



Nordiska
ministerrådet



Välfärdens resiliens vid kriser i Norden

Genusperspektiv på utmaningar
och vägar framåt inom hälso-
och sjukvården

Innehåll

Om publikationen	3
Inledning:	7
Angelica Simonsson	7
Den gömda välfärden:	28
John Lapidus	28
Vård och omsorg av äldre för stärkt krisberedskap	46
Ann Liljas och Bo Burström	46
om den	63
Krisen är redan här – frågan är vem som har tid att ta hand om den	64
Paula Mulinari	64
Vem ser till att vi får vård och omsorg om det blir krig?	81
Ann-Zofie Duvander och Minna Lundgren	81
Avslutning med nyckelbudskap	99
Om den här publikationen	102

Om publikationen

Hur kan vi stärka krisberedskapen och öka välfärdens resiliens i Norden – med fokus på hälso- och sjukvård? Hur kan vi bättre förstå och analysera utmaningar och möjligheter för att fatta bättre beslut? De senaste årens finanskris, pandemi, krig, miljö- och klimathot vittnar om att den globala riskbilden utvecklas snabbt och att hoten mot våra samhällen blir alltmer sammankopplade och komplexa.

Erfarenheter från covid-19-pandemin visar att välfärdens krisberedskap och motståndskraft är avgörande, för såväl en god och jämlik hälsa som för fungerande samhällen i stort. Samtidigt är utmaningarna inom välfärden stora. Behovet av välfärdstjänster, med fokus på hälso- och sjukvård, ökar i en takt som gör att arbetskraften inte räcker till. De demografiska utmaningarna med en ökande medellivslängd och en åldrande befolkning återfinns i hela Norden.

Kompetensförsörjning är därför en av välfärdens största utmaningar. Ny-rekryteringar behövs, men också bättre förutsättningar så att de som redan arbetar inom hälso- och sjukvården stannar kvar. Frågor om välfärdens organisering, styrning och samordning är centrala, i och med att kompetensförsörjning inbegriper många olika aktörer på flera nivåer (Vold Hansen et al., 2023).

Både problembild och analys behöver även omfatta genusperspektiv. I annat fall riskerar vi att missa viktiga pusselbitar i byggandet av välfärdens framtida resiliens. Många yrken inom vårdsektorn är kvinnodominerade och specialiseringar är könsuppdelade. Lönerna är generellt låga, jämfört med mansdominerade yrken med liknande utbildnings- och kompetenskrav. Dessutom är föreställningar om både behov och kompetens inom sektorn starkt könsmärkta, och medverkar till att förstärka den könssegregerade arbetsmarknaden. Den vård som ges är inte heller jämlik. Det finns stora regionala variationer i tillgång till vård, och skillnader mellan hur kvinnors och mäns vårdbehov tillgodoses. I förlängningen riskerar detta bidra till att öka sårbarheten vid framtida kriser inom hälso- och sjukvården.

Lärdomar från covid 19-pandemin visar också att krishanteringen gick hand i hand med utvecklande av kunskap. Det blev samtidigt tydligt att det är utmanande att tillämpa tidigare lärdomar på nya krissituationer. Därför har Nordiska minister-rådet tagit initiativ till denna publikation, som tagits fram av NIKK, Nordisk information för kunskap om kön, placerat på Nationella sekretariatet för genusforskning, Göteborgs universitet. I publikationen bidrar forskare inom global folkhälsa, ekonomisk historia, demografi, sociologi och socialt arbete med reflektioner och problematiseringar i fyra essäer. Med avstamp i sina forsknings-

resultat öppnar de upp för nya perspektiv, frågeställningar och möjliga lösningar inför framtida kriser. Publikationens övriga texter är skrivna av Angelica Simonsson, forskare inom pedagogik och utredare vid Nationella sekretariatet för genusforskning.

Metod

Den här publikationen tar avstamp i uppdraget att med utgångspunkt i forskningsgrundad kunskap reflektera över resiliens i välfärdens hälso- och sjukvård vid framtida kriser, utifrån genusperspektiv. Att använda genusperspektiv i resonemangen blir en strategi för att komplettera en annars ofullständig analys; det har potentialen att komplettera analyser med mönster, villkor och behov som annars missas. Det blir ett sätt att kompensera, motverka luckor och brister som annars skulle leda till bristfällighet, ineffektivitet och potentiellt svagare resiliens.

Samtidigt är detta område enormt och rymmer ett oöverskådligt antal ingångar, studieobjekt och perspektiv. Publikationen gör inte anspråk på att omfatta hela detta potentiella fält. Målet är istället att föra perspektiv på genus och resiliens närmre varandra och omfatta några konkreta exempel. Att föra några forskares texter samman är ett försök att rama in frågan om resiliens i välfärden på ett nytt sätt, att väcka diskussioner mellan fält och perspektiv som annars inte hade mötts. Målet är att uppmuntra praktik, politik och forskning till ytterligare frågeställningar, i skärningspunkten mellan genus och resiliens i välfärden.

Ansökningsförfarande och uppdrag

Hur har den här publikationen kommit till? Varför skriver just dessa forskare, och varför skriver de i essäform?

Under våren 2024 gjorde NIKK en öppen utlysning riktad mot doktorander och disputerade forskare, som uppmuntrades att skriva en essä med utgångspunkt i sin tidigare forskning. Syftet med publikationen: att bidra till ökad kunskap för att bättre förstå och analysera utmaningarna, och på så sätt ge bättre möjlighet till att fatta beslut som stärker krisberedskapen och ökar välfärdens resiliens i Norden. Utlysningen annonserades brett av NIKK. Riktade utskick gjordes också till specifika forskningsmiljöer och enskilda forskare som identifierats som relevanta för ämnet. Syftet med denna breda utlysning var att väcka intresse hos forskare inom skilda forskningsfält, dels för att kunna samla olika, nya och angelägna perspektiv, och dels för att sätta dessa i samtal med varandra.

Ansökan begränsades till att handla om det övergripande temat framtida krisscenarier och uppdraget var att texterna skulle vara av utforskande karaktär, men ta avstamp i forskningsbaserad kunskap (essäform). Tre utgångspunkter skulle utgöra en gemensam grundstomme, de skulle utforska:

1. resiliens och beredskap vid framtida kriser
2. i Norden
3. ur genusperspektiv

Dessa tre utgångspunkter var avsiktligt brett formulerade för att rymma en mångfald av inriktningar och tolkningar. Vidare skulle förslaget på text bidra med nya och angelägna perspektiv inom minst ett av tre teman:

1. hälso- och sjukvårdens organisering och styrning
2. hälso- och sjukvårdens yrken, professioner och kompetensförsörjning
3. arbetsmiljö och arbetsvillkor inom hälso- och sjukvården

De sex forskare som finns representerade med fyra texter i den här publikationen antogs i konkurrens. Deras förslag på essäer bedömdes väcka nya angelägna frågor, med utgångspunkt i forskningsgrundad kunskap. Angelica Simonsson, Fredrik Bondestam och Ulrika Jansson, samtliga vid Nationella sekretariatet för genusforskning, har fungerat som redaktörer för textbidragen.

Disposition

I publikationens inledning introduceras begreppen resiliens, genus, hälso- och sjukvård, samt hur de kan förstås tillsammans. Särskilt fokus läggs på hur resiliens- och genusperspektiv kan förstås i hälso- och sjukvårdskontexten.

Därefter ges en beskrivning av essän som textform och de fyra essäerna introduceras genom kortare sammanfattningar.

Därefter kommer publikationens fyra huvudtexter, skrivna av sex forskare inom ekonomisk historia, global folkhälsa, socialt arbete, demografi och sociologi.

I avslutningen summeras forskarnas huvudsakliga poänger. Nyckelbudskap och perspektiv att ta med inför framtida diskussioner lyfts fram för att bidra med fördjupning om välfärdens resiliens vid framtida kriser i Norden.

Inledning av

Angelica Simonsson



Inledning:

Resiliens, genus och hälso- och sjukvård i Norden

Angelica Simonsson

Varför genusperspektiv på resiliens och hälso- och sjukvård?

De nordiska välfärdsstaterna har länge setts som förebilder i att kombinera jämlikhet, tillgänglighet och hög livskvalitet. Covid-19-pandemin och andra samhällskriser har dock blottlagt flera sårbarheter i hälso- och sjukvårdens motståndskraft, särskilt kopplade till genusstrukturer och jämställdhet. För att säkerställa att välfärdssystemet förblir hållbart och inkluderande även under press, krävs därför en tydligare förståelse för könade dimensioner av resiliens. Men hur hänger kris, resiliens och kön ihop?

För att hjälpa tanken på traven tar vi avstamp i resonemang om hur tidigare erfarenheter och kollektiva förståelser präglar våra tolkningar av vad som utgör fara och kris. Att sitta om framtiden och dess möjliga faror och räddningar har nämligen en tendens att bygga på våra erfarenheter och bilder av det som redan varit. Samtida tolkningar av vad som utgör fara och kris bygger till stor del på tidigare erfarenheter och gemensamma förståelser.

Vår förståelse av vad som är en kris verkar kräva en slags dramaturgi. En kris är något utöver det vanliga, och som sådan föreställer vi oss att den börjar någonstans, övergår i ett crescendo och sedan tar slut. Krisen har ett före och ett efter. De som avhjälpas krisens faror och motverkar krisens misär agerar i en bestämd tidsrymd. Dessa hjältedådiga praktiker identifieras ofta som extraordinära och nödvändiga. Det lyfts upp ur det vardagliga, synliggörs som något fantastiskt, bra och avgörande. Inte sällan finns dock andra människor runt omkring, vars bedrifter tas förgivna och hamnar i skymundan.

Under covid-19-pandemin synliggjordes hjältar och hjältedåd i annan rustning än vad vi tidigare varit vana vid. Undersköterskornas och sjuksköterskornas vita, blå och gröna vårdkläder fick plötsligt en annan innebörd i den kollektiva förståelsen av fara och räddning. Detta var rustningar som fick coronavirus och farlig sjukdom på flykt. Medicinsk scrubs, plastvisir och ansiktsmask blev symboler för motståndskraft, och de som dagligen bar dem sågs outtröttligt uträtta hjältedåd. I Storbritannien applåderades dagligen vårdpersonal när de lämnade sina hem, för att

bege sig ut i vad som förstods som en strid. I de nordiska länderna fick inte applåderandet fäste på samma sätt, men under en period delades matlådor ut till vårdpersonalen, och den obestridliga allmänna överenskommelsen var att denna vårdpersonal begick hjältedåd och stred för oss alla. Under en period förvandlades den kollektiva förståelsen av den kvinnodominerade vård- och omsorgssektorn. Här stod en strid och här stred hjältar. Under en period. Sedan trädde vaccinen in på arenan och dess forskande upphovspersoner tog steg för steg över hjältestatusen. Arbetet på vårdgolvet fortsatte, men matlådorna blev färre. Krisen ansågs var över.

Det var dock inte bara applåder som kantade undersköterskornas, sjuksköterskornas och vårdbiträdenas arbetsliv under covid-19-pandemin. De som arbetade på golvet fick också ta emot rejäla doser skäll och kritik, inte minst från anhöriga till sjukdomsdrabbade, och för omständigheter som sköterskorna och biträdena i många fall själva var mer än missnöjda med, men inte hade något mandat att förändra. På golvet hamnade de i kläm, där de verkade mellan byråkrati och budgetar å ena sidan, och etiskt handlande, stress och medmänsklighet å den andra.

Med avstamp i denna tillbakablick på covid-19-krisen kan vi se hur reflektioner över resiliens vid framtida kriser befinner sig i en skärningspunkt mellan förståelser av tid, kris, genus och arbete. Det kräver av oss att vi förmår rota runt i, bena ut och utmana våra föreställningar om vad en kris är, vilken välfärdens funktion och värde är, och hur framtiden någonsin kan (före)speglas. Det kräver också att vi granskar och utmanar hur bilder av femininitet och maskulinitet präglar förståelsen av kvinnor som grupp och män som grupp, och hur det arbete de utför förväntas vara och värderas i allt detta. Annorlunda uttryckt skulle vi istället kunna säga: en bristfällig föreställningsförmåga om vilka hjältedåd som kommer att rädda oss och hålla samhället samman och igång vid kriser i framtiden, riskerar att skapa farligt ofullständiga bilder av vad framtida resiliens är och bör vara.

Föreställningar om välfärd och resiliens

Den föreställda resiliensen i välfärden hör tätt samman med föreställningar av vad välfärden är och kan vara. Det är därför relevant att ställa sig frågan om det finns en dubbeltydighet i de traditionella men likväl rådande föreställningarna om välfärd och resiliens. Vad präglar förståelser av välfärd och vad präglar förståelser av resiliens? Vilka är de människor som utför arbetet inom välfärdssektorn och vilka är de behov som kräver välfärdens arbete?

Välfärdens hälso- och sjukvårdssektor är starkt kvinnodominerad som arbetsplats. Arbetet i sig, det omsorgs- och sjukvårdande arbetet, könskodas ofta som feminint, eller åtminstone inte som maskulint. Behovet av vård, detta med att behöva hjälp och omsorg för att klara sig, ses i en traditionell men rådande samtid ofta som tecken på svaghet och blir därmed även det ofta könskodat som feminint, eller

åtminstone inte som maskulint. Detta trots att såväl män som kvinnor behöver vård och omsorg under livsloppets gång.

Vad är då resiliens? Vilka föreställningar finns om resiliens och resilienta system? Begreppet och dess innebörd är mångfacetterat och kommer att diskuteras mer ingående längre fram. I nuläget kan vi dock uppehålla oss vid dess konnotationer till motståndskraft och robusthet. För att vara resilient verkar kraftfullhet och styrka krävas. I vår samtids traditionella förståelse av femininitet och maskulinitet kopplas detta oftast samman med det senare.

Hur ska en sektor, som präglas av en starkt kvinnodominerad arbetskraft och som identifierar och tillgodoser feminint kodade behov, kunna förstås som stark, robust, tålig, motståndskraftig, resilient? Det kan kräva en del tankearbete, utmana den egna förståelsen av kön och hur olika handlingar ofta kopplas till föreställningar om kön. För resiliens inom välfärdens hälso- och sjukvård handlar inte bara om teknik, resurser eller organisation, utan i hög grad också om relationer, rättvisa och representation. Att stärka medvetenheten om relationen mellan genus och resiliens är därmed inte en extrainsats, utan en nyckel till hållbar resiliens vid framtida kriser i den nordiska välfärdens hälso- och sjukvård.

Välfärdens hälso- och sjukvårdssystem i Norden

De nordiska ländernas välfärdsmodeller och hälso- och sjukvårdssystem ser lika men också olika ut. Dessa korta avsnitt gör inte anspråk på att sammanfatta eller omfatta helheten eller detaljer i systemen. Syftet med avsnitten är att de ska utgöra en tillräcklig kontext för publikationens essäer och de övergripande frågorna om genus och resiliens.

Nordiska välfärdsmodeller

Det finns inte någon vedertagen enskild definition av "den nordiska välfärdsmodellen" (Kvist et al., 2012). Däremot kan en del gemensamma drag och skillnader beskrivas. Översiktligt kan sägas att det nordiska välfärdsbegreppet är brett och omfattar både materiella och immateriella resurser, där kollektiva resurser ses som viktiga i många faser av livet (Kvist et al., 2012). Esping-Andersen (1990) kategoriserar de nordiska modellerna som socialdemokratiska, och jämför dem med mer liberala eller konservativa modeller. De nordiska välfärdsstaterna riktar inte enbart in sig på att avhjälpa problem när de uppstått, utan försöker också förhindra att de uppstår. Det kan exempelvis göras genom att sträva efter att ändra strukturella inkomstskillnader och minska sociala skillnader i människors möjligheter att arbeta och bilda familj (Kvist et al., 2012). De nordiska välfärdsstaterna bygger på dessa grundprinciper, samtidigt som marknadsliberala idéer och lösningar är mycket vanliga idag. De gemensamma dragen i modellerna inkluderar bland annat:

universella förmåner där alla har rätt till grundläggande välfärdstjänster oavsett inkomst, höga offentliga utgifter som finansieras genom skatter, en stark offentlig sektor som tillhandahåller vård, skola och omsorg, samt omfattande socialförsäkringar med fokus på exempelvis arbetslöshetsersättning, pension, sjuk- och föräldraförsäkring. Skillnader mellan de nordiska modellerna består bland annat av olika nivåer av de/centralisering, olika nivåer och organisering av privata utförare av välfärdstjänster, olika lösningar för deltagande och säkerhet på arbetsmarknaden, samt olika omfattande jämställdhetspolitiska tilltag.

Perspektiv på nordiska välfärdsmodeller

Den universella tillgången till välfärdstjänster har bidragit till en hög grad av jämlikhet i de nordiska länderna (Kvist et al., 2012). När nordisk särprägel beskrivs är det dock viktigt att inte överförenklat återskapa vad som ibland kallas för "nordisk exceptionalism" (Keskinen et al., 2021). Denna exceptionalism har lite olika innebörd inom olika akademiska ämnesområden. Gemensamt är att begreppet används för att beskriva hur den nordiska särprägel ofta framhålls som särskilt rättvis, jämlik eller jämställd, samtidigt som beskrivningar av exempelvis de nordiska staternas koloniala historia eller nuvarande ihållande ojämlikheter inte benämns, eller åtminstone bekvämt förpassas till sidlinjen (för vidare läsning, se exempelvis Keskinen et al., 2021; Angell & Larsen, 2022; Larsen et al., 2021b).

De nordiska välfärdsstaternas grundbultar, syfte, system och organisering har belysts och kritiserats beträffande hur de fungerar i praktiken, vad deras effekter är och har varit, samt gällande hur föreställningar om den nordiska välfärdsmodellen varit förenklande. Detta har gjorts ur lite olika perspektiv och med fokus på olika delar av såväl välfärdsmodellerna som deras hälso- och sjukvårdssystem. Jämställdhetsindex visar till exempel ofta att de nordiska länderna är bland de mest jämställda i världen, men indexen är ofta förenklande och riskerar på så sätt att bidra till en skev, eller åtminstone reducerande, bild av jämställdheten i Norden (Kirkebø et al., 2021). Von Saenger (2025) menar exempelvis att den svenska välfärdsmodellen utmanas i dagens samhällsutveckling.

Trots en stark välfärdsstat syns sprickor tydligt i vårderna av äldre, med ojämlikheter mellan kvinnor och män och med kopplingar till socioekonomisk status (von Saenger et al., 2023). Von Saenger et al. (2023) visar hur döttrar i arbetarklassen i större grad än andra vårdar sina föräldrar. Denna informella del av välfärden, med ett ansvarstagande som är ojämlikt fördelat över befolkningen, behöver studeras och problematiseras, bortom förenklande index. För att förstå effekterna av välfärdens modeller och system behöver komplexiteten i människors levnadsvillkor beaktas. Ojämlikheten i hälsa verkar exempelvis inte vara mindre i de nordiska länderna än i andra västeuropeiska länder, något som lyfts fram som paradoxalt givet dessa länders omfördelade socialpolitik (Dahl & van der Wel, 2016). För att studera och slutligen komma till rätta med detta är det viktigt att ta itu med just ojämlikheten, snarare än att först och främst problematisera hälsoaspekter

(Douglas, 2016). Douglas (2016) menar att vi måste gå bortom *hälsa* och frågar retoriskt varför vi inte tar itu med roten till ojämlik hälsa, nämligen *ojämlikheten* i samhället.

Nordiska hälso- och sjukvårdssystem

I en rapport gör Schmidt et al. (2022) en översiktlig sammanfattning av de nordiska hälso- och sjukvårdssystemen. Här nedan ges en kortfattad beskrivning av de fem nordiska länderna Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige, huvudsakligen baserad på denna rapport.

De nordiska hälso-och sjukvårdssystemen är samtliga i hög grad offentligt finansierade. Övergripande regleras dessa länders hälso- och sjukvårdssystem av en hälso- och sjukvårdslag, samt andra lagar som reglerar omsorg, socialtjänst och patientsäkerhet. Danmark, Finland, Norge och Sverige har tre administrativa nivåer, medan Island har två. Systemen beskrivs generellt som i relativt hög grad decentraliserade, förutom Norge som beskrivs som halvcentraliserat.

I Danmark utför den nationella nivån tillsyn, den regionala nivån organiserar specialist -och psykiatrivård, medan den kommunala nivån bedriver primärvård och ger omsorgstjänster. Utmaningar i det danska systemet beskrivs bland annat vara svårigheter med koordinering av primärvård, socialtjänst och specialistvård.

I Finland står den nationella nivån för lagstiftning, reglering och tillståndsprövning, medan de 21 så kallade välfärdsområdena sedan 2023 tillhandahåller omsorg och hälso- och sjukvårdstjänster. Utmaningar i det finska systemet beskrivs handla om koordinering och jämlikhet, något man hoppas förbättras genom den relativt nya strukturreformen.

I Norge bedrivs lagstiftning och budgettilldelning på nationell nivå, på den regionala nivån finns myndigheter med ansvar för specialistvård och på kommunal nivå bedrivs primärvård av allmänläkare med egna verksamheter. Utmaningar i det norska systemet beskrivs bland annat vara samarbetet mellan kommunal och regional nivå.

På Island organiseras och planeras vård på regional nivå medan den lokala nivån tillhandahåller vårdtjänster. Utmaningar i det isländska systemet beskrivs bland annat vara problem med fragmentering och utmaningar inom primärvård.

I Sverige står den nationella nivån för lagstiftning och fördelning av statsbidrag, den regionala nivån tillhandahåller specialistvård, psykiatri och primärvård, medan den lokala nivån står för omsorg och socialtjänst. Utmaningar i det svenska systemet beskrivs bland annat vara en svag primärvård och en relativt låg andel invånare med fast vårdkontakt. På senare år har olika satsningar och reformer

initierade från den nationella nivån försökt stärka den nära vården, men hittills med begränsade resultat.

Fokus i rapporten (Schmidt et al., 2022) är de nordiska ländernas arbete mot en mer sammanhållen vård och omsorg, varför perspektiv på detta framhålls särskilt. Det är dock slående att alla fem länder beskrivs ha gemensamma utmaningar med (1) samordning vid ansvarsskiften, dvs när en patient rör sig mellan olika administrativa nivåer, (2) dimensionering och koordinering av primärvården, och (3) den demografiska utvecklingen, med en ökande äldre befolkning och en minskande yngre befolkning.

En snabb översikt som denna gör det tydligt att de nordiska ländernas hälso- och sjukvårdssystem fungerar olika avseende styrning, organisering och ansvar. Med en gemensam utgångspunkt i välfärdsstatens grundprinciper om universell välfärd har olika hälso- och sjukvårdssystem utvecklats. Det skiljer sig åt både vad gäller nivåer, samt hur ansvar och mandat är fördelat inom och mellan dessa nivåer. Uppdraget för systemen är med andra ord någorlunda likadant, men förvaltningen skiljer sig. Därmed finns också förutsättningar för skillnader i hur systemen agerar och reagerar vid kriser. Vold Hansen et al. (2023) lyfter exempelvis aspekter av möjligheter till flexibilitet och standardisering utifrån de skilda förutsättningar som finns i Norge och Sverige, gällande central styrning och samordning i sjukvårdssystemen. Detta kan, enligt Vold Hansen et al. (2023), ha påverkat effekterna av covid-19-pandemin i de båda länderna. Den nordiska välfärdens ramverk och de hälso- och sjukvårdssystem som dessa omfattar har med andra ord både liknande och skilda förutsättningar att ta hand om framtida kriser. Detta för resonemanget över till resiliens i välfärden, vilket diskuteras i nästkommande avsnitt.

Vad är resiliens?

Resiliens är ett mångfacetterat begrepp som används i många olika sammanhang, men övergripande kan det sägas handla om förmågan att motstå, anpassa sig till och återhämta sig från påfrestningar eller kriser. Ett annat sätt att uttrycka det är att det handlar om att hantera press genom att anpassas till något nytt, eller förmågan i ett system att återgå till "det normala" efter en oförutsedd händelse (Wiig et al, 2020). Ytterligare ett sätt att förstå resiliens är att säga att det handlar om ett systems förmåga att både hantera förändring och att fortsätta utvecklas (Stockholm Resilience Centre, u.å.). System förstås här i vid och ospecificerad bemärkelse, och kan vara allt från en individ till en skog eller ekonomi. Grundläggande i dessa översiktliga sätt att beskriva resiliens är att det i system som utsätts för störningar också finns grunder till förnyelse. Begreppet försöker fånga förmågan att hantera och nyttja förändring, inom ett givet system.

Resiliens inom olika samhällsområden

Resiliens är således ett begrepp som används och diskuteras inom flera olika samhällsområden och därmed är begreppet flertydigt; beroende på vilket område som diskuteras har begreppet delvis olika betydelse.

Inom det breda miljöområdet problematiseras exempelvis förmågan hos olika ekosystem att stå emot och återhämta sig efter exempelvis bränder eller stormar. Inom samhällsplanering problematiseras samhällets förmåga att stå emot, anpassa sig efter och återhämta sig från exempelvis en översvämning i städer med viss stadsplanering. Inom teknikområdet problematiseras hur olika it-system ska kunna stå emot cyberattacker. I ekonomiska termer problematiseras marknadens förmåga att stå emot och återhämta sig exempelvis vid en finanskris. Inom psykologin problematiseras individers förmåga att stå emot och återhämta sig från olika typer av stress och trauman såsom en skilsmässa. Och så vidare.

Även inom ett och samma område kan begreppet ha flera betydelser, bland annat beroende på vilken nivå av systemet som avses; handlar det om resiliens på global, nationell, regional, lokal eller individuell nivå? Det finns också en tidsdimension inbyggd, som påverkar vilken typ av resiliens som avses; handlar det om resiliens före, under, eller efter en förändring eller en chock (Ignatowicz, 2023), alternativt, åsyftas hela tidsspannet? Förståelser av kriser har ju, som nämnts, en viss dramaturgi.

Värdering av tid och belastning

En gemensam innebörd är dock att resiliens ses som en slags mångdimensionell process, som handlar om ett systems förmåga att förhålla sig till tidsbegränsade perioder av större utmaningar, chocker eller högre belastning än vanligt. Detta inbegriper således både en värdering av tidsaspekten (vad utgör en tidsbegränsad period?) och en värdering av belastningen (vad utgör "normal" och "onormal" belastning?) i systemet. Som synes finns det därför i begreppets innebörd ett utrymme för olika tolkningar och perspektiv.

Om resiliens i hälso- och sjukvården ska diskuteras behöver därför också frågan lyftas om hur och när det skapas konsensus och förståelser om dessa tids- och värderingsaspekter. Att slå fast vad som utgör resiliens inom ett givet system kan ses som ett maktutövande; en viss tidsperiod och belastningsnivå ramas in som extraordinär medan en annan tidsperiod och belastningsnivå ramas in som det normala. Vem har tolkningsföreträde i dessa avvägningar och vad får det för konsekvenser?

Resiliens som perspektiv på hälso- och sjukvård

Istället för att tala om vad resiliens är, att resiliens omfattar ett visst område eller utgörs av en viss typ av säkerhetssystem eller anpassningsbarhet inom ramen för ett ekosystem, ett sjukvårdssystem eller en stad, kan resiliens också förstås som ett *perspektiv*. Likt andra perspektiv, såsom exempelvis genusperspektiv, bottenar det för olika aktörer i en uppsättning hållpunkter att ta i beaktande vid en analys.

Genusperspektiv på hälso- och sjukvård kan exempelvis rikta ljuset mot hur vård organiseras, ges och tilldelas mellan och inom kvinnor som grupp och män som grupp, samt hur detta verkar ske på olika sätt och på delvis olika premisser.

Resiliensperspektiv på hälso- och sjukvårdssystemet riktar på motsvarande sätt ljuset mot förmågan och oförmågan inom olika delar av systemet att stå emot, vara flexibelt, anpassas, lära och utvecklas. Att ställa frågan 'Vad är resiliens inom hälso- och sjukvården?' kan därför bli något missvisande. Beroende på vilket perspektiv som används kommer olika delar av hälso- och sjukvården att framträda som mer eller mindre viktiga att undersöka och diskutera. Tänker vi främst utifrån vårdtagare eller vårdgivare? Menar vi vård lokalt, regionalt, nationellt, nordiskt eller internationellt? Väver vi in faktorer såsom exempelvis ålder, funktionsvariation, etnicitet, migrationsbakgrund och utbildningsnivå?

Att tala om resiliens som ett perspektiv på hälso- och sjukvården öppnar således upp för att ställa nya frågor och att rikta ljuset mot systemen på delvis nya sätt. Det ställer också krav på de analyser som görs; det handlar inte om att identifiera och definiera ett område ('*det här* är resiliens i hälso- och sjukvården!') som sedan kan lämnas över till politik och praktik för att staka ut och förvalta. Istället handlar det om att problematisera ett empiriskt område med hjälp av analytiska begrepp, för att på så sätt få syn på sådant som tidigare kanske varit dolt eller förgivettaget, eller vars innebörd tidigare förståtts på ett annat sätt. Med resiliens som perspektiv finns således möjligheten att få praktik och empirisk data att framträda på lite nya sätt. Resiliensperspektiv på hälso- och sjukvård har därför potential att lägga en särskild lins över blicken som får vissa praktiker, omständigheter eller funktioner att framträda i ett annat ljus.

Olika nivåer och aktörer

Givet vilket perspektiv på resiliens som används fokuseras olika nivåer, aktörer och strategier. Det kan handla om systemnivån, där fokus exempelvis kan ligga på flexibilitet och överskottskapacitet att snabbt omfördela resurser. Det kan handla om individnivån där vårdpersonalens psykologiska och fysiska förmåga får konsekvenser för systemets övergripande kapacitet, vilket inkluderar arbetsvillkor, arbetsmiljö, familjerelationer, med mera. Det kan handla om säker teknologi och digital förmåga, om försörjning av resurser såsom läkemedel och medicinteknisk

utrustning, om organisationens förmåga till lärande, om förmågan till samverkan mellan olika aktörer eller om förmågan till jämlik fördelning av vårdbehov och vårdgivande. Listan kan göras lång.

Resiliens inom vårdforskning

I vårdforskning lyfts resiliens ofta fram som en viktig komponent för att säkerställa att hälso- och sjukvårdssystemen kan möta utmaningar och fortsätta leverera högkvalitativ vård (Wiig et al, 2020). I forskningen handlar det också om att avgränsa förståelsen för vad resiliens är och hur den kan mätas (Ignatowicz, 2023). Här handlar resiliens om förmågan att utveckla kvaliteten i systemen, så att dessa kan bibehållas och utvecklas allt eftersom perioder av hög belastning eller oförutsedda chocker drabbar systemen. Al Asfoor et al. (2024) lyfter bland annat fram tillgängliga resurser, nätverk och personalens arbetsmiljö som centrala förutsättningar för resiliens i hälso- och sjukvårdssystem. Det handlar dock inte enbart om att förebygga, stå emot eller anpassas under tider av extra belastning. När resiliens diskuteras inom vårdforskning finns ofta ett brett perspektiv som inbegriper hur hela och delar av vårdkedjan förhåller sig till variationer, men inte enbart sett ur ett förebyggande perspektiv. Diskussionen handlar också om att lära och förbättra, både utifrån det som gått bra och det som gått dåligt (Hedqvist et al, 2024).

Forskning visar att resiliens i sjukvårdssystem behöver utgå från patientens behov (Behrens et al., 2022). Fokus i forskning om resiliens är ofta kvalitet i vården och kopplat till patientsäkerhet. Hur vårdbehoven tillgodoses blir därmed en faktor att beakta utifrån syftet att bibehålla och optimera kvalitet i systemen. Det ska dock understrykas att det finns en stor osäkerhet även inom forskningen om vad resiliens inom hälso- och sjukvården betyder (Ignatowicz, 2023). Forskningsfältet om resiliens inom hälso- och sjukvården har pekats ut som fragmenterad och i behov av mer tydlighet (Agostini et al., 2023).

Ett annat exempel på hur resiliens inom hälso- och sjukvård diskuterats är OECDs (2023) rapport om hur vi kan förbereda oss på nästa kris genom att investera i resiliens i hälsovårdssystemen. Enligt OECD (2023) visade Covid-19-pandemin att hälsovårdssystemen inte är resilienta mot chocker och att detta fick konsekvenser för den globala ekonomin och samhörigheten. I rapporten förstås resiliens som viktig för att hantera en chock. Innebörden av resiliens grundar sig här på en krisförståelse där krisen är oförutsedd, omfattande och tidsbegränsad. I rapporten presenteras några områden inom hälso- och sjukvårdssystemen som särskilt utsatta, vilket får negativa konsekvenser för resiliensen. Bland annat understryks att ojämlikheter gjorde systemen oförberedda, och att systemen före krisen var underbemannade och underfinansierade.

Genus- och resiliensperspektiv på hälso- och sjukvård

När resiliensperspektiv också korsas av genusperspektiv på hälso- och sjukvården läggs ytterligare ett raster över analysen. Det får i sin tur också konsekvenser för såväl praktik, politik som forskning. Med fler perspektiv ges möjlighet att identifiera och lyfta fram fler styrkor, men framför allt skevheter och svagheter i den nordiska välfärdens hälso- och sjukvårdssystem. På så sätt synliggörs systemens konsekvenser för medborgarna, både de som är i behov av vård och de som ger vård. I exemplet med OECDs (2023) rapportresultat blir det exempelvis tydligt att perspektiv på jämlikhet behöver tas i beaktande för att analysen av framtida stärkt resiliens ska bli mer fullständig.

Sociala dimensioner

Resiliensperspektiv korsat med genusperspektiv har potential att belysa och problematisera sociala dimensioner av hälso- och sjukvårdssystemen och deras funktion i samhället. Dessa dimensioner handlar övergripande om hur systemen får olika konsekvenser för olika medborgare i behov av vård, för olika medborgare som ger vård, och för det samhälle som hålls ihop av systemen. Ett system som är rättvist, inkluderande och jämställt kan ur dessa synvinklar ses ha högre motståndskraft, givet konsekvenserna för både vårdtagare, vårdgivare och det samhälle som uppdrar systemet att säkerställa vård och hälsa åt sin befolkning.

OECD (2023) är inte ensamma om att lyfta sociala dimensioner i analyser av hälsovårdssystemens förmåga att vara motståndskraftiga. Tidigare forskning har pekat på att resiliensperspektiv kan synliggöra att villkor såsom begränsade tillgångar till resurser och för få anställda kan utgöra självförvärrande faktorer i systemen (Wiig et al., 2020). Vold Hansen et al. (2023) menar att det behövs "organisatorisk slack" med utrymme för tillräcklig organisatorisk flexibilitet på olika nivåer, för att samordning vid kriser ska fungera väl. Hur exempelvis arbetsvillkor och arbetsmiljö fungerar och strukturerar villkor blir då faktorer att beakta, utifrån syftet att försöka förstå hur kvalitet i systemen kan bibehållas och optimeras under extra press, påfrestning och vid oförutsedda händelser. Arbetsvillkor, arbetsmiljö, relationen mellan arbete, familj och fritid för de som arbetar inom sektorn, med mera, blir på så vis nödvändiga delar av analyser som vill förmå säga något om resiliens inom hälso- och sjukvårdssystemen. Vilka är de som arbetar inom hälso- och sjukvårdssystemen? Hur strukturerar deras villkor möjligheterna till ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem? Hur strukturerar arbetet i systemen möjligheterna till levbara liv för de som bär upp dem?

Intersektionella perspektiv på sårbarhet vid kriser

Forskning lyfter fram vikten av att utgå från patienternas behov i förståelsen av resiliens inom sjukvården (Behrens, 2022). Patienter är en heterogen grupp och tidigare forskning har visat med tydlighet att kriser såsom pandemier och krig tenderar att drabba grupper av individer olika hårt och på olika sätt. Hur hårt en person drabbas och på vilket sätt kan kopplas till faktorer såsom socioekonomisk status eller position, etnicitet, funktionsvariation, kön, med mera (Chisty et al., 2021; Siller et al., 2022; Vedadhir et al., 2023). Sårbarhet och behov av vård är med andra ord inte jämnt fördelat över hela befolkningen, utan kan tydligt kopplas till olika maktordningar såsom kön, etnicitet, funktion och utbildningsnivå.

För att få en så fullständig problembild som möjligt är det alltså nödvändigt med intersektionella perspektiv på resiliens i hälso- och sjukvården. Det ger en mer omfattande bild av hur behoven kommer att se ut, och det ger framför allt möjlighet att förebygga dessa behov genom att göra något åt den ojämlikhet som är det grundläggande problemet. För att förstå ojämlikheter i hälsa menar Hill (2016) att analysen behöver ta hänsyn till både sociala strukturer (såsom exempelvis arbetsmarknad och utbildningssystem), sociala positioner (såsom exempelvis kön, etnicitet, sexualitet) och medierande faktorer (såsom beteende och miljö). Det handlar således om den tankevända som efterfrågats inom forskningen och som nämnts i ett tidigare avsnitt: att tydligare vända fokus mot att ojämlikhet i sig självt är en hälsofaktor (Douglas, 2016).

För att ta det resonemanget vidare, ur ett resiliensperspektiv på hälso- och sjukvård i Norden, blir det nödvändigt att försöka identifiera och åtgärda exempelvis strukturella och sociala faktorer som konstruerar och återupprättar ojämlikhet i samhället. Om välfärdens resiliens ska stärkas verkar alltså även ojämlikheten i samhället behöva minskas.

I publikationens essäer ser vi hur Mulinari problematiserar genus, klass och levbara liv i en analys av tidsaspekter av arbetsvillkor i sjukvården. Det blir tydligt att en analys av hållbarheten i sjukvårdssystemet behöver beakta tidsaspekter av arbetet, utifrån hur de strukturerar och beskär livs- och arbetsvillkor för de som arbetar. I Lapidus text ser vi en problematisering av klass, kön och ålder i sjukförsäkrings-systemen. Texten framhåller vikten av att undersöka komplexiteten i hur en ojämt fördelad tillgång till vård får effekter inte bara för individer utan för tilliten till hela välfärdssamhället. Liljas och Burström problematiserar ålder och kön i analyser av vård och omsorgssystemen för äldre och landar i att resurserna för vård av äldre behöver förstärkas. Duvander och Lundgren lyfter i sin text vikten av att utmana och problematisera gamla genusföreställningar om familj och arbetsliv i beredskapsplaneringen.

Resiliens- och genusperspektiv på fram/tid

Ytterligare en dimension av resiliens- och genusperspektiv på hälso- och sjukvård är vilken tidsrymd som egentligen avses när framtida resiliens diskuteras. I all sin enkelhet, och som Solli (2023, s. 185) skriver i sina reflektioner om välfärden, "[n]är är det framtid?"? Vad händer med vår förståelse av resiliens om vi tänker på den nuvarande situationen inom delar av hälso- och sjukvården såsom redan krisande? Vad händer om vi förskjuter såväl kris- som tidsuppfattningen av framtiden, till att omfatta villkor i samtiden för att ur den synvinkeln kunna problematisera dess inverkan på kommande oförutsedda kriser? Om vi redan står i en kris, förskjuts då vår förståelse för vad som behövs för att resiliensen i framtiden ska stärkas? Om vi redan står i en kris, förskjuts då vår förståelse för o/hållbarheten i det arbete som redan sker i vården idag?

Tid är en nödvändig analytisk dimension och kunskapande riktning i reflektioner om framtida resiliens. Ett genus- och resiliensperspektiv kan problematisera förståelsen av krisen och dess dramaturgi, genom att utmana vår förståelse av den fram/tid som avses. Ett sätt att diskutera resiliens i framtiden är att sätta oro och tid i centrum för tänkandet; genom nutida oro som metod kan vi göra en samtida riskinventering och på så sätt försöka bädda bättre inför framtidens kriser.

Kriser verkar alltså i sin innebörd inkludera ett visst tidsspann, som i sin tur i sina olika skeden kan ses vara kopplade till föreställningar om kön och genus. Orsaker till kriser och den omedelbara hanteringen av sådana tenderar att vara maskulint kodade (Hobbins et al., 2020).

Hur vi förstår kris och risk, *vad* vi förstår som kris och risk, är alltså inte fritt från föreställningar om genus (Hobbins et al., 2020). Det får konsekvenser för förståelsen av *när* (i tiden) en kris är här. Vilken typ av risk eller hot förstås som eller "kvalar in" som rätt eller tillräcklig för att definieras som kris, och av vem? Genus- och resiliensperspektiv på hälso- och sjukvården kan på detta sätt utmana förståelsen av *när* krisen är här, för att på så sätt hjälpa vår möjlighet till att skapa hållbarhet i systemen, både i nutid och i framtiden. Tolkningsarbetet av vad som anses utgöra risk och vad som anses utgöra sårbarhet i samhället påverkas av normer om maskulinitet och femininitet (Ericson, 2020).

Vold Hansen et al. (2023) menar exempelvis att covid-19-pandemin berörde fler och fler områden i takt med att krisen omdefinierades. De beskriver att det som från början begränsades till en hälsokris så småningom kom att utvidgas till en social kris (Vold Hansen et al., 2023). Förståelsen av problemet ger en viss definition, som i sin tur ringar in omfattningen, vilka behov som finns och vilken respons som krävs. På så sätt kommer förståelsen och definitionen begränsa vilken styrning (lagar och regler) och förvaltningsorganisation för kontroll och hantering som aktiveras eller engageras. Det får också konsekvenser för hur människor i samhället föreställs

beröras eller inte. En hälsokris begränsas kanske främst till de som föreställs arbeta inom och behöva sjukvård, medan en social samhällshälsokris blir betydligt mer omfattande.

Ett annat exempel ges av Ericson et al. (2024) som menar att såväl krisberedskap som krishantering är könsbundna. Med genusperspektiv på hanteringen av bland annat skogsbränder visar Ericson et al (2024) hur olika krisrelaterade situationer får eller inte får offentligt erkännande. Maskulint kodade praktiker, de som står längst fram i släckningsarbetet, får mer erkännande och uppmärksamhet i skuggan av det feminint kodade arbetet med omsorg och byråkrati (Hobbins, 2020). Krishanteringssystemet tenderar att uppvisa en form av könssegregerad kedja av yrken, mellan maskulint laddade förstahandssvarare i ena änden av spektrumet och det feminiserade vårdande och stödjande i andra änden, som tar hand om de sårade och traumatiserade (Ericson et al., 2024).

Tidsdimensionen handlar också självklart om att rikta blicken mot frågor som är viktiga för framtiden. Men hur blir vi framtidslitterata; hur kan vi bli bra på att förstå och "läsa" framtiden innan den skett? Med utgångspunkt i befintlig forskning kan frågor ställas om framtida förhållanden och förehavanden. Vi kan använda dimensioner av då- och nutid för att skapa ramar och mönster att projicera föreställningar om framtiden emot.

I publikationens essäer ställs frågor som aktualiserar vikten av att utmana tidsdimensionen i krisuppfattningen. Vad händer när nutiden redan präglas av oro och när vissa redan kunnat för/säkra för framtida ro? I Lapidus text tar vi del av resonemang som utmanar den ordning som finns idag, där vissa grupper i samhället använder privata sjukvårdsförsäkringar. I texten resonerar Lapidus om hur tillit eroderas i välfärdssystem som över tid utvecklas till parallella system, där vissa kan få privat förtur. Oro för framtiden kan på så sätt sprida känslor av både säkerhet och ro in i samtiden. För vissa. Och, hur går det för de äldre där oron redan är utbredd? Liljas och Burström skriver om vård och omsorg om äldre, om erfarenheter som tidigare gjorts under kriser och pandemier bakåt i tiden, men som systemen inte verkar lära av. Hur är det för alla de som redan nu oroligt tar hand om andra? Mulinaris text resonerar om arbetsmiljön och tidsbristen för de sjuksköterskor som arbetar och slits ut under villkor som de själva inte kan styra över, och som får många att inte orka arbeta kvar i yrket. Duvander och Lundgren uppmanar oss att reflektera över hur dåtidens föreställningar om genus, familj och arbete kan ställa till det, när framtida krigsplaceringar ska genomföras. De framhåller vikten av att inte stanna kvar i gamla föreställningar om vem som gör vad i familj och arbetsliv, eftersom det skapar felaktiga förutsättningar när vi föreställer oss hur samhället ska fungera i framtida krissituationer.

Referenser

- Agostini, L., Onofrio, R., Piccolo, C., & Stefanini, A. (2023). A management perspective on resilience in healthcare: a framework and avenues for future research. *BMC health services research*, 23(1), 774–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09701-3>
- Al Asfoor D., Tabche, C., Al-Zadjali, M., Mataria, A., Saikat, S., & Rawaf, S. (2024). Concept analysis of health system resilience. *Health research policy and systems*, 22(1), 43–10. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01114-w>
- Angell, S.I., & Larsen, E. (2022). Introduction: Reimagining the Nordic pasts. *Scandinavian journal of history*, 47(5), 589–599. <https://doi.org/10.1080/03468755.2022.2051599>
- Behrens, D., Rauner, M. S., & Sommersguter-Reichmann, M. (2022). Why resilience in health care systems is more than coping with disasters: Implications for health care policy. *Schmalenbachs Zeitschrift Für Betriebswirtschaftliche Forschung*, 74(4), 465–495. <https://doi.org/10.1007/s41471-022-00132-0>
- Chisty M. A., Dola, S. E. A., Khan, N. A., & Rahman, M. M. (2021). Intersectionality, vulnerability and resilience: why it is important to review the diversifications within groups at risk to achieve a resilient community. *Continuity & Resilience Review*, 3(2), 119–131. <https://doi.org/10.1108/CRR-03-2021-0007>
- Dahl, E., & van der Wel, K. (2016). Nordic health inequalities: Patterns, trends, and policies. I K. E. Smith, S. Hill & C. Bambra (Red.), *Health Inequalities: Critical Perspectives* (ss. 33-49). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198703358.003.0003>
- Douglas, M. (2016). Beyond 'health': Why don't we tackle the cause of health inequalities? I K. E. Smith, S. Hill & C. Bambra (Red.), *Health Inequalities: Critical Perspectives* (ss. 109-123). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198703358.003.0008>
- Erison, M. (2020). Maskulinitetsperspektiv på identifiering av riskområden. I (Red.) J. Hobbins, E. Danielsson & A. Sjöstedt Landén (Red), *Genus, risk och kris* (ss. 123-142). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, M., Uhr, C., & Wester, M. (2024). Wildfire festivals - How crisis management professionals monitor affect, power relations and the right spirit. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 42(1), 52–61. <https://doi.org/10.1177/02807270241238728>
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton. Cambridge: Polity.

- Hedqvist, A., Praetorius, G., Ekstedt, M., & Lindberg, C. (2025). Entangled in complexity: An ethnographic study of organizational adaptability and safe care transitions for patients with complex care needs. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5528–5545. <https://doi.org/10.1111/jan.16203>
- Hill, S. E. (2016) Axes of health inequalities and intersectionality. I K. E. Smith, S. Hill & C. Bambra, & S. E. Hill (Red.), *Health Inequalities: Critical Perspectives* (ss. 95-108). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198703358.003.0007>
- Hobbins, J., Danielsson, E., & Sjöstedt Landén, A. (Red.). (2020). *Genus, risk och kris*. Lund: Studentlitteratur.
- Hobbins, J. (2020). Krishändelser och könsroller - en studie av oro och omsorg. I J. Hobbins, E. Danielsson & A. Sjöstedt Landén (Red.), *Genus, risk och kris* (ss. 55-76). Lund: Studentlitteratur.
- Ignatowicz, A., Tarrant, C., Mannion, R., El-Sawy, D., Conroy, S., & Lasserson, D. (2023). Organizational resilience in healthcare: a review and descriptive narrative synthesis of approaches to resilience measurement and assessment in empirical studies. *BMC health services research*, 23(1), 376–18. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09242-9>
- Keskinen, S., Stoltz, P., & Mulinari, D. (2021). *Feminisms in the Nordic region: neoliberalism, nationalism and decolonial critique*. Palgrave Macmillan.
- Kirkebo, T. L., Langford, M., & Byrkjeflot, H. (2021). Creating gender exceptionalism: The role of global indexes. I E. Larsen, S. M. Moss, & I. Skjelsbæk (Red.), *Gender Equality and Nation Branding in the Nordic Region* (ss191–206). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003017134-10>
- Kvist, J., Fritzell, J., Hvinden, B., & Kangas, O. (2012). Changing Inequality and the Nordic Welfare Model. I J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden & O. Kangas (Red.), *Changing Social Equality : The Nordic Welfare Model in the 21st Century* (ss. 1-22). Bristol: Policy Press.
- Larsen, E., Moss, S. M., & Skjelsbaeck, I. (2021a) Introduction. I E. Larsen, S. M. Moss, & I. Skjelsbæk (Red.), *Gender Equality and Nation Branding in the Nordic Region* (ss1-12). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003017134>
- Larsen, E., Moss, S. M., & Skjelsbæk (Red.) (2021b). *Gender Equality and Nation Branding in the Nordic Region*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003017134>
- OECD (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience* (OECD Health Policy Studies). <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>.

Schmidt, I., Lundholm, P., Fastbom, J., & och Nyman, F. (2022). *De nordiska ländernas arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg - centrala iakttagelser av lagstiftning, policys och exempel på tillämpat arbete*. Nordic Council of Ministers. <http://dx.doi.org/10.6027/temanord2022-548>

Siller, H., & Aydin, N. (2022). Using an Intersectional Lens on Vulnerability and Resilience in Minority and/or Marginalized Groups During the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. *Frontiers in Psychology*, 13, 894103. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.894103>

Solli, R. (2023). Framtidens välfärd - perspektiv från hamnplanen. I M. Wolmesjö & Solli, R (Red.), *Välfärdens paradoxer, spänningar och dilemman*, (ss. 185-194). Lund: Studentlitteratur.

Stockholm Resilience Centre. (u.å.) *What is resilience?* Hämtad 2025-09-17, från <https://www.stockholmresilience.org/research/research-news/2015-02-19-what-is-resilience.html>

Vedadhir, A., Bloom, P., & Majdzadeh, R. (2023). Constructing Equitable Health Resilience: A Call for a Systems Approach to Intersectionality. *International Journal of Health Policy and Management*, 12(1), 8099–2. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.8099>

Vold Hansen, D., Bjørkquist, C. & Jerndahl Fineide, M. (2023). Framtidens välfärd - mellan tjänstestyrning och krisberedskap. I M. Wolmesjö & R. Solli (Red.), *Välfärdens paradoxer, spänningar och dilemman* (ss. 107-129). Studentlitteratur.

von Saenger, I. (2025). *Care and financial support in ageing families: the changing shape of inequality* [doktorsavhandling Karolinska institutet] https://openarchive.ki.se/articles/thesis/Care_and_financial_support_in_ageing_families_the_changing_shape_of_inequality/28625183?file=54533708

von Saenger, I., Dahlberg, L., Augustsson, E., Fritzell, J., & Lennartsson, C. (2023) Will your child take care of you in your old age? Unequal caregiving received by older parents from adult children in Sweden. *European Journal of Ageing*, 20(1). <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00755-0>

Wallsten, L., & Moberg, Å. (2018). *Akademisk essä. Introduktion och skrivhandledning*. Lund: Studentlitteratur.

Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Andersen, J. E., & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Services Research*, 20(1), 330–339. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>



Om essäerna

Akademisk essä som textform

Att forskningsgrundat resonera om framtiden låter sig inte göras i en handvändning. För detta ändamål behövs en lämplig form, som kan härbärgera vetenskapligt baserade resonemang, reflektioner och frågeställningar. Den akademiska essän valdes därför som textform.

Essä betyder försök. Det är ett sätt att genom skrivandet utforska resonemang, reflektera och analysera idéer med ett lite mer personligt tillvägagångssätt än exempelvis en vetenskaplig artikel. Skrivandet kan här ses som en undersökningsmetod, ett sätt att utforska, engagera sig och associera, snarare än att bara överföra information. Essäformen kan liknas vid "ett lärt samtal" (Wallsten & Moberg, 2018, s. 65), där vetenskap går hand i hand med kritisk diskussion. Det är ett sätt att föra ett resonemang där utgången inte behöver vara självklar från början, och som kanske mynnar ut i fler frågor än vad som fanns från början. Kort sagt, det är en form som lämpar sig väl för att utveckla nya frågeställningar och resonemang om framtiden, med grund i vetenskap.

Konkret har forskarna använt sig av egen befintlig och pågående forskning som plattform för sitt skrivande. Utifrån det har de utvecklat resonemang och frågor rörande nordisk framtida resiliens i välfärden.

Den här publikationen är med andra ord en essäsamling; forskare som representerar en bredd av fokus och perspektiv delar med sig av välgrundade reflektioner och argument, samt ställer frågor som manar till såväl eftertanke som handling.

Fyra essäer

De fyra texterna i den här publikationen har en viss inneboende sorteringsordning. De utgör skilda exempel på resonemang som kan göras, frågeställningar som kan lyftas och reflektioner som kan föras, när välfärdens hälso- och sjukvård ses ur genus- och resiliensperspektiv. Forskarna representerar en bredd av discipliner och texterna tar sig därför också an olika empiriska sammanhang inom hälso- och sjukvården, liksom olika kunskapsperspektiv. Texterna betraktar och reflekterar kring utmaningar, både på systemnivå och på plats där personal möter avnämare. I sin helhet härbärgerar texterna hela spektrat mellan dessa ytterändar, liksom de villkor och förutsättningar som utgör dess inramning. De rör sig mellan makro-nivåns strukturer och policyramverk, mesonivåns organisationsstrukturer, ledarskap, kommunikation och samverkan inom vården, och mikronivåns individuella

ageranden och handlingsutrymmen. Alla fyra texter använder genus och resiliens i sina analyser av nordisk hälso- och sjukvård, men de angriper ämnet från olika vinklar, på delvis olika nivåer och med skilda grepp. Fördjupande resonemang tar plats vid sidan av ett utforskande frågeställande. Ibland förordas prioriteringar och tillvägagångssätt med tydlighet, ibland lämnas vi med fler frågor än svar. Gemensamt för essäerna är att de kräver av oss som läsare att vi stannar upp och funderar; morgondagens prövningar är ännu höljda i dunkel, men det finns kunskap och erfarenhet att plocka fram.

DEN FÖRSTA ESSÄN är skriven av John Lapidus som är forskare inom ekonomisk historia, verksam vid Göteborgs Universitet. Vi får ta del av en kritisk analys av den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. Texten berör makronivån, och fokuserar på utveckling och konsekvenser av det tudelade system som skapas. Lapidus erbjuder fördjupande resonemang om komplexiteten av den så kallade gömda välfärden, och vilka implikationerna blir för välfärdens resiliens. Här resoneras om hur denna utveckling utmanar de nordiska ländernas sjukvårdslagstiftningar, som handlar om vård efter behov och vård på lika villkor, och om hur detta leder till minskad motståndskraft.

DEN ANDRA ESSÄN är skriven av Ann Liljas och Bo Burström, som är forskare inom global folkhälsa, verksamma vid Karolinska Institutet. De tar avstamp i bristerna i beredskapen i vård- och omsorgssystemen för äldre i Sverige, som blev tydliga under covid-19-pandemin. Med siktet inställt på att lärdomar finns att dra inför framtiden, riktar Liljas och Burström uppmärksamhet mot behov av både hållbar organisering och hållbar bemanning inom denna del av vård- och omsorgssystemen, med hänsyn tagen till den demografiska utvecklingen. Med Sverige som utgångspunkt förs resonemang om arbetsvillkoren och personalomsättningens koppling till möjligheter att upprätthålla god vård. Texten berör såväl makro- som mesonivån, och gör nedslag i ett antal exempel att dra lärdom ifrån. Här ställs frågor om hur samverkan, erfarenhetsutbyten och lärande kan öka resiliensen och ljuset riktas mot hur ekonomiska och personella resurser behöver prioriteras.

DEN TREDJE ESSÄN är skriven av Paula Mulinari, som är forskare inom socialt arbete, verksam vid Malmö universitet. Vi möter reflektioner, farhågor och förhoppningar från kvinnor som arbetar inom vården. Mulinaris text tar avstamp i berättelser på individnivå, där erfarenheter av de villkor som idag råder utgör en plattform för att diskutera tidsojämlikhet och kris på samhällsnivå. Ur ett resiliensperspektiv, resonerar Mulinari, befinner sig anställda kvinnor inom i vård- och omsorgssektorn redan i en krisande situation, med ständig jobbrelaterad stress, höga sjukskrivningstal och ett större ansvar för det obetalda omsorgsarbetet i hemmet. I texten ställs frågor om huruvida sektorn befinner sig i en permanent kris som de anställda betalar priset för, om hur välfärden organiseras, och om hur tid och ökad tidsrättvisa kan vara avgörande för att stärka resiliensen.

DEN FJÄRDE ESSÄN är skriven av Ann-Zofie Duvander, som är forskare inom sociologi och demografi och Minna Lundgren, som är forskare inom sociologi och risk och kommunikation, båda verksamma vid Mittuniversitetet. De riktar ljuset mot omsorgen och hälso- och sjukvården i extrema situationer, som exempelvis krig. Texten lyfter frågor om utmaningar vid framtida höjd beredskap, både för sektorn och för de som arbetar inom den. Duvander och Lundgren lyfter aspekter av beredskapsplanering som har att göra med familj och arbetsmarknad, och risken för krockar, som exempelvis kan uppstå om de som ska tjänstgöra också i hög grad har ansvar för omsorg för både äldre och barn i hemmet. Texten rör sig på både meso- och makronivå; den ställer frågor om krisberedskap på systemnivå och hur detta påverkar både den organisatoriska nivån och individer. Duvander och Lundgren beskriver en fragmentiserad och till stor del privatiserad sektor som står inför stora utmaningar, även utan en kris, och ställer frågor om hur detta påverkar planeringen för framtida resiliens.

A photograph of two paramedics in blue uniforms attending to a patient lying on a stretcher in the back of an ambulance. The male paramedic on the left is holding an IV drip, while the female paramedic on the right is looking down at the patient. The patient is lying on his back, wearing tan pants and white sneakers. The ambulance interior has yellow walls and a blue stretcher.

Essä av
**John
Lapidus**

Den gömda välfärden: Hur framväxten av privata sjuk- vårdsförsäkringar gör de nordiska länderna mindre motståndskraftiga, jämförbara och jämlika

John Lapidus

De nordiska ländernas sjukvårdslagstiftningar handlar om vård efter behov och vård på lika villkor. Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar utmanar dessa lagar, och länderna rör sig bort från de sjukvårdsmodeller som byggts upp. Riktningen går mot tudelade system som inte längre är gemensamma. En del – *den synliga välfärden* – är fortsatt offentligt direktfinansierad via skatter. En växande del – *den gömda välfärden* – bygger på privata sjukvårdsförsäkringar, som vid närmare anblick inte är så privata som ordet antyder. Den pågående privatiseringen och fragmenteringen av nordisk sjukvård leder till minskad motståndskraft, resiliens. Det vill säga en bristande förmåga att i krissituationer snabbt "studsas tillbaka" till ett välfungerande sjukvårdssystem.

Den nordiska sjukvårdens permanenta kris

Nordisk sjukvård är starkt influerad av den allmänt nyliberala samhällsutveckling (Laruffa, 2024) som pågått under flera decennier. Sjukvårdsprivatisering har stått högt på agendan och de nordiska ländernas vårdssystem har genomgått stora förändringar, både vad gäller drift och finansiering. Det betyder att offentlig vård har sålts ut till privata aktörer i stor utsträckning, samtidigt som försäkringsbolag och privata sjukvårdsförsäkringar gjort sitt inträde på de nya sjukvårdsmarknaderna.

Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar gör att de nordiska länderna rör sig bort från de socialdemokratiska (Esping-Andersen, 1990) sjukvårdsmodeller som byggdes upp på 1970- och 80-talen, och i stället i riktning mot tudelade (Hacker, 2002) system som inte längre är gemensamma, utan karaktäriseras just av att vara delade i två. En del – *den synliga välfärden* – är fortsatt

offentligt direktfinansierad via skatter. Men det finns också en växande del – *den gömda välfärden* (Howard, 1999) – som bygger på privata sjukvårdsförsäkringar, vilka vid närmare anblick inte är så privata som ordet antyder, utan tvärtom sponsrade av staten på många olika sätt (Lapidus, 2019).

Pågående tudelning av nordisk sjukvård markerar en tillbakarörelse mot den privatisering och fragmentering som kännetecknade vårdsektorn efter andra världskriget. Det vill säga innan sjukvården blev ett offentligt åtagande som förlades bortom marknadens logik och kontroll, och innan det stiftades lagar som den svenska hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), vilken stadgar att vård ska ges efter behov och på lika villkor för alla medborgare.

Privata sjukvårdsförsäkringar utmanar de egalitära sjukvårdslagstiftningarna i alla nordiska länder, främst genom att det i kontrast till lagarnas skrivningar skapas förmånliga regler och entréer för den som tecknar privat försäkring. Lika uppenbart är att försäkringssystemet ökar den klassmässiga ojämlikheten. Försäkringsbolag är fokuserade på risk, vilket i sjukvårdsfallet betyder att vissa grupper är uteslagna från möjligheten att teckna försäkring, medan exempelvis arbetare får betala högre premier än tjänstemän – detta då de sistnämnda löper mindre risk för sjukdom och för skador i arbetet (Lapidus, 2025). Ett annat tecken på klassmässiga, ojämlikhetsskapande mekanismer är att privata sjukvårdsförsäkringar tecknas av högavlönade i mycket högre grad än av lågavlönade.

Samtidigt ökar de privata sjukvårdsförsäkringarna ojämställdheten mellan könen, bland annat då fler män än kvinnor tecknar försäkringar (Palme, 2017). Ytterligare en av flera jämställdhetsfaktorer är den åldersdiskriminering som av vinstmaximeringsskäl finns inbyggd i försäkringarna, något som i likhet med bristande äldreomsorg (Wennberg, 2017) drabbar kvinnor i högre utsträckning, av den enkla skäl att kvinnor lever längre än män.

Om vi lyfter blicken kan vi se sjukvårdsprivatisering som blott en del av den allmänt jämställdhetshotande, nyliberala utvecklingen, vilken tillsammans med nykonservatismen "tonar ner eller ignorerar strukturella ojämlikheter mellan könen på ett ömsesidigt förstärkande sätt" (Lin & Wang, 2023). Kanske är det så att "marknader inte alltid motarbetar kvinnors intressen" (Elson, 1992), men på övergripande samhällsnivå leder nyliberal politik bland annat till ökade löne- och förmögenhetsklyftor. Det får i sin tur jämställdhetsmässiga konsekvenser genom att lågavlönade yrken ofta är kvinnodominerade, men också genom att ökade klasskillnader banar väg för de högerextrema rörelser som hotar många av de rättigheter som kvinnor tillkämpat sig (Donà, 2021).

En viktig pusselbit i just sjukvårdssammanhang är samtidigt att en växande offentlig sektor tidigare, under de gemensamma sjukvårdssystemens uppbyggnadsfas, betraktades som en demokratiseringsprocess (Premfors, 1991), men att nyliberalismen omformulerar det offentliga till ett problem och en börda som

helst ska slimmas så mycket som möjligt. Att exempelvis de nordiska ländernas äldreomsorg präglas av denna nyliberala knapphetspolitik (Blyth, 2013) får också konsekvenser för jämställdheten mellan könen, bland annat då yrkesaktiva kvinnor tvingas ta ett allt större ansvar för sina anhöriga, när staten drar sig tillbaka på detta område (Meagher & Szebehely, 2013).

Privatisering och fragmentering av nordisk sjukvård kan leda till minskad motståndskraft eller resiliens, det vill säga bristande förmåga att i krissituationer snabbt "studsa tillbaka" till ett välfungerande sjukvårdssystem (Wiig et al., 2020). Ett sådant exempel var covid-19-pandemin, där det bland annat rådde oklarheter kring huruvida privat vårdpersonal kunde tvångsinkallas (Persson, 2020). Om man vidgar resiliensbegreppet till att innefatta även sådant som ovan nämnda jämlikhets- och jämställdhetsbrott mot de nordiska ländernas sjukvårdslagstiftningar, så tycks det däremot pågå en permanent kris där det inte finns några som helst tecken på ett resiliellt tillbakastudsande.

Den permanenta, fördjupade krisen för gemensamma och "socialdemokratiska" sjukvårdssystem har många orsaker, inte minst den lagstiftning som sedan tidigt 1990-tal har främjat ökad privatisering av sjukvårdens drift och finansiering. Samtidigt finns i alla länder en bristande förståelse för det som har kallats Baumols kostnadssjuka (Baumol, 2012), det vill säga att tjänster som exempelvis sjukvård blir relativt sett dyrare än varor över tid, i alla länder med ekonomisk tillväxt. Det betyder att skatterna måste hållas på en viss nivå och att staten måste skjuta till extra resurser, men i ett land som Sverige råder snarast motsatt utveckling. Skattekvoten har sjunkit dramatiskt (SCB, 2024) och de indexerade, statliga anslagen har avindexerats, varför politikerna fått en summa pengar – det så kallade reformutrymmet – som endast delvis används till sjukvård och annan välfärd, som den tidigare var avsedd för (Lapidus, 2025).

Framväxten av ett parallellt sjukvårdssystem

Privata sjukvårdsförsäkringar har nått massomfattning i alla nordiska länder på senare tid. Den vanligaste typen av försäkring är den som garanterar snabb tillgång till vård, oftast på kliniker där offentligt finansierade patienter väntar på sin tur i enlighet med offentliga vårdgarantier av olika och långsammare slag. Med privata sjukvårdsförsäkringar uppstår alltså parallella system vid sidan av det som tidigare var nordiska, gemensamma sjukvårdssystem. De parallella systemen kräver sin egen infrastruktur, exempelvis i form av bokningssystem, där privata vårdgivare och försäkringsbolag kan mötas för att boka snabba tider åt försäkringstagarna. Samtidigt behövs helt nya yrkesgrupper såsom vårdsamordnare och skadereglerare, där de sistnämnda håller koll på försäkringstagarnas sjukdomshistorik i syfte att undvika det snedvridna urval som varje försäkringsbolag fruktar. Ett sned-

vridet urval innebär att individer med förhöjd sjukdomsrisk slinker in i de mindre kollektiv av friska och arbetsföra individer som försäkringsbolagen skapar. Att släppa in personer med förhöjd sjukdomsrisk medför ökade kostnader och höjda premier för alla försäkringstagare, något som i sin tur kan göra att just det försäkringsbolaget går under i konkurrensen.

Vid första anblick ser försäkringsmarknaderna ut som rakt igenom privata och parallella system, men i själva verket är de inflätade i de offentliga systemen på alla tänkbara sätt. Det mest påtagliga är att de flesta försäkringskunder kommer till vårdgivare som till största delen får sina intäkter från offentliga finansiärer och offentligt finansierade patienter. Dessa privata vårdgivare sluter alltså en typ av avtal med de offentliga finansiärerna och en helt annan typ av avtal med alla försäkringsbolag som är verksamma på de nya sjukvårdsmarknaderna. På så sätt skapas två olika entréer till tusentals kliniker runt om i de nordiska länderna, detta genom en snabbkö för den som har privat sjukvårdsförsäkring och en långsam kö för alla patienter som är offentligt finansierade.

Men det är inte bara så att de privata sjukvårdsförsäkringarna är beroende av de offentliga systemen på olika sätt, utan de är också direkt sponsrade av det offentliga. I olika grad har de nordiska länderna således främjat framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar via generösa skatteavdrag, och de privata försäkringarna är därför inte så privata som begreppet antyder. Denna typ av statliga utgifter i form av förlorade skatteintäkter faller inom ramen för "den gömda välfärden" (Howard, 1999), som också har fått sitt namn via den affärssekretess som ofta kännetecknar halvprivat skola, vård och omsorg av detta slag. De nordiska ländernas branschorganisationer för försäkringsbolag sitter på mycket av statistiken kring privata sjukvårdsförsäkringar, statistik som de kan välja att lämna ut eller inte, beroende på vem eller vilka som efterfrågar den.

Den gömda sjukvårdens framväxt får stora konsekvenser för den offentliga och synliga sjukvård som, i en universell välfärdsstat, är tänkt att vara gemensam för alla medborgare. För det första finns en rad urholkande faktorer som bottnar i sådant som att försäkringstagarna – tack vare sina försäkringar – inte längre har ett egenintresse av att bristerna i den offentliga sjukvården blir åtgärdade och att de, via skattsedeln, inte längre vill bidra lika mycket som tidigare till en offentlig sjukvård som de inte nyttjar i samma utsträckning. För det andra upphör de gemensamma sjukvårdssystemen rent av att existera när privata sjukvårdsförsäkringar når massomfattning. För två parallella system som fungerar enligt två helt olika logiker kan aldrig vara samma sak som ett universellt system som är gemensamt för alla medborgare. Det som händer är alltså att de nordiska länderna får två olika välfärdsstater – eller, i det här fallet, två olika sjukvårdsstater – i respektive land. En synlig sjukvård som är byggd på direktfinansiering via skatter, och en gömd sjukvård som är byggd på skatteavdrag och snålskjutsåkning på den offentliga vårdens infrastruktur.

Privata sjukvårdsförsäkringar i de nordiska länderna

I alla nordiska länder har privata sjukvårdsförsäkringar ökat kraftigt sedan början av 2000-talet. Allra vanligast är försäkringarna i Danmark, där 2,9 miljoner personer eller närmare halva befolkningen har privat sjukvårdsförsäkring (F&P, 2024). Här bör dock skiljas på komplementär och supplementär försäkring, där komplementär försäkring täcker sådant som inte ingår i det offentliga åtagandet (exempelvis kiropraktik och tandvård), medan supplementär försäkring ger snabbare vård åt försäkringstagare än åt offentligt finansierade patienter. I Danmark råder stor överlappning mellan supplementära och komplementära försäkringar, det vill säga att många danskar tecknar båda försäkringarna. I denna essä fokuseras enbart på de supplementära försäkringar som också är den vanligast förekommande varianten i de nordiska länderna. Ser man enbart till de supplementära försäkringarna, så tecknas dessa av 1,7 miljoner danskar eller knappt 30 procent av befolkningen (Tikkanen et al., 2020).

I Norge ser vi samma dramatiska ökning av privata, supplementära sjukvårdsförsäkringar som i andra nordiska länder, från 50 000 försäkringstagare år 2003 till över 800 000 eller närmare 15 procent av befolkningen i dag (Kellner Lysne et al., 2024). Även i Sverige har siffran stigit till över 800 000 försäkringstagare (Grant Thornton, 2024), det vill säga liknande absoluta tal men relativt sett färre än i Norge sett till folkmängd. I Finland är det i dag är 1,3 miljoner eller 23 procent av befolkningen som har privata sjukvårdsförsäkringar (Löytömäki, 2024). Ett undantag från dessa allt högre siffror är Island, där privata sjukvårdsförsäkringar ännu inte existerar i alls samma skala (Alexandersen et al., 2016).

Som synes finns stora likheter mellan de flesta nordiska länder, men det finns också särdrag som är värda att titta närmare på. Ett av dessa är som sagt den rika förekomsten av komplementära försäkringar i Danmark, och ett annat är den stora andelen barn bland de finska försäkringstagarna. Hela 40 procent av alla finska barn under sju år har en privat sjukvårdsförsäkring (Lehtonen, 2017) och barn under tre år är den största användargruppen av privat sjukvård (Sointu et al., 2021). Det innebär att nästan hälften av alla finska barn kan gå direkt till specialistläkare, medan den andra hälften först måste träffa en sjuksköterska och sedan en allmänläkare innan de eventuellt får tillgång till specialistvård. Bland dessa privatförsäkrade barn är det följaktligen föräldrarna och inte de yrkesverksamma läkarna som bestämmer hur, när och för vilka symptom det är dags att konsultera en specialist, något som kan driva sjukvårdskostnader och vara kontraproduktiv så kallad lågvärdevård på många andra sätt.

Ett av syftena med en fungerande primärvård är just att vara en första linjens sjukvård, där patienter lotsas eller inte lotsas vidare till specialistvård. Men privata sjukvårdsförsäkringar skapar viss oreda när det kommer till denna så kallade

gatekeeping. Det gäller inte minst försäkringar med så kallat remisskrav, det vill säga en försäkring som kräver att försäkringstagaren har en remiss från den offentligt finansierade vården för att få tillgång till specialiserad försäkringsvård. I en stor norsk studie (Breivold et al., 2024) menade 42 procent av alla tillfrågade allmänläkare att de ofta eller alltid upplever sig pressade att remittera patienter med privat sjukvårdsförsäkring till specialistvård även om det inte finns medicinska skäl att göra så. Vidare uppgav 18 procent av läkarna att de ofta eller alltid möts av obehagliga reaktioner som aggression, hot eller repressalier om de, av professionella skäl, vägrar att lyda det remisskrav som patienten med privat försäkring ställer.

Av de 1 309 norska läkarna var det 93 procent som uppgav att privata sjukvårdsförsäkringar ökar risken för resursslöseri via överbehandling, medan 90 procent ansåg att sådana försäkringar bidrar till ojämlik sjukvård (Breivold et al., 2024). Liknande procenttal redovisas i en stor dansk studie (Andersen et al., 2017), och enligt den undersökning som jag själv har påbörjat tycks det inte vara någon större skillnad i Sverige. Flera av de läkare som jag intervjuat säger att det är svårt att stå emot de krävande försäkringstagarna, men också att vårdcentralerna vill undvika ekonomiska problem till följd av risken att folk slutar lista sig där.

Försäkringstagarnas krav riskerar att driva kostnader och göra sjukvården till mer av en konsumtionsvara, där många anser sig förtjäna den främsta och dyraste vården även för de mest diffusa krämpor. Samtidigt blir vården en slags prestige-produkt där försäkringstagaren kämpar för att inte halka efter andra i sin omgivning: har min granne köpt en guldförsäkring – och jag som bara har silver! Denna sorts oro och konkurrens vet de nordiska försäkringsbolagen att utnyttja. Därför utvecklar de ständigt nya produkter, samtidigt som de skiftar sina försäkringar i brons-, silver- och guldnivåer, allt beroende på kundernas status och betalningsförmåga (Euro Accident, 2025).

Drivkrafter bakom privata sjukvårdsförsäkringar

Det är inte bara försäkringsbolagen som har drivit på den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar, utan den har även uppmuntrats av de nordiska ländernas statsmakter via generösa skatteavdrag. Både i Danmark och i Norge tog utvecklingen fart tack vare de avdrag som infördes av liberal-konservativa regeringar 2002 och 2003 (Tynkkynen et al., 2018). Även i Sverige har skatteavdragen varit en viktig faktor bakom försäkringarnas tillväxt. Vad gäller Finland så är privata sjukvårdsförsäkringar som tecknas via arbetsgivaren skattefria förmåner för de anställda (Vero.fi, 2024), något som bidrar till att driva på utvecklingen mot en tudelad sjukvårdsstat.

I Sverige tog dock en socialdemokratisk regering initiativ till en lag om förmånsbeskattning av privata sjukvårdsförsäkringar, vilken instiftades år 2019. Syftet med lagen var att offentlig sponsring av försäkringarna skulle upphöra, men efter privata möten med Skatteverket lyckades branschorganisationen Svensk Försäkring och försäkringsbolaget Skandia få denna myndighet att mildra förmånsbeskattningen till endast 60 procent (Lapidus, 2025). Detta säger oss något om det inflytande som den privata sjukvårdsindustrin har skaffat sig över de nordiska ländernas sjukvårdssystem, ett inflytande som även gjorde sig gällande när en svensk, statlig utredning frångick sina regeringsdirektiv om att föreslå en stopplag mot privata sjukvårdsförsäkringar (Lapidus, 2025).

På ett djupare plan hade framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar i de nordiska länderna inte varit möjlig utan den föregående driftsprivatiseringen. Det är inte förrän det finns ett landsomfattande nät av privata vårdaktörer som försäkringsbolagen har någonstans att skicka sina kunder, detta då offentligt drivna vårdgivare inte ger förtur åt personer med privat sjukvårdsförsäkring. Försäkringstagare kan inte gå till Karolinska sjukhuset i Stockholm eller till Oslo universitetssjukhus och kräva förtur, utan måste i stället ta kontakt med en privat vårdgivare.

På så sätt var driftsprivatiseringen en förutsättning för försäkringsmarknaden, men samtidigt triggas de privata sjukvårdsförsäkringarna på olika sätt ytterligare driftsprivatisering (Lapidus, 2025). Det talas ibland lite slarvigt om privatisering i största allmänhet, men det är alltså viktigt att studera olika sorters privatisering och den ömsesidiga växelverkan som finns dem emellan i de nordiska länderna.

Privata sjukvårdsförsäkringar är inte för alla

Vilka är det då som tecknar privata sjukvårdsförsäkringar? Föga oväntat finns uppenbara klass- och könsskillnader, där höginkomsttagare dominerar stort över låginkomsttagare och där män dominerar stort över kvinnor. Vad gäller kön så utgör Sverige ett typexempel, med två tredjedelar manliga och en tredjedel kvinnliga försäkringstagare (Palme, 2017). Vad gäller klass så kan exemplifieras med Finland, där 30 procent av höglönehushållen har privat sjukvårdsförsäkring mot låglönehushållens endast 8 procent (SOU 2021:80). De stora klasskillnaderna i tecknandet av privata sjukvårdsförsäkringar är inte förvånande, i ljuset av att försäkringsbolagen helst lockar till sig så unga, friska, arbetsföra och högavlönade individer som möjligt. Den som har förhöjd sjukdomsrisk får betala högre premie eller nekas i många fall att teckna försäkring. Ett exempel på detta är att försäkringsbolagen ofta vill ha reda på kvoten mellan arbetare och tjänstemän när ett företag upphandlar försäkring åt sina anställda, detta då arbetare löper högre risk både för sjukdom och för att skada sig i arbetet. En hög andel arbetare innebär dyrare premie för det upphandlande företaget. Det är alltså inte bara ideologiska

utan också rent materiella skäl som får arbetarfacken inom svenska LO att vara kritiska till dessa för arbetarklassen missgynnande försäkringar, alltmedan tjänstemannafacken i allt större utsträckning erbjuder sådana åt sina medlemmar.

Försäkringsbolagens affärsidé är att ställa de egna produkternas förträfflighet mot den offentliga vården för att skapa tvivel och oro hos den som väljer att inte teckna försäkring. Typiska exempel är danska Gjensidiges slogan "Din genväg till snabb behandling" (Gjensidige, 2025), norska Storebrands jämförelser mellan sina egna och den offentliga vårdens väntetider (Storebrand, 2025) och danska DSS fokus på den trygghet som försäkringen ger åt försäkringstagaren (DSS, 2025). Att trycka på den sinnesro som den privata sjukvårdsförsäkringen skapar är mycket vanligt. Andra sidan av samma mynt är att den offentliga vården inte förmår ge detta lugn åt medborgarna, och konsekvensen av den ihärdiga reklamen och propagandan kan bli att tilliten till den offentliga vården gradvis minskar.

Försäkringsbolagen rättfärdigar de privata sjukvårdsförsäkringarna med att de skapar friska och rofyllda försäkringstagare, men förnekar samtidigt den ojämlikhet och den ojämställdhet som hela försäkringssystemet vilar på. Ett exempel är den svenska branschorganisationen Svensk Försäkring, som försöker få det att låta som att alla samhällsklasser har samma tillgång till försäkringarna (Erlandsson, 2019) och som ihärdigt förnekar att de privata vårdgivarna gör skillnad på den som har försäkring och den som inte har det – detta trots att huvudsyftet med försäkringen är just att bli prioriterad framför de offentligt finansierade patienterna (Svensk Försäkring, 2024).

Att samtidigt rättfärdiga och förneka de privata sjukvårdsförsäkringarnas funktion är ett effektivt sätt att skapa dominans (Van Dijk, 1993), legitimitet och allmän förvirring kring vad försäkringarna egentligen innebär. Just legitimitet är helt centralt för att den privata sjukvårdsindustrin ska kunna genomdriva sin agenda. Och legitimitetsskapandet riktar sig delvis mot den stora befolkningsmajoritet som värnar hälso- och sjukvårdslagarnas principer om vård på lika villkor, och som därför ser med viss skepsis på framväxten av parallella sjukvårdssystem. Men ännu mer handlar det om att skapa legitimitet hos individer, företag och organisationer som tecknar försäkringar, för även hos dessa är det ofta något som skaver med att få lagstridig förtur till vård framför andra medborgare. Detta gäller inte minst de tjänstemannafack som erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar åt sina medlemmar, samtidigt som de säger sig stödja de universella sjukvårdssystemen. Till dessa och motsvarande aktörer är det särskilt viktigt att rikta legitimerande, nyliberalt nyspråkliga argument om att de inte alls urholkar det gemensamma, utan tvärtom gör den offentliga och universella sjukvården en stor tjänst genom att lämna den åt sitt öde.

Privata sjukvårdsförsäkringar, kris och resiliens

Ett fragmenterat och privatiserat sjukvårdssystem riskerar att minska samhällets motståndskraft i tider av kris, samtidigt som det kan få somliga medborgare att handla i enlighet med den nya individualismen och egoismen. Ett exempel är covid-pandemin, där vissa chefer fick offentlig kritik för att otillbörligen ha fixat vaccin åt sig själva och sina anhöriga. Men här kan samtidigt noteras att dessa chefer redan innan hade struntat i hälso- och sjukvårdslagens principer. I årtal hade de uppmanats att köpa privat sjukvårdsförsäkring åt sig själva och sina familjer, så varför skulle inte samma sak gälla vacciner?

En bra illustration av dessa motstridiga signaler är ledarsidan för den svenska tidningen Expressen. Å ena sidan brukar ledarsidan bejaka det växande antal svenskar som går före i vårdköen med privata sjukvårdsförsäkringar (Expressen, 2020). Men å andra sidan hävdade samma ledarsida (Marteus, 2021) att de företagsledare som skaffade vaccin på eget initiativ gjorde sig skyldiga till brottsliga handlingar.

Även försäkringsbolagen hamnade i en svår sits under pandemin. Å ena sidan öppnades helt nya möjligheter att sko sig på människors oro, men å andra sidan kunde det uppfattas som mer cyniskt än vanligt att låta vissa gå före andra i vårdköen. Försäkringsbolagen måste därför, just i ett läge där de kunde sälja fler försäkringar än någonsin, hitta mer subtila sätt att göra reklam för sina produkter. Ett sådant sätt var en så kallad undersökning, där svenska Länsförsäkringar lät opinionsföretaget Novus ställa en enda fråga till privatpersoner i åldrarna 18–79 år och till företagare med 1–10 anställda: "Tror du att den offentliga vården finns där för dig när du behöver?" (Länsförsäkringar, 2020).

Denna så kallade undersökning var ett av flera diskreta sätt att marknadsföra privata sjukvårdsförsäkringar i en känslig tid. Bland försäkringsbolagens kunder fanns emellertid de som var allt annat än diskreta, och krävde särbehandling även när det gällde covid-19. Försäkringsbolagen var därför tvungna att förklara att försäkringarna inte täckte covid-19. För övrig vård fortsatte de privata försäkringarna dock att gälla som vanligt. Länsförsäkringar var noga med att påpeka att pandemin inte skulle gå ut över försäkringstagarnas rättigheter, och skrev på sin hemsida att "Vid andra sjukdomar och åkommor gäller sjukvårdsförsäkringen som vanligt" (Länsförsäkringar, 2021).

Försäkringstagarna hade alltså fortsatt företräde till specialistvård samtidigt som det skapades en så kallad vårdskuld till följd av att flera regioner ställde in planerade operationer på grund av covidkrisen. Det innebar att försäkringstagarna fortsatte att ta vårdresurser i anspråk, kanske större resurser än någonsin då det krävdes ännu fler vårdsamordnare (ofta sjuksköterskor) och skadereglerare (ofta sjuksköterskor) för att möta försäkringstagarnas oro och anspråk i tider av covid-pandemi.

Samtidigt rådde oklarheter kring huruvida privat vårdpersonal kunde tvångsinkallas under en nationell kris som covidpandemin, varför varken politiker eller tjänstemän kunde ge tydliga svar på hur regelverket skulle tolkas (Persson, 2020). I samma veva började det ökade utländska ägandet av svensk sjukvård uppmärksammas, vilket fick den socialdemokratiska regeringen att ge Totalförsvarets forskningsinstitut i uppdrag att genomföra en studie om demokratiska och andra risker (Budryk et al., 2023). Forskningsinstitutet kom fram till att det fanns en begränsad medvetenhet om riskerna, och det konstaterades vidare att "Risken ökar inte nödvändigtvis med utländskt ägande utan snarare med privat ägande, eftersom det begränsar det allmännas insyn och kontroll".

Konsekvenser av tudelade nordiska sjukvårdssystem

I alla nordiska länder dras nya aktörer med- eller motvilligt in på de nya sjukvårds- och försäkringsmarknaderna. Bland de aktörer som har ett direkt vinstintresse av fortsatt privatisering finns försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna. Men här finns också en rad mellanhänder som drar ekonomisk nytta av utvecklingen, exempelvis de försäkringsförmedlare som är en länk mellan försäkringsbolagen och de företag och organisationer som upphandlar privata sjukvårdsförsäkringar. Bland de mer motvilliga aktörerna finner vi exempelvis tjänstemannafacken, vars svårlösta dilemma är att å ena sidan säga sig försvara den nordiska, universella sjukvårdsmodellen och å andra sidan erbjuda privata sjukvårdsförsäkringar åt sina medlemmar.

Framväxten av parallella sjukvårdssystem i de nordiska länderna är ett påtagligt hot mot de offentliga och tidigare gemensamma sjukvårdssystemen. För det första finns en rad urholkande faktorer såsom att det offentliga dräneras på personella resurser och att det skapas minskad skattevilja och minskad opinion för, och tillit till, den offentliga vården. För det andra slås de gemensamma systemen per definition sönder av den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. Detta då två olika sjukvårdssystem grundade på två väsensskilda logiker helt enkelt inte är samma sak som ett gemensamt, universellt system som alla medborgare, oavsett klass och kön, kollektivt bidrar till och tar del av.

Utvecklingen mot tudelad sjukvård i de nordiska länderna är ett faktum, men uppfattningar och åsikter om denna utveckling är naturligtvis en fråga om personliga preferenser. Det går alldeles utmärkt att argumentera för ojämlik och plånboksstyrd sjukvård, för varför ska inte vården vara köp- och säljbar som nästan alla andra produkter i en marknadsekonomi? Här finns mycket nyliberal moral-filosofi att ösa ur (se t.ex. Friedman, 1962; Rand et al., 1986), men ett problem är att den privata sjukvårdsindustrins representanter nästan aldrig använder sig av de raka och intellektuellt hederliga argument som faktiskt finns för fortsatt privatisering av sjukvårdens drift och finansiering.

Oftast har den privata vårdindustrin inte behövt använda sig av några argument alls, då utvecklingen mot tudelade sjukvårdsstater har kännetecknats av de gradvisa och närmast smygande förändringar som varit kännetecknande för mycket av den nyliberala frammarschen (Streeck & Thelen, 2005). Men när det väl har blivit offentlig debatt om förändringarna har den privata sjukvårdsindustrins representanter uppfunnit ett slags nyliberalt nyspråk (Lapidus, 2025), där varje steg mot en tudelad välfärd sägs ligga i den offentliga och universella sjukvårdens intresse, detta trots att varje sådant steg för oss allt längre bort från gemensam sjukvård på lika villkor. Här bör också tilläggas att det finns hälso- och sjukvårdslagar som stadgar vård efter behov och vård på lika villkor, varför den som argumenterar för rådande privatiseringsvåg samtidigt bör argumentera för att dessa lagar ska rivas upp och skrivas om.

Vidare gör representanter för den privata sjukvårdsindustrin ofta gällande att det är bristerna i den offentliga vården som orsakar de parallella sjukvårdssystemens framväxt i de nordiska länderna. Men vid närmare anblick finns inget offentligt sjukvårdssystem i världen som kan tävla mot ett parallellt system som riktar sig till de friskaste och mest välmående grupperna i samhället. Särskilt inte om det systemet åker snålskjuts på den offentliga infrastrukturen och främjas av statsmakterna via generösa skatteavdrag och nya lagar och regleringar som gynnar det privata på det offentligas bekostnad.

I de nordiska länderna har parallella sjukvårdssystem främjats av statsmakterna, och dessa länder har därmed haft en snabb framväxt av privata sjukvårdsförsäkringar. Ju mer försäkringssystemen växer desto svårare blir det för politikerna att vända utvecklingen, särskilt som röststarka väljargrupper drar nytta av de nya privilegierna. Genom att främja försäkringssystemen har politikerna gett dessa väljargrupper en ventil ut ur det offentliga systemet. Dessa grupper har därför inte längre ett egenintresse av att bristerna i den offentliga sjukvården blir lösta. Faktum är att de inte ens ser bristerna, då försäkringsbolagens vårdssamordnare ser till att de får behaglig förtur till vården framför andra medborgare. Att slippa kritik från dessa röststarka grupper är tacksamt för politikerna, som kan fortsätta att försvaga sjukvårdsbudgeten, vilken tvärtom måste stärkas, om vården ska kunna bibehålla sin kvalitet och hålla jämna steg med utvecklingen i övriga samhället.

Den privata sjukvårdsindustrins inflytande blir inte mindre påtagligt av att det knappt finns några aktörer som tar strid för den offentliga vården. Detta visar sig bland annat när offentliga sjukvårdsutredningar går ut på remiss, där allt fler remissinstanser tenderar att vara privata vårdkoncerner och försäkringsbolag, som alla har ett vinstintresse av fortsatt vårdprivatisering. Några motsvarande kamporganisationer för offentlig finansiering syns däremot inte till bland remissinstanserna.

Slutsatser – och möjliga vägar mot sjukvårdsresiliens

Det vi ser i dag är en gradvis återgång till den fragmenterade och privatiserade sjukvård som präglade de nordiska länderna innan de offentliga systemen byggdes upp. Samtidigt förändras människors värderingar kring sådant som vård efter behov och vård på lika villkor, något som försäkringsbolagen och de privata vårdgivarna underblåser genom att ständigt kritisera den offentliga sjukvården och samtidigt använda den som ett försäljningsargument för de egna produkterna.

Det är inte bara de nordiska länderna som haft en våg av sjukvårdsprivatisering under de senaste decennierna. Liknande mönster återfinns i Frankrike (Cordilha, 2023), Kanada (Bodner et al., 2022), Brasilien (Costa, 2017), Indien (Hooda, 2020) och många andra länder världen över. Även sjukvårdssystem som påminner mycket om de nordiska i form av universalitet, såsom de spanska och de brittiska, präglas i dag av pågående privatisering av drift och finansiering. Således slår britterna och spanjorerna varje år ett nytt rekord i antalet tecknade privata sjukvårdsförsäkringar (Corbatón, 2024; Stearn, 2024).

Utvecklingen mot ökad privatisering och fragmentering riskerar att minska sjukvårdens resiliens vid kriser som exempelvis covidpandemin. I länder som hade universella, marknadsbefriade (så kallade dekommodifierade) sjukvårdssystem av "socialdemokratiskt" snitt (Esping-Andersen, 1990), däribland de nordiska, innebär utvecklingen dessutom en kris i förhållande till den universalitet och den vård på lika villkor för alla medborgare som fortfarande stadgas i hälso- och sjukvårdslagstiftningarna. Det handlar alltså om en ständigt fördjupad kris för de offentliga sjukvårdssystemen, en kris som får stora klass- och jämställdhetsmässiga konsekvenser. En kris från vilken det inte tycks finnas något enkelt sätt att studsa tillbaka, så som krävs för att ett sjukvårdssystem ska anses vara resiliert (Wiig et al., 2020).

För att återskapa resiliens, i meningen vård på lika villkor för alla medborgare, krävs allt större åtgärder ju mer tudelade de nordiska sjukvårdssystemen blir. Ett exempel kan vara lagstiftning som bromsar den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar, det vill säga stopplagar som förbjuder privata vårdgivare att sluta avtal med både offentliga och privata finansiärer. Nästa steg skulle kunna vara åtgärder mot den driftsprivatisering – ibland kallad vinster i välfärden – som möjliggör och triggar den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar. På ett mer allmänt plan krävs förmodligen minskade inkomst- och förmögenhetsklyftor, för med dagens klasskillnader är det svårt att samla tillräckligt intresse för att återbygga denna typ av resiliens i sjukvårdssystemen.

-
- Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar behöver förstås och hanteras utifrån ett kris- och resiliensperspektiv, så att systemens motståndskraft och jämlikhet kan stärkas.
 - Tudelningen av de nordiska sjukvårdssystemen kräver politiska reformer och praktiska insatser som motverkar ojämlik tillgång och säkrar vården som en gemensam välfärdsresurs.
 - Vägar tillbaka till ett gemensamt och marknadsbefriat (dekommodifierat) sjukvårdssystem bör utvecklas och prövas som ett alternativ för att återställa legitimitet, solidaritet och jämlikhet i vården.
-

Referenser

- Alexandersen, N., Anell, A., Kaarboe, O., Lehto, J. S., Tynkkynen, L. K., & Vrangbæk, K. (2016). The development of voluntary private health insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 68-83.
- Andersen, M. K., Pedersen, L. B., Dupont, M., Pedersen, K. M., Munck, A., & Nexøe, J. (2017). General practitioners' attitudes towards and experiences with referrals due to supplemental health insurance. *Family Practice*, 34(5), 581-586.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz035>
- Baumol, W. J. (2012). *The cost disease: Why computers get cheaper and health care doesn't*. Yale University Press.
- Bodner, A., Spencer, S., Lavergne, M. R., & Hedden, L. (2022). Exploring privatization in Canadian primary care: an environmental scan of primary care clinics accepting private payment. *Healthcare Policy*, 17(3), 65-80.
<https://doi.org/10.12927/hcpol.2022.26727>
- Breivold, J., Isaksson Rø, K., Nilsen, S., Andersen, M. K. K., Nexøe, J., & Hjörleifsson, S. (2024). Gatekeeping and referral of patients holding private health insurance: a survey among general practitioners in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 42(4), 695-703. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2380923>
- Blyth, M. (2013). *Austerity: The history of a dangerous idea*. Oxford University Press.
- Budryk, M., Dahl, A., Lackenbauer, H., Refors Legge, M. & Lusua, J. (2023). *Utländska investeringar och ägande i svensk hälso- och sjukvård*. Totalförsvarets forskningsinstitut.
- Corbatón, A. (2024). España alcanza la cifra récord de 12,4 millones de personas con seguro de salud privado. Cadenaser, 12 mars.
- Cordilha, A. C. (2023). Public health systems in the age of financialization: Lessons from the French case. *Review of Social Economy*, 81(2), 246-273.
<https://doi.org/10.1080/00346764.2020.1870710>
- Costa, N. D. R. (2017). Brazilian healthcare in the context of austerity: Private sector domi nant, government sector failing. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22, 1065-1074.
- Donà, A. (2021). Radical right populism and the backlash against gender equality: The case of the Lega (Nord). *Contemporary Italian Politics*, 13(3), 296-313.
<https://doi.org/10.1080/23248823.2021.1947629>
- DSS. (2025). *Sundhedsforsikring Flex*. <https://www.ds-sundhed.dk/forsikringer/sundhedsforsikring-flex/>

- Elson, D. (1992). Male bias in structural adjustment. I C. Dennis & H. Afshar (Red.), *Women and adjustment policies in the third world* (pp. 46-68). London: Palgrave Macmillan UK.
- Erlandsson, E. (2019, 2 maj). Privata försäkringar garanterar välfärden. *Aftonbladet*.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- Euro Accident. (2025). *Sjukvårdsförsäkring PrivatAccess guld*. Hämtad 2025-02-20 från, <https://euroaccident.com/se/forsakringar/sjukvardsforsakring-privataccess-guld#privat>
- Expressen. (2020, 24 augusti). Vänsterns raseri mot privat sjukvård är märkligt. <https://www.expressen.se/ledare/vansterns-raseri-mot-privat-sjukvard-ar-markligt/>
- Friedman, M. (1962). Capitalism and freedom. I R. Blaug & J. Schwarzmantel (Red.), *Democracy: a reader* (pp. 344-349). Columbia University Press.
- F&P. (2024, 25 juni). 2,9 millioner danskere har nu en sundhedsforsikring eller sundhedsordning. Forsikring og Pension. <https://fogp.dk/nyheder/2-9-millioner-danskere-har-nu-en-sundhedsforsikring-eller-sundhedsordning/>
- Gjensidige. (2025). Sundhedsforsikring. Hämtad 2025-02-21 från, <https://www.gjensidige.dk/sundhedsforsikring>
- Grant Thornton. (2024). *Vårdrapporten 2024. Så mår den privata vård- och omsorgssektorn i Sverige*. Grant Thornton.
- Hacker, J. S. (2002). *The divided welfare state: The battle over public and private social benefits in the United States*. Cambridge University Press.
- Hooda, S. K. (2020). Health system in transition in India: Journey from state provisioning to privatization. *World Review of Political Economy*, 11(4), 506–532. <https://doi.org/10.13169/worlrevipoliecon.11.4.0506>
- Howard, C. (1999). *The hidden welfare state: Tax expenditures and social policy in the United States*. Princeton University Press.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
- Kellner Lysne, A., Røtnes, R., Merker, T., Iversen, M., & Linnestad Storo, M. (2024). *Helseforsikring for individet og samfunnet – Nyttig eller unyttig?* (Rapport nr. 26-2024 fra Samfunnsøkonomisk Analyse AS). Samfunnsøkonomisk Analyse. <https://www.finansnorge.no/contentassets/292f40f2825643a1a661fa7b61981772/r26-2024-privat-helseforsikring---nyttig-eller-unyttig.pdf>

- Lapidus, J. (2019). *The quest for a divided welfare state. Sweden in the era of privatization*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Lapidus, J. (2025). *Healthcare Privatization through Neoliberal Newspeak: The Case of Sweden and Beyond*. Taylor & Francis.
- Laruffa, F. (2024). Making sense of (post) neoliberalism. *Politics & Society*, 52(4), 586-629. <https://doi.org/10.1177/00323292231193805>
- Lehtonen, T. K. (2017). Domesticating insurance, financializing family lives: The case of private health insurance for children in Finland. *Cultural Studies*, 31(5), 685-711. <https://doi.org/10.1080/09502386.2017.1328516>
- Lin, J., & Wang, Y. (2023). Back to Marx: reflections on the feminist crisis at the crossroads of neoliberalism and neoconservatism. *Humanities and Social Sciences Communications*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1057/s41599-023-02341-2>
- Länsförsäkringar. (2020). *Var fjärde privatperson och företagare litar inte på den offentliga vården*. Pressmeddelande, 2 november. <https://mb.cision.com/Main/152/3229008/1328675.pdf>
- Länsförsäkringar. (2021). <https://www.lansforsakringar.se>
- Löytömäki, S. (2024, 13 maj). *Kannattaako vakuuttaa?* Helsingin Sanomat. <https://www.hs.fi/hyvinvointi/art-2000010346706.html>
- Marteus, A. (2021, 10 Februari). *Vaccinmyglande chefer borde inte få en andra dos*. Expressen. <https://www.expressen.se/ledare/ann-charlotte-marteus/vaccinmyglande-chefer-borde-inte-fa-en-andra-dos/>
- Meagher, G., & Szebehely, M. (2013). *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Department of social work, Stockholm University.
- Palme, M. (2017). *Vem har privat sjukvårdsförsäkring i Sverige? En deskriptiv analys*. (Svensk Försäkrings Rapportserie, Vår framtida välfärd, Del 5).
- Persson, E. (2020, 14 december). *Oklart om privat vårdpersonal kan beordras in*. Dagens Arena <https://www.dagensarena.se/innehall/oklart-om-privat-vardpersonal-kan-beordras/>
- Premfors, R. (1991). The 'Swedish model' and public sector reform. *West European Politics*, 14(3), 83-95. <https://doi.org/10.1080/01402389108424860>
- Rand, A., Branden, N., Greenspan, A., & Hessen, R. (1986). *Capitalism: The unknown ideal*. Penguin.
- Sointu, L., Lehtonen, T. K., & Häikiö, L. (2021). The public, the private and the changing expectations for everyday welfare services: The case of Finnish parents seeking private health care for their children. *Social Policy and Society*, 20(2), 232-246. <https://doi.org/10.1017/S1474746420000287>

- SOU 2021:80. *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll.*
<https://www.regeringen.se/contentassets/8976c2ea3e2d450ea4e512a8a43aaebf/sou-2021-80.pdf>
- SCB (2024). *Skattekvot och skatteintäkter 1980–2023*. Hämtad 2025-03-01 från, https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_NR_NR0103_NR0103J/SkattekvotBNP/
- Stearn, E. (2024, 10 februari). *The great rush to go private! Searches for insurance hit alltime high as NHS battles neverending crisis and worst winter ever*. Daily Mail.
- Storebrand (2025). *Helseforsikring*.
https://www.storebrand.no/privat/forsikring/helseforsikring_
- Streeck, W., & Thelen, K.A. (red.) (2005). *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*. New York: Oxford University Press.
- Svensk Försäkring (2024). *Så här fungerar en sjukvårdsförsäkring*. Hämtad 2025-03-05 från, <https://www.svenskforsakring.se/om-forsakring/vad-ar-och-hur-funkar-det/sa-har-fungerar-en-privat-sjukvardsforsakring/>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (2020). *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund.
[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International Profiles of Health Care Systems Dec2020.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International%20Profiles%20of%20Health%20Care%20Systems%20Dec2020.pdf)
- Tynkkynen, L. K., Alexandersen, N., Kaarbøe, O., Anell, A., Lehto, J., & Vrangbæk, K. (2018). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries—an exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy*, 122(5), 485-492. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>
- Van Dijk, T. A. (1993). Principles of critical discourse analysis. *Discourse & society*, 4(2), 249-283. <https://doi.org/10.1177/0957926593004002006>
- Vero.fi. (2024). *Beskattning av en sjukvårdsförsäkring som arbetsgivaren har tecknat*. Vero.fi, 15 januari.
[https://www.vero.fi/sv/Detaljerade skatteanvisningar/anvisningar/48347/beskattning-av-en-sjukvardsforsakring-som-arbetsgivaren-har-tecknat2/](https://www.vero.fi/sv/Detaljerade_skatteanvisningar/anvisningar/48347/beskattning-av-en-sjukvardsforsakring-som-arbetsgivaren-har-tecknat2/)
- Wennberg, L. (2017). Wellbeing and gender equality for the elderly in the context of Arctic Sweden. *Nordic Journal on Law and Society*, 1(01-02), 176-193.
<https://doi.org/10.36368/njolas.v1i01-02.16>
- Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J. E., & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. *BMC Health Services Research*, 20(1), 330–339.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>

Essä av

Ann Liljas och Bo Burström



Vård och omsorg av äldre för stärkt krisberedskap

Ann Liljas och Bo Burström

I Norden ökar andelen äldre i befolkningen snabbt. Covid-19-pandemin blottade brister som varit kända sedan länge, i vård- och omsorgssystem för äldre personer med behov av sammansatta insatser, inte minst i Sverige. Äldreomsorgen var oförberedd och illa rustad när pandemin kom. Bristerna i äldreomsorgens beredskap berodde bland annat på bristande resurser, fragmenterad organisation och otillräcklig bemanning. Dödligheten drabbade framför allt äldre och sköra personer, särskilt i Sverige men även i övriga nordiska länder. Personalen inom vård och omsorg är huvudsakligen kvinnor, men allt fler väljer bort att arbeta i denna sektor. Hur kan vård och omsorg nu och i framtiden utformas på ett hållbart sätt, som också gör systemet mer motståndskraftigt, resilient, mot framtida kriser?

Varför fokusera på vård och omsorg för äldre?

Andelen äldre i befolkningen ökar snabbt i Norden och övriga världen. I Sverige har Statistiska Centralbyrån prognosticerat att andelen personer 80 år och äldre kommer öka med 60 procent från 2018 till 2030 (Statistiska Centralbyrån, 2025). Ökningen förväntas även fortsätta längre fram. Trots att den förväntade livslängden ökar över tid (Enroth et al., 2022), ökar också sociala skillnader, inte minst inkomstskillnader (Nordregio, 2024). Andelen 80 år och äldre i befolkningen ses ibland som en indikator på behov av hälso- och sjukvård, eftersom förekomsten av sjuklighet ökar med ålder. Fler kommer att ha flera sjukdomar samtidigt (multi-sjuklighet) och därmed ha behov av en god och nära vård, i samverkan mellan hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen. Detta mönster förekommer i hela Norden. Texten i denna essä utgår från forskning om Sverige, men med tanke på de nordiska ländernas många likheter kan den förhoppningsvis bidra till lärande för hela regionen.

Covid-19-pandemin blottade sedan länge kända brister i vård- och omsorgssystem, för äldre personer med behov av sammansatta insatser. Enligt den svenska Corona-kommissionen (SOU 2020:80) var äldreomsorgen oförberedd och illa

rustad när pandemin kom, trots de strukturella brister som varit kända innan, och regeringen såväl som tidigare regeringar borde ha tagit initiativ mot detta. Bristerna i äldreomsorgens beredskap berodde bland annat på en fragmenterad organisation: behov av högre bemanning, ökad kompetens och rimliga arbetsförhållanden, ett otillräckligt regelverk, hinder för kommunerna att anställa läkare och få tillgång till medicinsk utrustning, samt sena och ibland otillräckliga beslut och åtgärder. Corona-kommissionen riktade också skarp kritik mot sena och bristande åtgärder mot smittspridning tidigt under pandemin, vilket ökade den allmänna smittspridningen och därmed även risken för smitta bland de äldre. Vidare borde regeringen tydligare ha tagit ledningen över krishanteringen (SOU 2022:10).

Denna pandemi, där äldre drabbades särskilt hårt, är kanske det tydligaste exemplet på behovet av resiliens i vård- och omsorgssystem. I Sverige, liksom i de andra nordiska länderna, var merparten av de som dog under åren 2020-2022 70 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2024a). De flesta av dem (72 procent) bodde på ett särskilt boende för äldre (långtidsboende med egen lägenhet bemannat dygnet runt). Andelen i befolkningen som dog i COVID-19 var avsevärt högre i Sverige än i de andra nordiska länderna. Vår studie om överdödlighet ger dock en mer komplex bild. För att beräkna överdödlighet jämförs antalet dödsfall för en specifik tidsperiod med en tidigare tidsperiod. I Sverige var överdödligheten förhöjd under 2020. Dock visade resultaten att överdödligheten under perioden 2020-2022 var jämförbar med Danmark och Norge medan Finland hade dubbelt så hög överdödlighet som Sverige (Burström et al., 2024).

Den fragmenterade organisationen i äldreomsorgen som nämns av Corona-kommissionen syftar på uppdelningen av ansvar. Den sociala äldreomsorgen är i Sverige ett ansvar för kommunen, medan hälso- och sjukvård är regionens ansvar. Kommunerna har också ansvar för hemsjukvård, och kan anställa sjuksköterskor för detta ändamål. För läkarmedverkan krävs avtal med regionen. Det faktum att äldre personer med hemtjänst och boende på särskilt boende för äldre hade högst risk att dö speglar dessa personers skörhet, men antyder också att systemet har förbättringspotential på strategisk nivå (till exempel förbättrade faciliteter), taktisk nivå (personal) och operativ nivå (till exempel kohortvård och personlig skyddsutrustning). Här finns det i sin tur sannolikt mycket att lära mellan organisationer, såväl inom landet som genom kunskaps- och informationsutbyte med övriga nordiska länder, som har liknande men något annorlunda utformning av sina hälso- och sjukvårdssystem och system för social omsorg (Szebehely, 2020). Den svenska COVID-19 kommitténs delrapport beskrev tydligt vilka brister det svenska systemet för vård och omsorg för äldre har, och vilka åtgärder som skulle behövas. Mer och bättre samverkan såväl som mer läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården behövs, men genomgripande åtgärder har ännu inte skett. Enligt slutrapporten från utredningen *God och nära vård* (SOU 2019:29)

ska en ökad andel av vården ske lokalt i primärvården (allmänmedicin genom vårdcentraler), som förväntas hantera den största delen av vårdbehoven (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2025). Liknande utveckling ses i övriga nordiska länder, som alla upplever utmaningar i rekrytering av personal (Larsen et al., 2020). Vård och omsorg är en kvinnodominerad sektor både bland formellt anställda och bland de som ger vård inom familjen. Särskilt inom omsorg, inte minst hemtjänst (omsorg i hemmet), arbetar många kvinnor för lägre löner jämfört med mansdominerade sektorer såsom byggsektorn (Nordic Council of Ministers, 2019). Vård och omsorg för äldre rymmer också genusaspekter beträffande vårdtagare: en stor andel av de sårbara äldre som mottar vård och omsorg är kvinnor. Vidare finns det även socioekonomiska skillnader i hälsa och behov av vård och omsorg (Jämställdhetsmyndigheten, 2022).

Med en snabbt växande åldrande befolkning och erfarenheter av en omfattande kris som främst drabbade äldre, finns det anledning att studera begreppet resiliens i förhållande till vård och omsorg av äldre. När vi använder begreppet resiliens i denna text menar vi att vård- och omsorgssystemet, snarare än äldre individer, behöver utveckla motståndskraft som gör att det kan klara av kriser såsom en pandemi. Vidare ser vi resiliens som en fortlöpande process snarare än som ett engångsfenomen. Genom funktioner som *återupprätta*, *upprätthålla* och *förbättra* kan systemet fungera långsiktigt och därmed bli hållbart (Helmen Borge, 2005). Med begreppet *återupprätta* avser vi en kortare process där systemet återgår till normalläge efter en kris. Däremellan måste det *upprätthålla* sin funktion, medan *förbättring* av sin funktion kan ske exempelvis efter en kris. Genom frågor och laborering av dessa kan vi få insikt i hur resiliens kan komma till uttryck och få vägledning framåt i hur vård- och omsorgssystemet skulle kunna utformas (Helmen Borge, 2005).

Hur ser det ut idag med vård och omsorg för äldre?

De nordiska länderna har likartade system för vård och omsorg om äldre, men vissa variationer i utformningen och utförandet av tjänster (Vabø & Szebehely, 2012). Gemensamt för alla är den demografiska utmaningen med ökad andel äldre, och svårigheter att rekrytera personal. Täckningsgraden, det vill säga andelen äldre som omfattas av insatser i den sammantagna äldreomsorgen (hemtjänst och särskilt boende), är högst i Danmark medan Norge har högre andel äldre på särskilda boenden och Sverige har högst andel äldre med hemtjänst. Finland har den lägsta sammantagna täckningsgraden men har också högre andel äldre som får formell (betald) anhörigomsorg. I alla nordiska länderna är det vanligt med informell omsorg (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021).

De nordiska länderna satsar en stor del av bruttonationalprodukten på äldreomsorg. År 2018 var andelen 2,4 procent i Sverige, 2,3 procent i Norge, 2,0 procent i Danmark och 1,7 procent i Finland (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021). Tidigare rapportering har visat att Island ligger lägre än övriga nordiska länder (0,5 procent år 2012 jämfört med Sverige 2,3 procent samma år) (Nordisk Socialstatistisk Komité, 2013). I alla fem länder ges omsorgen genom en blandning av offentliga och privata utförare. I Sverige är andelen vinstdrivande utförare högst, övriga länder har en större andel ideella utförare. I Danmark och Norge kan kommunerna vara undantagna konkurrens med vinstdrivande aktörer och ge uppdrag direkt till ideella organisationer. Brister i samordning av omsorgsinsatser och hälso- och sjukvård förekommer i alla nordiska länder, trots den något olika organisationen i respektive land (Larsen et al., 2020). På Island samverkar stat och kommun om äldreomsorg. I Finland och Norge är kommunen huvudman för både äldreomsorg och primärvård vilket kan underlätta samverkan. I Sverige är insatserna uppdelade mellan kommun och region, något som kan försvåra läkarvård och omsorg för äldre (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021).

Trots den pågående ökningen av andelen och antalet äldre i befolkningen i Sverige har antalet personer i särskilt boende minskat från 82 626 år 2017 till 77 173 år 2021 (Socialstyrelsen, 2023). Kostnaden per person och år har dock under samma tid ökat med ca 100 000 kr, till 1 020 427 kr. Kommunernas totala kostnader för särskilt boende, hemtjänst och hemsjukvård har ökat med 3,9 procent från 2017 till 2021, framför allt drivet av ökade kostnader för hemtjänst (9 procent). Dock utgör särskilt boende den största andelen (57 procent) av kostnaden. År 2021 hade totalt 227 400 personer, 65 år och äldre, kommunalt finansierad hemsjukvård. Ungefär hälften av dessa hade också hemtjänst. Mer än hälften av de som fick hemsjukvård var 80 år och äldre, och 60 procent hade också hemtjänst.

Det är sedan tidigare känt att primärvården är underbemannad och har rekryteringssvårigheter, inte bara i Sverige, utan i flera nordiska länder (Nordic Council of Ministers, 2014). Likaså inom den sociala omsorgen finns ökande behov och osäkerhet om framtida rekryteringsmöjligheter som är nödvändiga för att möta de växande behoven med en åldrande befolkning. I Sverige behövs fram till 2031 ytterligare 59 000 personer anställas i äldreomsorgen, för att möta ökade behov. Samtidigt kommer pensionsavgångar göra att det totala rekryteringsbehovet blir 110 000 personer. Av de 191 000 anställda inom äldreomsorgen år 2022 var 45 procent undersköterskor och 24 procent vårdbiträden. Bland vårdbiträden hade 60 procent en tidsbegränsad anställning, bland undersköterskor var siffran 16 procent. Närmare hälften av båda yrkeskategorier arbetade deltid (Socialstyrelsen, 2023). Därför är det oroväckande att antalet sjuksköterskor i äldreomsorgen minskar något, liksom andelen specialistläkare i geriatrik. Under pandemin (2020) gjordes i Sverige inspektioner vid 98 särskilda boenden, och en femtedel av personer vid boenden hade inte fått någon individuell läkarbedömning. En uppföljande enkät 2022 visade att jämfört med 2021 rapporterade 60 procent av kommunerna

oförändrad tillgång till läkare, 16 procent sämre och endast 10 procent bättre tillgång till läkare. Vad gäller specialistsjuksköterskor rapporterade 81 procent av de kommuner som hade sådana anställda, en bristsituation. Bristerna angavs bero på konkurrens från andra arbetsgivare och brist på specialistsjuksköterskor.

I Sverige har kommunerna olika egenavgifter för omsorg. De flesta kommuner tar ut maxtaxan för heldygnsomsorg (2139 kr/månad), men det är stora variationer i kostnader för mat och för hemtjänsttimmar (70–488 kr/timme). De flesta kommuner tar 200–400 kr per timme. Höga kostnader i en kommun påverkar låginkomsttagares möjligheter till hemtjänst (Socialstyrelsen, 2023). Egenavgifterna i de nordiska länderna varierar mellan 5-8 procent i Sverige, Norge och Danmark medan egenavgifterna är omkring 17 procent i Finland (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021). Sammanfattningsvis kan man konstatera att vård och omsorg för äldre står inför stora utmaningar i alla fem länder, både på grund av den ökande andelen äldre och på grund av svårigheter att rekrytera personal.

Kvinnor upprätthåller vård och omsorg för äldre

Inom vård och inte minst omsorg arbetar primärt kvinnor. Det vanligaste kvinnoyrket i Sverige år 2023 var undersköterska, ett yrke som sysselsatte 112 100 kvinnor och 15 9000 män (Kindblom & Westholm, 2025). Kvinnodominerade yrken har i genomsnitt lägre löner och sämre arbetsvillkor jämfört med mansdominerade yrken. Bristen på personal inom äldreomsorgen beror delvis på sämre anställningsvillkor, arbetsmiljö och lön.

Löneskillnader mellan könen reflekterar kvinnors disponibla inkomst, som är cirka 20 procent lägre än männens (Jämställdhetsmyndigheten, 2025). Många som arbetar inom omsorg av äldre är utrikesfödda, vilket kan inkludera språkbarriärer och begränsad insyn i sina rättigheter. Kvinnor arbetar dessutom ofta deltid och timanställningar är vanligt förekommande, för att arbetsgivaren ska kunna täcka upp med personal vid behov. Det skapar dock osäkerhet och otrygghet vad gäller arbetstagarens egen inkomst och försörjning samt för eventuella familjemedlemmar. Att med kort varsel tacka ja till arbetspass blir därmed för många nödvändigt för sin försörjning och för att förbli en attraktiv arbetstagare.

Under covid-19-pandemin togs timvikarier in i mycket större utsträckning än vanligt när ordinarie personal var sjukskriven. Men hög omsättning av personal ökade också risken att få in smitta. Dessutom fanns det timvikarier som trots symptom inte tackade nej till arbetspass, eftersom de var rädda för inkomstbortfall och att inte bli tillfrågad om arbetspass framöver om de inte ställde upp vid förfrågan. Det blottade ett samhällsproblem som behöver adresseras innan nästa pandemi eller annan kris står för dörren: Arbetstagare måste garanteras inkomsttrygghet under krisen och attraktivitet på arbetsmarknaden även efter krisen.

Det svenska fackförbundet Kommunal organiserar en stor del av de som arbetar i äldreomsorgen. I deras enkätstudie från 2022 uppgav endast 46 procent av berörda medlemmar att de ville fortsätta arbeta inom äldreomsorgen under de kommande tre åren. När samma enkätstudie gjordes tio år tidigare var siffran 76 procent. Anledningarna till att inte vilja fortsätta var framför allt knutna till dålig arbetsmiljö, att de inte orkar fram till pension, att pensionen kommer att bli för låg och att lönen är för låg (Bucht, 2023). Arbetsmiljön inom vården präglas alltför ofta av hög arbetsbelastning i kombination med otillräcklig bemanning, brist på vårdplatser, och långa väntetider. Dessa faktorer är exempel på vad som i sin tur orsakar etisk stress hos vårdpersonal (Brune et al., 2024). Etisk stress uppstår när en person upplever otillräcklighet i att göra vad som anses vara etiskt korrekt, något som inte bara påverkar personalen negativt utan också kan äventyra patientsäkerheten (Canadian Medical Association, 2020). Sådana situationer förekommer frekvent bland vård- och omsorgspersonal och grundar sig i stor utsträckning på resursbrister.

De brister och utmaningar som belysts ovan har varit kända länge men behöver åtgärdas snarast. Det visar också på att resiliens inom vård- och omsorgssystemet beträffande personal behöver just *återupprättas* för att kunna *upprätthållas* och framöver ytterligare *förbättras*. Detta är centralt för vård- och omsorgssystemet, men är också centralt ur ett genusperspektiv eftersom huvuddelen av personalen är kvinnor.

Reformer och utredningar om vård och omsorg för äldre i Sverige

Hur hanteras frågan om vård och omsorg för äldre politiskt? Vilka reformer och förändringar förs fram för att förbättra situationen? Vilken effekt har dessa? Nedan redovisas några aktuella exempel från Sverige.

Lagen om valfrihetssystem

En stor andel av den hälso- och sjukvård bland äldre personer med sammansatta vård- och omsorgsbehov förväntas ske i primärvården, och den sociala omsorgen förväntas ske i kommunens äldreomsorg. Lagen om valfrihetssystem (LOV) (SFS 2008:962) trädde i kraft den 1 januari 2009 och gäller för kommuner och regioner när de inrättar valfrihetssystem för hälsovård- och socialtjänster. Det är frivilligt för kommunerna att införa valfrihetssystem men obligatoriskt för regionerna inom primärvården. Reformen innebar alltså etableringsfrihet för verksamheter som uppfyller grundkrav, med offentlig finansiering från kommun respektive region.

Drygt hälften av landets kommuner har infört LOV (SFS 2008:962) inom äldreomsorg, mer i större städer, i landets södra del, mindre i norr och i glesbygds-kommuner. Omkring 20 procent av alla äldreboenden drivs i privat regi och 24 procent av hemtjänsttimmar utförs av privata aktörer (Vårdföretagarna, 2022).

Vårdvalsreformen

Vårdvalsreformen i primärvården genomfördes nationellt 2010 och innebar en ökning av nya vårdcentraler med ca 20 procent, varav majoriteten vinstdrivande aktiebolag. De flesta nya etableringar gjordes i större städer, färre i glesbygd och i städernas ytterområden. Andelen privata vårdgivare är störst i Region Stockholm (69 procent av alla vårdcentraler) och minst i Region Västerbotten (13 procent). Individer/patienter kan lista sig på den vårdcentral de väljer, och kostnaden för deras vård betalas av regionen.

Vårdvalsreformen har kritiserats för att den undandragit regionerna deras möjlighet att styra etableringar efter behov och för att ökningen av besök i primärvården i stor utsträckning skett bland personer med mindre behov (Burström et al. 2017; Riksrevisionen, 2014).

Vårdvalsreformen i primärvården konstaterades därutöver i en statlig utredning (SOU 2016:2) ha försvårat vården av äldre personer med sammansatta vårdbehov, genom att reformen orsakat bristande samordning och samverkan. Med anledning av detta föreslogs gruppen äldre med sammansatta behov i utredningen att undantas från Vårdvalsreformen och ges ett särskilt spår inom primärvården. Detta har dock aldrig diskuterats vidare eller prövats.

God och nära vård

En annan utredning, *God och nära vård* (SOU 2019:29), föreslår att primärvården ska stärkas och vara basen för hälso- och sjukvårdssystemet och ett nav för vård av äldre personer med sammansatta behov, tillsammans med kommunal omsorg. Socialstyrelsens uppföljning av *God och nära vård* (2023) rapporterade en viss ökad samverkan mellan huvudmän, men visade en försämring i möjligheten att vid behov träffa läkare på äldreboende, och att andelen med fast läkarkontakt, vårdkontakt och omsorgskontakt inte har ökat ur ett patientperspektiv. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys presenterade under våren 2025 en slutrapport över omställningen till god och nära vård i vilken de har dragit liknande slutsatser. De konstaterar vidare att inget av omställningens mål har uppnåtts, troligtvis på grund av att verksamheter inte fått förbättrade resurser (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2025). Det är anmärkningsvärt då ekonomiska utmaningar hos regioner och kommuner redan i Socialstyrelsens rapport uppgavs kunna påverka arbetet med omställningen (Socialstyrelsen, 2024b).

Utredning om äldreomsorgslag

Under pandemin diskuterades tänkbara förändringar av socialtjänstlagen, som omfattar exempelvis särskilda boenden för äldre, och en så kallad äldreomsorgslag med möjliga förändringar till utökad medicinsk kompetens på äldreboenden. Arbetet med att uppdatera socialtjänstlagen pågår för närvarande. En utredning om införandet av en äldreomsorgslag presenterades sommaren 2022, där fokus var en ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg av äldre (SOU 2022:41). Utredningen innehöll förslag på hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen skulle kunna stärkas för att förbättra kvalitet och tillgänglighet av vård och omsorg för äldre. Förslaget omfattade både kommuner som tillhandahåller omsorg och regioner som tillgodoser vård. Dessutom fanns det aspekter av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt ett personcentrerat arbetssätt. Regeringen valde dock att inte gå vidare med att införa en äldreomsorgslag vilket gjorde att arbetet avstannade.

Utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

En utredning har också presenterat ett betänkande om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72). Där påpekas att i omställningen till en god och nära vård kommer den kommunala hälso- och sjukvården vara allt viktigare. I betänkandet föreslås bland annat att kommunerna ska kunna anställa läkare, att kommuner ska ha en medicinskt ledningsansvarig funktion, att regionerna ska ha en funktion som utgör motpart till den kommunala hälso- och sjukvården, vilket kan vara viktigt inte minst vid extraordinära händelser eller förhöjd beredskap. Vidare föreslås att staten bör avsätta medel för vidareutbildning av sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården. Förslaget om kommunalt anställda läkare kritiserar dock av både Läkarförbundet och Läkarsällskapet (Torkelsson, 2025).

Sammanfattningsvis: En genomgång av reformer och utredningar ger vid handen att inte mycket hänt som skulle kunna förbättra vård och omsorg för äldre. Äldre personer med större behov gynnades inte av Vårdvalsreformen – den snarast ökade fragmentiseringen av vård och omsorg. Förslaget om att undanta gruppen och skapa ett särskilt spår i primärvården gick inte vidare. Inom äldreomsorgen har antalet privata utförare ökat, men en stor del av de som har behov av omsorg saknar resurser och kognitiv förmåga att göra val. Valfriheten är också geografiskt begränsad till större städer. Förslaget till äldreomsorgslag gick inte vidare, inte heller förslaget om att kommunerna skulle kunna anställa läkare för vård och omsorg bland äldre. Utredningen om en omställning till god och nära vård är därmed en av få tänkbara vägar framåt och innehåller många förslag till förbättring, men bristen på ekonomiska resurser och rekryteringssvårigheter i regioner och kommuner försvårar implementeringen.

Vad kan göras för en bättre vård och omsorg för äldre?

Förutom resurser till vård och omsorg behövs också vidareutveckling av befintliga och framtagning av nya arbetssätt. I Sverige visade covid-19-pandemin på betydelsen av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), som samarbetar med exempelvis särskilda boenden för äldre. Kommunernas MAS:ar ansvarade för att se till att vården utfördes på ett säkert och korrekt sätt, vilket i praktiken kunde innebära att MAS:ar hjälpte till att utbilda personal i hur man korrekt använder personlig skyddsutrustning och hur man kan minska smittspridningen genom noggrann hygien. Forskning har visat att MAS också spelade en central roll i att konkretisera och förmedla de ständigt förändrade riktlinjerna från hälso- och sjukvårdsmyndigheterna till bland annat boenden för äldre. I kommuner där MAS:ar tog en sådan roll avlastades personalen på boendena för äldre, i hanteringen och förmedlingen av nya riktlinjer och rekommendationer till personalen (Liljas et al., 2024). I förberedelserna för framtida kriser och pandemier bör erfarenheter av starka och betydelsefulla insatser av MAS:ar under COVID-19 därför tas i beaktande. Även MAS:ars roll och betydelse i det dagliga arbetet bör prioriteras för att skapa rutiner som utgör en grund vid en framtida kris.

En annan viktig lärdom från covid-19-pandemin är att kommunikationen från myndigheter måste vara tydlig och konsekvent. Under pandemin kom det för många olika riktlinjer, som av personal inom vård och omsorg för äldre upplevdes förvirrande och motstridiga, något som i sin tur skapade otrygghet bland personalen (Agerholm et al., 2023; Liljas et al., 2024). Det är olyckligt på flera vis, då det fanns internationell forskning från influensaepidemin år 2009 som visade att information bör kommuniceras från en och samma trovärdiga källa såsom en myndighet (Staes et al., 2011). Samma studie visade också att eftersom mängden information är omfattande bör det tydligt framgå vad som eventuellt är ny information. Denna erfarenhet fanns tillgänglig inför covid-19-pandemin, men togs inte i beaktande. Det visar att spridning av forskning måste bli effektivare.

Patientcentrerad integrerad vård och omsorg förespråkas av Världshälsoorganisationen (WHO), som anser att det ger många möjligheter för att möta den åldrande befolkningen. En kartläggning över integrerad vård inom primärvården i de nordiska länder visar dock att integrerad vård förekommer i väldigt liten utsträckning: inget land har infört integrerad vård nationellt. Eventuella satsningar består av lokala projekt i ett fåtal kommuner eller regioner (Larsen et al., 2020). Det är uppenbart att närmare samverkan behövs mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunens hälso- och sjukvård och sociala omsorg. Äldreomsorgen måste bli en mer attraktiv arbetsplats och dess personal behöver bli föremål för satsningar på utbildning och förbättrade anställningsvillkor, arbetsmiljö och löner.

Även om de ovan beskrivna utmaningarna i vård och omsorg för äldre personer med sammansatta behov ter sig mycket stora finns exempel på lovande lokala verksamheter runtom i Norden. Det är viktigt att följa upp och dra lärdom av flera olika ansatser. Ett svenskt exempel är Norrtälje kommun, som har en äldre befolkning än övriga Region Stockholm. Behoven av vård och omsorg är därmed större, jämfört med andra befolkningsgrupper i länet. I början av 2000-talet var akut-sjukhuset i Norrtälje nedläggningshotat, men ombildades till ett närsjukhus genom fördjupad samverkan mellan dåvarande landstinget och kommunen, som resulterade i en gemensam organisation (Tiohundra) med samfinansiering. Detta integrerade vård- och omsorgssystem har blivit mycket uppskattat av både patienter och personal, som upplever att kommunikation mellan enheter och aktörer underlättas av att ha en gemensam organisation, vilket i sin tur har skapat både något utav en sömlös vård- och omsorgskedja samt god arbetsmiljö. En studie av dödlighet i COVID-19 bland personer 70 år och äldre i Region Stockholm visade på lägre dödlighet i Norrtälje än i andra kommuner i regionen (Doheny et al., 2024), vilket delvis kan bero på närmare samarbete och kommunikation (Nordic Welfare Centre, u.å.). I Region Stockholms budget 2025 anges uttryckligen att det ska undersökas hur Norrtäljemodellen ska kunna spridas till andra verksamheter inom regionen.

I Sverige har även andra lokala modeller redovisats, med ökat samarbete mellan omsorg, primärvård, hemsjukvård och sjukhus, bland annat i Borgholm i region Kalmar län, region Västmanland och Storuman i region Västerbotten (Ström, 2018, 2023; Castilla, 2025). Gemensamt för dessa är nära kommunikation mellan alla aktörer engagerade i vården av äldre och att mycket av vården bedrivs i de äldres hem.

Ett annat exempel finns i Norge, där en modell för integrerad vård riktad till sköra äldre har blivit prisad för att just satsa resurser på äldre som annars riskerar att ha många sjukhusinläggningar. Modellen går ut på att tillämpa en helhetssyn av patientens behov. En geriatriker, husläkare och sjuksköterskor från såväl sjukhus som kommunen träffar patienten och tar fram en vårdplan, utifrån vad som är betydelsefullt för patienten att klara av i vardagen. Dessa mål följs upp halvårsvis, för att möjliggöra för äldre personer att fortsatt bo hemma. Modellen sjösattes tidigt 2020-tal och har redan spridit sig till flertalet kommuner i södra Norge. Modellen utgör ett exempel på hur de arbetar med att stärka äldre individer i att leva självständigt, på ett sätt som stärker samhället (Hamre, 2023).

Avslutande reflektion

Den svenska myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i sin rapport att den uteblivna måluppfyllelsen för god och nära vård bland annat beror på bristande ekonomiska och personella resurser. Stärkt primärvård är centralt, men prioriteras i nuläget inte tillräckligt. De föreslår också utvecklad statlig styrning av omställningen till nära vård (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2025). Givet de redan rådande svårigheterna inom vård och omsorg av äldre, och utifrån den aktuella demografiska utmaningen med raskt ökande andel och antal äldre i befolkningen, krävs omfattande resurser och åtgärder. En tydlig vision och plan för arbetet behövs, både från statligt håll och i regioner och kommuner i Sverige. Ett utökat erfarenhetsutbyte och lärande mellan de nordiska länderna skulle kunna möjliggöra nya lösningar då många av utmaningarna är gemensamma.

Mer samverkan behövs mellan social omsorg och hälso- och sjukvård. Sannolikt behövs flera olika ansatser, med lokal anpassning. För att lyckas med att ta hand om våra äldre behöver status, arbetsvillkor och arbetsmiljö för de som arbetar med vård och omsorg, huvudsakligen kvinnor, stärkas. Vidare borde de reformförslag som arbetats fram prövas, följas upp och utvärderas vetenskapligt. De erfarenheter som gjorts under pandemin bör tas tillvara för att stärka systemen inför kommande kriser. Genom att ta del av skillnader och satsningar på såväl struktur som initiativ i de nordiska länderna skulle omhändertagandet av äldre kunna förbättras.

-
- Resurserna för vård och omsorgssystemen för äldre personer måste förstärkas. Eftersom multisjuklighet ofta kräver både vård och omsorg är det uppenbart att närmare samverkan behövs mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunens hälso- och sjukvård och sociala omsorg.
 - En tydlig vision och plan behövs på olika nivåer för hur föreslagna reformer ska realiseras. Tillämpning av reformförslag bör följas upp och utvärderas vetenskapligt.
 - Äldreomsorgen måste bli en mer attraktiv arbetsplats och dess personal behöver bli föremål för satsningar på utbildning och förbättrade anställningsvillkor, arbetsmiljö och löner.
 - Ett ökat erfarenhetsutbyte och lärande mellan de nordiska länderna skulle kunna möjliggöra nya lösningar då problemen och utmaningarna är i många avseende gemensamma. De erfarenheter som gjorts under pandemin bör tas tillvara för att undvika merarbete, förbereda och stärka systemen inför kommande kriser.
-

Referenser

Agerholm, J., Burström, B., Schön, P., & Liljas, A. (2023). How did providers of home care for older adults manage the early phase of the Covid-19 pandemic? A qualitative case study of managers' experiences in Region Stockholm. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1–1173. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10173-8>

Brune, C., Agerholm, J., Burström, B., & Liljas, A. (2024). Experience of moral distress among doctors at emergency departments in Stockholm during the Covid-19 pandemic: a qualitative interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1), 2300151. <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2300151>

Bucht, A. (2023). *Personal som lämnar. En rapport om personalflykt i äldreomsorgen*. Kommunal. <https://www.kommunal.se/nyhet/personalen-lamnar-aldreomsorgen><https://www.kommunal.se/nyhet/personalen-lamnar-aldreomsorgen>

Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M., & Winblad, U. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 29–29. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0524-z>

Burström, B., Hemström, Ö., Doheny, M., Agerholm, J., & Liljas, A. (2024). The aftermath of COVID-19: Mortality impact of the pandemic on older persons in Sweden and other Nordic countries, 2020–2023. *Scandinavian Journal of Public Health*, 14034948241253339–14034948241253339. <https://doi.org/10.1177/14034948241253339>

Canadian Medical Association. (2020). *COVID-19 and moral distress*. <https://digitallibrary.cma.ca/link/digitallibrary54>

Castilla, L. (2025, 9 juni). *De är en livlina för de sköraste patienterna*. Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2025/06/de-ar-en-livlina-for-de-skoraste-patienterna/>

Doheny, M., de Leon, A. P., Burström, B., Liljas, A., & Agerholm, J. (2024). Differences in Covid-19 mortality among persons 70 years and older in an integrated care setting in region Stockholm: a multi-level analysis between March 2020-February 2021. *BMC Public Health*, 24(1), 462–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17904-4>

Enroth, L., Jasilionis, D., Németh, L., Strand, B. H., Tanjung, I., Sundberg, L., Fors, S., Jylhä, M., Brønnum-Hansen, H. (2022). Changes in socioeconomic differentials in old age life expectancy in four Nordic countries: the impact of educational expansion and education-specific mortality. *European Journal of Ageing*. 19(2), 161–173. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00698-y>

Hamre, K. M. (2023). Integrated Health Care for frail elderly people with complex needs. *International Journal of Integrated Care*, 23(S1), 280.

<https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC23436>

Helmen Borge, A.I. (2005). *Resiliens – risk och sund utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Jämställdhetsmyndigheten. (2025, 30 maj). *Inkomstskillnader mellan kvinnor och män ökar*. <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/jamstallldhet-i-sverige/delmal-2-ekonomisk-jamstallldhet/#:~:text=Kvinnors%20genomsnittliga%20disponibla%20inkomst%20%C3%A4r,skillnaden%206%2C3%20miljoner%20kronor.>

Jämställdhetsmyndigheten. (2022, 7 januari). *Sub-goal 5: Equal health*. <https://swedishgenderequalityagency.se/gender-equality-in-sweden/sub-goal-5-equal-health/>

Kindblom, F., & Westholm, M. (2025, 8 mars). *Så är det att vara kvinna i Sverige*. Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/ekonomi/sa-ar-det-att-vara-kvinna-i-sverige/>

Larsen, A. T., Klausen, M. B. & Højgaard, B. (2020) *Primary Health Care in the Nordic Countries. Comparative Analysis and Identification of Challenges*. VIVE – The Danish Center for Social Science Research. https://pure.vive.dk/ws/files/4892725/301661_Primary_Health_Care_in_the_Nordic_Countries_TG.pdf

Liljas, A., Agerholm, J. & Burström, B. (2024) Views of medically responsible nurses and managers of care homes for older adults on communication of information on Covid-19: a case study in Greater Stockholm. *Medical Research Archives*, [S.l.], v.12, n.2. <https://doi.org/10.18103/mra.v12i2.4981>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2025). *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport*. (Rapport 2025:1). <https://www.vardanalys.se/rapporter/omtag-for-omstallning/>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021). *Den nordiska äldreomsorgen. En jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll*. (Rapport 2021:7). <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2021/09/Rapport-2021-7-Den-nordiska-aldreomsorgen.pdf>

Nordic Council of Ministers. (2014). *Recruitment and Retention of Health Care Professionals in the Nordic Countries. A Cross-national Analysis*. (TemaNord 2014:554). <https://www.norden.org/en/publication/recruitment-and-retention-health-care-professionals-nordic-countries>

Nordic Council of Ministers. (2019). *The Nordic Gender Effect at Work. Nordic experiences on parental leave, childcare, flexible work arrangements, leadership and equal opportunities at work.* (Nord 2019:058).

<https://www.gu.se/sites/default/files/2020-05/The-nordic-gender-effect-at-work.pdf>

Nordic Welfare Centre. (u.å.). Health and social care where you are – a seamless chain.

[https://nordicwelfare.org/pub/Integrated Healthcare and Care through distance spanning solutions v4/health-and-social-care-where-you-are-a-seamless-chain.html](https://nordicwelfare.org/pub/Integrated%20Healthcare%20and%20Care%20through%20distance%20spanning%20solutions%20v4/health-and-social-care-where-you-are-a-seamless-chain.html)

Nordisk Socialstatistisk Komité. (2013). Social tryghed i de nordiske lande 2012/13. Omfang, udgifter og finansiering. <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:774222/FULLTEXT02.pdf>

Nordregio (2024). State of the Nordic Region 2024. (Report 2024:13). <https://pub.nordregio.org/r-2024-13-state-of-the-nordic-region-2024/index.html>

OECD. (2022). *Making the most of public investment to address regional inequalities: Megatrends and future shocks.* (OECD Regional Development Papers, No. 29) <https://doi.org/10.1787/8a1fb523-en>
https://www.oecd.org/en/publications/2022/06/making-the-most-of-public-investment-to-address-regional-inequalities-megatrends-and-future-shocks_c24baf1.html

Riksrevisionen. (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan (RiR 2014:22).* Stockholm: Riksrevisionen.

SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem.* https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962-om-valfrietssystem_sfs-2008-962/

Socialstyrelsen. (2024a, 14 mars). Statistics on COVID-19. <https://www.socialstyrelsen.se/en/statistics-and-data/statistics/statistics-subjects/statistics-on-covid-19/>

Socialstyrelsen. (2024b). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023.* <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/75cd20a6f9384a268dfb754d6a397ecb/2024-8-9188.pdf>

Socialstyrelsen. (2023). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-3-8444.pdf>

SOU 2016:2. *Effektiv vård.*

https://www.regeringen.se/contentassets/42b0aef4431c4ebf9410b8ee771830eb/efektiv-varld---slutbetankande-av-en-nationell-samordnare-for-effektivare-resursutnyttjande-inom-halso--och-sjukvarden_sou-2016-2.pdf

SOU 2019:29. *God och nära vård.*

<https://www.regeringen.se/contentassets/3fcc1ab1b26b47bb9580c94c63456b1d/god-och-nara-varld-sou-2019-29.pdf>

SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av*

Coronakommissionen. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/12/sou-202080/>

SOU 2022:10. *Sverige under pandemin.* <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2022/02/sou-202210/>

SOU 2022:41. *Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.* <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2022/06/sou-202241/>

SOU 2024:72. *Betänkande om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.* <https://www.regeringen.se/remisser/2024/11/remiss-sou-202472-starkt-medicinsk-kompetens-i-kommunal-halso--och-sjukvard/>

Staes, C. J., Wuthrich, A., Gesteland, P., Allison, M. A., Leecaster, M., Shakib, J. H., Carter, M. E., Mallin, B. M., Mottice, S., Rolfs, R., Pavia, A. T., Wallace, B., Gundlapalli, A. V., Samore, M., & Byington, C. L. (2011). Public Health Communication with Frontline Clinicians During the First Wave of the 2009 Influenza Pandemic. *Journal of Public Health Management and Practice*, 17(1), 36–44.

<https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e3181ee9b29>

Statistiska Centralbyrån (2025, 11 april). *Knappt 90 000 fler i Sverige år 2030.*

<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/befolkningens-sammansattning-och-utveckling/befolkningsframskrivningar/pong/statistiknyhet/sveriges-framtida-befolkning-2025-2070/#:~:text=Enligt%20framskrivningen%20%C3%A4r%20812%20000%20personer%2080,antalet%20avlidna%20ber%C3%A4knas%20%C3%B6ka%20till%20drygt%20102>

Ström, M. (2018, 17 januari). *Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård?* Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2018/01/kan-borgholm-modellen-bli-losningen-for-framtidens-sjukvard/>

Ström, M. . (2023, 1 januari). *»Vi ska ligga 10–15 år före och nosa«.* Läkartidningen. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/01/vi-ska-ligga-10-15-ar-fore-och-nosa/>

Szebehely M. (2020). *Internationella erfarenheter av COVID-19 i äldreboenden*.
https://www.regeringen.se/contentassets/a8e708fff5e84279bf11adbd0f78fcc1/internationella-erfarenheter-av-covid-19-i-aldreboenden_webb.pdf

Torkelsson, A-C.. (2025, 26 mars). *Förslag om kommunala läkare sågas: »Underminerar regionala vården«*. Läkartidningen.
<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2025/03/forslag-om-kommunala-lakare-sagas-underminerar-regionala-varden/>

Vabø, M. & Szebehely, M. (2012). A Caring State for All Older People? I A, Anttonen., L, Häikiö. & K, Stefánsson. (Red), *Welfare State, Universalism and Diversity* (ss.121–43). Cheltenham: Edward Elgar.

Vårdföretagarna. (2022). *Privat Vårdfakta 2022. Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen*.
<https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2022/09/privat-vardfakta-2022-eftervaletforord.pdf>

Essä av

Paula Mulinari



Krisen är redan här – frågan är vem som har tid att ta hand om den

Paula Mulinari

För många anställda inom hälso- och sjukvården är krisen redan vardag – och den fördjupas. Inte bara för att de möter människor i livskriser, utan också för att deras egna arbetsvillkor präglas av det som kan kallas *en permanent omsorgskris* – en kris som i hög grad är könad. Det är framför allt kvinnor som utför omsorgsarbete, både betalt och obetalt, och det är deras tid som slits ut. Vad krävs, enligt de anställda själva, för att skapa tidsrättvisa i vården? Hur kan vi organisera en välfärd som bygger på samhällelig resiliens, i stället för könad tidsojämlikhet?

Vi kan inte ha fler nedskärningar i vården. Folk blir äldre och äldre, och det kräver mer vård, det är så man måste tänka. I stället för nedskärningar måste man experimentera. Arbetsbördan måste bli rimlig. De pratar om produktion, men när man jobbar med vård, då kan man inte prata om det som produktion, vi producerar inte. Det är det första misstaget de gör när de pratar om detta.

(sjuksköterska)

En essä om att inte ha tid och möjligheterna för ökad tidsrättvisa

Har du en sekund? Svaret på den frågan blir i arbetslivet, särskilt inom hälso- och vårdsektorn, alltför ofta nej (Socialstyrelsen, 2023; Sveriges Radio, 2023; Vento-vaara et al., 2024). Har du ens tid att läsa den här texten, för att den (förhoppningsvis) verkar intressant och inte för att du måste? Möjligen kan någon tycka att frågan är lite banal att inleda med, i en text om beredskap och resiliens. Har vi ens tid att fundera på tid, när andra större katastrofer som krig, miljökatastrofer, ekonomiska kriser och folkmord är ständigt närvarande? Samtidigt är tid, eller mer specifikt bristen på tid, en vardaglig utmaning för många anställda, inte minst kvinnor inom den offentliga sektorn.

Berättelser om att "inte ha tid för det som verkligen är viktigt i arbetet" (Vision, 2023), liksom erfarenheter av att utsätta patienter och brukare för risker (Inspektionen för vård och omsorg, 2023), är återkommande teman i studier av offentlig sektor. Individuella och kollektiva beskrivningar av att inte ha tid att ta pauser eller återhämta sig utanför arbetet är också vanliga (Aronsson, Astervik & Gustvasson 2013; Selberg, Sandberg & Mulinari 2021; Grip, 2025). Dessa tidsmässiga ojämlikheter utgör betydande utmaningar för välfärdssamhällen. Därtill är ojämlikheterna könade. För det första ökar ojämlikheten mellan kvinnor och män både inom och utanför det avlönade arbetet. För det andra innebär långa sjukskrivningsperioder, särskilt bland kvinnor i offentlig sektor (AFA Försäkring, 2023), en utmaning för individen, deras familjer och samhället i stort. För det tredje innebär tidsmässiga ojämlikheter en ökad svårighet att rekrytera arbetskraft till centrala samhällsområden som hälso- och sjukvård. Slutligen innebär den könade tidsojämlikheten en ökad svårighet att på allvar skapa en resiliert hälso- och omsorgssektor. Detta eftersom de anställda som utgör dess kärna redan innan krisen är för få och utarbetade, fysiskt och emotionellt.

I denna essä kommer jag diskutera hur frågor om arbetstidens organisering är centrala för att öka resiliensen inom hälso- och sjukvården. Essän baseras på intervjuer som genomfördes inom ramen för ett forskningsprojekt tillsammans med sociologen Rebecca Selberg och hälsovetaren Magnus Sandberg, som syftade till att studera varför sjuksköterskor och socionomer lämnar sina arbeten och vad som skulle kunna få dem att stanna.

Personal inom vård och omsorg har visat sig vara oerhört resilianta, men priset de betalar är högt. I svenska Försäkringskassans rapport *Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen* (2025) framkommer att det finns stora skillnader mellan kvinnor och män när det gäller sjukskrivningar. Kvinnor löper mer än dubbelt så hög risk för längre sjukfall till följd av stressrelaterad psykisk ohälsa jämfört med män. Rapporten visar också att kvinnor fortfarande tar ett större ansvar för det obetalda arbetet i hemmet. Kvinnors högre risk för sjukskrivning förklaras av en kombination av bristande jämställdhet i privatlivet, tillsammans med brister i organisatorisk och social arbetsmiljö. Kvinnor löper också större risk att bli sjukskrivna på grund av psykisk ohälsa. Delvis beror detta på att kvinnor i högre utsträckning arbetar inom så kallade kontakttjänster inom välfärden. Det är inom dessa yrken man ser en markant ökning av sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa. Det är också så att, oavsett yrke, löper kvinnor mer än dubbelt så stor risk som män att bli sjukskrivna på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa (Försäkringskassan, 2024). Kvinnor betalar med andra ord ett högt pris för dagens arbetsliv – de betalar med sin hälsa, sin tid och sina liv. På så sätt är krisen redan här. Det är en kris för välfärden, men också för jämställdheten. Man skulle kunna säga att det som faktiskt är mest "resilient", i betydelsen motståndskraftigt, är de könade ojämlikheterna i och utanför arbetslivet (Acker, 2006).

Denna essä utgår från att det är de anställda själva som genom sin erfarenhet vet vad som behöver göras – både för att människor ska orka arbeta och för att de ska vilja arbeta inom en av samhällets mest centrala arenor. Vad har de för visioner om hur man kan bygga en omsorgssektor som tar hänsyn till både patienters och personalens behov? Hur kan vi skapa en välfärdssektor som är hållbar? I en tid där vi ständigt matas med dystopier – både verkliga och framtida – vill jag lyfta vikten av att tänka kring alternativa sätt att organisera tid. Begreppet *tidsrättvisa* kan, menar jag, hjälpa oss att göra just det.

Tidsojämlikhet, tidsrättvisa och kriser

Enligt Robert E. Goodin (2010) förstår vi ofta jämlikhet som något som vi kan mäta i monetära termer, till exempel mäts ofta ojämlikhet i form av skillnader i inkomst. Men kontrollen över ens tid och friheten att använda den som man vill är avgörande aspekter av demokratin, menar han (2010). Ojämlik fördelning av tid formar människors vardag och framtid, det påverkar människors kroppar, hälsa, deras ekonomi och inte minst påverkar det i grunden möjligheterna att skapa ett mer jämställt samhälle. Att uppnå tidsrättvisa innebär inte bara en mer jämlik fördelning av tiden. Det innebär också en förändring i hur man värderar människors tid, att man inte ser vissas tid (och därmed arbete) som viktigare än andra. I boken *The Problem with Work: Feminism, Marxism, Antiwork Politics, and Postwork Imaginaries* (2011), betonar Kathy Weeks att tiden är en central maktdimension, särskilt i relation till arbete, reproduktion och möjligheten att leva ett meningsfullt liv. För Weeks är tid inte bara något vi har eller saknar – det är något som formas, värderas och kontrolleras politiskt. Weeks menar att ett problem i dagens samhälle är att arbetstid fungerar som ett normativt ramverk: att vara "upptagen" med arbete ses som dygdigt, medan fritid ofta misstänkliggörs – särskilt om den inte fylls med något som anses 'meningsfullt'. Weeks betonar att ur ett jämställdhetsperspektiv behöver kravet på bättre arbetsförhållanden kompletteras med krav på mindre lönearbete, inte mer. Idag visar forskningen däremot att det som sker är det motsatta: lönearbete spiller över på människors tid utanför arbetet, därmed blir allt mer av människors tid bunden till lönearbete (Grip, 2025). Samtidigt är det också så att allt fler som lönearbetar har svårt att få ihop sina liv, framförallt ensamstående mammor, det som på engelska kallas för *working poor* (Carlén & de los Reyes, 2024). Weeks menar att det är centralt att kunna föreställa sig andra sätt att förhålla sig till tid. Att tänka utopiskt kring tid ska därför inte ses som drömmar, menar hon, utan snarare som något som fångar de problemen som finns i dagens arbetsliv och hur människor skulle vilja ha det.

I relation till arbete inom hälso-och sjukvården har flera forskare pekat på att omsorg är en praktik som är svår att definiera i den klocktid som vanligtvis styr arbete. (Hämäläinen et al., 2024; Håkansson, 2024; Palmqvist, 2020). Karen Davies (1994) utvecklade till exempel begreppet *processtid*, för att synliggöra de delar av omsorgsarbetets tid som inte låter sig fångas av linjär, standardiserad klocktid. Processtiden är istället olinjär, kontextbunden och svår att schemalägga: med samtida skeenden, flytande gränser och väntan. Den skiljer sig från *uppgifts-orienterad tid*, genom att betona hur arbete är inbäddat i sociala relationer. Bristen på tid och osynliggörandet av omsorgen, speglar i grunden vad filosofen Nancy Fraser benämner som omsorgskrisen, *the crises of care* (2016). Fraser menar att kapitalistiska samhällen skapar en "omsorgskris" genom att vara beroende av socialt reproduktivt arbete, samtidigt som de undergräver de villkor som gör detta arbete möjligt. Detta skapar en kris inom den reproduktiva sfären, det vill säga den sfär, de institutioner och relationer som krävs för att ta hand om människor (exempelvis att ta hand om barn, gamla, sjuka, hushållsarbete, emotionellt stöd och utbildning). Krisen kan ta sig många uttryck, från att de som arbetar inom omsorgsyrkana tvingas göra mer på mindre tid och med mindre personal, till nedskärningar inom det offentliga, eller genom att allt mer av det reproduktiva arbetet förläggs på individen, snarare än kollektiva institutioner.

I Norden är åtstramningspolitiken inte ett tillfälligt inslag, utan ett permanent tillstånd. Medan tillfälliga åtstramningar syftar till att hantera kortsiktiga kriser, är permanent åtstramning ett svar på en "kronisk" kris – som är politiskt skapad (Seymour, 2014). Permanent åtstramning innebär att begrepp som kostnads-effektivitet, produktion och utfall genomsyrar vårdprocessen och påverkar värderingar och förståelse av vad vård är. I *Against Austerity* hävdar Seymour att åtstramningspolitik (austerity) inte är ett nödvändigt svar på ekonomiska kriser, utan en ideologisk strategi som syftar till att omstrukturera ekonomin till fördel för kapitalet och på bekostnad av arbetarklassen. Han menar att den ekonomiska krisen användes som förevändning för att genomföra reformer och privatiseringar (se Lapidus i denna publikation), som på olika sätt urholkar den gemensamma välfärden. Möjligen är det centralt att inte tänka att det finns *en* kris, utan flera sammanlänkande. Begreppet *polycrisis* fångar att vi lever i en tid inte bara av flera kriser, utan att dessa kriser är sammanvävda och förstärker varandra. Ekonomiska kriser, sociala kriser och geopolitiska kriser kan inte förstås isolerat, utan måste förstås som invävd i varandra. En stor utmaning är att välfärdsinstitutionerna, de arbetsplatser där många kvinnor arbetar, ofta är de som förväntas svara på flera samtida samhällsproblem. Det är också så att det ofta är kvinnor som drabbas hårdast av kriserna (Khosla et al., 2024). Frågan är därför om hälso-och sjukvården befinner sig i en permanent kris, som de anställda genom sitt arbete ständigt tvingas att kompensera för?

En offentlig sektor i omvandling – en permanent kris för anställda

Forskare, inspirerade bland annat av Nancy Fraser (2016), diskuterar i växande grad om vi befinner oss i en omsorgskris, även i de nordiska välfärdsstaterna (Hansen et al., 2022; Selberg & Mulinari 2022; Wrede, 2008). Dessa länder har tidigare beskrivits som kvinnovänliga välfärdsstater, men utvecklingen mot nyliberal styrning och företagsinspirerade managementmodeller har, enligt flera studier, försämrat villkoren för omsorgsarbetet (Sundsbø et al., 2023). I boken *A Care Crisis in the Nordic Welfare States? Care Work, Gender Equality and Welfare State Sustainability* argumenterar författarna Hansen, Dahl & Horn (2022) att det finns en specifik omsorgskris i den nordiska kontexten. Omsorgskrisen, menar de, är uppenbar i vad som pekats ut som de mest jämställda av välfärdsmodeller. Författarna ser en omfattande underfinansiering av omsorgssektorn, som innebär att det blir allt svårare att rekrytera och behålla vårdpersonal. Förändrad styrning av omsorg, med en ökad detaljerad styrning och nya ledningsformer, har resulterat i ökad arbetsbelastning och stress bland personalen. Detta påverkar i sin tur kvaliteten på den vård som erbjuds och försvårar rekrytering. Bokens författare konstaterar att omsorgskrisen präglas av resursbrist, försämrad kvalitet, dåliga arbetsvillkor och otillräcklig tid för omsorgsarbetare – att ta hand om både sig själva och andra. Krisen är dessutom tydligt könad, eftersom kvinnor utgör majoriteten av både formella och informella omsorgsgivare. Omsorgens motstånd mot att inordnas i ekonomins logik, särskilt dess kroppsliga och relationella dimension, gör den till ett fält där ekonomi och politik ständigt kolliderar (Tronto, 2014).

Nedmonteringen av välfärdsstaten har inneburit att reproduktivt arbete har intensifierats (Ulmanen, 2015), samtidigt som kraven på att vara lönsam och arbetsför har ökat och stressen i arbetslivet har accelererat. Ett högst smärtsamt exempel på hur denna ekvation påverkar människor är att medan livslängden för befolkningen i stort ökar (i alla fall för dem vars livslängd kan beräknas), så minskar livslängden för kvinnor inom arbetarklassen (Klepke, 2018). Arbetarklassen i Sverige utgörs idag i allt högre grad av rasifierade arbetare (Neergaard 2021). Rasifiering är en process där människor tillskrivs egenskaper eller behandlas på ett visst sätt, ofta baserat på hudfärg och på föreställningar om ras. Inom hälso- och sjukvården är många av dem kvinnor och i allt högre grad även män. Tidsojämligheterna är också tydligt formade av en arbetsmarknad där rasifierade arbetare oftare har prekära anställningar (Mulinari 2024).

En viktig förändring som påverkat arbetsvillkoren inom offentlig sektor är implementeringen av New Public Management (NPM). Inom mycket forskning har införandet av NPM identifierats som en av de centrala orsakerna bakom ökade arbetsbördor och växande missnöje bland välfärdsarbetare (Mustosmäki et al.,

2020). Inom hälso- och sjukvården har NPM förskjutit fokus från patienter till administration och budgetbegränsningar samt från medarbetare till chefer. Det har även lagt ökad vikt vid organisatorisk professionalism på bekostnad av yrkesmässig professionalism (Selberg & Mulinari, 2022).

Begreppet resiliens, som diskuteras i inledningen, betyder många olika saker. Inom hälso- och sjukvården kan det till exempel betyda förmåga att hantera kriser, anpassa sig till förändringar och återhämta sig efter påfrestningar. Resiliens ses därmed som en nyckelfaktor för hållbarhet och patientsäkerhet i tider av ökande krav, personalbrist och samhällsliga kriser – inte minst under covid-19-pandemin. Ett problem som blev synlig under covid-19-pandemin är att möjligheterna till resiliens ofta vilar på personalens flexibilitet, lojalitet och beredskap genom att tänja på sina egna gränser (Montgomery et al., 2024). Detta kan leda till att resiliens romantiseras och osynliggör de faktiska kostnaderna för dem som arbetar i frontlinjen – särskilt kvinnor, som utgör majoriteten av vårdpersonalen globalt. Som mycket forskning visade under pandemin förväntades många hälso- och sjukvårdsarbetare kompensera för systembrister – genom att arbeta övertid, vara tillgängliga under kriser, och klara av ökade krav, trots otillräckliga resurser (Abay, 2024; Wall & Bergman, 2021). Detta kan på kort sikt bidra till att "systemet fungerar", men på längre sikt riskerar det att urholka personalens välbefinnande, bidra till utbrändhet och förvärpa personalomsättningen.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bedömer att behovet av anställda inom äldreomsorgen i Sverige kommer att öka med 66 000 personer till år 2033, som en konsekvens av den alltmer åldrande befolkningen (SKR, 2023). SKR argumenterar för att en ökning av heltidsanställningar är ett sätt att möta detta behov, eftersom många inom sektorn i dag arbetar deltid. Samtidigt visar forskning (se t.ex. Grip, 2025) att heltidsarbete ofta innebär ökad tidsstress, svårigheter att få ihop betalt och obetalt arbete, samt ökade krav på flexibilitet för de anställda. Många arbetar deltid för att kunna få ihop sina liv. Forskning visar också att även de som formellt arbetar deltid ofta arbetar mer än så i praktiken, då arbetet intensifierats och mycket arbete sker obetalt för att "hinna med" det som förväntas (Selberg, Sandberg & Mulinari, 2021). Dessa tidsmässiga ojämlikheter leder i sin tur till minskad resiliens inom hälso- och sjukvården. Det blir svårare att hantera kriser och att återhämta sig från dem när den centrala resursen – de anställda – redan före krisen är utarbetade. Under pandemin blev det vanligt i många länder att applådera vårdpersonal. OECD:s rapport *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care* (2023) betonar behovet av att ta sig bortom applåderna och de vackra orden och på allvar förändra villkoren för de anställda. Den visar att personalen redan före pandemin arbetade under mycket dåliga villkor. Behovet av arbetskraft, till exempel inom äldreomsorgen, är en global utmaning: allt färre vill arbeta inom en sektor där lönerna är låga och arbetsvillkoren dåliga. Applåder i all ära, men vad som krävs menar OECD är "respekt": erkännande, ökad

kontroll över arbetet, mer resurser, bättre löner, ny teknik, förbättrade arbetsvillkor och utbildningsinsatser.^[1] Man skulle kunna lägga till att det som också behövs är andra former av arbetstidsorganisering. Några förslag till hur detta kan göras diskuteras här nedan.

Kollektivisera synen på tid

Tiden har länge stått i centrum för feministisk teori och politik. Den ojämlika fördelningen av tid mellan betalt och obetalt arbete är en grundläggande aspekt av könsojämlikhet, och präglar alla delar av livet. Åttatimmarsdagen är en över hundra år gammal institution. Under dessa hundra år har svenska arbetare inte lyckats korta arbetsdagen, trots offentlig debatt och olika försök. I stället arbetar kvinnor (särskilt kvinnor från arbetarklassen) ofta deltid för att kunna kombinera betalt arbete med obetalt omsorgsarbete för äldre och barn. Vårdförbundets rapport från 2025 visar att 34% av deras medlemmar arbetar deltid, av dessa uppger 57% att de gör det på grund av att de behöver vila för att återhämta sig (Vårdförbundet, 2025). Bland kommunals medlemmar arbetar närmare sex av tio arbetstagare deltid (Kommunal, 2022).

En av de sjuksköterskorna vi intervjuar i vårt forskningsprojekt beskriver just svårigheterna med att jobba heltid med dessa ord:

Jag kommer inte kunna vara kvar som sjuksköterska tills jag går i pension, det vet jag redan. Jag jobbar deltid på grund av den enorma arbetsbelastningen på avdelningen. Det går inte att jobba heltid, man orkar inte, man är konstant trött. Ändå har jag aldrig tillräckligt med tid på jobbet. Jag har inte tid för mina patienter. Jag känner att jag springer in och ut ur patientrummen, och även om jag vill sitta ner och prata med dem om deras situation eller bara fråga om de vill ha en kopp kaffe, så finns inte den tiden.

Ett sätt att hantera denna tidsmässiga motsättning är att arbeta deltid, och många av de sjuksköterskor vi intervjuade gjorde just det för att kunna agera i linje med vad de själva uppfattade som professionell och etisk omsorg. En annan sjuksköterska beskriver samma scenario, att hon inte ser att hon skulle kunna arbeta som barnmorska tills hon går i pension:

1. På engelska, RESPECT for the caring profession:

- Recognise, both economically and socially, care workers
- Enforce (effective regulations) governing the LTC sector
- Sustainably fund the LTC sector
- Pay better salaries
- Equip workers with new technologies
- Collective bargaining for better work conditions
- Train to retain LTC workers

Kanske klarar jag några år till, men i längden—jag kommer inte jobba som barnmorska eller sjuksköterska när jag ska gå i pension. Det är jag helt säker på. Och det känns sorgligt, för jag är verkligen engagerad och älskar mitt jobb. Jag tycker det är roligt, och jag vet att jag bidrar, men under rådande omständigheter är det inte ett alternativ att stanna kvar.

INTERVJUARE: Vad skulle kunna få dig att stanna kvar?

Halva arbetsbelastningen och högre lön [skratt]. Då skulle jag absolut stanna.

Sjuksköterskor lämnas ensamma att hantera "slimmade organisationer", genom att arbeta deltid, planera för en tidig sorti och begränsa sin fritid. En central spänning i omsorgsarbetet uppstår därmed ur de olika tidslogiker som präglar vårdorganisationen: å ena sidan omsorgens logik med patienten i centrum, å andra sidan en logik präglad av effektivitet och "lean management" (Keisu, Öhman & Enberg, 2016). Att ge omsorg, är både en väv av olika aktörer, men också en väv av tid, vad man skulle kunna kalla för *en omsorgens tidsväv*. Intervjuerna visar hur organisationen utgår från att de anställda ger av sin tid, en process av tidsmässig organisatorisk appropriering:

Vi blev ofta inringda, de ville att man skulle komma tidigare om man hade kvällspass, eller stanna kvar om man jobbat dag. Ta ett extrapass på helgen för att någon var sjuk. Så även om jag kände att jag kanske hade en ledig dag, så kontaktades jag ändå av jobbet, och bara tanken på att sätta kollegor i en sits jag själv inte skulle vilja vara i, så även om man säger nej, är det ändå stressande.

Den permanenta underbemanningen lades på de individuella arbetarna att lösa. Det dolde också att arbetstid är kollektiv tid. Sjuksköterskors arbetstid är sammanvävd med andras tid: kollegors, patienters, anhörigas. Den tidsmässiga motsättning som uppstår på arbetsplatsen grundas alltså också i organisationens föreställning om tid som något individuellt och avskilt, när det i själva verket är ett relationellt och kollektivt fenomen. Problemet är att varken arbetarnas eller patienternas tid står i centrum för organisationens logik. Att synliggöra diskrepansen mellan vilken tid arbetet egentligen tar och vilken tid den anses få ta, kan därför ses som ett sätt att öka resiliensen inom hälso-och sjukvården, så att både patienter, brukare, anställda och deras anhöriga ska få utföra och få den omsorg som de behöver. Kampen om tid är i själva verket en kamp för en verklig utopi, där omsorgsarbete får ta tid, och där tid erkänns som en kollektiv angelägenhet. För att den offentliga sektorn ska kunna förändras krävs att man erkänner att omsorg måste få ta tid. Offentliganställda (och egentligen alla arbetstagare) bör ha möjlighet, och organisationen bör ha resurser att ägna sig åt omsorgstid. Inte bara för att utföra basal vård, utan också för att göra saker som att dricka kaffe med en patient eller anhörig, lyssna på en patients berättelse, lugna en ny sjuksköterska, bygga relationer med annan personal, samtala med kollegor, reflektera över arbetssituationen, vila, anpassa sig och återhämta sig.

Bland de anställda fanns det två förslag på hur detta skulle kunna göras: att låta de som arbetar inom den offentliga sektorn få mer inflytande över verksamheterna och att låta omsorgen ta både tid och pengar. Låt de som ger omsorg få möjlighet att också påverka hur den ska organiseras:

Om jag fick föreslå... Om jag fick bestämma, skulle jag göra mig av med alla chefer och ersätta dem med folk som själva har jobbat på golvet och vet hur verkligheten ser ut.

En av sjuksköterskorna ställde den centrala frågan: *Tänk om det var vi arbetare som tog över?* Tänk om? Hur skulle en ökad demokratisk kontroll över den offentliga vården kunna se ut, bortom att bara byta ut chefer eller ledarskapsstilar? Många menade att det är sjuksköterskornas kunskap om arbetsplatsen som borde forma de organisatoriska besluten och strukturerna kring omsorgsarbetet. De intervjuade sjuksköterskorna upplevde starkt att deras arbetsplatser var långt ifrån detta ideal. I stället beskrev de ett glapp mellan deras avgörande roll i att tillhandahålla omsorg och deras marginaliserade roll i att organisera den. Många uttryckte frustration över att omsorgsarbetet - det vill säga uppgifter som fokuserar på att förbättra eller upprätthålla patienters fysiska och/eller emotionella välbefinnande - varken erkänns eller värderas:

Allting handlar om pengar. Men vård är — jag menar, vård borde inte handla om att spara pengar. Vård borde handla om att ge god vård inom rimliga ramar. Det är politiskt också, det är på så många nivåer, det är även på den personliga nivån (hos cheferna), men också högre upp. Det måste ske förändring [överallt]. Vi har fått nog.

Medan några av sjuksköterskorna uttryckte att man borde göra sig av med chefer helt, menade andra att man borde ersätta dem med chefer och politiker som faktiskt bryr sig. Man kan säga att vissa formulerade en utopisk vision om en arbetsplats styrd av arbetarna själva, medan andra föreställde sig en verklig utopi där chefer fortfarande fanns, men med andra prioriteringar. Vårt material visar att många sjuksköterskor upplever att problemet inte är att chefer och politiker *inte* vet hur det ser ut på golvet, utan att de *inte vill veta* - och att de inte bryr sig:

INTERVJUARE: Om det är något du vill klaga på, vågar du göra det?

Ja, det tror jag, absolut, men då får man alltid såna här skit-svar, typ politiker-svar, som: "vi ska titta på det", eller "ja, vi vet att vi måste göra något åt detta", och sen händer ingenting. ... Vi har en anslagstavla, man kan sätta upp en lapp med ett förslag, och sen samlar de in dem och läser dem, men inget händer någonsin med våra förslag. Det känns som ett sätt för dem att slippa att vi klagat direkt till dem; i stället ska vi skriva ner det på en lapp, och sen ska vi vara nöjda.

Problemet, enligt många sjuksköterskor, var att ingen lyssnade på vad de sa. Ett centralt tema är klyftan mellan sjuksköterskor och chefer, när det gäller både medel och mål. Sjuksköterskor betonade ofta att cheferna saknar den kunskap som krävs för att organisera det dagliga arbetet, i en verksamhet vars främsta uppgift är att tillhandahålla vård. Detta utgör enligt många intervjuade ett direkt hot mot både patienter och personal. Vårt material visar att vårdpersonal sällan deltar i de centrala besluten som fattas av chefer. Istället tvingas de delta i meningslösa aktiviteter som förminskar deras kompetens.

Låt omsorgen bli synlig och ta tid

I det inledande citatet klargör en av sjuksköterskorna att de inte producerar, att första misstaget som görs när man talar om vården är att se det som en produktionsenhet, snarare än som en plats där människor ges vård och omsorg. När chefer prioriterar ekonomi före omsorg upplever sjuksköterskor att de saknar de tidsmässiga resurser som krävs för att kunna ge vård. En av sjuksköterskorna belyste hur dessa prioriteringar formar arbetsvardagen:

Det största problemet är resurserna. Till exempel: på vår avdelning får vi bara lägga tio procent av vår tid på att träffa patienter som skrivits ut, vilket innebär att vi inte kan göra ordentliga uppföljningar... vi kan inte göra det som faktiskt är viktigt för patienterna. Vi ska leva upp till något som inte finns; det finns inga medel för att göra det möjligt att leva upp till de mål som ledningen ställer på oss. Jag tror man tänker annorlunda ju högre upp man kommer. Kanske tänker de på pengar; det är pengar som är det viktiga, det är det som styr allt. Det handlar om budgeten. Vi får nya chefer och nya krav, nya krav på nedskärningar, nya budgetar, och de hänvisar hela tiden till dem. De säger, 'vi uppskattar verkligen det ni har gjort, men vi har inte resurser till det'. Allt handlar om pengar. Och jag är så trött på det, att allt handlar om pengar. Vård handlar om vård, inte om att spara pengar. Vård ska handla om att ge vård, men i stället skär de ner på vården och på vårdpersonalens löner. Hela idén är fel.

Som redan beskrivits är åtstramningspolitiken i Norden inte ett tillfälligt inslag. Permanent åtstramning innebär att mycket av det arbete som ingår i sjuksköterskors vardag blir osynligt – eftersom det inte kan mätas. Det som sjuksköterskor själva identifierar som viktigt blir därmed oviktigt för organisationen, vilket tvingar dem att antingen ändå utföra arbetet (vilket ökar deras exploatering) eller låta bli (vilket ökar känslor av etisk stress och minskar stoltheten i arbetet).

När blir en kris en kris

För många anställda inom hälso- och sjukvården är krisen redan vardag. Inte bara för att de möter människor i livskriser, utan också för att deras egna arbetsvillkor präglas av det som Nancy Fraser kallat *en permanent omsorgskris* – en kris som i hög grad är könad (2016). Det är framför allt kvinnor som utför omsorgsarbete, både betalt och obetalt, och det är deras tid som slits ut. Krisen är alltså redan här – och den fördjupas. För att bygga en resilient hälso- och sjukvård krävs att jämställdhetsarbetet stärks. Det innebär bland annat att på allvar ompröva hur arbetstiden organiseras. I dag utarmar tidsbristen personalen, både fysiskt och emotionellt. Därför är frågan om kris och resiliens också en jämställdhetsfråga. Ett samhälle där kvinnors arbete fortsätter att vara undervärderat, underbetalt och samtidigt tidskrävande, får svårare att möta kriser. Samtidigt läggs ansvaret för att hantera krisen på just dessa kvinnor – som ofta inte får ihop sina egna liv.

Tidsrättvisa kan vara en väg mot en mer hållbar välfärd. Det handlar om att ta den redan pågående krisen på allvar – så som de anställda själva uttrycker den. De efterlyser inte bara resurser, utan pekar på något djupare: behovet av tid att hinna utföra sitt arbete, tid att återhämta sig, och resurser för att kunna ge vård med den omsorg och professionalism som krävs. I grunden väcker deras vittnesmål en större fråga: Vem ska bestämma över arbetets innehåll och tid? Vilka rationaliteter ska styra?

Det finns en tendens att betrakta krisen som något som kommer i framtiden – ett undantagstillstånd vi kan förbereda oss för. Men inom vården är krisen redan en del av vardagen. Den syns inte alltid i rubrikerna, men märks i det faktum att personalen inte hinner utföra sitt arbete som de önskar, att patienter inte får den vård de behöver, och att anhöriga får ta ett allt större ansvar. Vi måste börja tänka på kriser inte bara som plötsliga händelser utan som utdragna tillstånd. Det gäller förstås klimatkrisen, men också omsorgskrisen. De anställda bär redan i dag vårdens resiliens på sina axlar – men till priset av sina kroppar, relationer och framtidsdrömmar. Om vi menar allvar med att bygga en hållbar vård måste vi lyssna på dem. Applåder skapar ingen resiliens. Det som behövs är tid, resurser och inflytande – en ökad kontroll över det egna livet. Det är avgörande inte bara för jämställdheten, utan för att överhuvudtaget kunna upprätthålla en hälso- och sjukvård som inte bygger på kvinnors obetalda överarbete, utan på ett kollektivt samhällsansvar.

I den skönlitterära boken *Momo – eller kampen om tiden* av Michael Ende (1980) jagar de grå tidstjuvarna människors tid. De grå herrarna legitimerar sin ständiga stöld av tid med löften om ökad effektivitet och rikedom. Människor förväntas få mer tid genom att spara på den – men "tid är liv", skriver Ende, och ju mer man sparar, desto mindre får man kvar och desto fattigare blir man. Endes bok om flickan Momo och hennes följeslagare, den högteknologiska men långsamma

sköldpaddan Cassiopeia, gavs ut 1973 och kan läsas som en tidig kritik av kapitalismens avhumanisering. Den visar hur ökade krav på effektivitet och produktivitet tränger undan allt som inte räknas som lönearbete, och förpassar andra aktiviteter till meningslösheter – eftersom de "bara" tar tid. *Momo* slutar lyckligt. När de fyra vännerna till slut besegrar de grå herrarna skriver Ende:

"Och läkarna hade tid att i lugn och ro ägna sig åt varenda patient. Arbetarna kunde arbeta i ett lugnt tempo med kärlek [...] Var och en kunde ta sig precis så mycket tid till allting som han behövde eller önskade, för nu hade man ju återigen alldeles tillräckligt av den varan."

(Ende 2003: 308)

Frågan är: Vad skulle vi få se om arbetstiden i vården faktiskt förändrades? Vilka syner skulle då bli möjliga? Ojämsställdhet är på många sätt en så normaliserad kris att den sällan benämns som just kris. Men för de anställda i vården – och för oss alla som någon gång behöver vård – är omsorgskrisen en verklighet som betalas med tid och liv. I en tid då resurserna minskar och behoven ökar, ökar också arbetsintensiteten för personalen och ansvaret för anhöriga. Det är en vardagskris som måste tas på större allvar. Annars riskerar vi att fortsätta lägga resiliensansvaret på individerna – istället för att bygga system som faktiskt bär upp människor i kris, och gör det möjligt att möta dem tillsammans.

-
- Att skapa bättre förutsättningar för tidsrättvisa är en av vår tids stora jämställdhetsfrågor.
 - Om vi på allvar vill ha en resilient välfärdssektor måste vi också ta frågan om jämställdhet på större allvar. Tidsojämligheterna inom välfärdssektorn är tydligt könade, och det är framför allt kvinnor som idag tvingas jonglera omsorgskrisen med sin egen tid, hälsa och kropp.
 - Vi behöver andra förståelser av tid inom arbetslivet. Förståelser som erkänner och ger utrymme för att omsorg får ta tid, och som ser tid som något kollektivt och relationellt inom välfärdssektorn. Att utveckla och utforska nya förståelser och fördelningar av tid skulle inte bara stärka välfärdens resiliens, utan också ge människor större möjligheter att leva hållbara liv – i och utanför arbetet.
-

Referenser

- Abay, H. (2024). Women healthcare professionals' COVID-19 experiences from a gender perspective: A qualitative study. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2023.104141>
- Acker, J. (2006). *Class questions: feminist answers* / Joan Acker. Rowman & Littlefield.
- AFA Försäkring. (2023). *Sjukfrånvaro med psykisk diagnos*. https://www.afaforsakring.se/dokument/mm0x0dirabo5996si0ze/F6345_sjukfr-nvaro-psykisk-diagnos.pdf
- Aronsson, G., Astvik, W. & Gustafsson, K. (2013). Work Conditions, Recovery and Health: A Study among Workers within Pre-School, Home Care and Social Work. *British Journal of Social Work*, 44(1), 1654-1672. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct036>
- Carlén, S., & de los Reyes, P. (2024). Precarious employment in Swedish retail 1990–2019: An intersectional analysis of patterns and consequences. *Economic and Industrial Democracy*. <https://doi.org/10.1177/0143831X241288104>
- Davies, K. (1994). The tensions between process time and clock time in care-work: The example of day nurseries. *Time & Society*, 3(3), 277–303. <https://doi.org/10.1177/0961463X94003003002>
- Ende, M. (1980). *Momo eller Kampen om tiden: en sagoroman*. Malmö: Bergh.
- Fraser, N. (2016) Contradictions of Capital and Care. *New Left Review*. 100, s. 99-117
- Försäkringskassan. (2025). *Analys av skillnader i nyttjande av sjukförsäkringen* (Delrapport 4 – Slutredovisning). <https://www.forsakringskassan.se/download/18.44b3898c195e42d881419/1743481348863/analys-av-skillnader-i-nyttjande-av-sjukforsakringen-delrapport-4-svar-pa-regeringsuppdrag-dnr-fk-2023-002328.pdf>
- Försäkringskassan. (2024). Försäkringskassans lägesrapport 2024:1. Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. <https://www.forsakringskassan.se/download/18.22814c2e194887717f99d/1738569517962/psykisk-ohalsa-i-dagens-arbetsliv-forsakringskassans-lagesrapport-2024-1.pdf>
- Goodin, R. E. (2010). Temporal Justice. *JOURNAL OF SOCIAL POLICY*, 39, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S0047279409990225>

Grip, L. (2025). *Rätt tid för arbete? Makt och motstånd vid arbetstidsförändringar i vård och omsorgssektorn* [Doktorsavhandling, Umeå Universitet]. <https://umu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1959483&dswid=-7497>

Hansen, L. L., Dahl, H. M., & Horn, L. (Eds.). (2022). *A care crisis in the Nordic welfare states? Care work, gender equality and welfare state sustainability*. Policy Press.

Hämäläinen, A., Leinonen, E., & Era, S. (2024). Attunement as a practice of encountering dementia time in long-term eldercare work. *Time & Society*, 33(2), 170–190. <https://doi.org/10.1177/0961463X231215945>

Håkansson, H. (2024). *Tid för tillit? Om styrning, kontroll och inflytande i äldreomsorgen* [Doktorsavhandling, Göteborgs universitet]. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/80576>

Inspektionen för vård och omsorg. (2023). *Vad har IVO sett? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2022*. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2023/vad-har-ivo-sett-2022.pdf>

Keisu, B.-I., Öhman, A., Enberg, B. (2016) What is a good workplace?: Tracing the logics of NPM among managers and professionals in Swedish elderly care. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 6: 27-46 <http://dx.doi.org/10.19154/njwls.v6i1.4884>

Klepke, M (2018). *Förväntant livlängd för arbetare sjunker*. Arbetet. 20181023.

Khosla, R., Sen, G., Ghebreyesus, T. A., Byanyima, W., Bahous, S., Diniz, D., Hossain, S., Kanem, N., Karlsson, U., Laski, L., Mired, D., Russell, C., Mofokeng, T., Steiner, A., Türk, V., & Riha, J. (2024). Many crises, one call to action: advancing gender equality in health in response to polycrises. *The Lancet*, 404(10454), 731-733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01450-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01450-8)

Kommunal (2022). *Deltid som otrygghet och strategi. En rapport om deltidsarbete bland kommunals medlemmar*. https://webbfiler.kommunal.se/sites/default/files/2021-12/deltid_som_otrygghet_och_strategi_webb_.pdf

Montgomery, C. M., Docherty, A. B., Humphreys, S., McCulloch, C., Pattison, N., & Sturdy, S. (2024). Remaking critical care: Place, body work and the materialities of care in the COVID intensive care unit. *Sociology of Health & Illness*, 46(3), 361–380. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13708>

Mulinari, P (2024) Temporal Racism and the Invisibilization of Work: or Why Some Can Eat Ice Cream with their Kids While Others Cannot. *Nordic Journal of Migration Research*, 15(1)): pp. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.33134/njmr.631>

Mustosmäki, A., Oinas, T., & Anttila, T. (2020). The rise of lean organisations in Nordic countries: How recent changes in public sector management are shaping working life. In N. Foulkes Savinetti & A.-J. Riekhoff (Red.), *Shaping and re-shaping the boundaries of working life* (ss. 123–138). Tampere University Press. <https://doi.org/10.1177/1440783309346477>

Neergaard, A. (2021). Klassamhällets rasifiering i arbetslivet. I D. Suhonen, G. Therborn & J. Weithz (Red.), *Klass i Sverige: ojämlikheten, makten och politiken i det 21:a århundradet*, (ss. 479–512). Lund: Arkiv förlag. Foulkes Savinetti & A.-J. Riekhoff (Red.), *Shaping and re-shaping the boundaries of working life* (ss. 123–138). Tampere University Press. <https://doi.org/10.1177/1440783309346477>

OECD. (2023). *Beyond Applause? Improving Working Conditions in LongTerm Care*. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3en>

Palmqvist, L. (2020). *Ålderdom, omsorg och makt: Gamlas situation och omsorgsrelationer i nyliberala tider* [Doktorsavhandling, Göteborgs universitet].

Sundsbø, A. O., Fagertun, A., & Førland, O. (2023). Contested care: gendered renegotiations of care needs for the frail elderly population in Norway. *European Journal of Politics and Gender*, 6(2), 205–221. Retrieved Jul 31, 2025, from <https://doi.org/10.1332/251510821X16806176929352>

Selberg, R., & Mulinari, P. (2022). Exit spirals in hospital clinics: Conceptualizing Turnover Contagion Among Nursing Staff. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 21(1), 87–107. <https://doi.org/10.58235/sjpa.v26i1.7045>

Selberg, R., Sandberg, M., & Mulinari, P. (2021). Contradictions in care: Ward nurses' experiences of work and management in the Swedish public sector. *NORA: Nordic Journal of Feminist and Gender Studies*, (30)2, ss. 81–93. <https://doi.org/10.1080/08038740.2021.1900910>

Seymour, R. (2014). *Against austerity: how we can fix the crisis they made*. London: Pluto Press. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.2307/j.ctt183pb2c>

Socialstyrelsen. (2023, 13 juni). *Tidsbrist påverkar arbetet för åtta av tio läkare i primärvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/tidsbrist-paverkar-arbetet-for-atta-av-tio-lakare-i-primarvarden/>

Sveriges Kommuner och Regioner. (2023). *Välfärdens kompetensförsörjning 2023–2033. Personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen*. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/valfardenskompetensforsorjning20232033.85311.html>

Sveriges Radio. (2023, 1 mars). *Tidsbrist gör att äldre inte får rätt vård – finns inte tid för något oförutsett*. <https://www.sverigesradio.se/artikel/tidsbrist-gor-att-alldre-inte-far-ratt-var-d-finns-inte-tid-for-nagot-oforutsett>

Tronto, J. (2014, September). The ethics of care, democracy and social inequalities. An interview. I B. Aulenbacher, B. Riegraf & H. Theobald (Red.) *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime* (ss. 45-52). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. doi.org/10.5771/9783845255545_45

Ulmanen, P. (2015). *Omsorgens pris i åtstramningstid: Anhörigomsorg för äldre ur ett könsperspektiv* [Doktorsavhandling, Stockholms universitet]. <https://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A858835>

Ventovaara, P., af Sandeberg, M., Räsänen, J., & Pergert, P. (2021). Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing. *Nursing Ethics*, 28(6), 1061–1072. <https://doi.org/10.1177/0969733021994169>

Vision. (2023). *Socialchefsrapporten 2023. Man får det man betalar för*. <https://vision.se/rapporter/socialchefsrapporten-betalning-varde>

Vårdförbundet. (2025) Heltider som inte håller – en nulägesrapport från vården. Vårdförbundet. Stockholm. https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/avtalsrorelse-2025/rapport-var-d-forbundet-heltider-som-inte-haller_13mars2025.pdf

Wall, W., & Bergman, J. (2021). Tid för förändring av arbetsvillkor inom vård och omsorg: Tid och temporalitet i narrativt meningsskapande under den första tiden av coronapandemin. *Sociologisk Forskning*, 58(1–2), 15–32. <https://doi.org/10.37062/sf.58.22103>

Wrede, S. (Red.). (2008). *Care work in crisis: reclaiming the Nordic ethos of care*. (1. ed.) Lund: Studentlitteratur.

Weeks, K. (2011). *The problem with work*. Duke University Press.

Essä av

Ann-Zofie Duvander och Minna Lundgren



Vem ser till att vi får vård och omsorg om det blir krig?

Ann-Zofie Duvander och Minna Lundgren

Vid höjd beredskap eller krig står de nordiska länderna inför stora utmaningar som rör planeringen för hälso- och sjukvård samt omsorg. En sådan situation påverkar människor som är i behov av vård och omsorg, verksamheter som erbjuder vård och omsorg, samt de kvinnor och män som arbetar inom vård och omsorg. Behoven av vård kommer allra troligast öka, men hur ansvaret för detta fördelas är inte självklart. En fragmentiserad och till stor del privatiserad sektor, står inför stora utmaningar, även utan en kris. Behoven av omsorg av barn och äldre anhöriga kommer troligtvis också att öka. Hur de som arbetar inom sektorn balanserar dessa olika behov kommer att vara kritiskt. Dessa är till stor del kvinnor, som redan nu har en pressad situation.

Nordiska ministerrådet har enats kring ett samarbetsprogram med målsättningen att välfärd ska vara tillgänglig för alla i hållbara och inkluderande samhällen (Nordiska ministerrådet, 2024). Hälso- och sjukvård samt omsorg om äldre och personer med vissa funktionsnedsättningar är en central del av Nordens välfärd och att dessa verksamheter fungerar väl kommer att vara särskilt viktigt vid en kris eller en krigssituation. Som en följd av Rysslands krigsföring i Ukraina, som inleddes 2014 och fortsatte med invasionskrig 2022, har säkerhetsläget förändrats och i Sverige har regeringen beslutat att återuppta totalförsvarsplaneringen. Det innebär bland annat att myndigheter som utför samhällsviktiga uppdrag behöver planera för att verksamheten ska fungera i händelse av höjd beredskap eller krig, det vill säga att verksamheten ska upprätthållas och kunna motstå påfrestningar. I Sverige är Socialstyrelsen ansvarig myndighet för sektorn hälsa, vård och omsorg, och har under senare år fått flera utökade uppdrag relaterade till krisberedskap inom hälso- och sjukvården (Regeringsbeslut nr S2024/01060 och S2024/01055). Beredskapen utgörs bland annat av en planering för personalförsörjning, genom totalförsvarspåbudsplikt och krigsplaceringar, ett system som tillkom efter andra världskriget. Då handlade det främst om att krigsplacera män för tjänstgöring inom Försvarsmakten i händelse av krig, medan de i fredstid hade andra arbeten. I och med den återupptagna totalförsvarsplaneringen har idag många andra myndigheter utöver Försvarsmakten börjat planera för hur deras verksamhet ska fungera i händelse av

höjd beredskap eller krig, bland annat genom att krigsplacera personal. Emellertid har många förändringar skett i de nordiska samhällena sedan totalförsvarsplaneringens tillkomst på 1950-talet, inte minst att både kvinnor och män idag ingår i arbetskraften i nästan samma omfattning. Vi kommer i denna text att diskutera frågor relaterade till behov av och planering för hälso- och sjukvård samt omsorg under en situation av höjd beredskap i dagens nordiska samhällen. Vi utgår ifrån den svenska situationen som vi genom vår forskning känner till bäst, men de frågor vi diskuterar är i hög grad relevanta också i de övriga nordiska länderna.

I en nyligen överlämnad utredning om personalförsörjning i det civila försvaret (SOU 2025:6) tas en förändrad arbetsmarknad upp, där privatisering och underleverantörer inom hälso- och sjukvård, vård och omsorg lyfts fram som nya utmaningar för totalförsvarsplaneringen. Emellertid problematiseras och diskuteras knappt de implikationer som totalförsvarsplaneringen har för det moderna samhället, med en arbetskraft bestående av både kvinnor och män, och därmed mammor och pappor. Kvinnor och män, som arbetskraft eller som omsorgsansvariga för egna barn, nämns inte i de underlag och utredningar som vi har funnit. För att samhället i en kris ska vara resiliert och motståndskraftigt menar vi att aspekter av kön, i intersektion med andra kategorier såsom exempelvis familjesituation, ålder, medborgarskap, rural och urban bosättning, måste beaktas. Hur väl hälso- och sjukvård samt omsorg om medborgare kommer att fungera i ett samhälle i kris eller under höjd beredskap behöver även ses ur minst tre perspektiv: Hur ser det ut idag med vård och omsorg för äldre?

De nordiska länderna har likartade system för vård och omsorg om äldre, men vissa variationer i utformningen och utförandet av tjänster (Vabø & Szebehely, 2012). Gemensamt för alla är den demografiska utmaningen med ökad andel äldre, och svårigheter att rekrytera personal. Täckningsgraden, det vill säga andelen äldre som omfattas av insatser i den sammantagna äldreomsorgen (hemtjänst och särskilt boende), är högst i Danmark medan Norge har högre andel äldre på särskilda boenden och Sverige har högst andel äldre med hemtjänst. Finland har den lägsta sammantagna täckningsgraden men har också högre andel äldre som får formell (betald) anhörigomsorg. I alla nordiska länderna är det vanligt med informell omsorg (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021).

De nordiska länderna satsar en stor del av bruttonationalprodukten på äldreomsorg. År 2018 var andelen 2,4 procent i Sverige, 2,3 procent i Norge, 2,0 procent i Danmark och 1,7 procent i Finland (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021). Tidigare rapportering har visat att Island ligger lägre än övriga nordiska länder (0,5 procent år 2012 jämfört med Sverige 2,3 procent samma år) (Nordisk Socialstatistisk Komité, 2013). I alla fem länder ges omsorgen genom en blandning av offentliga och privata utförare. I Sverige är andelen vinstdrivande utförare högst, övriga länder har en större andel ideella utförare. I Danmark och Norge kan kommunerna vara undantagna konkurrens med vinstdrivande aktörer och ge

uppdrag direkt till ideella organisationer. Brister i samordning av omsorgsinsatser och hälso- och sjukvård förekommer i alla nordiska länder, trots den något olika organisationen i respektive land (Larsen et al., 2020). På Island samverkar stat och kommun om äldreomsorg. I Finland och Norge är kommunen huvudman för både äldreomsorg och primärvård vilket kan underlätta samverkan. I Sverige är insatserna uppdelade mellan kommun och region, något som kan försvåra läkarvård och omsorg för äldre (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021).

Trots den pågående ökningen av andelen och antalet äldre i befolkningen i Sverige har antalet personer i särskilt boende minskat från 82 626 år 2017 till 77 173 år 2021 (Socialstyrelsen, 2023). Kostnaden per person och år har dock under samma tid ökat med ca 100 000 kr, till 1 020 427 kr. Kommunernas totala kostnader för särskilt boende, hemtjänst och hemsjukvård har ökat med 3,9 procent från 2017 till 2021, framför allt drivet av ökade kostnader för hemtjänst (9 procent). Dock utgör särskilt boende den största andelen (57 procent) av kostnaden. År 2021 hade totalt 227 400 personer, 65 år och äldre, kommunalt finansierad hemsjukvård. Ungefär hälften av dessa hade också hemtjänst. Mer än hälften av de som fick hemsjukvård var 80 år och äldre, och 60 procent hade också hemtjänst.

Det är sedan tidigare känt att primärvården är underbemannad och har rekryteringssvårigheter, inte bara i Sverige, utan i flera nordiska länder (Nordic Council of Ministers, 2014). Likaså inom den sociala omsorgen finns ökande behov och osäkerhet om framtida rekryteringsmöjligheter som är nödvändiga för att möta de växande behoven med en åldrande befolkning. I Sverige behövs fram till 2031 ytterligare 59 000 personer anställas i äldreomsorgen, för att möta ökade behov. Samtidigt kommer pensionsavgångar göra att det totala rekryteringsbehovet blir 110 000 personer. Av de 191 000 anställda inom äldreomsorgen år 2022 var 45 procent undersköterskor och 24 procent vårdbiträden. Bland vårdbiträden hade 60 procent en tidsbegränsad anställning, bland undersköterskor var siffran 16 procent. Närmare hälften av båda yrkeskategorier arbetade deltid (Socialstyrelsen, 2023). Därför är det oroväckande att antalet sjuksköterskor i äldreomsorgen minskar något, liksom andelen specialistläkare i geriatrik. Under pandemin (2020) gjordes i Sverige inspektioner vid 98 särskilda boenden, och en femtedel av personer vid boenden hade inte fått någon individuell läkarbedömning. En uppföljande enkät 2022 visade att jämfört med 2021 rapporterade 60 procent av kommunerna oförändrad tillgång till läkare, 16 procent sämre och endast 10 procent bättre tillgång till läkare. Vad gäller specialistsjuksköterskor rapporterade 81 procent av de kommuner som hade sådana anställda, en bristsituation. Bristerna angavs bero på konkurrens från andra arbetsgivare och brist på specialistsjuksköterskor.

I Sverige har kommunerna har olika egenavgifter för omsorg. De flesta kommuner tar ut maxtaxan för heldygnsomsorg (2 139 kr/månad), men det är stora variationer i kostnader för mat och för hemtjänsttimmar (70-488 kr/timme). De flesta kommuner tar 200–400 kr per timme. Höga kostnader i en kommun påverkar låg-

inkomsttagares möjligheter till hemtjänst (Socialstyrelsen, 2023). Egenavgifterna i de nordiska länderna varierar mellan 5–8 procent i Sverige, Norge och Danmark medan egenavgifterna är omkring 17 procent i Finland (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021). Sammanfattningsvis kan man konstatera att vård och omsorg för äldre står inför stora utmaningar i alla fem länder, både på grund av den ökande andelen äldre och på grund av svårigheter att rekrytera personal.

1. De som är i behov av vård och omsorg och deras anhöriga
2. Arbetsgivare och ansvariga för att vård och omsorg ges
3. Utförarna, det vill säga personal av olika slag och från olika yrkesgrupper

För samtliga tre perspektiv är kön, i intersektion med andra kategorier, centralt och vi kommer diskutera förutsättningarna för utförandet av dessa verksamheter i händelse av höjd beredskap eller krig. Ett exempel är att förskola för de som utför samhällsviktig verksamhet ska prioriteras (SOU 2025:6; förordning 1991:1195), men när arbetstidsförlängning och begränsat semesteruttag kan bli aktuellt behöver det specificeras vilka arbetstagare som berörs och bland annat vad det betyder för det ökade behovet av barnomsorg (kanske främst i form av förskola). Inget av perspektiven ovan kan negligera de individer som är involverade, och vad som rimligen kan förväntas av dem. Vår diskussion är på intet sätt uttömmande, men kan ses som en argumentation för att en realistisk planering av hur arbete ska utföras under höjd beredskap eller krig måste ta hänsyn till vilka som förväntas utföra olika arbetsuppgifter, och här är kön i högsta grad en relevant faktor.

Under andra världskriget ersatte kvinnor till viss del inkallade män på arbetsmarknaden, men under första halvan av 1950-talet innebar en stark ekonomisk tillväxt att många familjer kunde leva på en lön (Nermo, 2000). Det fanns också ett motstånd, framförallt mot att gifta kvinnor skulle förvärvsarbeta, och tillgången till barnomsorg var mycket låg. I den mån gifta kvinnor arbetade, sågs deras inkomster primärt som ett komplement till männens inkomst, där männens högre löner motiverades med att de var familjeförsörjare. I detta läge förutsatte systemet med krigsplaceringar att det fanns kvinnor som tog huvudansvaret för hem och barn, när männen kallades in för övningar, samt i händelse av krig. Detta står i skarp kontrast till dagens samhälle, där förväntan på arbetskraftsdeltagande är könsneutralt och samhällsinstitutioner såsom förskola och skola gör detta möjligt. Sysselsättningsgraden för kvinnor i åldern 15-74 år var i Sverige i april 2025 67,1 procent och för män 70,9 procent^[2]. Av de anställda kvinnorna var 15,8 procent tidsbegränsat anställda. Bland männen var samma siffra 13,2 procent (SCB, 2025). Arbetstagare som är kvinnor är den dominerande gruppen inom kommunal och regional hälso- och sjukvård och omsorg, och många av dem bär också huvud-

2. Nordic Statistics redovisar för 2024 följande siffror för arbetskraftsdeltagande (employment rate) i de nordiska länderna för personer i åldrarna 20-64 år: Danmark 83,4 (män) och 76,9 (kvinnor); Finland 77,3 (män) och 76,6 (kvinnor); Island 90,2 (män) och 83,4 (kvinnor); Norge 82,5 (män) och 77,4 (kvinnor); samt Sverige 83,9 (män) och 79,9 (kvinnor). Samtliga siffror i procent (tabell WORK02). Även Eurostat (2025).

ansvaret för hem och familj när arbetsdagen är slut. När myndigheter nu planerar för att verksamheten ska fungera också i samband med samhällskriser, och under extraordinära förhållanden som krig, så berör det många kvinnor som är anställda inom offentlig verksamhet. En del av dem kan komma att krigsplaceras inom ramen för sin anställning, och de allra flesta förväntas tjänstgöra på sin ordinarie arbetsplats i enlighet med den allmänna tjänsteplikten. Det är därmed i hög grad en genus- och jämställdhetsfråga hur dessa anställda kommer att kunna fullfölja sin allmänna tjänsteplikt och om denna plikt står i konflikt med förväntningar om omsorg i den privata sfären.

Inledningsvis behöver vi kort gå igenom några för essän viktiga begrepp där det första är *totalförsvarsplikt*. Alla svenska medborgare och stadigvarande bosatta i Sverige mellan 16 och 70 år omfattas av totalförsvarsplikten som inbegriper:

1. värnplikt inom det militära försvaret,
2. civilplikt inom räddningstjänst och liknande verksamhet, samt
3. allmän tjänsteplikt

Värnplikt innebär att man har gjort en grundutbildning inom Försvarsmakten och i de flesta fall har en krigsplacering (se nedan) för tjänstgöring under höjd beredskap eller krig. Civilplikt är den civila motsvarigheten till värnplikt (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2025). Dessa plikter berör vissa delar av befolkningen medan allmän tjänsteplikt kan innefatta nästan alla som är i arbetsför ålder. Vid höjd beredskap kan regeringen föreskriva om allmän tjänsteplikt för att samhällsviktig verksamhet ska fungera. Den allmänna tjänsteplikten kan då gälla för hela eller delar av landet och för vissa verksamheter. Personer som är anställda inom offentlig verksamhet förväntas i allmänhet fortsätta sitt ordinarie arbete, men kan också behöva tjänstgöra någon annanstans. Detta beslutas av arbetsgivaren (för statligt anställda) eller av Arbetsförmedlingen (övriga). Vid höjd beredskap innebär allmän tjänsteplikt bland annat att arbetstagare inte har rätt att avsluta sin anställning.

För att på ett systematiskt sätt kunna planera vem som ska tjänstgöra var i totalförsvaret finns krigsplacering som ett viktigt verktyg. Krigsplacering innebär att en individ har ett beslut om var hen ska tjänstgöra i händelse av höjd beredskap eller krig. Det finns två typer av krigsplaceringar, där den första utgörs av tjänstgöring med stöd i lagen om lagen om totalförsvarsplikt (1994:1809) och omfattar värn- och civilplikt. Den andra typen av krigsplacering handlar om arbetsgivares planering. Arbetsgivare som ansvarar för utförandet av samhällsviktig verksamhet ansöker till Plikt- och prövningsverket om att få krigsplacera personal vid höjd beredskap. Det innebär att arbetsgivaren tar vissa anställda i anspråk, i händelse av höjd beredskap eller krig. Detta för att kunna upprätthålla verksamheten, och se till att de anställda inte tas i anspråk av annan samhällsviktig verksamhet. I Sverige kan en arbetstagare alltså vara krigsplacerad hos Försvarsmakten utifrån värn-

plikten, hos exempelvis räddningstjänst inom ramen för civilplikten, eller hos sin ordinarie arbetsgivare. På senare tid har antalet krigsplaceringar i landet ökat. Mellan åren 2017 och 2020 ökade antalet kommuner som kontrollerade om personer var tillgängliga för krigsplacering, eller ansökte om krigsplacering för anställda hos Plikt- och prövningsverket från 19 till 120. 2022 hade 15 regioner och 105 kommuner krigsplacerat anställda, siffror som ökat till 19 respektive 163 mellan åren 2022 och 2024 (Plikt- och prövningsverket, 2021; 2025). Antalet kommuner och regioner som krigsplacerar personal ökar alltså, men de gör det på olika sätt. Som exempel har Region Skåne krigsplacerat all tillsvidareanställd personal, medan Region Stockholm har krigsplacerat endast de på nyckelpositioner (Granstrand, 2023).

Hälso- och sjukvård, vård och omsorg är samhällsviktiga verksamheter, nödvändiga för samhällets grundläggande behov (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, 2023). Att se till att dessa verksamheter fungerar tar i nuläget inte hänsyn till omständigheter eller möjligheter förknippade med kön, familjestatus, individuella omsorgsåtaganden eller andra omständigheter. Men hur förändras behov av omsorg i en krissituation? Och vilka möjligheter har de som är ansvariga att se till att behoven möts? Och hur kommer det vara möjligt att följa den allmänna tjänsteplikten för oss alla, som ju förstås är mer än "allmänna individer"?

Vi börjar med att beskriva hur behov av hälso- och sjukvård samt omsorg kan förändras i en krissituation.

Förändrat behov av omsorg, hälso- och sjukvård under höjd beredskap

Krig förändrar samhällets funktionalitet på ett radikalt sätt. Det får stora följdverkningar för såväl offentliga som privata verksamheter, och givetvis också för varje enskild individ. Något som tillhör en kris- eller krigssituation är att allra troligast ökar behovet av sjukvård och omsorg (se exempelvis SOU 2025:6). Själva krissituationen kan leda till skadade personer som behöver vård både akut och på lång sikt. Den offentliga omsorgen om äldre och andra behövande utförs idag antingen i hemmet i form av hemtjänst eller på ett särskilt boende för äldre. Men det finns också en stor del omsorg som utförs av familjemedlemmar, som i en krissituation kan vara tvungna att följa placering på annan ort eller arbeta utökade tider. I omsorgen om äldre familjemedlemmar har anhöriga fått en allt viktigare roll (Ulmanen & Szebehely, 2015) och det finns en stor tilltro till att anhöriga också utför omsorg om sina närstående. Om detta inte fungerar finns det risk för att äldre personer och andra i behov av omsorgsinsatser blir lidande, alternativt att utförare av hemtjänstinsatser blir överbelastade. Redan idag finns det en trend inom de nordiska länderna: skillnaderna gällande tillgång till omsorgsinsatser ökar mellan urbana och rurala områden (Rostgaard et al., 2022; Sjögren & Parding, 2024). I många kommuner på lands- och i glesbygd är de äldre överrepresenterade, och

långa avstånd kan komma att bli ytterligare problematiska i situationer där samhället utsätts för yttre påfrestningar. Detta gäller naturligtvis i alla nordiska länder.

Dessutom visar erfarenheter från inte minst Ukraina att kriser ofta innebär omflyttningar i landet. Internflyktingar innebär en påfrestning för lokalsamhällen och den samhällsservice som finns måste fungera också i krigs- och krissituationer. Utsatta grupper blir mer sårbara, såsom barn (Armitage, 2022), äldre och människor med funktionsnedsättningar (se exempelvis Patarwy et al., 2023; Regev & Vasylchenko, 2025; Rosenthal et al., 2022), och människor som lever i socio-ekonomiskt svåra situationer.

Medlemskapet i NATO kan också komma att leda till konsekvenser i alla nordiska länder, även om krig inte äger rum på ländernas territorium. Exempelvis kan NATO-länder behöva bistå med patientevakuering eller ett snabbt inflöde av patienter vid masskadehändelser (se exempelvis Socialstyrelsen, 2025).

Dessa aspekter påverkar belastning och behov av både sjukvård och omsorg, men en grupp som mycket sällan nämns gällande kriser är omsorgen om barnen. En väl utbyggd förskola av god kvalitet är något som idag ses som en självklar del av välfärden, men den har en kort historia (Duvander & Nyberg, 2023). När förskolan började byggas ut på 1970- och 1980-talet var målet en allmän förskola, som utjämnar villkor för barn med olika ekonomiska och sociala hemvillkor. I denna utveckling var inte bara intellektuell stimulans en viktig aspekt, utan också att få ett varmt mål mat om dagen. I en krissituation är detta något att komma ihåg. Troligen skulle många barn ha behov av extra stöd, samt även sjukvård. Erfarenheter från COVID-19 visar också hur lätt barns deltagande åsidosätts i en kris, något som går emot flera förordningar som värnar barns rättigheter (Kjellander & Sjöblom, 2023). Och vad kan egentligen vara viktigare än omsorgen om nästa generation i en situation av höjd beredskap?

Vi kan alltså anta att behoven av vård och omsorg ökar under en kris, både då fler kommer befinna sig i en utsatt situation och då de som idag sköter mycket av den obetalda omsorgen i den privata sfären kommer ha mindre möjlighet att göra det. Men vad har de ansvariga, såsom kommuner, regioner samt privata vårdgivare, för möjligheter, intressen och ansvar att värna dessa på många sätt ökade behov under en kris?

Individer som arbetar inom vården är inte vilka som helst

Dagens arbetsmarknad är till stor del stadd i ständig förändring. Just nu är arbetslösheten högre, då vi befinner oss i en lågkonjunktur, men samtidigt är arbeidskraftsdeltagandet högt, vilket inte minst beror på att kvinnor i Norden i hög utsträckning deltar på arbetsmarknaden. Arbetsmarknaden är samtidigt också i stor utsträckning könssegregerad. Kvinnor arbetar ofta inom typiska välfärds-

sektorer som utbildning, vård och omsorg där samhällsviktig verksamhet utförs som också måste fungera i händelse av kris eller krig. En överväldigande majoritet, 87 procent, av de legitimerade sjuksköterskorna i Sverige är kvinnor (Socialstyrelsen, 2024). Vi kan också se en övervikt av kvinnor inom tandläkaryrket och en nästan jämn fördelning mellan kvinnor och män som är legitimerade läkare (Socialstyrelsen, 2024). Det vanligaste yrket i Sverige är undersköterska, och där är 89 procent av landets närmare 130 000 undersköterskor kvinnor (SCB, 2023).

Samtidigt som kvinnors arbetskraftsdeltagande är högt i Norden finns det en stor skillnad mellan utrikes och inrikes födda kvinnor, där en stor andel av de utrikesfödda kvinnorna, särskilt nyanlända, inte är sysselsatta. I Sverige har invandrade kvinnor mycket större hinder i att etablera sig på arbetsmarknaden än invandrade män (Landell, 2021). I teorin kan de som står utanför arbetsmarknaden tas i anspråk för allmän tjänsteplikt vid höjd beredskap, och alltså få tjänstgöring inom exempelvis vård och barnomsorg där behoven kan antas öka. En parallell kan dras till att många kvinnor under andra världskriget tog tjänst i en "reservarbetskraft". Men problemen med att applicera allmän tjänsteplikt för personer utan relevant utbildning och erfarenhet eller tjänst, ska nog inte underskattas. Detta ämne ligger dock utanför denna essä.

Att kvinnor i Sverige, och i Norden, förvärvsarbetar i stor utsträckning skulle kunna leda till att det finns en större pool av anställda att krigsplacera, men också fler personer som kan tjänstgöra på en annan plats än den ordinarie inom ramen för den allmänna tjänsteplikten. Men dessa kvinnor är också de som har störst ansvar för hem och barn, ett ansvar som knappast minskar utan snarast ökar under en kris. De kommer då inte kunna krigsplaceras eller tjänstgöra på annan ort, så som krigsplacering eller villkoren i allmänhet i krig emellanåt innebär. Då vi fortfarande har en skev könsfördelning av ansvar för barn är det troligt att kvinnor kommer ta ett större ansvar vid höjd beredskap, samtidigt som de arbetar i kritiska välfärdssektorer som krävs för att samhället ska fungera. Det är därför anmärkningsvärt att de många utredningar och uppdrag, om hur Sverige ska klara personalförsörjning i en tid av kris, inte riktar mer ljus på frågan om hur den privata omsorgen ska lösas.

Under covid-19-pandemin tvingades vissa förskolor att hålla stängt i perioder, på grund av brist på personal. I de fallen hade barn till föräldrar som arbetade inom samhällsviktig verksamhet företräde till de förskolor som hölls öppna. Hur påverkas de som saknar anställning, men som kontinuerligt hoppar in på arbetspass hos olika arbetsgivare? Kommer barn till personer som saknar fast anställning att erbjudas plats när förskolor prioriterar? Om inte, så kommer det innebära ett avbräck för de verksamheter inom både hälso- och sjukvård och andra sektorer som rekryterar enligt "gig-principen", då många istället för att ta tillfälliga jobb behöver vara hemma och ta hand om sina barn. Redan innan covid-19-pandemin kunde vi se en tudelning på arbetsmarknaden, där svaga grupper och de som har en stabil situation med fast anställning kommer allt längre ifrån varandra (Eriksson, et al.,

2017). Denna erfarenhet måste förstås ur ett könsperspektiv då det fortfarande oftast är kvinnor som har dessa osäkra anställningar och som tar detta ansvar för barn, särskilt då den offentliga barnomsorgen begränsas.

Även om jämställdheten i hemmen har ökat, har många kvinnor fortsatt ett huvudansvar för exempelvis omsorg om barnen och andra sysslor. Arbeten inom hälso- och sjukvård är i låg utsträckning flexibla, sett till exempelvis arbetstider och möjlighet till hemarbete. Flexibilitet inom ramen för anställningen har visat sig vara viktigt för jämställdheten i parrelationer där man har gemensamma barn. Inom mer bundna yrkesområden är kvinnors deltidsarbete fortsatt vanligt, för att hantera spänningar mellan förvärvsarbete och familj (Öun & Grönlund, 2022). 34 procent av Vårdförbundets medlemmar arbetar deltid (Vårdförbundet, 2025). Det främsta skälet till detta är arbetsbelastningen inom vården, följt av behovet av att ha mer tid för familjen. Det är möjligt att anta att arbetsbelastningen inom vården kan komma att öka i händelse av krig, men samtidigt också att kvinnor i högre grad än män kommer ta ett ökat ansvar i hemmet. Dessutom är en högre andel män krigsplacerade inom det militära försvaret, vilket kan medföra tjänstgöring på annan ort.

Om vi återigen gör en tillbakablick till andra världskriget och motståndet mot att gifta kvinnor förvärvsarbetade, så möjliggjorde situationen långa tjänstgöringspass för de vanligtvis ogifta sjuksköterskor som var i tjänst vid krigshärdar runt om i världen. Idag är situationen radikalt förändrad, och många kvinnor som arbetar inom sjukvården har hemmavarande barn, vilket kan påverka möjligheterna till långa tjänstgöringspass, men också leda till att fler barn och ungdomar lämnas ensamma under längre perioder i hemmet. Det här ställer krav på fungerande barn- och skolbarnsomsorg under obekväma tider.

En ytterligare aspekt av samhällsservice är kollektivtrafik. Tillgången till fungerande kollektivtrafik påverkar också möjligheterna att kunna ta sig till arbetet. Omkring 60 procent av Sveriges befolkning över sex år nyttjar kollektivtrafiken regelbundet. 39 procent av kvinnorna i Sverige och 24 procent av männen använder kollektivtrafik (Svensk Kollektivtrafik, uå). Om kollektivtrafiken begränsar sina turer kommer detta också påverka möjligheten att förvärvsarbeta, främst för kvinnor och främst i glesbygd.

Hur ett ökat behov av både arbetskraft och omsorg om barn och andra i den privata sfären ska lösas, riskerar att bli en kamp om resurser, en kamp där reserverna hos individer och i hela samhället är små. Borde vi inte uppmärksamma detta, för att se till att de svagaste skyddas? Kvinnor riskerar att hamna i kniviga situationer med både krav från arbetsgivare och mer eller mindre uttalade krav om omsorg i hemmen. Nedan tar vi upp ytterligare faktorer i den privata sfären som kan komma att påverka arbetstagarens möjlighet att uppfylla sin allmänna tjänsteplikt.

Individer är ofta del av en familj

Liksom i många andra länder har det också i Sverige skett stora förändringar när det gäller familjedynamik. Det kanske viktigaste, som kan få konsekvenser för resiliens i arbetskraft inom hälso- och sjukvård, är att föräldraseparationer är relativt vanliga. Enligt svenska Statistiska centralbyråns statistik (SCB statistikportal) bodde år 2024 73 procent av alla barn 0-21 år med båda sina ursprungliga föräldrar, men resten med en förälder och ibland en ny annan vuxen i hushållet. Ungefär hälften av de barn som är skrivna hos en förälder bor växelvis hos föräldrarna, och bland övriga bor de flesta mestadels hos sin mamma. Statistiken är dock osäker och speglar en rörlig situation där boende förändras med barns ålder och annat som händer i barns och föräldrars liv. Ombildade familjer är relativt vanligt och minst ett av tio barn bor i en sådan familj. Från den vuxnas perspektiv är det inte ovanligt att skaffa barn med olika partners. Det finns idag också en större variation rörande hur familjer ser ut, och där ingår också samkönade föräldrar och föräldrar som valt att få barn på egen hand.

Vilken betydelse har familjedynamiken när det gäller krigsplaceringar och allmän tjänsteplikt? Om en förälder är krigsplacerad med tjänstgöring på annan ort så kan det öka belastningen på den förälder som bor kvar på hemorten. Att flytta med en partner kan vara omöjligt, då den allmänna tjänsteplikten omöjliggör en uppsägning. Det kan innebära många logistiska svårigheter och tar knappast barnperspektivet i beaktande, då barnets tillgång till båda föräldrarna begränsas. Situationen kan också kompliceras av olika barnkullar inom samma familj eller hushåll, och en vardagsplanering som inbegriper föräldrar som bor isär. Omsorgspusslet är helt enkelt komplicerat för många och varje ingående person i hushållet (och i bredare bemärkelse föräldrakonstellation) är mer vital och behövd, och därmed svårare att täcka upp för. I ett stereotyp fall kan vi jämföra en kärnfamilj med en mamma i deltids- eller hemarbete och en pappa som krigsplaceras, med föräldrar som har sina barn växelvis och som lever med en ny partner och ytterligare barn i nya konstellationer. Det är klart svårare att avvara omsorgen från en sådan mamma och pappa i jämförelse med en pappa från 1950-talets enförsörjar-familj, där han visserligen var behövd men kunde täckas upp för i större utsträckning av mamman, vars primära ansvar var omsorg. Ett jämställt föräldraskap är en viktig del i de nordiska ländernas politik och ses ofta som en framgång, kanske särskilt då pappor har fått en större omsorgsbetydelse för sina barn. I en kris- eller krigssituation behöver det delade föräldraskapet beaktas. Kommer dessa pappor gå med på att lämna sina barn om de är krigsplacerade med tjänstgöring på annan ort? Hur kommer barnen att må, av att bli av med en förälder under lång tid?

Ytterligare en viktig faktor att ta hänsyn till är att yrkesmässig homogami är vanligt, det vill säga att det är vanligt att bilda par med en person med samma yrke

eller i samma bransch. Detta blir särskilt relevant när båda vuxna i ett hushåll arbetar. Det är alltså vanligt att militärer lever ihop och har barn med andra anställda inom Försvarsmakten eller inom liknande yrken. Andra exempel är att en fjärdedel av alla läkare är gifta med en annan läkare (och en tiondel bor med en sjuksköterska) och 15 procent av alla poliser är gifta med en annan polis (Widegren, 2016). Detta är exempel på yrken som är särskilt relevanta för samhällets resiliens under en kris.

Vad händer om en krigsplacerad arbetstagare och förälder behöver tjänstgöra på annan ort, exempelvis på ett tillfälligt upprättat fältsjukhus, och hens partner också är verksam inom samhällsviktig verksamhet? Hur påverkar det den andra förälderns möjlighet att utöva sitt arbete? Vems arbete är viktigast? Registret över krigsplaceringar finns för att se till att samma person inte är tagen i anspråk av flera organisationer samtidigt. Men vi vet mycket lite, eller ingenting, om flera krigsplaceringar inom samma hushåll, eller krigsplaceringar av föräldrar som inte bor i samma hushåll. Vad händer med barnen om båda föräldrarna förväntas tjänstgöra på andra orter än bostadsorten? Som nämnts är det troligt att dessa fall är vanliga, givet den höga andelen homogama föräldrapar. Utöver att detta påverkar enskilda familjer, så påverkar det också samhällets funktionalitet och resiliens, då offentliga verksamheter i okänd omfattning kan komma att ha utmaningar när det gäller att ta i anspråk den krigsplacerade personal man planerat för.

Kommer hälso- och sjukvård samt omsorg att fungera vid en kris?

För att samhället ska kunna vara resilient, och för att en planering för kris och krig ska vara realistisk, så måste hänsyn tas till vilka som lever i Sverige och med vem eller vilka de lever och har bildat familj. Den traditionella krigsplaceringen berörde nästan enbart män. När nu kvinnor ingår i poolen av arbetstagare så går det inte att bortse ifrån vilka omsorgsbehov som måste mötas i det privata: den omsorg som de utanför arbetskraften (typiskt sett hemmafruar) tidigare utförde. Till detta kommer att vi arbetar längre upp i åldrarna, och att eventuell omsorgshjälp av mor- och farföräldrar ofta inte är möjlig, då dessa också tas i anspråk.

En stor andel av befolkningen förvärvsarbetar och vi är vana att se det som något positivt, ett uppfyllande av ett viktigt politiskt mål. Tveklöst har kvinnors förvärvsarbete lett till ökad jämställdhet, ekonomiskt oberoende kvinnor och mer ekonomiskt tryggade barn. Lika tveklöst har ett arbetskraftsdeltagande lett till mening, människovärde och oberoende från familj och stat. Ett stort arbetskraftsdeltagande har vidare lett till en god ekonomisk utveckling i stora delar av landet. När nu den kvinnliga arbetskraftsreserven till största del är tagen i anspråk så måste en krisplanering ta hänsyn till det. Det finns ingen som tar hand

om barn och behövande äldre om alla förväntas arbeta ännu mer än vad som görs i fredstid. Om inte alla arbetar mer så kan det bli svårt att täcka ökade behov, särskilt i vård och omsorg. Det är samma kvinnor som är tänkta, medvetet eller omedvetet, till dessa uppgifter. Det väcker frågor om hur hållbar planeringen är.

Det svenska totalförsvvarssystemet har aldrig testats i skarpt läge, och de utmaningar vi skriver om här, är därmed hypotetiska. Vi ser idag att det fortfarande och för många är oklart vad som gäller vid höjd beredskap eller krig. Även om den som är krigsplacerad ska ha fått besked om detta, så är det inte säkert att alla känner till vad det innebär. Den allmänna tjänsteplikten är också okänd för många. Därutöver är mobiliteten på arbetsmarknaden idag så stor att även om en arbetstagare har allt klart för sig, kan det för arbetsgivaren vara svårt att ha överblick över sina anställdas situation, och eventuella åtaganden för andra organisationer, då uppgifter om en enskild persons krigsplacering inte är offentliga. Dessutom har varken arbetsgivare eller Plikt- och prövningsverket information om vilka som lever i relationer där båda är krigsplacerade, med möjlig tjänstgöring på annan ort. Detta försvårar helt enkelt en realistisk planering. En möjlig konsekvens är att ansvaret hamnar på de anställda individerna som måste balansera tjänstgöring med andra behov av omsorg om barn och andra anhöriga inom den privata sfären.

Arbetet med att ta hand om kriser i allmänhet, men i synnerhet för omsorg, hälso- och sjukvård, är ännu inte systematiserat, samordnat eller genomtänkt i sina detaljer. När detta arbete sker vill vi föra fram samma slutsats som gäller för sektorn även när det inte är en akut kris: när det inte finns tillräckligt med resurser så kommer de mest sårbara att drabbas. Detta är kritiskt i omsorg, hälso- och sjukvård, eftersom verksamheten bara handskas med hjälpbehövande. Att ha överblick över behoven är svårare idag. De som arbetar i vård och omsorg har även åtaganden utanför arbetet, och om de inte får möjlighet att ta hand om dessa kommer de av olika skäl inte kunna fullfölja sin tjänsteplikt eller sin krigsplacering. De kommer antingen slitas ut, välja det mer primära vilket troligen är det privata omsorgstagandet, eller så kommer villkoren att leda till att omsorgsbehövande barn får mindre tillgång till sina föräldrar under situationer som karaktäriseras av kris och oro, det vill säga lägen där barn har extra stora behov av trygghet. Detta är frågor om jämställdhet i arbete och omsorg, det är frågor om barnperspektiv och det är frågor om regionala skillnader, mellan äldre och yngre, mellan individer med olika familjesituation, och mellan dem med ekonomiskt olika situationer. För inte finns det någon utan dessa olika karaktäristika som kommer att kunna se till att vård och omsorg fungerar i en situation av kris eller krig?

-
- Utan att ta hänsyn till hur arbetsmarknad och familjeansvar har förändrats riskerar planeringen av hälso- och sjukvård samt omsorg att underskatta utmaningarna vid en höjd beredskap.
 - Vem har ansvar för att se till att vård och omsorgsbehov täcks? Vem har ens möjlighet att få en överblick av behoven?
 - Vilka är det som förväntas arbeta vid höjd beredskap och vad är deras möjligheter att balansera familjeansvar med ökat krav på tjänstgöring?
 - Hur kan en realistisk planering ta hänsyn till att de som arbetar inom vård och omsorg är till största del kvinnor, som också har ett stort ansvar i den privata sfären?
-

Referenser

- Arbetet (2024). *Anställd i kommun eller på privat företag – så funkar krigsplacering*. https://arbetet.se/2024/03/14/anstalld-i-kommun-eller-pa-privat-foretag-sa-funkar-krigsplacering_
- Armitage R. (2022). War in Ukraine: the impacts on child health. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 72(719), 272–273. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X719621>
- Duvander, A-Z, & Nyberg, A. (2023). Diversity of childcare policies in Nordic welfare states. I M. Daly, N. Gilbert., B. Pfau-Effinger., & D. J. Besharov (Red.), *The Oxford Handbook of Family Policy over the Life Course* (ss. 655-677). Oxford University Press.
- Eriksson, S., Hensvik, L., & Nordström Skans, O. (2017). *Den svenska arbetsmarknaden och dess utmaningar*. (Rapport 2017:5). Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering. <https://www.ifau.se/globalassets/pdf/se/2017/r-2017-05-den-svenska-arbetsmarknaden-och-dess-utmaningar.pdf>
- Eurostat (2025, april). *Employment – annual statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_-_annual_statistics
- Granestrand, C. (2023, 23 januari). *Så förbereder sig kommuner och regioner för krig*. Dagens Samhälle. Hämtad 2025-08-13 från, <https://www.dagenssamhalle.se/chef-och-arbetsgivare/kompetensforsorjning/sa-forbereder-sig-kommuner-och-regioner-for-krig/>
- Huws , U , Spencer , N & Joyce , S (2016). *Crowd Work in Europe: Preliminary results from a survey in the UK, Sweden, Germany, Austria and the Netherlands*. (FEPS Studies December 2016). Foundation for European Progressive Studies.
- Håkansson, H. (2024). *Tid för tillit: Om styrning, kontroll och inflytande i äldreomsorgen*. [Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet]. <https://gup.ub.gu.se/publication/346377>
- Kjellander, T., & Sjöblom, L. (2023). *Child and youth participation during crisis: Recommendations for decision makers in the Nordic region*. <https://doi.org/10.52746/OKTA3233>
- Landell, E. (2021). *Försörjning med fördröjning – en ESO-rapport om utrikes födda kvinnors etablering på arbetsmarknaden*. Rapport till expertgruppen för samhällsekonomiska studier, 2021:17, Finansdepartementet.

Mathew Puthenparambil, J. (2018). Outsourcing within the Nordic context: Care services for older people in Finland. *Journal of Aging & Social Policy*, 30(5), 440–457. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1465800>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2023). *Lista med viktiga samhällsfunktioner: Utgångspunkter för att stärka samhällets krisberedskap* (MSB1844). <https://rib.msb.se/filer/pdf/29800.pdf>

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. (2025). *Civilplikt*. Hämtad 2025-08-13, från <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/civilplikt/>

Nermo, M. (2000). Hundra år av könssegregering på den svenska arbetsmarknaden. *Sociologisk forskning*, 37 (2), 35-65. <https://doi.org/10.37062/sf.37.19476>

Nordiska Ministerrådet. (2024). *Nordiska ministerrådets samarbetsprogram för social- och hälsopolitik 2025–2030. Vägen mot Vision 2030*. <https://pub.norden.org/politiknord2024-742/>

Patwary, M. M., Polack, S., Zharkova, A., Swed, S., & Shoib, S. (2023). People with Disabilities in Ukraine – A Call for Action. *Prehospital and Disaster Medicine*, 38(1), 139–140. <https://doi.org/10.1017/S1049023X22002400>

Penje, O., & Berlina, A. (2021). *Recruitment and retention in the welfare sector: Nordic good practice* (Policy Brief 2021:1). Nordregio. <https://doi.org/10.6027/PB2021:1.2001-3876>

Plikt- och prövningsverket (2021). *Årsredovisning 2020*. https://www.pliktverket.se/download/18.51763781177db4ddba518f5/1636463819902/Pliktverket_ar2020.pdf

Plikt- och prövningsverket (2025). *Årsredovisning 2024*. <https://www.pliktverket.se/download/18.7a54f188194d866594e5f510/1740401806865/Plikt-%20och%20pr%C3%B6vningsverkets%20%C3%A5rsredovisning%202024.pdf>

Regev, I., Vasylchenko, O. (2025). Social work with old people in war contexts. I S. Ramon & D. Zaviršek (Red.), *Social Work in War-Torn contexts: From that moment there was no peace* (ss. 209-230). Springer Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-88789-5>

Regeringsbeslut S2024/01060. (2024). *Uppdrag att analysera, utveckla och stödja regionernas förmåga att öka vårdkapaciteten i fredstida krissituationer, höjd beredskap och ytterst krig*. <https://www.regeringen.se/contentassets/Oed60c23caaa4d019ac2f3c42a2b7d66/uppdrag-att-analysera-utveckla-och-stodja-regionernas-formaga-att-oka-vardkapaciteten-i-fredstida-krissituationer-hojd-beredskap-och-ytterst-krig.pdf>

Regeringsbeslut S2024/01055. (2024). *Uppdrag att etablera en nationell samverkansstruktur för hälso- och sjukvårdens försörjningsberedskap*.
<https://www.regeringen.se/contentassets/a22ac6992a7149b3aeb61d87e90bf69f/uppdrag-att-etablera-en-nationell-samverkansstruktur-for-halso--och-sjukvardens-forsorjningsberedskap.pdf>

Rosenthal, E., Kurylo, H., Milovanovic, D. C., Ahern, L., & Rodriguez, P. (2022). Protection and Safety of Children with Disabilities in the Residential Institutions of War-Torn Ukraine: The UN Guidelines on Deinstitutionalization and the Role of International Donors. *The International Journal of Disability and Social Justice*, 2(2), 15–22. <https://www.jstor.org/stable/48694936>

Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T., & Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal? *European Journal of Ageing*, 19(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>

Sjögren, F., & Parding, K. (2024). Retention of Staff in Nordic Healthcare— A Literature Review. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 14(3), 23–85.
<https://doi.org/10.18291/njwls.146465>

Socialstyrelsen (2024). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2023 samt arbetsmarknadsstatus 2022*.
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/caf201fe29c44deea56e6b28be35382c/2024-9-9197.pdf>

Socialstyrelsen (2025). *Nato – en introduktion till svensk hälso- och sjukvård* (Socialstyrelsen 2025-1-9434)
<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/fde6a405f4974961a57549be2be9a301/2025-1-9434.pdf>

Statistiska Centralbyrån (SCB). (2025, 23 maj). *Fortsatt dämpad arbetsmarknad med vissa tecken på återhämtning*. Hämtad 2025-06-10 från,
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/arbetsmarknad/utbud-av-arbetskraft/arbetskraftsundersokningarna-aku/pong/statistiknyhet/arbetskraftsundersokningarna-aku-april-2025/>

Svensk kollektivtrafik. (u.å.). *Kollektivtrafik är en investering i samhällsnytta*. Hämtad 2025-06-10 från, <https://svenskkollektivtrafik.se/fakta-statistik/samhallsnytta/>

Sveriges kommuner och regioner. (2024). *Statistik och hälso och sjukvård samt regional utveckling verksamhetsåret 2023*. Hämtad 2025-08-14 från,
<https://skr.se/download/18.3b7add591927169f0309395/1728559284964/Statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling-2023-1010.pdf>

Ulmanen, P. and Szebehely, M. (2015). From the state to the family. Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 81–92. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12108>

Widegren (2016, 12 februari). *Fyra teorier: Därför gifter sig läkare med varandra*. Dagens Medicin. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/kronika/fyra-teorier-darfor-gifter-sig-lakare-med-varandra/>

Vårdförbundet (2025). *Heltider som inte håller – en nulägesrapport från vården*. https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/avtalsrorelse-2025/rapport-vardforbundet_heltider-som-inte-haller_13mars2025.pdf

Ågotnäs, G., Jacobssen, F., Szebehely, M. (2019). The growth of the for-profit nursing homesector in Norway and Sweden. I P. Armstrong & H. Armstrong (Red.), *The privatization of care: The case of nursing homes*, (ss. 38-50). Routledge.

Öun, I., & Grönlund, A. (2022). *Familjevänligt arbete – för vem?* (Forskarrapport 2022:2). Försäkringskassan. <https://www.forsakringskassan.se/download/18.2b66f977183b9e45a10310/1666947326692/familjevanligt-arbete-for-vem-forskarrapport-2022-2.pdf>

Avslutning



Avslutning med nyckelbudskap

Avslutande ord

Den här publikationen har tagit ett brett grepp om resiliens och genus i den nordiska välfärdens hälso- och sjukvård. Resiliens i hälso- och sjukvård handlar om förmågan att stå emot, anpassa sig till, lära sig av och återhämta sig från kriser. Utgångspunkten har varit att erfarenheter från covid-19-pandemin och andra globala hot, visar att välfärdens motståndskraft är avgörande för både samhället och individers hälsa. Samtidigt syns betydande utmaningar med bland annat demografiska förändringar, kompetensbrist, en könssegregerad arbetsmarknad och ojämlikheter i vården. Framtidsfokus på resiliens kräver att vi problematiserar hur vi förstår kris, tid och risk. Intersektionella genusperspektiv är nödvändiga för att förstå hur sårbarhet i kriser påverkas av bland annat kön, klass, etnicitet, funktionsvariation. Strukturella ojämlikheter behöver åtgärdas för att skapa resiliens.

Texterna i den här publikationen har tagit fasta på att genusperspektiv på dessa utmaningar är centralt. Genom att kombinera resiliens- och genusperspektiv har texterna på olika sätt synliggjort hur strukturella ojämlikheter påverkar både vårdgivare, vårdtagare och samhället i stort. Behovet av intersektionella analyser för att förstå sårbarhet och för att kunna bygga en mer hållbar välfärd har belysts. Framför allt har texterna på olika sätt tydliggjort vikten av att se resiliens inte bara som en kapacitet, utan som en process som handlar om social rättvisa, representation och levbara villkor. Avslutningsvis sammanfattas här några nyckelbudskap som lyfts i publikationens essäer.

Samlade nyckelbudskap från essäerna

Lapidus:

- Den snabba framväxten av privata sjukvårdsförsäkringar behöver förstås och hanteras utifrån ett kris- och resiliensperspektiv, så att systemens motståndskraft och jämlikhet kan stärkas.
- Tudelningen av de nordiska sjukvårdssystemen kräver politiska reformer och praktiska insatser som motverkar ojämlik tillgång och säkrar vården som en gemensam välfärdsresurs.

- Vägar tillbaka till ett gemensamt och marknadsbefriat (dekommodifierat) sjukvårdssystem bör utvecklas och prövas som ett alternativ för att återställa legitimitet, solidaritet och jämlikhet i vården.

Liljas och Burström:

- Resurserna för vård och omsorgssystemen för äldre personer måste förstärkas. Eftersom multisjuklighet ofta kräver både vård och omsorg är det uppenbart att närmare samverkan behövs mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunens hälso- och sjukvård och sociala omsorg.
- En tydlig vision och plan behövs på olika nivåer för hur föreslagna reformer ska realiseras. Tillämpning av reformförslag bör följas upp och utvärderas vetenskapligt.
- Äldreomsorgen måste bli en mer attraktiv arbetsplats och dess personal behöver bli föremål för satsningar på utbildning och förbättrade anställningsvillkor, arbetsmiljö och löner.
- Ett ökat erfarenhetsutbyte och lärande mellan de nordiska länderna skulle kunna möjliggöra nya lösningar då problemen och utmaningarna är i många avseende gemensamma. De erfarenheter som gjorts under pandemin bör tas tillvara för att undvika merarbete, förbereda och stärka systemen inför kommande kriser.

Mulinari:

- Att skapa bättre förutsättningar för tidsrättvisa är en av vår tids stora jämställdhetsfrågor.
- Om vi på allvar vill ha en resilient välfärdssektor måste vi också ta frågan om jämställdhet på större allvar. Tidsojämligheterna inom välfärdssektorn är tydligt könade, och det är framför allt kvinnor som idag tvingas jonglera omsorgskrisen med sin egen tid, hälsa och kropp.

- Vi behöver andra förståelser av tid inom arbetslivet. Förståelser som erkänner och ger utrymme för att omsorg får ta tid, och som ser tid som något kollektivt och relationellt inom välfärdssektorn. Att utveckla och utforska nya förståelser och fördelningar av tid skulle inte bara stärka välfärdens resiliens, utan också ge människor större möjligheter att leva hållbara liv – i och utanför arbetet.

Duvander och Lundgren:

- Utan att ta hänsyn till hur arbetsmarknad och familjeansvar har förändrats riskerar planeringen av hälso- och sjukvård samt omsorg att underskatta utmaningarna vid en höjd beredskap.
- Vem har ansvar för att se till att vård och omsorgsbehov täcks? Vem har ens möjlighet att få en överblick av behoven?
- Vilka är det som förväntas arbeta vid höjd beredskap och vad är deras möjligheter att balansera familjeansvar med ökat krav på tjänstgöring?
- Hur kan en realistisk planering ta hänsyn till att de som arbetar inom vård och omsorg är till största del kvinnor, som också har ett stort ansvar i den privata sfären?

Om den här publikationen

Välfärdens resiliens vid kriser i Norden

Angelica Simonsson (redaktör), John Lapidus, Ann Liljas, Bo Burström, Paula Mulinari, Ann-Zofie Duvander, Minna Lundgren för Nordisk information för kunskap om kön, NIKK

TemaNord 2025:563

ISBN 978-92-893-8383-7 (PDF)

ISBN 978-92-893-8384-4 (ONLINE)

<http://dx.doi.org/10.6027/temanord2025-563>

© Nordiska ministerrådet 2025

Omslagsbild: Jens Lindström/Image Bank Sweden

Övriga bilder (i den ordning de förekommer i publikationen): Per Pixel Pettersson/Image Bank Sweden, Curated lifestyle/Unsplash, Getty Images, Curated lifestyle/Unsplash, Curated lifestyle/Unsplash, Simon Paulin/Image Bank Sweden, Eiríkur Björnsson /Norden.org

Publicerad: november 2025

Ansvarsfriskrivning

Denna publikation har finansierats av Nordiska ministerrådet. Men innehållet återspeglar inte nödvändigtvis Nordiska ministerrådets synpunkter, åsikter eller rekommendationer.

Rättigheter och tillstånd

Detta verk är tillgängligt under licensen Creative Commons Erkännande 4.0 Internationell (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

ÖVERSÄTTNINGAR: Om du översätter detta verk, vänligen inkludera följande ansvarsfriskrivning: Denna översättning är inte producerad av Nordiska ministerrådet och ska inte betraktas som officiell. Nordiska ministerrådet kan inte hållas ansvarigt för översättningen eller eventuella fel i den.

BEARBETNINGAR: Om du bearbetar detta verk, vänligen lägg till följande ansvarsfriskrivning tillsammans med tillskrivningen: Detta är en bearbetning av ett originalverk av Nordiska ministerrådet. De synpunkter och åsikter som uttrycks i bearbetningen är författarens/författarnas egna. Synpunkterna och åsikterna i denna bearbetning har inte godkänts av Nordiska ministerrådet.

INNEHÅLL FRÅN TREDJE PART: Nordiska ministerrådet äger nödvändigtvis inte varje enskild del av detta verk. Nordiska ministerrådet kan därför inte garantera att återanvändningen av innehåll från tredje part inte gör intrång i tredje parts upphovsrätt. Om du vill återanvända innehåll från tredje part står du för de risker sådana upphovsrättsintrång innebär. Du är ansvarig för att avgöra om det finns ett behov av att erhålla tillstånd för användning av innehåll från tredje part. Om ett tillstånd krävs är du också ansvarig för att erhålla ett relevant sådant från upphovsrättsinnehavaren. Exempel på innehåll från tredje part är tabeller, figurer och bilder, men det kan också röra sig av annan typ av innehåll.

Bildrättigheter (ytterligare tillstånd krävs för återanvändning):

Frågor om rättigheter och licenser bör riktas till:

NORDISK MINISTERRÅD/PUB
Nordens Hus
Ved Stranden 18
DK-1061 Köpenhamn
pub@norden.org

Nordiska ministerrådet

Nordiska ministerrådet är de nordiska regeringarnas officiella samarbetsorgan. Samarbetet omfattar Danmark, Finland, Färöarna, Grönland, Island, Norge, Sverige och Åland.

År 2019 antog de nordiska statsministrarna en gemensam vision om att Norden ska vara världens mest hållbara och integrerade region år 2030. Nordiska ministerrådet ska stöda denna vision genom att samarbeta för ett grönt, konkurrenskraftigt och socialt hållbart Norden.

NORDISK MINISTERRÅD
Nordens Hus
Ved Stranden 18
DK-1061 Köpenhamn
www.norden.org

Läs flera nordiska publikationer: www.norden.org/sv/publikationer