 1983/84:111, s. 92 och JO-beslut dnr 2169-2004, 2005-03-22.

³ Prop. 1975/76:209, s. 52.

⁴ T.ex. lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

⁵ Till skillnad från de tidigare sociallagarna utformades 1980 års socialtjänstlag så att den inte gav möjlighet till tvångsingripanden. Tidigare tvångsinsatser inom socialvården hade, enligt lagens förarbeten, djupa rötter i en auktoritär människosyn. För att markera ett tydligt avstånd till den traditionen reglerades tvångsmedel genom socialtjänstreformen i andra lagar än socialtjänstlagen (se SOU 2020:47, s. 245 och prop. 1979/80:1, s. 133).

4.1.1 Arbetssätt för att undvika tvång

Utgångspunkten är alltså frivillighet och frihet från tvång i både hälso- och sjukvård och omsorg. Socialstyrelsen har tagit fram kunskapsunderlag av olika slag avseende tvångs- och skyddsåtgärder inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och verksamhet som bedrivs med stöd av LSS. Dokumenten beskriver typsituationer som kan uppstå och hur ett samtycke kan inhämtas.⁶

Ett exempel på en åtgärd som kan aktualiseras inom omsorgen är att låsa dörren. Socialstyrelsen anger att det kan vara möjligt att låsa dörren till den enskildes bostad om den enskilde samtycker till åtgärden. Åtgärden måste dock vara frivillig, vilket innebär att den enskilde inte ska känna sig tvingad att acceptera att dörren låses. Innan en sådan åtgärd används behöver man enligt Socialstyrelsen inom ramen för en individuell bedömning klarlägga åtgärdens syfte och om den tillgodoser den enskildes behov. Om åtgärden enbart syftar till att frihetsberöva eller begränsa den enskildes rörelsefrihet är åtgärden inte tillåten även om den enskilde samtycker till densamma. Detsamma gäller om åtgärden används för att kompensera för t.ex. bristande bemanning, brister i kompetens eller att verksamheten bedrivs i lokaler som inte är ändamålsenliga. Socialstyrelsens ger även exempel på mindre begränsande åtgärder som också kräver samtycke.

Socialstyrelsen framhåller i sina kunskapsunderlag vikten av att arbeta förebyggande på verksamhetsnivå. Det kan handla om att planera verksamheten utifrån de behov som ska tillgodoses och de mål och krav som gäller för den, vid genomförandet av arbetet synliggöra förekomst av eller risk för tvångs- och begränsningsåtgärder och vid egenkontroll speciellt uppmärksamma tvång och begränsningar. Socialstyrelsen ger vidare flera exempel på förändringar i arbetssätt för att förhindra smittspridning, förebygga beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) samt bemötandestrategier vid svåra situationer.⁷

En metod som används för att förhindra smittspridning är kohortvård. I genomförandet av kohortvård kan det uppstå situationer där samtycke måste inhämtas. Det kan exempelvis handla om att en en-

⁶ Se exempelvis Socialstyrelsen. (2022). *Tvångs- och skyddsåtgärder* [Frågor och svar].

⁷ Socialstyrelsen. (2022). *Arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetssätt till personal och arbetsledning*, s. 2 ff.

skild person ska hålla sig på sitt rum eller byta rum eller lägenhet. Kohortvård beskrivs närmare i avsnitt 4.7.

4.1.2 Särskilt om samtycke till hälso- och sjukvård

Kravet på respekt för patientens integritet i 5 kap. 1 § HSL (se också 4 kap. 1 § PL) innebär att patienten är skyddad mot ingrepp som han eller hon inte samtycker till. All vård som ges med stöd av HSL omfattas av PL.⁸

Samtycke har inget särskilt formkrav och kan när som helst återtas (4 kap. 2 § andra stycket PL). När patienten är ett barn ska barnets inställning till vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (4 kap. 3 § PL).

Innan samtycke inhämtas ska patienten få information (se 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL, som hänvisar till 3 kap. PL). Syftet är att samtycket när det eventuellt ges ska vara *informerat*.

I 4 kap. 4 § PL stadgas ett undantag från huvudregeln i 4 kap. 2 § PL, där det anges att patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas. Bestämmelsen innebär ett utrymme för hälso- och sjukvårdspersonal att i vissa akuta situationer ge hälso- och sjukvård till en patient som inte är i stånd att samtycka. I förarbetena anges bl.a. att bestämmelsen är tillämplig även när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation. Bestämmelsen ska dock inte tillämpas för att fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutsförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär. I dessa fall torde stöd för vården även fortsättningsvis enligt förarbetena få hämtas i den allmänna nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken, BrB.⁹

⁸ Prop. 2013/14:106, s. 45.

⁹ Prop. 2013/14:106, s. 120 f.

4.1.3 Nödrätt

Bestämmelserna om nödrätt i 24 kap. 4 § BrB innebär att den som handlar i nöd för att avvärja fara för liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse under vissa förutsättningar kan vara fri från ansvar. En situation där en anställd inom t.ex. sjukvård eller omsorg vidtar åtgärder som innehåller någon form av våld eller tvång för att t.ex. avvärja fara för liv och hälsa kan, om den anställde därefter blir polisanmäld, komma att prövas utifrån ett nödperspektiv av allmän domstol. En anställd eller verksamhetsansvarig har inte själv rätt att avgöra om någon har använt sig av nödrätten i en viss situation. Nödbestämmelserna ska endast tillämpas i undantagsfall.¹⁰ Nödrätten får inte ligga till grund för rutinmässiga ingripanden. Det är inte möjligt att vidta åtgärder inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst under en längre tid med motiveringen att det är fråga om en pågående nödsituation.¹¹

4.2 Boendeformer som omfattas av uppdraget

4.2.1 Bakgrund till regleringen i 5 kap. 5 § SoL

I samband med den så kallade Ädelreformen 1992 samlades ett antal olika boendeformer för äldre personer under begreppet särskilt boende.¹² Beteckningar som dittills förekommit inom det kommunala ansvarsområdet var bl.a. ålderdomshem, gruppboende och servicehus. Inom den landstingskommunala sektorn fanns lokala sjukhem, regionala sjukhem och psykiatriska kliniker. Ett syfte med Ädelreformen var att jämställa dessa olika boendeformer. Institutionsplatser skulle avvecklas och alla människors rätt till en egen bostad skulle säkerställas. Målet var självständiga boenden med hyreskontrakt. Genom en lagändring 2019 infördes möjligheten för kommunerna att tillhandahålla särskilt boende för äldre i form av *biståndsbedömt trygghetsboende*. Följden är att andra och tredje styckena i 5 kap. 5 § SoL båda avser särskilda boendeformer för äldre, men att inriktningen och behoven hos målgruppen skiljer sig åt. Som anges i avsnitt 2.6.1 används i betänkandet begreppet äldreboende för boende

¹⁰ Prop. 1993/94:130, s. 35.

¹¹ Jfr SOU 2006:110, s. 173 f.

¹² Bestämmelsen om särskilda boendeformer för stöd och service infördes i 20 § i dåvarande socialtjänstlagen (1980:620), se prop. 1990/91:14, s. 146 f.

enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL, begreppet biståndsbedömt trygghetsboende för boendeformer enligt tredje stycket samma bestämmelse och begreppet särskilda boendeformer för äldre när båda boendeformerna avses.

4.2.2 Äldreboende

Kommunen är enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL skyldig att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer som behöver särskilt stöd.

Tanken är att äldreboendet ska kunna tillgodose varierande och särskilda behov av vård och omsorg hos äldre personer. Utgångspunkten är att ett särskilt boende ska vara utformat på ett sådant sätt att de äldre personernas individuella behov av service, omvårdnad och tillsyn går att tillgodose dygnet runt. Vidare ska kvarboende möjliggöras, dvs. den äldre personen ska kunna bo kvar i boendet livet ut och inte behöva flytta om behoven av service och omvårdnad skiftar.¹³

Ett äldreboende kännetecknas främst av krav på att bostaden ska vara utformad och utrustad så att den boende kan fortsätta leva ett så självständigt liv som möjligt, krav på att de tjänster som den enskilde behöver ska kunna ges under alla tider på dygnet samt krav på att det ska finnas tillgång till personal som dels kan bedöma när social eller medicinsk vård krävs, dels också kunna svara för att sådan ges.¹⁴

Kommunerna har relativt stor frihet att utforma och tillhandahålla de typ av boenden som är behövliga. Andra beteckningar för att bättre spegla inriktningen på äldreboendet förekommer i landets kommuner, t.ex. vård- och omsorgsboende eller demensboende.

I boendet ska det, utifrån den enskildes aktuella behov, finnas tillgång till personal dygnet runt som utan dröjsmål kan uppmärksamma om en boende behöver stöd och hjälp. Den boende ska ges det stöd och den hjälp som behövs till skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa (2 kap. 3 § socialtjänstförordningen [2001:937], SoF). Syftet med lydelsen ”utifrån den enskildes aktuella behov” är att tydliggöra att utgångspunkten är den enskildes medicinska och sociala behov. Kravet på tillgång till personal villkoras med andra ord utifrån den enskildes förutsättningar samt behov av stöd och hjälp. På så vis

¹³ Prop. 1990/91:14, s. 38 f.

¹⁴ Prop. 2005/06:115, s. 75.

undviks en reglering som innebär att alla äldreboenden på ett generellt och preciserat vis ska ha tillgång till personal dygnet runt med en viss personalstyrka.¹⁵

En plats på ett äldreboende hyrs vanligen ut till den enskilde med ett andrahandshyreskontrakt.

Platser för korttidsvård eller *korttidsboende* är en del av begreppet särskilda boendeformer för äldre och ingår därmed i den skyldighet kommunen har enligt 5 kap. 5 § SoL.¹⁶

4.2.3 Biståndsbedömt trygghetsboende

Kommunen får enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.

Insatsen betecknas också biståndsbedömt trygghetsboende och fördes in i SoL 2019.¹⁷ Insatsen syftar till att öka tryggheten för äldre personer som inte är trygga med att bo kvar i sitt ordinära boende. Målgruppen behöver inte vård och omsorg dygnet runt och det krävs inte heller enligt SoF (se 2 kap. 3 § SoF). Det stöd och den hjälp och service som den enskilde i denna boendeform kan behöva bör efter biståndsbedömning kunna erbjudas genom hemtjänstinsatser på samma sätt som vid hemtjänst i ordinärt boende. Insatsen syftar till att bryta isoleringen och öka tryggheten genom bl.a. gemensamma måltider och aktiviteter.¹⁸

4.2.4 Bostad med särskild service enligt SoL

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 7 § SoL verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra, och ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Kommunen ska inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter behöver ett sådant boende.

¹⁵ Förordningsmotiv Fm 2016:1, s. 2.

¹⁶ Se vidare prop. 2005/06:115, s. 80.

¹⁷ SFS 2018:1724 och prop. 2017/18:273.

¹⁸ Prop. 2017/18:273, s. 32 och s. 56.

Bestämmelsen motsvarar vad som gäller äldre och äldreboenden enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL. Kommunen åläggs vad gäller yngre personer att inrätta bostäder med särskild service, om de på grund av funktionsnedsättning eller av annat skäl inte har möjlighet att bo i ordinärt boende. Även inom ramen för denna boendeform kan korttidsvård eller korttidsboende erbjudas.

4.2.5 Enskild verksamhet enligt SoL

Bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser och enskilda individer som har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg, IVO, får yrkesmässigt bedriva sådan verksamhet som anges i uppräkningslistan i 7 kap. 1 SoL.

Punkt 2 avser verksamhet i form av boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, dvs. det som i betänkandet benämns äldreboende, biståndsbedömt trygghetsboende och särskilt boende enligt SoL.

Punkt 3 avser verksamhet i form av hem för viss annan heldygnsvård. Med det begreppet (som IVO betecknar *korttidsboende* och beskriver som en typ av särskilt boende¹⁹) avses exempelvis korttidsvistelse för att avlasta anhöriga eller i samband med socialtjänstens utredning, rehabilitering, utslussning efter en tids sjukdom m.m.²⁰

Med att verksamheten är yrkesmässig avses att verksamheten bedrivs kontinuerligt och i förvärvssyfte.

4.2.6 LSS-boenden för barn och unga

Bestämmelsen i 9 § 8 LSS avser boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet.²¹

¹⁹ Inspektionen för vård och omsorg (2023-06-07). *Tillstånd för hem för viss annan heldygnsvård ("korttidsboende")* (SoL).

²⁰ Prop. 1996/97:124, s. 144.

²¹ Efter att enskild har beslutats ha rätt till insatser enligt 9 § 8 LSS är det kommunen som beslutar hur insatsen ska verkställas, antingen som boende i familjehem eller som bostad med särskild service för barn eller ungdomar. Den enskilde kan överklaga kommunens beslut om utformningen av insatsen. I ett sådant mål kan domstolen dock enbart pröva om den enskilde genom insatsen tillförsäkras goda levnadsvillkor, och inte pröva vilken av de två boendeformerna den enskilde har rätt till. Motsvarande gäller insatser enligt 9 § 9 LSS (se HFD 2018 ref. 80 och RÅ 2010 ref. 91).

Familjehem

Med familjehem avses ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot barn för stadigvarande vård och fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt (2 § förordningen [1993:1090] om stöd och service till vissa funktionshindrade och 3 kap. 2 § SoF). Familjehem innebär att barnet bor hos en annan familj än den egna. Det är här fråga om en extrainsats i förhållande till SoL²². Samma krav som anges i SoL måste dock ställas på de familjehem som det är fråga om.

Bostad med särskild service för barn eller ungdomar

För vissa barn och ungdomar är bostad med särskild service en mer lämplig insats. Det är i första hand omvårdnadsbehovet som föranleder valet av denna boendeform. Det är ofta fråga om att tillgodose komplicerade omvårdnadsbehov.

För verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges (6 § andra stycket LSS). I insatserna ingår också omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter (9 e § LSS).

Det finns ingen nedre åldersgräns för insatsen bostad med särskild service för barn eller ungdomar. Bakgrunden är bl.a. att vissa barn har stora behov av kvalificerad, särskilt utbildad personal och teknisk utrustning. Barn och ungdomar i behov av bostad med särskild service bör i princip kunna vara i alla åldrar upp till dess att deras skolgång inom det allmänna skolväsendet för barn och ungdom upphör.²³

Det finns heller ingen övre åldersgräns för insatsen, men i ett allmänt råd till 23 § SOSFS 2012:6 anges att den som har avslutat sin gymnasieutbildning inte bör bo i en bostad med särskild service för barn eller ungdomar.

²² Bestämmelser om familjehem enligt SoL finns i lagens kapitel 6.

²³ Prop. 1992/93:159, s. 81.

Föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsen har beslutat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.

Bostaden med särskild service ska enligt föreskrifterna utformas så att varje barn och ungdom tillförsäkras en boendemiljö som är säker och trygg. Både inomhus- och utomhusmiljön ska enligt 4 § SOSFS 2012:6 vara anpassad efter barnens och ungdomarnas behov. Enligt allmänna råd till den bestämmelsen bör bostaden, för att undvika en institutionsliknande miljö, inrymmas i ett bostadshus i ett område avsett för bostäder, utformas och utrustas så hemlikt som möjligt och inte samlokaliseras med någon verksamhet enligt LSS eller SoL.

Vid beslut om insatsen bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS ska nämnden enligt 5 § SOSFS 2012:6 ta hänsyn till det barn eller den ungdom som på grund av sin funktionsnedsättning har svårt att ha många relationer och därför behöver bo med ett mycket begränsat antal personer. I allmänna råd till den bestämmelsen anges att i bostaden bör i regel två till fyra barn och ungdomar bo. I praxis finns dock exempel på verksamheter som har beviljats tillstånd med tolv platser.²⁴

Med hänvisning till 3 § förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade anges att den som förestår verksamheten ska ha en högskoleutbildning som är relevant för uppdraget, ha erfarenhet av liknande verksamhet och ha tillräcklig kunskap och kompetens för att leda den (16 och 17 §§ SOSFS 2012:6).

4.2.7 LSS-boenden för vuxna

Bestämmelsen i 9 § 9 LSS avser bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service eller omvårdnad som kan utformas på olika sätt.

Gruppbostad och *servicebostad* är de vanligaste formerna och betraktas båda som bostäder med särskild service.²⁵ I båda formerna ska det finnas en fast bemanning.

²⁴ HFD 2013 ref. 54.

²⁵ Förarbetena utesluter dock inte andra boendeformer inom ramen för bostad med särskild service.

Gruppboenden är tänkt att vara ett bostadsalternativ för personer som har ett så omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov att mer eller mindre kontinuerlig närvaro av personal är nödvändig. I gruppboendet ska det finnas erforderlig fast kollektiv bemanning som i huvudsak ska täcka de boendes hela stödbehov. Syftet med gruppboendet är att vuxna personer med funktionsnedsättning som inte klarar eget boende eller boende i servicebostad ändå ska ha möjlighet att flytta hemifrån och skapa sig ett eget hem.²⁶

Fram till mitten av 1980-talet utformades i regel gruppboendena som kollektiva bostäder, där varje person hade ett eget rum. Från mitten av 1980-talet kom bostäderna i betydligt högre grad att utformas som fullvärdiga bostäder med alla funktioner, det vill säga rum med sovalkov, sanitetsutrymme och pentry/kök samt tillhörande gemensamhetsutrymmen.

En bostad enligt LSS ska alltid anpassas till mottagarens individuella behov. Huvudregeln är att bostäderna ska vara fullvärdiga men detta krav kan frångås efter önskemål från de boende. Kvalitetskravet i 7 § andra stycket LSS är avgörande vid bedömningen om tillstånd ska lämnas för att bedriva en bostad med särskild service.²⁷

En servicebostad är en bostadsform med visst fast basstöd genom anställd personal för boendet där omfattande service och vård kan ges dygnet runt. Servicebostaden kan vara placerad i ett servicehus eller i ett vanligt bostadshus.²⁸

Av 9 e § LSS följer att i insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 9 ingår också omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.

För verksamheten ska det finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges (6 § andra stycket LSS).

I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte heller omvårdnad, fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter.²⁹ Om den enskilde behöver stöd och service i anslutning till boendet kan det ges inom ramen för andra insatser enligt LSS, t.ex. personlig assistans eller ledsagarservice.³⁰ Stöd kan även ges enligt SoL.

²⁶ Prop. 1992/93:159, s. 86 och 180.

²⁷ HFD 2011 ref. 47.

²⁸ Prop. 1992/93:159, s. 180.

²⁹ Prop. 1992/93:159, s. 180.

³⁰ Prop. 1992/93:159, s. 87.

Föreskrifter och allmänna råd

För bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2002:9³¹.

Enligt föreskrifterna ska samtliga former av bostad med särskild service för vuxna ha en av huvudmannen särskilt utsedd person som förestår verksamheten (4 § SOSFS 2002:9). Vad som anses med lämplig utbildning för den som förestår verksamheten i en grupp-bostad anges i 5 § SOSFS 2002:9. För övriga bostäder finns allmänna råd i vilka det anges att samma utbildningskrav som för föreståndare av grupp-bostad bör gälla även föreståndare för andra bostäder.

Vad gäller bostädernas utformning, antal boende med mera finns enbart allmänna råd.

För samtliga boendeformer enligt 9 § 9 LSS gäller enligt de allmänna råden att bostaden, för att undvika en institutionell miljö, inte bör vara belägen i nära anslutning till en annan sådan bostad, eller andra bostäder som inte är ordinära, t.ex. korttidshem eller särskilda boendeformer för äldre. Som regel bör inte heller en bostad med särskild service för vuxna samlokaliseras med lokaler för daglig verksamhet.

Vad gäller antal boende anges i de allmänna råden att i en grupp-bostad bör i regel endast tre till fem personer bo. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i grupp-bostaden tillförsäkras goda levnads-villkor. Så långt det är möjligt bör huvudmannen beakta de boendes önskemål och synpunkter när det gäller sammansättningen av den grupp som ska bo i grupp-bostaden. Grupp-bostadens gemensamhets-lokaler bör ligga i nära eller direkt anslutning till de enskilda lägen-heterna, vara lätta att nå, vara till för dem som bor i grupp-bostaden och tjänstgörande personal, och endast kunna nyttjas av andra på de boendes villkor.

För servicebostaden gäller enligt de allmänna råden att antalet boende i en servicebostad bör vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och en institutionell boendemiljö undviks.

³¹ Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

4.2.8 Enskild verksamhet

Varje kommun ska enligt 2 § LSS svara för insatser enligt 9 § 8 och 9 LSS. En kommun kan dock enligt 17 § LSS med bibehållet ansvar för verksamheten sluta avtal med enskild person om att tillhandahålla sådana insatser. En enskild person som vill bedriva yrkesmässig verksamhet som avses i 9 § LSS behöver tillstånd av IVO enligt 23 § LSS och måste uppfylla de krav som anges i samma bestämmelse. Ytterligare bestämmelser om enskild verksamhet finns i 23 a–24 §§ LSS. Tillståndsplikten omfattar både fysiska och juridiska personer.

Familjehem är per definition verksamhet som inte bedrivs yrkesmässigt (3 kap. 2 § SoF och 2 § förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade) och omfattas således inte av tillståndsplikten.

4.2.9 Översiktligt om antalet bostäder och deras beskaffenhet

Bostäder för äldre personer

Av Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2023, där 277 av 290 kommuner svarat, framkommer att det i dessa kommuner finns nästan 88 000 bostäder³² enligt 5 kap. 5 § SoL, exklusive korttidsplatser. Därutöver fanns cirka 6 300 korttidsplatser i 272 svarande kommuner. Det verkliga antalet är enligt Boverket högre. Enligt enkäten bedömer 140 kommuner att de har balans i utbudet av särskilda boendeformer. 109 kommuner, 26 fler än 2022 års enkät, uppger att de har underskott i antalet platser på särskilt boende. Detta är i nivå med situationen före pandemin.³³

Flertalet särskilda boenden är förhållandevis små, i genomsnitt 47 bostäder. En fastighet kan vara uppdelad på två eller fler separata enheter. Medianvärdet för enheter med egen ledning är 36 bostäder, med ett spann från 5 till 206 bostäder.³⁴

Biståndsbedömt trygghetsboende fanns enligt 2023 års bostadsmarknadsenkät i 29 kommuner. Ytterligare 44 kommuner som ännu inte inrättat boendeformen uppgav att det fanns ett behov.³⁵

Den klart vanligaste bostadstypen år 2021 för en boende i ett särskilt boende för äldre, var enligt Socialstyrelsens statistik, en lägen-

³² Bostäder används i enkäten synonymt med platser.

³³ Boverket. (2023-05-15). *Bostadsmarknadsenkäten 2023*.

³⁴ SOU 2020:80, s. 89.

³⁵ Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin*.

het på 1–1½ rum med wc och dusch/bad och med eller utan kokmöjlighet. Alla bostadstyper har dock inte samma standard. En mindre andel (490 lägenheter år 2021) saknade både kokmöjligheter, wc och dusch/bad. Det förekom också flerbäddsrums men det antalet har minskat avsevärt under de senaste åren. I statistiken för 2021 anges att 310 personer bosatta på äldreboenden (exklusive korttidsboende) delade bostad med annan än maka, make, samboende eller anhörig.³⁶

Framtida försörjning av bostäder för äldre

Socialstyrelsen fick 2019 regeringens uppdrag att bl.a. beskriva behovet av och tillgången till särskilda boendeformer för äldre.³⁷ I redovisningen av uppdraget (i januari 2021) konstaterar Socialstyrelsen att den demografiska utvecklingen indikerar ökade behov som ställer stora krav på kommunerna att tillhandahålla vård och omsorg. Det är dock enligt Socialstyrelsen svårt att göra en bedömning nationellt av hur många bostäder i särskilt boende och biståndsbedömt trygghetsboende som behövs i dag och framöver. Det beror bl.a. på att det saknas uppgifter på gruppnivå om behoven hos de personer som beslut om särskilt boende grundar sig på. Även om sådana uppgifter skulle vara tillgängliga väljer kommunerna olika strategier för hur de tillgodoser de behov som finns.³⁸

Bostäder för personer med funktionsnedsättning (SoL och LSS)

I Boverkets statistik används beteckningen bostäder för personer med funktionsnedsättning för både boende enligt LSS och bostad med särskild service enligt SoL. I 2023 års bostadsmarknadsenkät uppgav 262 kommuner att det finns drygt 27 700 bostäder/platser för personer med funktionsnedsättning. Eftersom vissa kommuner inte uppgett antalet bostäder är det faktiska antalet större än 27 700.

141 av 262 kommuner uppgav att det inte fanns tillräckligt med bostäder för personer med funktionsnedsättning, vilket var en ökning jämfört med pandemiåren. Pandemin innebar troligtvis att ett okänt antal personer med funktionsnedsättning lät bli att söka bostad. Det

³⁶ Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2021* [Dataset].

³⁷ Regeringen, dnr S2019/03789/FST (delvis).

³⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*.

ökande underskottet på bostäder tyder enligt Boverket på att fler personer återigen söker de aktuella boendeformerna.

Gruppboendestäder var den typ av bostäder som flest kommuner uppgav brist på. Totalt uppgav 129 kommuner underskott på gruppboendestäder, medan 125 kommuner uppgav att de hade balans. Resultaten för 2023 är i nivå med de senaste fem åren.³⁹

Storleken på bostaden inom grupp- och serviceboendestäder enligt LSS varierar. Serviceboendestäder är generellt något större än gruppboendestäder. Lägenheterna varierar i storlek från 1 rum och kök till 3 rum och kök och i yta mellan 21 och 106 kvm. Det finns även enkelrum utan kök och badrum uppförda enligt gamla regler. Utöver den enskildes lägenhet finns gemensamma utrymmen som kök, vardagsrum, förråd, tvättstuga med mera.

Boendeformen *annan särskilt anpassad bostad för vuxna* är ovanlig jämfört med bostad med särskild service. I Boverkets bostadsmarknadsenkät för 2023 uppgav 157 av 276 svarande kommuner att man saknade särskilda anpassade bostäder för vuxna.⁴⁰

4.3 De boende inom SoL-boenden och LSS-boenden

I avsnitt 3.2 och 3.3 har översiktligt redogjorts för förutsättningarna för att beviljas insatser enligt SoL respektive LSS och hur insatser enligt de två olika lagarna förhåller sig till varandra. I detta avsnitt beskrivs sammansättningen av personer som bor i de olika boendeformerna enligt SoL eller LSS som omfattas av uppdraget. Avsnittet inleds med en beskrivning av gruppen äldre, dvs. inklusive de som bor i ordinärt boende.

4.3.1 Gruppen äldre

I dag är 534 000 personer 80 år eller äldre vilket förväntas öka till cirka 806 000 personer 2030.⁴¹ Bland personer som är 85 år eller äldre är det nästan 60 procent som har två eller fler kroniska sjukdomar. En kronisk sjukdom har ett långvarigt och ihållande förlopp eller är obotlig. Omhändertagandet av personer med multisjuklighet ställer

³⁹ Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin.*

⁴⁰ Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin.*

⁴¹ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*, s. 7.

särskilda krav på vården och omsorgen. För dessa personer behövs ofta flera olika kontakter med vården och omsorgen och de har behov av långvariga relationer, med såväl olika professioner som vårdgivare och myndigheter (t.ex. olika specialister, allmänläkare, fysioterapeut, akutmottagning och hemtjänst). Detta är en utmaning då vården traditionellt är uppdelad efter olika discipliner och administreras av olika myndigheter.⁴²

Hälso- och sjukvårdsbehoven hos personer som får kommunal vård och omsorg är i dag ofta omfattande, eftersom de många gånger har flera sjukdomar samtidigt eller kroniska sjukdomar. Det gäller såväl de med hälso- och sjukvård i särskilt boende som de i ordinärt boende. Några av de vanligaste förekommande sjukdomarna hos äldre personer är diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, benskörhet, stroke, KOL, depression och demenssjukdomar.^{43 44}

Under 2021 hade drygt 388 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och av dessa var 318 000 personer 65 år eller äldre. Andelen som också hade bistånd i form av särskilt boende ökar med åldern, och i åldersgruppen över 95 år är runt 50 procent av alla med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser också beviljade särskilt boende.⁴⁵

Vanliga orsaker till behov av omfattande stöd från socialtjänst och hälso- och sjukvård är att äldre personer drabbas av en stroke eller allvarlig fallolycka, vilket ofta medför omfattande behov av rehabilitering. Många äldre personer behöver även åtgärder för att förebygga och behandla trycksår, undernäring, fall, blåsdysfunktion och dålig munhälsa. Hörsel- och synförmåga påverkas också av åldrande.⁴⁶

Särskilt om demens

Demens är ett samlingsnamn för en rad symtom som orsakas av hjärnskador. Demens kan yttra sig på olika sätt, beroende på vilka delar av hjärnan som drabbats. Vanligen försämras minnet och förmågan att planera och genomföra vardagliga sysslor. Språk, tidsupp-

⁴² Kunskapsguiden. *Om multisjuklighet*.

⁴³ Kunskapsguiden. (2020-03-13). *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen – Hälsa*.

⁴⁴ Socialstyrelsen. (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie*.

⁴⁵ Socialstyrelsen. (2022-05-31). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* [Faktablad].

⁴⁶ Larsson, T. (2016). *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsaker till varför äldre söker bistånd från äldreomsorg första gången*. FoU i Väst, s. 6; Socialstyrelsen. (2021). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*, s. 412; Socialstyrelsen. (2020). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020*, s. 54 f.

fattning och orienteringsförmåga är andra kognitiva förmågor som påverkas negativt. Även oro, nedstämdhet och personlighets- eller beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden. Symtomen leder till att personer med demenssjukdom har svårt att klara sin tillvaro utan stöd från andra.⁴⁷

Antalet personer med demenssjukdom i Sverige uppskattas till mellan 130 000 och 150 000. Varje år insjuknar 20 000–25 000 personer. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom som står för cirka 60 procent av alla fall.⁴⁸

Risken att insjukna i demenssjukdom ökar med stigande ålder. Åtta procent av alla som är 65 år eller äldre och nästan hälften av alla som är 90 år eller äldre har en demenssjukdom. Antalet personer med demenssjukdom kommer att öka när det stora antalet personer som föddes på 1940-talet uppnår en hög ålder. Fram till år 2050 förväntas antalet personer med demenssjukdom nästan fördubblas, vilket innebär en stor framtida utmaning för samhället.⁴⁹

Majoriteten (59 procent) av personerna med demenssjukdom är kvinnor, vilket dels beror på att kvinnor lever längre än män, dels på att demenssjukdomar är vanligare bland kvinnor än män.⁵⁰ Cirka 20 000 av det totala antalet personer med demenssjukdom beräknas vara födda i ett annat land. Behovet av att utreda och ge vård och omsorg om personer som talar annat språk än svenska och som har demenssjukdom kommer att öka. Fram till 2036 förväntas det ske en fördubbling av antalet utrikesfödda som lider av en kognitiv sjukdom.⁵¹

Personer med demens kan bo i såväl SoL-boenden som LSS-boenden.

Beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdom

Nio av tio personer med demenssjukdom uppvisar någon gång under sjukdomsförloppet någon form av beteendemässiga eller psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Symtomen kan vara affektiva,

⁴⁷ Svenskt Demenscentrum. (2021-12-07). *Vad är demens?*

⁴⁸ Socialstyrelsen. (2022). *En nationell strategi för demenssjukdom. Slutrapport 2022*; Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, s. 11.

⁴⁹ Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden*, s. 11; Socialstyrelsen. (2017). *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022*.

⁵⁰ Skr. 2017/18:280, s. 9.

⁵¹ Socialstyrelsen. (2017). *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022*, s. 71.

som depression och ångest, men också psykotiska, som hallucinationer och vanföreställningar. Det är också vanligt med hyperaktivitet som innebär att personen gör samma sak om och om igen, eller apati med initiativlöshet och tillbakadragenhet. Beteendemässiga symtom på BPSD innefattar bl.a. så kallat vandringbeteende – att den enskilde inte kommer till ro utan fortsätter att gå och gå.⁵²

Beteendemässiga symtom på BPSD kan inte behandlas på ett och samma sätt. Behandlingen inriktas i stället på att i varje enskilt fall åtgärda orsakerna eller de utlösande faktorerna till symtomen. Det kan vara behov som inte är tillgodosedda, kommunikationsproblem och svårigheter att tolka eller orientera sig i den omgivande miljön. Andra vanliga orsaker är brist på meningsfulla aktiviteter, smärta eller annan sjuklighet. En vanlig bakomliggande orsak är för hög läkemedelsdos eller en kombination av olämpliga läkemedel.⁵³

BPSD skapar ofta stor oro, både hos personen själv och omgivningen. Det gör att den som vårdar ställs inför besvärliga situationer där svåra avväganden måste göras. Användningen av tvång och begränsningar av rörelsefriheten i vård och omsorg har ofta sin grund i BPSD.⁵⁴

4.3.2 De boende på äldreboenden och i bostad med särskild service enligt SoL

Sedan Ädelreformen 1992 har de särskilda boendeformerna för äldre förbättrats och ersatts av nya bostäder lämpade för personer med mer eller mindre omfattande omvårdnadsbehov. En effekt av omstruktureringen är att boendena allt oftare kommit att organiseras i första hand för dem som har så omfattande behov att kvarboende i ordinärt boende framstår som olämpligt av säkerhetsskäl. De främsta anledningarna för att bevilja äldreboende i dag är att den enskilde har behov av vårdinsatser dygnet runt till följd av långvariga fysiska sjukdomar, har behov av tillsyn och annan hjälp dygnet runt till följd av demenssjukdom eller har behov av palliativ vård i livets slutskede.⁵⁵

Boverkets årliga bostadsmarknadsenkät är för närvarande den enda nationella datakällan till antalet bostäder i biståndsbedömda trygghets-

⁵² Svenskt Demenscentrum. (2020-01-14). *Beteendemässiga*.

⁵³ Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar*, s. 122.

⁵⁴ Svenskt Demenscentrum. (2015). *Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar*.

⁵⁵ Prop. 2017/18:273, s. 20 f.

boenden. Insatsen redovisas inte separat i Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, och uppgifter samlas inte heller in på annat sätt av Socialstyrelsen. Det finns således ingen nationell statistik över hur många personer i landet som bor i biståndsbedömt trygghetsboende.

I tabell 4.1 anges hur många som den 1 oktober 2021 bodde i äldreboenden och i bostad med särskild service. Korttidsplatserna är särredovisade.

Statistiken visar en ögonblicksbild baserat på ett levande register där kommunerna löpande rapporterar in nya data, med följd att det exakta antalet personer varierar. Syftet är att överskådligt visa hur många personer som berörs av utredningens direktiv. För det syftet är det exakta antalet av underordnad betydelse.

Tabell 4.1 Bosatta i särskilt boende och på korttidsplatser* per den 1 oktober 2021

Insats	Totalt antal	I egna kommunens regi	I enskild vårdgivares regi	Annan kommun eller landsting**
Särskilt boende 65 år och äldre	83 722	65 697	17 391	632
Korttidsplats för äldre	5 732	5 213	461	56
Totalt – 5 kap. 5 § andra stycket SoL	89 454	70 910	17 852	688
Särskilt boende 0–64 år med funktionsnedsättning	3 999	3 095	738	160
Korttidsplats 0–64 år med funktionsnedsättning	655	380	240	34
Totalt – 5 kap. 7 § tredje stycket SoL	4 654	3 475	978	194

Källa: Socialstyrelsen – socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regi-form 2021.

* Termerna i tabellen är Socialstyrelsens. *Särskilt boende 65 år och äldre* och *korttidsplats för äldre* motsvarar bistånd enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL, dvs. det som i betänkandet benämns äldreboende. *Särskilt boende 0–64 år med funktionsnedsättning* och *korttidsplats 0–64 år med funktionsnedsättning* motsvarar bistånd enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL, dvs. det som i betänkandet benämns bostad med särskild service enligt SoL.

** Korttidsplatser kan drivas i landstingets regi men betalas då av beslutande kommun.

Majoriteten av de boende i särskilt boende för äldre är kvinnor. Andelen personer över 65 år som bor på särskilt boende minskade från 5,3 procent 2010 till 4 procent 2019.⁵⁶ Socialstyrelsen har bedömt att denna utveckling i sig inte behöver vara problematisk om det innebär att kommunerna erbjuder andra insatser som tillgodoser de vård- och omsorgsbehov som finns. Det är dock enligt myndigheten proble-

⁵⁶ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*, s. 14.

matiskt att äldre personer får vänta allt längre på att få sitt beslut om särskilt boende verkställt och att vissa kommuner uppgett att de har brist på bostäder i särskilt boende i dag men även på längre sikt.⁵⁷

Efter en minskning under 2020 började inflyttningen på särskilt boende att öka igen under 2021. Ökningen fortsatte under första halvåret av 2022, men därefter dämpades inflyttningstakten.⁵⁸

Andelen av den äldre befolkningen som beviljas särskilt boende har successivt minskat sedan Ädelreformen 1992. År 1994 hade 24 procent av befolkningen som var 80 år och äldre ett särskilt boende. 25 år senare var andelen halverad, 12 procent. De personer som i dag flyttar in i ett särskilt boende har ett större vård- och omsorgsbehov än när fler beviljades plats.⁵⁹ Följden är att boendetiderna har minskat, det vill säga att de boende avlider kortare tid efter inflyttning.

Medianvistelsetid för alla personer 65 år och äldre på särskilt boende för äldre i riket är 25 månader. För personer med demenssjukdom är medianvistelsetiden 30 månader, och för personer utan demenssjukdom 21 månader. Ett halvår efter inflyttning har i genomsnitt 35 procent av dem som inte har demenssjukdom och 12 procent av dem som har demenssjukdom avlidit.^{60 61}

Uppskattningsvis har runt 70 procent av boende på särskilda boenden en kognitiv nedsättning. Nästan alla kommuner i landet har särskilda boenden som enbart riktar sig till personer med demenssjukdom, så kallade demensboenden.⁶²

Mer än hälften av de boende som bor enligt 5 kap. 7 § SoL (fjärde och femte raderna i tabell 4.1) är enligt Socialstyrelsens register 55 år eller äldre.⁶³

Utöver ålder, kön och typ av insats saknas det uppgifter om omsorgsmottagarna i den nationella statistiken. Det finns inte heller några rikstäckande uppgifter som baserar sig på biståndsbedömningen.

⁵⁷ Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*.

⁵⁸ Socialstyrelsen. (2023.) *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023*, s. 25.

⁵⁹ SOU 2020:80, s. 87.

⁶⁰ Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*, s. 111.

⁶¹ Medianvårdtiderna är beräknade för personer som flyttade in på särskilt boende för äldre under åren 2015–2018. Socialstyrelsens definition av särskilt boende för äldre är ”boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.”

⁶² I en enkät som Socialstyrelsen genomförde våren 2017 uppgav 13 av 243 deltagande kommuner eller stadsdelar (5 procent) att de inte hade något demensboende (se Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikationer och underlag för bedömningar*, s. 84.)

⁶³ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Underökning av behov av föreskrifter*.

Socialstyrelsen tog år 2018 för första gången fram en så kallad demenspopulation genom att samköra Socialstyrelsens hälsodataregister med relevanta kvalitetsregister. Totalt i riket var det fråga om drygt 94 000 personer. Vid utgången av 2016 hade 44 procent av de som ingick i demenspopulationen ett beslut om särskilt boende, med en variation mellan som lägst 36 procent (region Kalmar) och som högst 52 procent (region Örebro).⁶⁴

Stockholms stad genomförde 2017 en kartläggning som kan ge en viss ledning av vilka som omfattas av insatser enligt SoL, även om bilden inte är representativ för hela landet. Av kartläggningen framgår bl.a. att en majoritet var ensamstående oavsett omsorgsform, nästan 90 procent av kvinnorna och cirka 70 procent av männen. Av de som bodde i vård- och omsorgsboende⁶⁵ hade 60 procent omfattande behov av hjälp med den personliga omvårdnaden (bad/dusch, av-/påklädning, toalettbesök, förflyttning och födointag). Hälften av de som bodde i särskilt boende bedömdes ha svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, vanligen svår demens. Knappt 40 procent av de som bodde i vård- och omsorgsboende bedömdes lida av svår eller mycket svår oro. Svår eller mycket svår nedstämdhet rapporterades för var fjärde som bodde i vård- och omsorgsboende.⁶⁶

Av den så kallade HALT-undersökningen för 2022 framgår att 65 procent av de som bodde i särskilt boende för äldre var desorienterade och 37 procent var rullstolsburna, vilket var samma resultat som HALT-undersökningen för 2021.⁶⁷

En studie av kommuner och stadsdelar i Göteborgsområdet visar att de som ansöker om äldreomsorg oftast har tämligen stora omvårdnadsbehov redan vid ansökningstillfället. Många har haft omfattande hjälp från anhöriga under flera år och hade utan det stödet behövt söka mer omfattande hjälp från kommunen, och fått hjälpen, betydligt tidigare. I ungefär hälften av de undersökta fallen var det

⁶⁴ Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar*, s. 84.

⁶⁵ I Stockholms stad delas särskilt boende in i vård- och omsorgsboende och servicehus.

⁶⁶ Lagergren, M. (2017), *StockholmsSNAC. Rapport från undersökning 2017 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad*. (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2017:5.)

⁶⁷ Folkhälsomyndigheten. (2023). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2022*; Folkhälsomyndigheten. (2022). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2021*. HALT är en mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. Alla landets särskilda boenden för äldre samt LSS-enheter erbjöds att delta. I mätningen inför rapporten för 2022 deltog 20 360 vårdtagare fördelade på 149 kommuner och 1 764 enheter. I 2021 års mätning deltog 16 877 vårdtagare på 1 460 enheter fördelade på 134 kommuner. Statistiken är inte detaljerat redovisad utifrån ålder och insatsform.

en akut händelse, exempelvis stroke eller allvarlig fallolycka med frakturer som följd, som gjorde att den äldre behövde söka stöd och då ofta omfattande sådant.⁶⁸

4.3.3 De boende i LSS-boenden

Medan insatser enligt SoL ålägger kommunerna att tillgodose behov som inte kan tillgodoses på annat sätt, för alla i kommunen, förutsätter LSS att den enskilde ”kvalificerar” sig genom tillhörighet till någon av personkretsarna i 1 § LSS (se avsnitt 3.3). Det handlar om personer med 1. utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd, 2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder förorsakad av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller 3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Med ”utvecklingsstörning” (punkt 1) avses en intellektuell funktionsnedsättning som beroende på grad och miljö utgör ett handikapp. Den sammanhänger med en under individens utvecklingsperiod (normalt åren före 16 års ålder) inträffad brist eller skada som i många fall är så betydande att personen behöver stöd och hjälp i sin livsföring genom olika insatser för att kunna ta del av samhällslivet. Med autism och autismliknande tillstånd avses sådana djupgående störningar i fråga om social förmåga, kommunikation och beteende som medför allvarligt funktionshinder i fråga om psykosocial och/eller pedagogisk anpassning.

Personer som erhållit ett begåvningshandikapp i vuxen ålder kan också omfattas av LSS (punkt 2). Det är fråga om personer som efter utvecklingsåren fått en hjärnskada och till följd av den ett betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder. Utlösande faktorer ska vara sjukdomar av kroppslig art såsom tumörer, hjärnblödningar och inflammationer eller skador som föranletts av yttre våld, t.ex. trafikskador. Även personer med demenssjukdom kan omfattas av

⁶⁸ Larsen, T. (2016). *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsakerna till varför äldre söker bistånd från äldreomsorgen första gången*. Göteborg: FoU i Väst rapport 2016.

denna personkrets, dock inte personer med sjukdomar till följd av missbruk av beroendeframkallande medel.

Punkt 3 omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service. I denna krets inbegrips barn, ungdomar och vuxna med långvariga habiliterings- och rehabiliteringsbehov som på grund av sitt funktionshinder har ett i flera avseenden likartat behov som de som omfattas av de två första punkterna. Orsaken till eller arten av funktionshinder eller den medicinska diagnosen är inte avgörande. Med betydande svårigheter i den dagliga livsföringen avses bl.a. att den enskilde inte på egen hand kan klara vardagsrutiner som toalettbestyr och hygien, påklädning, matning, kommunikation, förflyttning, sysselsättning och nödvändig träning och/eller behandling. I begreppet omfattande behov av stöd och service kan ligga både kvalitativa och kvantitativa aspekter. Det innebär att den enskilde i allmänhet har ett dagligt behov av långvarig eller upprepat stöd. Ibland kan det dock behövas återkommande insatser av så speciell art att de trots mindre tidsåtgång är att betrakta som omfattande. Äldre människor, varmed avses de som har fyllt 65 år, hos vilka åldrandet accentuerar svårigheter till följd av ett funktionshinder som uppkommit vid en sådan ålder att det uppenbart inte är åldersrelaterat och äldre personer som drabbats av ett omfattande funktionshinder utan samband med åldrandet kan ingå i personkretsen.⁶⁹

Personer som är bosatta i de LSS-boenden som omfattas av utredningens uppdrag är i genomsnitt yngre än brukarna inom boendeformerna enligt SoL. Det totala antalet boende inom LSS-boendena som omfattas av uppdraget är också avsevärt lägre än antalet boende inom de SoL-boenden som omfattas. I LSS-gruppen finns dock även äldre personer. Antalet äldre personer som har insatser enligt LSS ökar, bl.a. eftersom personer med Downs syndrom i dag lever längre än tidigare. Den vanligaste formen av LSS-insats för äldre personer är bostad med särskild service.

Av tabell 4.2 framgår hur många personer som bodde i de LSS-boenden som omfattas av utredningens uppdrag, den 1 oktober 2022, och vilken personkrets enligt 1 § LSS som personerna tillhörde. Upp-

⁶⁹ Lundgren, L. & Sunesson, P.-A. (2023). *Nya sociallagarna. Med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2023*. JUNO, version 36, kommentaren till 1 § LSS.

gifterna kommer från Socialstyrelsens register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Som framgår är den klart vanligaste insatsen bostad med särskild service för vuxna och tillhörighet till personkrets 1. En större andel pojkar och män än flickor och kvinnor bor i dessa LSS-boenden. Det finns ingen nedre åldersgräns för bostad med särskild service för barn, men drygt 9 av 10 barn och ungdomar hade en beviljad insats i oktober 2022 var 13 år eller äldre.

På samma sätt som med tabell 4.1 utgör uppgifterna en ögonblicksbild som kan ändras när kommunerna rapporterar nya uppgifter. Det utredningen vill illustrera är den övergripande bilden av fördelningen per boendeform och personkretstillhörighet.

Tabell 4.2 Antal personer boende i bostad enligt 9 § 8 och 9 LSS* per den 1 oktober 2022

Boendeform, kön och tillhörighet till personkrets

	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	Totalt
Familjehem (9 § 8)	41	0	0	41
Fördelning pojkar/flickor	26/15	-	-	26/15
Bostad med särskild service, barn (9 § 8)	798	1	9	808
Fördelning pojkar/flickor	498/300	1/0	6/3	505/303
Bostad med särskild service, vuxna (9 § 9)	26 623	691	1 951	29 265
Fördelning män/kvinnor	15 640/10 983	439/252	1 159/792	17 238/12 027
Annan särskilt anpassad bostad, vuxna (9 § 9)	440	42	150	632
Fördelning män/kvinnor	247/193	30/12	91/59	368/264

Källa: Socialstyrelsen – Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022.

* Statistiken motsvarar de definitioner som anges i 9 § 8 respektive 9 § 9 LSS. Observera att uppgifterna representerar en ögonblicksbild som hämtats från ett levande register. Uppgifterna ändras när kommunerna rapporterar in nya uppgifter.

Det totala antalet personer som bodde i boende enligt LSS i oktober 2022 uppgick till 30 746 personer (närmare 59 procent pojkar/män och drygt 41 procent flickor/kvinnor). Gruppen är alltså ungefär en tredjedel så stor som den grupp som bor inom äldreboenden och bostad med särskild service enligt SoL (se tabell 4.1).

Antalet personer som bor i ett LSS-boende för vuxna har ökat i en jämn takt det senaste decenniet från cirka 23 400 år 2010 till cirka

29 900 år 2022. Antalet boende i LSS-boende för barn och ungdomar har under samma period minskat från cirka 1 400 till 800.

Av HALT-undersökningen från 2022 framgår att 23 procent av brukarna var desorienterade, men resultaten ska tolkas med stor försiktighet eftersom de baseras på ett lågt antal personer från ett begränsat antal kommuner. Motsvarande andel för HALT 2021 var 15 procent och för HALT 2020 var andelen 9 procent.⁷⁰

Av de 28 500 personer som den 1 oktober 2021 bodde i LSS-boenden fick drygt 82 procent (23 300 personer) insatser inom kommunal hälso- och sjukvård någon gång under 2021.⁷¹

4.4 Personalen på boendena

4.4.1 Allmänna råd om personalens kunskaper

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOFDFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre finns rekommendationer om vilka grundläggande kunskaper personalen som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre minst bör ha. Råden gäller bl.a. den personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL i en särskilt inrättad boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket SoL (äldreboende). Där framgår bl.a. att personalen bör ha förmåga att kommunicera med anhöriga och med personer ur olika yrkesgrupper samt förstå, tala, läsa och skriva svenska. Vidare bör personalen ha kunskaper om hälso- och sjukvård, kunskap om basal hygien och om att förhindra smitta och smittspridning, samt förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet.

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning omfattar bl.a. personal som i sin yrkesutövning ger personer med funktionsnedsättning stöd, service

⁷⁰ Folkhälsomyndigheten. (2023). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2022*; Folkhälsomyndigheten. (2022). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2021*; Folkhälsomyndigheten (2021). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2020*. I undersökningen för 2022 ingick 176 personer med boende enligt LSS. I rapporten för 2021 var motsvarande antal 113 personer och för 2020 var motsvarande antal 178 personer.

⁷¹ Socialstyrelsen. (2022-05-31). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* [Faktablad].

eller omsorg efter beslut enligt 4 kap. 1 och 2 §§ SoL om bostad med särskild service, enligt 9 § 8 LSS om bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet, och enligt 9 § 9 LSS om och bostad med särskild service för vuxna. I råden anges bl.a. vilka utbildningar som, om de genomförs med godkänt resultat, kan anses ge de kunskaper och förmågor som rekommenderas i de allmänna råden. Det anges också vilka kunskaper och förmågor som den personal som omfattas av råden som minst bör ha, bl.a. avseende regelverk, hälsa, kommunikation och personlig omsorg men även kunskap om att förhindra smitta och smittspridning.

4.5 Personal på äldreboenden

Den största personalgruppen på äldreboenden är omsorgspersonal. De flesta av dessa är undersköterskor, följt av vårdbiträden. Omsorgspersonalen sköter den dagliga omvårdnaden av de boende, vilket kan innefatta att hjälpa till med förflyttningar, på- och avklädning, hygien och måltider. Omsorgspersonalen hjälper också till med promenader, sociala aktiviteter, emotionellt stöd, städning och kontakter med anhöriga.⁷² Undersköterskor kan utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter efter instruktion och delegering om de har tillräcklig kompetens eller erfarenhet för det.⁷³

Sedan den 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel, vilket innebär att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska får använda titeln (4 kap. 5 a § PSL, 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § tredje stycket LSS). Den som vid lagändringens ikraftträdande var tillsvidareanställd med yrkestiteln undersköterska får dock fortsätta att använda titeln under en tioårsperiod från ikraftträdandet. Grunden för att få en skyddad yrkestitel kommer att vara det nya utbildningsinnehållet i gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram.⁷⁴

På äldreboenden arbetar även sjuksköterskor som bl.a. ansvarar för medicinska bedömningar, insatser och att ge stöd och handledning till omsorgspersonalen.⁷⁵ I snitt i landet har en sjuksköterska

⁷² Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 24 f.

⁷³ SOU 2022:41, s. 177.

⁷⁴ Prop. 2020/21:175.

⁷⁵ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 24 f. s. 26.

hand om cirka 30 omsorgstagare på vardagar och mellan 100 och 150 på helgdagar.⁷⁶ Enligt en studie av äldreomsorgen genomförd av forskare på Stockholms universitet, har arbetstygden för personalen på äldreboenden ökat märkbart mellan år 2005 och 2015, vilket troligen hänger samman med att de som får plats på boende är betydligt sjukare än tidigare, utan att personaltätheten har ökat.⁷⁷ Så sent som 2019, dvs. året innan covid-19-pandemin, konstaterade Socialstyrelsen att det rådde brist på utbildad personal inom äldreomsorgen samtidigt som sjukfrånvaron bland framför allt undersköterskor var hög. Dessutom rapporterades svårigheter att behålla befintlig personal, rekrytera nya medarbetare, säkerställa kompetensutveckling och att använda kompetens på ett effektivt sätt.⁷⁸

Den närmaste chefen för den operativa verksamheten i äldreomsorgen, första linjens chef, har bl.a. ansvar för personal, budget, utveckling och arbetsmiljö. Den titel som vanligtvis används är enhetschef eller verksamhetschef. Denna chefsnivå kan beskrivas som en mellanposition där rollen som första linjens chef innebär att balansera olika intressen och viljor inom ramen för givna resurser för att dels säkerställa god kvalitet i verksamheten, dels leva upp till brukarnas, personalens samt de överordnades förväntningar. Rollen som första linjens chef har på grund av organisationsförändringar inneburit ett breddat uppdrag och ökad komplexitet, samtidigt som arbetsuppgifterna har blivit mer kvalificerade. När det gäller utbildningsnivå hade enligt Socialstyrelsens rapport år 2021 74 procent av första linjens chefer en eftergymnasial utbildning om tre år eller längre och 19 procent hade eftergymnasial utbildning kortare än tre år. De vanligaste utbildningarna för första linjens chefer var socionom- eller sociala omsorgsprogrammet (41 procent), följt av sjuksköterskeutbildning (25 procent) och därefter beteende-vetenskaplig utbildning (14 procent). Medelvärde för antalet anställda per första linjens chef var år 2021 50 anställda.⁷⁹

Som nämnts ovan har Socialstyrelsen allmänna råd med rekommendationer om vilken kompetens personal som arbetar med äldre personer respektive personer med funktionsnedsättning bör ha. Ett

⁷⁶ SOU 2020:80, s. 105.

⁷⁷ Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, s. 28.

⁷⁸ Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019*, s. 46 ff.

⁷⁹ Socialstyrelsen. (2021). *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen*.

problem som återkommande har uppmärksamrats, inte minst under pandemin, är dock att det finns utmaningar med kompetens och bemanning i äldreomsorgen. Det har länge funnits en brist på arbetsökande med vård- och omsorgsutbildning på gymnasienivå. En konsekvens av detta är bl.a. att befintlig personal får arbeta mer och att arbetsgivare sänker kraven på utbildning och erfarenhet, vilket i sin tur riskerar att försämra arbetsmiljö och försämra kvaliteten i vård och omsorg.⁸⁰

4.5.1 Personal på LSS-boenden

Inom funktionshinderområdet används flera olika yrkestitlar för att beskriva samma typ av anställningar; boendestödare, behandlingsassistent, habiliteringsassistent, vårdbiträde och vårdare. Inom området finns också stödpedagoger, socialpedagoger, aktivitetspedagoger, omsorgspedagoger och habiliteringspedagoger. De senare yrkena kräver särskild utbildning.⁸¹ Enligt Socialstyrelsens rapport om kompetens i LSS-boenden från 2021 finns det ett stort behov av utbildning för personal som arbetar i LSS-bostäder eftersom endast 64 procent (bostad med särskild service för vuxna) respektive 38 procent (bostad med särskild service för barn eller ungdomar) av den tillsvidareanställda personalen har en utbildning inom vård och omsorg. Av den visstidsanställda personalen har endast 39 procent (bostad med särskild service för vuxna) respektive 28 procent (bostad med särskild service för barn eller ungdomar) en grundutbildning inom vård och omsorg. Färre än 8 procent av den tillsvidareanställda personalen inom samtliga typer av boende har utbildning från barn- och fritidsprogrammet.⁸²

I boendeformerna familjehem, bostad med särskild service för barn och ungdomar och bostad med särskild service för vuxna ingår omvårdnad. I de två senare boendeformerna ingår även fritidsverksamhet och kulturella aktiviteter. Begreppet omvårdnad innefattar bl.a. hjälp med hygien, att äta och klä sig, att förflytta sig och att klara personliga inköp. Den enskildes individuella, psykiska och fysiska

⁸⁰ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*, s. 26.

⁸¹ Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden*, s. 19 f.

⁸² Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden*, s. 89 f.

behov ska kunna tillgodoses genom omvårdnaden.⁸³ Personalens roll i LSS-boenden är mångfasetterad och kan handla om att ge praktiskt stöd och service men även om att ge hjälp i att skapa ordning och struktur i tillvaron, förklara och ge stöd att hantera olika situationer och att göra världen begriplig och hanterbar. Enligt Socialstyrelsen finns det behov av att stärka personalens kompetens inom kommunikation och hjälpmedel för kommunikation, funktionsnedsättningar och dess konsekvenser, regelverket på socialtjänstens område inklusive LSS och dokumentation. Kompetensbrister kan bl.a. öka risken för tvångs- och begränsningsåtgärder. En aspekt av kvalitet inom dessa boenden är att ha en närvarande chef på plats, men ett hinder för detta är att verksamhetsföreståndare har ansvar för flera verksamheter. Cirka 20 procent av verksamhetscheferna för bostad med särskild service för barn eller ungdomar ansvarar för fyra eller fler verksamheter.⁸⁴

4.6 Regler av betydelse för smittskyddet inom vård och omsorg

I detta avsnitt redogörs för bestämmelser som gäller för och påverkar smittskyddsarbetet för verksamheten, de boende och personalen inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag. Det handlar om olika typer av författningar; direkta krav på att vidta smittskyddsåtgärder, kvalitetskrav vars uppfyllelse kan förutsätta att smittskyddsåtgärder vidtas och bestämmelser som ska leda till att smittrisker upptäcks. Avsnittet inbegriper även en genomgång av relevanta myndighetsföreskrifter på området, samtliga från Socialstyrelsen.

Kohortvård, vårdrelaterade infektioner och vårdhygien, ansvar för hälso- och sjukvård samt dokumentationsskyldighet, som också har betydelse för smittskyddet, behandlas därefter i egna avsnitt (4.6–4.10).

Framställningen omfattar däremot inte bestämmelser om sådan smittspridning som kan utgöra brott.

⁸³ Prop. 1992/93:159, s. 181 f.

⁸⁴ Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden*, s. 88 ff.

4.6.1 Smittskyddsåtgärder enligt smittskyddslagen

Den enskildes ansvar

SmL omfattar hela samhällets smittskydd, inklusive samtliga de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag. Lagen innehåller bestämmelser om smittskyddsåtgärder som riktar sig till människor (1 kap. 1 § SmL). Med smittskyddsåtgärder avses åtgärder som syftar till att hindra spridningen av smittsamma sjukdomar. Vad som utgör smittskyddsåtgärder är inte definierat i SmL och således heller inte begränsat till att avse de åtgärder som är särskilt angivna i lagen. Det kan vara fråga om en mängd skilda åtgärder såsom läkarundersökning inklusive provtagning, behandling i syfte att minska smittsamhet, information till allmänheten om smittvägar och dylikt.⁸⁵ Smittskyddsåtgärder får vidtas för alla smittsamma sjukdomar som omfattas av lagen, men åtgärder som får vidtas med tvång är begränsat till allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar.

För boende, anhöriga och personal inom omsorgen gäller den så kallade skyddsplikten i 2 kap. 1 § och 2 § första stycket SmL och, för den som vet att han eller hon bär på en allmänfarlig sjukdom, informationsplikt enligt 2 kap. 2 § andra stycket SmL. Vilka försiktighetsåtgärder som var och en ska vidta ska anpassas efter situationen och vilken smittsam sjukdom det är fråga om. Därutöver gäller skyldigheten att söka läkare vid misstanke om allmänfarlig sjukdom och delta i smittspårning efter förmåga (3 kap. 1 och 4 §§ SmL).

Förhållningsregler kan för den enskilde t.ex. innebära skyldighet att informera vårdgivare och sådana som utför icke-medicinska ingrepp om smittbärarskap (4 kap. 2 § 4 SmL). För personal kan ett beslut om förhållningsregler t.ex. innebära inskränkningar vad gäller arbete (4 kap. 2 § 1 SmL).

Även mer ingripande smittskyddsåtgärder – tvångsprovtagning, tillfällig isolering och isolering – kan självklart beslutas för boende, anhöriga och personal inom omsorgen under de förutsättningar som anges i SmL. Av de extraordinära smittskyddsåtgärderna är det i praktiken karantän och avspärrning som alls kan aktualiseras i SoL- och LSS-boenden.

⁸⁵ Prop. 2003/04:30, s. 208.

Regionens ansvar

Som framgått av tidigare avsnitt ansvarar varje region för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område (1 kap. 8 § SmL).

Närmast de boende finns vårdpersonal och behandlande läkare som enligt 2 kap. 4 § SmL ska vara uppmärksamma på förekomsten av smittsamma sjukdomar och vidta de åtgärder som skäligen kan krävas från smittskyddssynpunkt. Behandlande läkare ansvarar därutöver bl.a. för anmälan, smittspårning, råd till enskilda och beslut om förhållningsregler (3 och 4 kap. SmL).

Kommuner får i dagsläget inte anställa läkare. För de uppgifter som gäller för behandlande läkare i SmL ansvarar således regionen som huvudman även på t.ex. äldreboenden.

Smittskyddsläkaren har ett samlat ansvar för smittskyddsarbetet inom regionen och ska planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet (6 kap. 1 § SmL). Smittskyddsläkaren får själv ansöka om eller besluta om vissa smittskyddsåtgärder, t.ex. tvångsprovtagning, karantän och tillfällig isolering (se avsnitt 3.1.3) men ska framför allt se till att andra vårdgivare och deras personal vidtar smittskyddsåtgärder. I uppgifterna ingår enligt 6 kap. 2 § SmL att

1. se till att allmänheten har tillgång till den information som behövs för att var och en ska kunna skydda sig mot smittsamma sjukdomar,
2. ge råd och anvisningar om smittskyddsåtgärder för grupper som är särskilt utsatta för smittrisk,
3. se till att förebyggande åtgärder vidtas,
4. stödja behandlande läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som är verksamma inom smittskyddet i arbetet mot smittsamma sjukdomar och när det behövs ge råd om lämpliga åtgärder,
5. följa upp anmälningar om inträffade sjukdomsfall och se till att behövliga åtgärder vidtas för att finna smittkällan och personer som kan ha utsatts för smittrisk samt att ändamålsenliga råd och förhållningsregler ges till dem som kan ha smittats,

6. bevaka att de som bär på en smittsam sjukdom får det stöd eller den vård som påkallas av sjukdomen eller smittrisken,
7. följa att vårdgivare vidtar de åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning, samt
8. fortlöpande följa smittskyddsläget i området.

Uppräkningen är inte avsedd att vara uttömmande. Av särskild relevans i detta sammanhang är punkterna 2, 4, 7 och 8.

Punkt 2 utgör ett komplement till den uppgift som enligt punkt 1 gäller gentemot allmänheten. Det är här fråga om att göra riktade insatser för grupper som löper särskild risk att smittas av viss sjukdom. Meningen är att smittskyddsläkaren ska verka mer tydligt och aktivt vad gäller dessa grupper och att smittskyddsläkarens åtgärder initieras av den allmänna epidemiologiska situationen. Det kan röra sig om uppmaningar både till riskgrupper och hälso- och sjukvårdspersonal.⁸⁶

I förarbetena till *punkt 4* anges bl.a. att det är viktigt att smittskyddsläkaren fungerar som ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal som i sitt dagliga arbete kommer i kontakt med smittsamma sjukdomar, inte minst personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Stödet kan bl.a. ges som råd vid telefonförfrågningar eller skriftlig information, föreläsningar m.m.⁸⁷

Genom en lagändring 2006 klargjordes smittskyddsläkarens uppgifter beträffande vårdrelaterade sjukdomar. Bestämmelsen i *punkt 7* infördes samtidigt som den uttryckliga bestämmelsen om god hygienisk standard togs in i 5 kap. 1 § HSL (se vidare om vårdhygien i avsnitt 4.8.2 och om HSL i avsnitt 4.6.2). I smittskyddsläkarens ansvar enligt punkt 7 ingår att påtala för vårdgivaren vilka åtgärder som krävs för att förebygga smittspridning. Om åtgärder ändå inte vidtas kan smittskyddsläkaren anmäla detta till tillsynsmyndigheten enligt 6 kap. 5 § SmL.⁸⁸ Samtidigt infördes bestämmelsen i 6 kap. 7 a § SmL, enligt vilken smittskyddsläkaren är skyldig att skyndsamt underrätta vårdgivare om iakttagelser som är av betydelse för att förebygga smittspridning inom det verksamhetsområde som vårdgivaren ansvarar för. Tillägget avsåg att ge bättre möjlighet till dialog mellan

⁸⁶ Prop. 2003/04:30, s. 234.

⁸⁷ Prop. 2003/04:30, s. 234 f.

⁸⁸ Prop. 2005/06:50, s. 30 och 54.

smittskyddsläkaren och vårdgivare för att upptäcka och följa uppkomsten av aktuella sjukdomar, inte minst inom öppenvården och de särskilda boendeformerna samt inom hemsjukvården.⁸⁹

Punkt 8 avser smittskyddsläkarens ansvar att löpande hålla sig informerad om smittskyddssituationen inom sitt område. Uppgifter om smittskyddsläget kommer bl.a. från de anmälningar om inträffade sjukdomsfall som läkare har att göra enligt 2 kap. 5–7 §§ SmL. Om smittskyddsläkaren vid övervakningen uppmärksammar förhållanden som kräver smittskyddsåtgärder, ska han eller hon skyndsamt se till att sådana vidtas.⁹⁰

Smittskyddsläkaren har inga tillsynsuppgifter, men det övergripande ansvaret för smittskyddet inom regionen innefattar som nämnts bl.a. en möjlighet att vända sig till IVO om påtalade brister hos vårdgivare inte åtgärdas.

Behandlande läkare ansvarar för en rad smittskyddsåtgärder enligt SmL i den direkta patientkontakten, se avsnitt 3.1.3.

4.6.2 God vård och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 1 och 2 §§ HSL).

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en *god vård* uppfylls. För att uppfylla kravet på en god vård ska vården särskilt vara av *god kvalitet* med en *god hygienisk standard* (5 kap. 1 § p. 1 HSL).

Kvalitetsbegreppet avser kravet på främst vårdens medicinska innehåll i vid bemärkelse. Vård av god kvalitet ska tillgodose behovet av trygghet och säkerhet i medicinskt hänseende.⁹¹ Kravet på god kvalitet förutsätter enligt förarbetena även att vården ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.⁹² Detta framgår dock inte uttryckligen i HSL. Däremot finns i 6 kap. 1 § PSL ett krav på att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och enligt 1 kap.

⁸⁹ Prop. 2005/06:50, s. 31.

⁹⁰ Prop. 2003/04:30, s. 236.

⁹¹ Prop. 1981/82:97, s. 55 f.

⁹² Prop. 1981/82:97, s. 116.

7 § PL ska patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Syftet med kravet på god hygienisk standard är bl.a. att markera vikten av att samtliga vårdgivare så långt som möjligt ska förebygga och motverka förekomsten av vårdrelaterade sjukdomar, med vilket avses smittsamma sjukdomar som uppkommer i samband med vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården. Det gäller oavsett vilken vårdgivare som svarar för vården, och oavsett om det är patienterna eller den vårdande personalen som drabbas. Tillgång till vårdhygienisk kompetens förutsätts.⁹³ Vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven på en god vårdhygien samt att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas.^{94 95} Vårdhygien beskrivs utförligare i avsnitt 4.8 och i avsnitt 6.4 beskrivs de förslag som under utredningstiden lagts på området.

I 5 kap. 2 § HSL finns ett särskilt stadgande om att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas bl.a. den personal och de lokaler som behövs för att god vård ska kunna ges. Någon miniminivå som inte får underskridas för att lagkraven ska anses vara uppfyllda framgår inte av lagtext eller förarbeten, men av regleringen i HSL och PSL följer att det här primärt är uppgifter för sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna.⁹⁶

Enligt 5 kap. 4 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Bestämmelsen har ett nära samband med kvalitetskraven i 5 kap. 1 § 1 och 5 kap. 2 § HSL och kan sägas syfta till att ytterligare betona vikten av att vårdgivare inom alla sektorer av hälso- och sjukvården verkligen uppfyller dessa kvalitetskrav. Sedan tillkomsten av PSL innebär bestämmelsen i 5 kap. 4 § HSL i huvudsak en dubbelreglering eftersom 3 kap. 1–10 §§ PSL

⁹³ Prop. 2005/06:50.

⁹⁴ Prop. 2005/06:50, s. 53.

⁹⁵ Krav på vårdlokaler och utrustning finns även i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:1) om arbetsplatsens utformning, för vissa vårdlokaler i 17 § AFS 2018:4 och personlig skyddsutrustning enligt AFS 2001:3. Krav på riskbedömning, uppföljning och utbildning finns i bl.a. 6 och 13 §§ i AFS 2018:4, se avsnitt 4.6.5 nedan.

⁹⁶ Johnsson, L-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik, s. 129.

handlar om vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.⁹⁷

PSL syftar till att främja hög patientsäkerhet och gäller bl.a. i den kommunala hälso- och sjukvård som ges vid särskilda boenden.⁹⁸ Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En allvarlig vårdskada är en vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (1 kap. 5 och 6 §§ PSL).

Vårdgivare är skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket bl.a. innebär att kraven på god vård enligt HSL ska upprätthållas (3 kap. 1 § PSL). Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas (3 kap. 2 § PSL). Vårdgivaren är skyldig att till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (*lex Maria*, 3 kap. 5 § PSL) och om det finns skälig anledning att befara att någon legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är eller har varit verksam hos vårdgivaren kan utgöra en fara för patientsäkerheten (3 kap. 7 § PSL).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete finns kompletterande föreskrifter och allmänna råd till bestämmelserna i 3 kap. PSL. Föreskrifterna ska bl.a. tillämpas i verksamheter som omfattas av HSL. Föreskrifterna innehåller bl.a. bestämmelser om hur utredningen av vårdskador och händelser som hade kunnat medföra en vårdskada ska utredas (3 kap. nämnda föreskrift) och bestämmelser som ålägger vårdgivaren att fastställa rutiner som säkerställer att denne följer skyldigheten att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada, och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Vårdgivaren ska också fastställa rutiner som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör skyldigheten att rapportera såväl risker för vårdskador som händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (6 kap. nämnda föreskrift).

⁹⁷ Johnsson, L.-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik, s. 141–142.

⁹⁸ Definitionerna av vårdgivare är likartade i PSL och HSL, se 1 kap. 3 § PSL och 2 kap. 3 § HSL.

Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Patientsäkerhetsregleringen är nära förknippad med arbetsmiljöregleringen som kort beskrivs i 4.6.5.

4.6.3 God kvalitet och undvikande av missförhållanden inom socialtjänstens område

Socialtjänstlagen

Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § SoL vara av god kvalitet. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I förarbetena anges att det är svårt att på ett entydigt sätt precisera vad som kan anses vara god kvalitet inom socialtjänstens olika verksamhetsområden. Kvalitet är ett svårfångat begrepp och vad som är god kvalitet låter sig inte fastställas på ett entydigt och objektivt sätt. Vad gäller äldreomsorgen enligt SoL finns det i förarbetena inga uttalanden om smittskydd i relation till begreppet god kvalitet.⁹⁹

Regleringen avseende personal i bestämmelsens andra stycke syftar till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet för yrken inom socialtjänsten. Detta är enligt förarbetena av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet. Det ligger även i sakens natur att socialtjänsten med sina vitt skilda uppgifter behöver personal med skiftande utbildning och erfarenhet.¹⁰⁰

I allmänna råd (SOSFS 2007:17) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser äldre personer beskriver Socialstyrelsen bl.a. lämplig utbildning, kunskap och färdigheter för den som ska arbeta med att handlägga och följa upp ärenden som avser äldre personer. Liknande allmänna råd finns vad gäller personer med funktionshinder i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2008:32) om personalens kompetens vid handläggning och

⁹⁹ Prop. 1996/97:124, s. 51 f. och 176. För en utförligare beskrivning och analys av begreppet kvalitet i SoL, se SOU 2020:47, särskilt kapitel 11–15.

¹⁰⁰ Prop. 1996/97:124, s. 48 och s. 51.

uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder knyter an till 3 kap. 3 § andra stycket SoL.

Från och med den 1 juli 2023 är undersköterska en skyddad yrkestitel. För att få använda yrkestiteln undersköterska i verksamheter enligt SoL krävs en utbildning med inriktning mot vård och omsorg från gymnasieskolan eller kommunal vuxenutbildning, eller att motsvarande kompetens har förvärvats (4 kap. 5 a § PSL). Sedan tidigare finns likartade bestämmelser för legitimationsyrkena inom hälso- och sjukvården (4 kap. 1–5 §§ PSL).

Tillstånd till att bedriva enskild verksamhet enligt SoL, t.ex. ett särskilt boende, får beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet (7 kap. 1 och 2 §§ SoL).

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Verksamhet enligt LSS ska enligt 6 § LSS vara av god kvalitet, och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Sedan den 1 juli 2023 gäller för undersköterskor motsvarande i LSS-verksamheter som gäller för SoL-verksamhet enligt ovan (6 § tredje stycket LSS).

Vad som utgör god kvalitet kan inte fastställas på ett entydigt och objektivt sätt. Vissa faktorer har emellertid avgörande betydelse för att verksamheten enligt LSS ska kunna sägas ha god kvalitet, exempelvis att det finns en överensstämmelse med de mål som gäller för verksamheten och att verksamheten uppfyller bestämmelserna i LSS. För att uppnå god kvalitet i verksamheten krävs att grundläggande rättigheter är tillgodosedda såsom rättssäkerhet, medinflytande för den enskilde och en lättillgänglig service. Att brukaren bemöts på ett bra sätt är väsentligt och generellt krävs också att personalen har lämplig utbildning och/eller erfarenhet. Andra faktorer som ger förutsättningar för en god kvalitet är bl.a. väl fungerande arbetsledning och ett genomtänkt arbetssätt.

Enligt 6 § andra stycket LSS ska det för verksamheten finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Något krav på att anställa personal av det ena

eller andra slaget ställs inte upp i lagen. Det ankommer på huvudmännen själva att organisera verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.¹⁰¹

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning har beskrivits utförligare i avsnitt 4.4.1 ovan.

Ytterligare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2008:32) om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder.

Lex Sarah inom SoL och LSS

För att undvika missförhållanden åläggs var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten att medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet (14 kap. 2 § SoL). Bestämmelsen kallas *lex Sarah* och fylls ut av föreskrifter från Socialstyrelsen.

I 24 a § LSS finns en bestämmelse som motsvarar *lex Sarah* bestämmelsen i 14 kap. 2 § SoL. Var och en som fullgör uppgifter enligt LSS ska medverka till att den verksamhet som bedrivs och de insatser som genomförs är av god kvalitet. Skyldigheten gäller både i offentlig och i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet enligt LSS.

Flera förutsättningar ska vara uppfyllda för att skyldighet att rapporteringsskyldighet enligt *lex Sarah* ska inträda.¹⁰² Om en smittorisk i en viss situation inom äldreomsorg eller LSS kan anses vara ett missförhållande enligt *lex Sarah* kommer att bedömas i det enskilda fallet. Det skulle dock kunna falla inom ramen för *lex Sarah*, exempelvis om det i verksamheten saknas hygienrutiner eller om verksamheten inte följer regler och rutiner för att minska risken för smittspridning.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om *lex Sarah* innehåller kompletterande bestämmelser till de bestämmelser i SoL och LSS som avser skyldigheten att rapportera och utreda

¹⁰¹ Lundgren, L. & Sunesson, P.-A. (2023). *Nya sociallagarna. Med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2023*. JUNO, version 36, kommentaren till 6 § LSS.

¹⁰² 14 kap. 3 § SoL, 24 b § LSS och 2 kap. 3 § SOSFS 2011:5; prop. 2009/10:131, s. 35 f.; Socialstyrelsen (2014). *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*, s. 46 f.

samt avhjälpa och undanröja missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden, och anmälningsskyldigheten till IVO vid allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden. Föreskrifterna innehåller bl.a. regler om vem som omfattas av rapporteringsskyldigheten, vad som ska anses som missförhållanden och rapporteras samt utredningsförfarandet.

4.6.4 Föreskrifter och allmänna råd

Socialstyrelsen har bemyndiganden att meddela föreskrifter på socialtjänst-, funktionshinder- och hälso- och sjukvårdsområdena. Bemyndigandena finns i SoF, förordningen om stöd och service till vissa funktionshindrade, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

I detta avsnitt ges en översikt av de föreskrifter och allmänna råd som direkt eller indirekt stärker smittskyddet i de verksamheter som omfattas av utredningens uppdrag, och som inte beskrivs i andra delar av betänkandet.

Föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ovan har redogjorts för tre bestämmelser (5 kap. 4 § HSL, 3 kap. 3 § tredje stycket SoL och 6 § LSS) som innebär att kvaliteten i respektive verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten bl.a. i sådan verksamhet som omfattas av nämnda bestämmelser. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbete som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. PSL. Föreskrifterna gäller för såväl vårdgivare som den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS och oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller enskild regi.

Med ledningssystem avses ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd

och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (2 kap. 1 § nämnda föreskrift).

Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 1–2 §§ nämnda föreskrift).

Vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning och identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Därutöver ska den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Vårdgivaren har ett likartat ansvar att identifiera processer men i syfte att förebygga vårdskador (4 kap. 1–2, 5 och 6 §§ nämnda föreskrift).

I föreskrifterna finns också bestämmelser om systematiskt förbättringsarbete som bl.a. ställer krav på genomförande av riskanalyser, utövande av egenkontroll och utredning av avvikelser vad gäller kvaliteten (5 kap. 1–3 a §§ nämnda föreskrift).

Det systematiska kvalitetsarbetet beskrivs av Socialstyrelsen som ett viktigt verktyg för att synliggöra, förebygga och åtgärda förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder i verksamheter som bedrivs med stöd av SoL och LSS.¹⁰³

Föreskrifter om basal hygien i vård och omsorg

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg syftar till att hindra smittspridning. Föreskrifterna gäller bl.a. i verksamheter som omfattas av HSL. Föreskrifterna ska också tillämpas vid genomförande av insatser som har beviljats efter beslut enligt 4 kap. 1 eller 2 § SoL, om insatsen avser sådant boende som avses i 5 kap. 5 eller 7 § samma lag. Föreskrifterna ska även tillämpas i bostäder med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

Kraven på basal hygien omfattar bl.a. handhygien och användning av arbetskläder, skyddshandskar och skyddskläder. Kraven gäller

¹⁰³ Socialstyrelsen. (2016). *Att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder genom det systematiska kvalitetsarbetet*, s. 4.

verksamhet som innefattar arbetsmoment som innebär fysisk kontakt med patienter eller brukare, i situationer där det finns risk för överföring av smittämnen.

Föreskrifterna gällde tidigare enbart inom hälso- och sjukvården. Utvidgningen till att även omfatta bl.a. särskilda boenden enligt SoL och LSS syftade till att samma rutiner ska gälla, oavsett vilken verksamhet som utför ett vård- eller omsorgsmoment.¹⁰⁴

Föreskrifterna om basal hygien gäller alltså sådan skyddsutrustning som är till för vårdens kvalitet och patientsäkerhet, vilket är vårdgivarens ansvar. Föreskrifterna reglerar inte användningen av vad som betecknas personlig skyddsutrustning och avser att skydda den anställda.

Föreskrifter om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS

Sedan den 1 november 2022 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS. Föreskrifterna utgår från Socialstyrelsens bedömning att de aktuella verksamheterna behöver förebygga och förhindra smitta och smittspridning för att kunna säkerställa en god kvalitet i insatserna. Det är t.ex. inte tillräckligt att enbart tillämpa de basala hygienkrav som anges i SOSFS 2015:10. Föreskrifterna förtydligar på vilket sätt verksamheterna behöver arbeta för att kunna förebygga och förhindra smitta och smittspridning i den egna verksamheten för att uppfylla kraven på god kvalitet.¹⁰⁵

Enligt 3 § nämnda föreskrift ska den som bedriver aktuell verksamhet fastställa rutiner för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten. I ett allmänt råd har Socialstyrelsen utvecklat vad rutinerna bör avse. Det handlar bl.a. om vem som ansvarar för att olika smittförebyggande åtgärder vidtas i verksamheten, hur verksamheten kan samverka med hälso- och sjukvården, hur de smittförebyggande åtgärderna ska följas upp och hur personalen i verksamheten ska informeras om rutinerna. Av rutinerna bör det även framgå hur den som har beviljats en insats och dennes när-

¹⁰⁴ Socialstyrelsen. (2021). *Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner*, s. 10.

¹⁰⁵ Socialstyrelsen. (2022). *Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen* [Meddelandeblad].

stående kan få information om hur verksamheten arbetar för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning.

I 5 § nämnda föreskrift görs en koppling till föreskriften om ledningssystem, se ovan. Bestämmelsen stadgar att den som bedriver verksamhet som en del av det fortlöpande arbetet med riskanalyser ska bedöma vilka risker för smitta och smittspridning som finns i verksamheten och vilka åtgärder som behöver vidtas för att förhindra smitta och smittspridning i verksamheten.

I 6 § nämnda föreskrift föreskrivs att den som bedriver verksamheten ska erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i att förebygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten, och basal hygien med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg. Syftet med utbildningen ska vara att personalen ska kunna omsätta kunskaperna i det praktiska arbetet. I ett allmänt råd till 6 § utvecklas vad utbildningen bör omfatta. Det handlar bl.a. om grundläggande kunskaper om smittvägar och hur dessa kan brytas, vilka risker för smittspridning som finns i verksamheten, vilka rutiner som finns i verksamheten för att förebygga och förhindra smitta och smittspridning, och praktiska moment som gäller t.ex. basal hygien.

Föreskrifter om katastrofmedicinsk beredskap

Som framgått i avsnitt 3.4.1 ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård så att katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 2 § HSL). Närmare bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap. I föreskrifterna definieras katastrofmedicinsk beredskap som "beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse". Allvarlig händelse definieras i sin tur som "händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt". Föreskrifterna ställer bl.a. krav på regionernas förmåga och förmågebedömning vid allvarlig händelse och att varje region ska ta fram en katastrofmedicinsk beredskapsplan och vad som ska framgå i den (4 kap. och 5 kap. 3–4 §§ SOSFS 2013:22). Det finns också bestämmelser om hur regionerna ska planera vad gäller bl.a. bemanning, lokaler och

hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmateriel och läkemedel (5 kap. 6–10 §§ SOSFS 2013:22).

4.6.5 Arbetsmiljölagen

Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljö och arbetsgivarens ansvar finns i arbetsmiljölagen (1977:1160), AML, och arbetsmiljöförordningen (1977:1166). Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (1 kap. 1 § AML). Arbetsgivare har ansvar för att systematiskt undersöka och förebygga arbetsmiljörisker. I detta ansvar ingår att vidta förebyggande organisatoriska och tekniska åtgärder och säkerställa att arbetstagarna har tillgång till den personliga skyddsutrustning som behövs.

Arbetsmiljön ska vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetet ska planläggas och anordnas så att det kan utföras i en sund och säker miljö och arbetslokalen ska vara utformad och inredd så att den är lämplig från arbetsmiljösynpunkt (2 kap. 1–3 §§ AML). Om betryggande skydd mot ohälsa inte kan nås på annat sätt ska personlig skyddsutrustning användas. Sådan utrustning ska tillhandahållas genom arbetsgivarens försorg (2 kap. 7 § AML). Av förarbetena följer att uttrycket skyddsutrustning avser ett vidsträckt område och att all utrustning och klädsel som fordras för att ett arbete ska kunna utföras utan risk för ohälsa eller olycksfall uppkommer bör hänföras till sådan utrustning.¹⁰⁶

I kapitel 3 i AML anges vad som åligger arbetsgivaren för att uppnå en god arbetsmiljö. I korthet ska arbetsgivaren vidta alla de åtgärder som behövs för att arbetstagare inte ska utsättas för ohälsa eller skador i arbetet. Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbets-skador ska utredas och riskerna i verksamheten ska fortlöpande undersökas av arbetsgivaren, för att denna ska vidta de åtgärder som föranleds av detta. Arbetsgivaren ska även se till att arbetstagaren får god kännedom om de risker som är förbundna med arbetet och att

¹⁰⁶ Prop. 1976/77:149, s. 238.

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

Även arbetstagaren har ett ansvar för att medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagare ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar och i övrigt iaktta den försiktighet som behövs.

Föreskrifter

Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittrisker syftar till att förebygga risker för att arbetstagare blir infekterade av smittämnen, eller blir varaktiga bärare av smittämnen, på grund av sina arbetsuppgifter (1 §). När arbetstagare har arbetsmoment med smittrisk ska arbetsgivaren undersöka och riskbedöma arbetsförhållandena enligt vad som anges i 6 § nämnda föreskrifter. På arbetsställen där det finns smittrisk ska arbetsgivaren vidta åtgärder för att undvika att smittämnen sprids, och se till att antalet arbetstagare som riskerar att utsättas för smittämnen hålls så lågt som möjligt (7 § nämnda föreskrifter). En annan förebyggande åtgärd är att i arbeten med smittrisk ska arbetsgivaren se till att arbetstagare kan tvätta eller desinfektera händerna (9 § nämnda föreskrifter).

I verksamheter där man kan riskera att komma i kontakt med kroppsvätskor från människor ställs krav på bl.a. följande särskilda hygienåtgärder enligt 14 § nämnda föreskrifter:

- Händerna ska desinfekteras före rent och efter orent arbete samt efter att skyddshandskar har använts. Om det behövs ska händerna tvättas med tvål och vatten innan de desinfekteras.
- Händerna ska vara fria från smycken och liknade när handtvätt och handdesinfektion utförs.
- Personlig skyddsutrustning (t.ex. engångsskyddshandskar och visir) ska användas.
- Vid arbetsmoment som innebär risk för allvarlig luftburen smitta ska andningsskydd användas.

I föreskrifterna finns också regler om utbildning av arbetstagare (13 §) och tvätt av arbetskläder och skyddsutrustning (16 och 22 §).

I föreskrifterna klassificeras smittämnen i fyra riskklasser med utgångspunkt i deras förmåga att orsaka infektion och hur allvarliga följderna kan bli. För smittämnen i riskklass 3 och 4 uppställs ytterligare krav på skyddsåtgärder. Virusets SARS-CoV-2 som orsakar covid-19 klassades från och med den 6 april 2020 i riskklass 3. I augusti 2023 kvarstår denna klassning. Riskklass 3 omfattar smittämnen som kan orsaka allvarliga sjukdomar hos människor och kan utgöra en allvarlig fara för arbetstagare. Vid vård och omvårdnad av människor som är eller misstänks vara smittade med smittämne i riskklass 3 eller 4 gäller ytterligare skyddsåtgärder enligt 17 § nämnda föreskrifter, bl.a. avseende att arbetsområdet är avskilt från annan verksamhet i samma byggnad, tillträde för behöriga arbetstagare och filtrering av från- och tilluft.

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning finns vissa kompletterande bestämmelser om skyddsutrustning, främst avseende val och användning av skyddsutrustning samt underhåll och förvaring.¹⁰⁷

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:1) om arbetsplatsens utformning finns krav som bl.a. gäller för vårdlokaler. Föreskrifterna gäller för alla typer av boenden som även är arbetsplatser och riktar sig till arbetsgivaren, men även till fastighetsägaren i vissa fall. Ett flertal paragrafer kan påverka hygien, rengöring och smittspridning. Syftet med föreskrifterna är att förebygga ohälsa och olycksfall samt att ge förutsättningar för en god arbetsmiljö (1 § nämnda föreskrifter). Arbetsplatser ska ha de lokaler och andra utrymmen som behövs med hänsyn till verksamheten, så att risken för ohälsa och olycksfall begränsas (22 § nämnda föreskrifter). Arbetsplatser ska vara utformade för att medge tillräcklig rörelsefrihet för arbetet (25 § nämnda föreskrifter). Vidare finns bestämmelser om luftkvalitet och ventilation (110 § och 111 § nämnda föreskrifter).

¹⁰⁷ Arbetsmiljöverket beslutade under pandemin om vissa undantag från kravet på CE-märkning av personlig skyddsutrustning, se vidare avsnitt 5.2.5.

4.7 Kohortvård

Kohortvård är ett arbetssätt som kan behöva användas i smittskyddsyfte inom vård eller omsorg vid sidan av t.ex. följsamhet till basala hygienrutiner och användning av personlig skyddsutrustning.¹⁰⁸ Det finns ingen legaldefinition av begreppet. I utredningens direktiv beskrivs att kohortvård ”innebär att en eller flera smittade vårdas avskilt av särskilt utsedd personal”.¹⁰⁹ Kohortvård kan innebära förändringar både för enskilda och åtgärder avseende personal och lokaler. Det finns inget stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder vid bedrivande av kohortvård, se vidare avsnitt 4.1.

I ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen från 2006 beskrivs kohortvård som följande.

Med kohortvård avses att grupper av patienter vårdas fysiskt åtskilda och av olika personal under ett arbetspass, både dag och natt. Kohorterna måste definieras enligt exponering för smitta, inte enligt symtom eller mikrobiologiska fynd.¹¹⁰

I SKR:s Vårdhandboken beskrivs kohortvård i samband med virusorsakad gastroenterit, inklusive vinterkräksjuka:

Patienter som insjuknat och exponerade medpatienter bör vårdas dygnet runt av särskilt avdelad personal som inte deltar i vården av övriga patienter, ha ett eget hygienutrymme och vistas på rummet (kohortvårdas).¹¹¹

Generellt gällande en åtgärd som kohortvård kan valet av åtgärd ibland vara styrt av diagnos, ibland styrt av symtom.¹¹²

I avsnitt 5.4 beskrivs hur kohortvård användes under covid-19-pandemin.

¹⁰⁸ Socialstyrelsen. (2022-04-22). *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning*, s. 2 f.

¹⁰⁹ Dir. 2021:68, s. 16; SOU 2020:80, s. 17.

¹¹⁰ Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*, s. 80.

¹¹¹ Vårdhandboken.se är ett kunskapsstöd för verksamheter inom vård och omsorg i landets kommuner och regioner. Vårdhandboken förvaltas av Inera på uppdrag av SKR.

¹¹² I nämnda kunskapsunderlag från Socialstyrelsen framgår bl.a.: ”Vissa länder har mycket detaljerade rekommendationer för olika isoleringsåtgärder, som tillämpas vid olika infektionsdiagnoser. För att ett diagnosstyrt system ska fungera krävs att diagnos misstänks/ställs tidigt, och att de symptomfria smittbärarna är få. I USA har man övergått från ett diagnosstyrt system till ett där patientens symtom avgör vilka skyddsåtgärder som ska tillämpas” (se Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*, s. 81).

4.7.1 Utmaningar med att bedriva kohortvård på LSS- och SoL-boenden

För att kunna bedriva kohortvård ställs krav på tillgång till ändamåls-
enliga lokaler, tillgång till personal och personal med rätt kompetens.

Lokalerna är dock ofta inte ändamålsenligt utformade. Förutsätt-
ningarna att bedriva kohortvård kan skilja sig åt mellan de särskilda
boendena, inte minst när det gäller lokalerna. Vidare finns det skill-
nader i utformningen av äldreboenden respektive LSS-boenden. Bo-
endena eftersträvar en hemlik miljö i form av egna lägenheter. Standard
och utformning skiljer sig mycket åt exempelvis vad gäller tillgång
till hygienutrymmen och möjligheten att dela av boendet för att
separera olika boenden från varandra. Detta har exempelvis påtalats
av Vårdföretagarna som efterfrågar en utfasning av äldreboenden
som inte lever upp till en godtagbar standard exempelvis vad gäller
tillgång till egen toalett och kokmöjligheter.¹¹³ Det kan också kon-
stateras att det föreligger stora skillnader mellan särskilda boenden
och sjukhus när det gäller förutsättningar att bedriva kohortvård och
annat smittskyddsarbete.

Kohortvård är även personalkrävande. Att ha särskilt avdelad per-
sonal som arbetar med de som varit exponerade för smitta är en
personalkrävande åtgärd, särskilt nattetid enligt Socialstyrelsen.¹¹⁴
Under en pandemi, eller t.ex. under en kraftig influensasäsong, till-
kommer risken att personalbristen förstärks av hög sjukfrånvaro bland
personalen.¹¹⁵ Till detta ska läggas att det finns ett generellt personal-
försörjningsproblem inom både äldreomsorg och LSS.

Utöver personaltillgång måste personalen ha rätt kompetens när
det gäller smittskyddsåtgärder. Coronakommissionen lyfter i sitt
delbetänkande att det inom äldreomsorgen finns ett behov av högre
bemanning, ökad kompetens och rimliga arbetsförhållanden.¹¹⁶ Kra-
vet på kompetenshöjande åtgärder återfinns även i Socialstyrelsens
föreskrifter och allmänna råd om smittförebyggande åtgärder i vissa
verksamheter enligt SoL och LSS (HSLF-FS 2022:44). Av 6 § nämnda
föreskrift följer exempelvis att den som bedriver verksamheten ska
erbjuda personalen som genomför insatserna utbildning i att före-

¹¹³ Vårdföretagarna. (2020). *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?*, s. 44.

¹¹⁴ Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag*, s. 80.

¹¹⁵ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Under-
sökning av behov av föreskrifter*, s. 44.

¹¹⁶ SOU 2022:80, s. 250 ff.

bygga och förhindra smitta och smittspridning i verksamheten och basal hygien.

4.8 Vårdrelaterade infektioner och vårdhygien

4.8.1 Vårdrelaterade infektioner

I Sverige uppskattas cirka 39 procent av alla skador i hälso- och sjukvården utgöras av vårdrelaterade infektioner (VRI). VRI orsakar lidande eller död för patienter, förlänger vårdtiden och fördyrar vården. En VRI som hade kunnat undvikas innebär en vårdskada enligt PSL. Uppskattningsvis kan 50 procent av VRI undvikas. Arbetet med att förebygga VRI är därför en helt central patientsäkerhetsfråga.^{117 118} Det preventiva arbetet syftar både till att förebygga uppkomsten av VRI och förhindra smittspridning. Av en rapport från SKR framgår att äldre personer är överrepresenterade vad gäller vårdskador i den somatiska slutenvården.¹¹⁹

Enligt WHO är nationell kapacitet och samordning av vårdhygien viktigt för ett effektivt vårdhygienarbete och för att bättre kunna hantera hälsohot såsom epidemier, pandemier och antibiotikaresistens.¹²⁰

4.8.2 Vårdhygien

Vårdhygien är ett samlingsnamn för ett praktiskt arbetssätt, som vilar på vetenskaplig grund, för att förebygga smittspridning och VRI inom vård och omsorg. I varje region finns en vårdhygienenhet med vårdhygienisk expertis och stödfunktioner såsom medicinteknik och mikrobiologi.

Vårdhygienarbetet kan sägas huvudsakligen grundas på 5 kap. 1 § 1 och 5 kap. 2 § HSL, 3 kap. 1 och 2 §§ PSL och 2 kap. 4 § SmL.¹²¹ Därtill finns föreskrifter från Socialstyrelsen bl.a. om basala hygienåtgärder och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (se avsnitt 4.6.4). Folkhälsomyndigheten har uppgifter inom vårdhygien-

¹¹⁷ Socialstyrelsen. (2019-12-19). *Vårdrelaterade infektioner, VRI*.

¹¹⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Tillgång till vårdhygienisk kompetens – Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner*.

¹¹⁹ Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Skador i somatisk vård 2013–2021*.

¹²⁰ World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*.

¹²¹ Vårdhygien är även centralt inom tandvården.

området i sin instruktion.¹²² I *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* visas hur vård och omsorg kan uppfylla befintliga författningskrav. Vägledningen riktar sig till huvudmän eller vårdgivare inom hälso- och sjukvård och till dem som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS som omfattas av styrande föreskrifter på det vårdhygieniska området.¹²³

Kravet på god vård i 5 kap. 1 § HSL inbegriper att verksamheten ska bedrivas med en god hygienisk standard. Vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven av god vårdhygien samt att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas.¹²⁴

4.8.3 Organisation och tillgång till vårdhygienisk kompetens

Den vårdhygieniska verksamheten hanterar huvudsakligen hygienfrågor inom hälso- och sjukvård och omsorg. Arbetet består bl.a. av epidemiologisk övervakning för att upptäcka fall av smittspridning och infektionsutbrott, undervisning i basal hygien och rådgivning avseende städning, rengöring och desinfektion.

Vårdhygien är närliggande smittskydd. Strukturen för samverkan mellan regionernas smittskydd- och vårdhygienenheter skiljer sig åt mellan regionerna. I de tre storstadsregionerna är smittskydd och vårdhygien åtskilda organisatoriskt. I övriga regioner är det ungefär hälften som har en samorganiserad verksamhet och hälften som har separerade verksamheter. Oavsett organisationsform finns det vårdhygienisk expertis såsom hygienläkare och hygiensjuksköterskor i varje region.¹²⁵

I Socialstyrelsens uppföljning av det vårdhygieniska arbetet 2021 framkom att det i 18 av 21 regioner fanns tillgång till vårdhygienisk expertis för alla regionala hälso- och sjukvårdsverksamheter. I tio regioner hade även de kommunala vårdgivarna fri tillgång till vård-

¹²² 21 § förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

¹²³ Vägledningen är framtagen inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård där Sveriges regioner samverkar.

¹²⁴ Prop. 2005/06:50, s. 53.

¹²⁵ Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling*, s. 32.

hygienisk expertis. I övriga elva regioner var kommunerna tvungna att genom avtal eller annan överenskommelse betala för att få tillgång till vårdhygien. Flera aktörer påpekade att detta betalningsförfarande utgör ett incitament för kommunerna att kostnadsfritt i stället vända sig för konsultation av vårdhygieniska frågor till regionens smittskydd.¹²⁶

I avsnitt 6.4 redogörs för de förslag som på det området lagts fram i spåren av covid-19-pandemin.

4.9 Ansvaret för hälso- och sjukvård

Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL. I förarbetena till LSS uttalas att insatsen bostad med särskild service för vuxna enligt LSS också är sådana bostäder som avses i 5 kap. 7 § SoL och att kommunerna därför har ett hälso- och sjukvårdsansvar för personer som bor i en bostad med särskild service (båda vuxna och barn).¹²⁷

Annan särskilt anpassad bostad är inte att anse som en bostad med särskild service och därmed omfattas brukarna i denna boendeform av regionens hälso- och sjukvårdsansvar. Detsamma gäller underåriga som bor i familjehem (8 kap. 1 och 6 §§ HSL).

Skyldigheten enligt 12 kap. 1 § HSL omfattar inte heller personer som bor i biståndsbedömt trygghetsboende enligt 5 kap. 5 § tredje stycket SoL och de som vistas i hem för viss annan heldygnsvård enligt 7 kap. 1 § 3 SoL. I biståndsbedömt trygghetsboende får kommunen dock erbjuda hemsjukvård om det finns en överenskommelse om det med regionen (12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL).

Kommunens ansvar gäller inte hälso- och sjukvård som ges av läkare. Sådan vård ansvarar regionen för. Regionen får inte heller överlåta ansvaret till en kommun. Detta innebär i princip ett hinder för kommunerna att anställa egna läkare i äldreomsorgen (se 12 kap. 3 och 14 kap. 1 §§ HSL samt 2 kap. 2 § kommunallagen [2017:725]). Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda

¹²⁶ Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling*.

¹²⁷ Prop. 1992/93:159, s. 182.

ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i de boendeformer som anges i 12 kap. 1 § HSL och i förekommande fall hemsjukvård i biståndsbedömt trygghetsboende. Omfattningen och formerna för läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården ska avtalas mellan regionen och kommunerna. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen (16 kap. 1 § HSL).¹²⁸

För att samverkan mellan huvudmännen ska fungera och brukarna tillförsäkras hälso- och sjukvård på samma villkor som andra i samhället, finns regler om samverkan i bl.a. 16 kap. HSL.

Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet (15 kap. 1 § HSL). Ett avtal om t.ex. tillhandahållande av viss vård medför inte att huvudmannaskapet för vården övergår till den vårdgivare som anlitas. Regionen eller kommunen har alltså kvar ett övergripande ansvar för att dess medlemmar får en god vård, vilket bl.a. kan säkerställas genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna.¹²⁹ När en kommun eller en region har anlitat en privat vårdgivare ingår det i ansvaret som huvudman att kontrollera och följa upp verksamheten (10 kap. 8 § kommunallagen).

4.9.1 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

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

Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt, dvs. omfatta en del av kommunen eller en viss vårdinrättning, och innehåller då i regel både sociala och medicinska uppgifter. Det kan också vara en viss

¹²⁸ Se vidare avsnitt 6.8 om förslag och utredningar på detta område.

¹²⁹ Prop. 2016/17:43, s. 115 och 146.

uppgift, t.ex. att svara för en viss avgränsad verksamhet vid kommunens olika boendeformer.

MAS/MAR-funktionen tillkom när kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvård som tidigare åvilat regionerna. Lagstiftaren ansåg då att vissa arbetsuppgifter måste utföras av en medicinskt sakkunnig person med sådan utbildning och erfarenhet att det finns rimliga möjligheter att utföra dem på ett patientsäkert sätt. Det ansågs därför nödvändigt att skapa garantier för att dessa uppgifter alltid ska ligga på en person med tillräcklig kompetens.

Enligt 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, ska MAS eller MAR bl.a. ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde och att patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården är det MAS som ska utföra sådana uppgifter som inom annan hälso- och sjukvård ska utföras av verksamhetschefen enligt 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Utöver de författningsreglerade uppgifterna är det vårdgivaren som bestämmer vilka arbetsuppgifter som MAS eller MAR har.¹³⁰

4.10 Dokumentationsskyldighet

Grundläggande bestämmelser om dokumentationsskyldighet på socialtjänstens område finns i 11 kap. 5–6 §§ SoL och 21 a–b §§ LSS. Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentation ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

¹³⁰ I förslaget till äldreomsorgslag (SOU 2022:41) föreslås MAS-funktionen att utmönstras. Utredningen föreslår en reglerad ledningsstruktur i syfte stötta huvudman och vårdgivare i efterlevnaden av det lagstadgade ansvaret. I kommunen föreslås det finnas en ledningsansvarig för kommunens primärvård. I regionen ska det enligt förslaget finnas en ledningsansvarig för planering och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunens primärvård. På vårdgivarnivå införs enligt förslaget funktionerna kvalitetsansvarig för omvårdnad samt kvalitetsansvarig för rehabilitering, som ska tillsättas om inte verksamhetschefen besitter nödvändig kompetens inom dessa områden.

Enligt 14 kap. 6 § SoL och 24 e § LSS ska ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande dokumenteras, utredas och avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål.

Att tvång har använts i en situation är att betrakta både som en faktisk omständighet och en händelse av betydelse och omfattas därmed av nämnda bestämmelser och ska dokumenteras.

Kompletterande bestämmelser på omsorgsområdet finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården gäller skyldighet att föra patientjournal enligt bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355), PDL. Av 3 kap. 6 § PDL framgår att en patientjournal ska innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om vidtagna åtgärder. Likaså ska den information som patienten har fått dokumenteras, liksom de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Även ställningstaganden att inte vidta någon åtgärd är viktiga att dokumentera inför uppföljningar av vården. Användning av tvång i en akut situation ska också dokumenteras vid hälso- och sjukvård.

Kompletterande bestämmelser finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

5 Erfarenheter från covid-19-pandemin

I detta kapitel redogörs översiktligt för covid-19-pandemins spridning, dess påverkan på äldreboenden, LSS-boenden och vilka åtgärder som vidtogs. Huvudsakligt fokus ligger på pandemins tidiga faser. Framställningen avser inte att vara heltäckande.

Det är vid det här laget välkänt att de boende inom äldreomsorgen drabbades mycket hårt av pandemin, med omfattande sjuk- och döds- tal och isolering från anhöriga. I särskilda boendeformer för äldre rådde under långa perioder besöksförbud.

De boende inom LSS-boenden drabbades också hårdare av smittan än befolkningen i övrigt men drabbades också i hög grad av inskränkningar av t.ex. daglig verksamhet, besöksrestriktioner och social isolering.

Sett till antalet avlidna var de särskilda boendeformerna för äldre avsevärt värre drabbade än LSS-boenden, framför allt till följd av det starka sambandet mellan hög ålder och risk att dö av covid-19.

Brist på skyddsutrustning under pandemins början, de fysiska förutsättningarna i boendena, låg personaltäthet och personalens ibland bristande kompetens är faktorer som i olika utsträckning tros ha bidragit till smittspridningen inom omsorgen. Det finns vittnesmål om att enskilda med kognitiva funktionshinder under pandemin utgjort en risk både för att smitta medboenden och utmaningar för personalen i ett redan pressat läge. Under vissa perioder innebar de höga sjuktalen och frånvaron bland personalen ytterligare utmaningar.

I de hemlika miljöer som boende enligt SoL eller LSS oftast är hade smittan fler sätt att ta sig in jämfört med t.ex. sjukhusmiljöer. Utöver smittspridning mellan personal och boende kunde smittan ta sig in t.ex. i samband med att boende gjorde ärenden utanför sin bostad, när nya boende flyttade in, när anhöriga besökte boende eller när fast eller tillfällig personal tog med sig smitta utifrån till arbets-

platsen.¹ Covid-19 kunde därtill spridas både presymptomatiskt (före symtomdebut hos den smittade) och asymtomatiskt (utan att den smittade upplevde symtom).

Coronakommissionen har bedömt att det var den allmänna smittspridningen i samhället som primärt orsakade den stora smittspridningen på särskilda boenden. För att i en framtida pandemi begränsa den allmänna smittspridningen krävs åtgärder på andra områden än de som ryms inom denna utrednings direktiv. Under utredningsarbetet har många av de brister inom äldreomsorgen som Coronakommissionen uppmärksammar som välkända, på nytt bekräftats av de aktörer utredningen samverkat med. Se också delbetänkandet (som sammanfattas i avsnitt 2.2) där utredningen resonerar om behovet av individinriktade åtgärder i relation till behovet av samhällsinriktade åtgärder under t.ex. pandemier.

5.1 Bakgrund

Den 31 december 2019 informerades Världshälsoorganisationen (WHO) i Kina om flera fall av lunginflammation av okänd orsak i staden Wuhan. I början på januari 2020 konstaterades att det rörde sig om ett nytt coronavirus. Den 13 januari 2020 rapporterade Thailand ett fall av viruset och de följande dagarna rapporterade fler länder bekräftade fall.² De första upptäckterna av fall i Europa rapporterades av Frankrike den 21 januari 2020. Den 24 januari rapporterade WHO att ny epidemiologisk information tydde på att viruset kunde spridas mellan människor.³ Den 30 januari 2020 deklarerade WHO att utbrottet av covid-19 utgjorde ett internationellt hot mot människors hälsa (*public health emergency of international concern, PHEIC*).

Den 31 januari konstaterades det första fallet i Sverige och samma dag hemställde Folkhälsomyndigheten till regeringen att covid-19 skulle klassas som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom, vilket regeringen beslutade om dagen därpå. Det dröjde till slutet på februari innan ytterligare fall konstaterades i Sverige. Redan vid denna tid-

¹ Folkhälsomyndigheten. (2020). *Åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19 från personal till äldre omsorgstagare och patienter*.

² World Health Organization. (2020-01-21). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 1*.

³ World Health Organization. (2020-01-24). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 4*; Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*

punkt hade Chinese Center for Disease Control framhållit att äldre och personer med underliggande sjukdomar löpte ökad risk att bli svårt sjuka av viruset.⁴

Den 10 mars rapporterade Folkhälsomyndigheten tecken på att covid-19 börjat spridas i Region Stockholm och i Västra Götalandsregionen. Samma dag bedömde Folkhälsomyndigheten att risken för samhällsspridning i Sverige var mycket hög och uppmanade alla med symtom på luftvägsinfektion att stanna hemma. En särskild uppmaning att stanna hemma vid symtom riktades till personal inom äldreomsorgen och anhöriga rekommenderades att undvika onödiga besök på sjukhus och äldreboenden. Dagen därpå, den 11 mars, klassificerade WHO utbrottet som en pandemi. Sjukdomen fanns då i 114 länder, antalet bekräftade fall översteg 120 000 personer och omkring 4 000 dödsfall hade rapporterats globalt.⁵

Viruset som orsakar covid-19 (SARS-CoV-2) var redan i sin ursprungliga variant mycket smittsamt. Därtill var mottagligheten i befolkningen från början närmast total och ingen hade immunitet till följd av genomgången infektion.

I juni 2020 beslutade regeringen att tillsätta en kommitté i form av en kommission med uppdrag att utvärdera regeringens, förvaltningsmyndigheternas, regionernas och kommunernas hantering av pandemin – Coronakommissionen. Coronakommissionen lämnade tre betänkanden varav det första särskilt fokuserade på äldreomsorgen. Enligt kommissionen står det klart att ambitionen att skydda de äldre i Sverige var riktig men att strategin misslyckades.⁶

I de särskilda boendeformerna för äldre fanns under pandemin flera omständigheter som bidrog till att öka risken för smittspridning: boendeförhållanden med förhållandevis stora gemensamhetsytor, det omfattande omsorgsbehovet med många nära kontakter, brist på skyddsutrustning och de kognitiva svårigheterna hos en del av de boende. Utöver den ofta höga individuella risken för allvarlig sjukdom eller död (på grund av ålder och samsjuklighet) fanns det för många av de boende också en risk för att smittas av vårdpersonal eller medboende som inte hade förmåga att följa instruktioner om att hålla avstånd med mera.

⁴ SOU 2020:80, s. 34.

⁵ Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*

⁶ SOU 2020:80, s. 245.

Även vissa personer med insatser enligt LSS tillhörde en riskgrupp med högre risk för svårt sjukdomsförlopp vid covid-19. Den höga smittspridningen inom LSS-boendena kan bero på ett omfattande omvårdnadsbehov vilket medför nära kontakt med personal, men också på svårigheter att förstå och följa rekommendationer kring smittskydd.

Från den 1 februari 2020 då covid-19 klassades som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom till att klassificeringen upphörde den 1 april 2022 kan fyra större smittvågor identifieras i Sverige; en första våg mars till juni 2020 med en topp i april sett till intensivvårdade och avlidna, en andra våg omkring november 2020 till januari 2021 med en topp i december för bekräftade fall och avlidna, en tredje våg från mars till april 2021 med en topp i april för bekräftade fall samt en fjärde våg från december 2021 till februari 2022 med en topp för antal bekräftade fall i januari.⁷ Vaccinationerna mot covid-19 påbörjades i Sverige i slutet på december 2020. I februari 2023 var 88,1 procent av alla över 18 år vaccinerade med minst en dos.⁸

I Sverige vidtogs åtgärder utan historisk motsvarighet under framför allt 2020 och 2021. Ny lagstiftning togs fram och befintliga myndiganden utnyttjades av regeringen och myndigheter för att besluta en rad nya förordningar och föreskrifter. Besök i särskilda boendeformer förbjöds (se en detaljerad genomgång i avsnitt 5.2). Långtgående förbud mot inresor i landet infördes och villkorades senare med intyg avseende färskt negativt test, vaccination eller antikroppar avseende covid-19.⁹ Allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, serveringsställen och i stort sett alla andra platser dit allmänheten har tillträde såsom kollektivtrafik, butiker, idrottsanläggningar och bibliotek omfattades under olika perioder av regleringar och rekommendationer i syfte att minska smittspridningen.¹⁰ Universitet och högskolor övergick till stor del till att bedriva utbildning på distans. På landets gymnasieskolor och sedermera även högstudier genomfördes undervisningen periodvis och i olika utsträck-

⁷ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 28 f.

⁸ Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*; Folkhälsomyndigheten. *Statistik för vaccination mot covid-19*.

⁹ Se förordning (2020:127) om tillfälligt inreseförbud till Sverige och förordning (2020:1258) om tillfälligt inreseförbud vid resor från EES-stater och några andra stater till Sverige.

¹⁰ Se bl.a. förordning (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen och lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

ning på distans.¹¹ I stort sett alla restriktioner togs bort i februari 2022. I januari 2023 infördes dock krav på intyg på ett negativt covid-19-test för inresande från Kina, i samband med att landet hastigt lättat på sina dittills mycket långtgående och långvariga restriktioner. Intygskravet upphörde den 19 februari 2023.¹² WHO förklarade den 5 maj 2023 att covid-19 inte längre utgör ett internationellt hot mot människors hälsa.

Fram till den 9 augusti 2023 hade det globalt rapporterats 769 369 823 bekräftade fall av covid-19 till WHO, varav 6 954 336 dödsfall.¹³ De faktiska antalen är dock högre eftersom övervakning och provtagning varierar över tid och mellan olika länder.

5.1.1 Särskilt utsatta för covid-19

Tidigt i pandemin konstaterades att äldre personer och personer med underliggande sjukdomar löpte större risk att drabbas hårt av sjukdomen. Ålder har varit den enskilt starkaste riskfaktorn för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19. Detta har inneburit att bl.a. personer på äldreboenden varit särskilt utsatta. Smittan kom dessutom in tidigt på vissa boenden.

Första och andra veckan i mars 2020 observerade Region Stockholm enstaka fall av covid-19 på vissa av regionens äldreboenden. Strax därefter bekräftade även Västra Götalands smittskyddsenhet att covid-19 fanns på regionens äldreboenden.¹⁴ Stockholms län stod under första halvåret 2020 för en oproportionerligt stor andel av landets totala covid-19-relaterade dödsfall. Dödligheten inom äldreboenden var än mer ojämnt fördelad än dödligheten i befolkningen i stort. I mitten av juni 2020 hade 7,0 procent av de äldre i region Stockholms äldreboenden avlidit med covid-19 jämfört med 2,2 procent i resten av landet.¹⁵

De boenden som fick in covid-19 tidigt under den första vågen saknade ofta möjlighet att förbereda sig, medan de som inte fick in

¹¹ Se bl.a. 29 kap. 29 § skollagen (2010:800), lagen (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid och förordningen (2020:115) om utbildning i vissa skolformer i skolväsendet vid spridning av viss smitta.

¹² Förordning (2023:2) om tillfälliga inresebegränsningar vid resor från Kina till Sverige.

¹³ World Health Organization. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*.

¹⁴ SOU 2020:80, s. 36.

¹⁵ Szebehely, M. (2020). *The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden*. International Long Term Care Policy Network.

smittan tidigt kunde följa utvecklingen och dra lärdomar därifrån.¹⁶ Det finns dock ingen offentlig statistik på smittspridning eller dödlighet per enskilt äldreboende. Smittan var ojämnt fördelad inom landet och mellan boendena.

Fram till och med den 31 oktober 2020 hade hälften av alla som avlidit med covid-19 i Sverige varit folkbokförda i Stockholm och Västra Götaland. Med hänsyn till befolkningens storlek var Stockholm, Södermanland och Dalarna de mest drabbade regionerna, med drygt 100 avlidna per 100 000 invånare i Stockholm, drygt 90 i Södermanland och nästan 80 i Dalarna.¹⁷

LSS-boendena drabbades liksom övriga samhället av pandemin. Det finns dock enligt Socialstyrelsen, som refererar till WHO, flera bidragande orsaker till att personer med funktionsnedsättning löper större risk att smittas med covid-19 än många andra.

- Hinder för att genomföra grundläggande hygienåtgärder, t.ex. handtvätt på grund av t.ex. svåråtkomliga handfat eller fysiska svårigheter.
- Svårigheter att praktisera fysisk distans på grund av omfattande stödbehov.
- Behov av att röra vid saker för att kunna orientera sig i närmiljön.
- Begränsad åtkomst till information, t.ex. på grund av att information inte finns i anpassade format.

Spridningen av covid-19 inom landets LSS-boenden är inte lika undersökt som spridningen inom äldreboendena. Som redan framgått är målgruppen för LSS-bostäder mer disparat än målgruppen för särskilda boendeformer för äldre. Det gör det svårare att dra generella slutsatser om LSS-målgruppen. Den statistik som redogörs för i detta avsnitt måste således betraktas i det ljuset. Uppgifterna om smittade och avlidna med covid-19 bland personer med insatser enligt LSS ska dessutom tolkas med viss försiktighet även av det skälet att det handlar om en relativt liten grupp.

Vad gäller befolkningen i stort hade Socialstyrelsen under pandemin regeringens uppdrag att identifiera vilka grupper i åldern 18–67 år som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarligt sjukdoms-

¹⁶ Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

¹⁷ SOU 2020:80, s. 41.

förlopp om de blir sjuka i covid-19. De 18 grupperna, varav sex tillkom under 2021 jämfört med 2020¹⁸, är 1. cancersjukdom med pågående eller nyligen avslutad behandling, med undantag för hormonell adjuvant behandling, 2. hjärt-kärlsjukdom, t.ex. svår hjärtsvikt, pulmonell arteriell hypertension, kronisk tromboembolisk pulmonell hypertension, komplicerad medfödd hjärtsjukdom och klaffsjukdom med uttalad påverkan på hjärtfunktionen, 3. hypertoni, 4. diabetes med komplikationer i minst ett organsystem, 5. kraftigt nedsatt njurfunktion (CKD stadium 4 och 5), 6. kronisk leversjukdom med cirrhosutveckling eller leverförfettning, 7. diagnosen fetma och body mass index (BMI) 40 eller däröver, 8. neurologisk eller neuromuskulär sjukdom eller skada med påverkan på andningsfunktionen, 9. binjurebarkssvikt, 10. genomgången transplantation med fortgående immunmodulerande behandling, 11. immunbristtillstånd t.ex. vid svår kombinerad immunbrist (SCID), sicklecellsanemi, hiv med låg CD4-nivå, långtidsbehandling med kortison eller andra läkemedel i dos som kan öka infektionskänsligheten och kraftigt nedsatt allmäntillstånd såsom t.ex. vid extrem undervikt, 12. intellektuell funktionsnedsättning, 13. kronisk lungsjukdom med väsentligt minskad lungkapacitet, 14. graviditet från graviditetsvecka 20 + 0 dagar med anledning av ökad risk för prematur förlossning och allvarlig sjukdom hos kvinnan 15. Trisomi 21 (Downs syndrom), 16. schizofreni eller bipolär sjukdom, 17. cerebrovaskulär sjukdom (stroke) och 18. Ovanligt hälsotillstånd där den enskildas tillstånd och symtombild ökar risken för allvarligt sjukdomsförlopp vid covid-19.¹⁹

Äldre och personer med samsjuklighet drabbades hårt

Enligt Socialstyrelsens statistik hade totalt 19 399 personer registrerats som avlidna i covid-19 enligt dödsorsaksintyg inkomna fram till den 7 augusti 2023. 89 procent av dessa, 17 275 personer, var 70 år eller äldre. 7 702 av de avlidna bodde i särskilt boende²⁰ och drygt 89 pro-

¹⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Slutredovisning av regeringsuppdrag om risk för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19*.

¹⁹ Socialstyrelsen. (2021-04-28). *Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19*.

²⁰ I statistiken definieras särskilt boende som "individuellt behovsprövat boende i form av särskilda boendeformer för service och omvårdnad som kommunerna, enligt 5 kap. 5 § eller 7 § socialtjänstlagen, ska inrätta för äldre och personer med funktionsnedsättning som behöver särskilt stöd".

cent av dessa (6 863 personer) avled också på det särskilda boendet. 5 304 av de som avlidit hade hemtjänst.²¹

En absolut majoritet av de som dog i covid-19 på särskilda boenden för äldre²² dog under april och maj 2020, med en topp vecka 16 på närmare 400 avlidna.²³

Även personer med samsjuklighet har drabbats hårt av pandemin. Av 19 399 avlidna personer hade 11 342 personer (58,5 procent) två, tre eller samtliga av de fyra diagnoserna hjärt- och kärlsjukdom, högt blodtryck, diabetes och lungsjukdom. I åldersgruppen 85–89 år hade 2 627 av 4 178 avlidna (62,9 procent) två eller fler av diagnoserna.²⁴

Under år 2020 och den första halvan av 2021 var covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige. På grund av många dödsfall bland äldre i covid-19 minskade medellivslängden 2020.²⁵

Tillgången till vaccin mot covid-19 och den relativt höga vaccinationstäckningen har kraftigt förbättrat situationen i Sverige, i synnerhet för personer med ökad risk för allvarlig sjukdom och död i covid-19. Den 27 juli 2023 noterades för första gången sedan pandemin startade inga patienter med covid-19 inom intensivvården i landet.²⁶

Internationellt perspektiv på smittspridningen i äldreomsorgen

Initialt under pandemin fanns det begränsad internationell statistik och sammanställningar av hur olika länder försökt begränsa smittspridning till och inom boendeformer för äldre. Enligt en sammanställning från mitten av juni 2020 utgjorde personer i äldreboenden i genomsnitt 47 procent av alla covid-19-relaterade dödsfall i de 26 länder där forskarnätverket International Long Term Care Policy Network²⁷ hade tillgång till uppgifter. I Sverige var andelen 47 procent (dvs. motsvarade genomsnittet), i Danmark 35 procent, i Norge 59 procent och i Finland 45 procent. I oktober samma år var motsvarande siffror 46 procent för Sverige, 35 procent för Danmark, 53 procent

²¹ Socialstyrelsen. *Statistik om avlidna i covid-19* [Dataset].

²² Ett särskilt boende för äldre är enligt Socialstyrelsens definition ett boende som tillhandahåller bostäder eller platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg för äldre personer med behov av särskilt stöd.

²³ Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre*, s. 10.

²⁴ Socialstyrelsen. *Statistik om avlidna i covid-19* [Dataset].

²⁵ Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre*.

²⁶ Svenska Intensivvårdsregistret. *Antal som intensivvårdas med Covid-19 per dag*.

²⁷ ltccovid.org.

för Norge och 42 procent för Finland. Om man i stället ser till hur stor andel av de äldre som bor i äldreboenden som hade avlidit av eller med covid-19 var skillnaderna betydligt större. Sverige låg på drygt 3 procent vilket var flerfaldigt högre än Norge, Finland och Danmark.²⁸

I april 2022 publicerade nätverket beräkningar av andelen som avlidit i covid-19 på äldreboenden i relation till hur många som bodde på äldreboenden vid pandemins början. Klart lägst andel hade Sydkorea (0,12), Australien (1,01) och Norge (1,88). I Sverige beräknades andelen per den 11 april 2022 till 7,96 procent. För Belgien, England, USA och Skottland är andelen avlidna över 10 procent. Samma rapport finner att trots alla åtgärder som vidtagits för att minimera risken för smittspridning inom äldreomsorgen, är den faktor med störst betydelse för covid-19-dödlighet inom äldreomsorgen hög smittspridning i det omgivande samhället.^{29 30} Resultaten ska dock av flera skäl tolkas och jämföras med försiktighet. Olika definitioner av äldreboenden (*care homes*) används och åldersfördelningen inom dem kan variera. Skillnader finns också i om rapporteringen inkluderar enbart bekräftade eller även misstänkta fall, och om rapporteringen inkluderar alla dödsfall eller bara sådana som skett på boendet. Resultaten anges här i syfte att överskådligt visa den kraftiga överrepresentation som äldreboenden hade under pandemin vad gäller framför allt dödlighet, i Sverige och i andra länder.

Risikfaktorer och statistik avseende LSS

För de boende i äldreomsorgen finns en gemensam tydlig riskfaktor förknippad med allvarlig sjukdom och död i covid-19, nämligen hög ålder. Motsvarande gemensamma riskfaktor för covid-19 finns inte hos de personer som bor inom LSS.

Personer med funktionsnedsättning kan, om de smittas, löpa större risk att utveckla ett svårt sjukdomsförlopp vid covid-19 bl.a. på grund av det redan existerande hälsotillstånd som ligger bakom

²⁸ Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

²⁹ International Long Term Care Policy Network (2022-04-25). *International data on deaths attributed to COVID-19 among people living in care homes*.

³⁰ Se också Coronakommissionens slutsatser (avsnitt 6.1) och Socialstyrelsen. (2021). *Vård och omsorg för äldre 2021*, s. 16. Socialstyrelsen skriver att smittspridningen till och inom SÄBO är en komplex fråga, men att den allmänna smittspridningen i samhället högst sannolikt är den enskilt viktigaste faktorn bakom den stora smittspridningen i äldreboendena.

funktionsnedsättningen (t.ex. neurologisk sjukdom eller flerfunktionsnedsättning) och samsjuklighet (t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar hos personer med Downs syndrom). WHO betonar också att personer med funktionsnedsättning kan påverkas oproportionerligt negativt av pandemin på grund av avbrott i de stöd som de är beroende av. Socialstyrelsen har i sin tur även konstaterat att kommunikationssvårigheter för personer med exempelvis intellektuell funktionsnedsättning kan bidra negativt, exempelvis när det gäller att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter samt förlust av lukt- och smaksinne.

Flera internationella forskningsstudier bekräftar WHO:s kommentarer och har visat på en förhöjd risk vid insjuknande i covid-19 för personer med Downs syndrom och intellektuell funktionsnedsättning. Den förhöjda risken gäller både ett allvarligt sjukdomsförlopp och att avlida vid covid-19.^{31 32}

Enligt Socialstyrelsens uppgifter smittades under 2020 totalt 3 558 personer med någon insats enligt LSS (dvs. även andra insatser än bostad) med covid-19. Det motsvarar 4,2 procent av samtliga i gruppen. Motsvarande andel smittade i totalbefolkningen var 5,5 procent. Andelen smittade i LSS-boende för vuxna var dock högre än genomsnittet för alla med LSS-insatser. I LSS-boende för vuxna smittades 6,2 procent och i LSS-boende för barn och unga 5,5 procent. En bidragande anledning till den höga smittspridningen inom dessa boendeformer är enligt Socialstyrelsen troligen omfattande omvårdnadsbehov, vilket medför nära kontakt med personal. Det kan även bero på att många av de boende har en intellektuell funktionsnedsättning, vilket kan medföra svårigheter att förstå rekommendationer kring smittskydd. Att andelen smittade med personlig assistans samtidigt var lägre (4,2 procent) än i boendeformerna trots att personlig assistans kräver nära kontakt, kan enligt Socialstyrelsen bero på att assistansanvändarna har färre personer som ger stöd.

Dödligheten var högre bland mottagare av LSS-insatser jämfört med befolkningen i övrigt. I hela gruppen med någon insats enligt LSS avled under 2020 4,2 procent av de som bekräftats smittade med covid-19. Alla som avled med covid-19 behöver inte ha haft en laboratoriebekräftad smitta, varför andelen bör tolkas med viss försiktighet. Motsvarande andel i totalbefolkningen var 1,6 procent. Resultatet

³¹ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 16.

³² World Health Organization. (2020). *Disability considerations during the COVID-19 outbreak*.

tatet ligger enligt Socialstyrelsen i linje med internationell forskning som visar att personer med vissa intellektuella funktionsnedsättningar har en förhöjd risk för ett allvarligt sjukdomsförlopp om de insjuknar i covid-19.

Bland de boende i bostad med särskild service för vuxna bekräftades 1 731 av totalt 27 880 personer smittade av covid-19 under 2020, varav 74 avled. I bostad med särskild service för barn och unga bekräftades 47 av 856 personer smittade under 2020, varav ingen avled.

Enligt Socialstyrelsen finns det troligen flera orsaker till den höga andelen avlidna, t.ex. samsjuklighet i form av diabetes samt hjärt- och kärlsjukdomar. Det kan även handla om svårigheter att kommunicera exempelvis feber, andningssvårigheter och förlust av lukt- och smaksinne. Vidare syns vissa skillnader mellan åldersgrupper bland dem som avlidit med covid-19 och som hade insatser enligt LSS. En majoritet (64 procent) av de som avled var under 70 år. Även detta ligger i linje med internationell forskning som visar en förhöjd risk bland yngre med intellektuell funktionsnedsättning att avlida med covid-19.³³

5.2 Besöksbegränsningar, provtagning, smittspårning m.m.

I detta avsnitt redogörs för de tillfälliga förordningar, föreskrifter och allmänna råd som, för att begränsa smittspridning på andra sätt än genom ingripande mot enskilda enligt SmL, gällde inom SoL- och LSS-boenden. Framställningen omfattar både regleringar som var generellt tillämpliga, t.ex. Folkhälsomyndighetens allmänna råd, och sådana som specifikt riktades mot dessa boenden, t.ex. besöksförbudet i särskilda boendeformer för äldre.

I nästa avsnitt (5.3) redogörs för utnyttjandet av smittskyddslagens, SmL:s, mest ingripande bestämmelser under pandemin.

³³ Socialstyrelsen. *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 16–19.

5.2.1 Förordning om tillfälligt besöksförbud

I mars 2020 gick regeringen och Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationer om att inte besöka anhöriga vid särskilda boendeformer för äldre.³⁴ Denna uppmaning följdes sedan av flera författningar som på olika sätt syftade till att skydda de äldsta och sköraste.

Den 30 mars 2020 beslutade regeringen förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19. Förordningen beslutades med stöd av 16 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL,³⁵ och trädde i kraft den 1 april 2020. De boendeformer som omfattades var äldreboenden (5 kap. 5 § andra stycket SoL) och biståndsbedömt trygghetsboende (5 kap. 5 § tredje stycket SoL). Förordningen omfattade också motsvarande boenden som enligt 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL med tillstånd från IVO bedrivs yrkesmässigt av bolag, föreningar, samfälligheter, stiftelser eller enskilda individer. Vissa undantagsmöjligheter från huvudregeln fanns. Beslut enligt förordningen fick inte överklagas.

Boenden enligt 5 kap. 7 § SoL och 9 § LSS 8–9, som omfattas av utredningens direktiv, omfattades således inte av besöksförbudet.

Regeringen beslutade två gånger att förlänga giltigheten av förordningen, först till och med den 31 augusti 2020 och sedan till och med den 30 september 2020.^{36 37}

I allmänna råd som beslutades den 8 april 2020³⁸ gav Socialstyrelsen rekommendationer till verksamhetsansvariga vid boendena som stöd vid bedömningar av om det fanns särskilda omständigheter för att medge undantag från förbudet och om det fanns behov för yrkesutövare att vistas i boendet. I juli 2020 beslutade Socialstyrelsen nya

³⁴ Se även Sveriges kommuner och regioner. (2020-03-23). *Hemställan om behov av regeländringar med anledning av det nya coronaviruset, covid-19*.

³⁵ För boenden enligt 9 § LSS finns ett motsvarande bemyndigande som gäller föreskrifter till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i 13 § LSS.

³⁶ SFS 2020:506 och SFS 2020:751.

³⁷ Beslut om besöksförbud eller besöksrestriktioner och åtgärder som avsåg personalen i äldreboenden fattades även bl.a. i Norge, Finland och Danmark under 2020. Se SOU 2020:80, s. 162 f. och Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.

³⁸ Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2020:17) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.

allmänna råd i samma syfte.³⁹ Råden upphörde att gälla samtidigt som förordningen.⁴⁰

5.2.2 Socialstyrelsens föreskrifter och Folkhälsomyndighetens rekommendationer

När besöksförbudet upphörde gällde i stället, från och med den 1 oktober 2020, föreskrifter från Socialstyrelsen och rekommendationer från Folkhälsomyndigheten kring bl.a. besöksrutiner, avstånd och hygien.⁴¹ Bakgrunden var slutsatserna i ett regeringsuppdrag där Socialstyrelsen bl.a. analyserat det tillfälliga besöksförbudet och bedömt att det kunde upphöra och föreslagit nya föreskrifter.⁴²

Föreskrifterna⁴³ innehöll bestämmelser om verksamheternas ansvar för att skapa förutsättningar så att boende kunde ta emot besök på ett säkert sätt när besöksförbudet upphör att gälla. Det ankom på den verksamhetsansvarige att fastställa rutiner för hur risken för spridning av covid-19 ska kunna begränsas och göra en riskanalys vad besök i det särskilda boendet kunde innebära. Den verksamhetsansvarige skulle vidare se till att personalen kunde tillämpa rutinerna och att de boende och deras besökare fick information om de föreskrifter och allmänna råd samt rekommendationer som Folkhälsomyndigheten hade utfärdat. Folkhälsomyndighetens rekommendationer var också riktade till verksamhetsansvariga vid de särskilda boendeformerna för äldre.

Föreskrifterna ändrades vid ett tillfälle⁴⁴ och fortsatte att gälla även efter att möjlighet till besöksförbud infördes på nytt (se nästa avsnitt). Föreskrifterna upphörde att gälla vid utgången av maj 2022.⁴⁵

³⁹ Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2020:41) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

⁴⁰ Socialstyrelsens kungörelse (HSLF-FS 2020:47) om upphävande av allmänna råden (HSLF-FS 2020:41) om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

⁴¹ Regeringen (2020-09-15). *Besöksförbudet på äldreboenden upphör 1 oktober*; Folkhälsomyndigheten. (2020). *Rekommendationer vid besök i särskilda boenden för äldre under covid-19*.

⁴² Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre*.

⁴³ Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:46) om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin.

⁴⁴ HSLF-FS 2021:78.

⁴⁵ HSLF-FS 2022:27.

IVO fick i november 2020 regeringens uppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter.⁴⁶ IVO redovisade sitt uppdrag i december 2021, se vidare avsnitt 6.6.3.

5.2.3 Ny förordning om tillfälligt besöksförbud

När smittspridningen ökade under hösten 2020 beslutade regeringen förordning (2020:979) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19, med stöd av nämnda bemyndigande i SoL. Förordningen beslutades den 19 november 2020 och trädde i kraft två dagar senare, den 21 november. Samma boendeformer som tidigare omfattats av den upphävda förordningen omfattades av den nya. I stället för att föreskriva om besöksförbud direkt i förordningen bemyndigades Folkhälsomyndigheten att meddela föreskrifter om sådana besöksförbud. Föreskrifterna fick avse hela landet, ett län eller delar av ett län. Vissa justeringar gjordes för undantagsmöjligheterna, bl.a. omfattades den som i sin yrkesutövning hade behov av att vistas på de aktuella boendena av undantag från förbudet. Beslut enligt förordningen fick inte överklagas.

Förordningen skulle enligt sin ursprungliga lydelse upphöra att gälla vid utgången av februari 2021. Den 11 februari 2021 beslutade regeringen att förlänga förordningens giltighetstid till den 31 maj 2021.⁴⁷

Folkhälsomyndigheten beslutade den 3 december 2020 föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:78) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19. I bilaga till föreskrifterna angavs de kommuner för vilka besöksförbud skulle gälla. Folkhälsomyndigheten beslutade totalt 13 ändringsföreskrifter med ändringar i bilagan.⁴⁸ Kommuner och regioner skulle enligt en särskild rutin hemställa hos Folkhälsomyndigheten om förbud eller förlängning. Rutinen var utformad för att säkerställa att samverkan skett mellan lokala och regionala aktörer – bl.a. smittskyddsenheten – och att en utvärdering av riskerna gjorts inför ett eventuellt beslut.⁴⁹ Besöksförbuden sattes

⁴⁶ Dnr S2020/08100.

⁴⁷ SFS 2021:91.

⁴⁸ Ändringsförfattningarna HSLF-FS 2020:88, HSLF-FS 2020:89, HSLF-FS 2020:93, HSLF-FS 2021:1, HSLF-FS 2021:4, HSLF-FS 2021:5, HSLF-FS 2021:6, HSLF-FS 2021:7, HSLF-FS 2021:12, HSLF-FS 2021:15, HSLF-FS 2021:16, HSLF-FS 2021:19 och HSLF-FS 2021:45.

⁴⁹ Folkhälsomyndigheten. (2020.12.11). *Ny rutin för införande av besöksförbud på SÄBO*.

som regel att gälla tre veckor åt gången. I totalt 67 kommuner beslutades förbud för någon period. Längst sammanhängande förbud, den 3 december 2020 till den 23 februari 2021, gällde i nio kommuner (Botkyrka, Ekerö, Kungsbacka, Lysekil, Skara, Stockholm, Sölvesborg, Trelleborg och Täby). Förbuden upphörde i stort sett i slutet av februari 2021. Det sista förbudet avsåg Arjeplogs kommun och gällde den 25–31 maj 2021. Folkhälsomyndighetens bemyndigande upphörde att gälla den 31 maj 2021.⁵⁰

Under den tid som den nya förordningen om besöksförbud gällde fortsatte Socialstyrelsens föreskrifter om besök att gälla. Boenden i vissa kommuner hade alltså tillfälliga besöksförbud samtidigt som boenden i andra kommuner fortsatte att hantera besöken i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift.

5.2.4 Kort om lokala och regionala besöksförbud

Under covid-19-pandemin förekom även, vid sidan av regeringens förordningar, lokala och regionala begränsningar av besök i framför allt särskilda boendeformer för äldre men även inom LSS-verksamheter.

Flera kommuner beslutade egna förbud under mars 2020, dvs. även innan det att regeringen beslutat den första förordningen om besöksförbud.⁵¹ I Stockholms stad beslutade Krisledningsnämnden den 18 mars 2020 om vad som betecknades besöksstopp på vård- och omsorgsboenden i staden. Några veckor tidigare hade flera boenden i privat regi eller på entreprenad fattat egna beslut om besöksstopp. Stoppet gällde till och med den 31 mars.⁵² Efter att besöksförbudet med stöd av regeringens förordning upphört i oktober 2020 fattade Krisledningsnämnden i november på nytt beslut om att tillämpa besöksstopp vid kommunens vård- och omsorgsboenden för perioden 12–30 november 2020. Detta beslut överklagades. Förvaltningsrätten i Stockholm fann att beslutet om besöksstopp hade formulerats och implementerats som ett besöksförbud, att besöksförbudet utgjorde ett otillåtet ingripande i rätten till privat- och familjeliv och

⁵⁰ SFS 2021:91.

⁵¹ Se exempelvis SVT Nyheter Halland (2020-03-25). *Flera kommuner i Halland inför besöksförbud på boenden*.

⁵² Stälö, J m.fl. (2021). *Fördjupad analys av äldreomsorg – Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin*. Governo, s. 58–59.

stred mot lag. Beslutet upphävdes med stöd av 13 kap. 8 § 4 p kommunallagen (2017:725). Domen överklagades inte. Likartade domar där kommunala beslut om besöksförbud befunnits sakna stöd i lag och därför upphävts finns bl.a. avseende Karlstads kommun och Växjö kommun.⁵³

Besöksförbuden kom upp också i IVO:s tillsyn. Ett exempel är Hässleholms kommun som beslutade om ett lokalt besöksförbud den 28 oktober 2020. Beslutet ändrades till en skarp avrådan den 25 november 2020. IVO konstaterade i sitt tillsynsbeslut att kommunen hade begränsat besök till särskilda boendena på ett otillåtet sätt. IVO såg mycket allvarligt på begränsningarna av enskildas rätt att ta emot besök i sina egna hem och ansåg även en stark avrådan från besök vara en alltför stor inskränkning.⁵⁴ Flera andra kommuner använde, i stället för förbud, begrepp som ”skarp avrådan” och liknande under tider då man inte omfattades av något formellt förbud.⁵⁵

Det förekom också att boenden enligt LSS nekade besökare tillträde, trots att dessa boenden inte omfattats av besöksförbudet. Bilden bekräftas av IVO:s tillsyn. IVO:s bedömning är att ett totalt besöksförbud sannolikt endast förekommit i några verksamheter under våren 2020. Det har dock varit vanligare med förbud att vistas i gemensamhetsutrymmen. IVO erfar att många boenden för vuxna enligt LSS i stället har avrått från besök, försökt hitta alternativa lösningar som att ses ute eller i den enskildes lägenhet, genomfört åtgärder i själva bostaden som desinficering eller serverat måltider i den enskildes rum när denne var förkyld.⁵⁶

5.2.5 Andra tillfälliga föreskrifter och råd

I avsnitt 5.2.2 och 5.2.3 har den tillfälliga reglering som under pandemin specifikt gällde äldreboenden och behovsprövat trygghetsboende beskrivits. De boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag, liksom t.ex. anhöriga och besökare, hade under pandemin därutöver generellt gällande, tillfälliga, föreskrifter och råd att förhålla sig till. I kapitel 4 beskrivs de föreskrifter som fortfarande är

⁵³ Förvaltningsrätten i Växjö:s dom den 4 december 2020 i mål nr 5568-20 och Förvaltningsrätten i Karlstads dom den 8 juni 2020 i mål nr 1851-20. Domarna överklagades inte.

⁵⁴ Inspektionen för vård och omsorg, dnr 3.5.1-60756/2020-4, 2021-06-07.

⁵⁵ Se exempelvis Lidingö stad. (2021-02-24). *Stark avrådan ersätter besöksförbud*.

⁵⁶ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*; Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Vad har IVO sett 2020?*

gällande. Här beskrivs översiktligt de föreskrifter och råd som numera är upphävda.

Folkhälsomyndigheten beslutade våren 2020 föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. Där fanns regler och rekommendationer riktade till både kommunala verksamheter och verksamheter i enskild regi. I föreskrifterna fanns också allmänna råd riktade till privatpersoner om vad man bör göra för att minska risken för smittspridning. Vissa råd riktades särskilt till personer över 70 år eller i andra riskgrupper. Dessa grupper uppmanades bl.a. att begränsa sina sociala kontakter och undvika platser där många personer samlas. Råden som avsåg personer som var 70 år eller äldre och andra riskgrupper togs bort i oktober 2020⁵⁷ i samband med att myndigheten publicerade en rapport där det bl.a. framgick vilka negativa konsekvenser som drabbat äldre under pandemin.⁵⁸ Föreskrifterna ändrades vid ett flertal tillfällen och upphörde att gälla den 29 september 2021.⁵⁹

När HSLF-FS 2020:12 upphörde att gälla beslutades i stället Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2021:69) till 2 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168) om covid-19. Var och en råddes att vara uppmärksam på symtom på covid-19 och vid misstanke om smitta av covid-19 stanna hemma och undvika kontakter med andra människor. Den som inte var fullvaccinerad råddes att ta särskild hänsyn till personer i riskgrupp och personer som är 70 år och äldre och undvika kontakter med personer i riskgrupp och personer som är 70 år och äldre när så var möjligt.

Från och med den 23 december 2021 ersattes HSLF-FS 2021:69 av Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:104) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m. Enligt 1 § gällde att var och en är skyldig att vidta försiktighetsåtgärder för att skydda sig själv och andra mot spridning av covid-19 och att det är särskilt viktigt att ta hänsyn till personer i riskgrupper och personer 70 år och äldre. I allmänna råd uppmanades ovaccinerade att avstå från nära kontakter med personer i riskgrupp och per-

⁵⁷ HSLF-FS 2020:52.

⁵⁸ Folkhälsomyndigheten (2020). *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19*. Av rapporten framgår bl.a. att de som redan var socialt, ekonomiskt och hälsomässigt utsatta mådde sämre, att det digitala utanförskapet blivit tydligare, att många kände sig frustrerade och upplevde att de särbehandlades, att stöddlinjer fått fler samtal från personer som tycker att de inte har något att leva för längre, samt att oro och ångest ökat inte minst bland dem som har en psykiatrisk diagnos.

⁵⁹ HSLF-FS 2021:73.

soner som är 70 år och äldre. Föreskrifterna och råden upphörde att gälla den 9 februari 2022.⁶⁰ I stället rekommenderade Folkhälsomyndigheten människor att stanna hemma och undvika kontakt med andra vid sjukdom med sådana symtom som kan vara covid-19, och rekommenderade vuxna personer som inte har vaccinerat sig mot covid-19 att vidta särskilda försiktighetsåtgärder, t.ex. undvika trängsel och stora folksamlingar inomhus. Den 26 juni 2023 beslutades att rekommendationerna skulle upphöra att gälla den 1 juli 2023.⁶¹

Arbetsmiljöverket beslutade under pandemin om vissa undantag från kravet på CE-märkning av personlig skyddsutrustning. Bakgrunden var en rekommendation från Europeiska kommissionens rekommendation (EU) 2020/403 av den 13 mars 2020 om förfaranden för bedömning av överensstämmelse och marknadsövervakning inom ramen för hotet från covid-19. Undantaget genomfördes genom två tidsbegränsade föreskrifter som i tillämpliga delar hade företrädde framför Arbetsmiljöverkets föreskrifter (2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning; Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:2) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av hotet från sjukdomen covid-19 och Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2020:9) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av covid-19. AFS 2020:9 upphörde att gälla den 31 juli 2022.

5.2.6 Provtagning och smittspårning

Covid-19 var från och med den 1 februari 2020 klassificerad som samhällsfarlig sjukdom. Därmed gällde bl.a. bestämmelserna om läkarundersökning, provtagning och smittspårning vid misstanke om covid-19.

Under våren 2020 rådde brist på bl.a. provtagnings- och analyskapacitet. Folkhälsomyndigheten publicerade under våren 2020 så kallade provtagningsindikationer, rekommendationer för hälso- och sjukvården med kriterier för provtagning av olika kategorier av individer. Provtagningsindikationerna uppdaterades löpande under pandemin.⁶² En detaljerad beskrivning av provtagningen under pandemin, där det bl.a. framgår hur grupper inom hälso- och sjukvården

⁶⁰ HSLF-FS 2022:15.

⁶¹ Folkhälsomyndigheten, dnr 00401-2022, 00395-2022, 02506-2023 och 02505-2023.

⁶² Den senaste versionen gäller från den 15 mars 2023, se Folkhälsomyndigheten. (2023). *Provtagningsindikation för påvisning av pågående covid-19*. Version 30.

och omsorgen prioriterades, finns i Coronakommissionens första och andra delbetänkanden.⁶³ När det särskilt gäller personal och boende på SoL- och LSS-boenden kan konstateras att personal i vård och äldreomsorg med känd covid-19-exponering och symtom prioriterades för provtagning från och med den 12 mars 2020. Den 29 maj 2020 förordade Folkhälsomyndigheten en frikostig PCR-provtagning inom särskilda boenden för äldre och att alla äldre som skrevs in eller återkom efter sjukhusvistelse skulle provtas inför ankomst och efter tre dagar. I juli samma år publicerade myndigheten en första vägledning för smittspårning vari angavs att miljöer med hög risk för smittspridning eller miljöer som inkluderar riskgrupper borde prioriteras och att smittspårning i hälso- och sjukvård alltid skulle göras.⁶⁴

Det ankom på regionerna och kommunerna att omsätta aktuell reglering i SmL och Folkhälsomyndighetens rekommendationer i regionala och lokala rutiner och riktlinjer.

Sedan den 1 april 2022 är covid-19 inte längre klassificerad som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom.⁶⁵ Det innebär bl.a. att det inte finns någon skyldighet för enskilda att vid misstanke om covid-19 söka läkare för nödvändig provtagning. Sjukdomen är heller inte smittspårningspliktig. Folkhälsomyndigheten rekommenderar dock alltjämt (augusti 2023) testning vid symtom på covid-19 hos bl.a. personer vars läkare bedömer att en covid-19-diagnos har betydelse för personens fortsatta behandling, och patienter inom hälso- och sjukvård där läkare bedömer att en covid-19-diagnos har betydelse för åtgärder som vidtas inom sjukvården. Även omsorgstagare med hög risk att bli allvarligt sjuka av covid-19 rekommenderas testning, exempelvis personer som bor i särskilt boende för äldre och personer i verksamheter enligt LSS.⁶⁶

Sjukdomen är i augusti 2023, med vissa begränsningar, anmälningspliktig enligt Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall.⁶⁷

⁶³ SOU 2020:80, s. 164 f. och SOU 2021:89, s. 260 ff.

⁶⁴ SOU 2021:89, s. 261 ff.

⁶⁵ SFS 2022:217.

⁶⁶ Folkhälsomyndigheten. (2023-07-01). *Testning och smittspårning för covid-19*.

⁶⁷ Med ändringar till och med HSLF-FS 2023:8.

5.3 Användning av tvång enligt smittskyddslagen

Vissa smittskyddsåtgärder får under i SmL angivna omständigheter vidtas mot den enskildes vilja. Utredningen har kartlagt användningen av tvång med stöd av SmL med avseende på covid-19.

Den 1 februari 2020 förordnade regeringen att bestämmelserna i SmL om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar skulle tillämpas på *infektion med 2019-nCoV*, som var den dåvarande beteckningen på covid-19.⁶⁸ Förordningen trädde i kraft den 2 februari 2020. Därmed blev det möjligt att under givna förutsättningar ingripa med samtliga SmL:s smittskyddsåtgärder, inklusive de extraordinära, för att begränsa spridning av covid-19. Covid-19 var klassificerad som allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom till och med utgången av mars 2022.⁶⁹

Tillfällig isolering och isolering ska ske på en vårdinrättning som drivs av en region. Under pandemin fattades tre beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL där diagnosen var covid-19. Samtliga beslut fattades i samma region och rörde personer som insjuknat när de vårdades på psykiatrisk avdelning. I samtliga fall varade beslutet kortare än fyra dagar, dvs. innan underställning till förvaltningsrätten måste ske enligt nämnda bestämmelse. Någon domstolsprövning av beslut om tillfällig isolering för en person med diagnosen covid-19 har alltså inte skett. Inga beslut om isolering (5 kap. 1 § SmL) fattades under pandemin.

För de extraordinära smittskyddsåtgärderna karantän (3 kap. 9 § SmL) och avspärrning (3 kap. 10 § SmL) finns inte motsvarande begränsning avseende platsen för åtgärdens verkställande som den som gäller för tillfällig isolering och isolering. Det finns alltså inget formellt hinder mot att besluta om karantän eller avspärrning i t.ex. ett boende enligt SoL eller LSS om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda. I förarbetena till karantänsbestämmelsen anges dock att möjligheten att vistas i egen bostad under karantänen bör kunna användas endast när särskilda omständigheter föreligger. Det bör enligt förarbetena framstå som uppenbart att den som beslutet gäller har bostadsförhållanden som möjliggör isolering och att han eller hon

⁶⁸ Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV. I juni 2020 godkände riksdagen förordningen och beslutade om ändring i bilaga 2 i smittskyddslagen med ikraftträdande den 1 juli 2020, se lag (2020:430) om ändring i smittskyddslagen och prop. 2019/20:144.

⁶⁹ Se lag (2022:217) om ändring i smittskyddslagen (2004:168) och prop. 2021/22:137.

avser att respektera beslutet om karantän och vara beredd att dagligen hålla smittskyddsläkaren informerad om sitt hälsotillstånd.⁷⁰ Några beslut om karantän eller avspärrning fattades inte under pandemin.

Under pandemin fattades slutligen inte heller några beslut om tvångsundersökning avseende diagnosen covid-19 (3 kap. 2 § SmL). Tvångsundersökning kan innefatta provtagning med tvång.

Antalet ingripanden med tvång enligt SmL under covid-19-pandemin begränsades således till tre beslut om tillfällig isolering, varav inget avsåg personer som bodde i SoL- eller LSS-boenden.

Smittskyddsläkare har till utredningen uppgett flera skäl till att användning av tvångsprovtagning, tillfällig isolering och karantän inte aktualiserades inom äldreomsorgen. Platsbrist på regiondrivna sjukvårdsinrättningar nämns, liksom den administrativa bördan. Viktigare faktorer handlar dock om sjukdomens karaktär i relation till vad som kan anses effektivt eller proportionerligt. Ett luftburet virus med smittsamhet innan symtom och relativt kort smittsam fas har påverkat bedömningen av rimligheten i att besluta om isolering, karantän eller tvångsprovtagning. När första fallet på ett boende konstaterades var smittspridningen redan ett faktum, och att då isolera en enskild person bedömdes inte göra någon skillnad. Flera synpunkter handlar om att man har kommit långt med icke-tvingande åtgärder och har kunnat lösa de situationer som uppstått i samverkan med verksamheterna, t.ex. med särskilt avdelad personal som bevakar smittsamma personer med kognitiva svårigheter eller genom frivillig isolering.

5.4 Särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden under pandemin

I detta avsnitt görs en övergripande beskrivning av hur covid-19-pandemin påverkade smittskyddsarbetet på landets särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden samt exempel på hur man arbetade för att begränsa smittspridningen. Det finns en mängd rapporter och granskningar som beskriver förutsättningarna för att hantera pandemin och förhållandena under pandemin på dessa boenden. I följande avsnitt redogörs översiktligt för detta i syfte att skapa en generell

⁷⁰ Prop. 2003/04:158, s. 69.

men inte uttömmande bild av hanteringen, såväl rekommendationer och stöddokument från myndigheter som exempel på konkreta åtgärder som vidtogs.

5.4.1 Kunskapsstöd

Under pandemin har en mängd kunskapsstöd och rekommendationer tagits fram som avsett pandemihanteringen på särskilda boendeformer för äldre och LSS-boenden. Dessa har uppdaterats och reviderats efter hand och nya har tillkommit. I detta avsnitt redogörs för några av dessa.

Under våren 2020 sammanställde och publicerade Folkhälsomyndigheten exempel på åtgärder och aktiviteter som särskilda boenden för äldre infört för att förhindra smittspridning i syfte att dela goda erfarenheter mellan regioner, kommuner och verksamheter. Exempel på åtgärder var att organisera samverkan mellan olika aktörer, säkerställa grundbemanning, utbilda personal i basala hygienrutiner och i att använda skyddsutrustning, informera personal och anhöriga, hålla fysisk distans bl.a. genom att införa kohortvård och säkerställa rutiner för att effektivisera och förenkla arbetet.⁷¹ Myndigheten identifierade även under 2020 fyra områden som bidragande till smittspridningen av covid-19 till och inom socialtjänstens verksamheter, bl.a. bristande tillgång till kontinuerlig utbildning inom vårdhygien och smittskyddsområdet, bemanning och organisering av personalen, bristen på samordning som behövs mellan regionala och kommunala aktörer för att upprätthålla en god beredskap mot smittsamma sjukdomar, samt tillgång till medicinsk-, vårdhygien- och smittskyddskompetens.⁷²

I slutet av april 2020 publicerade Socialstyrelsen *Arbetssätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre*. Förutom generella smittskyddsåtgärder såsom följsamhet till basala hygienrutiner och korrekt användning av skyddsutrustning rekommenderade Socialstyrelsen att boendena i möjligaste mån skulle organiseras för att kunna skilja på sjuka och friska brukare samt att avdela personal. Detta kunde göras exempelvis genom att

⁷¹ Folkhälsomyndigheten. (2020). *Exempel på åtgärder för att minska spridning av covid-19 på särskilda boenden för äldre*.

⁷² Folkhälsomyndigheten (2020). *Uppdrag om åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*.

lokalerna delades av, att dörrar till enskilda hölls stängda och genom att använda kognitivt stöd såsom flyttbara vikkväggar och stoppskyltar. I kunskapsstödet fanns också rekommendationer för förebyggande av och bemötande av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Socialstyrelsen poängterade att det inte finns stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder annat än i SmL, men att SmL:s bestämmelser om karantän, avspärrning och isolering i praktiken var svåra eller omöjliga att tillämpa i särskilda boendeformer för äldre.⁷³

Ett flertal rekommendationer för kohortvård har också tagits fram på regional och kommunal nivå. Folkhälsomyndigheten har listat några exempel på åtgärder som genomförts av kommunerna under covid-19-pandemin för att minska fysiska kontakter och upprätthålla kohortvård:

- Inför kohortvård med utsedd personal som endast arbetar med covid-19-sjuka brukare. Ta in extra personal, även under natten.
- Samordna korttidsplatser vid utslussning från slutenvården för covid-19-sjuka brukare.
- Säkerställ samarbete mellan kommun och region där målgruppen för korttidsplatserna är tydligt formulerad och förankrad.

När det gäller LSS-boenden för vuxna publicerade Socialstyrelsen i maj 2020 *Arbetsätt vid covid-19 inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*. I dokumentet behandlas bl.a. hur boendet kan minimera smitta och hur personalen kan stötta de boende i vardagen. I dokumentet påpekar Socialstyrelsen att det främst är personer över 70 år som är riskgrupp för covid-19 men att även personer under 70 år har en ökad risk att bli allvarligt sjuka om de har någon särskild riskfaktor. Personer som bor i bostad med särskild service kan tillhöra en riskgrupp och ha svårt att förstå innebörden av restriktioner eller konsekvenser av situationen. De kan därmed bidra till en smittorisk för sig själva och för andra om de inte får rätt stöd. Personer med kognitiva svårigheter kan behöva extra stöd att förstå och förutsäga tillvaron, särskilt om de vardagliga rutinerna har ändrats på grund av pandemin, t.ex. om daglig verksamhet har stängts. En del boende kan behöva särskilt stöd av personal för att ta till sig information om

⁷³ Socialstyrelsen. (2020-04-24). *Arbetsätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre*.

hur smittspridning kan minskas. Även personer med syn- och hörselnedsättningar eller personer som inte har svenska som förstaspråk kan behöva anpassad information. Generella åtgärder för att minimera smittspridning som uppgavs av Socialstyrelsen var bl.a. att säkerställa att basala hygienrutiner används, att arbetskläder, skyddskläder och personlig skyddsutrustning används korrekt och att adekvata städ-rutiner används. Vidare poängterades vikten av att begränsa antalet personer som arbetar i bostaden utan att minska bemanningen. Socialstyrelsen rekommenderade även att avdela särskild personal som arbetar med eventuellt smittade för att hindra smittspridning och undvika att personal går mellan flera olika enheter eller verksamheter. Ytterligare en åtgärd som nämndes var att tillfälligt dela upp gemensamhetslokaler mellan smittade och friska.⁷⁴

5.4.2 Smittskyddsarbetet under pandemin

Inom SoL- och LSS-boenden vidtogs en mängd åtgärder för att begränsa smittspridning. I detta avsnitt beskrivs exempel på sådana åtgärder, med särskilt fokus på åtgärder som syftat till att skilja sjuka från friska boenden, så kallad kohortvård.

Åtgärder som vidtogs i äldreomsorgen var bl.a. om att se över följsamheten till basala hygienrutiner, åtgärder kopplat till skyddsutrustning, att begränsa antalet personer som rörde sig på boendena och att koppla vikarier till endast en avdelning. Där det varit möjligt har man även arbetat för att isolera smittade brukare genom att avgränsa särskilda avdelningar.⁷⁵ Implementeringen av de utökade hygienåtgärder som rekommenderades under pandemin försvårades dock av att basala hygienrutiner inte alltid följdes före pandemin. Verksamheterna behövde både uppdatera omsorgspersonalen i de basala hygienrutinerna som alltid gäller och utbilda dem i de utökade hygienåtgärderna. Därtill orsakade lokalernas utformning svårigheter eftersom dessa är utformade för att likna ett vanligt hem och saknar utrymmen för handtvätt, desinficering och byte av skyddskläder i anslutning till varje lägenhet.⁷⁶

⁷⁴ Socialstyrelsen. (2020-05-25). *Arbetsätt vid covid-19 inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*.

⁷⁵ Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.

⁷⁶ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 10.

Enhetschefer och sjuksköterskor genomförde utbildningsinsatser och informerade om olika smittskyddsåtgärder. Detta har emellertid krävt stora insatser då personalen arbetar på olika avdelningar och under olika tider på dygnet, samtidigt som de arbetat under tidspress och personalen har haft varierande utbildningsbakgrund och språkfärdigheter.⁷⁷

Användning av kohortvård utgjorde en viktig åtgärd för att minska smittspridning. I Kommunals enkätundersökning framkom att boenden med bara en smittad person i hög utsträckning (93 procent) kunde isolera den smittade personen medan i boenden med flera smittade uppgav 73 procent att man kunnat isolera de smittade personerna.⁷⁸

De aktörer som utredningen samverkat med har beskrivit exempel på kommuner som ordnat särskilda lokaler eller byggnader för att möjliggöra flytt av misstänkt eller bekräftat smittade personer, men att dessa inte kommit till användning i någon större utsträckning eftersom det bedömts olämpligt att flytta personerna, eller för att det har saknats samtycke. I stället har man arbetat för att på frivillig väg begränsa misstänkt och bekräftat smittade personers kontakter med andra på boendet. I en kommun som utredningen träffat kunde man frigöra ett antal platser för att inrätta en ny särskild "covid-avdelning". Inledningsvis arbetade man med att – med samtycke – flytta enskilda med symtom på covid-19 till denna nya avdelning. När man sedermera förstod att det kunde förekomma symptomatisk och presymtomatisk smittspridning övergick man till att enbart erbjuda en sådan flytt till enskilda som skrevs ut från slutenvården för att återvända till boendet. Noterbart här är att samtliga personer som erbjöds den tillfälliga flytten valde att stanna kvar på den nya avdelningen även efter att de förklarats smittfria.⁷⁹

Av Coronakommissionens granskning av äldreomsorgen under pandemin framgår att det på många boenden varit möjligt att isolera misstänkt och bekräftat smittade personer, men att det varit en utmaning när det gäller personer med demenssjukdom. Detta var sär-

⁷⁷ Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter*. SNS Förlag, s. 11.

⁷⁸ Kommunal. (2020). *Pandemi på äldreboendet – en rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin*, s. 28.

⁷⁹ Ett annat exempel är Stockholms stad som inrättade covid-19-enheter i särskilda byggnader eller på separata våningsplan. Flytt till enheten skedde redan vid symtom, innan provtagning. Staden inrättade också på begäran av regionen särskilda korttidsenheter för att kunna avlasta sjukhusen (se SOU 2020:80, s. 218).

skilt svårt på enheter för personer med demenssjukdom där man inte fått ökad bemanning, något som i sig ofta var ogörligt på grund av att personalen själv var smittade eller hade symtom.⁸⁰ Även SKR har uttryckt att det varit utmanande att följa rekommendationer om att bedriva kohortvård, bl.a. eftersom detta ställt stora krav på schemaläggning, lokalutnyttjande och bemanning.⁸¹ Möjligheten att bedriva kohortvård har också påverkats av sjukfrånvaro bland personalen.⁸²

Under covid-19-pandemin hemställde SKR om att regeringen skulle införa en möjlighet till begränsningsåtgärder i särskilda boenden för äldre som bl.a. skulle innebära att man kunde låsa dörrar till exempelvis lägenheter och kohortavdelningar i syfte att minska smittspridningen.⁸³ Folkhälsomyndigheten uttryckte under hösten 2020 att det borde ses över om någon annan möjlig åtgärd än isolering på en vårdinrättning som drivs av en region skulle vara lämplig att införa när det gällde särskilda boenden.⁸⁴

Någon möjlighet att vidta begränsningsåtgärder inom boenden enligt SoL eller LSS, utöver de begränsningar som besöksförbudet i de särskilda boendeformerna för äldre innebar, kom inte att införas under pandemin. Som framgått har inte heller befintliga möjligheter att vidta tvingande smittskyddsåtgärder med stöd av SmL tillämpats för de aktuella målgrupperna.

Under våren 2020 vidtog många kommuner åtgärder och förändringar för att minska smittspridningen i boenden för vuxna enligt LSS. Några exempel från IVO:s tillsyn, där 167 bostäder med särskild service för vuxna ingick, är:

- Tydliga direktiv om hur de basala hygienrutinerna ska efterlevas.
- Användning av bildstöd och annan anpassad information för att informera om covid-19 och smittskyddsåtgärder.

⁸⁰ SOU 2020:80, s. 217 ff. och s. 237.

⁸¹ Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 312.

⁸² Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter. SNS Förlag, s. 40 f.; Attendo. (2021). *Attendo och Coronapandemin*, s. 17.

⁸³ Sveriges kommuner och regioner. (2020-04-23). *Hemställen – föreskrift om begränsningsåtgärder inom särskilda boenden för äldre*. Det är inte angivet om både äldreboenden och biståndsbedömt trygghetsboende omfattades av hemställen.

⁸⁴ Folkhälsomyndigheten. (2020). *Uppdrag om åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19*, s. 22 f. Uppdraget omfattade samma boendeformer som utredningens uppdrag, exklusive boenden enligt 9 § 8 LSS.

- Information och utbildning av såväl personal som brukare, gällande nya rutiner om vad som kan komma att ske gällande smittspridning av covid-19.
- Övningar med personlig skyddsutrustning.
- Hygienombud som stärkte följsamheten till basala hygienrutiner.

Ytterligare exempel på åtgärder är t.ex. hygienombud som stärkte följsamheten till basala hygienrutiner.⁸⁵

Socialstyrelsen fick under återkommande signaler om att de boende inte alltid involverats i smittskyddsarbetet och att tillgången till alternativa kommunikationsmedel brast. För att förbättra den situationen togs stödmaterial fram av bl.a. Socialstyrelsen och Myndigheten för delaktighet. Från Socialstyrelsens dialoger med medlemmarna i Famna⁸⁶ finns exempel på aktörer som har betonat att kontakten med medicinskt ansvarig sköterska (MAS) har varit en grundläggande förutsättning för att framgångsrikt hantera covid-19. Detta har dock inneburit en utmaning i vissa enskilt drivna verksamheter, eftersom dessa inte alltid haft kontakt med kommunernas MAS.⁸⁷

I många kommuner genomfördes även förändringar av själva LSS-insatserna under pandemin. Störst påverkan fick insatsen daglig verksamhet. Omkring hälften av kommunerna gjorde också förändringar i LSS-boenden för vuxna. En fjärdedel, 25 procent av kommunerna, uppgav till Socialstyrelsen att de minskat de gemensamma aktiviteterna i boendena. En mindre andel kommuner (4 respektive 5 procent av kommunerna och stadsdelarna som svarade på myndighetens enkät) minskade insatsens omfattning alternativt ställde in den helt. Socialstyrelsen följde upp dessa svar och fick en samstämmig bild: Förändringarna har avsett de aktiviteter som vanligen förekommer på boenden, framför allt gruppaktiviteter. Dessa har anpassats till pandemisituationen och bytts från inomhus- till utomhusaktiviteter när det varit möjligt eller så har individuella aktiviteter ersatt de kollektiva. Dessutom tycks andelen utomhusaktiviteter ha ökat, liksom i viss mån de digitala.⁸⁸

⁸⁵ Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – LSS-boende för vuxna*.

⁸⁶ Riksorganisationen för idéburen välfärd.

⁸⁷ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 28.

⁸⁸ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 26.

Av en undersökning från Autism Sverige framgår bl.a. att 37 procent av de med insatsen bostad med särskild service för vuxna upplevde en försämring i LSS-insatserna till följd av pandemin.⁸⁹

Under 2020 fick Socialstyrelsen signaler om att vissa boenden för vuxna enligt LSS hade stängt för besökare. Även begränsad åtkomst till dessa boendens gemensamhetsutrymmen förekom.⁹⁰ I avsnitt 5.2 beskrivs de besöksförbud och andra restriktioner som gällde på äldreboenden under pandemin. I samma avsnitt beskrivs närmare hur även LSS-boenden begränsade besök, men utan lagstöd.

Socialstyrelsens analyser visar att den självskattade psykiska ohälsan ökat under pandemin i flera grupper inom LSS. Det gäller framför allt personer som bor i bostad med särskild service enligt LSS och som har sysselsättning genom daglig verksamhet som upplevt en hög grad av begränsande åtgärder. De som bedömts ha störst behov av stöd i vardagen och av en meningsfull sysselsättning har således erfarit ett mer begränsat vardagsliv under pandemin. Även förskrivningen av psykofarmaka till personer med insatser enligt LSS ökade inte minst under 2020.⁹¹

⁸⁹ Autism- & Aspergerförbundet. (2020). *Medlemsundersökning om stödinsatser 2020*. Autism- & Aspergerförbundet heter numera Autism Sverige.

⁹⁰ Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS*, s. 28.

⁹¹ Socialstyrelsen. (2022). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2022*, s. 70 f.

6 Granskningar och förslag i ljuset av pandemin

I detta kapitel beskrivs granskningar, förslag och andra initiativ som är konsekvenser av pandemin. Kapitlet innehåller också en redogörelse även för andra underlag som har bäring på utredningsuppdraget men som inte är en direkt konsekvens av pandemin utan som syftar till att lösa mer generella problem inom omsorgen och hälso- och sjukvården.

6.1 Coronakommissionen om pandemihanteringen

Coronakommissionen (S 2020:09) hade regeringens uppdrag att i flera olika avseenden utvärdera hanteringen av covid-19-pandemin och lämna de förslag på åtgärder som iakttagelserna gav anledning till. Det första av kommissionens tre betänkanden avsåg specifikt äldreomsorgen.¹ I samtliga tre betänkanden gjorde kommissionen bedömningar och iakttagelser som är av relevans för denna utredning. Här redogörs översiktligt för dessa. De bedömningar som kommissionen gjorde avseende åtgärder inom socialförsäkringsområdet redogörs för i avsnitt 7.3.

6.1.1 Delbetänkandet om äldreomsorgen

Coronakommissionen bedömde i sitt första delbetänkande² att ambitionen att skydda de äldre hade misslyckats under pandemin och att det i första hand berodde på den allmänna smittspridningen. Utöver den allmänna smittspridningen ansåg kommissionen att det var sedan

¹ Någon motsvarande utvärdering har inte gjorts vad gäller den del av utredningens uppdrag som avser LSS-boenden.

² SOU 2020:80.

länge välkända brister som haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i äldreomsorgen. Kommissionen ansåg också att varken Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen hade tillräcklig överblick över problem och brister inom omsorgen.

Strukturella brister i äldreomsorgens beredskap

De strukturella bristerna inom äldreomsorgen ansåg kommissionen i korthet handlade om en fragmenterad organisation, behov av högre bemanning, ökad kompetens och rimliga arbetsförhållanden samt ett otillräckligt regelverk.

En fragmenterad organisation

När pandemin drabbade Sverige fanns det enligt kommissionen på nationell nivå ingen överblick över kommunernas beredskap för att kunna möta en pandemi. Det saknades också etablerade kanaler mellan t.ex. Socialstyrelsen och den kommunala hälso- och sjukvården motsvarande de som finns med den regionala sjukvården.

Bemanning, kompetens m.m.

Kommissionen efterlyste en översyn från riksdag och regering om vad som är tillräcklig bemanning på bl.a. särskilda boenden, inte minst vad gäller vård och behandling av demenssjuka, och att arbetsgivarna måste förbättra förutsättningarna för ledarskap, förbättra anställningstryggheten och personalkontinuiteten i äldreomsorgen samt kraftigt minska andelen personal med timanställning. Kommissionen ansåg även att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen behöver förstärkas. Trots ökade medicinska behov hos omsorgsmottagarna i Sverige är bemanningen med medicinskt utbildad personal enligt kommissionen generellt sett låg.

Otillräckligt regelverk

Kommissionen fann att gällande regelverk med möjligheter att vidta smittskyddsåtgärder i äldreomsorgen inte är tillräckligt eller tillräckligt tydligt. Smittskyddsåtgärder som man avsåg var bl.a. kohortvård i betydelsen att en eller flera smittade vårdas avskilt av personal som arbetar enbart med dem.

Vad gäller smittskyddslagens, SmL:s, skarpa verktyg som t.ex. karantän frågade sig kommissionen om dessa ens varit möjliga att tillämpa i äldreomsorgen med boende som lider av kognitiv svikt eller långt framskriden demenssjukdom, och konstaterade att lagstiftaren i stället använt sig av begränsningar av mer allmän karaktär, t.ex. besöksförbud.

Lagstiftaren måste enligt kommissionen säkerställa att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter för vård- och omsorgsgivare att vidta de åtgärder som krävs för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära krissituationer, inklusive för den enskilde ingripande åtgärder. I ett sådant regelverk får dock de värden som normalt präglar äldreomsorgen inte åsidosättas mer än nödvändigt och regelverket måste vila på noggranna etiska överväganden.

Andra brister

Läkartillgång och medicinska bedömningar

Kommissionen ansåg att den kategoriska uppdelningen mellan kommun och region i fråga om läkaransvar inte ens i en normal situation framstår som en lämplig lösning, och ansåg att det därför bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare och att det vid varje särskilt boende bör finnas tillgång till sådan medicinsk utrustning att nödvändiga medicinska insatser och en god palliativ vård kan ges på plats. Vidare ansåg kommissionen det oacceptabelt att det förekommit fall där boende inte fått någon individuell läkarbedömning, och i vissa fall ingen individuell medicinsk bedömning alls, och att läkarbedömningar gjorts på distans i fall då tidigare kännedom om patienten saknats. Kommissionen fann också att det förekommit riktlinjer som inneburit risk för kategorivisa prövningar av människors vårdbehov.

Besöksförbudet

Besöksförbudet på särskilda boenden som infördes den 1 april 2020 tillkom enligt kommissionen på goda grunder från ett renodlat smittskyddsperspektiv. Det var rimligt att anta att anhöriga till de boende kunde föra med sig smitta när denna fanns i det omgivande samhället. Kommissionen ansåg det både begripligt och försvarligt att införa det nationella besöksförbudet. Det borde dock ha beslutats tidigare, för en betydligt kortare tid och därefter hade man kunnat överväga eventuell förlängning. Frågan om förbudets bestånd och dess rättighetsinskränkningar hade då mera kontinuerligt kunnat vägas mot det allmänna smittläget och regionala förhållanden, menade kommissionen.

Testningen

Kommissionen identifierade ett flertal problem med provtagningen av äldre personer under pandemin. Det handlar bl.a. om att inte alla regioner, i pandemins tidiga skede, provtog samtliga äldre som blev utskrivna från sjukhus till särskilda boenden, trots att det måste stått klart att dessa utgjorde en möjlig smittorisk.

Problem kring skyddsutrustning

Tillgången till skyddsutrustning var mycket bristfällig i pandemins inledande skede. Kommissionen ansåg att det tog orimligt lång tid att klarlägga och konstatera äldreomsorgens behov av skyddsutrustning. Med det stora antalet kommuner och vårdgivare som finns i Sverige borde rapporteringsvägar redan ha existerat eller skyndsamt ha byggts upp.

Enligt kommissionen har frånvaron av tydliga riktlinjer och den uppenbara bristen på skyddsutrustning i äldreomsorgen rimligen bidragit till smittspridningen där. Det borde tidigt ha funnits ett samstämmigt budskap i riktlinjerna för användandet av skyddsutrustning från Arbetsmiljöverket och Folkhälsomyndigheten, alternativt borde det ha framgått hur målen om arbetarskydd och smittskydd skulle vägas av mot varandra.

6.1.2 Andra delbetänkandet

Kommissionen fann även i sitt andra delbetänkande³ ett tydligt samband mellan den allmänna smittspridningen och hur äldreomsorgen drabbades och beskrev den allmänna smittspridningen som den främsta källan till smittspridningen i äldreomsorgen. Risker för allvarlig sjukdom och död var höga bland de äldre även under den andra vågen av smittspridning, trots bl.a. bättre tillgång till skyddsutrustning och bättre kunskap om virusets spridningssätt. De virusvarianter som förekom på särskilda boenden under den tidiga pandemin var enligt kommissionens undersökningar desamma som de varianter som fördes in i Sverige när sportlovsresenärer återvände från Italien och Österrike. Kommissionen fann också att risken att avlida för äldre på särskilda boenden var högre på större boenden och på boenden med högre personalomsättning.

Kommissionen beskrev det som ett haveri att diskussionerna kring huruvida regionerna hade ansvar att provta alla grupper som Folkhälsomyndigheten listat i en prioriteringsordning och om finansieringen av detta bidrog till att någon storskalig provtagning inte kom till stånd förrän den första vågen var över. Kommissionen kritiserade även att det dröjde innan någon mer omfattande smittspårning kom till stånd.

Utifrån den granskning kommissionen därefter gjort drog den slutsatserna att den svenska pandemiberedskapen är undermålig, att smittskyddslagstiftningen är otillräcklig för att möta ett allvarligt epidemiskt eller pandemiskt utbrott och att Sveriges smittskydd är decentraliserat och fragmenterat på ett sätt som gör det oklart vem som bär ansvaret för helheten när en allvarlig infektionssjukdom drabbar landet.

6.1.3 Slutbetänkandet

I slutbetänkandet⁴ argumenterade kommissionen, mot bakgrund av sambandet mellan den allmänna smittspridningen och hur brukarna inom äldreomsorgen drabbades, för att det borde ha gjorts betydligt större ansträngningar för att inledningsvis försöka bromsa den allmänna smittspridningen, dvs. även på andra områden än inom äldreomsorgen.

³ SOU 2021:89.

⁴ SOU 2022:10.

I slutbetänkandet bedömde kommissionen att isolering av sjuka som inte är i behov av sjukhusvård måste kunna ske på annat sätt än på en vårdinrättning, när vården samtidigt är upptagen med att behandla allvarligt sjuka.

Kommissionen uttalade sig också på flera andra punkter vad gäller den rättsliga beredskapen och samhällets krisberedskap. Bland annat fann kommissionen att det behövs någon form av konstitutionell beredskap som ger regeringen tillräckligt handlingsutrymme under en allvarlig fredstida kris, att SmL:s krav på att smittskyddsåtgärder ska grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet knappast är rimligt när det är fråga om ett okänt virus som sprider en samhällsfarlig sjukdom, att ansvarsprincipen bör omprövas och att en handlingsprincip eller försiktighetsprincip bör regleras i lag.

Coronakommissionens betänkanden bereds i Regeringskansliet. Några av frågorna som lyfts av kommissionen behandlas i denna utredning, exempelvis vissa frågor om äldreomsorgen och smittbärrpenningen, men även i direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08).

6.2 Riksrevisionen om det nationella smittskyddet

Med anledning av covid-19-pandemin, tidigare granskningar av smittskyddet och Coronakommissionens arbete har Riksrevisionen granskat effektiviteten i styrningen av den nationella smittskyddsverksamheten.⁵ Riksrevisionens övergripande slutsats är att det nationella smittskyddet bidrar till ett effektivt smittskydd men att det behöver stärkas på flera plan för att öka förmågan att hantera framtida utbrott och smittspridning som kan få allvarliga konsekvenser för samhället.

Riksrevisionen identifierade flera utmaningar och problem inom det nationella smittskyddet, bl.a. att det delade ansvaret mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten för vårdhygienfrågor bidrar till en otydlig styrning. Detta fick konsekvenser under covid-19-pandemin. Exempelvis var inte tillgången till nationella vägledningar eller riktlinjer i vårdhygien tydlig för de regionala smittskydden och en del uppfattade information från olika myndigheter som motstridiga. Folkhälsomyndighetens roll i att förmedla kunskapsstöd och information

⁵ Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9.

till kommunerna är undanskymd och de kunskapsstöd som myndigheten tog fram under pandemin nådde inte ut på ett bra sätt till verksamheterna.

Tillgången till och användningen av regionalt expertstöd i vårdhygien varierar hos vård- och omsorgsverksamheter och flera vårdgivare i enskild regi saknade avtal med regionens vårdhygienfunktion under pandemin. Därtill har flera smittskyddsenheter efterfrågat en samlad nationell styrning i vårdhygienfrågor. En närmare genomgång av detta finns i avsnitt 6.4.

Riksrevisionen bedömde också att SmL inte är utformad för att både kunna användas i ett normalläge och i händelse av en pandemi, att tillsynen av de regionala smittskydden behöver förtydligas och att avsaknad av folkhälsoperspektivet i SmL inneburit att regionerna delvis haft andra utgångspunkter än Folkhälsomyndigheten.⁶

6.3 SKR:s rapport Att lära av en kris

I mars 2023 publicerade Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, rapporten *Att lära av en kris – Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin*. För denna utredning är bl.a. följande som särskilt berör äldre av intresse.

6.3.1 Kohortvård

SKR beskriver att det funnits utmaningar med att bedriva kohortvård och att det har ställt stora krav på schemaläggning, lokalutnyttjande och bemanning. Trots svårigheterna har enligt rapporten en majoritet av särskilda boenden i huvudsak lyckats avskilja friska från smittade brukare.⁷

SKR menar att det varit personalkrävande att isolera smittade personer i särskilda boenden eftersom personalen inte kunnat användas lika flexibelt som i normala fall. På mindre boenden har det kunnat uppstå situationer där en smittad person har behövts isoleras från övriga. En undersköterska har då kunnat varit tvungen att av-

⁶ Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9.

⁷ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 312; Fackförbundet Kommunal. (2020). *Pandemi på äldreboendet – en rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin*.

delas för denna brukare utan att ha kunnat bidra i arbetet med osmittade brukare. SKR tar vidare upp att det i den inledande fasen av pandemin, då det rådde brist på skyddsutrustning, var svårt att hitta tillräckligt med personal som var villig att arbeta med brukare som smittats.

Under pandemin har kommunerna strävat efter att omhänderta covid-19-smittade och misstänkt covid-19-smittade omsorgstagare i deras hem, oavsett om de bott i ett särskilt boende eller i ett ordinärt eget boende. SKR tar i samband med det upp att det kan utgöra en svår påfrestning för den äldre att flytta från sin invanda hemmiljö till en ofta hårt belastad sjukhusavdelning. För att kunna möta upp äldres ökade vårdbehov har särskilda boenden behövt ställa om för att kunna erbjuda mer kvalificerad vård vilket i många fall bidragit till att nivån på den medicinska vården i särskilda boenden höjts. I samband med det har boendemiljön förändrats för att underlätta hygienrutiner. Mer avancerad skyddsutrustning har introducerats. Arbetet med kohortvård har stärkts och den medicinska kompetensen ökats.⁸

6.3.2 Hygienrutiner

SKR menar att stärka efterlevnaden av basala hygienrutiner är viktigt i ett normalläge och har varit ett av de viktigaste verktygen för att hindra smittspridning under pandemin. De brister som länge funnits inom äldreomsorgen har varit försvårande. Sjuksköterskor och MAS har haft en viktig roll i att stärka hygienrutinerna, men den generella sjuksköterskebristen har i kombination med förhöjd sjukfrånvaro gjort uppgiften svår. Trots stora ansträngningar har det varit ett bekymmer för verksamheterna att nå en hög efterlevnad av korrekta hygienrutiner. Efterlevnaden har enligt Socialstyrelsen stärkts under 2020 men nivån har i många kommuner inte varit på en tillfredsställande nivå. Det finns stora också stora skillnader mellan kommuner. Det finns kommuner som har uppnått en hundra procentig efterlevnad medan vissa kommuner är på en nivå under 20 procent. SKR anser att stärka hygienrutinerna bör vara ett prioriterat utvecklingsområde för kommunerna.⁹

⁸ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 236 f.

⁹ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 242–243.

6.3.3 Nödvändiga regeländringar

SKR anför att personer som bor på särskilt boende med demensinriktning uppvisar en stor variation i funktion, både kognitivt och fysiskt. Vidare tar organisationen upp att personer med låg kognitiv funktion i kombination med hög fysisk funktion är rörliga och inte accepterar avgränsningar. När personer med dessa förutsättningar bär på covid-19-viruset uppstår stor risk för medboende och personal. Det kan också föreligga risk för smittspridning till allmänheten om de boende lämnar byggnaden. Den kognitiva funktionsnedsättningen gör det svårt eller omöjligt att förklara syftet med begränsningsåtgärder och att inhämta samtycke.

Många kommuner identifierade ett behov av att kunna införa tillfälliga begränsningsåtgärder för personer som bor på vård- och omsorgsboende med demenssjukdom, för att undvika fysiska kontakter mellan smittade och friska äldre med demenssjukdom. Det kunde handla om att tillfälligt låsa dörrar till lägenheter och kohortavdelningar när boende vistas där tillsammans med personal. SKR tar upp att detta inte är möjligt enligt lag och trots SKR:s hemställan till regeringen i april 2020 gjordes inga tillfälliga förändringar i SmL.¹⁰

6.4 Förslag på vårdhygienområdet

6.4.1 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen lämnade hösten 2022, i sin redovisning av ett regeringsuppdrag om smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet,¹¹ flera förslag avseende vårdhygien och smittskydd.

Socialstyrelsen föreslog att huvudmännen – regioner och kommuner – måste säkerställa tillgången till vårdhygienisk expertis för en mer funktionell hantering och styrning av området. Utan tillgång till vårdhygienisk expertis kan vare sig huvudmännen eller vård- och omsorgsgivarna uppfylla kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, skrev Socialstyrelsen. Tillgången bör vara likvärdig för alla regionala och kommunala vård- och omsorgsgivare

¹⁰ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris*, s. 255.

¹¹ Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling*.

oavsett regiform, vilket det inte är i dag. I de regioner där dessa verksamheter inte har fri tillgång till denna expertis har smittskyddet under pandemin fått oproportionerligt många vårdhygieniska frågor, bl.a. som en konsekvens av att smittskyddet inte tar ut några avgifter, skrev Socialstyrelsen. Socialstyrelsen såg också ett behov av att kommunalt finansierade verksamheter, med stöd av regionens smittskydds- och vårdhygieniska expertis, bygger en stabil kunskapsbas inom smittskydds- och vårdhygienområdena. I de regioner där samverkan i dag fungerar sämre föreslogs regionen, smittskyddsläkaren och högsta ansvarig för vårdhygien i regionen att tillsammans med ansvarig nämnd i kommunerna se över formerna och innehållet för samverkan.

I rapporten lämnades ett annat förslag, riktat till regeringen, om att det vårdhygieniska arbetet bör samordnas på nationell nivå av en statlig myndighet. En sådan ökad samordning krävs enligt Socialstyrelsen för att det vårdhygieniska området ska utvecklas och bli mer likvärdigt. Behov har enligt Socialstyrelsen blivit tydligt under covid-19-pandemin. En sådan ordning skulle enligt Socialstyrelsen underlätta arbetet för samtliga aktörer inom områdena vårdhygien och smittskydd både på statlig, regional och kommunal nivå. Det skulle också öka likvärdigheten över landet och borga för att verksamheten bedrivs utifrån aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet.

Socialstyrelsens rapport bereds i Regeringskansliet och i direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) ingår bl.a. att analysera och ta ställning till hur kontinuiteten och robustheten för smittskyddsläkare kan stärkas och att analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas.

6.4.2 Riksrevisionen

Riksrevisionens granskning av det nationella smittskyddet som redovisades i maj 2023 utmynnade bl.a. i en rekommendation till regeringen att ge en lämplig myndighet samlat ansvar för vårdhygienfrågor. Vårdhygien är en viktig del i det förebyggande smittskyddsarbetet och det bör återspeglas i den statliga styrningen, menade Riksrevisionen. I sin granskning fann Riksrevisionen att det delade nationella ansvaret för vårdhygienfrågor mellan Socialstyrelsen och Folkhälso-

myndigheten lett till en otydlig styrning som blev uppenbart under covid-19-pandemin. Ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan enligt Riksrevisionen stärka smittskyddets förebyggande arbete, men det förutsätter att även regioner och kommuner tar sitt ansvar för att se till att vård- och omsorgsverksamheter arbetar långsiktigt och förebyggande, för att mer effektivt kunna hantera större utbrott av smitta och omfattande smittspridning.¹²

I direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) ingår att lämna förslag på utformning av ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor.

6.4.3 Förslaget till äldreomsorgslag

Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16) föreslog i juni 2022 en särskild äldreomsorgslag för att komplettera SoL och förtydliga äldreomsorgens uppdrag och innehåll och kommunernas ansvar samt skapa förutsättningar för en nationellt mer likvärdig äldreomsorg av god kvalitet. En av de föreslagna bestämmelserna anger att personers behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet ska beaktas vid planering och organisering av verksamheten. Förutsättningar för trygghet och säkerhet kan enligt utredningen bl.a. handla om att planera och organisera verksamheten för att ha ett gott smittskydd.¹³ Utredningen lämnade därutöver en rad andra författningsförslag i syfte att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna och den kommunala hälso- och sjukvården som helhet.

Folkhälsomyndigheten skrev i sitt yttrande över förslagen bl.a. att utredningen inte tillräckligt belyser behovet av en stärkt vårdhygien i vård och omsorg av äldre personer och att den fortsatta handläggningen av utredningens förslag bör inkludera frågan om hur arbetet för att förebygga vårdrelaterade infektioner kan stärkas.¹⁴

Utredningens förslag bereds (i augusti 2023) inom Regeringskansliet.

¹² Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9, s. 77–78 och s. 82.

¹³ SOU 2022:41, s. 292.

¹⁴ Folkhälsomyndigheten. (2022.11.14). *Remissyttrande – Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer* (SOU 2022:41).

6.5 Tillgång till vård för vuxna i LSS-boenden

Socialstyrelsen fick i februari 2022 regeringens uppdrag¹⁵ att kartlägga och analysera möjligheterna för personer i LSS-boende för vuxna att tillgång till hälso- och sjukvård och vilken påverkan som pandemin har haft. Av tidigare analyser från Socialstyrelsen framgår bl.a. att trots att det i ansvaret för omvårdnad enligt 9 e § LSS ligger att hjälpa den enskilde som bor i bostad med särskild service att få den hälso- och sjukvård som han eller hon behöver, visar statistik att det finns stora brister. Personer med funktionsnedsättning blir generellt diagnostiserade i ett senare skede än andra, vilket gör att de har sämre chanser att kunna bli botade från exempelvis bröstcancer.¹⁶

I mars 2023 redovisade Socialstyrelsen det nya uppdraget.¹⁷ Socialstyrelsen bedömde att det finns behov av att vidta åtgärder för att säkerställa att omvårdnad och tillgång till hälso- och sjukvård finns för vuxna som bor i bostad med särskild service. Konkret pekade Socialstyrelsen bl.a. på att

- det finns behov av att kommunen och regionen ser till att de som saknar tillgång till internet eller inte har förmåga att använda digitala tjänster har möjlighet att komma i kontakt med och få tillgång till vård,
- det finns behov av generella kompetenshöjande insatser för hälso- och sjukvårdspersonal om framför allt bemötande av målgruppen,
- det finns behov av att personalen på LSS-boenden får kompetenshöjande insatser avseende hälso- och sjukvård (läkemedelshantering och delegering) och avseende att tolka och känna igen tecken på smärta, sjukdom eller skada hos brukarna,
- det finns behov av att förtydliga vad som är omsorg/omvårdnadsinsatser och vad som är hälso- och sjukvårdsuppgifter i kommunerna, och
- avtal och samverkansavtal mellan kommuner och regioner inte är enhetliga i landet och reglerar i varierande grad vårdkontakter för personer på LSS-boenden, att ansvaret mellan region och kommun upplevs som otydligt och att huvudmännen behöver tydliggöra och

¹⁵ Dnr S2022/01055 (delvis).

¹⁶ Socialstyrelsen. (2018). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*, s. 40.

¹⁷ Socialstyrelsen. (2023). *Vårdkontakter i LSS-boende*.

förankra avtal och samverkansavtal mellan region och kommun, såväl för avtalsparterna själva som för verksamheter och personal.

Resultaten visade också att förekomsten av årliga hälsokontroller, som kan vara ett sätt att identifiera behov av hälso- och sjukvård och på så sätt bidra till en jämlik vård, varierar över landet. Vad gäller tillgång till sjukvård under pandemin visade resultaten att vuxna på LSS-boenden i stort sett verkade ha fått tillgång till den hälso- och sjukvård de hade behov av. De fick vid behov tillgång till akut- och intensivvård, men undanträngningseffekter syntes på vissa områden, t.ex. hälsoundersökningar och remisser till specialistmottagningar.

Socialstyrelsen konstaterade att oavsett åtgärder kommer troligen personer i LSS-boenden ha fortsatta svårigheter att få tillgång till vård. Det handlar primärt om att många i gruppen har svårigheter att kommunicera symtom på sjukdom, smärta eller skada och det saknas kunskap för att kunna tolka tecken på sådana symtom. Socialstyrelsen ansåg därför att det finns anledning att utreda hur målgruppen kan erbjudas årliga hälsokontroller. Frågorna bereds (i augusti 2023) i Regeringskansliet.

6.6 Från IVO:s tillsyn

6.6.1 Kort om IVO:s uppdrag

IVO:s främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS. Myndighetens tillsyn innebär en granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamhet samt personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (se 1–2 §§ förordning [2013:176] med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg och 7 kap. PSL).

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska enligt PSL snarast anmälas av vårdgivaren till IVO med ingivande av en utredning av händelsen (3 kap. 5 § första och andra styckena PSL). Förfarandet benämns *lex Maria*.

PSL innehåller också bestämmelser om klagomål från enskilda. Här har vårdgivaren det största utredningsansvaret och IVO:s skyldighet att utreda har genom en lagändring 2018 begränsats (se 7 kap. 10–11 §§ PSL).

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd prövar, på anmälan av IVO, bl.a. frågor om provotid och återkallelse av legitimation (9 kap. 1 § och 8 kap. 1–3 §§ PSL).

Bestämmelserna om *lex Sarah* i SoL och LSS har kort beskrivits i avsnitt 4.6.3. Antalet *lex Sarah*-anmälningar har enligt IVO:s statistik legat mellan 1 100 och 1 300 per år sedan 2015. Under 2022 inkom 1 132 anmälningar till IVO. Av de 1 177 ärenden som avslutades under 2022 stod de verksamhetsområden som benämns *äldreomsorg*, *funktionsnedsättning LSS* och *funktionsnedsättning SoL* tillsammans för 769 stycken (68 procent). De vanligaste orsakerna till anmälan handlar om rättssäkerhet eller att en insats inte blivit utförd eller utförts felaktigt.

En särskild utredare har sedan juni 2022 regeringens uppdrag att bl.a. se över möjligheterna att förbättra förutsättningarna för IVO att utöva tillsyn och ha möjlighet att ingripa när tillsynen visar på brister inom socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.¹⁸

6.6.2 Brister i vård och behandling under pandemin

IVO konstaterade i november 2020 allvarliga brister hos regionerna vad gällde medicinsk vård och behandling av personer på särskilda boenden för äldre under pandemin. IVO:s bedömning var att ingen av landets 21 regioner tagit det fulla ansvaret för att säkerställa en individuellt behovsanpassad vård och behandling vid misstänkt eller konstaterad covid-19. Utifrån den granskning av journaler som IVO genomfört hade ungefär en femtedel av personerna på äldreboendena inte fått någon individuell läkarbedömning. Ingen region nådde heller fullt ut lagstiftningens krav på kvalitet i brytpunktsamtal, behandling enligt ordination och dokumentation.¹⁹

IVO fördjupade under 2022 granskningen av närmare 2 000 särskilda boenden i hela landet. IVO fann i augusti 2022 att den lägsta nivån för medicinsk vård och behandling var för låg på särskilda boenden för äldre. De risker och systematiska brister som identifierades var enligt IVO så allvarliga att de påverkade patientsäkerheten i dessa boenden i hela landet. De viktigaste iakttagelserna gällde:

¹⁸ Utredningen om en effektivare tillsyn över socialtjänsten (S 2022:05), dir. 2022:65.

¹⁹ Inspektionen för vård och omsorg. (2020-11-24). *Ingen region har tagit sitt fulla ansvar för individuell vård och behandling*.

- Svag efterlevnad av regler om vård i livets slutskede genom att alltför många patienter inte ges en individuell medicinsk bedömning samt vård och behandling enligt ordination.
- Brister i läkemedelshantering, exempelvis olämplig läkemedelsanvändning, samt brister gällande kompetens.
- Bristande tillgång till sjuksköterskor och läkare.
- Brister i kontinuitet och dokumentation, vilket leder till patientsäkerhetsrisker.

Vad gäller den bristande tillgången till sjuksköterskor och läkare konstaterade IVO att många livsavgörande bedömningar gällande patienter på SÄBO görs av den personal som har lägst utbildning. Det saknas även sjuksköterskor och läkare för att tillgodose patienternas behov. Vid journalgranskningen framkom att endast 66 procent av patienterna hade en dokumenterad läkarkonsultation under en kalendermånad. Av sjuksköterskorna som svarade på enkäten angav 66 procent att det finns patientsäkerhetsrisker som orsakas av det stora antal patienter varje sjuksköterska ansvarar för.

IVO:s bedömning var att det inte handlar om enstaka olycksfall i arbetet utan grundläggande brister i vårdgivarnas förmåga att säkerställa en godtagbar kvalitet och säkerhet för brukarna som bor på särskilt boende.

Tillsynen har fortsatt under 2023.^{20 21}

6.6.3 Uppföljning av besöksföreskrifter

IVO fick i november 2020 regeringens uppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:46) om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin, vilka närmare beskrivits i avsnitt 5.2.2. IVO redovisade sitt uppdrag i december 2021. Av redovisningen framgår bl.a. att IVO bedömer att följsamheten till föreskrifterna har varit god i de verksamheter som granskats. Det fanns dock verksamheter som utan samtycke från de boende begränsat möjligheten att ta emot besökare, eller helt

²⁰ Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre*.

²¹ Inspektionen för vård och omsorg. (2023). *Vad har IVO sett 2022?*

förbjudit besök. Det hade också förekommit isolerande åtgärder, såsom att brukare som har lämnat boendet för att träffa vänner och familj eller för att göra ärenden har uppfattat att de därefter varit tvungna att vistas isolerade i sina lägenheter under viss tid. Av personalen uppgav 29 procent att boendet hade tillämpat denna form av åtgärd. IVO skriver att smittskyddslagstiftningen inte har använts för att hantera situationen som rått inom äldreomsorgen, utan det är i stället verksamheterna själva som i vissa fall har använt sig av förbud eller begränsande regler utan mandat eller samtycke.²²

6.6.4 Tvång och begränsningar i LSS-boenden

Under 2020 gjorde IVO en särskild granskning av inkomna lex Sarah-anmälningar och anmälningsärenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS. Risker för att utsättas för tvångs- och begränsningsåtgärder och andra missförhållanden i LSS-bostäder har enligt IVO ett samband med att personal och/eller föreståndare på LSS-verksamheter inte har tillräcklig kompetens eller förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete utan att vidta otillåtna åtgärder. Såväl lex Sarah-ärenden som upplysningar och klagomål till IVO där tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer ökade från 2019. Exempel på återkommande händelser som rapporteras och anmäls till IVO är att begränsa åtkomsten till gemensamma utrymmen, som att låsa dörren till boendets kök, med motivet att det där finns farliga redskap eller för att boende inte ska kunna äta som de vill. Under 2020 fanns även exempel på besöksförbud och förbud att göra hembesök till anhöriga. Trots att LSS-insatser är frivilliga konstaterade IVO att begränsningsåtgärder införts inom LSS-bostäder i syfte att stoppa covid-19-spridning. Såväl anhöriga som anställda är enligt IVO osäkra på vad som är lagenligt.

I 74 procent av lex Sarah-ärenden angavs bristande kompetens hos personal som en orsak till missförhållandet. Cirka 45 procent av de granskade klagomålen (anmälan till IVO) innehöll uppgifter om brister i kompetens hos personalen. Missförhållandena som anges i lex Sarah-anmälningarna handlar om att personer blir inlåsta, fasthållna eller att nedläggning har förekommit. Det händer även att de

²² Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Smittsäkra besök – Redovisning av regeringsuppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin*.

boende utsätts för andra typer av kränkningar, som verbala hot och grovt språk från personalen, som inte är god vård och omsorg och som skulle vara brottsliga. I cirka 49 procent av lex Sarah-anmälningarna gäller missförhållanden i kategorin ”annat”, t.ex. fastspänning, fasttejpning, fastbindning, fysiskt tvång från personal, tvångsmedicinering och matbegränsningar.

Bristande ledning och styrning anges som en bidragande orsak till att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer. Det är ledningens ansvar att säkerställa att personalen har rätt kompetens. I cirka 49 procent av granskade lex Sarah-ärenden angav vård- och omsorgsgivarna att brister i ledning och styrning är en orsak till att missförhållandet kunde uppstå. I granskningen av klagomålen (anmälan till IVO) handlade 64 procent om brister i ledning och styrning.²³

Även under 2021 uppmärksammade IVO allvarliga brister och fattade flera skarpa beslut. Bristerna rörde tvångs- och begränsningsåtgärder där enskilda utsatts för inlåsning eller olaga frihetsberövande, fasthållning, användning av handfängsel, bildövervakning och inlåsning av personliga tillhörigheter eller liknande.²⁴

6.7 Kompetensförsörjning inom vård och omsorg

Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre hade i uppdrag att tillsammans med kommuner initiera förändringsarbete som främjar en god arbetsmiljö och som tar tillvara teknikens möjligheter i syfte att underlätta för personalen och ge ökad kvalitet för patienter och brukare.

I sitt betänkande²⁵ presenterade utredningen ett antal analyser, bedömningar och rekommendationer. Avsikten var att få i gång förändringsprocesser i landets kommuner.

De flesta av utredningens rekommendationer riktade sig till kommunerna då det är kommunerna som skapar förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning. Rekommendationer till kommunerna strukturerades i fyra temaområden som handlade om att förnya, behålla och utveckla kompetens, stärka ledarskapet, skapa trygga anställ-

²³ IVO gjorde detta som en del i samverkan med Socialstyrelsens regeringsuppdrag om kompetens i LSS-boenden, se avsnitt 4.4.3. Se också Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Vad har IVO sett 2020?*, s. 43.

²⁴ Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Vad har IVO sett 2021?*, s. 28–29.

²⁵ SOU 2021:52.

ningsförhållanden och en god arbetsmiljö samt ny teknik i vårdens och omsorgens tjänst.

Utredningen lämnade också rekommendationer till regeringen eftersom utvecklingen av kompetensförsörjningen kräver nationellt stöd. I rekommendationerna till regeringen framhölls behovet av nationellt stöd för fortsatt utvecklingsarbete på kort och lång sikt men även att regeringen bör överväga att tillsätta en funktion för att samordna och följa upp det fortsatta utvecklingsarbetet när det gäller kompetensförsörjning inom vården och omsorgen om äldre. Utredningen föreslog vidare att regeringen bör överväga att inrätta ett kompetenscentrum för utveckling av äldreomsorgen, exempelvis vid Socialstyrelsen.

Utredningens förslag bereds (i augusti 2023) inom Regeringskansliet.

6.8 Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

Nuvarande reglering i HSL innebär i praktiken ett förbud för kommuner att anställa egna läkare. Ansvar för behövliga läkarresurser inom den kommunala hälso- och sjukvården ligger på regionerna.

I den utredning som bl.a. föreslog en ny äldreomsorgslag gjordes bedömningen att kommunernas möjlighet att utföra läkarinsatser inte bör utökas. Däremot föreslogs en rad andra regeländringar för att stärka tillgången till läkare och annan medicinsk kompetens inom den kommunala hälso- och sjukvården.²⁶

I juni 2023 beslutade regeringen att tillsätta en utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.²⁷ I uppdraget ingår bl.a. att föreslå en ordning där kommuner kan anställa läkare och analysera kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad och effektiviteten i nuvarande system.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2024.

²⁶ SOU 2022:41, se bl.a. kapitel 8.

²⁷ Dir. 2023:98.

6.9 Utredning om språkkrav

Den 30 mars 2023 beslutade regeringen att tillsätta en utredning om språkkrav för personal i äldreomsorgen. I direktiven hänvisar regeringen till vad som framkommit i bl.a. Coronakommissionens första delbetänkande och IVO:s tillsyn av äldreomsorgen, samt beskriver andra initiativ på området, däribland införandet av undersköterska som skyddad yrkestitel och regeringsuppdrag till bl.a. Socialstyrelsen.²⁸

I utredningens uppdrag ingår bl.a. att analysera och ta ställning till vilken nivå på kunskaper i svenska som är lämplig för undersköterskor och vårdbiträden som arbetar i äldreomsorgen och om kraven bör skilja sig åt mellan yrkesgrupperna, att analysera och vid behov föreslå krav och lämplig nivå på kunskaper i svenska även för andra yrkesgrupper som arbetar i äldreomsorgen, och att analysera och föreslå hur språkkraven kan utformas, bedömas och skyndsamt införas, samt hur kraven kan följas upp och långsiktigt kvalitetssäkras.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 september 2024.

6.10 Uppdaterad demensstrategi

I maj 2023 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera den så kallade demensstrategin från 2018.²⁹ För att möta utmaningen i form av ett förväntat ökat antal personer med demenssjukdomar behöver den nya strategin enligt regeringen breddas och, utöver omsorg, även innefatta viktiga delar av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.³⁰ Uppdraget ska redovisas i februari 2024.

6.11 Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler

I en rapport från SKR konstateras att covid-19-pandemin innebar att den kommunala vården och omsorgen ställdes i en situation som ur ett fastighetsperspektiv inte tidigare beaktats. Förutsättningarna att begränsa smittspridning genom lokalernas egenskaper och utform-

²⁸ Socialstyrelsen redovisade uppdraget under våren 2023, se Socialstyrelsen. (2023). *Språkbedömningsstöd till verksamheter inom äldreomsorg*.

²⁹ Dnr S2023/01713 (delvis).

³⁰ Regeringen. (2023-05-17). *Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera demensstrategin*.

ning har inte varit en tillräckligt högt prioriterad fråga vid förstudie, planering, projektering, upphandling av renoveringar och nyproduktion av vård- och omsorgslokaler. Covid-19 skapade enligt rapporten en situation som inte förutsetts eller planerats för vid utformningen av vård- och omsorgsboenden. I rapporten dras slutsatsen att det finns tre huvudsakliga områden för utveckling och förbättring gällande lokalernas utformning inför en framtida pandemi:

- flexibla, men också hemlika, vård- och omsorgsboenden,
- byggnadsutformning och flödeslösningar, samt
- kunskapsstöd till kommuner kring ventilation, luftkonditionering och smarta lösningar (teknologiska lösningar såsom beröringsfri dörrautomatik och toaletter med teknik som ökar självständighet samt minskar smittorisk).

Det klart största behovet av förändringar av lokalerna ses enligt rapporten inom särskilt boende för äldre.

Ett antal utrymmen eller faktorer upplevdes inte hålla tillräckligt god standard för att hantera covid-19-pandemin på ett tillfredsställande sätt. De utrymmen som bedömdes vara otillräckliga var följande:

- allmänna ytor för att underlätta besök,
- lokaler som är flexibla och som kan ställas om vid behov,
- allmänna ytor för boenden,
- förvaring i form av förråd samt
- personalrum såsom omklädningsrum och övriga personalytor.³¹

6.12 Gränsdragningssvårigheter inom omsorgen

Det har under flera år framförts synpunkter från olika myndigheter, statliga utredningar och organisationer att det ytterligare bör klargöras i lagstiftning när olika begränsningsåtgärder kan vidtas inom hälso- och sjukvården och omsorgen eller hur vård kan ges när samtycke inte kan inhämtas. Flera förslag har presenterats genom åren.³²

³¹ Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler – erfarenheter från Covid-19*.

³² Här kan bl.a. nämnas SOU 2013:2, *Patientlag*, SOU 2015:80, *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstagande till vård, omsorg och forskning* samt Socialstyrelsen. (2015). *Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga*.

Utifrån SOU 2006:110 (*Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom*) utarbetades en lagrådsremiss som beslutades 2012. Lagrådsremissen innehöll förslag rörande möjliggörande av tvingande skyddsåtgärder och då bl.a. bortförande, användning av larmanordning och inlåsning.³³

Inget av de presenterade förslagen har lett till lagstiftning. I beredningen av några av förslagen har det framförts behov av en generell lagstiftning och inte en lagstiftning som försöker lösa frågan om begränsningsåtgärder för ett specifikt område eller en specifik situation.

I SOU 2020:14 (*Framtidens teknik i omsorgens tjänst*) lämnades förslag som syftade till att underlätta användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen. Författningsförslaget hade dock ett bredare angreppssätt och förslag fanns även avseende frågan om samtycke inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. För detta riktades kritik i remissrundan mot utredningens förslag, bl.a. av Statens medicinsk-etiska råd (Smer):

Inledningsvis vill Smer framföra att rådet anser att det är mycket allvarligt både ur rättssäkerhetssynpunkt och från ett etiskt perspektiv att det fortfarande i Sverige saknas lagreglering av hur insatser inom hälso- och sjukvård till enskilda som har en varaktigt nedsatt beslutsförmåga får göras. Smer anser att det är anmärkningsvärt att förslag om vård och insatser till personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga lämnas i ett betänkande om införande av välfärdsteknik i äldreomsorgen och inte i en särskild utredning avsedd enbart för frågor om insatser till beslutsförmögna. Det är dock förklarligt att frågan kommer upp i betänkandet eftersom det ännu inte finns en reglering.³⁴

Justitieombudsmannen uttalade följande på samma tema:

Mot bakgrund av det ganska begränsade uppdraget i denna del är det överraskande att utredningen har ansett sig ha tillräckligt underlag för att lämna förslag till en allmän bestämmelse i patientlagen, avsedd att tillämpas vid beslutsfattande i alla former av hälso- och sjukvård, när det står klart att den enskilde inte endast tillfälligt saknar förmåga att samtycka till en viss insats.³⁵

³³ Lagrådsremiss. *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*, beslutad av regeringen 2012-11-29.

³⁴ Statens medicinsk-etiska råd. (2020-08-13). *Remissvar avseende betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*, s. 7.

³⁵ Justitieombudsmannen. (2020-07-10). *Yttrande över betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*, s. 2.

I propositionen *Välfärdsteknik inom äldreomsorgen*³⁶ konstaterar regeringen bl.a. att frågan om insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga är komplex och berör flera områden, t.ex. hälso- och sjukvården och att frågan kräver ytterligare beredning. Den behandlades därför inte ytterligare i propositionen.³⁷

I sammanhanget kan även nämnas Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport om den nordiska äldreomsorgen. Med hänvisning till betänkandet SOU 2020:14 anförde myndigheten att frågan om behovet av att reglera förutsättningarna att ge vård och omsorg vid nedsatt beslutsförmåga behöver analyseras ytterligare och att i en sådan analys bör lagstiftningen i Danmark, Norge och Finland, som reglerar hur och under vilka omständigheter det är möjligt att ge vård och omsorg utan samtycke, vara ett av flera underlag. Avsaknaden av sådan reglering i Sverige skapar enligt Vård- och omsorgsanalys ett i viss mån oklart rättsläge. Konsekvensen kan enligt myndigheten bli såväl bristande rättssäkerhet, eftersom gränserna för självbestämmanderätten inte är helt tydliga, som risk för att vissa äldre personer i Sverige inte får den vård och trygghet som ligger i deras intresse. Det kan enligt myndigheten också skapa ett dilemma för personal som har ansvar för att hjälpa den som behöver.³⁸

³⁶ Prop. 2022/23:131.

³⁷ Se vidare i Ds 2022:4. *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen*, s. 38, där regeringen skriver att en central del i SOU 2020:14 var författningsförslag med fokus på reglering av samtycke från personer med nedsatt beslutsförmåga i syfte att underlätta användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

³⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021). *Den nordiska äldreomsorgen – en jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll*. 2021:7, s. 179. Det kan i sammanhanget nämnas att det både i Norge och Finland finns möjlighet att isolera personer på det särskilda boendet.

7 Smittbärappenning

I detta kapitel beskrivs bakgrunden till smittbärappenningens tillkomst och hur covid-19-pandemin påverkade ersättningen. Avslutningsvis redogörs för ett antal utvärderingar av hur smittbärappenningen fungerade under pandemin samt utvecklingsområden som har lyfts fram.

7.1 Historik och användning innan pandemin

De nu gällande bestämmelserna om smittbärappenning har sitt ursprung i lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare. Den nya smittskyddslag som trädde i kraft 1 juli 1989 (smittskyddslag [1988:1472]) samt förändringar i sjukförsäkringen ansågs motivera att lagen från 1956 ersattes med en ny lag. Även redaktionella skäl ansågs tala för en ny lag. Däremot var bedömningen att grundprinciperna i lagstiftningen borde behållas.¹

1956 års lagstiftning tillkom bl.a. på grund av en stor paratyfus-epidemi (epidemi av en allvarlig typ av salmonella) som hade brutit ut i Sverige 1953 och som pågick från mitten av juni till slutet av december det året. Totalt insjuknade 8 845 personer med salmonella av vilka 2 400 lades in på sjukhus och cirka 90 personer avled.² Ett stort antal personer drabbades av förlust av arbetsinkomst m.m. till följd av att de avstängts från arbetet eller haft inskränkt rörelsefrihet då de misstänktes eller konstaterats föra smitta av smittsam sjukdom.

I samband med epidemin infördes särskilda tillfälliga regler som innebar att ersättning till enskilda för förlorad arbetsinkomst kunde

¹ Prop. 1988/89:112, s. 22.

² Folkhälsomyndigheten (2022-03-07). *Salmonellautbrottet 1953*. En kombination av för hög slaktfrekvens, otillräckliga kylutrymmen och värmebölja var orsaken till utbrottet. En arbetskonflikt som varade i fem veckor medförde att fler djur än normalt slaktades när arbetet återupptogs och kylrummen blev därför överfyllda med höga temperaturer som följd. Samtidigt pågick en värmebölja vilket gjorde att det inte gick att kyla transportkedjan för köttet.

utgå i större omfattning och efter andra grunder än enligt tidigare praxis. Antalet ersättningsärenden uppgick under epidemin till knappt 1 000.³ Åtgärden ansågs dock som en nödlösning och begränsades till paratyfusepidemin. Tidigare hade ersättning utgått i enskilda fall till ”bacillbärare”.⁴

Vid behandlingen av de tillfälliga bestämmelserna framhölls behovet av generella regler rörande ersättning till smittbärare vilket sedermera resulterade i lagen om ersättning åt smittbärare.

Smittbärappenningen har sedan reglernas tillkomst använts i begränsad omfattning genom åren. Mellan år 2000 och 2019 erhöll cirka 200–470 personer per år ersättning. Antalet personer som fått ersättning minskade successivt under denna period. Under de sex år som föregick pandemin betalades ersättning ut till i medeltal 250 personer per år. De två diagnoser som sticker ut i ersättningsärendena, jämfört med övriga diagnoser under perioden 2000–2019 är MRSA⁵ och salmonella.⁶

7.2 Smittbärappenningen under pandemin

I februari 2020 fattade regeringen beslut om en förordning som innebär att covid-19 betraktas som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom enligt definitionen i smittskyddslagen, SmL.⁷ Det innebär att den som inte kunde arbeta för att den var smittad, varit utsatt för smitta eller kunde antas ha varit utsatt för smitta av covid-19 kunde ha rätt till smittbärappenning (se 46 kap. 3 § p. 1–3 socialförsäkringsbalken, SFB).⁸

³ Prop. 1956:126, s. 24 f. och s. 33.

⁴ Prop. 1956:126, s. 24 och s. 44. Antalet ärenden uppgick mellan 1932 och 1955 till 130 stycken.

⁵ Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* – stafylokocker som är resistent mot meticillin, som är ett antibiotikum.

⁶ Uppgifter från Försäkringskassan till utredningen 2022-09-29 via mejl.

⁷ Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.

⁸ I sammanhanget kan också nämnas att år 2020 lades covid-19 till i listan över sådana sjukdomar som anses utgöra arbetsskada enligt 39 kap. 6 § SFB. Covid-19 skulle därmed anses utgöra arbetsskada om sjukdomen ådragits i vissa typer av arbeten, bl.a. visst laboratoriearbete samt arbete inom sjukvården. År 2022 ändrades 5 § förordningen (1977:284) om arbetsskade-försäkring och statligt personskadeskydd på så sätt att det anges att som arbetsskada ska sådan sjukdom anses vara ”som är eller som när skadan inträffade var klassificerad som en samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168) och sjukdomen har ådragits i arbetet”, dvs. inget krav på att sjukdomen ådragits i vissa anställningar om sjukdomen är klassad som samhällsfarlig. Dessa ändringar var inte tillfälliga utan är permanenta.

I en andra extra ändringsbudget som presenterades av regeringen den 19 mars 2020⁹ föreslogs att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, vid extraordinära händelser i fredstid ska kunna meddela särskilda föreskrifter om undantag från bestämmelserna i SFB om sjukpenning och karenss, smittbärappenning och tillfällig föräldrapenning samt handläggning av ärenden. Med en extraordinär händelse i fredstid avses en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser. Det kan enligt propositionen t.ex. handla om en pågående smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Lagändringarna som togs in i 2 kap. 5 a § SFB trädde i kraft den 7 april 2020.

Enligt smittskyddslagen (2004:168), SmL, ska en behandlande läkare besluta om individuellt utformade förhållningsregler för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom (4 kap. 2 § SmL). Under hösten 2020 gick Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationen om att även friska vuxna personer som bor i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19 skulle få förhållningsregler om att hålla sig i hemmet. Om sådana förhållningsregler utfärdades skulle det innebära en skyldighet att stanna hemma under en begränsad tid även för dessa personer.¹⁰ Rekommendationen innebar att alla hushållskontakter skulle betraktas som misstänkta fall enligt SmL vilket innebär att läkare som följer rekommendationen måste meddela förhållningsregler för hushållskontakter. Skyldigheten följer av förhållningsregeln, som är beslutet enligt SmL enligt 46 kap. 5 § 1 SFB. Konsekvensen blev att den som fått förhållningsregler i egenskap av hushållskontakt och därmed misstänkt fall, och som inte kunde arbeta hemifrån, kunde ansöka om smittbärappenning.

Med anledning av ett stort antal ansökningar om smittbärappenning beslutade regeringen vid två tillfällen att tillfälligt ta bort kravet på läkarintyg för ansökningar om smittbärappenning som gällde covid-19. Undantagen gällde från och med den 6 februari fram till och med den 30 september 2021¹¹ samt från och med den 27 december 2021

⁹ Prop. 2019/20:132.

¹⁰ Folkhälsomyndigheten. (2020-10-01). Personer som bor med smittade av covid-19 ska betraktas som möjliga fall.

¹¹ Förordning (2021:60) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19.

fram till och med den 31 mars 2022.¹² Kravet om individuellt utformade förhållningsregler kvarstod dock.

7.2.1 Antalet ersättningsärenden

Som konstaterats ovan är smittbärappenningen normal sett en liten förmån. Antalet ansökningar om smittbärappenning ökade dock mycket kraftigt i och med covid-19-pandemin.

Av Försäkringskassans årsredovisningar framgår att det under 2019 totalt inkom cirka 1 700 ansökningar om förmånen, varav 350 gällde smittbärappenning och cirka 1 400 ersättning för resekostnader. Till följd av pandemin ökade antalet ansökningar om smittbärappenning till cirka 29 400 under 2020 och till cirka 106 300 under 2021. Under 2022 accelererade ökningen och bara under det första kvartalet kom det in cirka 109 000 ansökningar.

I januari 2022 hade covid-19 på nytt fått stor spridning i samhället. Rekommendationerna om ”hushållskarantän” för sammanboende med covid-19 smittade medförde att Försäkringskassan under det första halvåret 2022 fick hantera exceptionellt många ansökningar om smittbärappenning.

För hela 2022 blev utfallet 113 000 ansökningar. Antalet ansökningar om ersättning för resekostnader ökade marginellt, från cirka 1 100 under 2021 till cirka 1 400 under 2022.

Under 2022 fattades beslut i cirka 109 000 ärenden om smittbärappenning, vilket var 12 procent fler än under 2021. Cirka 101 100 personer fick ersättning, vilket var 22 procent fler än 2021. Av dessa var 52 procent kvinnor och 48 procent män.

Förmånsutgifterna uppgick till 410,7 miljoner kronor 2022, att jämföra med 392,9 miljoner kronor under 2021, 126,6 miljoner kronor under 2020 och 4,5 miljoner kronor under 2019.

Trots att ökningen var kraftig för smittbärappenning under pandemin utgjorde förmånen fortfarande en liten del av de totala försäkringsutgifterna. Utgifterna för ersättning till arbetsgivare för höga

¹² Förordning (2021:1238) om undantag från bestämmelser om ansökan om smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19.

sjuklönekostnader ökade också, både på grund av fler sjukfall och att regelverket blivit mer generöst för att mildra effekterna av pandemin.¹³

Viss smittbärappenning

Viss smittbärappenning kunde enligt 5 § förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19 betalas ut till personer som var tvungna att avstå från arbete för att undvika att smitta en närstående som ingår i en riskgrupp. Det gäller exempelvis anhöriga som arbetar som personlig assistent till en vuxen person i riskgrupp eller som till viss del får närståendepenning för vård av vuxen person i riskgrupp.

Försäkringskassan fattade under 2021 beslut i cirka 2 400 ärenden om viss smittbärappenning, en kraftig ökning från cirka 700 ärenden under 2020. Antalet försäkrade som fick ersättningen var cirka 1 200, varav 56 procent kvinnor och 44 procent män. Under 2020 var motsvarande siffror cirka 300 personer, varav 73 procent kvinnor och 27 procent män. Den genomsnittliga handläggningstiden ökade från 16 till 27 dagar.

Viss förebyggande sjukpenning

Viss förebyggande sjukpenning enligt 2 § förordningen (2020:582) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärappenning med anledning av sjukdomen covid-19 omfattar personer som har en anställning eller är egenföretagare och helt eller delvis måste avstå från att arbeta för att undvika att smittas på arbetet. Ett villkor är också att arbetsgivaren inte kan erbjuda möjligheter att arbeta hemifrån eller erbjuda andra arbetsuppgifter.

Det har varit möjligt att ansöka om viss förebyggande sjukpenning sedan den 24 augusti 2020. När förmånen introducerades fanns

¹³ Se exempelvis Försäkringskassan. (2021). *Försäkringskassans årsredovisning 2020*. I sammanhanget kan nämnas att det är arbetsgivare som betalar ut sjuklön för sina anställda under sjukfallets första två veckor och först därefter Försäkringskassan vilket regleras i sjuklönelagen. Under pandemin infördes tillfälliga mer generösa regler om rätt till ersättning för höga sjuklönekostnader – se förordningen (2020:195) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19 samt förordningen (2022:79) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19. Syftet var att undvika ekonomiska problem för arbetsgivare som både kan drabbas av att betala sjuklön i två veckor för ett större antal anställda med följden att antingen vikarier måste anställas vilket ökar arbetsgivarens kostnadsbörda eller verksamheten minskas med minskade intäkter som följd.

beslut om att den skulle vara tidsbegränsad tre månader och gälla för högst 90 kalenderdagar. Regeringen beslutade dock att förlänga ersättningsperioden vid ett antal tillfällen. Antalet dagar utökades med ersättning utökades till 184 dagar. Under tiden har även målgruppen utökats genom att fler diagnoser kunde ligga till grund för att tillhöra en riskgrupp.

7.3 Granskningar av smittbärappenningen

I avsnittet återges några utvärderingar som gjorts av användningen av smittbärappenningen under covid-19-pandemin samt förslag på initiativ avseende smittbärappenningen. Utvärderingarna visar bl.a.:

- att de åtgärder som vidtogs gällande smittbärappenning under covid-19-pandemin har varit särskilt viktiga för grupper som har kontaktyrken och inte har kunnat arbeta hemifrån,
- att ersättningen delvis har nått nya och större grupper,
- att borttagandet av krav på intyg har underlättat både för Försäkringskassan och de som har ansökt om ersättning samt minskat belastningen på hälso- och sjukvården,
- att tillströmningen av nya ärenden har ställt stora krav på Försäkringskassan och deras tekniska system och att handläggningstiderna har ökat,
- att eftersom fler har kunnat vara hemma kan smittbärappenningen ha bidragit till en minskad smittspridning, och
- att även om användningen av smittbärappenningen ökade kraftigt under pandemin stod den för en liten del av inkomstskyddet jämfört med exempelvis sjukpenningen och ersättningen för karensavdraget.

7.3.1 Coronakommissionens analys av smittbärappenningen under covid-19-pandemin

Coronakommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande att sjukförmåner som sjukpenning och smittbärappenning har varit en viktig del i det ekonomiska skyddet för enskilda under pandemin. Möjlig-

heten till smittbärappenning fanns före pandemin men utnyttjandet var tidigare så lågt att ersättningen enligt kommissionen ändå kan betraktas som en coronaåtgärd.¹⁴

Även om andelen personer med smittbärappenning ökade kraftigt i procent under pandemin, stod den för en liten del av inkomstskyddet för befolkningen som helhet. Det gällde även den nya ersättningen till riskgrupper och deras anhöriga, även om den ansågs vara något viktigare för att skydda inkomsterna än smittbärappenningen. Framför allt var det ersättningen för karensavdrag som var av betydelse och som ensamt stod för 70 procent av utgiftsökningarna inom sjukförmåner.¹⁵

Coronakommissionen framhåller i sitt slutbetänkande att kompletteringen och förstärkningarna av det existerande välfärdssystemet med särskilda pandemiåtgärder var välgrundade. Kommissionen anser vidare att det var rimligt att under pandemin lägga större vikt vid försäkringsaspekten. Den specifika åtgärden att tillfälligt ersätta viss del av karensavdraget i sjukförsäkringen kan ses just på detta sätt. Ersättningen för karensavdrag ansågs även ha fördelar från ett smittskyddsperspektiv. Kommissionen anser också att åtgärderna att lätta på kraven på läkarintyg för sjukpenning och tillfällig föräldrapenning under perioder då hälso- och sjukvården var som mest belastad var väl avvägda.¹⁶ Under större delen av 2021 och delar av 2022 fanns heller inget krav på läkarintyg för smittbärappenning.

Handläggningen av vissa stöd till enskilda har enligt kommissionen bitvis dragit ut på tiden. Enligt Coronakommissionen berodde de stundtals längre handläggningstiderna för vissa förmåner inom socialförsäkringssystemet till en del på det stora inflödet av ärenden till Försäkringskassan i perioder, och till en del på den stora pressen på de självständiga a-kassor som blev särskilt arbetsbelastade på grund av smittspridningens ojämna effekter över olika branscher och yrken.

Coronakommissionen nämner specifikt problem gällande hanteringen av smittbärappenningen. Enligt kommissionen tycks problemen bero på att många sökande saknade ett beslut från läkare om avstängning från arbete enligt smittskyddslagen i sin ansökan. Detta var först obligatoriskt men kravet togs senare tillfälligt bort.¹⁷ Hand-

¹⁴ SOU 2022:10, s. 189 f.

¹⁵ SOU 2022:10, s. 191.

¹⁶ SOU 2022:10, s. 598.

¹⁷ SOU 2022:10, s. 598 f.

läggningstiderna för smittbärappenning var under 2020 i genomsnitt 17 dagar och under 2021 i genomsnitt 28 dagar.¹⁸

7.3.2 Försäkringskassans erfarenheter av smittbärappenningen under covid-19-pandemin

Försäkringskassan fick i uppdrag av regeringen att analysera och följa effekter som covid-19 har haft på sjukförsäkringen. Myndigheten konstaterar i sin återsrapportering att fler personer än tidigare fått sjukpenning eller smittbärappenning under perioden 2020–2021 vilket enligt Försäkringskassan beror både på ökad sjuklighet till följd av covid-19 och på de rekommendationer som syftat till att motverka smittspridningen. Personer som har drabbats av covidliknande symtom har exempelvis rekommenderats att isolera sig i hemmet. Regeländringar har också gjort att fler och nya grupper har omfattats av förmåner inom sjukförsäkringen, vilket också förklarar den ökade användningen under pandemin. Fler grupper än tidigare har bl.a. kunnat få smittbärappenning när de gått miste om arbetsinkomst på grund av smittorisk. Före pandemin var behovet störst bland personer som arbetade inom vård och omsorg. Under pandemin har ersättningen också använts av andra yrkesgrupper inom skola, handel och transport.¹⁹

Enligt Försäkringskassan har sjukpenning, ersättning för karens, och smittbärappenning varit viktiga för samma grupper av försäkrade som hade störst behov av sjukförsäkringen redan före pandemins utbrott. Under pandemin har sjukförsäkringen enligt Försäkringskassan haft särskild betydelse för att ge ekonomisk trygghet för de grupper på arbetsmarknaden som inte har kunnat utföra förvärvsarbete hemifrån och som har drabbats av nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller smitta.²⁰

¹⁸ Den genomsnittliga handläggningstiden ökade från 28 dagar 2021 till 56 dagar 2022, se Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*.

¹⁹ Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 5 f.

²⁰ Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 7.

Närmare om vilka grupper som erhållit smittbärappenning

Under perioden september 2020 till december 2021 har delvis andra grupper än tidigare kunnat få smittbärappenning, vilket har påverkat gruppens sammansättning med avseende på kön, ålder och yrke. Före pandemin var en majoritet av mottagarna kvinnor (runt 70 procent). Efter september 2020 blev könsfördelningen mer jämn, och mellan januari och december 2021 utgjorde män i genomsnitt 48 procent av mottagarna. Även åldersfördelningen bland de personer som har smittbärappenning har ändrats något. Före september 2020 var runt 39 procent av mottagarna 50 år och äldre; därefter har denna åldersgrupp utgjort 27 procent. Före pandemin var behovet av smittbärappenning störst bland personer som arbetade inom vård och omsorg. Under pandemin har ersättningen också nyttjats av andra typer av yrkesgrupper.

Från januari 2020 till december 2021 var behovet av smittbärappenning stort bland personer som arbetade inom vård, skola och omsorg.

Bland kvinnor har antalet personer som haft smittbärappenning varit störst i yrkesgruppen undersköterskor som arbetar inom hemtjänst, hemsjukvård och på äldreboenden. I denna yrkesgrupp har 4 500 kvinnor haft smittbärappenning, vilket motsvarar 3,8 procent av de förvärvsarbetande.

Under perioden har smittbärappenning också använts av personer som arbetar inom stora kvinnodominerade yrkesgrupper inom förskola och grundskola, som barnskötare, förskollärare och grundskollärare.

Ersättningen har också nyttjats av andra större yrkesgrupper med mer jämn könsfördelning, som butikssäljare inom fackhandel och dagligvaruhandel.

Yrke påverkar både huruvida en person exponeras för smitta, och huruvida lämpliga åtgärder för att minska smittspridningen införs på arbetsplatsen (exempelvis i form av skyddsutrustning, rutiner och instruktioner). Risken för smittspridning har varit större för personer som har ett större kontaktnät genom sitt yrke, vilket både kan handla om kollegor och kunder eller patienter.

Gemensamt för de kvinnodominerade yrkena där ett stort antal, eller en hög andel haft smittbärappenning, är enligt Försäkringskassan

att de inkluderar hög grad av kontakt med andra människor, så kallade kontaktyrken.

De män som haft smittbärappenning under pandemin har även haft andra yrken än kontaktyrken. Ersättningen har bl.a. använts av män som arbetar som lager- eller terminalpersonal, snickare, metallarbete, eller i föraryrken såsom lastbils-, buss- eller spårvagnsförare.

En förklaring till att försäkrade inom även sådana yrkesgrupper haft behov av ersättningen är att de vid konstaterad smitta inte har kunnat arbeta hemifrån. En del av användningen kan också förklaras av att även friska vuxna som bodde i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19, rekommenderades att stanna hemma från och med oktober 2020.²¹

Anpassning av Försäkringskassans handläggning av smittbärappenning med anledning av pandemin

För att kunna hantera den stora ökningen av mängden ansökningar inom vissa förmåner och de regeländringar som pandemin lett till genomförde Försäkringskassan ett stort antal tillfälliga åtgärder under 2020, åtgärder som även kvarstod under 2021.

Under perioden februari 2021–september 2021 fanns ett tillfälligt undantag från bestämmelsen om krav på läkarintyg vid ansökan om smittbärappenning. Undantaget innebar att Försäkringskassan kunde fatta beslut om rätt till smittbärappenning utan att efterfråga läkarintyg eller avstängningsbeslut. Den förenklade utredningen ledde enligt Försäkringskassan till ett minskat behov av att begära in kompletterande uppgifter och kortade handläggningstider inom sjukpenning, smittbärappenning, tillfällig föräldrapenning och föräldrapenning.²²

Medarbetare som normalt arbetat med förmåner som inte direkt påverkats av pandemin stöttade med handläggning och telefoni inom förmåner som haft ett ökat antal ansökningar. Åtgärderna har i huvudsak varit tillfälliga och tillämpats under perioder av särskilt högt inflöde av ansökningar. Efterkontroller har gjorts av ett urval av beslut om sjukpenninggrundande inkomst som fattats utifrån den särskilda hanteringen.

²¹ Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 29.

²² Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3*, s. 7 f.

Har användningen av socialförsäkringen bidragit till att begränsa spridningen av covid-19?

Försäkringskassan anger att Folkhälsomyndighetens rekommendationer under pandemin att stanna hemma redan vid milda förkylningssymtom tillsammans med en ökad sjuklighet i befolkningen till följd av covid-19, bidrog till en kraftig ökning av användningen av socialförsäkringen. Framför allt har användningen av försäkringar som ersätter inkomstbortfall vid sjukdom varit omfattande, såsom sjukpenning, tillfällig föräldrapenning, ersättning för karens och smittbärappenning. En stor del av befolkningen har använt karensersättningen som infördes i april 2020 och det gällde främst personer i branscher där det kan vara svårt att arbeta hemifrån.

Eftersom smittspridningen enligt Försäkringskassan kan antas minska om fler stannar hemma vid sjukdom, är det positivt att de som använt ersättningen allra mest arbetar i branscher där det kan vara svårt att arbeta hemifrån och där fysiska kontakter är vanliga. Även Försäkringskassans beslut att avvakta med läkarintyg i sjukförsäkringen och det tillfälligt helt slopade kravet på intyg i föräldraförsäkringen, har enligt Försäkringskassan underlättat och bidragit till att fler varit hemma och under längre tid.

Fler än tidigare har också fått smittbärappenning efter Folkhälsomyndighetens rekommendation att även den som delar hushåll med personer som bekräftats smittade med covid-19 skulle stanna hemma. Precis som karensersättningen har dessa anpassningar av socialförsäkringen enligt Försäkringskassan troligtvis bidragit till att begränsa smittspridningen. Vidare anför Försäkringskassan att om färre blivit sjuka därför att fler haft ekonomiska möjligheter att stanna hemma från sina arbeten, har detta sannolikt även begränsat behovet av sjukvård. Därtill har, enligt Försäkringskassan, besluten om de förändrade kraven på läkarintyg för sjukpenning och tillfällig föräldrapenning bidragit till att minska belastningen på vården, eftersom behovet av dessa ersättningar ökade kraftigt under 2020.

Vikten av kännedom om ersättningsformen

Försäkringskassan skriver i en rapport att smittbärappenning var ett viktigt ekonomiskt stöd för att möjliggöra för personer som inte kunde arbeta hemifrån att avstå från arbete i syfte att minska smitt-

spredning. Försäkringskassan konstaterar dock att användandet av smittbärappenning kom igång först under hösten 2020. Det är enligt myndigheten oklart om det relativt låga användandet av smittbärappenningen under första halvåret 2020 speglade det faktiska behovet av ersättningen, eller om den hade kunnat nyttjas av fler personer under den perioden. I syfte att minska smittspridning vid pandemier och att personer får den ersättning de har rätt till, är det enligt Försäkringskassan av stor vikt att beslutsfattare, myndigheter, vårdgivare och arbetsgivare känner till, samverkar och tydligt kommunicerar vad en klassning av en sjukdom som samhällsfarlig innebär i praktiken. För att smittbärappenningen ska bidra till att hålla smittspridning av samhällsfarliga sjukdomar på en låg nivå är det viktigt att framför allt yrkesgrupper utan möjlighet att arbeta hemifrån känner till ersättningen och vet att den kan användas för att kompensera för inkomstbortfall.²³

7.3.3 Inspektionen för socialförsäkringen – Smittbärappenning i pandemins tid

Inspektionen för socialförsäkringen, ISF, har granskat smittbärappenning före och under covid-19-pandemin. Granskningen är egeninitierad och har fokuserat på hur smittbärappenningen fungerade. ISF har dock även granskat hur de många tillfälliga anpassningarna av regelverken för socialförsäkringen och sjuklönen samt Folkhälsomyndighetens råd och rekommendationer kan ha påverkat användningen av socialförsäkringen.

ISF konstaterar att smittbärappenning vanligtvis är en liten förmån inom socialförsäkringen men att det under pandemin blev tydligt att förmånen kan fylla en viktig funktion, framför allt för vissa yrkesgrupper. Smittbärappenning var dock enligt ISF inte den förmån som i första hand gav det ekonomiska skydd som många behövde under pandemin, även om användningen av smittbärappenning ökade. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Enligt ISF kan det till stor del ha berott på att många blev sjuka. Men anpassningen av regelverken för sjukförmånerna och sjuklönen kan ha bidragit till

²³ Försäkringskassan. (2022). *Kraftigt ökad användning av smittbärappenningen under pandemin*. (Korta analyser 2022:1), s. 5 f.

att även personer med milda symtom sjukanmälde sig när de i stället skulle ha kunnat få smittbärappenning.

Det relativt låga nyttjandet av smittbärappenning jämfört med sjukförmånerna kan enligt ISF även förklaras av att förmånens konstruktion inte är anpassad för en storskalig smittspridning. ISF bedömer att det finns ett behov att se över hur regelverket för smittbärappenning ska kunna fungera på ett träffsäkert sätt även vid en storskalig smittspridning.

De viktigaste resultaten och slutsatserna enligt ISF är:

- De tidiga tillfälliga anpassningarna av sjukförmånerna i kombination med Folkhälsomyndighetens allmänna råd kan ha medfört att även personer med milda symtom sjukanmälde sig.
- Villkoren i socialförsäkringen kan göra det svårare för de som har osäkra anställningsförhållanden att följa rekommendationer om att stanna hemma.
- Smittbärappenningen har en funktion att fylla för personer som har arbetsuppgifter som inte går att utföra på distans. Det blev särskilt tydligt när även symtomfria personer omfattades av rekommendationen om att stanna hemma.
- Vid en storskalig smittspridning innebär smittbärappenningens regelverk en stor administrativ belastning för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.
- Under pandemin införde regeringen ett undantag från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL i ärenden om smittbärappenning. Försäkringskassan styrde också mot att förenkla hanteringen av socialförsäkringen och att utföra färre utredningsåtgärder. Detta ledde till en effektiv hantering av smittbärappenningen, men den blev också mindre rättssäker.
- Försäkringskassan anser att det saknas stöd för att myndigheten ska kunna göra en självständig bedömning av smittbärarens behov av att avstå från att arbeta.

I rapporten rekommenderar ISF regeringen att i beredningen av denna utrednings förslag beakta både kort- och långsiktiga konsekvenser av att genomföra tillfälliga förändringar i befintliga förmåner. Vidare rekommenderar ISF Försäkringskassan att:

- Utvärdera hur den automatiserade handläggningen av smittbärappenning har fungerat.
- Säkerställa att det även i mindre förmåner finns tillräckligt utvecklat handlägnings- och administrativt stöd för att hanteringen av dessa förmåner inte ska vara sårbar.

Försäkringskassans yttrande över ISF:s rapport

Försäkringskassan har svarat på ISF:s rapport genom en skrivelse till regeringen och framhåller bl.a. att myndigheten instämmer med ISF om att smittbärappenningen har en funktion att fylla i socialförsäringen och hade en samhällsviktig funktion under pandemin för att hålla nere smittspridningen. Försäkringskassan instämmer vidare i ISF:s bedömning att det med anledning av den pågående översynen av SmL finns ett behov av att regelverket för smittbärappenning ses över. Det gäller dels kravet på att det ska finnas beslut om förhållningsregler för att vara berättigad förmånen, dels vilken nödvändig information som ska kunna utläsas utifrån beslutet om förhållningsregler. Försäkringskassan framhåller också svårigheten med gränsdragning mellan sjukdom och smitta i regelverket.

Försäkringskassan delar dock inte ISF:s slutsats om att undantaget från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL och styrningen mot färre utredningsåtgärder under pandemin ledde till en mindre rättssäker handläggning av smittbärappenningen. Det framgår enligt Försäkringskassan inte i rapporten vad ISF lagt i begreppet rättssäkerhet och slutsatsen blir därför svår att bemöta. Myndighetens interna granskning har inte visat på stora variationer i avvikelser jämfört med tidigare år avseende frågan om fler beslut blev materiellt inkorrekta. Försäkringskassan vill också understryka att undantaget skedde efter att regeringen fattat beslut om en tidsbegränsad förordning och att liknande undantag även gjordes i andra förmåner. Försäkringskassan anser därför att det inte finns något som understödjer att tillämpningen ledde till fler materiellt inkorrekta beslut, utan snarare att den mer effektiva handläggningen såg till den enskildes bästa, att ärendena fortfarande utreddes i den omfattning dess beskaffenhet krävde och därmed även minskade belastningen på den hårt belastade vårdsektorn. Avslutningsvis framhålls att myndighetens internrevision genomför en övergripande granskning av förmånen

med syfte att bedöma den interna styrningen och kontrollen avseende hanteringen av smittbärappenning under pandemin. Försäkringskassan framhåller vidare att det för alla förmåner ska finnas såväl handläggningsstöd som administrativt stöd och att ett kontinuerligt och prioriterat arbete pågår för att rusta myndighetens handläggningssystem för att klara framtida kriser, och i det avseendet därmed också bli mindre sårbara.²⁴

7.3.4 Framställan om utredning av socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser

I oktober 2022 inkom Försäkringskassan med en framställan till regeringen med ett förslag om att regeringen bör tillsätta en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser. Framställan togs fram i samråd med Pensionsmyndigheten.²⁵

I framställan framhåller Försäkringskassan att socialförsäkringen har stor betydelse för befolkningens trygghet och välfärd och det därför behövs en god beredskap så att handläggning och utbetalning av socialförsäkringsförmåner så långt möjligt kan upprätthållas även i krislägen. Enligt myndigheten behövs en grundlig och samlad analys av behovet av författningsberedskap inom socialförsäkringen för olika typer av allvarliga krissituationer.

Enligt Försäkringskassan är det inte tillräckligt att det redan inom ramen för gällande rätt finns utrymme för regeringen att, i vissa fall och i vissa avseenden, föreskriva om undantag från ordinarie regler. För att myndigheten på bästa sätt ska kunna hantera en krissituation när den väl uppstår krävs förutseende och framförhållning. Regler om vad som i sak ska gälla vid krissituationer bör så långt möjligt beredas grundligt och beslutas på förhand, under normala förhållanden.

Försäkringskassan föreslår därför att regeringen tillsätter en utredning som analyserar behovet av regeländringar och tar fram förslag på hur ett förutsebart, systematiskt sammanhängande och robust socialförsäkringsregelverk vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser bör utformas.

²⁴ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*, dnr FK 2023/007410.

²⁵ Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser*.

Försäkringskassan anger i framställan ett antal frågor som behöver analyseras inom ramen för den föreslagna utredningen. Som exempel nämns följande.

- Tillämpningsområdet för undantagsreglerna, det vill säga vilka typer av krissituationer som bör omfattas, samt var reglerna bör placeras. Det behöver också analyseras vilka undantagsregler som är relevanta generellt vid olika typer av allvarliga krissituationer och i vilken uträkning det behövs specifika regler för vissa typer av kriser.
- Förfarandet för att aktualisera undantagsreglerna, det vill säga i vilken mån och i så fall på vilket sätt ett särskilt beslut om att de ska träda i kraft bör fattas.
- Vilka prioriteringar som bör göras när ordinarie handläggning och utbetalning av socialförsäkringsförmåner inte kan upprätthållas fullt ut.
- Om det inom socialförsäkringen finns behov av en särskilt ”krisersättning”, som kan aktualiseras i situationer då ordinarie förmåner inte kan handläggas eller betalas ut eller då dessa förmåner inte täcker in den krissituation som uppstått. En sådan krisersättning skulle i så fall behöva utformas på ett sätt som gör det möjligt att administrera den på ett enkelt och resurseffektivt sätt och som möjliggör robusta reservrutiner.
- Om det behövs undantagsregler avseende sättet och tiden för ansökan av socialförsäkringsförmåner samt om det vid krissituationer bör göras avsteg från ordinarie utrednings- och bevisregler. Det bör därvidlag övervägas i vilken mån sådana undantag bör utformas på ett generellt och övergripande sätt eller om de bör vara mer detaljerade och specifika.
- Om det finns anledning att införa undantagsregler som förenklar prövningen av försäkringstillhörighet och beräkningen av ersättningens storlek, särskilt gällande dagersättningar som beräknas utifrån sjukpenninggrundande inkomst (SGI).
- Om det finns behov av särskilda undantagsregler för det fall att det uppstår finansiella brister i socialförsäkringssystemet till följd av en krissituation och hur sådana regler i så fall bör utformas.

- Vad som bör gälla när krissituationen har upphört, bl.a. beträffande efterkontroller, tilläggsutbetalningar och återkrav.
- Vilka bemyndiganden som regeringen och berörda förvaltningsmyndigheter behöver för att ha tillräckliga befogenheter för att kunna hantera oförutsedda och komplexa situationer vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser.

Försäkringskassan har därefter i juni 2023 kompletterat framställan från 2022 med ytterligare tre skrivelser till regeringen. I en av skrivelserna framhåller myndigheten att den tidigare föreslagna utredningen bör tillsättas så snart som möjligt. Det ytterligare försämrade säkerhetspolitiska läget gör att det enligt Försäkringskassan föreligger fara i dröjsmål och att resultatet av en utredning inte kan inväntas. På kort sikt kan därför beredskapen på socialförsäkringsområdet behöva stärkas genom att så kallade vilande förordningar tas fram, som snabbt kan träda i kraft när situationen så kräver. För att sådana undantagsregler snabbt ska kunna införas föreslår Försäkringskassan att regeringens bemyndigande enligt 2 kap. 5 a § SFB att föreskriva om undantagsregler vid extraordinära händelser i fredstid, ska utvidgas till att omfatta samtliga förmåner som administreras av Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten, på motsvarande sätt som den bestämmelse i 117 kap. 9 § SFB som avser regeringens föreskriftsrätt vid krig och krigsfara.²⁶

I en annan av skrivelserna lämnar Försäkringskassan förslag till vilande förordningar gällande ett antal förmåner. Det handlar bl.a. om bestämmelser rörande utökat skydd för den sjukpenninggrundande inkomsten (SGI-skydd), tillfällig föräldrapenning när verksamheter på skolområdet är stängda och aktivitetsersättning vid förlängd skolgång när verksamheter på skolområdet är stängda. Gällande den tillfälliga föräldrapenningen föreslår Försäkringskassan bl.a. ett undantag i förordningen på kravet på ett läkarutlåtande för att styrka det särskilda vård- eller tillsynsbehovet. Det särskilda vård- eller tillsynsbehovet ska fortfarande styrkas, men att det får ske på annat sätt än genom ett sådant utlåtande.

Förordningarna ska, när behov uppkommer, kunna meddelas med stöd av befintlig bemyndigandebestämmelse i 117 kap. 9 § SFB och den föreslagna utvidgade bestämmelsen i 2 kap. 5 a § SFB. Enligt

²⁶ Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om utvidgad föreskriftsrätt om undantag från socialförsäkringslagstiftningen vid extraordinära händelser i fredstid.*

Försäkringskassan kan den föreslagna särregleringen bidra till att myndigheten kan upprätthålla den mest kritiska verksamheten även i kris- och krigssituationer och till att begränsa den ekonomiska skada som krisen eller kriget riskerar att åsamka enskilda.²⁷

7.4 Närliggande utredningar på socialförsäkringsområdet

Regeringen har tillsatt ytterligare utredningar som har i uppdrag att utreda olika ersättningar från socialförsäkringssystemet och hur de har fungerat under covid-19-pandemin men även hur de har påverkat smittspridningen. Dessa utredningar har dock senare fått förändrade uppdrag och covid-19-perspektivet har tonats ned.

7.4.1 S 2022:02 Översyn av karens och sjuklön samt S 2023:A arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget

En särskild utredare fick i mars 2022 i uppdrag att se över reglerna för karens och sjuklön. Syftet med översynen var att reglerna för karens och sjuklön skulle få en utformning som bidrar till att inkomstbortfall under sjukdom bärs på ett mer solidariskt och fördelningspolitiskt träffsäkert sätt samt motverkar riskerna för sjuknärvaro.

I direktiven framhölls att staten med anledning av covid-19-pandemin tillfälligt betalat ut ersättning för karensavdraget för att underlätta för människor att stanna hemma vid sjukdom. Särskilda skäl att stanna hemma kan finnas om arbetstagare i sitt yrkesutövande möter personer som på grund av sin ålder, funktionsnedsättning eller sjukdom riskerar antingen att bli allvarligt sjuka eller att ett redan allvarligt tillstånd förvärras om de insjuknar i en infektionssjukdom, som t.ex. covid-19. Undantaget från karensavdrag bedömdes i första hand gälla anställda inom vård och omsorg. Det bedömdes också kunna gälla andra grupper som i sin yrkesutövning träffar många personer i de ovannämnda riskgrupperna. Av direktiven framgick att utredaren bl.a. skulle analysera konsekvenserna av de tillfälliga

²⁷ Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om vissa undantagsbestämmelser inom socialförsäkringen vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*.

regler som gällt under pandemin utifrån hur de påverkat smittspridningen samt analysera de ekonomiska fördelningseffekterna.

Vidare framhölls i direktiven att karensavdraget påverkar den enskilde olika beroende på hans eller hennes yrke, arbetsuppgifter, inkomst och ställning på arbetsmarknaden. Vissa kan arbeta hemifrån vid milda symtom medan andra inte kan det. För att undvika inkomstbortfall till följd av karensavdraget finns en risk att anställda går till arbetsplatsen trots symtom eller sjukdom. Sådan s.k. sjuknärvaro riskerar att bidra till ökad smittspridning. Konsekvenserna av karensavdraget och de tillfälliga regler som gällt under pandemin behöver analyseras närmare, bl.a. vad gäller de hälsoekonomiska konsekvenserna och påverkan på sjukfrånvaron.²⁸

Karensutredningen avvecklades i januari 2023 och det huvudsakliga uppdraget ska nu genomföras av en arbetsgrupp i Regeringskansliet (S 2023:A). I arbetsgruppens uppdrag ingår inte explicit att utreda hur karensavdraget påverkade smittspridningen under covid-19-pandemin. Dock ska arbetsgruppen bl.a. särskilt analysera förutsättningarna att förändra karensavdraget för att förbättra villkoren för avgränsade yrkesgrupper som är särskilt utsatta för nära mänskliga kontaktytor i sin yrkesroll och som har svårt att arbeta hemifrån, t.ex. vissa anställda inom vård, skola och omsorg, och ta fram en modell för detta. Uppdraget ska redovisas den 15 december 2023.²⁹

7.4.2 S 2022:07 Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk

Utredningen om utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk fick i uppdrag att analysera ändamålsenligheten, effektiviteten och kostnaderna för de tillfälliga åtgärderna inom socialförsäringen som genomfördes under pandemin. Åtgärder som nämndes i direktiven var bl.a. att individer fick kompensation för karensavdrag och egenföretagare fick ersättning för karensdagar, att kravet på läkarintyg sköts från den 8:e dagen till den 15:e dagen i en sjukperiod och att personer som tillhör riskgrupper fick möjlighet att i vissa fall kunna stanna hemma med förebyggande sjukpenning.³⁰

²⁸ Dir. 2022:23.

²⁹ Tilläggsuppdrag till arbetsgrupp med uppdrag att se över karensavdraget (S 2023:A), 2023-01-26, dnr S2023/00439.

³⁰ Dir. 2022:64.

Enligt tilläggsdirektiv som regeringen beslutade i februari 2023 behöver utredningen endast genomföra deluppdraget att analysera vissa tillfälliga åtgärder som genomfördes med anledning av covid-19-pandemin under åren 2020–2022 i mån av tid.³¹

³¹ Dir. 2023:20.

8 Förslag och överväganden – stärkt smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten

I detta kapitel följer utredningens förslag och överväganden avseende den del av uppdraget som gäller att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten.

Denna utredning tillsattes som ett av flera initiativ till följd av covid-19-pandemin. Vid den tidpunkten, september 2021, var Corona-kommissionens arbete ännu inte avslutat. Ytterligare initiativ som en följd av pandemin har initierats av regeringen under utredningstiden. Socialstyrelsen har slutfört ett regeringsuppdrag om smittskyddsenheternas förutsättningar. Socialstyrelsen har också beslutat nya föreskrifter om smittskyddsåtgärder samt stöddokument som gäller för de verksamheter som utredningsuppdraget avser. Därutöver tog Riksrevisionen initiativ till en granskning av det nationella smittskyddet som publicerades i maj 2023. Utredningens arbete har påverkats dels av nämnda rapporter och föreskrifter, dels av tilläggsdirektiv (se bl.a. avsnitt 2.8).

8.1 Tillfällig isolering bör inte kunna ske inom SoL- och LSS-boenden

Utredningens bedömningar: Befintliga bestämmelser i smittskyddslagen som innefattar att hålla smittade, exponerade och osmittade personer åtskilda är inte anpassade för SoL- och LSS-boenden och de personer som bor där.

Det bör dock av principiella, etiska och praktiska skäl inte införas en möjlighet att enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168), SmL, tillfälligt isolera boende i de boendeformer som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, 7 kap. 1 § första stycket 2 och 3 samma lag eller 9 § 8 och 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

8.1.1 Utredningens direktiv om tillfällig isolering

Utredningen har till uppgift att utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör tillfällig isolering av boende i de boendeformer som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § SoL, eller motsvarande boendeform i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag samt i de boendeformer som anges i 9 § 8 och 9 LSS. Av skäl som anges i avsnitt 2.3.1 har utredningen valt att omfatta även 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL i uppdraget. Utredningen uppfattar direktiven i denna del som att det är fråga om justeringar av bestämmelsen om tillfällig isolering i 5 kap. 3 § SmL som i nuläget endast får ske på en vårdinrättning som drivs av en region.

8.1.2 Befintliga bestämmelser om karantän och isolering i smittskyddslagen är inte anpassade för SoL- och LSS-boenden

Enligt SmL kan individer, för att minska risken för smittspridning, hållas åtskilda från andra vid misstänkt eller bekräftad smitta (isolering) eller redan vid exponering för smitta (karantän).

Bestämmelsen om karantän är huvudsakligen utformad efter risken för spridning av smittkoppor och SARS. Ett scenario som målades upp i förarbetena var att en passagerare på ett flygplan eller fartyg som kommer till Sverige uppvisar symtom under resan eller efter ankomst i landet. Utöver att den som insjuknat behöver tas om hand och isoleras på sjukhus finns också behov av att hålla de personer som vistats i närheten av den insjuknade isolerade i karantän under viss tid. Denna tid bör normalt motsvara den längsta kända inkubationstiden för sjukdomen. Begreppet karantän är reserverat för personer som kan antas ha utsatts (exponerats) för smitta, men används normalt inte när det gäller isolering av misstänkt smittade eller be-

kräftat smittade personer. Eftersom det är fråga om personer som inte nödvändigtvis är sjuka bör karantänsvistelsen kunna äga rum i andra lokaler än vårdinrättningar, t.ex. i för ändamålet anskaffade lokaler såsom mindre hotell, pensionat eller kursgårdar. I viss utsträckning bör även vistelse i egen bostad kunna ses som en form av karantän men det bör då framstå som uppenbart att den som beslutet gäller har bostadsförhållanden som möjliggör isolering och att han eller hon avser att respektera beslutet.¹

Den som har satts i karantän men insjuknar under tiden (i en samhällsfarlig sjukdom) bör enligt förarbetena omgående isoleras på sjukhus. För det fall den insjuknade inte frivilligt låter sig isoleras får isolering ske med stöd av bestämmelserna i 5 kap. SmL.² Eftersom isolering under tvång medför en yttersta rätt att bruka våld i enskilda fall ska isolering ske i offentligt driven verksamhet, dvs. på en vårdinrättning som drivs av en region.³

Som nuvarande bestämmelser om karantän och isolering är utformade skulle det för personer som bor på t.ex. ett äldreboende innebära att den som exponerats för smitta måste flyttas från sitt boende till en karantänplats, detta eftersom möjligheten att besluta om karantän i egen bostad torde vara begränsad framför allt när det gäller personer med nedsatt beslutsförmåga. Den som sedan insjuknar måste därefter isoleras. Tvångsisolering får dock bara förekomma på vårdinrättning i regionens regi. Förfarandet skulle alltså innebära minst en flytt av den enskilde. Den befintliga systematiken i SmL tar alltså inte tillräcklig hänsyn till behovet av anpassade smittskyddsåtgärder inom SoL- och LSS-boenden utifrån de speciella förutsättningar som gäller där och behovet av att samtidigt tillgodose de enskildas rätt till trygghet, kontinuitet och god vård och omsorg.

Socialstyrelsen framhöll under pandemin att SmL:s bestämmelser om karantän och isolering i praktiken var svåra eller omöjliga att tillämpa på särskilda boenden. Coronakommissionen anförde att gällande regelverk inte är tillräckligt eller tillräckligt tydligt och att lagstiftaren därför måste säkerställa att det i äldreomsorgen finns lagliga möjligheter att vidta de åtgärder som krävs för att skydda omsorgsmottagarna vid en pandemi och i andra extraordinära krissituationer. Kommissionen anförde också att det inte går att upprätthålla kravet

¹ Prop. 2003/04:158, s. 68 ff.

² Prop. 2003/04:158, s. 105.

³ Prop. 2003/04:30, s. 229.

på att isolering ska ske på en vårdinrättning när vården samtidigt är upptagen med att behandla allvarligt sjuka, dvs. att isolering av sjuka som inte är i behov av sjukhusvård då måste kunna ske på annat sätt.⁴ Folkhälsomyndigheten uttryckte att det borde ses över om någon annan möjlig åtgärd än isolering på en vårdinrättning som drivs av en region skulle vara lämplig att införa, se också avsnitt 5.4.2. SKR hemställde om att regeringen skulle införa en möjlighet till begränsningsåtgärder i särskilda boenden som bl.a. skulle innebära att man kunde låsa dörrar till exempelvis lägenheter och kohortavdelningar i syfte att minska smittspridningen.

Utredningen konstaterade i delbetänkandet i maj 2022 att bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder inte är tydligt avsedda för att hantera en inhemsk, långvarig och storskalig smittspridning som den som inträffat under covid-19-pandemin.⁵ Detta kan även sägas om bestämmelserna om isolering, särskilt i relation till personer som bor i särskilda boendeformer för äldre eller på LSS-boenden. Utredningens uppfattning är vidare att det inte finns något tydligt äldre- och funktionshinderperspektiv i utformningen av SmL och särskilt inte utifrån risken för en pandemi som covid-19.

Eftersom tvångs- och begränsningsåtgärder inte är tillåtna utan lagstöd har bl.a. Socialstyrelsen utarbetat förslag om arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar som inte kräver samtycke och för att förebygga svåra situationer. I omsorgen används dessutom redan i dag olika arbetssätt för att minska risken för spridning av smittsamma sjukdomar, varav kohortvård (se beskrivning i avsnitt 4.7) är ett.

Erfarenheterna från covid-19-pandemin talar för att personer som bor på SoL- eller LSS-boenden i vissa fall kan ges nödvändig vård även för samhällsfarliga sjukdomar på det befintliga boendet. Därtill kan det i många fall vara bättre ur den enskildes perspektiv att inte behöva flyttas till en karantänsplats eller till en vårdinrättning i regionens regi utan kunna stanna i hemmiljön.

Frågan är om det är lämpligt att införa en möjlighet till tillfällig isolering på ett boende enligt SoL eller LSS i stället för på en vårdinrättning som drivs av en region.

⁴ SOU 2020:80, s. 258 och SOU 2022:10, s. 666.

⁵ SOU 2022:26, s. 57.

8.1.3 Isolering ur den enskildes perspektiv

Ett beslut om isolering med tvång innebär att den enskildes rörelsefrihet får underkastas den begränsning som är nödvändig för att genomföra isoleringen (5 kap. 12 § SmL). Det är alltså fråga om fler inskränkningar än vad som följer av ett beslut om karantän. I praktiken kommer behovet av att begränsa den enskildes rörelsefrihet att påverkas av vilken sjukdom som är aktuell. Ett beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL är mycket ingripande för den enskilde som beslutet riktas mot. I boendeformer enligt SoL och LSS skulle det medföra att den boende får låsas in i sin bostad, och att han eller hon kan utsättas för fysiskt tvång för att hållas kvar i bostaden eller återföras dit. Sådana åtgärder kan orsaka ett stort obehag för den som utsätts, men kan ändå i vissa fall vara försvarliga när det gäller att förhindra spridning av allvarliga sjukdomar. Därför är det i dagsläget möjligt att använda sådana åtgärder för att isolera människor på vårdinrättningar drivna av en region. Den möjligheten har utredningen inte i uppdrag att föreslå ändringar av. Utredningen noterar dock att något ärende om isolering som avsett personer boende inom SoL eller LSS inte har aktualiserats under pandemin. Däremot har flera andra åtgärder vidtagits, bl.a. kohortvård. Som framgår av avsnitt 4.7.1 har detta ibland varit utmanande.

Ett argument för att möjliggöra tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL inom vissa SoL- eller LSS-boenden är att det kan vara bättre för den enskilde som ska isoleras att fortsätta vistas i en bekant miljö. I utredningens samverkan med olika aktörer inom den kommunala hälso- och sjukvården har dock framförts att det för många personer med nedsatt kognitiv förmåga tvärtom kan vara ett större trauma att frihetsberövas i den hemmiljö där personen även efter tillfrisknandet ska bo, i många fall resten av livet. Det finns dessutom särskilda problem med att begränsa rörelsefriheten för personer med demenssjukdom. Ett exempel är att personer med vandringsbeteende som inte tillåts att vandra kan försämrats väsentligt avseende beteendemässiga och psykiska symtom.⁶ Det finns också en risk att isolering av en person på ett sådant boende kan bli störande och till och med traumatiskt för andra på boendet, särskilt om det leder till ökad oro eller ångest hos den som isoleras.

⁶ Vårdföretagarna. (2020). *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?*, s. 17.

Personer som beviljats boendeinsatser enligt SoL eller LSS är alltså i stor utsträckning särskilt sårbara för det trauma ett genomförande av ett beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL kan innebära. Det förhållandet talar med styrka mot att införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering inom någon av de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag.

8.1.4 Tvångsbefogenheter

Ett beslut om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL innebär att den person som isoleras får underkastas begränsningar i rörelsefriheten i den mån det är nödvändigt för isoleringen eller behövs av säkerhetsskäl, att besök kan förbjudas och att viss egendom får omhändertas (5 kap. 10, 12 och 15 §§ SmL). Vidare får den isolerade kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, och försändelser till den isolerade kontrolleras, för att säkerställa att den isolerade inte innehar sådan egendom (5 kap. 14–15 §§ SmL). Upptäcks sådan egendom får den säljas eller förstöras (5 kap. 17 § SmL).⁷

Det finns i dag inget lagstöd för tvångsåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare är den uttalade utgångspunkten inom socialtjänstens område att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 § SoL).⁸ Motsvarande gäller i verksamheter enligt LSS (6 § LSS). Utredningen vill inledningsvis betona att detta är sedan länge gällande grundläggande principer, och att det måste krävas tungt vägande skäl för att göra undantag från dem. Vidare måste de undantag som ändå kan bli aktuella vara så begränsade som möjligt.

Utredningen har övervägt möjligheten att genomföra tillfällig isolering inom vissa SoL- och LSS-boenden, men att undanta flertalet av tvångsbefogenheterna från tillämpning där. Kärnan i smittskyddsåtgärden tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL är enligt utredningens uppfattning i detta sammanhang möjligheten att begränsa rörelsefriheten. Vid tillfällig isolering inom SoL- eller LSS-boenden skulle

⁷ Den egendom som det är fråga om är bl.a. narkotika, alkoholhaltiga drycker, injektions-sprutor och kanyler (5 kap. 13 § SmL).

⁸ Olika former av insatser kan genomföras utan samtycke med stöd av speciallagstiftning enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. För att begränsa en enskilds rörelsefrihet krävs dock att den enskilde har placerats på ett hem för särskilt noggrann tillsyn (15 § LVU, 34 § LVM) som drivs av Statens institutionsstyrelse eller befinner sig på sjukhus (24 § LVM).

det innebära att med tvång kvarhålla någon på ett rum eller på en avdelning.

En sådan ordning skulle innebära att personal inom den kommunala hälso- och sjukvården ges arbetsuppgifter som innefattar tvångsanvändning. Detta är enligt utredningens uppfattning olämpligt av främst två skäl. För det första finns det sedan länge en självklar utgångspunkt att arbeta med samtycke inom de aktuella verksamheterna (se avsnitt 4.1). Utredningen har bl.a. redogjort för kunskapsunderlag som Socialstyrelsen utarbetat om förebyggande arbetssätt och bemötandestrategier m.m. för undvika situationer där frågor om begränsningsåtgärder kan komma att aktualiseras.⁹ För det andra har det i flera analyser av covid-19-pandemin framförts oro för att resurserna inom SoL- och LSS-boendena är otillräckliga (se kapitel 6). Coronakommissionen bedömer att äldreomsorgen har uppenbara och stora strukturella problem bl.a. när det gäller bemanning, kompetens och anställningsförhållanden.¹⁰ Även om det i stor utsträckning torde vara en resursfråga talar dessa förhållanden mot att införa arbetsuppgifter som innefattar tvångsanvändning, särskilt med hänsyn till problematiken kring ledningsansvaret som diskuteras nedan.

8.1.5 Ledningsansvar

Ytterligare ett problem för att genomföra tillfällig isolering enligt SmL inom kommunala verksamheter enligt SoL och LSS är ansvarsfördelningen. Det är enligt nu gällande lagstiftning smittskyddsläkaren som fattar beslut om tillfällig isolering, men ansvaret för ledningsuppgifter vid isoleringen ligger därefter på en chefsöverläkare eller befattningshavare utsedd att utföra chefsöverläkarens uppgifter (4 kap. 3 hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL, respektive 5 kap. 24 § SmL). Inom de aktuella boendeformerna finns det inte någon chefsöverläkare. Det finns emellertid samma behov av en befattningshavare som ansvarar för ledningsuppgifter och fattar behövliga beslut om förhållandena under isoleringen.

Utredningen har övervägt flera olika möjliga lösningar. En möjlighet skulle vara att låta verksamhetschefen vid boendet vara ansvarig

⁹ Socialstyrelsen. (2022-04-22). *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning*.

¹⁰ SOU 2020:80, s. 255.

för isoleringen. Det finns dock i dagsläget inget krav på att en sådan verksamhetschef har någon medicinsk kompetens. Det är inte heller lämpligt att inom ramen för denna utredning föreslå ett krav som skulle riskera att få mycket långtgående konsekvenser för såväl kommunala som privata aktörer. En annan möjlighet är att lägga chefsöverläkaransvaret för ett boende på chefsöverläkaren vid den närmaste infektionskliniken med isoleringsavdelning. Det skulle medföra den nackdelen att en sådan läkare i normalfallet helt torde sakna insyn i förutsättningarna för genomförande av sådan isolering på boendet. Det kan också förutses att utförandet av ledningsuppgifter skulle försvåras av att det rör sig om ledning över huvudmannagränsen. En tredje möjlighet är att låta smittskyddsläkaren ta över chefsöverläkaransvaret. De nyss nämnda invändningarna gör sig dock gällande med samma styrka för smittskyddsläkaren. Vidare är smittskyddsläkaren inte en vårdgivare och bör inte heller ges sådana uppgifter.

Ytterligare möjligheter är att förordna en sjuksköterska som är anställd på boendet alternativt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) för boendet att utöva chefsöverläkaransvaret. I tidigare lagstiftningsarbete har det ansetts vara av vikt att verksamheter som har inslag av myndighetsutövning som är förenad med medicinska eller liknande bedömningar leds av en läkare med specialistkompetens.¹¹ Möjligheten att förordna någon annan än en specialistläkare att fullgöra chefsöverläkarens uppgifter enligt 5 kap. 24 § SmL infördes som ett undantag från den principen och var avsedd att gälla vid situationer då sjukdomens smittväg medför att behovet av specialistkompetens inom infektionsmedicin är mindre framträdande än behovet av psykiatrisk och psykologisk expertis.¹² Det är enligt utredningens uppfattning osannolikt att en sådan situation uppstår vid en framtida pandemi. Det principiella argumentet att verksamheter som har inslag av myndighetsutövning som är förenad med medicinska eller liknande bedömningar bör ledas av en läkare med specialistkompetens talar därför mot att förordna en sjuksköterska anställd på boendet eller en MAS att fullgöra chefsöverläkarens uppgifter vid tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL.

Utredningen kan sammanfattningsvis konstatera att svårigheterna med att identifiera en lämplig befattningshavare för att utöva ledningsansvaret för tvångsåtgärder inom de boendeformer som omfattas

¹¹ Prop. 1995/96:176, s. 104.

¹² Prop. 1990/91:152, s. 12 f.

av uppdraget talar mot att införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL där.

8.1.6 Sammanfattning

Befintliga regler i SmL om isolering och karantän är inte utformade med beaktande av SoL- och LSS-boenden och de grupper av människor som bor där. Den befintliga systematiken i SmL tar inte tillräcklig hänsyn till behovet av anpassade smittskyddsåtgärder inom dessa boendeformer, de speciella förutsättningar som gäller där och behovet av att samtidigt tillgodose de enskildas rätt till trygghet, kontinuitet och god vård.

Utredningen har övervägt om det vore en lämplig åtgärd att införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering inom de boendeformer som omfattas av uppdraget i stället för på en vårdinrättning som drivs av en region. Utredningen anser dock att det av principiella, etiska och praktiska skäl vore olämpligt att där införa en möjlighet att genomföra tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § SmL. Genomförandet av tillfällig isolering bör fortsatt enbart ligga inom regionens ansvar.

8.2 Förslag som möjliggör kohortvård utan samtycke

Utredningens förslag: Det bör införas en ny extraordinär smittskyddsåtgärd som innebär en möjlighet att utan samtycke flytta den som bor i vissa boendeformer enligt SoL eller LSS och som är eller kan antas vara smittad av en samhällsfarlig sjukdom och som genom sitt beteende riskerar att smitta andra boende från sin ordinarie bostad till en annan motsvarande bostad.

Utredningens bedömning: Det kommer i vissa fall inte vara möjligt att med samtycke hålla personer åtskilda av smittskyddsskäl inom SoL- eller LSS-boenden samtidigt som de möjligheter att använda tvång som finns i lagstiftningen inte är tillräckligt väl anpassade för att uppnå det syftet med lindrigast möjliga tvångs-ingripande. Flyttning utan samtycke kan bl.a. underlätta genomförandet av vissa moment av kohortvård.

8.2.1 Utredningens direktiv om kohortvård

Utredningen har till uppgift att ta ställning till om det finns behov av regler och, vid behov, lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS. Vidare ska utredningen lämna förslag som möjliggör att äldre personer med nedsatt beslutsförmåga tillfälligt kan omfattas av kohortvård när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt.

I utredningens direktiv anføres bl.a. att personal på de aktuella boendeformerna i dag inte har möjlighet att hindra de boende från att röra sig i lokalerna. För att begränsa smittspridning vid en pandemi eller epidemi kan det enligt direktiven därför finnas behov av att bedriva kohortvård.

Utredningen har tolkat uppdraget avseende kohortvård som att det omfattar samma boendeformer som uppdraget om tillfällig isolering, dvs. alla boendeformer enligt 9 § 8 och 9 LSS och 5 kap. 5 och 7 §§ SoL, samt de enskilt drivna motsvarigheterna.

8.2.2 Kohortvård kan kräva samtycke

Som framgår av bl.a. avsnitt 4.7 kan kohortvård kräva flera olika åtgärder. Med anledning av covid-19-pandemin har det uppmärksamats utmaningar vid genomförande av kohortvård. Det handlar t.ex. om personalbrist, bristande kompetens och att lokalernas utformning inte varit ändamålsenligt utformade. Det har också uppstått situationer där det har varit svårt att inhämta samtycke från den enskilde avseende olika moment i kohortvården. Samtidigt har bl.a. Coronakommissionen, SKR och Kommunal konstaterat att kohortvård i stor utsträckning har kunnat bedrivas på särskilda boenden under pandemin.¹³

Svårigheterna med att inhämta samtycke samt lagstiftningens begränsningar har lyfts av flera organisationer, utredningar och myndigheter, bl.a. SKR, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Attendo (se bl.a. avsnitt 5.4.2). Coronakommissionen anför exempelvis att det är åtminstone osäkert om den lagstiftning som finns ger utrymme för samtliga de åtgärder som behöver vidtas på särskilda boenden. Det gäller enligt kommissionen t.ex. att anordna kohortvård.¹⁴ Under

¹³ SOU 2020:80, s. 217 ff.

¹⁴ SOU 2020:80, s. 257.

covid-19-pandemin förekom det att kommuner inrättade särskilda avdelningar inom de särskilda boendena för äldre personer som bar eller misstänktes bära på covid-19 kunde flyttas. Utmaningar har enligt kommissionen bl.a. uppstått där det inte går att inhämta samtycke. Samtidigt är åtgärden angelägen eftersom möjligheten att flytta personer på ett boende enligt Coronakommissionen kan ha minskat dödligheten.¹⁵ Kohortvård är dessutom ett arbetssätt som är väl etablerat och beskrivet.

Det är angeläget att aktörer inom omsorgen följer redan gällande regler och rekommendationer avseende patientsäkerhet, hygienrutiner, utformning av lokaler osv. Långsiktigt handlar det också om att höja standarden på boendena och göra dem mer ändamålsenliga för exempelvis ett effektivt smittskyddsarbete.¹⁶ Därutöver krävs flera andra åtgärder för att komma till rätta med strukturella problem som finns inom omsorgen och som har belysts av flera olika utredningar. Coronakommissionen lyfter bl.a. att faktorer som tillfredsställande bemanning, tillsvidareanställningar, hög personalkontinuitet samt god kompetens för omsorg och hälso- och sjukvård ger bättre förutsättningar att klara kriser som en pandemi men att det också är grundläggande för en välfungerande äldreomsorg.¹⁷ Det ligger dock utanför utredningens direktiv att lämna förslag i dessa frågor.

Flera av de åtgärder som behöver vidtas för att kunna genomföra kohortvård är riktade mot den enskilde. Åtgärderna kan innebära en inskränkning av den enskildes rörelsefrihet. Det kan handla om att den boende måste hålla sig på sitt rum och inte kan röra sig fritt på boendet och uppsöka gemensamma utrymmen. Kohortvård kan också förutsätta att den enskilde placeras i ett annat rum eller en annan del av boendet. Därutöver kan det krävas att personalen vidtar andra åtgärder för att upprätthålla kohortvården, t.ex. att återföra boende till sina rum, se till att de boende håller distans och följer hygienrutiner, erbjuda provtagning, avleda den boende m.m.

De beskrivna åtgärderna kräver typiskt sett samtycke från den boende. Flera av situationerna skiljer sig inte från andra utmaningar som omsorgen dagligen ställs inför och som inte handlar om smittskydd. För att underlätta för personalen vid särskilda boenden att avgöra om samtycke krävs och hur man kan arbeta förebyggande för

¹⁵ SOU 2020:80, s. 245.

¹⁶ Se t.ex. Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler – erfarenheter från Covid-19*.

¹⁷ SOU 2020:80, s. 255.

att undvika svårbedömda situationer har, som nämnts i avsnitt 5.4.1, bl.a. Socialstyrelsen tagit fram olika kunskapsstöd.

Kohortvård som sker med behövligt samtycke är ett etablerat arbetssätt inom den kommunala hälso- och sjukvården och kräver inget ytterligare lagstöd.

8.2.3 En ny extraordinär smittskyddsåtgärd bör införas

Den boende kan behöva flyttas till ett annat rum eller en annan lägenhet för att kohortvård ska kunna genomföras. Om samtycke inte kan inhämtas eller om den boende motsätter sig åtgärden, kan det bli svårt att upprätthålla den för kohortvården nödvändiga uppdelningen mellan de som är osmittade och de som är smittade eller kan antas ha blivit smittade. Eftersom det ofta handlar om personer som har en nedsatt beslutsförmåga på grund av exempelvis en demenssjukdom, kan det vara än mer utmanande att inhämta ett nödvändigt samtycke.

Utgångspunkten för socialtjänsten är att verksamheten ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Under en pandemi kan det dock uppstå situationer där det kan vara nödvändigt att inskränka den personliga friheten och integriteten. Smer skriver exempelvis i sin rapport om etiska vägval vid en pandemi att åtgärder som begränsar människors integritet och frihet i sådana fall bör vara proportionella, nödvändiga och relevanta, och minimeras i relation till vad man önskar åstadkomma. Utredningen för ett resonemang om etiska ställningstaganden vid en pandemi i delbetänkandet.¹⁸

För att det under en pandemi ska vara möjligt att bedriva kohortvård bör det under vissa förutsättningar vara möjligt att utan en persons samtycke kunna flytta denne till ett annat rum, en annan lägenhet eller ett annat boende. Utredningens bedömning är att en sådan möjlighet till viss del kan svara på de brister och otydligheter i regelverket som har uppmärksamats under pandemin. En åtgärd utan samtycke får dock inte genomföras för att kompensera för personalbrist, bristande anpassning av lokaler eller brister i efterlevnaden av hygienrutiner m.m.

¹⁸ SOU 2022:26, s. 47.

Vid en epidemi eller pandemi av en samhällsfarlig sjukdom kan det krävas att personer som uppvisar symtom på den aktuella sjukdomen snabbt kan flyttas för att undvika smittspridning. Detsamma gäller för personer som exponerats för smittan, dvs. personer som vistats i den smittades närhet. Utredningen anser därför att det bör vara möjligt att besluta om flytt till ett annat rum, en annan lägenhet eller ett annat boende redan om det kan antas att en person har varit utsatt för smitta av sjukdomen. Om personen sedan insjuknar i sjukdomen får bedömningen av om personen kan stanna kvar i det tillfälliga boendet göras i det enskilda fallet utifrån om det aktuella vårdbehovet kan tillgodoses där. Detta innebär i praktiken att flyttning kan utgöra ett alternativ till såväl ett beslut om karantän som ett beslut om isolering. Vilken typ och grad av exponering för smittan och vilka symptom som kan ligga till grund för flyttning avgörs bl.a. av hur den aktuella smittan sprids och sjukdomens karaktär. Grundläggande för om flyttning kan aktualiseras är om den enskilde kommer att utsätta någon annan för omedelbar risk att smittas och den risken inte kan hanteras på det befintliga boendet. Syftet är alltså inte att alla som kan antas ha blivit smittade ska bli föremål för flyttning utan det gäller enbart i de fall där vanliga arbetssätt inte räcker till.

Beslutet inskränker sig till själva flytten av den enskilde och medför inga ytterligare tvångsåtgärder riktade mot denne. Däremot medför beslutet dels ett generellt besöksförbud, dels ett förbud att resa utomlands. I de fall då flera personer flyttas under samma tidsperiod måste boendet tillse att personer som kan antas ha blivit smittade och bekräftat smittade hålls separerade.

Nedan följer en utförligare redogörelse för den föreslagna åtgärden.

Tvångsbefogenheter

Den nya bestämmelsen om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd bör utformas på ett sätt som minimerar det fysiska tvång som kan utövas med stöd av den. Med hänsyn till den problematik om ledningsansvar och de grundläggande principerna för socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården som har diskuterats i avsnitt 8.1 bör bestämmelsen inte innebära några tvångsbefogenheter för personalen på boendet i fråga. Med bestämmelsen om karantän som förebild bör det dock vara möjligt att begära biträde av Polis-

myndigheten för att föra den som ska flyttas till den plats dit flyttningen ska ske, eller återföra den som olovligen har avvikit från den plats dit flyttningen har skett. Det bör liksom vid karantän och isolering vara smittskyddsläkaren som ansvarar för att framställa en sådan begäran. Detta förutsätter givetvis samverkan med personal på boendet. I sammanhanget bör påpekas att den flyttade kan ha behov av att i viss utsträckning vistas utomhus för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå eller goda levnadsförhållanden. Kommunens ansvar för att säkerställa att sådan utevistelse sker förändras inte av ett beslut om flyttning och sådan utevistelse ska inte betraktas som olovlig.

Utredningens avsikt är inte att biträde av Polismyndigheten ska vara det normala förfarandet vid beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd. Även i de fall där ett sådant beslut är nödvändigt torde det i de allra flesta fall vara möjligt för boendets personal att förmå den som ska flyttas att medverka till en förflyttning utan att använda fysiskt tvång.

Med bestämmelsen om karantän som förebild bör ett beslut om flyttning innebära ett förbud mot att ta emot besök. Beslut om undantag från det förbudet bör fattas av smittskyddsläkaren. Med hänsyn till att den föreslagna bestämmelsen om flyttning främst syftar till att skydda andra personer som bor på boendena, och att det i många fall kommer att röra sig om personer som ofta har ett mycket stort behov av kontakt med anhöriga, bör det inte på samma sätt som vid karantän vara ett ovillkorligt krav att besöket kan ske utan risk för spridning av sjukdomen. Däremot bör besöket ske på ett så säkert sätt som möjligt ur smittskyddssynpunkt.

Enligt 3 kap. 12 § SmL råder utreseförbud för den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom är föremål för vissa tvångsåtgärder, bl.a. karantän. Det saknas skäl att göra ett undantag för den nya tvångsåtgärd som utredningen föreslår. Utreseförbud ska därför gälla för den som flyttats enligt den föreslagna bestämmelsen.

Beslutsinstans

För att det från smittskyddssynpunkt ska vara effektivt att separera smittade och exponerade personer från osmittade krävs bl.a. att det genomförs så snabbt som möjligt för att minska risken att ytterligare personer smittas. Bestämmelsen om flyttning som extraordinär smitt-

skyddsåtgärd bör därför utformas med bestämmelsen om karantän i 3 kap. 9 § SmL som förebild. Det innebär att frihetsberövandet sker som en följd av ett beslut av smittskyddsläkaren och kan överklagas. Liksom andra beslut enligt SmL ska beslutet gälla omedelbart.

Samhällsfarlig sjukdom

Med hänsyn till att utredningens förslag rör en ny tvångsåtgärd finns det skäl att utforma förslaget restriktivt. Likaså talar det förhållandet att bestämmelsen måste utformas på så sätt att tvångsåtgärden verkställs innan en domstolsprövning har skett för en restriktiv utformning. Bestämmelsen bör därför endast gälla för samhällsfarliga sjukdomar. Det innebär att bestämmelsen bl.a. kan användas vid epidemier och pandemier likt covid-19.

Regionala respektive kommunala huvudmäns ansvar

Den som bor på ett SoL- eller LSS-boende är normalt sett beviljad platsen genom ett biståndsbeslut av en kommun enligt respektive lag. Ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär inte att kommunens ansvar att tillförsäkra den flyttade en skälig levnadsnivå enligt 4 kap. 1 § SoL eller goda levnadsförhållanden enligt 7 § LSS upphör. Ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär alltså inte att regionen övertar ansvaret som vårdgivare. Det bör därför inte införas någon ny bestämmelse om regionens ansvar för den som är föremål för ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd. Inte heller bör det införas någon bestämmelse om att någon annan instans än kommunen ska ansvara för kostnaderna för att verkställa ett sådant beslut.

Att möjligheten till flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd införs innebär inte någon inskränkning i möjligheten att besluta om karantän enligt 3 kap. 9 § SmL eller isolering enligt 5 kap. SmL, även om flyttning i många fall torde vara en mindre ingripande åtgärd för den enskilde. För vissa sjukdomar kan dock hanteringen av smittspridningen kräva exempelvis specialanpassade lokaler, särskild kompetens eller särskild utrustning. I dessa fall är karantän enligt 3 kap. 9 § SmL eller isolering på sjukvårdsinrättning enligt 5 kap. SmL lämpligare åtgärder.

Vidare bör poängteras att möjligheten till flyttning inte på något sätt påverkar det ansvar regionen har för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Om den som har flyttats har behov av sådan vård som inte kan tillgodoses på boendet, oavsett om det är till följd av den sjukdom som föranlett flyttningen eller av något annat skäl, ska regionen erbjuda sådan vård.

En förutsättning för att flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd ska vara effektiv är att det finns praktiska möjligheter att placera den smittade, misstänkt smittade eller exponerade personen åtskild från andra boende som inte är smittade. Det innebär att det måste finnas såväl lokaler som personal för att tillhandahålla vård och omsorg för den som flyttas.

Utredningen föreslår inte att det bör införas någon lagregel som innebär en skyldighet för kommunerna att hålla lokaler i beredskap inför ett framtida utbrott eller en pandemi av samhällsfarlig sjukdom. Även om sådana resurser kunde frigöras framstår det som lämpligare att de används i verksamheten utan att invänta en extraordinär situation. Detta gäller särskilt med tanke på de situationer med bristande personal- och lokalresurser som diskuteras i kapitel 6. Vidare varierar kommunernas förutsättningar, särskilt vad gäller möjligheten att ta fram lämpliga lokaler med kort varsel. För en del kommuner torde det exempelvis vara möjligt att använda lokaler som annars används för korttidsboenden. Det finns inte heller något hinder mot att kommuner samverkar för att ta fram lokaler och bemanning, eller mot att anlita privata aktörer. Dock bör huvudmännen ta höjd för behovet av lokaler i sin pandemiplanering. Avslutningsvis får det redan i dag anses ligga inom huvudmännens ansvar att kunna separera personer på boenden från varandra om det krävs av smittskyddsskäl, oavsett om det är en pandemi eller inte. Kohortvård är som tidigare har beskrivits ett etablerat arbetssätt på boendena och ställer krav redan i dag på flexibilitet när det gäller tillgång till lokaler, lokalernas utformning samt bemanningen.

I sammanhanget kan nämnas att utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) har i uppdrag att lämna underlag till en nationell strategi för hantering av pandemier och att en sådan strategi bör beakta alla relevanta sektorers del i pandemi-beredskapen och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regeringen, myndigheter och regionala och lokala aktörer.

Förfarandet

Eftersom möjligheten att flytta en smittad, misstänkt smittad eller exponerad person från sin ordinarie bostad är avhängig hur kommunen organiserar sitt smittskyddsarbete inom de aktuella boendeformerna bör frågan om att flytta en boende utan samtycke väckas av kommunen genom en anmälan till smittskyddsläkaren. Även det förhållandet att det bör vara ett kommunalt ansvar att ta fram underlag för beslutet talar för att initiativet att inleda ärendet bör tas av kommunen. Det ankommer därmed på kommunen att besluta om rutiner och principer för i vilka lägen en anmälan till smittskyddsläkaren ska göras. Med hänsyn till att det är smittskyddsläkaren som därefter fattar beslutet om tvångsåtgärd bör det inte finnas något hinder för kommunen att delegera ansvaret för att göra anmälan enligt reglerna om delegation i kommunallagen (2017:725).

Utredningen anser att det som redan i dag gäller för den extraordinära smittskyddsåtgärden karantän avseende domstolsprövning bör kunna tjäna som förebild för den nya extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning. Beslut om flyttning, liksom beslut att avslå en begäran om att ett beslut om flyttning inte längre ska gälla ska därför kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Även beslut om att avslå en ansökan om undantag från förbud att besöka den som har flyttats bör kunna överklagas av den som vill besöka den flyttade personen. Samma regler för handläggningen vid domstol bör gälla för flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd som för karantän.

Eftersom det rör sig om ett frihetsberövande bör den som överklagar ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd ha rätt till offentligt biträde på samma sätt som gäller för den extraordinära smittskyddsåtgärden karantän. Det bör av samma skäl inte heller krävas prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt.

Med de nuvarande reglerna om karantän som förebild bör det finnas en skyldighet för smittskyddsläkaren att på begäran pröva frågan om beslutet om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd fortsatt ska gälla. Det bör även framgå direkt av lag att beslutet ska upphävas om det inte längre behövs.

Utredningens förslag gäller personer som bär på eller kan antas bära på en samhällsfarlig sjukdom. Eftersom den föreslagna lagstiftningen är avsedd att gälla även för i dagsläget okända sjukdomar är det inte möjligt att förutspå hur lång tid som krävs för att den smitt-

samma fasen ska upphöra. Ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd bör dock av rättssäkerhetsskäl inte gälla längre än tre veckor. Eftersom det är möjligt att risken för smittspridning även efter den tiden kvarstår bör det införas en möjlighet för smittskyddsläkaren att förlänga ett pågående beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd med tre veckor. Därefter får ytterligare beslut om förlängning fattas förutsatt att förutsättningarna att tillämpa bestämmelsen fortfarande föreligger. Hur lång tid någon som längst kommer att kunna vara flyttad med stöd av den föreslagna bestämmelsen beror alltså på hur lång inkubationstiden och den smittsamma fasen är för den aktuella sjukdomen.

8.2.4 Boendeformer som bör omfattas av bestämmelsen

Utredningen gör följande överväganden vad gäller vilka boendeformer som bör omfattas av förslaget om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd.

I utredningens uppdrag finns sammantaget flera olika boendeformer enligt SoL och LSS, vilka drivs kommunalt eller enskilt, och som närmare beskrivs i avsnitt 4.2. Insatsernas målgrupper varierar vad gäller ålder, omsorgsbehov och funktionsnedsättning. Det är fråga om insatser som ska anpassas efter den enskildes behov och där ansvariga huvudmän och utförare ska anpassa insatserna till lokala förhållanden och genom att t.ex. skapa boenden där personer med likartade diagnoser eller funktionshinder bor tillsammans.

Det är en uttalad utgångspunkt för smittskyddsarbetet att var och en har vilja och förmåga att skydda sig själv och andra från smitta. Behovet av ytterligare bestämmelser för att skydda enskilda från risken att smittas av andra i närmiljön är mer framträdande i de boendeformer där det bor personer med kognitiv funktionsnedsättning. Ett exempel som uppmärksammas under covid-19-pandemin är personer med demens och BPSD med vandringsbeteende, vilka framför allt bor på äldreboenden. Det finns emellertid personer med demens även på LSS-boenden. Personer i målgruppen för LSS lever som genomsnitt också allt längre vilket ökar risken för demens. Det finns också andra typer av funktionsnedsättningar som kan innebära svårigheter att förstå och följa exempelvis instruktioner om att undvika nära kontakt med t.ex. andra på boendet eller besökare. Personer med

sådana svårigheter kan finnas i samtliga de boendeformer som omfattas av uppdraget. Det kan naturligtvis inte heller uteslutas att även personer utan kognitiva funktionsnedsättningar avstår från att lämna samtycke till en viss behövlig åtgärd för att minska risken för spridning av en samhällsfarlig sjukdom.

Familjehem (9 § 8 LSS) och annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9 § 9 LSS) skiljer sig från övriga boendeformer som omfattas av uppdraget genom att det typiskt sett inte finns andra personer med likartade funktionsnedsättningar i den enskildes närmiljö. Det finns således inte samma behov som i övriga boendeformer att skilja enskilda från varandra av smittskyddsskäl. Det finns heller ingen personal knuten till dessa boendeformer som skulle kunna uppmärksamma behovet av flyttning. Familjehem och annan särskilt anpassad bostad bör därför inte omfattas av förslaget.

I bostad med särskild service för barn och ungdomar bodde den 1 oktober 2022 inga barn mellan 0 och 6 år, 73 barn mellan 7 och 12 år, och 776 barn och unga mellan 13 och 22 år. Runt 91 procent var alltså 13 år eller äldre.¹⁹ Insatsen har ingen formell övre åldersgräns. Utredningen har övervägt en åldersgräns för förslaget om flyttning, t.ex. att exkludera underåriga. Utredningen omfattar emellertid framtida pandemier av hittills okända smittämnen. Det går inte att utesluta att barn eller ungdomar kan utgöra en riskgrupp för någon i dag okänd sjukdom. I ett sådant scenario är det naturligtvis av högsta prioritet att även barn och unga inom LSS kan skyddas på bästa sätt. Det framstår inte som lämpligt att ange en viss ålder vid vilken flyttning inte ens ska vara en möjlig smittskyddsåtgärd. En annan sak är att barn och ungdomar åtnjuter ett rättsligt skydd som innebär att ett beslut om flyttning som omfattar barn kräver andra överväganden än vad som gäller för vuxna. Utredningen stannar således vid att bostad med särskild service för barn och ungdomar ska omfattas av förslaget.

De boende i biståndsbedömt trygghetsboende är till skillnad från de boende på äldreboenden inte i behov av heldygnsvård. Hur mycket personal som finns på ett biståndsbedömt trygghetsboende kan variera. De enskildas aktuella behov ska enligt SoL och SoF vara styrande. Däremot finns det ofta olika gemensamhetsytor i biståndsbedömt trygghetsboende på liknande sätt som i äldreboenden. Det

¹⁹ Socialstyrelsen. *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022* [Dataset].

går enligt utredningens bedömning inte att utesluta att det skulle kunna uppstå en situation där enskilda som bor i bostadsbedömt trygghetsboende kan behöva bli föremål för flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd. Så skulle t.ex. kunna vara fallet om den enskildes tillstånd snabbt har försämrats jämfört med vad som gällde vid tidpunkten för beslutet om insatsen. Det kan också tänkas att han eller hon har beviljats ett nytt boende på ett äldreboende, men att det nya beslutet inte har hunnit verkställas. Denna boendeform bör därför omfattas av förslaget.

Med undantag för boende i familjehem och annan särskilt anpassad bostad för vuxna bör alltså förslaget om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd omfatta samtliga de boendeformer som omfattas av uppdraget.

En annan sak är att behovet av att utnyttja flyttning i praktiken kommer att variera mellan olika boendeformer, liksom förutsättningarna att alls utnyttja möjligheten. Antalet platser är generellt fler och medianvistelsetiden kortare i de särskilda boendeformerna för äldre än inom bostad med särskild service enligt SoL eller LSS. I en bostad med särskild service kan en person bo i flera decennier. Omställningen är lägre på LSS-bostäder vilket innebär att kommunerna i allmänhet skulle ha svårare att med kort varsel flytta en boende enligt LSS till ett annat boende med bibehållen kvalitet i insatsen. En annan faktor är tillgången till medicinsk kompetens. En enskild person som blir föremål för flyttning kan behöva en aktiv tillsyn för att, i händelse av att tillståndet snabbt försämrats, kunna tas till sjukhus för mer kvalificerad vård än vad som kan ges i boendet. Det bör därmed inte komma i fråga att ansöka om flyttning till ett boende där den medicinska kompetens som krävs i det individuella fallet inte kan säkerställas. Vidare är antalet platser i SoL-boenden i genomsnitt högre än antalet platser i bostad med särskild service enligt LSS. Detta torde ha viss betydelse för möjligheterna att genom andra åtgärder begränsa risken för smittspridning, vilket minskar behovet av tillfällig isolering enligt SmL och flyttning. Slutligen kan det finnas boenden där de enskilda enbart har fysiska funktionsnedsättningar och boenden där de enskilda har kognitiva funktionsnedsättningar som är sådana att de genom anpassning av information och kommunikation kan klara av att anpassa sitt agerande så att smittrisken minimeras. I servicebostäder enligt LSS bor t.ex. typiskt sett personer

med mindre stödbehov än inom gruppboendestäder. I sådana boenden torde det enbart i undantagsfall alls kunna bli aktuellt med flyttning.

8.2.5 Proportionalitetsavvägningar

Som utredningen har konstaterat ovan innebär ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd en mycket ingripande åtgärd för den enskilde som det riktas till. Det är därför av vikt att de olika intressen som gör sig gällande vägs mot varandra. Den enskildes intresse av att inte utsättas för tvångsåtgärder väger givetvis tungt i den ena vågskålen. I samma vågskål ligger också intresset av att i största möjliga mån undvika att tvångsåtgärder förekommer inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. I den andra vågskålen ligger smittskyddsintresset.

Smittskyddsåtgärder har bl.a. som syfte att hindra spridning av smitta för att skydda den som inte är smittad. Därför måste även sådana personers intressen beaktas vid avvägningen av lämpligheten av tvångsanvändning. Inom de aktuella boendeformerna vistas i stor utsträckning personer som är särskilt sårbara för infektionssjukdomar. Vidare kan de på grund av olika former av nedsatt kognitiv och fysisk förmåga ha svårt att själva vidta åtgärder för att skydda sig från smitta. Det är därför av stor vikt att det finns möjligheter för personalen på boendena att vidta tillräckliga åtgärder för att skydda dem. Coronakommissionen framhåller exempelvis i sitt delbetänkande att en vård- och omsorgsgivare i en undantagssituation måste kunna vidta de begränsningsåtgärder som krävs för ett effektivt smittskyddsarbete. Utredningen anser därför att den enskildes intresse av att inte utsättas för tvång i vissa fall kan behöva stå tillbaka för andra enskildas intresse av att skyddas från smitta. Vidare kan utredningen konstatera att det redan i dag är möjligt att flytta personer i den aktuella situationen med stöd av tvång men då till en sjukvårdsinrättning i regionens regi. Flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innehåller i jämförelse med sådan isolering ett begränsat mått av tvång. Det har vidare den fördelen att den person som flyttas alltjämt är kvar på ett boende inom den omsorgsform som har beviljats. Förslaget har därmed den fördelen att det i så liten utsträckning som möjligt påverkar den rätt till omsorg av god kvalitet som följer av ett biståndsbeslut enligt SoL eller LSS.

8.2.6 Förslagets förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen

Regeringsformen

Var och en är enligt 2 kap. 8 § regeringsformen, RF, gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Den rörelsefriheten kan enligt 2 kap. 20 § RF begränsas genom lag. Sådana begränsningar får enligt 2 kap. 21 § RF göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle.

Utredningens förslag om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd utgör ett frihetsberövande i RF:s mening och ska därför regleras i lag. Ändamålet med frihetsberövandet är att hindra smittspridning av samhällsfarliga sjukdomar, i synnerhet på platser där många hälsomässigt sårbara personer vistas. Det rör sig alltså inte enbart om att förebygga risker för smittspridning i allmänhet, utan om att skydda särskilt utsatta personer från att smittas. I sammanhanget bör också påpekas att den som bor på ett särskilt boende och inte är smittad kan ha mycket svårt att själv vidta åtgärder för att undvika kontakt med andra boende som är smittade.

Av 2 kap. 9 § RF följer att den som omhändertagits tvångsvis av någon annan anledning än brott eller brottsmisstanke ska kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Genom införande av de bestämmelser om prövning inom vissa tidsfrister som diskuterats ovan uppfylls det kravet.

Utredningens bedömning är att förslaget om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd är förenligt med RF:s bestämmelser om skydd mot frihetsberövande och rätt till domstolsprövning av frihetsberövande.

Europakonventionen

I avsnittet redogörs närmare för de artiklar i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Europakonventionen,²⁰ som är av störst intresse för SmL:s bestämmelser om tvångsåtgärder, nämligen art. 5 om rätten

²⁰ Europakonventionen gäller som lag i Sverige enligt 1 § lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

till personlig frihet, art. 6 om rätten till domstolsprövning och art. 8 om rätten till skydd för privat- och familjeliv m.m.

Innebörden av Europakonventionens artiklar tolkas och bestäms av Europadomstolen som har slagit fast att konventionen är ett levande instrument som måste tolkas i enlighet med rådande förhållanden. Domstolen väger därvid många gånger in vad som kan anses vara en gemensam europeisk syn på förhållanden. Av betydelse är då bl.a. Europarådets rekommendationer och hur frågan bedömts i de olika europeiska länderna.

Skyddet mot olagliga och godtyckliga frihetsberövanden är ett centralt moment i Europakonventionen. I art. 5 garanteras rätten till personlig frihet och säkerhet. Artikel 5 reglerar alla slags frihetsberövanden men inte andra begränsningar i rörelsefriheten. Artikel 5 innehåller en uttömmande uppräkningslista av i vilka fall frihetsberövande är tillåtet. Enligt Europadomstolens praxis ska uppräknade fall ges en restriktiv tolkning. De särskilda fallen tas upp under sex punkter. Härutöver innehåller artikeln bestämmelser som ska ge garantier för rättssäkerhet vid frihetsberövandet.

För samtliga fall av frihetsberövande gäller att frihetsberövandet ska äga rum i den ordning lagen föreskriver och dessutom vara lagligt (lawful). I Europadomstolens praxis har dessa begrepp i många fall inte behandlats separat. Vad som avses härmed är att frihetsberövandet ska stå i överensstämmelse med bestämmelserna i den nationella lagen (såväl när det gäller den materiella grunden som när det gäller det processuella förfarandet) och med bestämmelserna i konventionen samt att det inte är godtyckligt. Det ställs således krav på rimliga rättssäkerhetsgarantier vid frihetsberövandet. Att frihetsberövandet ska stå i överensstämmelse med konventionen innebär även att den nationella lagen i sig måste vara förenlig med konventionen.

Vid prövningen av huruvida frihetsberövandet har ägt rum i enlighet med den nationella lagen accepterar Europadomstolen oftast statens tolkning. Huvudsakligen anses ett frihetsberövande vara godtyckligt om det inte står i överensstämmelse med det i artikeln särskilt godtagna ändamålet eller med artikeln i övrigt. Även om frihetsberövandet är lagligt i konventionens mening kan det vid vissa av de uppräknade fallen i artikeln ändå anses vara godtyckligt om frihetsberövandet inte bedöms vara proportionerligt i förhållande till ändamålet. När det gäller straffrättsliga frihetsberövanden har domstolen varit obenägen att ifrågasätta den nationella straffrättsliga bedöm-

ningen. På motsvarande sätt har man inte ansett sig kunna ifrågasätta den materiella grunden för beslut om utvisning eller utlämnande vid frihetsberövande. Däremot har Europadomstolen i mål som avsett frihetsberövande av psykiskt sjuka vid prövningen av godtycklighet granskat frihetsberövandet med grund i de materiella omständigheterna i det enskilda fallet, t.ex. huruvida det finns tillförlitliga bevis om personens hälsotillstånd och om frihetsberövandet i övrigt är motiverat med hänsyn till omständigheterna (se mer om detta nedan). I de fall granskningen även omfattar en bedömning av den materiella grunden tillåts staterna dock en viss tolkningsmarginal ("margin of appreciation"). Av de fall där frihetsberövande får äga rum enligt artikel 5 är det främst de som anges i p. 1.b och p. 1.e som är av intresse i smittskyddssammanhang. I p. 1.b medges frihetsberövande med anledning av att någon har underlåtit att uppfylla föreläggande av domstol eller som syftar till fullgörande av en i lag föreskriven skyldighet medan p. 1.e tillåter frihetsberövande till förhindrande av smittsam sjukdom eller av en person som är psykisk sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare.

Europadomstolen har i ett fall (Enhorn mot Sverige, 566529/00) ansett att tillämpningen av reglerna om tvångsisolering i 1988 års smittskyddslag (1988:1472) inneburit en överträdelse av art. 5. Av avgörandet kan utläsas att följande villkor måste vara uppfyllda för att ett frihetsberövande av smittskyddsskäl ska vara förenligt med art. 5.1.e, utöver att det ska vara förenligt med nationell rätt. För det första ska spridning av smitta utgöra en fara för den allmänna hälsan eller säkerheten ("public health or safety"). För det andra ska frihetsberövandet utgöra en sista utväg för att förebygga smittspridning, eftersom mindre ingripande åtgärder har övervägts och konstaterats vara otillräckliga för att säkerställa det allmänna intresset. När villkoren inte längre uppfylls upphör grunden för frihetsberövandet.

Målet rörde en hivsmittad person som under sju år löpande hade domstolsbeslut om tvångsisolering, och som på grund av de besluten var faktiskt frihetsberövad på sjukhus under närmare ett och ett halvt år. Europadomstolen ansåg med hänsyn till omständigheterna i målet att frihetsberövandet inte utgjorde en sista utväg för att förhindra smittspridning, och att myndigheterna dessutom inte hade gjort en rättvis avvägning mellan risken för smittspridning och den enskildes rätt till frihet.

Utredningens förslag om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär ett frihetsberövande i Europakonventionens mening. Genom att regleringen görs i lag är den grundläggande förutsättningen för konventionsenlighet uppfylld. Rätten till domstolsprövning säkerställs genom att beslutet kan överklagas till förvaltningsrätten. Ytterligare rättssäkerhetsgarantier ges genom att den som överklagar ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd har rätt till offentligt biträde.

Utredningens förslag innebär att flyttning får ske när det finns en omedelbar risk för smittspridning av en samhällsfarlig sjukdom. Kriteriet att spridning av smitta utgör en fara för den allmänna hälsan eller säkerheten torde därmed vara uppfyllt. Frågan om frihetsberövandet är en sista utväg måste naturligen avgöras i det enskilda fallet, utifrån den enskildes vilja och förmåga att frivilligt vidta behövliga smittskyddsåtgärder.

Förslaget innehåller ett förbud mot besök, vilket aktualiserar frågor om förenlighet med skyddet för privatlivet i Europakonventionen art. 8. Inskränkningar i rätten till privatliv får göras endast om det sker med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till bl.a. skyddet för hälsan. Vad gäller begränsning av besök ligger det i sakens natur att ett besöksförbud kan vara nödvändigt för att förebygga smittspridning. Genom att smittskyddsläkaren kan medge undantag från förbudet säkerställs att rätten till respekt för privatlivet balanseras mot intresset av att förebygga smittspridning. Det måste därvid i det enskilda fallet övervägas om risken för smittspridning i tillräcklig grad kan förebyggas genom att boendet och besökaren vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder.

8.2.7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Utredningens bedömningar: Lagändringarna bör träda i kraft den 1 januari 2025.

Det saknas behov av övergångsbestämmelser.

Lagförslagen kräver enligt utredningens bedömning ingen nämnvärd förberedelse- eller omställningstid för de som berörs, se dock förslag i avsnitt 8.2.8 om framtagna av en vägledning. Sett till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande och beredning i Regerings-

kansliet samt riksdagsbehandling av lagförslagen kan författningsändringarna träda i kraft den 1 januari 2025. Förslagen bör därför träda i kraft detta datum.

Det saknas enligt utredningens bedömning behov av övergångsbestämmelser med anledning av utredningens förslag.

8.2.8 Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en vägledning för den extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning

Utredningens förslag: Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en vägledning för den föreslagna extraordinära smittskyddsåtgärden. Materialet ska vara riktat både mot beslutsfattare och personal.

Utredningens förslag innebär att en person på en sådan boendeform som omfattas av uppdraget under vissa omständigheter och utan samtycke kan flyttas till en viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform. Åtgärden kan bl.a. användas för att underlätta genomförande av kohortvård för samhällsfarliga sjukdomar. Förslaget innebär att socialtjänsten får andra möjligheter att initiera anpassade tvångsåtgärder. För att den nya åtgärden ska kunna användas på ett effektivt och rättssäkert sätt, krävs att berörda personalgrupper och beslutsfattare har kunskap om smittskyddsåtgärden och hur och i vilka situationer den kan och bör användas.

Socialstyrelsen har tagit fram ett omfattande material om tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna. Materialet är riktat mot både personal och verksamheter. Under covid-19-pandemin utarbetade bl.a. Socialstyrelsen ett särskilt material om arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer. Detta material har reviderats löpande.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utifrån nämnda material men även andra underlag som myndigheten tagit fram om tvångs- och skyddsåtgärder, utarbeta förslag till arbetssätt och rutiner som även omhändertar den föreslagna extraordinära smittskyddsåtgärden flyttning. En central del i ett sådant underlag är rekommendationer kring arbetssätt och rutiner för att förebygga situationer där tvångsåtgärden kan aktualiseras.

De föreslagna vägledningarna bör bl.a. göras tillgängliga på Kunskapsguiden och ska vara riktade både mot personal och verksamheter. Vägledningen bör tas fram i dialog med bl.a. vårdens huvudmän, smittskyddsläkarna men även brukar- och anhörigföreträdare. För att kunna fullgöra uppdraget föreslår utredningen att Socialstyrelsen tillförs 500 000 kronor, se avsnitt 10.2.4. Vägledningen bör vara färdigställd i samband med det att lagstiftningen träder i kraft.

8.2.9 Behov av en generell översyn av frågan om samtycke inom socialtjänsten

Svårigheterna med att inhämta samtycke inom socialtjänsten samt lagstiftningens begränsningar har som nämnts i tidigare avsnitt lyfts av flera organisationer och myndigheter under pandemin. De utmaningar som finns gäller inte bara inom smittskyddet och som lyfts bl.a. i kapitel 4, 5, 6 och 8, utan även inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården generellt.

Utredningen anser att det inte är lämpligt att lämna förslag på en särskild reglering för att omhänderta generella tvångs- och begränsningsåtgärder som kan komma att bli aktuella vid genomförandet av exempelvis kohortvård. Undantaget är förslaget i avsnitt 8.2.3.

Förslag om ett utvecklat regelverk avseende skyddsåtgärder och samtycke har lämnats i tidigare utredningar och i en lagrådsremiss, som om de hade genomförts, hade kunnat omhänderta många av de frågeställningar om samtycke som uppkom under pandemin, se avsnitt 6.12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys nordiska jämförelse av äldreomsorgen visar att Sverige, till skillnad från de andra nordiska länderna, inte har en lagstiftning som reglerar hur och under vilka omständigheter det är möjligt att ge vård och omsorg utan samtycke.

Regeringen konstaterar vidare i propositionen om välfärdsteknik att frågan om insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga är komplex och berör flera områden, t.ex. hälso- och sjukvården, och kräver fortsatt beredning. En utförligare redogörelse görs i avsnitt 6.12.

Även om det finns kunskapsstöd att tillgå om förebyggande arbets sätt, var gränsen för tvång går och hur samtycke kan inhämtas, är utredningens bedömning att den övergripande frågan om allmänna skyddsåtgärder och samtycke inom socialtjänsten fortsatt behöver utredas brett, vilket också tidigare har anförts av flera myndigheter,

utredningar och organisationer. Översynen bör således omfatta flera andra frågor än smittskyddsrelaterade åtgärder. Detta för att öka rätts-säkerheten för de personer som tar emot vård- och omsorgsinsatser samt öka tydligheten för den personal som arbetar inom omsorgen samt andra befattningshavare.²¹

8.3 Regler om nödvändiga smittskyddsåtgärder

Utredningens bedömning: Befintlig reglering av smittskydds-åtgärder inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag behöver inte kompletteras på annat sätt än genom de förslag som lämnas i avsnitt 8.2.

Detta avsnitt avser andra smittskyddsåtgärder än sådana som redovisas i andra avsnitt i slutbetänkandet (överväganden kring smittskyddsåtgärder som kan innebära ingrepp i enskildas rörelsefrihet finns i avsnitt 8.1 och 8.2 och överväganden om provtagning i avsnitt 8.4).

Vårt uppdrag i denna del betecknas i direktiven som nödvändiga smittskyddsåtgärder. Vad som i en given situation utgör en nödvändig åtgärd är en avvägning mellan flera faktorer, bl.a. vilket smittämne det är fråga om och vilka konsekvenser som riskeras om åtgärden inte vidtas. Vad som är nödvändigt beror också på vad det önskade resultatet är. I en verksamhet där målet är att eliminera all smittspridning kommer fler åtgärder att anses nödvändiga än i en verksamhet där viss smittspridning kan, eller kanske måste, accepteras. Uppdraget avser framtida epidemier och pandemier, inklusive sådana av ännu okända smittämnen. För ännu okända smittämnen är resone-mang på förhand om en viss åtgärds effektivitet, nödvändighet och proportionalitet förenade med stor osäkerhet.

Denna del av utredningsuppdraget kan också läsas som att det avser om nuvarande reglering ger huvudmännen och utförarna *tillräckliga* verktyg för att med tydligt stöd i lag kunna vidta smittskyddsåtgärder vid en framtida epidemi eller pandemi i de aktuella

²¹ Se bl.a. Coronakommissionen, SOU 2020:80, s. 258: Kommissionen anser att en vård- och omsorgsgivare i en undantagssituation måste kunna vidta de begränsningsåtgärder som krävs för ett effektivt smittskyddsarbete. Det är dock självklart att sådana begränsningar i den enskildes frihet och rättigheter måste ha stöd i lag och det är orimligt att lämna anställda och lokala politiker ensamma i att själva fatta dessa svåra beslut.

boendeformerna. Det skulle t.ex. kunna vara fråga om att ange vissa minimikrav i lag eller att justera i någon av bestämmelserna av mer övergripande karaktär.

8.3.1 Direkta och indirekta krav på smittskyddsåtgärder

SmL innehåller en rad bestämmelser som avser direkta smittskyddsåtgärder, med utgångspunkt i det individuella ansvaret. SmL kan ses som en särreglering av hälso- och sjukvårdens uppdrag att enligt 3 kap. 2 § HSL arbeta för att förebygga ohälsa.²² Som framgår av genomgången i kapitel 4 bildar SmL i kombination med en rad allmänt formulerade krav i lagstiftningen – god hygienisk standard och förebyggande av ohälsa inom hälso- och sjukvården, god kvalitet och säkerhet i omsorgen och undvikande av vårdskador – grunden för smittskyddet inom de boendeformer som omfattas av utredningens uppdrag. Viktiga komplement är Socialstyrelsens olika föreskrifter som dels innehåller regleringar om konkreta smittskyddsåtgärder²³, dels ålägger verksamheterna att genom rutiner och strukturer säkerställa att målen i lagstiftningen nås.²⁴

Ytterligare indirekt skydd mot smittspridning mellan de boende och hög kvalitet inom omsorgen åstadkoms genom arbetsmiljöregleringen och reglerna om bl.a. behörighet, legitimation och skyddad yrkestitel inom och hälso- och sjukvården och omsorgen. Detsamma gäller krav på annat håll i lagstiftningen, som inte närmare har berörts i detta slutbetänkande, t.ex. avseende innehållet i högskoleutbildningar för yrken inom hälso- och sjukvården.

Det finns alltså bindande regler som ställer krav på att nu aktuella verksamheter vidtar smittskyddsåtgärder. Därutöver finns en rad olika stöddokument tillgängliga för verksamheterna som konkretiserar hur reglerna kan omsättas i praktiken. Socialstyrelsen har exempelvis tagit fram dokumentet *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar*, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning som beskrivs bl.a. i avsnitt 4.1.1. Dokumentet syftar till att ge stöd till personal och chefer i särskilda boendeformer för

²² Johnsson, L.-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik, s. 74.

²³ Se t.ex. HSLF-FS 2022:44 och SOSFS 2015:10.

²⁴ Se t.ex. SOSFS 2011:9.

äldre om hur arbetssätt kan anpassas då personer med demenssjukdom bär på coronavirus eller andra smittsamma infektionssjukdomar.

Vidare finns dokument *Vägledning för vårdhygieniskt arbete* som är framtaget inom Nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård där Sveriges regioner samverkar. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och till viss del omsorgen.²⁵

8.3.2 Hälso- och sjukvård kontra omsorg inom boendena

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagstiftningen har karaktären av skyldighetslagstiftning för huvudmän, vårdgivare och personal. De författningskrav som reglerar den kommunala hälso- och sjukvården ska för den enskilde inte innebära någon skillnad mot vad som gäller i hälso- och sjukvård som har regioner som huvudmän.

Kraven på en god vård av god kvalitet och med god hygienisk standard i HSL är kvalitetskrav som systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Följsamhet till reglerna om patientsäkerhet i PSL är en förutsättning för att nå upp till kravet på god vård av god kvalitet i HSL. Därutöver finns systemet för utredning och anmälان av incidenter och vårdskador som – förutom att garantera insyn och en oberoende granskning – syftar till att möjliggöra ett kollektivt lärande och att undanröja systematiska risker för patienterna.

De boenden som omfattas av utredningens uppdrag är i flera avseenden en speciell miljö. Hälso- och sjukvård ges ofta i de enskildas hem och miljön innebär att det ofta finns en möjlighet för de boende att interagera – och därmed öka smittspridningen – som inte finns på samma sätt inom hälso- och sjukvården i övrigt. HSL och PSL omfattar inte omsorgsdelen i verksamheter enligt SoL och LSS. De som bor på ett särskilt boende har alltså inte ett skydd mot vårdskador i egenskap av omsorgstagare som motsvarar det skydd som de har i egenskap av patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare innebär personer med demenssjukdom att det ställs särskilda krav framför allt i de särskilda boendeformerna för äldre,

²⁵ Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. *Vägledning för vårdhygieniskt arbete*.

t.ex. vad gäller möjligheterna för den enskilde att själv ta ansvar genom att följa skyddsplikten i SmL.²⁶

8.3.3 Överväganden

Det saknas en legaldefinition av vad som ingår i kravet på god kvalitet enligt SoL och LSS. Kvalitetskravet omfattar med andra ord inte uttryckligen ett gott smittskydd. En tänkbar författningsändring skulle kunna vara att i SoL och LSS införa ett stadgande om att god kvalitet inbegriper ett gott smittskydd. SmL och äldre HSL²⁷ justerades på ett sådant sätt 2006 för att betona vikten av en god hygienisk standard och för att stävja vårdrelaterade infektioner.²⁸ Socialstyrelsen är av uppfattningen^{29 30} att det ingår i kravet på god kvalitet att verksamheterna förebygger och förhindrar smitta och smittspridning. Socialstyrelsens föreskrifter som trädde i kraft i november 2022, HSLF-FS 2022:44 (se avsnitt 4.5.4), är beslutade med den förutsättningen. Föreskrifterna gäller tills vidare och är inte begränsade till att enbart tillämpas vid en epidemi eller en pandemi. Föreskrifterna förtydligar på vilket sätt verksamheterna behöver arbeta för att kunna förebygga och förhindra smitta och smittspridning. Föreskrifterna innebär dock inte ett krav att, så som i verksamhet enligt HSL, arbeta med en god hygienisk standard.³¹ Föreskrifterna är relativt nya och i den uppföljning som är bruklig får det förutsättas att föreskrifterna vid behov kan revideras. Riktlinjer och stöddokument från central eller regional nivå kan också ha en utfyllande effekt och kan klargöra vad som bör gälla för tillämpningen.

Vidare talar SoL:s karaktär av ramlagstiftning emot att där införa detaljerade regleringar om t.ex. smittskyddsåtgärder. Kommunerna och regionerna har långtgående frihet att utforma insatserna efter lokala förhållanden och insatserna ska anpassas efter den enskildes

²⁶ För att kunna omsätta författningskraven i praktiken specifikt i denna miljö finns stöddokument och vägledningar, t.ex. Socialstyrelsens *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetsätt till personal och arbetsledning*.

²⁷ SFS 1982:763.

²⁸ Se prop. 2005/06:50.

²⁹ Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter*.

³⁰ Socialstyrelsen. (2022). *Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen* [Meddelandeblad], s. 2.

³¹ Se också Socialstyrelsens kommentar i Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning*. RiR 2023:9, bilaga 4, s. 13 f.

behov. Att byggnader och lokaler av olika skäl har varierande standard begränsar också möjligheterna att hitta en gemensam reglering som är genomförbar överallt.

Riksrevisionen har i sin granskning av det nationella smittskyddet bl.a. rekommenderat att en lämplig myndighet ges ett samlat ansvar för vårdhygienfrågor. Utredningen om Stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) som beslutades i juni 2023 har i sina direktiv att analysera och föreslå hur ett nationellt samordningsansvar för vårdhygienfrågor bör utformas. I direktiven framhåller regeringen att ett samlat nationellt ansvar för vårdhygienfrågor kan bidra till ett mer effektivt förebyggande arbete, underlätta arbetet för aktörerna inom vårdhygien och smittskydd och ge möjlighet till ökad likvärdighet över landet.³²

Utredningens bedömning är att de förslag som Socialstyrelsen lämnat avseende vårdhygien, smittskydd och samordning och samverkan mellan regionen och kommunalt finansierad vård (se avsnitt 6.4) kan stärka smittskyddet inom SoL- och LSS-verksamheter i landet om de genomförs.

Utredningen bedömer också att det finns utrymme att inom ramen för det pågående arbetet med en ny äldreomsorgslag ytterligare stärka frågorna om vårdhygien och smittskydd (se en kort redogörelse för äldreomsorgsutredningens arbete i avsnitt 6.4). Samma utredning lämnade en rad författningsförslag i syfte att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna som, om de genomförs, kan stärka smittskyddet. Frågan är central. Denna utrednings bedömning är att en förstärkning av den medicinska kompetensen i kommunal vård och omsorg är viktig för att förändringar i verksamheterna ska komma till stånd.

Utredningen har liksom bl.a. Coronakommissionen fått sig till del att de främsta utmaningarna inom omsorgen handlar om personaltäthet och personalens kompetens. Detta leder i sin tur till att redan befintliga regleringar om t.ex. basala hygienrutiner inte följs. Förbättringar i dessa avseenden framstår mot de bakgrunden som avsevärt viktigare för att uppnå en bättre följsamhet till befintliga regler och därmed stärkt smittskydd inom omsorgen. Av SKR:s utvärdering av covid-19-pandemin framgår bl.a. att det finns kommuner som har uppnått en hundra procentig efterlevnad av korrekta hygienrutiner medan vissa kommuner är på en nivå under 20 pro-

³² Dir. 2023:108, s. 16.

cent.³³ Även på det området finns det således ett betydande förbättringsutrymme inom befintlig reglering. Utredningen bedömer att det inte ryms inom uppdraget att lämna förslag avseende t.ex. minimibemanning eller personalens kompetens.³⁴

Under utredningstiden har utredningen också fått sig till del att möjligheterna att följa gällande föreskrifter om t.ex. basala hygienrutiner och skyddsutrustning redan nu kan vara mycket utmanande på grund av bostädernas beskaffenhet, brist på beredningsrum med mera. Denna problematik gör sig särskilt gällande i LSS-bostäder som ofta är än mer hemlika än äldreboendena. Dessa synpunkter illustrerar svårigheterna med att reglera smittskydd inom den speciella miljön som omsorgen utgör. Det är självklart aldrig tillfredsställande att det finns bindande regler som i praktiken inte kan följas.

Vidare har det under utredningen framkommit att kommunikation och samverkan mellan å ena sidan den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen om äldre och funktionshindrade och å andra sidan smittskyddsläkarna har varierat i hög grad mellan olika regioner. Denna samverkan kan stärkas t.ex. genom ökade resurser eller bättre rutiner för samverkan. Utredningen bedömer emellertid att det rättsliga stödet för att en sådan samverkan ska ske redan finns framför allt genom befintliga krav på samverkan för aktörerna inom smittskyddet och regionernas och smittskyddsläkarnas samlade ansvar för smittskyddet, se särskilt 1 kap. 8 §, 1 kap. 10 § och 6 kap. 2 § SmL.

De utredningar och analyser som gjorts med anledning av covid-19-pandemin pekar främst på behov av lagstöd för andra smittskyddsåtgärder än sådana som riktas mot individer. I övrigt förefaller det saknas efterfrågan på regler eller åtgärder som skulle kunna rymmas inom direktiven i denna del.

Sammantaget kan det alltså konstateras att det finns en rad åtgärder som kan vidtas inom äldreomsorgen som skulle kunna stärka smittskyddet för samhällets äldsta och sköraste. Brist på lagstöd för sådana direkta eller indirekta smittskyddsåtgärder är dock inte det huvudsakliga problemet. Detta leder till slutsatsen att utredningen inom ramen för den här detta uppdrag inte lämnar andra förslag på nödvändiga smittskyddsåtgärder än de som framgår av avsnitt 8.2.

³³ Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Att lära av en kris*.

³⁴ I mars 2023 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredare för att utreda språkkrav för personal i äldreomsorgen (dir. 2023:44), se också avsnitt 6.9 i detta slutbetänkande.

8.4 Provtagning på SoL- och LSS-boenden

Utredningens bedömningar: Det finns nödvändigt lagstöd för att erbjuda och utföra provtagning av personer som bor i boenden enligt SoL eller LSS.

Det bör inte införas en möjlighet att förena provtagning med tvång utan misstanke om allmänfarlig sjukdom.

Utredningen har i uppdrag att utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör testning av individer även när indikationen för provtagning inte faller under nuvarande regleringar i SmL eller HSL. Direktiven anger också att en möjlighet att genom testning avgöra om den enskilde är smittad är en förutsättning för att kunna bedriva kohortvård (se vidare avsnitt 8.2).

Utredningen uppfattar att det som avses är provtagning utan att den enskilde är misstänkt smittad av eller har varit exponerad för en viss sjukdom, s.k. screening. En snarlik situation skulle kunna gälla för provtagning för att påvisa antikroppar efter genomgången infektion (serologisk provtagning). För resonemanget som här följer finns det inga avgörande skillnader mellan screening och serologisk provtagning.

Direktiven inrymmer två frågeställningar: finns det behov av ytterligare lagstöd när det gäller provtagning som inte ryms inom SmL eller HSL, och finns det behov av att införa något särskilt lagstöd för provtagning av individer med nedsatt beslutsförmåga?

8.4.1 Behovet av nya bestämmelser för provtagning

Vid misstanke om allmänfarlig sjukdom eller smittspårningspliktig sjukdom finns det en skyldighet för individen att låta sig provtas och för läkare att ta de prover som behövs. En patient som misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom och som motsätter sig den undersökning som behövs för att konstatera om smittsamhet föreligger får undersökas med tvång efter beslut av förvaltningsdomstol. Eftersom samhällsfarliga sjukdomar definitionsmässigt också är allmänfarliga omfattar denna skyldighet även sådana sjukdomar.

Det finns ingen skyldighet för den enskilde att låta sig provtas eller skyldighet för läkare att provta en patient när det gäller miss-

tanke om sjukdomar som enbart är anmälningspliktiga, eller som omfattas av SmL såsom smittsam sjukdom. Det finns heller ingen sådan skyldighet i fall där det saknas misstanke om allmänfarlig sjukdom. Misstanke om allmänfarlig sjukdom kan exempelvis finnas då kliniska symtom uppträder eller om man utsatts för risk att smittas vid kontakter med någon som man vet eller får reda på är smittad, eller om man underrättas i ett smittspårningsärende.³⁵

Åtgärder för att förhindra smittspridning till eller mellan människor är inte exklusivt reglerat i SmL. Provtagning för smittsamma sjukdomar kan också ske inom hälso- och sjukvården som en del av kravet på att erbjuda en god vård enligt 5 kap. 1 § HSL. En god vård innefattar särskilt att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. Det uttryckliga kravet på god hygienisk standard infördes 2006 för att markera vikten av att samtliga vårdgivare så långt som möjligt förebygger och motverkar förekomsten av vårdrelaterade smittsamma sjukdomar³⁶ i vård och behandling. Kravet på god hygienisk standard gäller hela vårdkedjan och oavsett om landsting, kommuner eller privata aktörer är vårdgivare. Vårdgivarna är skyldiga att vidta samtliga de åtgärder som är nödvändiga för att uppfylla kravet på en god hygienisk standard. Utöver tillgång till vårdhygienisk kompetens krävs exempelvis att utrustning och lokaler som används i vården svarar mot behoven och att verksamheten är planerad och organiserad så att vårdrelaterade sjukdomar i största möjliga utsträckning kan förebyggas eller begränsas.³⁷

Patientsäkerhet definieras i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, som skydd mot vårdskada. En vårdskada är bl.a. kroppslig skada, sjukdom och dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador (1 kap. 5 och 6 §§ och 3 kap. 2 § PSL). En smittsam sjukdom som kan leda till allvarlig sjukdom eller död är självklart en vårdskada som vårdgivaren har att förebygga.

³⁵ Prop. 2003/04:30, s. 217.

³⁶ Vårdrelaterade sjukdomar är sjukdomar som uppkommer i samband med vård, undersökning eller behandling inom hälso- och sjukvården eller tandvården och kan vara av olika typ, t.ex. sårinfektioner orsakade av stafylokocker, urinvägsinfektioner uppkomna i samband med bruk av urinblåsekatterar, kräkningar och diarré orsakad av norovirus eller MRSA (prop. 2005/06:50, s. 13).

³⁷ Prop. 2005/06:50, s. 28 och 53.

SmL kan ses som en särreglering av hälso- och sjukvårdens uppdrag att enligt 3 kap. 2 § HSL arbeta för att förebygga ohälsa.³⁸ Fler-talet åtgärder som vidtas inom hälso- och sjukvården har effekten att de både behandlar patienten och hindrar smittspridning. Regionernas skyldighet att bedriva förebyggande verksamhet enligt HSL sammanfaller till viss del med SmL:s syfte att hindra och förebygga smittspridning. Detta var ett av flera skäl till att smittskyddsläkaren blev regionernas ansvar genom 1988 års smittskyddslag.³⁹

Ansvar enligt HSL avser enbart hälso- och sjukvårdsverksamhet, dvs. annan screening än inom hälso- och sjukvårdsverksamhet, i kommunal eller regional regi, omfattas inte. Varje region har emellertid enligt 1 kap. 8 § SmL ansvar för att behövliga smittskyddsåtgärder vidtas inom regionens område, i den utsträckning annat inte följer av samma lag. Ansvar för det regionala smittskyddet är alltså inte begränsat till hälso- och sjukvårdsområdet utan kan omfatta vilken del av samhället som helst. Regionens ansvar innebär en skyldighet att på olika sätt förebygga uppkomsten och hindra spridningen av smittsamma sjukdomar, bl.a. inbegripet att undersöka och behandla sjuka och andra smittbärare, fortlöpande övervaka smittskyddssituationen, vidta åtgärder för smittspårning och att utföra andra epidemiologiska insatser som kräver främst medicinsk kompetens.⁴⁰ Regionen ansvarar för att anställa en smittskyddsläkare som inte är vårdgivare men som har ett samlat ansvar för regionens smittskyddsarbete och en rad i lagen utpekade uppgifter.

Screening av symptomfria personer i syfte att hitta smitta på andra grunder än att symptom på sjukdom uppstått i det enskilda fallet nämns i Smittskyddskommitténs betänkande som en åtgärd som ibland erbjuds, såvitt framgår även då enligt smittskyddslagen och som regel frivilligt.⁴¹

Det finns således ingen generell skyldighet för regionerna att erbjuda screening av smittsamma sjukdomar enligt SmL, men under en epidemi eller pandemi skulle screening kunna anses utgöra en behövlig smittskyddsåtgärd, exempelvis i vissa grupper eller i vissa miljöer. Under covid-19-pandemin provtogs personer på särskilda boenden i samband med inflyttning på boendet eller i samband med utskrivning

³⁸ Se Johnsson, L.-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik. s. 74.

³⁹ SOU 1985:37, s. 49 och 68 ff.

⁴⁰ Prop. 1988/89:5, s. 40.

⁴¹ SOU 1999:51, s. 121.

från sjukhusvistelse för att återvända hem. Detta torde i de flesta fall betecknas som screening.

Som beskrivits i avsnitt 6.1 menade Coronakommissionen att diskussionen om ansvar och finansiering för provtagningen under pandemin bidrog till att storskalig provtagning inte kom till stånd förrän den första vågen var över. Kommissionen konstaterade att även om Folkhälsomyndigheten kunde ha varit tydligare i ansvarsfrågan gällande den nationella teststrategin står det klart att regionerna ansvarar för att provta alla misstänkta fall av allmän- eller samhällsfarlig sjukdom, oavsett vilken prioritetsgrupp denne tillhör.⁴²

Regionen har ansvar enligt smittskyddslagen att provta alla misstänkta fall och att vidta behövliga smittskyddsåtgärder. Under en pandemi kan detta ansvar omfatta screening i t.ex. vissa situationer eller miljöer i smittskyddssyfte och när det finns ett epidemiologiskt värde av åtgärden. Screening skulle också kunna utgöra en åtgärd i syfte att upprätthålla patientsäkerheten och en god hygienisk standard inom hälso- och sjukvården. Screening av smittsamma sjukdomar bör alltså anses falla antingen under regionens ansvar enligt SmL eller under hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar att erbjuda en god vård och förebygga ohälsa och vårdskador enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen i övrigt. Det har under utredningen inte framkommit att det under covid-19-pandemin har uppstått behov av att utföra testning på individer som varken gått att hänföra till SmL eller till hälso- och sjukvårdslagstiftningen. De problem som identifierats under covid-19-pandemin gällande provtagningen har framför allt handlat om otydligheter i rekommendationer, brist på provtagningsmaterial och att smittskyddslagens bestämmelser om undersökningsplikt (vari provtagning ingår) inte är anpassade för en pandemi. Det finns alltså nödvändigt lagstöd för att erbjuda och utföra provtagning av personer som bor i SoL- eller LSS-boenden.

8.4.2 Utökad möjlighet att förena provtagning med tvång

Det finns inget generellt krav på positivt provsvar för att kohortvård ska få bedrivas. I utredningens direktiv anges dock även att det kan vara en utmaning att provta individer med nedsatt beslutsförmåga, då de i vissa fall saknar förmåga att förstå syftet med provtagningen

⁴² SOU 2021:89, s. 31.

och vad det kan innebära. Detta aktualiserar frågan om det finns behov av att införa ytterligare lagstöd för provtagning när det gäller dessa individer.

Tvångsprovtagning vid misstanke om allmänfarlig sjukdom är under vissa förutsättningar möjligt med stöd av SmL. Att utöka möjligheten till att besluta om tvångsåtgärder utan misstanke om smitta av allmänfarlig sjukdom är enligt utredningens uppfattning av flera skäl olämpligt. Det är utredningens uppfattning att en sådan möjlighet skulle innebära ett stort avsteg från den grundläggande principen om frivillighet som gäller inom hälso- och sjukvården och omsorgen, där en förtroendefull relation mellan sjukvårds- och omsorgspersonal och patienter och omsorgstagare är en grundpelare och en förutsättning för att kunna genomföra den behövliga provtagning och medicinerings som dagligen sker på t.ex. särskilda boenden. Vidare skulle screeninginstrumentet vid en pandemi kunna behöva användas frekvent. Det skulle således kunna bli fråga om upprepad och närmast systematisk provtagning med tvång. En enskild skulle kunna komma att underkastas sådan provtagning med tvång enbart på den grunden att han eller hon bor med individer med hög risk för allvarlig sjukdom eller död, till skillnad från vad som gäller övriga samhället. Det skulle också uppstå en skevhet i SmL i relation till befintliga extraordinära smittskyddsåtgärder, t.ex. karantän, där en förutsättning för åtgärden är att den som omfattas kan ha varit utsatt för smitta, men där möjlighet till provtagning med tvång inte finns.

Andra mindre ingripande åtgärder får därför, i de fall ett giltigt samtycke till provtagning inte kan inhämtas, användas för att uppnå det som var syftet med screeningen. I den mån provtagning bedöms vara en förutsättning för kohortvård får vårdgivaren vidta andra åtgärder för att begränsa smittspridningen. Ett sätt kan vara att betrakta den som inte provtagits som smittad tills provtagning har skett på frivillig väg eller efter ansökan om tvångsundersökning har beslutats av förvaltningsdomstol.

Det finns sammanfattningsvis inte skäl att utvidga den befintliga möjligheten till tvångsprovtagning i SmL till att omfatta annat än misstänkta fall av allmänfarlig sjukdom.

9 Överväganden – smittbärappenning

9.1 Bestämmelserna om smittbärappenning under covid-19-pandemin

Utredningens bedömningar: De analyser som har gjorts av hur smittbärappenningen fungerade under covid-19-pandemin visar att ersättningen har fyllt en viktig funktion bl.a. när det gäller att ge ekonomisk trygghet.

Även om smittbärappenningen ökade kraftigt under covid-19-pandemin, stod förmånen för en liten del av de ökade socialförsäkringsutgifterna. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Covid-19 klassificerades från och med februari 2020 som en samhällsfarlig sjukdom och utbrottet av viruset betraktades av regeringen som ett extraordinärt förhållande i fredstid. Pandemin aktualiserade behovet av förändringar och anpassningar av socialförsäkringssystemet bl.a. avseende tillfällig föräldrapenning, sjukpenning och karens, smittbärappenning och handläggning av ärenden i socialförsäkringsbalken, SFB. Genom en ändring i SFB, gavs regeringen möjlighet att meddela särskilda föreskrifter inom dessa områden.¹

Flera utvärderingar har gjorts av hur socialförsäkringsförmånerna, inklusive smittbärappenningen, fungerat under pandemin. I avsnitt 7 görs en redogörelse för analyser gjorda av Coronakommissionen (som utgår från en rapport gjord av Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering – IFAU), Inspektionen för social-

¹ Prop. 2019/20:132, s. 27.

försäkringen (ISF) samt Försäkringskassan. ISF:s rapport fokuserar på smittbärappenningen och är den mest omfattande analysen gällande denna förmån. I de andra rapporterna utgör smittbärappenningen främst en del i mer övergripande analyser av socialförsäkringsförmånerna under pandemin.

Utvärderingarna visar bl.a. att:

- de åtgärder som vidtogs gällande smittbärappenningen under covid-19-pandemin var särskilt viktiga för grupper som hade kontaktyrken och inte kunde arbeta hemifrån,
- ersättningen delvis har nått nya och större grupper,
- smittbärappenningens regelverk innebar en stor administrativ belastning för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan och att handläggningstiderna ökade,
- tillfälligt borttagande av krav på att lämna in beslut eller intyg enligt smittskyddslagen, SmL, i ärenden om smittbärappenning underlättade både för Försäkringskassan och de som ansökte om ersättning samt minskade belastningen på hälso- och sjukvården,
- tillströmningen av nya ärenden ställde stora krav på Försäkringskassans tekniska system,
- möjligheten till ekonomisk kompensation för förlorad arbetsinkomst kan bidra till ökad efterlevnad till rekommendationer,
- eftersom flera har kunnat vara hemma kan smittbärappenningen ha bidragit till en minskad smittspridning i samhället, och
- behov finns av en samlad översyn av socialförsäkringen under kris och krig för att Sverige på ett bättre sätt än i dag ska kunna hantera socialförsäkringen i en krissituation.

Trots att ökningen av antalet ärenden för smittbärappenningen var kraftig under covid-19-pandemin, stod förmånen för en liten del av de ökade socialförsäkringsutgifterna. Smittbärappenning var inte den förmån som i första hand gav ekonomiskt skydd under pandemin. De ersättningar som främst kom att användas var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Under perioden februari 2020 till och med september 2021 fick nästan hälften av den

förvärvsarbetande befolkningen, 2,2 miljoner personer, ersättning för karensavdrag vid sjuklön. Detta ska jämföras med att det var nästan 90 000 personer som hade smittbärrpenning någon gång under samma period, vilket motsvarar drygt 1,8 procent av den förvärvsarbetande befolkningen.²

Nedan följer ett antal överväganden och bedömningar avseende smittbärrpenningen, bl.a. mot bakgrund av de utvärderingar som har gjorts av ersättningen.

9.2 Socialförsäkringsförmåner i kris och krig bör utredas samlat

Utredningens bedömningar: Förslag avseende förändringar av smittbärrpenningen under en pandemi måste sättas i relation till nödvändiga förändringar av andra socialförsäkringsförmåner. Enbart justeringar i smittbärrpenningen rörande handläggningsrutiner, krav på intyg m.m. gör socialförsäkringssystemet endast delvis bättre förberett inför en framtida pandemi. Tillfälliga förändringar i en förmån kan även leda till otydligheter.

Utredningen anser att ett samlat grepp måste tas om socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser. En särskild utredning, i enlighet med det Försäkringskassan anför i sina skrivelser till regeringen, bör därför tillsättas för att omhänderta frågan. Smittbärrpenningen under en pandemi bör omfattas av uppdraget till en sådan utredning. I den pågående översynen av smittskyddslagen och förhållningsreglerna bör även smittbärrpenningen beaktas eftersom frågan om förhållningsreglernas utformning är central för förmånen.

Några ändringar av bestämmelserna om smittbärrpenningen i en normalsituation bedöms inte som nödvändiga i det korta perspektivet.

² Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 49.

9.2.1 Reglerna om smittbärappenning är inte anpassade till en pandemi

De nuvarande bestämmelserna om smittbärappenning har som beskrivits i avsnitt 7.1 sin grund i lagstiftning från 1956. Lagstiftningen togs fram mot bakgrund av erfarenheterna från en stor salmonella-epidemi 1953 där vissa yrkesgrupper på grund av risken för att föra smitta vidare inte kunde utföra sitt arbete, trots att arbetsförmågan i sig inte var nedsatt hos dessa personer. Det ansågs rimligt att även den person som i syfte att hindra smittspridning måste avstå från att arbeta, trots att personen inte var sjuk, skulle få kompensation för förlorad inkomst på motsvarande sätt som den som avstår från att arbeta på grund av att den är sjuk. Dessutom framhölls i propositionen att det ur ett preventivt syfte var angeläget att ersättning kunde beredas de skadelidande eftersom man kan ”räkna med att den enskilde beredvilligare ställer sig till förfogande i kampen mot en epidemi, om han ej riskerar att därvid få göra kännbara ekonomiska uppoffringar” och att ”myndigheterna kan ingripa med större kraft och konsekvens, om samhället ekonomiskt stöder åtgärderna”.³

Salmonellaepidemin var till sin omfattning i antal smittade, tidsutdräkt och ekonomiska konsekvenser betydligt mer begränsad än covid-19-pandemin.⁴

Regelverket kring smittbärappenningen är i allt väsentligt oförändrat sedan 1950-talet. I de revideringar av lagstiftningen som har gjorts har inga resonemang förts kring scenarier liknande covid-19-pandemin. Inte heller har några anpassningar gjorts av lagstiftningen för att förbättra förutsättningar för ansvariga myndigheter att med kort framförhållning kunna hantera en stor ärendetillströmning och där även andra delar av samhället och hälso- och sjukvården påverkas. Vissa ändringar gjordes i SFB i början av covid-19-pandemin genom införandet av bestämmelsen i 2 kap. 5 a § SFB som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om undantag från bestämmelserna om bl.a. smittbärappenning och handläggningen av sådan ärenden och då exempelvis kraven på de handlingar som ska bifogas en ansökan om ersättning. Sådana föreskrifter kan endast meddelas vid extraordinära händelser i fredstid.

³ Prop. 1956:126, s. 20.

⁴ Antalet ärenden angående ersättning åt bacillbärare i samband med 1953 års paratyfusedepidemi uppgick till knappt 1 000 (se prop. 1956:126, s. 30 och avsnitt 7.1 i detta betänkande).

Det är enligt utredningen uppenbart att bestämmelserna om smittbärappenning inte är anpassade för en pandemi av sådan omfattning som covid-19-pandemin. Att förmånens konstruktion inte är anpassad för en storskalig smittspridning återkommer ISF flera gånger till i sin granskning av smittbärappenningen och lyfts även Coronakommissionen och Försäkringskassan (se avsnitt 7).⁵ ISF skriver bl.a. att smittbärappenningens regelverk förutsätter att hälso- och sjukvården har kapacitet att provta, smittspåra och utfärda individuella beslut om förhållningsregler men att dessa förutsättningar inte var uppfyllda under framför allt pandemins första halvår.⁶ I sammanhanget kan nämnas att smittskyddslagens (2004:168), SmL:s bestämmelser om läkares skyldighet att undersöka patienter och besluta om förhållningsregler ska utredas av Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08), bl.a. för att anpassas till situationer med omfattande smittspridning och den belastning för vården som kan uppstå i en sådan situation.⁷ En förändring av SmL:s bestämmelser om förhållningsregler kommer enligt utredningen även att påverka regelverket för smittbärappenningen.

Gällande smittbärappenningen i en normalsituation är bedömningen att bestämmelserna i huvudsak fungerar väl och att det i regel är en enkel förmån att hantera, vilket utvecklas i avsnitt 9.2.3. Förmånens regelverk har dock också beskrivits som ”fyrkantigt” och mindre flexibelt än exempelvis sjukpenningens regelverk.⁸

9.2.2 Flera socialförsäkringsförmåner påverkas vid en kris

Smittbärappenningen är en av många förmåner inom socialförsäkringen som ökade i användning under pandemin för att kompensera för inkomstbortfall. Vilken socialförsäkringsförmån som var aktuell berodde på den enskildes situation. ISF uttrycker det på detta sätt i sin rapport:

⁵ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5).

⁶ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 101.

⁷ Dir. 2023:106, s. 6. Av direktiven följer att utredningen bl.a. ska analysera och ta ställning till om bestämmelserna i SmL om utredning av sjukdomsfall ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar, t.ex. skyldigheten för den enskilde att uppsöka läkare och skyldigheten för läkare att undersöka patienten och smittspåra. Vidare ska utredaren analysera och ta ställning till om bestämmelserna i SmL om förhållningsregler ska anpassas till situationer med omfattande spridning av smittsamma sjukdomar.

⁸ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 81.

- Smittbärappenning kan ges till den som kan arbeta, men som genom ett myndighetsbeslut inte får det på grund av att hen är eller kan antas vara smittad av en allmän- eller samhällsfarlig sjukdom.
- Sjuklön eller sjukpenning kan den som är sjuk och inte kan arbeta få.
- Tillfällig föräldrapenning kan den som stannar hemma med ett sjukt eller smittat barn få.⁹

Utifrån hur socialförsäkringsförmåner är konstruerade kan det därmed bli aktuellt med olika förmåner under den period som en person behöver avstå från att arbeta på grund av att denne är smittad eller sjuk. Den som t.ex. i början är smittad utan att ha symtom kan senare bli sjuk, eller behöva stanna hemma för att vårda barn. Det kan innebära att en person som först är i behov av smittbärappenning sedan kan behöva ersättning i form av sjuklön, sjukpenning eller tillfällig föräldrapenning. Om en person skulle ha rätt till två eller flera förmåner för samma tid ska utbetalningarna dessutom samordnas.¹⁰

Utvärderingarna gjorda av Coronakommissionen, Försäkringskassan och ISF visar att de ersättningar som främst kom att användas under pandemin var sjuklön, sjukpenning och ersättning för karensavdrag, det vill säga förmåner för tillfälligt nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Betydligt färre personer fick sitt ekonomiska skydd genom smittbärappenningen. Enligt ISF kan anpassningen av regelverken för sjukförmåner och sjuklönen ha bidragit till att även personer med milda symtom sjukanmälde sig när de i stället skulle ha kunnat få smittbärappenning.¹¹

Under pandemin gjordes flera anpassningar av andra socialförsäkringsförmåner utöver smittbärappenningen för att underlätta handläggningen men även minska trycket på hälso- och sjukvården. Att göra sådana olika anpassningar är dock inte helt okomplicerat. De åtgärder som regeringen och Försäkringskassan vidtog under pandemin bidrog enligt ISF till att förenkla hanteringen av flera socialförsäkringsförmåner, vilket kan ha varit nödvändigt under de förutsättningar som rådde. Coronakommissionen drar samma slutsatser.¹²

⁹ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 31.

¹⁰ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 31 f.

¹¹ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 9.

¹² SOU 2022:10, s. 220.

Stora, om än tillfälliga, anpassningar av befintliga förmåner riskerar enligt ISF emellertid att minska förutsebarheten i socialförsäkringen och kan medföra att förmånernas villkor uppfattas som otydliga. Vidare kan tillfälliga anpassningar leda till att förmåner täcker situationer som de egentligen inte är avsedda för, vilket riskerar att på sikt påverka enskilda personers förväntningar på socialförsäkringen.

ISF anför vidare att socialförsäkringens konstruktion med en uppdelning på olika förmåner för de som hade nedsatt arbetsförmåga och de som var smittbärare under pandemin innebar en ytterligare belastning för Försäkringskassan. Det kunde vara svårt för enskilda personer att veta vilken förmån som var aktuell för dem, vilket skapade merarbete för Försäkringskassan. Försäkringskassan instämmer i ISF:s bedömning att det finns en viss svårighet med gränsdragningen mellan sjukdom och smitta i regelverket.¹³

En beredskap som bygger på lösningar som inte är kopplade till befintliga förmåner skulle enligt ISF kunna minska risken för att villkoren i befintliga förmåner uppfattas som otydliga. För att åstadkomma en hållbar socialförsäkring bedöms det därför som viktigt att tillämpningen av förmånerna är stabil och förutsebar, såväl i normal-läge som under en kris.¹⁴

9.2.3 En samlad översyn bör göras av socialförsäkringen i kris och krig

Försäkringskassan anför i en skrivelse 2022 till regeringen att det inte är tillräckligt att det inom ramen för gällande rätt finns utrymme för regeringen att i vissa fall och i vissa avseenden föreskriva om undantag från ordinarie regler. För att myndigheten på bästa sätt ska kunna hantera en krissituation när den väl uppstår krävs förutseende och framförhållning enligt Försäkringskassan. Försäkringskassan föreslår därför, som utvecklats i avsnitt 7.3.4, att regeringen tillsätter en utredning som analyserar behovet av regeländringar och tar fram förslag på hur ett förutsebart, systematiskt sammanhängande och robust socialförsäkringsregelverk vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser bör utformas.¹⁵ Försäkringskassan har i skrivelser till

¹³ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

¹⁴ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärarpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 103 f.

¹⁵ Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser*, s. 1.

regeringen i juli 2023 åter lyft frågan och anger att det är angeläget att en sådan utredning kommer till stånd så snart som möjligt, se vidare i avsnitt 7.3.4.

Enligt Försäkringskassan bör den föreslagna utredningen bl.a. analysera tillämpningsområdet för undantagsregler, dvs. vilka typer av krissituationer som bör omfattas, förfarandet för att aktualisera undantagsreglerna, om det inom socialförsäkringen finns behov av en särskild krisersättning som kan aktualiseras i situationer då ordinarie förmåner inte kan handläggas och om det vid krissituationer bör göras avsteg från ordinarie utrednings- och bevisregler.¹⁶ De frågor som Försäkringskassan lyfter är också sådana frågor som aktualiserats och diskuterats under pandemin gällande smittbärrpenningen.

Utredningen kan konstatera, vilket också framhålls i Försäkringskassans skrivelse, att regeringen, utöver denna utredning, har tillsatt flera parallella utredningar som har relevans för beredskapen på socialförsäkringsområdet, se avsnitt 7.4. Dessa utredningar har dock fått förändrade uppdrag och pandemiperspektivet har tonats ned. De ursprungliga direktiven till exempelvis Karensutredningen visar dock tydligt att flera frågeställningar är gemensamma för smittbärrpenningen och karensavdraget, bl.a. när det gäller påverkan på smittspridningen och vilka grupper som har haft störst nytta av förmånerna. Förmånerna kompletterar också varandra delvis på ett sätt som kan vara svårt att hantera administrativt under en pandemi. I sammanhanget kan också nämnas att ISF i sin rapport resonerar om att en tillfällig och begränsad förmån som inte kräver eller förutsätter en strikt gränsdragning mellan smitta och sjukdom kanske hade varit enklare att hantera (under en pandemi). Samordning med andra förmåner angavs också som en faktor som gjorde handläggningen av smittbärrpenningen mer tidskrävande.¹⁷

Sammanfattningsvis anser utredningen att det finns ett behov av förändringar i bestämmelserna om smittbärrpenning för att göra förmånen bättre anpassad till en pandemisituation. För att kunna göra en mer genomgripande förändring krävs dock en allsidig analys där hänsyn även tas till bl.a. bestämmelser om karens, sjukpenning och föräldrapenning och som också påverkas i samband med en freds-

¹⁶ Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser*, s. 5 f.

¹⁷ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 82 och s. 104.

tida kris som en pandemi. En sådan betydligt bredare analys ryms inte inom denna utrednings uppdrag.

Utredningen ställer sig således bakom Försäkringskassans förslag om att regeringen bör tillsätta en utredning som tar ett samlat grepp om socialförsäkringen, analyserar behovet av regeländringar och tar fram förslag på hur ett socialförsäkringsregelverk vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser bör utformas. De bedömningar som utredningen lämnar nedan, ska därför ses mot bakgrund av Försäkringskassans förslag.

Avslutningsvis anser utredningen att det inte finns samma uppenbara och omedelbara behov av en förändring av reglerna om smittbärappenning för att kunna hantera ersättningen när det råder ett normaltillstånd. Som anförts ovan är bedömningen att smittbärappenningen i ett normalläge i huvudsak fungerar väl. Regelverket är förvisso gammalt men är också nära kopplat till SmL och den systematik som finns där, bl.a. avseende förhållningsregler. Utredningen framhåller i delbetänkandet behovet av en översyn av hela SmL och anser att en större översyn av smittbärappenningen i en normalsituation bör göras i ett sådant sammanhang.¹⁸ Frågor som har en påverkan på smittbärappenningen är exempelvis SmL:s definitioner av smittsamma sjukdomar och hur förhållningsregler ska ges. Dessa frågor ligger, som nämnts ovan, även i uppdraget till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier.¹⁹ Det är därför viktigt att även smittbärappenningen beaktas i den nya utredningen. Om en ny utredning tillsätts för att göra en översyn av socialförsäkringen i kris och krig, måste en samverkan ske med Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier, eftersom frågan om förhållningsregler är central.

¹⁸ SOU 2022:26, s. 52.

¹⁹ Av direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 20223:08) framgår att om utredaren finner att smittskyddslagens definitioner av smittsamma sjukdomar behöver ändras eller kompletteras får utredaren lämna sådana förslag (dir. 2023:106, s. 6).

9.3 Personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad omfattas av smittbärrarpenningen

Utredningens bedömningar: De nu gällande bestämmelserna i socialförsäkringsbalken rörande ersättning till smittbärrare kan även omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad, förutsatt att kriterierna i socialförsäkringsbalken för att vara smittbärrare är uppfyllda. Avgörande är hur en sjukdom smittar.

De utmaningar som har funnits avseende handläggningen av sådana ärenden har enligt utredningen främst gällt krav på intyg, individuella förhållningsregler och hur rekommendationer från Folkhälsomyndigheten har kommunicerats i relation till handläggningsregler som Försäkringskassan har haft att förhålla sig till.

9.3.1 Utredningens tolkning av lagstiftningen

Av utredningens direktiv framgår att utredningen ska analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på att utvidga bestämmelserna om smittbärrarpenning till att omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och som inte har möjlighet att arbeta hemifrån. Nedan följer en redogörelse för lagstiftningen samt en bedömning om vilka i ett hushåll som kan omfattas. Vidare görs en redogörelse för vilka administrativa utmaningar som fanns under covid-19-pandemin avseende smittbärrarpenningen och som kunde påverka personer som delade hushållsgemenskap med någon som var smittad.

Begreppet smittbärrare kan omfatta personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad

Av 46 kap. 2 § SFB följer att smittbärrarersättning kan lämnas till en smittbärrare i samband med åtgärder för smittskydd eller skydd för livsmedel. Med smittbärrare avses enligt 46 kap. 3 § SFB, 1. den som har eller kan antas ha en smittsam sjukdom utan att ha förlorat sin arbetsförmåga till följd av sjukdomen, 2. den som för eller kan antas

föra smitta utan att vara sjuk i en smittsam sjukdom, och 3. den som i annat fall har eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom som avses i smittskyddslagen utan att vara sjuk i en sådan sjukdom.

Vad som menas med hushållsgemenskap är inte definierat i SFB eller i SmL.²⁰ I propositionen om en ny sambolag sägs exempelvis om sambor att personerna ska ha ett gemensamt hushåll. Med detta menas att de som bor ihop delar på sysslor och utgifter och har en gemensam ekonomi, åtminstone ett sådant ekonomiskt samarbete att man kan tala om hushållsgemenskap.²¹ I en promemoria framtagen i Socialdepartementet under pandemin förklaras begreppet hushållsgemenskap som att den närstående ska vara sammanboende med en försäkrad. Folkbokföringen kan i detta fall vara vägledande för om den försäkrade är sammanboende med den närstående.²²

I oktober 2020 angav Folkhälsomyndigheten att personer som bor tillsammans med någon som konstaterats vara smittad av covid-19, ska betraktas som möjliga sjukdomsfall. Med hushållskontakter avsågs personer som delat boende med den smittade någon gång under perioden som hen varit smittsam. Om de nya rekommendationerna efterlevdes, ansågs risken för smittspridning i samhället minska.²³

Under covid-19-pandemin bedömdes, enligt Försäkringskassan, personer som delade hushållsgemenskap med en covid-19-smittad person, uppfylla kriterierna enligt 46 kap. 3 § p. 2 SFB, dvs. personen ansågs kunna föra eller kunna antas föra smitta.²⁴

Kraven för att uppfylla kriterierna som smittbärare kan vidare anses vara ännu lägre i 46 kap. 3 §, p. 3 SFB (bortsett från att det enligt denna bestämmelse måste handla om en samhällsfarlig sjukdom). Här räcker det att en person anses ha varit eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Bestämmelsen tillkom genom den ändring av SmL som gjordes när bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder infördes 2005. Tillägget avsåg ursprungligen situationer där en smittskyddsläkare fattat beslut om karantän enligt 3 kap. 9 § SmL för personer som har eller kan antas ha

²⁰ Försäkringskassan. *Kontrollutredares beslut om rätten till ersättning*. (Rättslig kvalitetsuppföljning 2019:5), s. 13.

²¹ Prop. 2002/03:80, s.44.

²² Regeringskansliet, Socialdepartementet. (2020-06-16). *Tillfälliga bestämmelser om viss smittbärarpenning med anledning av sjukdomen covid-19* [Promemoria], s. 9 och s. 22.

²³ Folkhälsomyndigheten. (2020-10-01). *Personer som bor med smittade av covid-19 ska betraktas som möjliga fall*.

²⁴ Muntlig uppgift till utredningen från Försäkringskassan, 2023-04-21.

varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och att dessa personer därför skulle kunna vara betraktade som smittbärare. Som exempel på vad det kan innebära att vara utsatt för smitta nämns i propositionen en situation där en passagerare på ett flygplan eller ett fartyg visar sig vara smittad av smittkoppor. I en sådan situation ansågs att personer som under färden vistats i närheten av den smittade också kunde antas ha smittats och att det i regel också kunde vara nödvändigt att hålla dessa personer isolerade i karantän under viss tid.²⁵

Sammanfattningsvis är utredningens tolkning av bestämmelserna i SFB och SmL att en enskild person som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad av en allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom redan enligt gällande lydelse i lagstiftningen kan uppfylla kriterierna i 46 kap. 3 § SFB för att vara smittbärare. Avgörande är om det genom hushållsgemenskapen finns en risk för smittspridning, vilket det ofta finns när det handlar om ett smittämne som orsakar en pandemi, likt exempelvis covid-19.

När har en smittbärare rätt till smittbärappenning?

Den andra frågan som utredningen har att ta ställning till är om personer som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och därmed är betraktade som smittbärare, även kan vara berättigade till smittbärappenning.

En smittbärare har enligt 46 kap. 5 § SFB rätt till smittbärappenning om han eller hon måste avstå från förvärvsarbete på grund av beslut enligt SmL. Ett beslut enligt SmL kan vara ett beslut om en individuell förhållningsregel enligt 4 kap. 2 § SmL. En förhållningsregel som kan utfärdas är inskränkningar som gäller arbete, skolgång eller deltagande i viss annan verksamhet (se 4 kap. 2 § p. 1 SmL). Syftet är att hindra smittspridning för den som bär på eller misstänks bära på en allmänfarlig sjukdom. Förhållningsreglerna ska meddelas skriftligt så snart det är möjligt samt tas in i den undersöktes patientjournal. Läkaren ska så långt det är möjligt se till att förhållningsreglerna följs. Allmän- eller samhällsfarliga sjukdomar kan smitta på flera olika sätt. Kunskapsläget om de smittsamma sjukdomarna påverkar dessutom bedömningen av vilka personer som kan sprida en sjukdom vidare och hur. Handlar det om en ny smitta kan dessutom

²⁵ Prop. 2003/04:158, s. 68 f, se även avsnitt 8.1.2 i detta betänkande.

kunskapsläget förändras snabbt under en pågående pandemi, vilket covid-19 är ett exempel på. I mars 2020 rekommenderades alla som var sjuka i förkylning eller hade influensaliknande symtom att stanna hemma men den 1 oktober 2020 var den generella rekommendationen från Folkhälsomyndigheten att hushållskontakter till en smittad person skulle kunna ges förhållningsregler i form av att inte gå till arbetet.

Även om Folkhälsomyndigheten rekommenderade att hushållskontakter till en smittad person inte skulle gå till arbetet krävdes ett beslut om en individuell förhållningsregel från en läkare. Enligt utredningens bedömning finns det heller ingenting i nuvarande lagstiftning som förhindrar att en läkare ger förhållningsregler även till en person som delar hushållsgemenskap med någon som är bekräftat smittad under förutsättning att denna person är att betrakta som smittbärare.

Det finns således inga legala hinder mot att bevilja en person som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad, smittbärappenning. Avgörande är om det bedöms finnas ett behov av förhållningsregler för att förhindra smittspridning på en arbetsplats och om personer som delar hushållsgemenskap typiskt sätt, beroende på smittämnet, sannolikt är att betrakta som smittbärare.

I de utvärderingar som har gjorts av smittbärappenningen under covid-19-pandemin framhålls att förmånens regelverk innebar en stor administrativ belastning för både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Det tillfälliga borttagandet av kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL i ärenden om smittbärappenning underlättade både för Försäkringskassan och de som ansökte om ersättning. Folkhälsomyndighetens rekommendation den 1 oktober 2020 om att hushållskontakter till en smittad person skulle kunna ges förhållningsregler i form av att inte gå till arbetet medförde att förmånen smittbärappenning blev mer känd. Fler och nya grupper ansökte om ersättning.²⁶ Grunden för åtgärden var att begränsa smittspridningen. Lättnader gällande krav på intyg infördes dock först i februari 2021.

Utredningens bedömning är därför att det vid nästa pandemi främst är aktuellt med en förändring av de krav som ställs på intyg m.m. för att kunna hantera ett utökat antal ärenden, inte hur en smittbärare definieras. Rekommendationer från Folkhälsomyndig-

²⁶ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 88.

heten bör också samordnas med anpassningar av de krav som ställs i Försäkringskassans handläggning av en förmån. Utredningen resonerar vidare om detta i avsnitt 9.4.

En central fråga för framtiden är om förhållningsregler enligt SmL, som i dag, måste vara individuella eller om en förhållningsregel under en pandemi kan vara generell eller utfärdas för en definierad grupp. En rekommendation från Folkhälsomyndigheten kan uppfattas som en bindande förhållningsregel men kan inte betraktas som en sådan vid handläggningen av smittbärappenning. Förhållningsregler som inte är individuella skulle under en pandemi kunna ge förutsättningar att förenkla handläggningen av ärenden om smittbärappenning och då bl.a. där hushållsgemenskap föreligger. Kravet på ett individuellt utformat beslut skulle kunna tas bort, vilket kan minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvården. Det ligger emellertid utanför denna utrednings uppdrag att utreda frågan om förhållningsreglerna i SmL. Frågeställningen omfattas dock av direktiven till Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier, se resonemang i avsnitt 9.2.3.

9.4 Bedömningar av hur handläggningen av smittbärappenning kan utvecklas

Utredningens bedömningar: Vid en pandemi bör det inte ställas samma krav på intyg m.m. som i en normalsituation vid handläggningen av ärenden om smittbärappenning om situationen kräver det. Undantag från krav på intyg kan dessutom även omfatta andra socialförsäkringsförmåner.

Den förordning som utarbetades under covid-19-pandemin och som medgav undantag från kravet på att inkomma med ett intyg bedöms ha fungerat väl och ha tjänat sitt syfte i den givna situationen. Lösningen kan, ur ett kortsiktigt perspektiv, även användas vid en framtida pandemi. Utredningen förordar dock andra lösningar som kräver en helhetsöversyn av socialförsäkringen i kris och krig men även av smittskyddslagens bestämmelser om förhållningsregler.

9.4.1 Undantag från krav på intyg effektiviserar handläggningen och minskar belastningen på vården

Under covid-19-pandemin fanns det flera omständigheter som påverkade användningen av smittbärappenning och i vilken utsträckning ersättning beviljades. Begränsningar i provtagningskapaciteten ledde exempelvis till att få personer kunde ansöka om ersättning. Ersättningsformen var dessutom relativt okänd. Enligt Coronakommissionen tycks problemen ha berott på att många sökande saknade ett beslut från läkare om avstängning från arbete enligt SmL i sin ansökan.²⁷ En av de vanligaste orsakerna till att ansökningar inledningsvis inte beviljades var att tillräckligt underlag i form av exempelvis medicinska intyg saknades och att ansökningar därför avvisades.

Redan under pandemins första halvår konstaterade regeringen att det i ett läge med hög risk för spridning av en samhällsfarlig sjukdom kan förutsättningarna för att bl.a. beviljas smittbärappenning behöva ändras.²⁸ Det kan t.ex. handla om att ändra kraven på de handlingar som ska bifogas en ansökan om smittbärappenning och att regeringen bör kunna besluta om sådana bestämmelser genom en förordning. Kompletterande föreskrifter om exempelvis smittbärappenning kunde enligt regeringen underlätta handläggningen för såväl den enskilde som för Försäkringskassan. Undantaget gällde inte bara smittbärappenningen utan även tillfällig föräldrapenning, sjukpenning och karens.

Regeringen beslutade vid två tillfällen under 2021 genom förordning att tillfälligt ta bort kraven på att inkomma med intyg för ansökningar om smittbärappenning.²⁹ Borttagandet av kravet föregicks av en framställan från Försäkringskassan.³⁰ I framställan framhöll myndigheten att sjukvården liksom Försäkringskassan befann sig i en pressad och extraordinär situation med anledning av det extremt höga trycket på sjukvården, sjukvårdens behov av att kunna prioritera arbetet med massvaccinering och det mycket höga inflödet av ansökningar om smittbärappenning.

²⁷ SOU 2022:10, s. 599.

²⁸ Prop. 2019/20:132, s. 91.

²⁹ Undantagen gällde från och med den 6 februari fram till och med den 30 september 2021 samt från och med den 27 december 2021 fram till och med den 31 mars 2022.

³⁰ Försäkringskassan. (2020-12-18). *Framställan om undantag från 100 kap. 24 § socialförsäkringsbalken genom införande av en ny tillfällig förordning.*

Utvärderingar som senare har gjorts av insatserna inom socialförsäkringsområdet under covid-19-pandemin, och då bl.a. smittbärappenningen, framhåller att åtgärder som lättnader när det gäller kraven på intyg, var lämpliga (se avsnitt 7.3). Denna bedömning gäller även för andra förmåner där krav på intyg togs bort. Den förenklade utredningen av smittbärappenningen ledde enligt Försäkringskassan också till ett minskat behov av att begära in kompletterande uppgifter och förkortade handläggningstiderna.

Anpassningarna av karensersättningen och smittbärappenningen bidrog enligt Försäkringskassan troligtvis till att begränsa smittspridningen. Vidare anför Försäkringskassan att om färre blivit sjuka därför att fler haft ekonomiska möjligheter att stanna hemma från sina arbeten, har detta sannolikt även begränsat behovet av sjukvård. Därtill har, enligt Försäkringskassan, besluten om de förändrade kraven på läkarintyg för sjukpenning och tillfällig föräldrapenning bidragit till att inte belasta vården, eftersom behovet av dessa ersättningar ökade kraftigt under pandemin, se avsnitt 7.3.2.

Ett grundläggande skäl till att införa lättnader handlar om att smittbärappenningens regelverk förutsätter att hälso- och sjukvården har kapacitet att provta, smittspåra och utfärda individuella beslut om förhållningsregler. Som ISF framhåller i sin granskning var dessa förutsättningar inte uppfyllda under framför allt pandemins första halvår.

Som nämnts ovan har Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S2023:08) i uppdrag att se över SmL:s bestämmelser om patienters skyldighet att uppsöka läkare, läkares skyldighet att undersöka patienter samt bestämmelserna om förhållningsregler. I direktiven framhålls att den här typen av regler kan bli administrativt betungande eller bli en belastning för vården i en situation med omfattande smittspridning. Det finns enligt utredningen således generella utmaningar med nuvarande bestämmelser under en pandemi och som handlar om flera andra frågor än handläggningen av smittbärappenningen eller andra sjukförsäkringsförmåner. Eventuella förändringar av SmL när det gäller förhållningsregler kommer också att påverka hur en undantagsbestämmelse vid en framtida pandemi bör utformas.

9.4.2 Vikten av rättssäker handläggning

Positiva konsekvenser av lättnader av intygskrav, som minskad belastning på hälso- och sjukvården och minskad smittspridning, måste även under en pandemi vägas mot vikten av en rättssäker handläggning och korrekta utbetalningar.

ISF framhåller i sin granskning av smittbärappenningen att undantaget från intyg ledde till att myndighetens utredare ofta bedömde ansökningarna om smittbärappenning enbart utifrån den sökandes egna uppgifter och generella rekommendationer men att den rådande situationen och intentionen med förmånen talade för att det var rimligt att myndigheten hanterade situationen så. Samtidigt anser ISF att det ur ett rättssäkerhetsperspektiv är problematiskt att undantaget från att lämna in det beslut eller intyg enligt SmL som utgör grundförutsättningen för rätten till smittbärappenning i praktiken blev ett undantag från att ha fått ett sådant beslut eller intyg. Undantaget från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL i ärenden om smittbärappenning och Försäkringskassans styrning gjorde hanteringen av smittbärappenningen effektiv men mindre rättssäker enligt ISF.³¹ I detta sammanhang kommenterade ISF även Försäkringskassans automatiserade handläggning och konsekvenser för utbetalningarna, se avsnitt 9.4.5.

Försäkringskassan har framfört till regeringen i ett svar på rapporten att de inte delar ISF:s slutsats om att undantagsbestämmelserna avseende intyg ledde till en mindre rättssäker handläggning av smittbärappenningen. Myndighetens interna granskning har enligt Försäkringskassan inte visat på stora variationer i avvikelser jämfört med tidigare år avseende frågan om fler beslut blev materiellt inkorrekta. Försäkringskassan anser därför att det inte finns något som understödjer att tillämpningen ledde till fler materiellt inkorrekta beslut, utan snarare att den mer effektiva handläggningen såg till den enskildes bästa, att ärendena fortfarande utreddes i den omfattning dess beskaffenhet krävde och därmed även minskade belastningen på den hårt belastade vårdsektorn, se även avsnitt 7.3.3.³²

Försäkringskassan har i sina årsredovisningar redovisat antalet felaktiga utbetalningar för olika förmåner och då bl.a. smittbärappenningen. Inom de flesta förmånerna utgör de upptäckta felaktiga ut-

³¹ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 10.

³² Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

betalningarna mindre än en procent av de totala utbetalningarna. De felaktiga utbetalningarna inom smittbärrarersättningen understeg en procent åren 2020, 2021 och 2022.³³

9.4.3 Utredningens bedömningar

Av 110 kap. 24 § första stycket SFB följer att det till en ansökan om smittbärrarpenning ska fogas en kopia av ett beslut enligt SmL eller ett intyg med uppgift om beslutets innehåll, dvs. ett intyg från en läkare som ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta. Det undantag från intyg som gällde under delar av 2021 och 2022 innebar att denna bestämmelse inte behövde tillämpas (se exempelvis 1 § förordning SFS 2021:1238).³⁴ Det krävdes dock fortfarande att en läkare fattat beslut om avstängning, dvs. gett förhållningsregler om att personen inte får gå till arbetet.

Utredningens bedömning är att undantagsbestämmelsens utformning fyllde sin funktion under rådande omständigheter och således även skulle kunna fungera under en framtida pandemi likt covid-19-pandemin. Undantag från vissa krav på intyg bör aktualiseras om ärendetillströmningen är omfattande, åtgärderna potentiellt kan minska smittspridningen och att samhällets resurser måste prioriteras på ett annat sätt. De utvärderingar som har gjorts visar vidare att förmånen har nått fler och bredare grupper och då bl.a. sådana personer som har kontaktyrken där det finns en större risk för smitta och arbetet inte går att utföra på distans, se avsnitt 7.

En markant ökad ärendetillströmning kombinerad med lättnader i intygskrav, kan potentiellt leda till ett ökat antal felaktiga utbetalningar. Utifrån det material som utredningen har tillgång till framgår inte att undantaget på intyg bidragit till en väsentlig ökning av andelen felaktiga utbetalningar när det gäller smittbärrarpenningen. Frågan är dock angelägen och behöver förstås beaktas vid en samlad utredning om socialförsäkringen i kris och krig där flera förmåner kan komma att omfattas av olika undantag på intyg m.m. för att förenkla

³³ Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 100 och s. 113.

³⁴ 1 §: När det gäller ansökan om smittbärrarpenning som grundas på ett beslut eller förhållande som avses i 46 kap. 5 § första stycket socialförsäkringsbalken med anledning av sjukdomen covid-19, ska bestämmelsen i 110 kap. 24 § samma balk inte tillämpas. Detsamma gäller ansökan om resekostnadsersättning enligt 46 kap. 20 § socialförsäkringsbalken med anledning av sjukdomen covid-19. Första stycket gäller endast när det är fråga om beslut eller andra åtgärder för smittskydd.

handläggningen. I sammanhanget kan också nämnas ISF:s frågor rörande den automatiserade handläggningen av smittbärarpenningen 2022, se avsnitt 9.4.5.

Även om den konstruktion på undantagsbestämmelse som infördes under pandemin förefaller ha fungerat, är det en lösning som tillkom under en kort tidsrymd och mitt under en pandemi. ISF påpekar exempelvis att det är problematiskt att undantaget från att lämna in det beslut eller intyg enligt smittskyddslagen som utgör grundförutsättningen för rätten till smittbärarpenning i praktiken blev ett undantag från att ha fått ett sådant beslut eller intyg.

För mer ändamålsenliga undantagslösningar krävs enligt utredningen och som framförs i avsnitt 9.2 att ett samlat grepp i enlighet med Försäkringskassans förslag tas om hur socialförsäkringsförmånerna ska vara utformade i en allvarlig krissituation som en pandemi. SmL:s nuvarande bestämmelser om individuella förhållningsregler behöver sannolikt också ändras för att en mer ändamålsenlig lösning ska kunna uppnås.

9.4.4 Andra frågor att beakta vid en framtida pandemi

Redan i inledningen av en pandemi bör det, i den mån det är möjligt, finnas ett anpassat och tydligt regelverk inom socialförsäkringen som både underlättar myndigheternas handläggning av ärenden liksom befolkningens möjligheter att följa olika smittskyddsrekommendationer. Ett tydligt regelverk ökar även förutsättningarna för att befolkningen har kännedom om de möjligheter till ersättning för inkomstbortfall som finns, vilket också bör kunna påverka smittspridningen positivt.

Lättnader när det gäller intyg och andra förenklade handlägningsrutiner bör införas i ett sådant tidigt skede i en pandemi att det gynnar smittskyddet och potentiellt minskar smittspridningen. ISF refererar i sin rapport exempelvis till olika internationella studier som visar att möjligheten till ekonomisk kompensation för förlorad inkomst kan påverka i vilken utsträckning personer följer rekommendationer, ett resonemang som även fördes vid tillskapandet av smittbärarpenningen 1956. En försenad eller ineffektiv handläggning kan således rimligen ha en negativ påverkan på benägenheten att följa

smittskyddsrekommendationer eftersom det kan upplevas som osäkert om kompensation kommer att gå ut.

Rekommendationer från exempelvis Folkhälsomyndigheten som kan påverka ärendetillströmningen till Försäkringskassan kraftigt, bör så långt det är möjligt samordnas mellan inblandade myndigheter så att ärendehantering, krav på intyg kan anpassas samt kommunikationen samordnas. Dessutom bör ett undantag om intygskrav avseende smittbärappenning samordnas med undantag inom andra förmåner som också kan påverkas under en pandemi.

Försäkringskassan konstaterar exempelvis att användandet av smittbärappenning kom igång först under hösten 2020 och att det är oklart om det relativt låga användandet av smittbärappenningen under första halvåret 2020 speglade det faktiska behovet av ersättningen, eller om den hade kunnat nyttjas av fler personer.

I syfte att minska smittspridningen vid pandemier och att personer får den ersättning de har rätt till, är det enligt Försäkringskassan av stor vikt att beslutsfattare, myndigheter, vårdgivare och arbetsgivare känner till, samverkar och tydligt kommunicerar vad en klassning av en sjukdom som samhällsfarlig innebär i praktiken. För att smittbärappenningen ska bidra till att hålla smittspridning av samhällsfarliga sjukdomar på en låg nivå, är det viktigt att framför allt yrkesgrupper utan möjlighet att arbeta hemifrån känner till ersättningen och vet att den kan användas för att kompensera för inkomstbortfall.³⁵

9.4.5 Resonemang kring alternativa lösningar och åtgärder avseende handläggning m.m.

Utredningens bedömning är som nämnts att ett helhetsgrepp bör tas om socialförsäkringen i kris och krig och att en översyn behöver göras av bestämmelserna om förhållningsregler i SmL. Nedan följer dock några resonemang om alternativa lösningar som tidigare förts fram av bl.a. Försäkringskassan samt initiativ som har vidtagits på Försäkringskassan för att ha en bättre beredskap. Vidare redogörs för några av de rekommendationer ISF riktade mot Försäkringskassan i sin rapport.

³⁵ Denna aspekt framhölls redan vid införandet av smittbärappenningen 1956, se prop. 1956:126, s. 20.

Positivt testresultat som underlag till smittbärappenning

I Försäkringskassans framställan om undantag från bestämmelserna om intyg, föreslogs en lösning som innebar att den försäkrade skulle kunna uppvisa ett positivt testresultat för covid-19 eller en uppgift från sjukvården som visar att en person som denne har haft kontakt med har fått ett positivt testresultat för covid-19 för att rätt till smittbärappenning skulle kunna föreligga. Det borde enligt Försäkringskassan i sådant fall vara tillräckligt med en kopia av ett positivt testresultat för covid-19, journalutdrag eller liknande. Enligt Försäkringskassan fanns det emellertid inte någon teknisk lösning för att ta emot den typen av handlingar digitalt och det skulle innebära att Försäkringskassan skulle behöva delvis bygga om systemen vid handläggningen av smittbärappenning. Detta bedömdes av Försäkringskassan vara alltför tidskrävande och medföra kostnader. Vidare ansågs det kunna medföra merarbete för sjukvården. Försäkringskassan valde därför att inte föreslå denna lösning.

En sådan alternativ lösning skulle enligt utredningen också kunna kombineras med att det är tillräckligt att en hänvisning görs till generella rekommendationer om förhållningsregler beslutade av Folkhälsomyndigheten. Detta ställer dock krav på att en rekommendation tas fram enligt en mer formaliserad process. En rekommendation skulle då snarast vara att betrakta som en generell förhållningsregel, en fråga som nu ska utredas.

Ytterligare en alternativ lösning skulle kunna vara att kravet på läkarintyg först ställs efter ett antal dagar efter det att en person uppfyller kraven på att vara smittbärare enligt SFB. Nackdelen är att en sådan lösning i många fall ändå skulle leda till att ett intyg behöver utfärdas av sjukvården i en pressad situation. Det måste också finnas tydliga rekommendationer om förhållningsregler som den som söker ersättning har att förhålla sig till. Eftersom lösningen också ligger nära den lösning som valts för sjukpenningen skulle ett logiskt steg kunna vara att under en pandemi samordna hanteringen av smittbärappenning och sjukpenning och lägga mindre vikt vid om en ned-satt arbetsförmåga föreligger eller inte. Försäkringskassan har också framhållit svårigheten med gränsdragning mellan sjukdom och smitta i regelverket. Här kan tilläggas att utmaningarna med att dra gränser också är beroende på smittämnet. Vid covid-19 kan många personer

gå omkring symtomfria men andra framtida smittor skulle kunna påverka arbetsförmågan på ett tydligare sätt.

Automatiserad handläggning

Vid en hög tillströmning av ärenden kan automatiserad handläggning underlätta för ansvariga myndigheter. ISF:s granskning avsåg perioden 1 februari 2020–30 september 2021. Enligt ISF har många av de reflektioner som intervjupersonerna bidragit med behandlat hur förmånen administrerades under våren 2022, en period där det enligt rapporten hände mest inom smittbärappenningen. Hanteringen automatiserades i hög grad och Försäkringskassan beslutade att gå över från att arbetstidsberäkna till att kalenderdagsberäkna ersättningen i samtliga ärenden om smittbärappenning, och att inte utreda den sökandes sjukpenninggrundande inkomst. Enligt ISF har flera av intervjupersonerna uppgivit att detta ledde till felaktiga utbetalningar både till fördel och till nackdel för sökande.

ISF rekommenderar i sin rapport att Försäkringskassan utvärderar hur den automatiserade handläggningen av smittbärappenningen fungerat.³⁶

Försäkringskassan har i sitt yttrande till regeringen över ISF:s rapport anfört att myndigheten både under och efter pandemin har genomfört utvärderingar om socialförsäkringen i stort och mer specifikt hur olika socialförsäkringsförmåner nyttjades och påverkades under pandemin. Smittbärappenningen har studerats särskilt i en separat kort analys. I nuläget genomför Försäkringskassans internrevision en övergripande granskning av förmånen med syfte att bedöma den interna styrningen och kontrollen avseende hanteringen av smittbärappenning under pandemin.³⁷

Utvecklat administrativt stöd för hantering av mindre förmåner

Smittbärappenningen var en liten förmån före pandemin och kommer sannolikt vara det efter pandemin. Det måste enligt utredningens bedömning finnas kapacitet och förmåga att snabbt kunna ställa om

³⁶ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärappenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 103 ff.

³⁷ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

en verksamhet om användningen av en förmån ökar kraftigt i samband med en kris. ISF skriver i sin rapport att Försäkringskassans organisering kring smittbärrpenningen när det gäller administrativt stöd och övrigt stöd till handläggningen var sårbar när antalet ärenden ökade kraftigt. I rapporten framhålls att Försäkringskassan därför även bör säkerställa att det även i mindre förmåner finns uppdaterat handläggnings- och administrativt stöd för att hanteringen av dessa förmåner.³⁸

Försäkringskassan anför i sitt svar till regeringen att det för alla förmåner ska finnas såväl handläggningsstöd som administrativt stöd. Prioriteringar och resurser är det som enligt myndigheten i slutänden avgör i vilken takt och ordning stöden uppdateras. Ett kontinuerligt och prioriterat arbete pågår på Försäkringskassan för att rusta handläggningssystemen för att klara framtida kriser, och i det avseendet därmed också bli mindre sårbara.³⁹

³⁸ Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrpenning i pandemins tid*. (Rapport 2023:5), s. 76 och 103 ff.

³⁹ Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.

10 Konsekvensutredning

10.1 Konsekvensutredningens innehåll

En redovisning av förslagens konsekvenser ska lämnas i enlighet med bestämmelserna i kommittéförordningen (1998:1474).

Om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska enligt 14 § kommittéförordningen en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner, ska kommittén föreslå en finansiering.

Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet enligt 15 § kommittéförordningen anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagets kostnadsmässiga och andra konsekvenser enligt 15 a § anges i betänkandet. Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Utöver vad som följer av nämnda bestämmelser har regeringen i enlighet med 16 § kommittéförordningen i utredningens direktiv angett sammanfattningsvis följande.

I synnerhet ska konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer beskrivas.

Om något av utredningens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen (14 kap. 3 § regeringsformen) ska, utöver förslagets konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Utredaren ska även analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och Europakonventionen, beakta förslagets relation till folkrätten i övrigt samt beakta reglering kring offentlighet och sekretess och behandling av personuppgifter.

Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

För eventuella förslag som rör smittbärappenningen ska de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för Försäkringskassan särskilt redovisas. Utredningen ska göra en samlad bedömning av den administrativa börda och de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för företag och andra privata aktörer. Konsekvenser avseende smittbärappenningen och Försäkringskassan görs i avsnitt 10.3.

I de två tilläggsdirektiv varigenom utredningens uppdrag har begränsats (se bilaga 2 och 3) har frågan om konsekvensutredningens innehåll inte ytterligare berörts.

10.2 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen

10.2.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen samt finansieringsprincipen

Den kommunala självstyrelsen

Utredningen gör i kapitel 8 ett antal bedömningar avseende bestämmelser som kommuner och regioner har att förhålla sig till i smittskyddsarbetet. I avsnitt 8.1 gör utredningen bedömningen att tillfällig isolering på de aktuella boendeformerna inte är en lämplig åtgärd. I avsnitt 8.2 lämnas ett förslag som ger en möjlighet för socialtjänsten att som en extraordinär smittskyddsåtgärd och utan samtycke flytta en person som bor i vissa boendeformer till annan plats för vård och omsorg inom det kommunala ansvarsområdet. Detta kan ske efter en anmälan till smittskyddsläkaren. Förslaget innebär bl.a. en möjlighet att genomföra kohortvård när samtycke inte finns. Under

pandemin efterfrågades nytt lagstöd för visst tvång av smittskyddsskäl inom framför allt äldreomsorgen.

En viktig utgångspunkt är att huvudmännens ansvar för att bedriva ett fullgott smittskyddsarbete som det beskrivs i bl.a. kapitel 4–6 i slutbetänkandet inte ändras med utredningens förslag. Om utredningens förslag inte genomförs, måste huvudmännen vidta andra åtgärder för att motverka smittspridning. Som utredningens analys visar kan sådana lösningar dessutom innebära en större rättsosäkerhet för personer på boendena.

Utredningens förslag rymms inom ramarna för den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och huvudmännen och innebär inte några nya ålägganden för huvudmännen. Förslaget om en ny extraordinär smittskyddsåtgärd innebär snarare bättre förutsättningar för kommunen att tillsammans med regionerna bedriva ett fullgott och rättssäkert smittskyddsarbete under exempelvis en pandemi.

Finansieringsprincipen

Som har konstaterats i bl.a. avsnitt 8.1.2 är de befintliga bestämmelserna om tvångsisolering och karantän i smittskyddslagen, SmL, inte anpassade för förhållandena i SoL- och LSS-boenden. Bestämmelserna är dock möjliga att tillämpa på personer som bor på sådana boenden. Den bestämmelse om flyttning som utredningen föreslår innebär ingen egentlig utökad möjlighet till tvångsåtgärder. Däremot är bestämmelsen enligt utredningens uppfattning bättre anpassad för de personer som bor på boendena och deras särskilda behov. Om inte den nya bestämmelsen införs måste huvudmännen använda andra smittskyddsåtgärder som exempelvis kan kräva fler personalresurser, vilket i sig är kostnadskrävande.

Därutöver ingår det redan i dag som en naturlig del i smittskyddsarbetet inom omsorgen att vid behov separera enskilda från varandra eller på annat sätt skapa miljöer som förhindrar smittspridning (se exempelvis utredningens resonemang om kohortvård i avsnitt 8.2). Detta gäller oavsett om det handlar om en samhällsfarlig sjukdom eller inte. Utredningens förslag innebär således inte något nytt arbetssätt som skiljer sig från de som används i dag. Några omfattande kompetenshöjande åtgärder utöver de huvudmännen redan i dag är skyldiga att genomföra när det gäller att förebygga och förhindra smitta

och smittspridning i verksamheten bedöms därför inte heller nödvändiga (se avsnitt 8.3 angående Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2022:44 samt avsnitt 8.2.7 med förslag till vägledning för socialtjänsten). Däremot är det som utredningen konstaterar i avsnitt 8.2 av yttersta vikt att huvudmännen kommer till rätta med strukturella problem som finns inom omsorgen och som har belysts av flera olika utredningar. Det handlar bl.a. om faktorer som tillfredsställande bemanning, tillsvidareanställningar, hög personalkontinuitet, god kompetens för omsorg och hälso- och sjukvård. Satsningar inom sådana områden ger bättre förutsättningar att klara kriser som en pandemi men det är också grundläggande för en välfungerande omsorg.

Syftet med utredningens förslag om flyttning är att minska smittspridningen. Genom en minskad smittspridning minskar antalet sjukdomsfall och belastningen på hälso- och sjukvården. En minskad belastning på hälso- och sjukvården innebär att resurserna kan användas mer adekvat vilket i sig kan medföra minskade kostnader för huvudmännen.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att förslaget om en ny extraordinär smittskyddsåtgärd inte har några kostnadsmässiga konsekvenser för regioner och kommuner och att finansieringsprincipen inte heller blir tillämplig. I sammanhanget kan också framhållas att den föreslagna bestämmelsen främst kommer att bli aktuell under en pandemi och då för sjukdomar som liknar covid-19. Vid en pandemi kommer huvudmännens kostnader för hälso- och sjukvården samt omsorgen generellt att vara högre på grund av konsekvenserna av en ökad smittspridning i samhället.

Konsekvenser för smittskyddsläkarna

Smittskyddsläkarna utgör en del av regionernas organisation och behandlas därför under detta avsnitt. För smittskyddsläkarna innebär förslaget att en ny ärendetyp tillförs. Utredningens bedömning är dock att den nya bestämmelsen kommer att tillämpas i begränsad omfattning och inte medföra någon nämnvärt ökad arbetsbelastning. Dels kan den föreslagna åtgärden endast användas för samhällsfarliga sjukdomar och då endast vid tillstånd som inte kräver inläggning på sjukvårdsinrättning. Dels har det kunnat konstateras att närbesläktade tvångsåtgärder i SmL, som isolering och karantän, inte tillämpades i

de aktuella boendemiljöerna under covid-19-pandemin och i mycket liten utsträckning överhuvudtaget.

Vid en ny pandemi kommer belastningen på smittskyddsläkarna att öka. En ökad arbetsbelastning kommer att uppstå oavsett om de föreslagna ändringarna i SmL genomförs eller inte. Den ökade arbetsbelastningen under covid-19-pandemin var dock inte hänförlig till en ökad användning av tvångsbestämmelserna i SmL.

I sammanhanget kan också framhållas att utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska ta fram en vägledning för den nya extraordinära smittskyddsåtgärden. Vägledningen kommer även att kunna fungera som ett stöd för smittskyddsläkarna. Därutöver kan också nämnas att Utredningen om stärkt beredskap inför framtida pandemier (S 2023:08) har i uppdrag att analysera vissa organisatoriska frågor som rör smittskyddsläkare och hur deras sårbarhet kan minska.

10.2.2 Konsekvenser för enskilda

Förslagets förenlighet med regeringsformen och Europakonventionen

För den enskilde som blir föremål för beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd innebär förslaget en avsevärd inskränkning av rörelsefriheten som bl.a. innebär att han eller hon tillfälligt måste lämna sin bostad mot sin vilja. Samtidigt innebär förslaget en möjlighet att skydda andra enskilda boende inom de boendeformer som omfattas av förslaget från att smittas av en samhällsfarlig sjukdom. Som framhålls i avsnitt 8.2.3 kan det under en pandemi uppstå situationer där det kan vara nödvändigt att inskränka den personliga friheten och integriteten men att åtgärderna i sådana fall bör vara proportionella, nödvändiga och relevanta, och minimeras i relation till vad man önskar åstadkomma.

Utredningens bedömning är att förslaget är förenligt med regeringsformen och Europakonventionen. Ett resonemang om detta förs i avsnitt 8.2.6.

Konsekvenser för jämställdhet

Utredningens förslag är könsneutrala och bedöms inte ha någon inverkan på frågor som rör jämställdhet. Förslagen om flyttning kommer dock troligen att beröra kvinnor i något större utsträckning än män eftersom kvinnor totalt sett är i majoritet bland de boende på de boendeformer som omfattas av uppdraget.

Ett nytt smittämne skulle kunna drabba kvinnor och män olika, med följderna att könsfördelningen får en annan betydelse än om köns-tillhörighet inte har någon betydelse. Eftersom förslagen i förlängningen syftar till att minska smittspridningen generellt, kommer båda könen att påverkas positivt. En ökad tydlighet i lagstiftningen avseende åtgärder som kan vidtas utan samtycke ökar dessutom förutsättningarna för en jämlik och rättssäker vård för båda könen.

Konsekvenser för barn och unga

Den föreslagna bestämmelsen om flyttning i SmL omfattar boendeformer där barn och unga bor.

Enligt SmL gäller redan att när åtgärden rör barn ska det särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver (1 kap. 4 § andra stycket SmL). Som barn räknas i SmL alla under 18 år. Bestämmelsen tillkom mot bakgrund av att regeringen framhållit vikten av att beakta Barnkonventionen, som vid tidpunkten inte var svensk lag, i smittskyddsarbetet. En grundläggande princip i Barnkonventionen är principen om barnets bästa.¹

Barn och unga kan beviljas boende både enligt 9 § 8 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och 5 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I bostad med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS bodde den 1 oktober 2022 inga barn mellan 0 och 6 år, 73 barn mellan 7 och 12 år, och 776 barn och unga mellan 13 och 22 år. Vid samma tidpunkt bodde 36 barn och unga upp till 19 år i bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL. Utvecklingen har under de senare åren gått mot att allt färre barn bor i bostad med särskild service för barn enligt 9 § 8 LSS. Det är sammantaget ett förhållandevis begränsat antal barn och unga som kan komma att omfattas av förslagets tillämpningsområde.

¹ Prop. 2003/04:30, s. 73 och 172 f.

Mot bakgrund av att det är ett begränsat antal barn och unga som omfattas, kommer bestämmelsen ha enbart marginella konsekvenser för denna grupp som helhet. Som beskrivs i avsnitt 8.2.4 omfattar utredningens uppdrag även framtida pandemier av hittills okända smittämnen. Det går inte att utesluta att barn eller unga kan utgöra riskgrupp för någon i dag okänd sjukdom. I ett sådant scenario skulle bestämmelsen, relativt sett, kunna komma att aktualiseras oftare för barn och unga än för vuxna.

Personer som omfattas av LSS-personkretsen kan vara extra sårbara för infektionssjukdomar till följd av t.ex. funktionsnedsättningar eller kommunikationssvårigheter (se vidare avsnitt 5.1.1 för vad som gällde med avseende på covid-19). Även om LSS-målgruppen är heterogen vad gäller ålder, funktionsnedsättning och diagnos bör den omständigheten tillmätas betydelse i detta sammanhang.

Utgångspunkten för allt arbete på de aktuella boendena är att anpassa insatserna för att förebygga situationer där begränsningsåtgärder kan komma i fråga. Samtidigt är det av stor vikt att även barn och unga som bor i SoL- eller LSS-boenden kan skyddas på bästa sätt vid en pandemi. Även när det gäller barn och unga kan det under en pandemi uppstå situationer där det kan vara nödvändigt att inskränka den personliga friheten och integriteten för vissa enskilda för att skydda barn och unga som riskerar att smittas av en samhällsfarlig sjukdom. Åtgärderna bör i sådana fall vara proportionella, nödvändiga och relevanta, och minimeras i relation till vad man önskar åstadkomma.

SmL:s befintliga bestämmelser om isolering och karantän kan omfatta även barn och unga. Utredningens förslag om flyttning till annat boende är bättre anpassat för den målgrupp som bor på boendena. En möjlig effekt av införande av utredningens förslag är att underåriga som annars skulle bli föremål för isolering på sjukvårdsinrättning i stället kan flyttas med stöd av den nya bestämmelsen, dvs. att undvika tillfällig isolering som skulle kunna upplevas som mer ingripande för den enskilde. I ett sådant fall innebär utredningens förslag en förbättring för den enskilde.

I de fall bestämmelsen om flyttning används med avseende på barn och unga är det förstås av största vikt att hänsyn tas till de särskilda behov barn och unga kan ha, utöver de nödvändiga hänsyn som krävs till följd av de enskildas funktionsnedsättning.

I arbetet har utredningen beaktat Barnkonventionen och dess grundprinciper: artikel 2 om icke-diskriminering, artikel 3 om barnets

bästa, artikel 6 om rätt till liv, överlevnad och utveckling och artikel 12 om rätten att uttrycka sina åsikter m.m., samt övriga artiklar i konventionen.

10.2.3 Konsekvenser för företag

Inom socialtjänsten är ett stort antal privata vårdgivare verksamma. Precis som för verksamhet i kommunal regi innebär utredningens förslag inte att de privata utövarna åläggs nya skyldigheter eller att de måste tillämpa ett annat arbetssätt. Den föreslagna bestämmelsen om flyttning (avsnitt 8.2) får snarare ses som en möjlighet att under exempelvis en pandemi kunna bedriva verksamheten på ett boende på ett mer rättssäkert sätt samt förbättrade möjligheter att minska smittspridningen, vilket i sig är positivt för verksamheterna. Därutöver kan tilläggas att Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att ta fram en vägledning till den nya bestämmelsen, vilket kommer att underlätta för berörda verksamheter att tillämpa bestämmelsen.

Sammanfattningsvis anser utredningen att förslagen inte har några särskilda konsekvenser för företagen som verkar inom sektorn och bedöms således inte kunna få effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt (7 § förordning [2007:1244]).

10.2.4 Konsekvenser för berörda myndigheter

Socialstyrelsen

Utredningen föreslår i avsnitt 8.2.7 att Socialstyrelsen får i uppdrag av regeringen att ansvara för framtagandet av en vägledning till den föreslagna lagändringen i SmL om en ny extraordinär smittskyddsåtgärd.

Av Socialstyrelsen instruktion följer bl.a. att myndigheten ska ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde liksom arbete med och ge stöd till metodutveckling inom sitt verksamhetsområde (se bl.a. 4 § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen). Uppdraget att ta fram en vägledning får enligt utredningen anses inrymmas inom Socialstyrelsens befintliga uppdrag när det gäller att ta fram kunskapsstöd avseende

tvåns- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten. Det dokument om arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer som redan är framtaget och som har reviderats regelbundet är ett av flera underlag som kan användas som utgångspunkt för ett utvecklat kunskapsunderlag.

För att kunna fullgöra det föreslagna uppdraget är utredningens bedömning att Socialstyrelsen bör tillföras nya medel. Kostnaden uppskattas till 500 000 kronor. Utredningen föreslår att uppdraget till Socialstyrelsen finansieras genom anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård (Utgiftsområdet 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg). Detta anslag får bl.a. användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Eftersom förslaget avser en vägledning till en bestämmelse i SmL, är utredningens bedömning att det föreslagna uppdraget ligger inom ramarna för ändamålet med anslaget.

Folkhälsomyndigheten

Det ingår i Folkhälsomyndighetens uppdrag att samordna, följa och utveckla smittskyddet på nationell nivå. Att ha kunskap om och utarbeta underlag utifrån SmL är en del av det uppdraget. Utredningens förslag till ändring av SmL medför att ändringar införs som myndigheten har att förhålla sig till i sitt arbete men innebär ingen förändring av myndighetens uppdrag. Förslaget bedöms därför inte ha några konsekvenser för myndigheten.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO utövar redan i dag tillsyn över sådana särskilda boenden som avses i 5 kap. 5 § eller 7 § eller 7 kap. 1 § 2 eller 3 SoL eller en bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 LSS.

Utredningens lagförslag innebär att IVO får några nya bestämmelser att förhålla sig till men innebär ingen förändring av IVO:s roll. Förslaget bedöms därför inte ha några konsekvenser för myndigheten.

Domstolsväsendet

Beslut enligt den föreslagna bestämmelsen om att kunna flytta en person till en viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform ska kunna överklagas till förvaltningsdomstol. En ny måltyp tillförs således domstolarna. Bestämmelsen kommer endast att kunna tillämpas för samhällsfarliga sjukdomar. Mot bakgrund av detta och hur sällan befintliga bestämmelser om exempelvis isolering har tillämpats är utredningens bedömning att det är ett mindre antal mål som kan komma att tillföras domstolarna. Noteras kan dock att det handlar om en måltyp där tidsfristerna kommer att vara korta. De eventuellt ökade kostnaderna som uppstår för förvaltningsdomstolarna bör kunna hanteras inom ramen för befintliga anslag.

Polismyndigheten

Utredningens förslag innebär att biträde av Polismyndighet kan lämnas för att säkerställa vissa av de åtgärder som beslutats. Utredningens bedömning är även här att det kan komma att handla om ett begränsat antal ärenden. Även denna bedömning är bl.a. baserad på hur SmL:s tvångsåtgärder historiskt har tillämpats. De handräckningsåtgärder som kan komma i fråga bör därför kunna hanteras inom ramen för befintliga anslag.

10.2.5 Övriga konsekvenser enligt kommittéförordningen

Ekonomiska konsekvenser för samhället

Utredningar ska bedöma ekonomiska konsekvenser av förslagen som lämnas. Ekonomiska konsekvenser avser t.ex. bedömningar av intäkter och kostnader för förslagen men kan också avse samhällsekonomiska bedömningar.

Intäkterna för regioner och kommuner bedöms inte påverkas av utredningens förslag, se resonemanget i avsnitt 10.2.1. Vidare bedöms inte staten och andra enskilda beröras varken vad gäller intäkter eller kostnader, utöver kostnaden för det uppdrag till Socialstyrelsen som redogörs för i avsnitt 10.2.4.

Den föreslagna bestämmelsen kan användas för samhällsfarliga sjukdomar och då sannolikt vid en pandemi. Förslagen kan snarast leda till en minskad smittspridning, vilket i sig är positivt för samhället och samhällets resurser. Några samhällsekonomiska konsekvenser bedöms inte uppstå.

Konsekvenser för Sveriges medlemskap i EU

Utredningens bedömning är att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård och socialtjänst är en nationell befogenhet och medlemsstaterna finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem och sociala omsorgssystem. Förslagen är inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område och de författningsändringar som föreslås gäller svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och socialtjänstlagstiftning.

Utredningen bedömer vidare att förslagen inte berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Relationen till folkrätten aktualiseras inte heller.

Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms därutöver inte ha några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen enligt 15 § kommittéförordningen.

10.3 Bedömningar om smittbärappenningen

10.3.1 Inledning

Av direktiven följer att det för eventuella förslag som rör smittbärappenningen ska de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för Försäkringskassan särredovisas. Utredningen ska göra en samlad

bedömning av den administrativa börda och de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för företag och andra privata aktörer.

Utredningen lämnar inga förslag i form av författningsändringar som för med sig ekonomiska konsekvenser för samhället eller Försäkringskassan. Däremot är utredningens bedömning att de justeringar av ersättningen som gjordes under covid-19-pandemin i det korta perspektivet även är ändamålsenliga vid en ny pandemi. Som utredningen dock framhåller är det angeläget att genomföra en samlad utredning av socialförsäkringen i kris och krig. En genomgripande förändring av smittbärapenningen kräver också att grundläggande förändringar görs av SmL, vilket inte längre ingår i utredningens uppdrag.

Utredningen anser emellertid att det är motiverat att i slutbetänkandet beskriva vad som kan driva kostnader vid en ny pandemi men också sätta smittbärapenningen i relation till andra socialförsäkringsförmåner som påverkas.

Redovisningen nedan utgår från erfarenheterna från covid-19-pandemin. Utgångspunkten är att smittbärapenningen ska finnas kvar som en förmån.

10.3.2 Smittbärapenningen i normaltillstånd

Utredningen lämnar inga förslag till ändringar av bestämmelserna i SmL eller socialförsäkringsbalken, SFB, avseende smittbärapenningen när det råder normaltillstånd i samhället. Några nya ekonomiska och/eller administrativa konsekvenser uppstår därför inte.

Smittbärapenning är normalt sett en mycket liten förmån. Under 2019, året före pandemin, kom det exempelvis totalt in cirka 1 700 ansökningar om förmånen till Försäkringskassan, varav 350 gällde smittbärapenning och cirka 1 400 ersättning för resekostnader.² Försäkringsutgifterna för förmånen uppgick till cirka 4,5 miljoner kronor och Försäkringskassans förvaltningskostnader uppgick till cirka 1 miljon kronor.³

Regeringen har uttalat i budgetpropositionen för 2023 att smittbärapenningen framöver förväntas ligga på samma nivå som före pandemin och anslaget har därför minskats 2023 jämfört med 2022.⁴

² Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 74.

³ Försäkringskassan. (2022). *Försäkringskassans årsredovisning 2021*, s. 143; Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 75.

⁴ Prop. 2022/23:1, Utgiftsområde 9, s. 61.

Förmånen har i och för sig blivit mer känd i samhället efter pandemin vilket möjligen skulle kunna medföra att antalet ärenden per år kommer att vara fler efter pandemin jämfört med situationen före pandemin. Det som ytterst avgör statens kostnader för smittbärrpenningen är dock förekomsten av sådana smittsamma sjukdomar i samhället som kan berättiga till ersättning.

10.3.3 Smittbärrpenningen vid extraordinära händelser i fredstid

Lagstiftningen medger redan i dag att undantag görs från bestämmelserna om bl.a. smittbärrpenning och handläggningen av sådan ärenden vid extraordinära händelser i fredstid (se 2 kap. 5 a § SFB). En framställan har dessutom gjorts från Försäkringskassan om att bestämmelsen ska omfatta ytterligare förmåner, se avsnitt 7.3.4.

Utredningens bedömning är att det vid en ny pandemi, där smittspridningen är omfattande, sannolikt kommer att vara nödvändigt med en förenklad handläggning av smittbärrpenningen men även andra socialförsäkringsförmåner. Dels för att ansvariga myndigheter ska ha rimliga möjligheter att handlägga ärendena på ett effektivt sätt, vilket också bör ha en positiv effekt på befolkningens förutsättningar att följa rekommendationer och därmed smittspridningen. Dels för att undvika att belasta hälso- och sjukvården med intygsskrivande m.m. i en situation där resurserna, för samhällets bästa, bör prioriteras på ett annat sätt. Följsamhet till rekommendationer och minskad smittspridning kan vidare leda till minskade kostnader för samhället, bl.a. när det gäller kostnader för sjukpenning, kostnader för omsorgen och hälso- och sjukvården, minskat produktivetsbortfall i näringslivet m.m.

Oavsett om undantag från krav på intyg m.m. införs eller inte, kommer antalet individer med rätt till smittbärrpenning öka kraftigt vid en ny pandemi. Av Försäkringskassans årsredovisning för 2023 följer exempelvis att utgifterna för smittbärrersättningen uppgick till 410,7 miljoner kronor 2022, att jämföra med 392,9 miljoner kronor under 2021, 126,6 miljoner kronor under 2020 och 4,5 miljoner kronor under 2019 (då det inte var pandemi).⁵

⁵ Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 75.

Kostnaderna för Försäkringskassans handläggning gick också upp kraftigt under pandemin. Från 1 miljon kronor 2019 till 22 miljoner kronor 2020, 90 miljoner kronor 2021 och 52 miljoner kronor 2022.

Det är förekomsten av en smitta i samhället som är den enskilt viktigaste faktorn för de totala kostnaderna för smittbärappenningen. Förekomsten av en smitta och smittspridningen är dessutom faktorer som är svåra för samhället att kontrollera. Andra faktorer som påverkar smittbärappenningen är hur långvarig en pandemi är, smittsamheten hos ett smittämne (dvs. hur en smitta kan föras över till anhöriga och på arbetsplatser), vilka grupper som främst drabbas (barn, vuxna, äldre, arbetsföra eller icke arbetsföra osv.), i vilken utsträckning smittan sätter ned arbetsförmågan (vilket avgör om en person i stället är berättigad till sjukpenning), och hur lång tid en person är smittsam (vilket påverkar hur länge smittbärappenningen kan betalas ut).

De merkostnader för smittbärappenningen som uppstod under covid-19-pandemin kan därför endast tjäna som en grov och osäker uppskattning av de kostnader som kan uppstå vid en framtida pandemi. Utgångspunkten för resonemanget är förstås att förmånen finns kvar, vilket inte har ifrågasatts.

10.3.4 Rättssäkerhet vid handläggningen

Även om de stora kostnadsökningarna för smittbärappenningen vid en pandemi avgörs av omfattningen av smittspridningen, är det viktigt att handläggningen även under en kris är rättssäker och att antalet felaktiga utbetalningar är få.

ISF skriver i sin rapport om smittbärappenningen att det var rimligt att Försäkringskassan prioriterade att effektivt betala ut ersättningar i den extraordinära situation som rådde under pandemin. Men i kombination med undantaget från kravet på att lämna in beslut eller intyg enligt SmL ledde det enligt ISF förmodligen även till en mindre rättssäker hantering av förmånen. Försäkringskassan framhåller emellertid i ett yttrande till regeringen att myndigheten inte delar ISF:s slutsats om att undantagsbestämmelserna avseende intyg ledde till en mindre rättssäker handläggning av smittbärappenningen. Myndighetens interna granskning har enligt Försäkringskassan inte visat på stora variationer i avvikelser jämfört med tidigare år avseende frågan

om fler beslut blev materiellt inkorrekta, se vidare avsnitt 7.3.3 och avsnitt 9.4.1.

I Försäkringskassans framställan till regeringen angående undantag vid handläggningen av smittbärappenningen framhålls dessutom att det alltså krävs ett beslut från sjukvården men att det av utredningsskyldigheten också följer att handläggaren om det finns skäl för det kan behöva kontrollera med sjukvården att beslut är fattat, även om det i normalfallet inte behöver göras. Enligt Försäkringskassan fanns det också goda förutsättningar i verksamheten för att genomföra stickprovskontroller.

Försäkringskassan har i sina årsredovisningar redovisat antalet felaktiga utbetalningar för olika förmåner och då bl.a. smittbärapersättningen. För 2022 uppgick antalet felaktiga utbetalningar avseende smittbärapersättningen till 1 016. Andelen upptäckta felaktiga utbetalningar för förmånen anges till 0,9 procent. Enligt Försäkringskassan utgör de upptäckta felaktiga utbetalningarna mindre än en procent av de totala utbetalningarna inom de flesta förmånerna.⁶ Det är svårt att göra en direkt jämförelse med åren före pandemin eftersom antalet ärenden avseende smittbärappenning som då handlades var så få. Några enstaka ärenden kan då få stort genomslag i statistiken. För 2019 uppskattade dock Försäkringskassan antalet felaktiga utbetalningar av smittbärapersättning till åtta stycken. 299 utbetalningar gjordes det året.⁷

Vid en pandemi kommer naturligtvis antalet ärenden inom smittbärappenningen att öka kraftigt och därmed antalet felaktiga utbetalningar, oavsett hur väl utvecklad handläggningen är. I vilken utsträckning ett förenklat handlägningsförfarande påverkar risken för felaktigheter är svårt att uppskatta. En tydlighet i regelverkets utformning redan i inledningen av en pandemi liksom en automatisering av vissa processer bör kunna minska risken för felaktigheter. Utredningens bedömning, utifrån de underlag som finns från Försäkringskassan, är emellertid att de förenklade handlägningsrutiner och förändrade krav på intyg som förelåg under pandemin inte har lett till en minskad rättssäkerhet. Erfarenheterna från covid-19-pandemin avseende anpassning av verksamheten och ärendehandläggningen kommer dessutom vara till nytta vid en ny pandemi, vilket också bör gynna rättssäkerheten vid handläggningen.

⁶ Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*, s. 100 och s. 113.

⁷ Försäkringskassan. (2022). *Försäkringskassans årsredovisning 2021*, s. 145 och s. 148.

10.4 Finansiering av utredningens förslag

Utredningens förslag bedöms inte medföra några merkostnader. Något förslag till finansiering lämnas därför inte. Undantaget är förslaget till regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, se avsnitt 10.2.4.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om ändring i smittskyddslagen (2004:168)

3 kap.

9 a §

Smittskyddsläkaren får efter anmälan av en kommun besluta att den som bor på

1. ett sådant boende som avses i 5 kap. 5 § eller 7 § eller 7 kap. 1 § 2 eller 3 socialtjänstlagen (2001:453) eller,

2. en bostad med särskild service enligt 9 § 8 eller 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

och som bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom och genom sitt beteende sannolikt kommer att utsätta någon annan för omedelbar risk att smittas, ska flyttas till en viss byggnad eller en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform. Ett sådant beslut innebär förbud att lämna byggnaden eller del av byggnaden samt förbud att ta emot besök där.

Smittskyddsläkaren får i det enskilda fallet medge undantag från förbudet att ta emot besök.

Ett beslut enligt första stycket gäller som längst i tre veckor från det att beslutet fattades. Smittskyddsläkaren får förlänga ett gällande beslut om flyttning med upp till tre veckor om förutsättningarna i första stycket fortfarande är uppfyllda.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 8.2.

I första stycket anges förutsättningarna för att fatta beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd för den som bor i vissa boendeformer inom socialtjänstens område. I *punkterna 1 och 2* anges vilka boendeformer som omfattas. Vidare anges att beslutet endast får fattas om den boende bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom. De samhällsfarliga sjukdomarna anges i bilaga till smittskyddslagen. Vid ett utbrott av en samhällsfarlig sjukdom kan det krävas att personer som uppvisar symtom på den aktuella sjukdomen snabbt kan flyttas för att undvika smitt-

spridning. Detsamma gäller för personer som exponerats för smittan, dvs. personer som vistats i den smittades närhet. Det bör därför vara möjligt att besluta om flytt till ett annat rum, en annan avdelning eller ett annat boende redan om en boende kan antas ha varit utsatt för smitta. Vilken typ och grad av exponering för smittan och vilka symptom som kan ligga till grund för ett beslut om flyttning enligt bestämmelsen avgörs bl.a. av hur den aktuella smittan sprids och sjukdomens karaktär.

Det är smittskyddsläkaren som fattar beslutet om flyttning efter anmälan av en kommun. Befogenheten att göra en anmälan hos smittskyddsläkaren kan delegeras enligt bestämmelserna i kommunallagen (2017:725). Smittskyddsläkaren kan inte på eget initiativ inleda ett ärende om flyttning. Prövningen avser om den person som bär på eller kan antas ha varit utsatt för smitta av en samhällsfarlig sjukdom sannolikt kommer att bete sig på ett sådant sätt att någon annan utsätts för omedelbar risk att smittas. Det är alltså fråga om en framåt-syftande bedömning som måste grundas på kännedom om personens vanliga beteende och personens vilja och förmåga att undvika beteenden som medför smittrisk. Av vikt för prövningen är också att beslutet om flyttning är en åtgärd mot den enskildes vilja och därför endast får vidtas om inga andra möjligheter står till buds (1 kap. 4 § SmL). Underlaget för beslutet bör tas fram av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på det aktuella boendet. Av underlaget måste framgå den enskilde personens förutsättningar att följa rekommendationer om smittskyddsåtgärder och bedömningen av varför personen kan antas vara smittad alternativt att personen bär på smitta.

Med ”någon annan” avses i första hand andra personer som bor på samma boende, och i andra hand privata besökare. Risken att personal smittas ska hanteras genom användning av skyddsutrustning eller andra smittskyddsåtgärder på frivillig grund.

Punkt 1 i första stycket omfattar alla boendeformer som nämns i de angivna bestämmelserna i socialtjänstlagen. Punkt 2 i första stycket omfattar endast bostäder med särskild service enligt LSS, inte familjehem enligt 9 § 8 LSS eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna enligt 9 § 9 LSS.

Flyttningen ska ske till en viss byggnad eller till en avgränsad del av en byggnad inom en sådan boendeform som avses i punkt 1 eller punkt 2. En sådan enhet ska ha tillgång till den personal som krävs för att tillgodose den flyttade personens behov av vård och omsorg

på samma sätt som i det ordinarie boendet. Enheten ska vidare inrättas i för ändamålet lämpliga lokaler. Om någon sådan enhet inte finns eller görs tillgänglig ska någon anmälan enligt bestämmelsen inte göras. I fall då flera personer flyttas under samma tidsperiod måste boendet tillse att personer som kan antas ha blivit smittade och bekräftat smittade hålls separerade.

Med begreppet besök i bestämmelsen avses besök av privat karaktär. Besök i tjänsten av bl.a. personal från hälso- och sjukvården m.m. omfattas inte. Naturligtvis är det av största vikt att arbetstagare inom vården och socialtjänsten följer de riktlinjer som finns för de aktuella sjukdomarna så att de inte riskerar att smittas. Smittskyddsläkaren får enligt *andra stycket* medge undantag från förbudet mot att ta emot besök. Till skillnad från vad som gäller vid beslut om karantän enligt nu gällande 3 kap. 9 § krävs inte att besöket kan ske utan risk för spridning av sjukdomen. I stället måste det göras en avvägning mellan vikten av att undvika att besökaren smittas och intresset av att den som flyttats ges möjlighet att ha kontakt med sina anhöriga.

Ett beslut om flyttning gäller enligt *tredje stycket* som längst tre veckor. Om förutsättningarna för ett beslut om flyttning fortfarande är uppfyllda får dock smittskyddsläkaren förlänga beslutet med ytterligare tre veckor. Ett beslut om förlängning ska fattas innan det första beslutet om flyttning har upphört att gälla. Därefter får ytterligare beslut om förlängning fattas förutsatt att förutsättningarna i första stycket fortfarande föreligger.

11 §

Begär den som på grund av beslut enligt 9 § första stycket *ska* hållas i karantän eller på grund av beslut enligt 9 a § första stycket *har flyttats* att beslutet inte längre *ska* gälla är beslutsmyndigheten skyldig att utan dröjsmål pröva frågan. Detsamma gäller om någon ansöker om undantag enligt 9 § andra stycket från förbud att besöka den som hålls i karantän, enligt 9 a § *andra stycket från förbud att besöka den som har flyttats* eller enligt 10 § andra stycket från beslut om avspärrning.

Finns inte längre skäl för beslut enligt 9 § första stycket, 9 a § första stycket eller 10 § första stycket *ska* beslutsmyndigheten omedelbart häva beslutet.

Paragrafen ändras genom att hänvisning till den nya bestämmelsen i 9 a § läggs till. Ändringen behandlas i avsnitt 8.2.4.

Enligt *första stycket* är beslutsmyndigheterna skyldiga att utan dröjsmål pröva vissa framställningar. Detta gäller när någon som ska hållas i karantän begär att beslutet inte längre ska gälla, när någon ansöker om undantag från förbudet att besöka den som hålls i karantän eller när någon ansöker om undantag från beslut om avspärrning. Ändringen innebär att det även gäller när någon som har flyttats enligt 3 kap. 9 a § begär att beslutet inte längre ska gälla samt när någon ansöker om undantag från förbudet att besöka den som flyttats.

I regel bör beslut meddelas senast dagen efter det att framställningen nått myndigheten. I paragrafens *andra stycke* föreskrivs att beslutsmyndigheten omedelbart ska häva beslut om karantän, avspärrning eller flyttning om det inte längre finns skäl för beslutet. Beslutet måste i regel meddelas samma dag som det kan konstateras att skälen för beslutet upphört att gälla.

12 §

Den som på grund av en samhällsfarlig sjukdom

1. har isolerats enligt 5 kap. 1 §,
2. har isolerats tillfälligt enligt 5 kap. 3 §,
3. *ska* hållas i karantän enligt 9 §,
4. har förbjudits att lämna avspärrat område enligt beslut om avspärrning enligt 10 §, *eller*

5. *har flyttats enligt 9 a §*
får inte resa ut ur landet. Smittskyddsläkaren *ska* vidta de åtgärder som behövs för att hindra personen från att lämna landet.

I andra fall än de som avses i första stycket får den som bär på en samhällsfarlig sjukdom inte vägras att lämna landet. Han eller hon *ska* dock i god tid före avresan meddela den smittskyddsläkare som underrättats om sjukdomsfallet om tidpunkten för avresan och målet för resan. Smittskyddsläkaren *ska* underrätta berörd hälsomyndighet på ankomstorten om avresan och andra omständigheter av betydelse för att förhindra smittspridning.

Punkt 5 i första stycket är ny. Ändringen behandlas i avsnitt 8.2.3.

I paragrafen föreskrivs att personer som på grund av en samhällsfarlig sjukdom är föremål för vissa former av tvångsingripanden inte får resa ut ur landet. Genom den nya punkt 5 gäller det även för den som har flyttats enligt 3 kap. 9 a §.

8 kap.

1 §

Smittskyddsläkarens beslut enligt denna lag får överklagas till allmän förvaltningsdomstol om beslutet gäller

1. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. avslag på begäran om upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
4. avslag på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse enligt 5 kap. 18 §,
5. återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område enligt 5 kap. 18 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 §,
7. avslag på ansökan om att karantän *eller flyttning* ska upphöra enligt 3 kap. 11 §,
8. avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän *eller har flyttats* enligt 3 kap. 11 §, *eller*
9. *flyttning enligt 3 kap. 9 a §.*

Chefsöverläkares beslut enligt 5 kap. 16 § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Detsamma gäller beslut enligt 5 kap. 11 § i fråga om den som isolerats enligt 5 kap. 1 §.

Folkhälsomyndighetens beslut att avslå en ansökan om undantag från beslut enligt 3 kap. 10 § om avspärrning får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Andra beslut av smittskyddsläkare, chefsöverläkare eller Folkhälsomyndigheten enligt denna lag får inte överklagas.

Punkterna 7 och 8 i första stycket ändras och punkt 9 är ny. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

Paragrafen reglerar vilka beslut enligt lagen som får överklagas. Genom ändringarna kan beslut om flyttning enligt 3 kap. 9 a §, beslut om avslag om att flyttning ska upphöra enligt 3 kap. 11 § och beslut om avslag på ansökan om undantag från förbud att besöka den som har flyttats med stöd av 3 kap. 9 a § överklagas till allmän förvaltningsdomstol. På samma sätt som gäller vid karantän är det den som vill besöka någon som har flyttats som har talerätt i frågan.

2 §

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten i andra mål än sådana som avser

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. isolering enligt 5 kap. 1 §,
3. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
6. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
7. undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 §,
8. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller*
9. *flyttning enligt 3 kap. 9 a § första stycket.*

Punkt 8 ändras. Punkt 9 är ny. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

Bestämmelsen behandlar vilka mål som kräver prövningstillstånd i kammarrätt. Tilläggen innebär att det inte krävs prövningstillstånd i mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a § eller om upphörande av sådan flyttning. Det krävs däremot på samma sätt som vid karantän prövningstillstånd i mål som avser undantag från besöksförbud enligt 3 kap. 9 a § andra stycket.

5 §

Förvaltningsrätten *ska* inom en vecka från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till domstolen ta upp till avgörande mål om

1. tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. förhållningsregler enligt 4 kap. 3 §,
3. isolering enligt 5 kap. 1 §,
4. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
5. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §, eller
6. undantag från förbud att besöka den som hålls i karantän enligt 3 kap. 9 § *eller har flyttats enligt 3 kap. 9 a §.*

Förvaltningsrätten får dock förlänga tidsfristen enligt första stycket om det finns särskilda skäl.

Ett mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § vari beslutet underställts förvaltningsrätten *ska* tas upp till avgörande snarast och senast fyra dagar från den dag underställningen skedde. Om beslutet om tillfällig isolering inte är verkställt när det underställs, *ska* målet tas upp till avgörande inom fyra dagar från den dag beslutet verkställdes.

Mål om karantän enligt 3 kap. 9 §, *mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a §*, mål om undantag från avspärrning enligt 3 kap. 10 § samt mål om upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 § *ska* förvaltningsrätten ta upp till avgörande senast inom fyra dagar från det överklagandet kom in.

I mål om isolering enligt 5 kap. 1 §, tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § och fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 § får förvaltningsrätten fatta beslut i målet i avvaktan på att målet slutligt avgörs.

Första och fjärde stycket ändras. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

I paragrafen finns bestämmelser som rör förfarandet vid domstol. I första stycket anges de måltyper för vilka förvaltningsrättens frist för att ta upp målet till avgörande är en vecka från det att en ansökan eller ett överklagande kom in till domstolen. Mål som rör överklagande av beslut om undantag från förbud att besöka den som har flyttats enligt 3 kap. 9 a § har lagts till i punkt 6.

I *tredje stycket* anges de måltyper för vilka förvaltningsrättens frist för att ta upp målet till avgörande är fyra dagar från det att överklagandet kom in. Mål om flyttning enligt 3 kap. 9 a § har lagts till i bestämmelsen.

9 §

Offentligt biträde *ska* förordnas för den som åtgärden avser i mål i allmän förvaltningsdomstol om

1. isolering enligt 5 kap. 1 §,
2. tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 §,
3. fortsatt isolering enligt 5 kap. 5 §,
4. upphörande av isolering enligt 5 kap. 7 §,
5. karantän enligt 3 kap. 9 § första stycket,
6. beslut att inte medge undantag från avspärning enligt 3 kap. 10 §,
7. upphörande av karantän *eller flyttning* enligt 3 kap. 11 §, *eller*
8. *flyttning enligt 3 kap. 9 a §.*

Offentligt biträde *ska* dock inte förordnas om det måste antas att behov av biträde saknas.

I *första stycket* ändras *punkt 7* och *punkt 8* är ny. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

Bestämmelsen reglerar i vilka mål offentligt biträde ska förordnas. Genom ett tillägg i punkt 7 i första stycket får den som överklagar ett beslut om att flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd inte ska upphöra som huvudregel rätt till offentligt biträde. Enligt den nya punkt 8 i första stycket gäller samma sak för den som överklagar ett beslut om flyttning som extraordinär smittskyddsåtgärd.

12 §

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av smittskyddsläkaren för att

1. genomföra tvångsundersökning enligt 3 kap. 2 §,
2. föra den som ska isoleras enligt 5 kap. 1 § eller isoleras tillfälligt enligt 5 kap. 3 § till vårdinrättningen,
3. återföra den som har avvikit från en vårdinrättning, där han eller hon enligt beslut ska vara tillfälligt isolerad eller isolerad, eller den som inte har återvänt till vårdinrättningen sedan hans eller hennes tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område har gått ut eller återkallats,
4. genomföra hälsokontroll vid inresa enligt 3 kap. 8 § och då upprätthålla ordningen,
5. föra den som ska hållas i karantän enligt 3 kap. 9 § till vårdinrättning eller annan plats där karantänsvistelsen ska äga rum,
6. återföra den som olovligen har avvikit från vårdinrättning eller annan plats för karantänsvistelsen till denna plats,
7. föra den som ska flyttas enligt 3 kap. 9 a § till den plats dit flyttning ska ske, eller
8. återföra den som olovligen har avvikit från den plats dit flyttning enligt 3 kap. 9 a § har skett till denna plats.

Polismyndigheten ska lämna biträde på begäran av Folkhälsomyndigheten med att spärra av områden enligt 3 kap. 10 § och att upprätthålla dessa avspärrningar.

Första styckets punkter 7 och 8 är nya. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.3.

I paragrafen regleras när biträde av Polismyndigheten kan lämnas för att säkerställa vissa enligt lagen beslutade åtgärder. Genom de nya punkterna 7 och 8 i första stycket åläggs Polismyndigheten att på begäran av smittskyddsläkaren lämna biträde för att föra den som ska flyttas enligt 3 kap. 9 a § till den plats dit flyttning ska ske respektive att återföra den som olovligen har avvikit från den platsen. Det är av särskild vikt att smittskyddsläkaren innan en sådan begäran görs noga överväger om det är möjligt att genomföra flyttningen enligt 3 kap. 9 a § utan att tillgripa en så ingripande åtgärd som biträde av polis.

Referenser

Internationella konventioner

Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Författningar

Grundlagar

Regeringsformen.

Lagar

Arbetsmiljölagen (1977:1160).

Brottsbalk.

Epizootilagen (1999:657).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Kommunallagen (2017:725).

Lagen (1956:293) om ersättning åt smittbärare.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Lagen (2006:806) om provtagning på djur, m.m.

Lag (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa.

Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Lag (2020:148) om tillfällig stängning av verksamheter på skolområdet vid extraordinära händelser i fredstid.

Lag (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.

Lag (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19.

Livsmedelslag (2006:804).

Miljöbalk.

Patientdatalag (2008:355).

Patientlag (2014:821).

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Skollag (2010:800).

Smittskyddslag (1988:1472).

Smittskyddslag (2004:168).

Socialförsäkringsbalk.

Socialtjänstlag (1980:620).

Socialtjänstlag (2001:453).

Zoonoslag (1999:658).

Förordningar

Arbetsmiljöförordning (1977:1166).

Förordning (1977:284) om arbetsskadeförsäkring och statligt personskadeskydd.

Förordning (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

Förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

- Förordning (2020:20) om att bestämmelserna i smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarliga och samhällsfarliga sjukdomar ska tillämpas på infektion med 2019-nCoV.*
- Förordning (2020:114) om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar.*
- Förordning (2020:115) om utbildning i vissa skolformer i skolväsendet vid spridning av viss smitta.*
- Förordning (2020:127) om tillfälligt inreseförbud till Sverige.*
- Förordning (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre.*
- Förordning (2020:195) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2020:979) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2020:1258) om tillfälligt inreseförbud vid resor från EES-stater och några andra stater till Sverige.*
- Förordning (2021:60) om viss sjukpenning i förebyggande syfte och viss smittbärrarpenning med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.*
- Förordning (2021:1238) om undantag från bestämmelser om ansökan om smittbärrarpenning med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2022:79) om vissa sjukpenningförmåner med anledning av sjukdomen covid-19.*
- Förordning (2023:2) om tillfälliga inreserestriktioner vid resor från Kina till Sverige.*
- Hälsö- och sjukvårdsförordning (2017:80).*
- Patientsäkerhetsförordning (2010:1369).*
- Smittskyddsförordning (2004:255).*
- Socialtjänstförordning (2001:937).*

Myndighetsföreskrifter

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning.*

- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2018:4) om smittrisker.*
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:1) om arbetsplatsens utformning.*
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2020:2) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av hotet från sjukdomen covid-19.*
- Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2020:9) med särskilda bestämmelser om personlig skyddsutrustning med anledning av covid-19.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter (HSLF-FS 2015:7) om anmälan av anmälningspliktig sjukdom i vissa fall.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:12) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:78) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19.*
- Folkhälsomyndighetens allmänna råd (HSLF-FS 2021:69) till 2 kap. 1 och 2 §§ smittskyddslagen (2004:168) om covid-19.*
- Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:104) om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:6) om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.*

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.*
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete.*
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:46) om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:44) om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter enligt SoL och LSS.*

Domstolsavgöranden

- RÅ 2010 ref. 91.
- HFD 2011 ref. 47.
- HFD 2013 ref. 54.
- HFD 2018 ref. 80.
- Förvaltningsrätten i Växjö:s dom i mål nr 5568-20.
- Förvaltningsrätten i Karlstads dom i mål nr 1851-20.

Offentligt tryck

Propositioner

- Prop. 1956:126. *Med förslag till lag om ersättning åt smittbärare, m.m.*
- Prop. 1975/76:209. *Om ändring i regeringsformen.*
- Prop. 1976/77:149. *Om arbetsmiljölag m.m.*
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten.*
- Prop. 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

- Prop. 1983/84:111. *Med förslag till polislag m.m.*
- Prop. 1988/89:5. *Med förslag om ny smittskyddslag m.m.*
- Prop. 1988/89:112. *Med förslag till ny lag om ersättning till smittbärare.*
- Prop. 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*
- Prop. 1992/93:159. *Om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
- Prop. 1993/94:130. *Ändring i brottsbalken m.m.*
- Prop. 1995/96:176. *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Prop. 2002/03:80. *Ny sambolag.*
- Prop. 2003/04:30. *Ny smittskyddslag m.m.*
- Prop. 2003/04:158. *Extraordinära smittskyddsåtgärder.*
- Prop. 2005/06:50. *Strategi för ett samordnat arbete mot antibiotika-resistens och vårdrelaterade sjukdomar.*
- Prop. 2005/06:115. *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*
- Prop. 2009/10:116. *Värdigt liv i äldreomsorgen.*
- Prop. 2009/10:131. *Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.*
- Prop. 2013/14:106. *Patientlag.*
- Prop. 2017/18:273. *Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre.*
- Prop. 2019/20:132. *Extra ändringsbudget för 2020 – Åtgärder med anledning av coronaviruset.*
- Prop. 2019/20:144. *Covid-19 och ändringar i smittskyddslagen.*
- Prop. 2020/21:175. *Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.*
- Prop. 2021/22:137. *Upphävande av covid-19-lagen och lagen om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen.*
- Prop. 2022/23:1. *Budgetpropositionen för 2023.*
- Prop. 2022/23:45. *Vissa frågor om hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap.*

Statens offentliga utredningar

- SOU 1985:37. *Om smittskydd.*
- SOU 1999:51. *Smittskydd, samhälle och individ.*
- SOU 2006:110. *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom.*
- SOU 2015:80. *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstagande till vård, omsorg och forskning.*
- SOU 2020:14. *Framtidens teknik i omsorgens tjänst.*
- SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*
- SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin.*
- SOU 2021:19. *En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården.*
- SOU 2021:52. *Vilja välja vård och omsorg – en hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.*
- SOU 2021:89. *Sverige under pandemin.*
- SOU 2022:10. *Sverige under pandemin.*
- SOU 2022:26. *Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning.*
- SOU 2022:41. *Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.*

Kommittédirektiv

- Dir. 2022:23. *Översyn av karens och sjuklön.*
- Dir. 2022:64. *Utvärdering av förändringarna i sjukförsäkringens regelverk.*
- Dir. 2022:65. *Effektivare tillsyn över socialtjänsten.*
- Dir. 2022:109. *En mer ändamålsenlig och effektiv ordning för de nationella vaccinationsprogrammen och det nationella vaccinationsregistret.*
- Dir. 2023:20. *Tilläggsdirektiv till utredningen Sjukförsäkringen i förändring – en utvärdering (S 2022:07).*
- Dir. 2023:98. *Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.*
- Dir. 2023:106. *Stärkt beredskap inför framtida pandemier.*

Övrigt offentligt tryck

Ds 2022:4. *Ökade möjligheter till användning av välfärdsteknik inom äldreomsorgen.*

Fm 2016:1. *Förordningsmotiv för förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937).*

Lagradsremiss (2012-11-29). *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet.*

Skr. 2017/18:280. *Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan.*

Beslut

Folkhälsomyndigheten dnr 00395-2022, 2022-02-02.

Folkhälsomyndigheten dnr 00401-2022, 2022-02-02.

Folkhälsomyndigheten dnr 02505-2023, 2023-06-26.

Folkhälsomyndigheten dnr 02506-2023, 2023-06-26.

Inspektionen för vård och omsorg dnr 3.5.1-60756/2020-4, 2021-06-07.

Justitieombudsmannen dnr 2169-2004, 2005-03-22.

Justitieombudsmannen dnr 9432-2020, 2022-05-11.

Justitieombudsmannen dnr 4268-2020 och 4848-2020, 2022-05-24.

Justitieombudsmannen dnr 77-2021, 2022-05-24.

Regeringen dnr S2019/03789/FST (delvis), 2019-09-12.

Regeringen dnr S2020/08100 (delvis), 2020-11-05.

Regeringen dnr S2022/01055 (delvis), 2022-02-17.

Regeringen dnr S2023/01713 (delvis), 2023-05-17.

Regeringen dnr S2023/02166 (delvis), 2023-06-29.

Rapporter

Attendo. (2021). *Attendo och Coronapandemin.*

Erlandsson, S., Ulmanen P. & Wittzell S. (2023). *Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter.* SNS Förlag.

- Fackförbundet Kommunal. (2020). *Pandemi på äldreboendet – en rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin.*
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Exempel på åtgärder för att minska spridning av covid-19 på särskilda boenden för äldre.*
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19.*
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Uppdrag om åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19.*
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2020.*
- Folkhälsomyndigheten. (2022). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2021.*
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Infektioner och antibiotika på särskilt boende – En sammanställning av resultat från Svenska HALT 2022.*
- Försäkringskassan. (2021). *Försäkringskassans årsredovisning 2020.*
- Försäkringskassan. (2022). *Effekter som covid-19 har på sjukförsäkringen. Delrapport 3.*
- Försäkringskassan. (2022). *Försäkringskassans årsredovisning 2021.*
- Försäkringskassan. (2022). *Kraftigt ökad användning av smittbärrarpenningen under pandemin. (Korta analyser 2022:1).*
- Försäkringskassan. (2023). *Försäkringskassans årsredovisning 2022.*
- Inspektionen för socialförsäkringen. (2023). *Smittbärrarpenning i pandemins tid. (Rapport 2023:5).*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Smittsäkra besök – Redovisning av regeringsuppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Vad har IVO sett 2020?*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Vad har IVO sett 2021?*

- Inspektionen för vård och omsorg. (2023). *Vad har IVO sett 2022?*
- Lagergren, M. (2017), *StockholmsSNAC. Rapport från undersökning 2017 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad.* (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2017:5.)
- Larsson, T. (2016). *Rätt stöd i rätt tid – en kartläggning av GR-kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete för äldre och orsaker till varför äldre söker bistånd från äldreomsorg första gången.* FoU i Väst.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021). *Den nordiska äldreomsorgen – en jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll* (2021:7).
- Riksrevisionen. (2023). *Det nationella smittskyddet – inte anpassat för en storskalig smittspridning* (RiR 2023:9).
- Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag.*
- Socialstyrelsen. (2015). *Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga.*
- Socialstyrelsen. (2016). *Att förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder genom det systematiska kvalitetsarbetet.*
- Socialstyrelsen. (2017). *En nationell strategi för demenssjukdom: underlag och förslag till prioriterade insatser till 2022.*
- Socialstyrelsen. (2018). *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS.*
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård och omsorg vid demenssjukdom 2018. Indikatorer och underlag för bedömningar.*
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer – Utvärdering. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Sammanfattning med förbättringsområden.*
- Socialstyrelsen. (2019). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – förstudie.*
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019.*
- Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre.*
- Socialstyrelsen. (2020). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2020.*

- Socialstyrelsen. (2020). *Åtgärder inom socialtjänsten vid smittspridning av covid-19. Undersökning av behov av föreskrifter.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Kompetens i LSS-boenden.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Slutredovisning av regeringsuppdrag om risk för särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid covid-19.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Vårdgivares behov av stöd i arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner.*
- Socialstyrelsen. (2021). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021.*
- Socialstyrelsen. (2022). *En nationell strategi för demenssjukdom. Slutrapport 2022.*
- Socialstyrelsen. (2021-04-28). *Uppdrag att löpande se över och vid behov uppdatera sammanställningen över de identifierade grupperna som löper störst risk att drabbas av särskilt allvarlig sjukdomsutveckling vid insjuknande i covid-19.*
- Socialstyrelsen. (2022). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2022.*
- Socialstyrelsen. (2022). *Smittskyddsenheternas och smittskyddsläkarnas förutsättningar och kapacitet – Översyn och förslag till utveckling.*
- Socialstyrelsen. (2022). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022.*
- Socialstyrelsen. (2023). *Vårdkontakter i LSS-boende.*
- Socialstyrelsen. (2023). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023.*
- Socialstyrelsen. (2023). *Språkbedömningsstöd till verksamheter inom äldreomsorg.*
- Stålö, J. m.fl. (2021). *Fördjupad analys av äldreomsorg – Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin.* Governo.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Att lära av en kris.*
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Skador i somatisk vård 2013–2021.*

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Utformning av kommunala vård- och omsorgslokaler – erfarenheter från Covid-19*.
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*.
- Szebehely, M. (2020). *The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden. International Long Term Care Policy Network*.
- Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Vårdföretagarna. (2020). *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?*

Övrigt

- Autism- & Aspergerförbundet. (2020). *Medlemsundersökning om stödinsatser 2020*.
- Boverket. (2023-05-15). *Bostadsmarknadsenkäten 2023*.
- Boverket. (2023-05-15). *Fortsatt många kommuner med underskott på bostäder för personer med funktionsnedsättning*.
- Boverket. (2023-05-15). *Lika stor brist på särskilda boenden som före pandemin*.
- Folkhälsomyndigheten. *När hände vad under pandemin?*
Hämtad 2023-05-16 från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/folkhalsomyndighetens-roll-under-arbetet-med-covid-19/nar-hande-vad-under-pandemin/>.
- Folkhälsomyndigheten. *Statistik för vaccination mot covid-19*.
Hämtad 2023-07-06 från
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/>.
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Åtgärder för att minska risken för smittspridning av covid-19 från personal till äldre omsorgstagare och patienter*.

- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Rekommendationer vid besök i särskilda boenden för äldre under covid-19* [Broschyr].
- Folkhälsomyndigheten. (2020-10-01). *Personer som bor med smittade av covid-19 ska betraktas som möjliga fall*.
- Folkhälsomyndigheten. (2020-12-11). *Ny rutin för införande av besöksförbud på SÄBO*.
- Folkhälsomyndigheten (2022-03-07). *Salmonellautbrottet 1953*.
- Folkhälsomyndigheten. (2022-11-14). *Remissyttrande – Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41)*.
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Provtagningsindikation för påvisning av pågående covid-19*. Version 30.
- Folkhälsomyndigheten. (2023-07-01). *Testning och smittspårning för covid-19*. Hämtad 2023-08-01 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/testning-for-covid-19/>.
- Försäkringskassan. *Kontrollutredares beslut om rätten till ersättning*. (Rättslig kvalitetsuppföljning 2019:5).
- Försäkringskassan. (2020-12-18). *Framställan om undantag från 100 kap. 24 § socialförsäkringsbalken genom införande av en ny tillfällig förordning*.
- Försäkringskassan. (2022-10-24). *Framställan om en utredning avseende socialförsäkringen vid krig, krigsfara och allvarliga fredstida kriser*.
- Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om utvidgad föreskriftsrätt om undantag från socialförsäkringslagstiftningen vid extraordinära händelser i fredstid*.
- Försäkringskassan. (2023-06-26). *Framställan om vissa undantagsbestämmelser inom socialförsäkringen vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap*.
- Försäkringskassan. (2023-07-03). *Svar på ISF-rapport*.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020-11-24). *Ingen region har tagit sitt fulla ansvar för individuell vård och behandling*.

- Inspektionen för vård och omsorg. (2023-06-07). *Tillstånd för hem för viss annan heldygnsvård ("korttidsboende") (SoL)*. Hämtad 2023-08-02 från <https://www.ivo.se/var-d-omsorgsgivare/tillstand/sol-verksamheter/korttidsboende/>.
- International Long Term Care Policy Network (2022-04-25). *International data on deaths attributed to COVID-19 among people living in care homes*. Hämtad 2023-05-15 från <https://ltccovid.org/2022/02/22/international-data-on-deaths-attributed-to-covid-19-among-people-living-in-care-homes/>.
- Johnsson, L-Å. (2021). *Hälso- och sjukvårdslagen* (11 uppl.). Norstedts Juridik.
- Justitieombudsmannen. (2020-07-10). *Yttrande över betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*.
- Kunskapsguiden. *Om multisjuklighet*. Hämtad 2023-08-16 från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/multisjuklighet-hos-aldre-personer/om-multisjuklighet/>.
- Kunskapsguiden. *Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen – Hälsa*. Hämtad 2023-08-16 från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/halsa/>.
- Lidingö stad. (2021-02-24). *Stark avrådan ersätter besöksförbud*.
- Lundgren, L. & Sunesson, P-A. (2023). *Nya sociallagarna. Med kommentarer i lydelsen den 1 januari 2023*. JUNO, version 36.
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. *Vägledning för vårdhygieniskt arbete*.
- Regeringen (2020-09-15). *Besöksförbudet på äldreboenden upphör 1 oktober*.
- Regeringen. (2023-05-17). *Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera demensstrategin*.
- Regeringskansliet, Socialdepartementet. (2020-06-16). *Tillfälliga bestämmelser om viss smittbärarpenning med anledning av sjukdomen covid-19*.
- Statens medicinsk-etiska råd. (2020-08-13). *Remissvar avseende betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14)*.

- Socialstyrelsen. *Statistik om avlidna i covid-19* [Dataset].
Hämtad 2023-08-02 från
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/>.
- Socialstyrelsen. *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2022* [Dataset].
Hämtad 2023-08-01 från
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/personer-med-funktionsnedsattning/>.
- Socialstyrelsen. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2021* [Dataset].
Hämtad 2023-08-16 från
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/socialtjanstinsatser-till-alldre-och-personer-med-funktionsnedsattning-efter-regiform/>.
- Socialstyrelsen. (2014). *Lex Sarah – Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah*.
- Socialstyrelsen. (2019-12-19). *Vårdrelaterade infektioner, VRI*.
Hämtad 2023-05-30 från
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varriskador/varriskador/vri--vardrelaterade-infektioner/>.
- Socialstyrelsen. (2020-04-24). *Arbetssätt vid covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre*.
- Socialstyrelsen. (2020-05-25). *Arbetssätt vid covid-19 inom bostad med särskild service för vuxna enligt LSS*.
- Socialstyrelsen. (2022). *Tvångs- och skyddsåtgärder* [Frågor och svar].
Hämtad 2023-06-15 från
<https://kunskapsguiden.se/globalassets/globala-block/arbetsmetoder-och-perspektiv/tvang/fragor-och-svar-tvang-och-begransningar.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2022). *Nya regler om smittförebyggande åtgärder i vissa verksamheter inom äldre- och funktionshinderomsorgen* [Meddelandeblad].
- Socialstyrelsen. (2022-04-22). *Arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetssätt till personal och arbetsledning*.

- Socialstyrelsen. (2022-05-31). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021* [Faktablad].
- Svenska Intensivvårdsregistret. *Antal som intensivvårdas med Covid-19 per dag*. Hämtad 2023-07-30 från https://portal.icuregswe.org/siri/sv/report/corona_covid-dagligen.
- Svenskt Demenscentrum. (2015). *Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar*.
- Svenskt Demenscentrum. (2020-01-14). *Beteendemässiga*.
- Svenskt Demenscentrum. (2021-12-07). *Vad är demens?*
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020-03-23). *Hemställan om behov av regeländringar med anledning av det nya coronaviruset, covid-19*.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020-04-23). *Hemställan – föreskrift om begränsningsåtgärder inom särskilda boenden för äldre*.
- SVT Nyheter Halland (2020-03-25). *Flera kommuner i Halland inför besöksförbud på boenden*.
- World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*.
- World Health Organization. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Hämtad 2023-07-21 från <https://covid19.who.int/>.
- World Health Organization. (2020). *Disability considerations during the COVID-19 outbreak*.
- World Health Organization. (2020-01-21). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 1*.
- World Health Organization. (2020-01-24). *Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation report, 4*.

Kommittédirektiv 2021:68

Författningsberedskap inför framtida pandemier

Beslut vid regeringssammanträde den 2 september 2021

Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av smittskyddslagen (2004:168) och analysera behovet av nya bestämmelser inför framtida pandemier. I uppdraget ingår även att utreda frågor om smittbärarpenning, smittskydd för vissa grupper inom socialtjänsten och tillämpningsområdet för lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m.

Arbetet ska utföras med utgångspunkt i de behov av åtgärder som framkommit under covid-19-pandemin och med beaktande av de behov som kan uppstå i samband med andra eventuella pandemier eller epidemier med t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer. Utredaren ska beakta erfarenheter av hanteringen av utbrottet av sjukdomen covid-19 och särskilt tillvarata erfarenheterna av de smittskyddsåtgärder som haft verifierat goda effekter samt fånga upp det som bör utvecklas lagstiftningsmässigt i hanteringen av stora smittspridningar av allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar. Utredaren ska även beakta att grundläggande fri- och rättigheter så långt som möjligt ska upprätthållas även vid en pandemi eller epidemi. Inskränkningar ska därför inte vara mer långtgående än vad som är absolut nödvändigt för att förebygga eller motverka en omfattande smittspridning. Syftet med översynen är att utveckla en god författningsberedskap genom långsiktiga lösningar och att säkra viktiga verktyg inför eventuella kommande pandemier eller epidemier.

Utredaren ska bl.a.

- analysera bestämmelser i smittskyddslagen om ansvar för smittskydd, utredning av sjukdomsfall och vissa smittskyddsåtgärder samt föreslå eventuella ändringar av bestämmelserna för att anpassa dem till situationer med stor smittspridning,
- föreslå en flexibel, träffsäker och ändamålsenlig reglering för att motverka trängsel vid folksamlingar i syfte att minska risken för smittspridning,
- analysera bestämmelserna om smittbärrarpenning för enskilda som inte kan arbeta på grund av smitta eller misstänkt smitta och vid behov lämna förslag på ändringar,
- utreda och, vid behov, lämna förslag som ställer krav på smittskyddsåtgärder inom särskilda boenden enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS,
- lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga och vid behov lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt,
- analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag om att utvidga tillämpningsområdet för lagen (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram m.m. till att omfatta även pandemivaccinationer, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 maj 2022. Den del som ska delredovisas är deluppdraget om extraordinära smittskyddsåtgärder. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.

Bakgrund

Världshälsoorganisationen (WHO) deklarerade den 11 mars 2020 att utbrottet av sjukdomen covid-19 är en pandemi. Det nya coronaviruset har spridits mycket snabbt och har drabbat en majoritet av

världens länder. Covid-19 är en allvarlig virussjukdom som i de svåraste fallen har en dödlig utgång. Enligt Folkhälsomyndigheten har det (t.o.m. den 27 augusti 2021) rapporterats 1 123 413 fall av covid-19-infektion i Sverige, och 14 685 personer har avlidit i Sverige med bekräftad covid-19-infektion.

Covid-19-pandemin har påvisat att kunskaperna om en ny sjukdom inledningsvis kan vara otillräckliga och att det kan vara osäkert hur olika befolkningsgrupper drabbas. När det gäller covid-19 har det visat sig att risken för allvarlig sjukdom och död ökar gradvis med stigande ålder. Om en person dessutom har vissa andra underliggande sjukdomar, ökar risken ytterligare. Dessa faktorer har haft betydelse bl.a. för vilka grupper som har prioriterats för vaccination mot covid-19.

Även socioekonomiska faktorer har haft en effekt på fördelningen av antalet fall och på konsekvenser av covid-19-pandemin, både i Sverige och i andra länder. Exempelvis har personer födda utomlands drabbats hårdare av covid-19 än personer födda i Sverige. Utrikesfödda hade under perioden den 13 mars 2020–15 februari 2021 en högre incidens av covid-19, större behov av intensivvård och högre dödlighet. Skillnaden mellan vissa grupper av utrikesfödda och svenskfödda är högst när det gäller intensivvård, men även för dödlighet finns stora skillnader. Till exempel är den relativa risken för att behöva intensivvård drygt 5 gånger så hög för personer som är födda i Afrika och Mellanöstern, jämfört med den svenskfödda befolkningen. Socioekonomiska faktorer kan förklara en del av skillnaderna mellan utrikesfödda och svenskfödda. Om det justeras för sådana faktorer och boendeförhållanden, minskar den relativa risken för att behöva intensivvård och för att avlida avsevärt för vissa grupper av utrikesfödda. Såväl inkomst som utbildning påverkar risken för att behöva intensivvård, på så sätt att lägre inkomst och kortare utbildning ökar risken. Födelseland utgör inte en riskfaktor i sig, men flera nationella och internationella studier har visat på en högre risk för allvarlig sjukdom och död i covid-19 bland personer med lägre utbildning, lägre inkomst och bland personer i vissa bostadsområden med trångboddhet. Cirka 20 procent av Sveriges befolkning är födda i ett annat land och vissa invandrargrupper är överrepresenterade med dessa riskfaktorer (främst personer födda i Afrika och Mellanöstern). Även bland personer med vissa funktionsnedsättningar finns en ökad

dödlighet på grund av covid-19, troligtvis på grund av att många av dessa personer tillhör en eller flera riskgrupper.

Därutöver har det visat sig att män och kvinnor drabbas olika. Bland de bekräftade fallen finns en högre andel kvinnor. Män däremot har en högre risk för allvarlig sjukdom och död.

Uppdraget att göra en översyn av smittskyddslagen och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel

Covid-19-pandemin fortgår såväl i Sverige som i omvärlden. Det är inte möjligt att med säkerhet förutse hur pandemin kommer att utvecklas eller hur länge den kommer att pågå. Trots det är det viktigt att påbörja arbetet med att omhänderta lärdomar som dras av vidtagna åtgärder och erfarenheterna av att hantera utbrottet av covid-19. Ett arbete behöver inledas för att hitta nödvändiga och långsiktigt hållbara lösningar på lagstiftningsmässiga utmaningar vid eventuella framtida pandemier eller epidemier.

Utredaren ska göra en översyn av smittskyddslagen och vid behov annan berörd lagstiftning som t.ex. lagen (2006:1570) om skydd mot internationella hot mot människors hälsa. Utredaren ska även analysera behovet av nya bestämmelser med syfte att motverka trängsel inför framtida pandemier med utgångspunkt i de behov som uppstått under covid-19-pandemin och som gett upphov till tillfälliga lagar och förordningar.

Utredaren ska beakta erfarenheter av hanteringen av utbrottet av sjukdomen covid-19 och särskilt tillvarata de smittskyddsåtgärder som haft verifierat goda effekter samt fånga upp det som bör utvecklas lagstiftningsmässigt i hanteringen av storskaliga smittspridningar. Utredaren ska även ta hänsyn till behov som kan uppstå i samband med andra pandemier eller epidemier med t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer.

Det finns behov av god framförhållning och beredskap för att undvika brådskanie beredningar av lagförslag under fredstida kriser. Fredstida kriser ska behandlas inom ramen för ordinarie lagstiftningsförfarande, och det är alltså inte möjligt att göra några undantag från detta förfarande vid krissituationer. Grundläggande rättsstatsprinciper såsom legalitets- och likabehandlingsprincipen gäller även i fredstida kriser. Genom så kallad författningsberedskap, dvs. genom att

ha bemyndiganden och annan reglering på plats, kan en kris hanteras mer effektivt än vad som annars hade varit fallet. Relevant lagstiftning bör också uppdateras löpande.

Vid omfattande spridning av en konstaterat eller potentiellt allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom bör det alltså finnas en beredskap inom smittskyddslagen, t.ex. med utrymme för att vidta vissa extraordinära smittskyddsåtgärder som nuvarande lagstiftning inte medger. En sådan beredskap förutsätter noggranna överväganden i förhållande till vikten av att grundläggande fri- och rättigheter så långt som möjligt kan upprätthållas även vid en pandemi eller epidemi och att inskränkningar inte är mer långtgående än vad som är absolut nödvändigt för att förebygga eller motverka en omfattande smittspridning.

Det bör även beaktas att framtida pandemier eller epidemier kan ha olika smittvägar och drabba olika grupper i samhället olika hårt, dels på grund av olika levnadsvillkor och underliggande hälsotillstånd, dels på grund av olika stor mottaglighet för infektion och risk för svår sjukdom. En del epidemier kan antas drabba framför allt äldre personer, andra kan komma att drabba barn i högre utsträckning. Det är därför viktigt att i hanteringen av pandemier eller epidemier arbeta för att undvika stigmatisering och skuldbeläggande av de grupper som drabbas.

Översyn av smittskyddslagen

I smittskyddslagen finns bestämmelser som i huvudsak avser åtgärder i förhållande till enskilda personer som är eller misstänks vara smittade av en smittsam sjukdom. Med smittsamma sjukdomar avses alla sjukdomar som kan överföras till eller mellan människor och som kan innebära ett inte ringa hot mot människors hälsa. Smittskyddslagen omfattar även allmänfarliga sjukdomar och samhällsfarliga sjukdomar. Med allmänfarliga sjukdomar avses smittsamma sjukdomar som kan vara livshotande, innebära långvarig sjukdom eller svårt lidande eller medföra andra allvarliga konsekvenser och där det finns möjlighet att förebygga smittspridning genom åtgärder som riktas till den smittade. Med samhällsfarliga sjukdomar avses allmänfarliga sjukdomar som kan få en spridning i samhället som innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig

störning i viktiga samhällsfunktioner och som kräver extraordinära smittskyddsåtgärder. Lagen innehåller även normgivningsbemyndiganden som ger utrymme för att meddela föreskrifter på lägre nivå än lag. Covid-19-pandemin har visat att det är viktigt att samhället har en god beredskap inför omfattande spridningar av helt nya typer av virus som påverkar stora delar av samhället. Beredskapsplaneringen för en pandemi bör begränsa sig till smittskyddsåtgärder för att minska risken för smittspridning och till att minska de negativa konsekvenserna för dem som påverkas av pandemin. Utgångspunkten är att Folkhälsomyndigheten samordnar pandemiberedskapen på nationell nivå och ger stöd till planeringen på regional och lokal nivå, där det operativa arbetet bedrivs. Myndigheten har tagit fram ett planeringsstöd som ska fungera som bakgrund och stöd i planeringen för en influensapandemi och för pandemier orsakade av andra virus.

Smittskyddslagen är i första hand reaktiv och förutsätter konstaterad eller misstänkt smitta. Lagens bestämmelser är till viss del inte anpassade till en pandemisituation. Det behöver därför, utifrån de erfarenheter som vunnits under covid-19-pandemin, göras en översyn av hur smittskyddslagens bestämmelser bör utformas för att fungera även i en pandemisituation. Det gäller framför allt bestämmelserna om ansvar för smittskydd och utredning av sjukdomsfall samt extraordinära smittskyddsåtgärder som hälsokontroll vid inresa, möjligheten att hålla människor i karantän och avgränsning av områden. Även bestämmelserna om vissa smittskyddsåtgärder som förhållningsregler och bestämmelser om isolering behöver analyseras och om möjligt anpassas för att fungera vid stora smittspridningar av allmänfarliga eller samhällsfarliga sjukdomar.

*Ansvar för smittskydd, utredning av sjukdomsfall,
vissa smittskyddsåtgärder och isolering*

Det huvudsakliga smittskyddsarbetet i Sverige genomförs med betoning på individens ansvar. Det framgår av smittskyddslagen att var och en har ett ansvar för att så långt som möjligt vidta rimliga försiktighetsåtgärder för att skydda såväl sig själv som andra mot att utsättas för risk att smittas av smittsamma sjukdomar. Enligt smittskyddslagen ska smittskyddsåtgärder bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Åtgärderna får inte vara mer långtgående än vad

som är försvarligt med hänsyn till faran för människors hälsa. Åtgärderna ska vidtas med respekt för alla människors lika värde och enskildas integritet. Den humanistiska grundsyn som ligger till grund för samhällets smittskydd betonas i lagens förarbeten (prop. 2003/04:30). Covid-19-pandemin har visat att det kan finnas anledning att införa bindande regler för ett effektivare smittskyddsarbete inom vissa områden inom smittskyddet. Nuvarande lagstiftning ger t.ex. inte möjlighet att koppla tillsyn och eventuella sanktioner till bestämmelserna om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning.

Bestämmelserna i smittskyddslagen om testning och smittspårning är inte utformade på sådant sätt att de blir praktiskt möjliga att följa vid en samhällsspridning av en smittsam sjukdom när behovet av testning och smittspårning kan vida överstiga ett normalläge. Den diagnostik som i vanliga fall utförs inom regionerna är till stor del dimensionerad för att hantera den testning som faller inom ett vårdbehov. Det innebär att regionerna har kapacitet att testa dem som söker vård inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller smittskyddslagen. Men diagnostiken är inte dimensionerad för testning vid omfattande spridningar av infektioner.

Den smittspårning som utförs inom regionerna är inte heller dimensionerad för att hantera en stor mängd potentiellt smittade där tiden mellan exponering och smittsam fas är kort. Vid storskalig smittspridning kan det finnas akut behov av att identifiera smittade för att tidigt bryta smittkedjor.

De olika målen med testning – att testa och smittspåra för att minska smittspridning på nationell nivå och att testa för individers vårdbehov – kan skapa en otydlighet i ansvar. För smittsamma sjukdomar där det sedan tidigare inte finns en utbredd etablerad diagnostik kan det finnas olika förutsättningar vad gäller laborativ metodutveckling för att snabbt påbörja nya diagnostiska metoder. Det bör därför analyseras om den ansvarsfördelning som regleras i smittskyddslagen behöver förtydligas eller förändras. Vad gäller reglering kring testning och smittspårning bör hänsyn tas till att det, i vart fall i inledningen av en pandemi eller en omfattande epidemi, kan saknas kunskap om hur den specifika sjukdomen sprids.

Utredaren ska därför göra följande:

- Analysera behovet av och lämna förslag på ändringar i bestämmelserna i smittskyddslagen om den enskildes skyldighet att förebygga smittspridning för att anpassa dem till situationer med stor

smittspridning av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Utredaren ska även föreslå vem som bör ansvara för tillsyn över enskilda och eventuella sanktioner.

- Analysera behovet av och lämna förslag på ändringar i bestämmelserna om utredning av sjukdomsfall för att anpassa dem till situationer med stor smittspridning av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. I analysen ingår att utreda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet att meddela undantag från vissa av bestämmelserna, såsom skyldighet att uppsöka läkare. Utredaren ska föreslå vilka omständigheter som ska vara uppfyllda för att regleringen ska kunna tillämpas och vem som ska ha befogenhet att meddela undantag från bestämmelserna om utredning av sjukdomsfall samt från vilka bestämmelser undantag kan meddelas.
- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på reglering av statliga myndigheters och regionernas skyldigheter att ha beredskap och tekniska förutsättningar för att vid storskaliga smittspridningar av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom skyndsamt utföra analyser av smitta, storskaliga testningar och smittspårningar för smittsamma sjukdomar.
- Analysera bestämmelserna om förhållningsregler och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag för att anpassa dem till pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom med utgångspunkt i de behov av åtgärder som framträtt under covid-19-pandemin, såsom behov av att undvika fysiska kontakter i och utanför hemmet och vid behov lämna förslag på ändringar.
- Analysera behovet av och möjligheten till att anpassa bestämmelserna om isolering till storskaliga smittspridningar av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom då det kan finnas behov av isolering av smittskyddsskäl inom tvångsvården. Om det bedöms lämpligt, ska utredaren lämna förslag på ändringar av bestämmelserna.
- Analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.

- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Föreslå andra ändringar i smittskyddslagen om det finns behov av det, med beaktande av erfarenheter från hanteringen av utbrottet av covid-19 och av att eventuella framtida pandemier eller epidemier kan ha t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer.
- Analysera behovet av och lämna förslag till ändringar eller förtydliganden av bemyndiganden eller föreslå nya bemyndiganden inom ramen för smittskyddslagen för regeringen och myndigheter under regeringen. Analysen ska innehålla en redogörelse för hur beslutsbefogenheterna bör fördelas mellan riksdagen, regeringen och myndigheterna under regeringen.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Extraordinära smittskyddsåtgärder

Extraordinära smittskyddsåtgärder kan enligt nuvarande bestämmelser i smittskyddslagen vidtas vid smitta av en samhällsfarlig sjukdom. Bland annat kan smittskyddsläkaren besluta om att personer som anländer till Sverige ska genomgå en hälsokontroll om det finns skäl att misstänka att de har smittats av en samhällsfarlig sjukdom. Hälsokontrollen får dock inte vara förenad med frihetsberövande eller innefatta provtagning eller annan åtgärd som innebär kroppsligt ingrepp. Utredaren ska därför överväga om det bör finnas möjlighet till provtagning vid hälsokontroll vid inresa, för att förhindra att smitta förs in i landet, även i de fall där det inte finns något konstaterat utbrott i avreselandet. Vidare bör utredaren inom ramen för extraordinära smittskyddsåtgärder se över möjligheten att införa karantän vid inresa till landet. Dessa åtgärder ska analyseras i förhållande till grundläggande fri- och rättigheter som de kommer till uttryck i regeringsformen och den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (Europakonventionen).

När det gäller extraordinära smittskyddsåtgärder finns det även behov av att se över om det ska finnas möjlighet att vidta preventiva åtgärder vid en pandemi. Det kan t.ex. handla om regionala rese-

förbud inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta till områden som är smittfria eller har en mycket begränsad smittspridning. Vid dessa överväganden ska utredaren noga beakta regeringsformens regler om rörelsefrihet och att en sådan åtgärd kan betraktas som mycket inskränkande i det hänseendet.

Under covid-19-pandemin har många länder infört utgångsförbud som en åtgärd för att minska smittspridning. Utredaren ska analysera i vilken mån dessa åtgärder har haft avgörande effekt för smittspridningen i dessa länder. Om så bedöms ha varit fallet, ska utredaren överväga om det finns skäl för att i svensk lagstiftning ge utrymme för tillfälliga utgångsförbud som extraordinär smittskyddsåtgärd. Värde av ett sådant utrymme i smittskyddshänseende ska dock vägas noga mot regeringsformens regler om rörelsefrihet och frihetsberövande. I det hänseendet ska utredaren beakta att ett beslut om utgångsförbud – ett slags isolering – eller en karantän av hela samhällen kan anses vara ett mycket ingripande och omfattande beslut.

Vid samtliga överväganden som rör ingrepp i grundläggande fri- och rättigheter ska en avvägning göras av åtgärdens lämplighet och effekt i förhållande till de intressen som grundläggande fri- och rättigheter avser att skydda. Utredaren bör beakta erfarenheter och effekter av andra länders tillämpning av åtgärderna under covid-19-pandemin men även ha i åtanke att en framtida pandemi kan ha andra smittvägar eller riskfaktorer.

Utredaren ska därför göra följande:

- Analysera bestämmelserna om extraordinära smittskyddsåtgärder i smittskyddslagen med syfte att anpassa dem till omfattande utbrott av samhällsfarliga sjukdomar. Utredaren ska bl.a. analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet att vid en hälsokontroll vid inresa till landet utföra provtagning av individer genom exempelvis blodprov eller PCR-prov (en metod som bland annat används för att söka efter sjukdomsframkallande smittämnen i provmaterial). Vidare ska utredaren analysera om det finns behov av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet till att vid en pandemi eller epidemi utföra en hälsokontroll vid inresa i landet, även i de fall det saknas konstaterat utbrott i avreselandet, för att förhindra att smitta förs in i landet. Utredaren ska även lämna förslag på eventuella andra extraordinära smittskyddsåtgärder som t.ex. karan-

tän vid inresa i landet, vilka omständigheter som ska innebära att bestämmelserna ska kunna tillämpas och vem som ska ha befogenhet att besluta om sådana extraordinära smittskyddsåtgärder.

- Analysera och lämna förslag på vilken reglering som behövs för att det ska kunna vidtas förebyggande åtgärder inom ramen för extraordinära smittskyddsåtgärder vid pandemier eller epidemier av samhällsfarlig sjukdom, såsom regionala reseförbud inom landet som förhindrar resor till och från områden som är drabbade av smitta till områden som är smittfria eller har begränsad smittspridning.
- Analysera i vilken mån utgångsförbud har haft avgörande effekt för smittspridningen av covid-19 i länder som har använt sig av detta inom ramen för smittskyddsarbetet. Om så bedöms ha varit fallet, ska utredaren analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som ger möjlighet till att vid pandemier eller epidemier av samhällsfarlig sjukdom införa tillfälliga utgångsförbud i begränsade områden.
- Analysera hur de förslag som övervägs förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Analysera hur bestämmelserna kan utformas så att förslagen inte leder till större negativa effekter än nödvändigt för företag.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Analysera behovet av och lämna förslag till ändringar eller förtydliganden av bemyndiganden eller föreslå nya bemyndiganden inom ramen för smittskyddslagen för regeringen och myndigheter under regeringen. Analysen ska innehålla en redogörelse för hur beslutsbefogenheterna mellan riksdagen, regeringen och myndigheterna under regeringen bör fördelas.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Översyn av behovet av nya bestämmelser med syfte att motverka trängsel

Den pågående pandemin har aktualiserat behov av ett långsiktigt hållbart regelverk och tvingande åtgärder som inte kan vidtas inom ramen för smittskyddslagen.

Regeringen fattade därför den 4 juni 2020 beslut om propositionen En ny lag om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen (prop. 2019/20:172). Lagen (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen trädde i kraft den 1 juli 2020. Bestämmelserna i lagen och anslutande föreskrifter innebär att den som driver ett serveringsställe ansvarar för att vidta vissa åtgärder för att förhindra spridning av det virus som orsakar covid-19. Även förordningen (2020:956) om tillfälligt förbud mot servering av alkohol beslutades.

Den 4 januari 2021 beslutade regeringen om propositionen En tillfällig covid-19-lag (prop. 2020/21:79) med förslag på en tillfällig lag om begränsningar för att förhindra spridningen av covid-19. Lagen (2021:4) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (den s.k. covid-19-lagen eller pandemi-lagen) trädde i kraft den 10 januari 2021. Med det tillfälliga regelverket har en mer träffsäker reglering tagits fram som möjliggör smittskyddsåtgärder som är anpassade efter verksamheters skiftande förutsättningar att bedriva smittskyddssäker verksamhet. Med stöd av lagen kan det införas särskilda begränsningar för verksamheter och platser som allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, platser för fritids- eller kulturverksamhet som är öppna för allmänheten, handelsplatser som är öppna för allmänheten, kollektivtrafik och inrikes flygtrafik samt platser för privata sammankomster. Med stöd av den nya lagen har regeringen beslutat om en ny förordning, förordningen (2021:8) om särskilda begränsningar för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19 (den s.k. begränsningsförordningen).

En grundläggande åtgärd för att minska risken för smittspridning är att motverka trängsel vid folksamlingar. Som en yttersta åtgärd kan vissa verksamheter behöva stängas ner eller folksamlingar där trängsel kan uppstå helt förbjudas. Det finns behov av att analysera i vilka verksamheter som begränsningar bör kunna införas, under vilka förutsättningar som begränsningar ska kunna beslutas, hur begränsningar ska kunna upprätthållas samt vilka typer av begränsningar

som ska kunna beslutas och av vem. Detta ska göras med beaktande av de gällande tillfälliga regelverken och erfarenheterna från tillämpningen av dem. Begränsningarna ska inte vara mera långtgående än vad som krävs för att skydda liv och hälsa.

I detta hänseende ska det beaktas att demonstrationer, opinionsbildande möten och religiösa sammankomster har särskild betydelse i ett demokratiskt samhälle. Demonstrationsfriheten, mötesfriheten, och religionsfriheten har också av detta skäl ett särskilt skydd i regeringsformen. Ju längre en inskränkning gäller, desto mer ingripande får den anses vara. Utifrån detta bör grunderna för proportionalitetsbedömningen avseende begränsningar i verksamheter som utgör allmänna sammankomster utvecklas och analyseras. Utrymmet för begränsningar ska inte heller vara större än vad som är absolut nödvändigt med hänsyn till de syften som bär upp begränsningen och bör omprövas kontinuerligt. I det här sammanhanget ska begränsningarna inte vara mera långtgående än vad som krävs för att skydda liv och hälsa. Utredaren ska därför i frågor som inskränker de grundläggande fri- och rättigheterna göra en noggrann avvägning av åtgärdens lämplighet och effekt i förhållande till dessa. Åtgärden ska också sättas i relation till i vilken mån andra typer av verksamheter kan begränsas för att motverka smittspridning.

Utredaren ska därför göra följande:

- Föreslå en flexibel, träffsäker och ändamålsenlig reglering för att vid pandemier eller epidemier av samhällsfarlig sjukdom möjliggöra begränsning av folksamlingar i syfte att minska risken för trängsel och därmed minska risken för smittspridning på platser dit allmänheten har tillträde. Utredaren ska ta ställning till och, vid behov, lämna förslag som möjliggör att folksamlingar kan begränsas även på ställen dit allmänheten inte har tillträde, t.ex. folksamlingar i hemmet. Utredaren bör beakta möjligheterna att bedriva olika verksamheter och arrangemang smittsäkert och anpassa regleringen utifrån det. Utredaren bör även beakta vilka möjligheter som verksamhetsutövare har för att se till att de restriktioner som gäller för verksamheten följs. Även det regionala perspektivet bör beaktas eftersom det kan finnas behov att kunna tillämpa reglerna olika i hela eller delar av ett län. Det ska särskilt analyseras vilka omständigheter som ska vara uppfyllda för att regleringen ska kunna tillämpas. I förslaget ska det inkluderas en

analys av behovet och förslag om tillsyn, ansvarsfördelning, befogenheter och sanktioner.

- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på reglering av verksamheters ansvar i hanteringen av pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. I analysen ska behovet av tillsyn och eventuella sanktioner inkluderas.
- Analysera hur regleringen kan utformas så att förslagen inte leder till högre administrativ belastning eller högre kostnader än nödvändigt för företag.
- Analysera hur förslagen om begränsningar av folksamlingar förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Ta ställning till om de nya bestämmelserna ska införas i smittskyddslagen, i annan lag eller i en ny lag.
- Analysera behovet av och lämna förslag på eventuella nya bemyndiganden när det gäller åtgärder för att motverka trängsel vid spontana folksamlingar eller i olika verksamheter under pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom. Analysen ska innehålla en redogörelse för hur beslutsbefogenheterna bör fördelas mellan riksdagen, regeringen och myndigheterna under regeringen inom detta område. Utredaren ska, om förslag på nya bemyndiganden lämnas, föreslå de följdändringar i befintliga bemyndiganden som blir aktuella.
- Föreslå andra bestämmelser om det, med beaktande av erfarenheter från hanteringen av utbrottet av covid-19 och av att eventuella framtida pandemier eller epidemier kan ha t.ex. andra smittvägar eller riskfaktorer, finns behov av det för att motverka trängsel i syfte att minska risken för smittspridning vid pandemier eller epidemier av allmänfarlig eller samhällsfarlig sjukdom.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att göra en översyn av bestämmelserna om smittbärappenning

Smittbärapersättning kan enligt nuvarande regler i 46 kap. socialförsäkringsbalken lämnas till en smittbärare i samband med åtgärder för smittskydd eller skydd för livsmedel. Smittbärapersättning lämnas i form av smittbärappenning och resekostnadsersättning. De nuvarande bestämmelserna innebär att smittbärappenning betalas ut till den som kan arbeta, men inte får göra det på grund av risken för att smitta andra. Smittbärappenning kan beviljas med anledning av att en läkare har beslutat att individen inte får arbeta på grund av att denne är smittad eller kan vara smittad av en allmänfarlig sjukdom eller för att en individ avstår från förvärvsarbete för att genomgå en läkarundersökning för att utreda om denne har en smittsam sjukdom eller på grund av att en individ har en sjukdom, en smitta, ett sår eller någon annan skada som gör att denne inte får hantera livsmedel. Ett läkarintyg ska påvisa att individen inte får arbeta på grund av risken för smitta.

Under hösten 2020 gick Folkhälsomyndigheten ut med rekommendationen att friska vuxna personer som bor i samma hushåll som en person med bekräftad covid-19 bör hålla sig i hemmet, för att minska smittspridningen av covid-19. Enligt smittskyddslagen ska en behandlande läkare besluta om individuellt utformade förhållningsregler även för dessa personer.

Med anledning av stort antal ansökningar om smittbärappenning har regeringen beslutat att tillfälligt ta bort kravet på läkarintyg för ansökningar om smittbärappenning som gäller covid-19. Det gäller från och med den 6 februari fram till och med den 30 september 2021.

Utredaren ska därför göra följande:

- Analysera bestämmelserna om smittbärappenning för enskilda som inte kan arbeta på grund av smitta eller misstänkt smitta med beaktande av hur det har fungerat under covid-19-pandemin. Utredaren ska vid behov lämna förslag till ändringar med syfte att smittbärappenningen ska fungera träffsäkert och kontrollerbart även vid storskaliga smittspridningar.
- Analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på att utvidga bestämmelserna om smittbärappenning till att omfatta enskilda som delar hushållsgemenskap med någon som är smittad och som inte har möjlighet att arbeta hemifrån.

- Analysera hur Försäkringskassans handläggning och system för utbetalning och kontroll av smittbärarpenning har fungerat under covid-19-pandemin och lämna förslag på hur handläggningen kan utvecklas för att säkerställa en kostnadseffektiv och ändamålsenlig hantering även vid storskaliga smittspridningar.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att stärka smittskyddet för vissa grupper inom socialtjänsten

Hemtjänst och särskilt boende är insatser som beslutas med stöd av SoL. Enskilda kan även beviljas särskilt boende genom LSS. Oavsett om en insats ges enligt SoL eller LSS måste den enskilde samtycka till detta och ges möjlighet att vara delaktig vid utformandet av insatsen. Det finns inget stöd för tvångs- och begränsningsåtgärder i SoL, LSS eller i hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL. Vid en pandemi eller epidemi kan det i praktiken vara svårt att ge den enskilde samma möjlighet att vara delaktig i insatsernas utformande. Ett effektivt smittskydd kan tillfälligt kräva begränsningar i den frihet som människor annars åtnjuter, både för att skydda en enskild som smittats och för att hindra den personen från att sprida smittan vidare till andra. Det gäller speciellt i särskilda boendeformer där den enskildes bostad kan vara förhållandevis liten men det finns mer tilltagna gemensamma utrymmen för den enskilde att vistas i. Trots hårda restriktioner som det besöksförbud i särskilda boenden för äldre som regeringen beslutade i mars 2020, drabbades gruppen äldre, och särskilt de äldre som bott på särskilda boenden, hårt under covid-19-pandemin. Det finns även behov av att undersöka i vilken utsträckning verksamheter som särskilda boenden enligt SoL eller LSS bör åläggas krav på att kunna vidta nödvändiga smittskyddsåtgärder, och vilka författningsstöd som samma verksamheter behöver för att kunna vidta sådana åtgärder och vilka kriterier som ska uppfyllas vid respektive åtgärd.

Personer som beviljats insatsen särskilt boende enligt SoL eller LSS har ofta ett omfattande behov av vård och omsorg och har därför ingen reell möjlighet att t.ex. hålla avstånd eller isolera sig. Det är därför av största vikt att personal har god kunskap om hur man kan arbeta smittskyddssäkert, och ges förutsättningar att hindra smitt-

spridning mellan personal och boende i vård- och omsorgssituationer. Däremot har inte personal i dag möjlighet att hindra dem som bor på ett särskilt boende att röra sig i lokalerna. För att begränsa smittspridning vid en pandemi eller epidemi kan det därför finnas behov av att bedriva så kallad kohortvård. Kohortvård innebär att en eller flera smittade vårdas avskilt av särskilt utsedd personal. En förutsättning för att kunna bedriva kohortvård är att det finns en möjlighet att genom testning avgöra om den enskilde är smittad. Detta kan vara en utmaning när det gäller individer med nedsatt beslutsförmåga, då de i vissa fall saknar förmåga att förstå syftet med testning och vad det kan innebära. För de individer som saknar förmåga att ta ställning och samtycka finns det i dag ingen möjlighet att tvinga personen att tillfälligt flytta från sitt hem.

De flesta personer som har en demenssjukdom drabbas någon gång av beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Det kan t.ex. innebära att personen vandrar planlöst omkring utan att komma till ro. Det är ofta inte möjligt att stoppa personen från att vandra. Personer med nedsatt beslutsförmåga kan bl.a. därför ha svårt att hålla avstånd till andra för att undvika att sprida smitta eller att själva bli smittade. Enligt smittskyddslagen kan isolering i dag endast ske på en vårdinrättning som bedrivs av en region. Det bör därför utredas om det finns ett behov av en möjlighet att besluta om isolering på något annat sätt än vad nuvarande lagstiftning medger, som är mer lämpligt för de personer som också är i behov av äldreomsorg eller insatser enligt LSS.

Utredaren ska därför göra följande:

- Utreda om det finns regler som ställer krav på att verksamheter som särskilda boenden enligt SoL och LSS vidtar nödvändiga smittskyddsåtgärder. Om sådana regler inte finns, ska utredaren lämna förslag på sådana regler. I förslaget ska det inkluderas vilka kriterier som ska uppfyllas vid respektive åtgärd.
- Ta ställning till om det finns behov av regler och, vid behov, lämna förslag som möjliggör tillfällig kohortvård för personer som bor i bostäder med särskild service enligt LSS.
- Lämna förslag som möjliggör att äldre personer med nedsatt beslutsförmåga tillfälligt kan omfattas av kohortvård när det av smittskyddsskäl anses nödvändigt.

- Utredda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör testning av individer även när indikationen för provtagning inte faller under nuvarande regleringar i smittskyddslagen eller HSL.
- Utredda behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag som möjliggör tillfällig isolering av boende i särskilt boende som anges i 5 kap. 5 § eller 7 § SoL eller motsvarande boendeform i 7 kap. 1 § första stycket 2 samma lag samt i de boendeformer som anges i 9 § 8 och 9 LSS.
- Beakta de särskilda utmaningar och särskilda behov som personer med exempelvis demenssjukdom eller intellektuell funktionsnedsättning kan ha samt behovet av tillgång till personal med kompetens vid åtgärdernas genomförande.
- Analysera hur de förslag som lämnas förhåller sig till grundläggande fri- och rättigheter som rörelsefriheten, skyddet mot frihetsberövanden, religionsfriheten, mötes- och demonstrationsfriheten, näringsfriheten samt egendomsskyddet.
- Analysera hur det kan säkerställas att förslagen är förenliga med regeringsformens krav på proportionalitet och omprövas löpande.
- Bedöma om de föreslagna bestämmelserna enbart bör vara tillämpliga vid samhällsfarliga sjukdomar i vissa situationer.
- Lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget om eventuell utvidgning av nationella vaccinationsregistret

Nationella vaccinationsregistret (NVR) är ett verktyg för att följa upp effekten av nationella vaccinationsprogram samt för att följa upp covid-19-vaccinationer. NVR förenklar datainsamling på nationell nivå. Registret ger möjlighet till en heltäckande och kvalitetssäker nationell övervakning av vaccinationstäckning, skyddseffekt och eventuella biverkningar. Rapporteringen är obligatorisk och regleras i lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m. Det är Folkhälsomyndigheten som ansvarar för registret.

Tillämpningsområdet för lagen om register över nationella vaccinationsprogram m.m. utvidgades den 1 januari 2021 till att även om-

fatta behandling av uppgifter om vaccinationer mot sjukdomen covid-19. Det kan finnas anledning att kunna registrera och därmed på ett betryggande sätt följa vaccinationer vid framtida pandemiska utbrott. Det är exempelvis värdefullt att snabbt kunna få en fullständig bild över hur många som fått ett vaccin för att kunna värdera rapporter om misstänkta eller sällsynta biverkningar. Registret kan innehålla uppgifter som är värdefulla för Läkemedelsverket för säkerhetsövervakning.

Utredaren ska därför

- analysera behovet av och, om det bedöms lämpligt, lämna förslag om att utvidga tillämpningsområdet för lagen om register över nationella vaccinationsprogram till att omfatta även pandemi-vaccinationer,
- analysera och lämna förslag på hur uppgiftslämnandet till Läkemedelsverket ska kunna gå till på ett sätt som inte förutsätter att den absoluta sekretessen i NVR bryts, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

I uppdraget ingår att lämna konsekvensbedömningar av de förslag som ges. I synnerhet ska konsekvenserna för näringsliv, föreningsliv, staten, kommuner och regioner samt för enskilda individer beskrivas. Om förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, regionerna eller kommunerna, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas. Om förslagen medför kostnadsökningar för staten, regionerna eller kommunerna, ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsbedömning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av utredningens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas. Vad gäller konsekvenser av eventuella förslag som rör smittbärandepennningen ska de administrativa och ekonomiska konsekvenserna för Försäkringskassan särredovisas. Utredningen ska göra en samlad bedömning av den administrativa

börda och de ekonomiska konsekvenser som kan uppkomma för företag och andra privata aktörer.

Utredaren ska även analysera samtliga förslags förhållande till EU-rätten och Europakonventionen, beakta förslagens relation till folkrätten i övrigt samt beakta reglering kring offentlighet och sekretess och behandling av personuppgifter.

Erfarenheter från covid-19-pandemin, och de åtgärder som vidtagits med anledning av den, har drabbat olika grupper av individer på olika sätt vilket kan få konsekvenser för jämställdheten och jämlikheten i hälsan. Det är därför viktigt att integrera ett jämställdhetsperspektiv i utredningen. Om förslagen kan leda till olika utfall för kvinnor och män, eller för vissa grupper av kvinnor och män, eller om de särskilt berör kvinnor eller män, flickor eller pojkar, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska bedriva sitt arbete utåtriktat och ska i relevant omfattning inhämta kunskap, erfarenheter och synpunkter från Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Arbetsgivarverket, Polismyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Statens veterinärmedicinska anstalt, länsstyrelserna och andra statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner, näringslivsorganisationer samt övriga relevanta aktörer. I relevanta delar ska utredaren även samråda med företrädare för regioner och kommuner och privata aktörer som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I den mån det bedöms som motiverat ska utredaren även inhämta kunskap och erfarenheter från andra länder.

Utredaren ska beakta relevant arbete inom området, exempelvis Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap (S 2018:09) och Coronakommissionen (S 2020:09).

En delredovisning avseende deluppdraget om extraordinära smittskyddsåtgärder ska lämnas senast den 15 maj 2022.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 september 2023.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2022:110

Tilläggsdirektiv till Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04)

Beslut vid regeringssammanträde den 7 juli 2022

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 september 2021 kommittédirektiv om författningsberedskap inför framtida pandemier (dir. 2021:68).

Uppdraget ändras nu på så sätt att utredaren inte ska utreda deluppdraget om en eventuell utvidgning av nationella vaccinationsregistret.

En analys av behovet av en eventuell utvidgning av nationella vaccinationsregistret kommer att göras inom ramen för ett annat uppdrag (dir. 2022:109).

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 1 september 2023.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2023:104

Tilläggsdirektiv till Utredningen om författningsberedskap inför framtida pandemier (S 2021:04)

Beslut vid regeringssammanträde den 29 juni 2023

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 september 2021 kommittédirektiv om författningsberedskap inför framtida pandemier (dir. 2021:68). Genom tilläggsdirektiv begränsades uppdraget (dir. 2022:110).

Uppdraget ändras nu på så sätt att utredaren inte ska utreda deluppdraget om att göra en översyn av smittskyddslagen och en översyn av behovet av nya bestämmelser för att motverka trängsel eftersom de kommer att göras inom ramen för ett annat uppdrag (dir. 2023:106).

Utredningstiden ligger fast. Uppdraget ska alltså redovisas senast den 1 september 2023.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2023

Kronologisk förteckning

1. Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. Ju.
2. En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. Fi.
3. Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. Ju.
4. Posttjänst för hela slanten. Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. Fi.
5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. S.
6. En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. Fi.
7. På egna ben. Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. A.
8. Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. A.
9. Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. S.
10. Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. S.
11. Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. KN.
12. Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. Ju.
13. Patientöversikter inom EES och Sverige. S.
14. Organisera för hållbar utveckling. KN.
15. Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en starkt bioekonomi. LI.
16. Staten och betalningarna. Del 1 och 2. Fi.
17. En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. Ju.
18. Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. KN.
19. Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. U.
20. Förbud mot bottenrålning i marina skyddade områden. LI.
21. Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. U.
22. Datalagring och åtkomst till elektronisk information. Ju.
23. Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. S.
24. Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. A.
25. Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. Ju.
26. Översyn av entreprenörsansvaret. A.
27. Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. LI.
28. Samhället mot skolattacker. U.
29. Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? S.
30. Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. S.
31. Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. U.
32. Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. Ju.
33. Ett förbättrat resegarantisystem. Fi.
34. Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. Ju.
35. Nya regler om hållbarhetsredovisning. Ju.
36. Genomförande av minimilöne-direktivet. A.

37. Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldsintyg och oskuldssingrepp samt omvändelseförsök. Ju.
38. Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldssättning. Fi.
39. En inre marknad för digitala tjänster – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Fi.
40. Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. S.
41. Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. A.
42. Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intyganden. UD.
43. En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. Fi.
44. En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. Ju.
45. Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. Fi.
46. Jakt och fiske i renbetesland. LI.
47. En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. Fi.
48. Rätt förutsättningar för sjukskrivning. S.
49. Skyddet för EU:s finansiella intressen. Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. Fi.
50. En modell för svensk försörjningsberedskap. Fö.
51. Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. Fö.
52. Ett stärkt och samlat skydd av välfärdssystemen. S.
53. En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet. Volym 1 och 2. S.
54. Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. Fi.
55. Vem äger fastigheten. Ju.
56. Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen. S.

Statens offentliga utredningar 2023

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- På egna ben.
 - Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. [7]
- Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. [8]
- Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. [24]
- Översyn av entreprenörsansvaret. [26]
- Genomförande av minimilönedirektivet. [36]
- Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. [41]

Finansdepartementet

- En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. [2]
- Posttjänst för hela slanten.
 - Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. [4]
- En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. [6]
- Staten och betalningarna. Del 1 och 2. [16]
- Ett förbättrat resegarantisystem. [33]
- Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldssättning. [38]
- En inre marknad för digitala tjänster - kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [39]
- En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. [43]
- Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. [45]
- En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. [47].

- Skyddet för EU:s finansiella intressen.
 - Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. [49]
- Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. [54]

Försvarsdepartementet

- En modell för svensk försörjningsberedskap. [50]
- Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. [51]

Justitiedepartementet

- Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. [1]
- Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. [3]
- Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. [12]
- En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. [17]
- Datalagring och åtkomst till elektronisk information. [22]
- Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. [25]
- Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. [32]
- Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. [34]
- Nya regler om hållbarhetsredovisning. [35]
- Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldsintyg och oskuldssingrepp samt omvändelseförsök. [37]
- En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. [44]
- Vem äger fastigheten. [55]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. [11]
Organisera för hållbar utveckling. [14]
Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. [18]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. [15]
Förbud mot bottentrålning i marina skyddade områden. [20]
Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. [27]
Jakt och fiske i renbetesland. [46]

Socialdepartementet

Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. [5]
Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. [9]
Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. [10]
Patientöversikter inom EES och Sverige. [13]
Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. [23]
Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? [29]
Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. [30]
Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. [40]
Rätt förutsättningar för sjukskrivning. [48]
Ett stärkt och samlat skydd av välfärdssystemen. [52]
En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet. Volym 1 och 2. [53]

Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen. [56]

Utbildningsdepartementet

Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. [19]
Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. [21]
Samhället mot skolattacker. [28]
Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. [31]

Utrikesdepartementet

Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intyganden. [42]