

Riktade vaccinationsinsatser

Lärdomar från regionernas arbete
för en hög och jämlik vaccinations-
täckning mot covid-19



Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022
Grafisk Design och produktion: Hellsten Kommunikation
Omslagsbild: Anette Nantell / DN / TT
ISBN 978-91-88935-59-5

Riktade vaccinationsinsatser

Lärdomar från regionernas arbete
för en hög och jämlik vaccinations-
täckning mot covid-19

Beslut

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Caroline Vidigsson Schmölzer har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Johan Strömblad, analyschefen Caroline Olgart Höglund och chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren deltagit.

Stockholm den 14 september 2022

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Pär Ödman
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Förord

Jämlikhetsaspekten är central i svensk sjukvård, även när det gäller vaccinationer. Regeringen har satt en hög och jämlik vaccinationstäckning som mål för arbetet med covid-19-vaccinationerna. Forskning och tidigare erfarenheter visar att det är viktigt att anpassa vaccinationsarbete till behoven och förutsättningarna i olika grupper för att få en så hög och jämlik vaccinationstäckning som möjligt.

I den här rapporten beskriver vi regionernas arbete med riktade insatser till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning. Vi beskriver också hur samarbetet mellan den statliga och regionala nivån har fungerat.

Syftet är att ta tillvara lärdomar från vaccinationsarbetet under pandemin. Vi hoppas att vår rapport ska utgöra ett kunskapsunderlag för utveckling, förbättring och lärande på systemnivå inför liknande händelser, och övrigt folkhälsoarbete, i framtiden.

Arbetet med rapporten har bedrivits av utredarna Caroline Vidigsson Schmölzer och Sofia Almlöf samt analytikern Christian Koponen. I arbetet har även juristen Eva Bucksch, utredaren Kajsa Hanspers och analytikern Agnes Lindvall deltagit.

Vi vill rikta ett stort tack till alla som har deltagit i våra intervjuer och samråd, och på så sätt bidragit till rapportens genomförande. Stort tack också till Mikael Rostila (professor i folkhälsovetenskap, Stockholms universitet) och Björn Rönnerstrand (fil. dr. i statsvetenskap, SOM-institutet vid Göteborgs universitet) som har bidragit med värdefulla synpunkter på ett utkast av rapporten. De slutsatser och förslag som lämnas i rapporten står Myndigheten för vård- och omsorgsanalys själv för.

Stockholm i oktober 2022

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Jämlikhet är centralt i svensk sjukvård, även när det gäller vaccinationer. Regeringen har angett att en hög och jämlik vaccinationstäckning är mål för vaccinationsarbetet mot covid-19. För att nå målet behöver insatserna anpassas efter förutsättningarna hos olika individer eller grupper. I den här rapporten beskriver vi insatser som regioner vidtagit för att nå ut till grupper som har eller riskerar att få en låg vaccinationstäckning.

Vi kommer fram till två övergripande slutsatser:

- ▶ Det finns förbättringspotential i regionernas arbete med riktade vaccinationsinsatser
- ▶ Den nationella styrningen har inneburit utmaningar för regionerna

Våra rekommendationer syftar främst till att ge inspel till hur strukturerna kan rustas för kommande kriser med bäring på vården och omsorgen. Samtidigt kan våra rekommendationer ses som medskick till hur folkhälsoarbetet generellt kan utvecklas, framför allt för att bli mer träffsäkert i förhållande till svårnådda eller utsatta grupper.

Vi lämnar följande rekommendationer:

- ▶ Regionerna bör förbättra sitt arbete med att identifiera hinder och drivkrafter för vaccination och annan vård i sin befolkning
- ▶ Regionerna bör förbättra sitt arbete med systematisk uppföljning och utvärdering av riktade insatser vid fortsatt vaccination mot covid-19 och andra riktade vaccinationsinsatser
- ▶ Regionerna bör tillvarata erfarenheterna från vaccinationsprocessen och använda lärdomar även i andra delar av hälso- och sjukvårdens arbete
- ▶ Regeringen bör tydliggöra ansvars- och rollfördelningen mellan myndigheter och mellan den nationella och regionala nivån för att skapa bättre förutsättningar för framtida vaccinationsarbete

Sammanfattning

Jämlikhet är centralt i svensk sjukvård, även när det gäller vaccinationer och regeringens mål för vaccinationsarbetet mot covid-19 är att få en hög och jämlik vaccinationstäckning. Trots det finns tecken på att jämlikhetsperspektivet inte genomfylls statens och regionernas vaccinationsarbete.

Det är väl känt att människor är olika benägna att vaccinera sig. Det kan bero på olika inställningar till vaccin, men också på skillnader i förmåga och möjligheter att vaccinera sig. För att säkerställa en jämlik vaccinationstäckning behöver insatserna anpassas efter olika individers och gruppers förutsättningar. Vi talar ofta om motiverade och omotiverade skillnader, när vi undersöker om hälso- och sjukvården är jämlik. Det är frivilligt att vaccinera sig mot covid-19, så om en del personer har fattat ett välinformerat beslut att inte vaccinera sig bör det betraktas som en motiverad skillnad. Även om alla har en skyldighet att förhindra smittspridning har individen samtidigt rätt till självbestämmande kring vilka vårdinsatser man vill ta emot, vilket också gäller vaccination. Det är däremot en omotiverad skillnad om vissa grupper eller områden haft begränsningar i erbjudandet om, och tillgången till, vaccination. För att uppnå jämlikhet och personcentrering kan hälso- och sjukvården behöva ta ett kompensatoriskt ansvar, till exempel genom insatser som tar sikte på de hinder för vaccinering som kan finnas för vissa människor eller grupper.

Sverige har internationellt sett en hög vaccinationstäckning, men den varierar utifrån bland annat födelseregion och socioekonomiska förhållanden. I den här rapporten beskriver vi insatser som regioner vidtagit för att nå ut till grupper som har eller riskerar att få en låg vaccinationstäckning.

Vi undersöker insatser för en hög och jämlik vaccinationstäckning

Syftet med den här rapporten är att bidra med lärdomar om att nå ut med vaccin till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning än andra. I rapporten undersöker vi regionernas arbete med riktade vaccinationsinsatser under covid-19-pandemin.

Två frågeställningar har väglett arbetet:

- Har regionernas arbete med att nå grupper med låg vaccinationstäckning varit ändamålsenligt och kunskapsbaserat?
- Hur har den statliga styrningen fungerat utifrån regionernas perspektiv?

Utifrån vår undersökning har vi identifierat utvecklingsområden för att öka träffsäkerheten vid vaccinationsinsatser i framtiden. Men vi bedömer att lärdomarna också kan vara till nytta för att nå ut bredare även vid andra typer av preventivt folkhälsoarbete från hälso- och sjukvårdens sida.

För att besvara våra frågeställningar har vi intervjuat ett 60-tal personer som företräder regioner och myndigheter, genomfört en frågeundersökning till socialchefer, haft ett samråd med civilsamhällesorganisationer och genomfört dokumentstudier och statistiska analyser.

Fokus på regionernas arbete och samarbetet med statliga myndigheter

Det är regionerna som har huvudansvaret för att bedriva sjukvård och folkhälsoarbete i Sverige (inklusive vaccinationer) och därför har vi fokuserat på regionernas arbete med insatser för att stärka förutsättningarna för en hög och jämlik vaccinationstäckning.

Vaccinationsprocessen har dock varit ett samarbete mellan ett stort antal aktörer på statlig, regional och kommunal nivå. Regionerna har haft huvudansvaret för att genomföra vaccinationen mot covid-19, förutom i vissa fall då kommunerna ansvarar för genomförandet, till exempel på särskilda boenden.

De statliga myndigheter som ingår i vår studie är Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), Myndigheten för stöd till trossamfund (SST) och länsstyrelserna. De har på olika sätt varit involverade i arbetet för en hög och jämlik vaccinationstäckning.

Kunskap om vaccinering av svårnådda grupper

Det finns flera modeller som beskriver vilka faktorer som påverkar om människor vaccinerar sig eller inte, det vill säga deras vaccinbeteende. Med hjälp av sådana modeller är det möjligt att identifiera individers drivkrafter för vaccination.

Om man vet vilka drivkrafter som gör att vissa grupper har en lägre vaccinations-täckning blir det lättare att utforma insatser och arbetssätt som både kan minska hinder för vaccination och öka de främjande inslagen.

En modell för att förstå varför individer vaccinerar sig eller inte

World Health Organisation (WHO) i Europa har anpassat en beteendevetenskaplig modell för vaccinationsarbete, COM-B. Modellen illustrerar tre huvudsakliga faktorer som påverkar om människor vaccinerar sig eller inte: motivation, förmåga och möjlighet.

Motivationen styrs eller påverkas av exempelvis attityder, uppfattningar, riskbedömning, avsikter, värderingar, känslor och graden av förtroende för och tillit till myndigheter och hälso- och sjukvården. Det handlar till exempel om individens uppfattning om risken för att bli allvarligt sjuk i covid-19 och hur säkert och effektivt vaccinet är. Tillit till hälso- och sjukvårdspersonal liksom förtroende för myndigheter och andra institutioner kan också påverka individers motivation att ta vaccinet.

Förmågan att vaccinera sig handlar till exempel om att förstå varför det är viktigt att vaccinera sig och hur man gör samt att kunna planera sin vaccination och fullfölja den med rekommenderat antal doser. Till förmåga hör också fysiska förutsättningar eftersom en del har sjukdomar eller tillstånd som gör att de inte kan ta det rekommenderade vaccinet.

Vidare kan kontextuella faktorer påverka *möjligheten* att vaccinera sig, exempelvis kostnad och avstånd till vaccinationsställen, öppettider och drop-in-möjligheter, personalens bemötande och tillgång till information på ett språk man förstår och i en form som man kan ta till sig. Även förväntningar från vänner och familjemedlemmar kan påverka beslutet. För att främja möjligheten måste hälso- och sjukvården ha förmåga att identifiera ovaccinerade personer och ha ett system för att skicka kallelser och påminnelser samt utbilda vaccinatörer och annan vårdpersonal i effektiv kommunikation med patienter.

Arbetssätt och insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning

Att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning kan vara en komplex uppgift för beslutsfattare. Som stöd har WHO Europa tagit fram en metod för att anpassa vaccinationsarbete till olika målgrupper. Metoden kallas Tailoring Immunization Programs (TIP) och består av flera steg. I korthet går processen ut på att samla in kunskap om vaccinationstäckning och vaccinacceptans i olika grupper eller områden och utifrån den ta fram riktade insatser som är anpassade till de hinder som finns i respektive grupp.

I figuren på nästa sida presenterar vi exempel på insatser och arbetssätt som utifrån forskning och erfarenhet lyfts fram som värdefulla för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning och för att nå fram till grupper som är svårnådda eller har låg vaccinationstäckning. Insatserna och arbetssätten är hämtade ur internationella publikationer och avser olika grupper i befolkningen. De kan därmed vara mer eller mindre relevanta beroende på behoven i befolkningen.

Precis som vid implementering generellt är det enligt WHO:s modell viktigt att löpande följa upp insatsernas effektivitet och vid behov justera insatserna efter uppföljningens resultat.

Arbetsätt och insatser för att nå en hög och jämlik vaccinationstäckning.

Arbeta data-, analys- och kunskapsdrivet	• Säkerställ tillgång till data och statistik på olika nivåer för att kunna identifiera grupper med låg vaccinationstäckning • Identifiera systematiskt orsaker till låg vaccinationstäckning i olika grupper • Genomför kontinuerlig uppföljning av insatser. Använd resultaten i planeringen av det fortsatta arbetet
Inkludera representer och organisationer i alla steg	• Samverka med organisationer, föreningar, arbetsgivare, vårdgivare och enskilda individer som har förtroende i den aktuella gruppen • Ta del av deras kunskap och gör dem delaktiga i identifiering av hinder/drivkrafter samt design, genomförandet och uppföljning av insatser
Säkerställ att involverade aktörer har rätt förutsättningar och resurser	• Aktörer behöver tillräckliga resurser, kunskaper, arbetsvillkor och stöd för att klara sin uppgift, till exempel ekonomiska resurser, stöd för att möta vaccindräppla eller tveksamhet, tydliga rutiner och riktlinjer för olika situationer och trygga arbetsvillkor
Anpassa information och kommunikation	• Erbjud material på flera språk, i flera format och i flera kanaler • Arbeta strukturerat för att identifiera och bemöta missinformation, desinformation och rykten
Effektiva och inkluderande system för bokning	• Bokningssystem som fungerar för alla med anpassade varianter vid behov • Använd verktyg som kallelser och påminnelser
Personlig rådgivning och praktiskt stöd med bokning och genomförande	• Erbjud möjlighet att ställa frågor om vaccinet, hjälp med bokning, extra tid, hjälp med transport till lokalen m.m.
Ta vaccinet till gruppen	• Använd olika former av mobila och tillfälliga vaccinationsenheter • Integrera vaccineringen med annan vård eller social verksamhet
Anpassa lokaler och tillgänglighet	• Säkerställ att det finns kollektivtrafik till/från vaccinationsplatser • Utforma lokaler efter olika gruppers behov • Utöka öppettider och erbjud drop-in
Visa på förebilder	• Använd en variation av förebilder som har förtroende och inflytande hos olika grupper
Minimera direkta och indirekta kostnader	• Erbjud gratis vaccin • Möjliggör vaccination utan förlorad arbetsinkomst
Använd obligatorier och incitament	• Erbjud belöningar eller fördelar kopplade till vaccination • Överväg krav på vaccin för vissa yrkesgrupper eller för vissa sociala aktiviteter eller resor
Kombinera olika interventioner	• Kombinera olika typer av insatser, till exempel tillgänglighetsinsatser och kommunikation

Det finns förbättringspotential i regionernas arbete med riktade vaccinationsinsatser

Här presenterar vi den generella bilden av regionernas insatser och arbetssätt utifrån vår intervju- och dokumentstudie. Vi har inte kunnat få en heltäckande bild av vilka insatser som varje region har använt, och när. Vår sammantagna bedömning är dock att regionernas arbete hade kunnat vara mer kunskapsbaserat och ändamålsenligt.

Flera regioner efterfrågar vägledning om arbetssätt och insatser för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning

Baserat på arbetet med andra vaccinationer och folkhälsoarbete generellt finns mycket kunskap om hur man kan arbeta för att nå grupper som är svåra att nå eller svåra att vaccinera. Sådan kunskap finns till exempel sammanställd i publikationer från WHO, ECDC och andra aktörer. Under 2021 publicerades ett flertal rapporter med specifikt fokus på insatser och arbetssätt för att nå ut med vaccin mot covid-19 till alla grupper i samhället. Någon motsvarande skriftlig vägledning från svenska myndigheter har inte funnits tillgänglig förrän i juli 2022 då Folkhälsomyndigheten publicerade en anpassad version av WHO Europas TIP-rapport som guide för regionalt och lokalt arbete med vaccinationer för barn och vuxna.

Ingen av de personer vi har intervjuat har dock hänvisat till internationella kunskapsstöd eller publikationer som stöd i arbetet med att välja och utforma insatser. En möjlighet är naturligtvis att regionerna och deras samarbetspartners redan har den kunskap som förmedlas i dessa rapporter, och därför inte skulle ha haft nytta av dem. I vissa regioner har arbetet i stället utgått från intern kompetens och tidigare erfarenheter av vaccinationsarbete för att nå grupper som har en lägre vaccinationstäckning. Flera regioner har också haft nytta av erfarenhetsutbytet inom Sveriges Kommuner och Regioners nätverk för vaccinsamordnare och information från civilsamhällesorganisationer och kommuner.

Våra resultat pekar på att roll- och ansvarsfördelningen mellan regioner och statlig nivå behöver tydliggöras inför kriser som berör hälso- och sjukvården. Flera regioner menar att det finns behov av ökad nationell vägledning. Samtidigt lyfter Folkhälsomyndigheten fram att de erbjudit stöd till regionerna, som i sin tur avböjt det stödet. Dessutom menar myndigheten att man inte kan ge mer detaljerat stöd i hur regioner och kommuner ska arbeta, på grund av det kommunala självstyret.

För att arbeta effektivt med riktade insatser behöver man känna till målgrupperna och anpassa insatserna till dem, enligt forskningen. Det innebär att det bör vara lokala aktörer som praktiskt arbetar med att identifiera målgrupper, ta reda på främjande och hindrande faktorer och utforma insatser. I vår studie tycker också flera regioner att det varit värdefullt med kommunernas lokalkännedom och kunskap om till exempel var regionen bör befinna sig för att nå olika målgrupper.

God tillgång till statistik över vaccinationstäckning viktig

Enligt WHO:s modell bör vaccinationsarbetet bygga på en analys av vilka grupper som riskerar att få en lägre vaccinationstäckning och vilka hinder för vaccination som finns i respektive grupp. Det förutsätter god tillgång till statistik. I ett tidigt skede av vaccineringen har man kanske inte tillräckligt med statistik, och då kan det vara värdefullt att göra enkät- eller intervjuundersökningar om vaccinacceptans. Detta har undersökts på nationell nivå, men enligt våra intervjuer är det få av regionerna som har genomfört sådana studier i sin lokalbefolkning. Därför har regionerna haft svårt att identifiera målgrupper med risk för lägre täckning. Det bidrog också att vaccinationsprocessen hållit på ett tag innan statistik för olika demografiska statistikområden fanns tillgänglig.

Samarbetet med andra aktörer kan utvecklas

För att nå en hög vaccinationstäckning i en population är det viktigt att samarbeta med organisationsföreträdare som regelbundet möter gruppen och som gruppen känner förtroende för. Man behöver hitta former för att ta del av deras kunskap och göra dem delaktiga i att identifiera hinder och drivkrafter samt utforma, genomföra och följa upp insatser.

Regionerna har samarbetat med olika organisationer i civilsamhället, men främst i genomförandefasen. Vår bild är dock att få regioner har tagit hjälp av dessa aktörer för att identifiera olika grupper med risk för låg vaccinationstäckning, eller för att analysera orsaker bakom lägre vaccinationstäckning. Vi bedömer att flera regioner hade kunnat involvera civilsamhällesaktörer mer i arbetet, och i ett tidigare skede.

Regioners riktade insatser kom igång sent

Flera regionrepresentanter har i våra intervjuer sagt att planeringen av riktade vaccinationsinsatser kom igång för sent och att en diskussion om riktade insatser hade kunnat påbörjas tidigare. Vi delar den bedömningen. Situationen i regionerna var mycket pressad som en följd av pandemin, men det hade varit lämpligt att inkludera riktade insatser i den tidiga planeringen under 2020.

Redan tidigt under pandemin stod det klart att covid-19 slog betydligt hårdare mot bland annat utrikes födda samt socioekonomiskt utsatta grupper och områden, och det är sedan tidigare känt vilka faktorer som är kopplade till en lägre vaccinationstäckning. Regionerna hade därför kunnat förbereda riktade vaccinationsinsatser mot de grupper som tidigt i pandemin drabbades av sjukdom och dödsfall i högre utsträckning än andra.

Regionerna har genomfört en mängd insatser men tidpunkt och omfattning varierar

Regionerna har bedrivit ett intensivt arbete och genomfört en mängd insatser för att nå ut med vaccinet till olika målgrupper. Rapporten syftar inte till att ge en heltäckande bild av alla insatser som har gjorts i landet.

Alla intervjuade regioner, 20 stycken, uppger att de har målgruppsanpassat information om vaccinationen mot covid-19. Regionerna har också på flera sätt ökat tillgängligheten genom att erbjuda vaccination på olika platser, ha mobila vaccinationsenheter och drop-in-mottagningar samt försökt underlätta bokningen.

Vi kan inte utifrån våra undersökningar bedöma om detta arbete har motsvarat behoven hos olika grupper. Vi kan däremot se att vaccinationstäckningen varierar mellan olika geografiska områden och utifrån olika socioekonomiska variabler och det talar för att insatserna kan bli mer träffsäkra.

Vi ser också att det varierar mycket hur omfattande regionernas arbete har varit och när det kom igång. Det behöver inte vara problematiskt, om skillnaderna motiveras av skillnader i behov. Däremot är det problematiskt att få regioner började med att identifiera grupper med risk för låg vaccinationstäckning; det har sannolikt medfört att vissa regioner kom igång sent med riktade insatser, och det finns en risk för att insatserna inte motsvarat behoven.

Få regioner har följt upp eller utvärderat riktade insatser på ett systematiskt sätt

Genom att följa upp och utvärdera insatser kan man se om de genomfördes på avsett vis, vilka resultat och effekter som de gav och om insatserna hade några oförutsedda eller negativa effekter. Sådan kunskap är ett viktigt underlag för att kunna justera insatsernas utformning eller på annat sätt utveckla arbetet.

Det är dock både resurskrävande och svårt att följa upp och utvärdera enskilda riktade insatser, och vår bild är att de flesta regioner inte gör systematiska uppföljningar utan främst följer vaccinationstäckningen. Den informationen har dock varit svår att koppla till enskilda insatser. Vi bedömer att regionernas uppföljning skulle kunna utvecklas genom att till exempel intervjua målgrupperna och personalen som varit inblandade i vaccinationerna, för att få värdefull information om olika insatsers betydelse.

Den nationella styrningen har inneburit utmaningar för regionerna

Det höga tempot i vaccinationsarbetet, och olika förväntningar på statens och regionernas roller och ansvar, har komplicerat arbetet med riktade insatser till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning.

Högt tempo, snabba förändringar och otydlighet har försvårat regionernas arbete

En stor utmaning för regionerna har varit att nya besked från Folkhälsomyndigheten har lämnats med kort framförhållning. Flera regioner upplever att det varit besvärligt att de inte fått förhandsinformation, utan nåtts av ny information i samband med presskonferenserna för allmänheten.

Den korta framförhållningen har gjort det svårt för regionerna att planera och organisera sitt vaccinationsarbete. Det kan till exempel handla om ändringar i prioriteringsordningen från Folkhälsomyndigheten, samtidigt som regionerna har haft svårt att identifiera individerna i de prioriterade grupperna, eftersom de inte ingår i några register.

Situationen har varit särskilt utmanande när regionerna har behövt kommunicera nya direktiv som skapat oro hos människor. Flera intervjupersoner uppger att det har skadat förtroendet för hälso- och sjukvården och dessutom riskerat att göra tveksamma personer mindre benägna att vaccinera sig.

Samtidigt förstår man att det varit svårt för Folkhälsomyndigheten att ha god framförhållning, eftersom exempelvis vaccintillgången inte varit möjligt att planera långt i förväg. Företrädare för Folkhälsomyndigheten håller med om att det i början var mycket korta ställtider och att kommunikationen till regionerna kunde ha varit bättre då. Orsaken uppges vara det mycket höga tempot i kombination med ett enormt informations- och kommunikationsbehov – situationen förändrades snabbt och det fanns inte tid för bättre framförhållning. Alternativet hade enligt Folkhälsomyndigheten varit att vänta med att införa vissa rekommendationer för att regionerna skulle vara bättre förberedda. Folkhälsomyndigheten uppger att de har strävat efter att ge regionerna mer förhandsinformation och bättre möjligheter att organisera arbetet regionalt och lokalt.

Olika förväntningar på aktörernas roller och ansvar

I våra intervjuer uttrycker regionerna att de behöver nationellt stöd i att välja och utforma insatser och arbetssätt för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning. Samtidigt menar Folkhälsomyndigheten att utrymmet för att vägleda regionerna begränsas av det kommunala självstyret och att det är regionerna som ansvarar för hälso- och sjukvården. Vi uppfattar att det varit en svår balansgång mellan dessa värden. Som vi redogjort för tidigare framkommer i våra intervjuer att regionerna önskat mer stöd i hur man kan arbeta med riktade insatser. Regionerna framför bland annat att strategiska vägval för att nå utsatta grupper hade kunnat tas fram på nationell nivå, och att regionerna hade varit hjälpa av information om insatser som visat sig ge god effekt för att nå olika grupper. Flera regioner uttrycker också missnöje med att översatt material dröjde.

Hösten 2021 erbjöd Folkhälsomyndigheten regionerna stöd med utgångspunkt i WHO:s TIP-metod, men enligt Folkhälsomyndigheten var det ingen region som visade intresse. Folkhälsomyndigheten menar vidare att de, med hänvisning till det kommunala självstyret, inte kan tala om för regionerna vad de ska göra. Folkhälsomyndigheten vet heller inte vilka insatser som bäst möter behoven i den aktuella befolkningen utan menar att regionerna har den kunskapen om sin befolkning. Folkhälsomyndigheten uppger vidare att de inte har resurser för att bistå med mer stöd, och att förutsättningarna skiljer sig åt mellan regioner och att det därför är svårt att gå in i ”hur”-frågan. När det gäller översättning av material har Folkhälsomyndigheten arbetat med det sedan myndigheten i december 2020 fick i uppdrag att genomföra samordnade nationella informationsinsatser om vaccination, riktade främst till allmänheten. Folkhälsomyndigheten uppger att det höga tempot, i kombination med vikten av att säkerställa att rätt information gick ut till allmänheten, kan ha medfört att det översatta materialet drog ut på tiden.

Även mellan statliga aktörer har det funnits vissa oklarheter kring rollfördelningen. Ur regionernas perspektiv har det ofta varit oklart vilken roll länsstyrelserna ska ha. Mellan Folkhälsomyndigheten och MSB har det funnits skillnader i perspektiv på vaccinationsarbetet, men inte specifikt när det gäller vaccineringen av grupper med låg vaccinationstäckning.

Rekommendationer

Vaccinationen mot covid-19 har varit en extraordinär uppgift för hälso- och sjukvården. Det finns flera intressanta aspekter som vi inte har haft möjlighet att analysera inom ramen för denna rapport. Vi ser därför positivt på att regeringen har tillsatt en utvärdering av förberedelserna och genomförandet av vaccineringen mot covid-19 (dir. 2022:122).

Utifrån våra slutsatser lämnar vi tre rekommendationer till regionerna och en rekommendation till regeringen. Våra rekommendationer syftar främst till att ge inspel till hur strukturerna kan rustas för kommande krissituationer med bäring på vården och omsorgen. Samtidigt kan våra rekommendationer ses som medskick till hur folkhälsoarbetet generellt kan utvecklas, framförallt för att bli mer träffsäkert i förhållande till svårnådda eller utsatta grupper.

► **Regionerna bör förbättra sitt arbete med att identifiera hinder och drivkrafter för vaccination och annan vård i sin befolkning**

Forskning och tidigare erfarenheter betonar vikten av att involvera lokalbefolkningen, civilsamhället och företrädare för olika målgrupper i vaccinationsarbetet. Både för att identifiera hinder och drivkrafter för vaccination, utforma lämpliga vaccinationsinsatser samt uppföljning och anpassning av insatserna. Våra undersökningar visar att det finns stort utrymme för regionerna att förbättra sitt arbete i detta avseende. För att en jämlik vård och vaccinationsprocess ska kunna

uppnås behöver regionerna ha kunskap om, och förståelse för, olika målgruppers förutsättningar och den kontext som arbetet ska bedrivas i. Vi har även i tidigare rapporter konstaterat att regionerna kan förbättra sitt arbete med att följa behoven i befolkningen (Vård- och omsorgsanalys 2020). Det är därför viktigt att regionerna arbetar med att identifiera främjande och hindrande drivkrafter i sin befolkning och tillämpar detta vid både krissituationer såsom pandemin och generellt i folkhälsoarbetet.

► **Regionerna bör förbättra sitt arbete med systematisk uppföljning och utvärdering av riktade insatser vid fortsatt vaccination mot covid-19 och andra riktade vaccinationsinsatser**

Våra undersökningar visar att regionerna inte har arbetat systematiskt med att följa upp eller utvärdera sina riktade vaccinationsinsatser mot covid-19. Uppföljning och utvärdering behövs för att se vilka insatser som är effektiva, både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och för att veta hur väl de motsvarar förutsättningar och behov hos befolkningen.

Detta uppföljnings- och utvärderingsarbete behöver kombineras med dialog inom och mellan regionerna om vad som räknas som en bra insats. Riktade insatser kostar mer – prioriteringar behövs samtidigt som det idag inte finns några tydliga målnivåer.

Det finns metodologiska utmaningar med att fastställa kausalitet mellan enskilda insatser och förändringar av vaccinationstäckningen, men det går ändå att närma sig frågan. Ett sätt är att kombinera kvantitativ data (till exempel antal besök med mobila enheter vid ett köpcentrum och data om vaccinationstäckning) med kvalitativ data (från till exempel observationer, intervjuer och fokusgrupper). Kvalitativ data möjliggör en djupare förståelse av insatsens genomförande, och kan bidra med information som kanske inte framkommer i det kvantitativa materialet. Det är viktigt att samla data som representerar olika perspektiv – både de som är målgrupper för en insats och de som arbetar med och ansvarar för insatsen. Det är också värdefullt att inkludera andra aktörers perspektiv, såsom civilsamhällesorganisationer eller andra samarbetspartners.

Vaccinationsarbetet har bedrivits under hög press och i ett snabbt tempo, och regionerna kan ha begränsad kapacitet att göra mer omfattande utvärderingar av insatser. Samtidigt innebär den unika situation som pandemin är en enorm möjlighet till lärande. Den ger tillfälle att under arbetets gång kunna utveckla och effektivisera arbetet med riktade insatser för att arbeta med så kostnadseffektiva insatser som möjligt. Men det handlar också om att ta lärdom inför andra liknande händelser i framtiden eller för hälso- och sjukvårdens arbete inom andra områden.

Om regionerna saknar egen kapacitet för uppföljning och utvärdering kan en lösning vara att samarbeta med lärosäten som har metodologisk kapacitet att genomföra mer avancerade utvärderingar.

► **Regionerna bör tillvarata erfarenheterna från vaccinationsprocessen och använda lärdomar även i andra delar av hälso- och sjukvårdens arbete**

Arbetet med vaccinationen mot covid-19 har visat på att vården har en stor omställningskraft. Insikter från vaccinationsarbetet har även lett till att traditionella sätt att bedriva vård ifrågasatts, och många av våra intervjupersoner lyfter fram att det behövs andra arbetssätt för att nå alla i befolkningen. Lärdomarna som har skapats under vaccinationen mot covid-19 kan vara värdefulla att använda i andra vårdprocesser och annat folkhälsoarbete.

► **Regeringen bör tydliggöra ansvars- och rollfördelningen mellan myndigheter och mellan den nationella och regionala nivån för att skapa bättre förutsättningar för framtida vaccinationsarbete**

Våra undersökningar visar att det har funnits olika förväntningar på aktörernas roller och ansvar vilket har försvårat arbetet med vaccinationen mot covid-19. Ett exempel är att regionerna efterfrågar mer stöd om metoder för riktade insatser medan Folkhälsomyndigheten menar att de inte kan gå in i hur/utförande-frågan, utan att det är regionernas ansvar.

Regeringen bör därför tydliggöra vilket stöd den nationella nivån (Folkhälsomyndigheten) kan och bör ge regionerna vad gäller metoder och arbetssätt för att nå mer svårnådda och/eller utsatta grupper vid vaccinering, men även för folkhälsoarbete i stort.

Att ansvarsfördelningen mellan olika förvaltningsnivåer upplevdes som otydlig under pandemin har tidigare uppmärksammats i exempelvis Corona-kommissionens slutbetänkande (SOU 2022:10). Regeringen har under 2022 tagit beslut som påverkar ansvarsfördelningen i krissituationer och för folkhälsoarbetet. Bland annat har en ny myndighetsstruktur för krisberedskap och civilt försvar införts (regeringen 2022a) och länsstyrelserna har fått i uppdrag att stödja den regionala implementeringen av den nationella folkhälsopolitiken (regeringen 2022b). Vi kan inte bedöma vilka effekter dessa ändringar kommer få utan konstaterar att arbete pågår på flera nivåer samt att våra undersökningar visar att förtydliganden av ansvars- och rollfördelning behövs gällande vaccinationsarbetet.

Regionerna i våra undersökningar efterfrågar mer kunskapsstöd från nationell nivå, bland annat vägledning om vilka metoder och arbetssätt som passar för att identifiera hinder och drivkrafter i olika målgrupper, samt hur man utformar vårdinsatser som svarar mot behoven i lokalbefolkningen. Vi ser därför positivt på att Folkhälsomyndigheten nyligen har publicerat en rapport med vägledning utifrån några av de modeller och arbetssätt som är förankrade i forskning och rekommenderas av WHO och andra aktörer.

Den nationella styrningen behöver också bli tydligare kring vilket eller vilka mål regionerna ska arbeta mot för att underlätta uppföljning. Samtidigt är regionerna, i samarbete med kommunerna, sannolikt bäst lämpade att anpassa stödet till lokala förhållanden. Det är därför viktigt att det nationella stödet lämnar utrymme för lokal anpassning.

Innehåll

1	Inledning	21
1.1	Vi undersöker riktade insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning mot covid-19	22
1.2	Vår analys bygger på flera olika metoder och informationskällor	24
1.3	Begrepp	25
1.4	Rapportens disposition	25
2	Vaccineringen mot covid-19	26
2.1	Vaccin togs fram i rekordfart	26
2.2	Flera aktörer inblandade i vaccinationsarbetet	30
2.3	Juridiska ramar för vaccinationsarbetet	31
2.4	Sveriges strategi är en hög och jämlik vaccinationstäckning	33
2.5	Hög vaccinationstäckning men skillnader mellan grupper	34
3	Flera faktorer har betydelse för ett effektivt vaccinationsarbete	41
3.1	En övergripande bild av vaccinationsprocessen	41
3.2	Flera faktorer påverkar hur många som vaccinerar sig	43
3.3	Arbetsätt och insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning	47
4	Det finns förbättringspotential i regionernas arbete med riktade vaccinationsinsatser	54
4.1	Flera regioner efterfrågar vägledning om arbetsätt och insatser för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning	55
4.2	Samarbetet med andra aktörer kan utvecklas	58
4.3	Regioner kom igång sent med riktade insatser	61
4.4	Regionerna har genomfört en mängd insatser men tidpunkt och omfattning varierar	63
4.5	Få regioner har följt upp eller utvärderat riktade insatser på ett systematiskt sätt	71
5	Den nationella styrningen har inneburit utmaningar för regionernas arbete	74
5.1	Högt tempo, snabba förändringar och otydlighet har försvårat regionernas arbete	74
5.2	Olika förväntningar på aktörernas roller och ansvar	79

6	Våra slutsatser och rekommendationer	87
6.1	Sammanfattning av våra resultat och slutsatser	87
6.2	Lärdomar från vaccinationsprocessen kan överföras till annan vård	89
6.3	Flera aspekter av vaccinationsprocessen behöver analyseras vidare.....	91
6.4	Våra rekommendationer	93
	Referenser	96
	Metodbilaga	100

1 Inledning

I Sverige är vaccinationsviljan i allmänhet god – en stor majoritet av svenskarna har vaccinerat sig mot covid-19 och vaccintäckningen när det gäller andra sjukdomar som det finns vaccin mot är god. Samtidigt visar erfarenheter från vaccinationsprogram att det finns områden och grupper som riskerar att få lägre vaccinationstäckning än andra. Orsaker kan vara att inte alla nås av erbjudandet om vaccination, att det finns tillgänglighetsproblem eller att vissa inte vill vaccinera sig på grund av oro eller personliga övertygelser.

Förutsättningarna för vaccination kan förbättras med riktade insatser som utformas för att adressera de specifika hinder och barriärer för att vaccinera sig som olika personer kan ha. Det kan exempelvis handla om att möta kunskaps- och informationsbehov eller genom att anpassa tillgängligheten efter specifika gruppers förutsättningar. Sådana anpassningar är en viktig del av en personcentrerad och jämlik vård, och kan också bidra till att vaccinationstäckningen blir högre och mer jämlik.

I den här rapporten beskriver vi hur arbetet med att åstadkomma en hög och jämlik vaccinationstäckning har fungerat under covid-19-pandemin. För att nå en hög vaccinationstäckning behöver en stor andel av befolkningen vaccinera sig, och för att vaccinationstäckningen ska vara jämlik behöver den vara likartad i hela befolkningen oavsett faktorer som inkomst, utbildning, bostadsort, etnicitet eller integration i samhället (WHO 2019).

Vi brukar ofta beskriva motiverade och omotiverade skillnader, när vi undersöker om hälso- och sjukvården är jämlik. Om personer har fattat ett välinformerat beslut om att inte vaccinera sig bör det betraktas som en motiverad skillnad. Även om alla har en skyldighet att förhindra smittspridning har individen samtidigt rätt till självbestämmande kring vilka vårdinsatser man vill ta emot, vilket också gäller vaccination. En omotiverad skillnad är om erbjudandet om, och tillgången till, vaccination varit mer begränsad för vissa områden eller grupper än andra. Omotiverade skillnader kan också handla om bristande anpassning till behoven eller förutsättningarna hos olika individer eller grupper. Vi undersöker därför om vaccinationsprocessen har skapat förutsättningar för så hög vaccinationstäckning som möjligt, även i de grupper som har risk för lägre vaccinationstäckning.

Erfarenheterna från vaccineringen mot covid-19 är en unik möjlighet till lärande och utveckling inför liknande situationer i framtiden och andra vaccinationsprogram, men de kan bidra till utveckling av jämlikhetsarbetet inom andra delar av hälso- och sjukvården samt folkhälsoarbetet.

1.1 Vi undersöker riktade insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning mot covid-19

Syftet med den här rapporten är att presentera lärdomar från arbetet med att nå ut med vaccin till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning mot covid-19. I rapporten undersöker vi därför regionernas arbete med riktade insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning under pandemin. Det är regionerna som har huvudansvaret för att bedriva sjukvård och folkhälsoarbete i Sverige (inklusive vaccinationer) och därför är regionernas riktade vaccinationsinsatser i fokus i vår studie. Med riktade insatser menar vi insatser som utformas och ges till specifika grupper eller områden.

Två frågeställningar har väglett arbetet med rapporten:

- Har regionernas arbete med att nå grupper som har, eller riskerar att få, en låg vaccinationstäckning varit ändamålsenligt och kunskapsbaserat?
- Hur har den statliga styrningen fungerat utifrån regionernas perspektiv?

Utifrån vår undersökning identifierar vi utvecklingsområden för att öka träffsäkerheten vid vaccinationsinsatser i framtiden. Vi bedömer att lärdomarna även kan vara till nytta för att nå ut bredare vid annat preventivt folkhälsoarbete från hälso- och sjukvårdens sida.

1.1.1 Avgränsningar

Under pandemin har det funnits en debatt om hur långt samhället kan och bör gå i åtgärder för att minska smittspridningen och påverka människor att vaccinera sig. Detta är viktiga frågor som vi bland annat har resonerat kring i vårt remissvar över vaccinationsbevis,¹ och som vi i viss mån berör i denna rapport. Det är frivilligt att vaccinera sig mot covid-19 och det är därför viktigt att åtgärder för att öka vaccinationstäckningen är proportionerliga och tar hänsyn till individens autonomi. Fokus för vår rapport är dock inte huruvida personer bör vaccinera sig eller inte, utan hur regionerna och andra aktörer har arbetat för att erbjuda det om, och tillgången till, vaccin ska ske på ett jämlikt sätt.

1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över promemorian Vaccinationsbevis på serveringsställen och i andra verksamheter, smittskyddsåtgärder i långväga kollektivtrafik och förlängning av begränsnings- och serveringsförfordningarna (dnr. S2021/07875).

I projektet har vi gjort fler avgränsningar. Bland annat utvärderar vi inte resultat eller effekter av enskilda insatser. Det mycket stora antal insatser som genomförts gör uppgiften övermäktig, och det saknas förutsättningar vad gäller data och kontrollgrupper att göra riktiga effektutvärderingar. Samma sak gäller de nationella åtgärderna och strategierna. Det finns däremot tidigare kunskap om vilka arbetssätt och insatser som rekommenderas för att nå en hög och jämlik vaccinationstäckning. En av våra ansatser är att undersöka om regionerna har arbetat i linje med denna kunskap. I rapporten gör vi inte heller någon analys kring hur prioriteringen mellan riktade och generella insatser bör se ut för att vaccinationsstrategin ska vara så effektiv som möjligt.

Huvudfokus i vårt projekt är de insatser som gjorts på regional nivå, men vi tittar också på den nationella styrningen av regionernas arbete. Vi har inte haft möjlighet att undersöka hur den regionala politiska styrningen har sett ut i alla regioner, hur regionerna har organiserat sig eller vilket ansvar olika yrkesgrupper har haft. Vi belyser i viss mån kommunernas och civilsamhällets roll i vaccinationsarbetet men huvudsakligt fokus i projektet är på regionernas arbete och den nationella styrningen eftersom vi bedömer är att det är så vi bäst kan utnyttja vår expertis och bidra till lärande.

Vi har intervjuat företrädare för patient- och brukarorganisationer för att få deras perspektiv på hur vaccinationsprocessen har fungerat för deras målgrupper, men vi har inte haft möjlighet att kartlägga de hinder och möjligheter för vaccination som finns för befolkningen på olika platser i landet. Vi undersöker i stället om de ansvariga aktörerna har gjort detta som ett steg i sitt vaccinationsarbete.

Vaccinationsarbetet har genomförts i fyra faser utifrån Folkhälsomyndighetens prioriteringsordning. Projektet omfattar inte vaccineringen av personer i fas 1 eller vaccinering av barn och unga under 18 år. Fas 1 omfattade personer som bor på särskilda boenden för äldre, personer som har hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (2001:453) och vuxna som lever tillsammans med någon som har hemtjänst (hushållskontakter). Fas 1 omfattade även personal inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård samt övrig omsorgspersonal som arbetar nära personer som bor på särskilda boenden eller har hemtjänst.

Personal inom hälso- och sjukvården och omsorgen är en viktig målgrupp av flera skäl. Det är angeläget att uppnå en hög vaccinationstäckning bland yrkesgrupper som i vardagen möter sköra eller sjuka individer med högre risk för allvarlig sjukdom. Vård- och omsorgspersonal kan också fungera som viktiga informationsspridare och ambassadörer för vaccination i mötet med medborgare. Vi har dock inte haft möjlighet att belysa de särskilda insatser som riktats till vård- och omsorgspersonal inom ramen för det här projektet. Vi har inte heller fokuserat på den mer eller mindre organiserade rörelsen av vaccinsmotståndare.

Covid-19 är ett virus som flera gånger har utvecklats och ändrats sedan det uppstod, och därmed också krävt olika åtgärder från samhället. Under arbetet med denna rapport befann sig vaccinationsarbetet i olika faser och det har varit en utmaning att undersöka ett rörligt mål och dra generaliserbara slutsatser. Samtidigt bygger våra slutsatser på en gedigen datainsamling (som vi beskriver mer nedan) och vår förhoppning är att denna rapport kan bidra till den samlade kunskapen om vaccinationsprocessen och hanteringen av covid-19-pandemin.

1.2 Vår analys bygger på flera olika metoder och informationskällor

För att besvara våra frågeställningar har vi använt flera olika källor:

- Dokumentstudier av offentliga rapporter, statistik, hemsidor, medier och även vetenskaplig och grå litteratur, både från Sverige och internationellt. Vi har bland annat gått igenom och sammanställt publikationer från World Health Organisation (WHO), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) och Centers for Disease Control and Prevention (CDC) om hur man kan arbeta för att nå en hög och jämlik vaccinationstäckning.
- Intervjuer med ett 60-tal personer som företräder regioner, statliga myndigheter, kommuner och civilsamhället. Intervjuerna genomfördes under perioden september 2021–juni 2022. I regionerna har vi intervjuat vaccinsamordnare och andra tjänstemän som arbetat med vaccinationsinsatsen. Förfrågan om att delta i vår intervjustudie gick till samtliga regioner och vi har intervjuat företrädare för 20 av 21 regioner. I mars 2022 genomförde vi ett digitalt resultatseminarium med vaccinsamordnare som deltagit i vår intervjustudie. Vi har också genomfört intervjuer med 15 länsstyrelser och med representanter från Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd- och beredskap (MSB) och Myndigheten för stöd till trossamfund (SST). För att ta del av kommunernas perspektiv ställde vi fem frågor till socialchefer i Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) socialchefsnätverk under maj 2022 som de fick besvara skriftligt.
- Samråd med 12 civilsamhällesorganisationer i november 2021. Samrådet genomfördes i samarbete med Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället (NOD). Vi har även inhämtat information från vårt patient- och brukarråd.
- Analys av hur vaccinationstäckningen i olika områden samvarierar med egenskaper hos befolkningen, utifrån vaccinationsregistret och socioekonomiska och demografiska variabler.

Mer information om hur vi har gått till väga finns i metodbilagan.

1.3 Begrepp

I det här avsnittet förklarar vi centrala begrepp som används i rapporten. Vi har valt att använda dessa begrepp, men andra liknande begrepp kan förekomma i övrig litteratur.

1.3.1 Vaccinacceptans

Med vaccinacceptans avser vi individers inställning till vaccination. Det finns många olika begrepp för att beskriva individers inställning till vaccin, till exempel vaccinvilja, vaccintveksamhet, vaccinationsintention och vaccinacceptans. I den här rapporten använder vi begreppet vaccinacceptans som ett samlingsbegrepp för dessa. Vaccinacceptans inkluderar faktorer som kunskap, attityder och beteenden, som påverkas av en rad individuella, praktiska och strukturella aspekter som är kopplade till vaccination.

1.3.2 Vaccinbeteende

Vaccinbeteende är en direktöversättning från engelskans ”vaccine behaviour”. Med det avses individers beslut att vaccinera sig eller inte men också individens beslutsprocess fram till ett beslut, till exempel om man avvaktar, velar eller fattar ett snabbt beslut.

1.3.3 Vaccinationstäckning

Begreppet vaccinationstäckning avser hur stor andel av befolkningen eller en befolkningsgrupp som är vaccinerad.

1.4 Rapportens disposition

I kapitel 2 beskriver vi den svenska vaccinationsprocessen och vaccinationsstäckningen i befolkningen. Vi redogör också kort för det grundläggande juridiska ramverk som aktörerna har haft att förhålla sig till och vilka gränser det ställer upp när det gäller metoder för att nå en högre vaccinationstäckning. I kapitel 3 presenterar vi vårt analytiska ramverk och beskriver de faktorer som enligt forskningen bidrar till att vissa grupper har eller riskerar att få en lägre vaccinationstäckning.

I kapitel 4 och 5 presenterar vi våra resultat och slutsatser om regionernas och nationella aktörers arbete. I kapitel 6 sammanfattar vi slutsatserna och presenterar våra rekommendationer.

2 Vaccineringen mot covid-19

I det här kapitlet beskriver vi pandemi- och vaccinationsförloppet i Sverige, några juridiska ramar för vaccinationsarbetet, olika aktörers ansvar och hur vaccinations-täckningen i befolkningen ser ut.

2.1 Vaccin togs fram i rekordfart

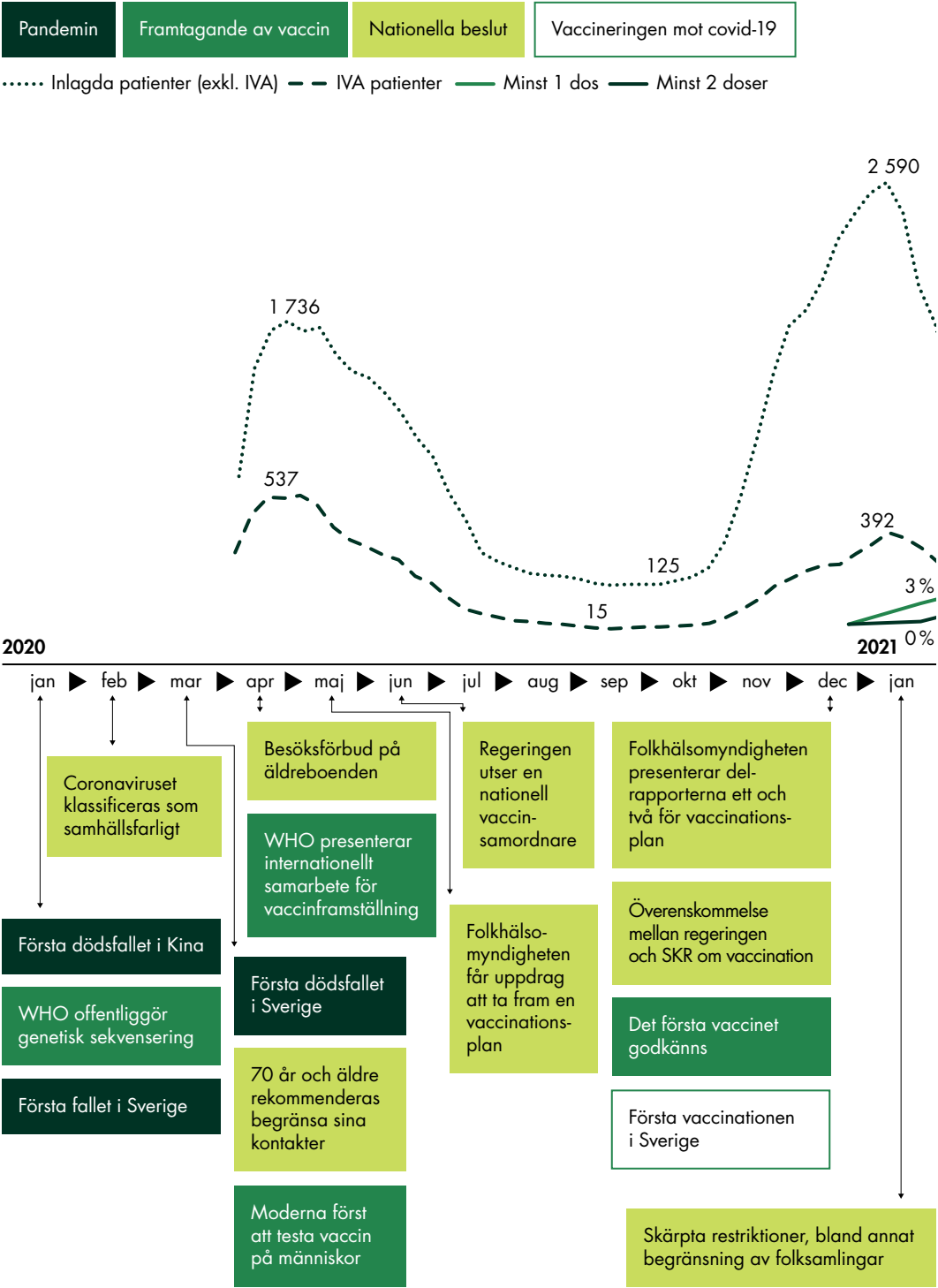
Under 2020 drabbades världen av covid-19-pandemin. Redan mot slutet av 2020 fanns vaccin tillgängligt och vaccinationerna mot covid-19 inleddes i Sverige i december 2020. I faktarutan och tidslinjen nedan presenterar vi ett urval av viktiga händelser under pandemi- och vaccinförloppet.

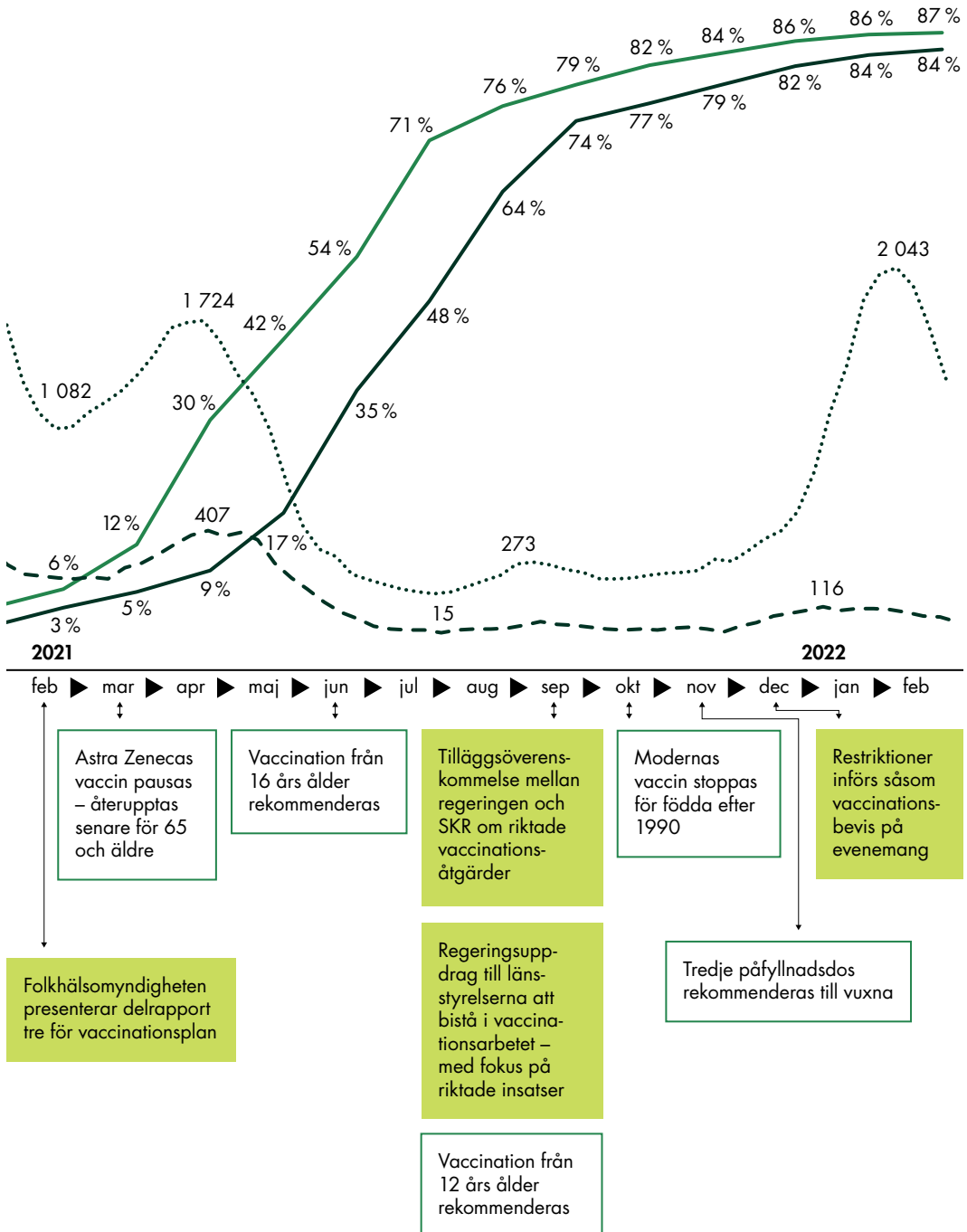
Covid-19-pandemin i korthet

- Den 2 januari 2020 informerade Folkhälsomyndigheten landets smittskyddsenheter om ett lokalt utbrott i Kina av ett okänt virus som orsakar lunginflammation. Veckan efter rapporterade Kina sitt första dödsfall av det som senare kom att benämnas som coronaviruset SARS-CoV-2. Samma dag som det första dödsfallet rapporterades offentliggjorde WHO att de fått genetisk sekvensering från Kina, och de väntades göra denna offentlig inom kort. Sekvenseringen låg senare till grund för de vacciner som tagits fram mot viruset.
- Den 31 januari 2020 rapporterades det första fallet av det nya coronaviruset i Sverige, och den 1 februari beslutade regeringen att det nya coronaviruset skulle klassas som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom efter hemställan från Folkhälsomyndigheten. Den 11 mars rapporterades det första dödsfallet i Sverige och i mitten på mars 2020 rekommenderade Folkhälsomyndigheten att personer 70 år och äldre skulle begränsa sina kontakter med andra människor. I april 2020 vårdades över 500 personer inom intensivvården med covid-19.
- Den 13 april släppte WHO ett pressmeddelande tillsammans med läkare, forskare, finansiärer och tillverkare att WHO koordinerade ett internationellt samarbete för att ►

- accelerera framtagandet av ett vaccin mot COVID-19. Vaccintillverkningen visade sig senare resultera i färdiga och godkända vaccin i en unikt snabb takt. Redan i mitten av mars 2020 testade Moderna ett vaccin på människor och forskare och läkemedelsföretag började tala om att vacciner mot det nya coronaviruset kunde vara klart inom några månader.
- I april 2020 införde regeringen besöksförbud på Sveriges äldreboenden. I slutet av maj gav regeringen ett uppdrag till Folkhälsomyndigheten att ta fram en nationell operativ vaccinationsplan, och den 16 juni 2020 utsåg regeringen Rickard Bergström till nationell vaccinsamordnare.
- Den 4 december 2020 presenterade Folkhälsomyndigheten en första delrapport om en nationell plan för vaccination mot covid-19. Veckan efter presenterade regeringen en överenskommelse mellan regeringen och SKR om genomförande av vaccination mot covid-19. Den 21 december 2020 blev företaget Pfizer/Biontech först med att få ett vaccin mot covid-19 godkänt i EU och Sverige.
- Den 27 december 2020 vaccinerades de första personerna mot covid-19 i Sverige. Sedan dess har vaccinationsinsatsen fortlöpt. Parallellt har Sverige drabbats av ett antal så kallade vågor av ökade antal smittade och sjuka personer till följd av viruset. I januari 2021, med en ökande smittspridning, valde regeringen att skärpa restriktionerna med bland annat en deltagarbegränsning för allmänna sammankomster på 8 personer.
- I takt med ökad vaccinationstäckning har dödligheten och antalet smittade sjunkit. Vid ett antal tillfällen har målgruppen för vaccination justerats och vissa vaccin har även pausats för vissa åldersgrupper. I mars 2021 pausades användningen av Astra Zenecas vaccin och när den senare återupptogs var det endast för personer 65 år och äldre. I juni 2021 rekommenderade Folkhälsomyndigheten vaccination från 16 års ålder, och i september sänktes åldersgränsen ytterligare till 12 år. I oktober 2021 meddelade Folkhälsomyndigheten att Modernas vaccin stoppas för alla som är födda efter 1990.
- I december 2021 infördes återigen restriktioner och vaccinpass infördes på evenemang. Besluten togs till följd av en ökad smittspridning från en mutation av coronaviruset som WHO valde att benämna som omikron. I januari 2022 skärptes restriktionerna än mer. Antalet intensivvårdade patienter stannade på låga nivåer, men övriga inlagda ökade på landets sjukhus. Användningen och rekommendationerna om testning har varierat mycket, så vi använder dessa två mått för att beskriva smittspridningen i vår tidslinje. Majoriteten av restriktionerna kom senare att tas bort i februari 2022.
- Pandemin fortgår men dess effekter på samhället har succesivt minskat sedan vaccinationen mot covid-19 påbörjades. Sedan den 1 april 2022 klassas covid-19 inte längre som en samhällsfarlig sjukdom.

Figur 1. Tidslinje över covid-19-pandemin.





2.2 Flera aktörer inblandade i vaccinationsarbetet

Vaccination är en sjukdomsförebyggande åtgärd som ingår i hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). Det betyder att regionerna, som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården generellt, också har det övergripande ansvaret för vaccination. Ansvarsprincipen är etablerad i Sverige och innebär att den som har ansvar för en viss fråga eller verksamhet i normala situationer också har ansvaret i en kris. Regionerna har alltså det övergripande ansvaret för vaccination oavsett om en krissituation råder eller inte. Det är med andra ord regionerna som har huvudansvaret för att genomföra vaccinationen mot covid-19.

Några delar av hälso- och sjukvården är dock undantagna från regionernas ansvar eftersom kommunerna istället har fått ansvaret genom regleringen i HSL. Detta gäller vård till personer i särskilda boenden för äldre och i vissa andra boenden och dagverksamheter, med undantag för läkarinsatser. I vissa fall är det alltså kommunerna som ansvarar för vaccinationen mot covid-19, bland annat när det gäller människor på särskilda boenden för äldre.

Även staten har ett ansvar i den förebyggande hälso- och sjukvården, eftersom det inom vården finns nationella intressen som staten ska värna. Hit hör skyddet av liv och hälsa och även jämlikheten mellan personer som är bosatta i olika regioner. I arbetet med vaccinationen mot covid-19 har också flera statliga myndigheter haft olika uppgifter. Processen har varit ett samarbete mellan ett stort antal aktörer på statlig, regional och kommunal nivå, vilket redovisas i faktarutan nedan. I metodbilagan har vi sammanställt de viktigaste regeringsuppdragen i vaccinationsprocessen.

Regeringen har arbetat med att säkerställa tillgången till vacciner mot covid-19. I början av pandemin tillsatte regeringen en vaccinsamordnare som deltog i ett arbete på EU-nivå för att sluta avtal med vaccintillverkare. Regeringen har sedan tecknat avtal för att säkra vaccintillgången i Sverige.

Folkhälsomyndigheten har tagit fram en nationell plan för vaccinationen mot covid-19. Myndigheten har också tagit fram rekommendationer för vaccinationen, samordnat och planerat distributionen av vaccinet till landets regioner och genomfört samordnade nationella informationsinsatser om vaccinationen.

Läkemedelsverket har säkerställt att de vacciner som tagits fram mot covid-19 varit säkra och effektiva. Läkemedelsverket ansvarar för att utvärdera, godkänna och övervaka vacciner mot covid-19.

Socialstyrelsen har under vaccinationen ansvarat för föreskrifter och regler om vaccinationen. Socialstyrelsen har också köpt in förvaringsfrysar för vacciner för att vid behov stötta regionerna.



► **Regionerna** har haft ansvar för att genomföra vaccinationen mot covid-19. De har distribuerat vaccinen inom sina regionala gränser, planerat bemanning och lokaler för att genomföra vaccinationen och vaccinerat medborgarna efter Folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) har stöttat den nationella samordningen mellan aktörer och även bedömt konsekvenserna av pandemin på samhället och samhällsviktiga verksamheter. MSB har också arbetat med samordnad kommunikation till allmänheten.

Länsstyrelserna samordnar den regionala krisberedskapen och har därmed stöttat regionerna, kommunerna och civilsamhället i deras respektive arbeten. Länsstyrelserna har även stöttat regionerna med information till allmänheten.

2.3 Juridiska ramar för vaccinationsarbetet

Arbetet med vaccinationen mot covid-19 berör flera viktiga samhällsintressen och grundläggande individuella rättigheter, och de aktörer som är involverade i arbetet måste göra en avvägning mellan dessa inom ramen för regelverken. I det här avsnittet redogör vi för några juridiska ramar som beslutsfattarna behöver förhålla sig till vid utformningen av olika vaccinationsinsatser.

2.3.1 Skyldighet att hindra spridning av smittsamma sjukdomar

Rätten till liv och hälsa är mänskliga rättigheter som det allmänna ska skydda, och ett sätt är att minska spridningen av en allvarlig sjukdom genom att arbeta för en hög vaccinationstäckning.

Enligt smittskyddslagen (SFS 2004:68) har alla ett ansvar för att hindra spridning av smittsamma sjukdomar och vidta åtgärder för att skydda andra mot smittrisk (2 kap. 1 och 2 §). Om en person väljer att inte vaccinera sig mot en smittsam sjukdom, och som ovaccinerad utsätter andra för en större risk, kan man enligt lagen kräva att den personen på andra sätt är extra försiktig. Personen kan till exempel behöva hålla ett fysiskt avstånd till andra människor eller undvika stora folksamlingar.

2.3.2 Rätt till självbestämmande och personlig integritet

Insatser för att säkerställa en hög vaccinationstäckning behöver balanseras mot rätten till självbestämmande och personlig integritet. Även detta är mänskliga rättigheter som skyddas av svensk grundlag och internationella konventioner som den svenska staten har förbundit sig att följa.

Rätten till självbestämmande ger varje individ rätt att göra sina egna val och ställningstaganden. Det kan innebära att en person väljer att inte ta emot den sjukvård som samhället erbjuder, inklusive vaccinationer, även om det innebär en risk för sin egen eller andras hälsa. Individens rätt att fatta den här sortens beslut är väl förankrad både i svensk rätt och i internationella dokument, bland annat genom det grundlagsstadgade skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp (2 kap. 6 § regeringsformen), och i regleringen av informerat samtycke inom hälso- och sjukvården.

Rätten till personlig integritet kan beskrivas som varje människas skydd för sin värdighet, ett skydd grundat på principen om alla människors lika värde och rättigheter. Integritetsskyddet är ett skydd mot oönskade intrång i den personliga sfären. Det kan handla om den kroppsliga sfären, men integriteten skyddas också genom regleringen av frågor som sekretess och tystnadsplikt och hantering av personuppgifter.²

Att till exempel tvinga en person att vaccinera sig mot covid-19 skulle vara en tydlig kränkning av både rätten till självbestämmande och den personliga integriteten. Sådana insatser har heller inte varit aktuella i Sverige. Men även andra former av obligatorier kan vara problematiska, såsom krav på vaccination för viss yrkesutövning eller vissa sociala aktiviteter, eller belöningar och fördelar som är kopplade till vaccination – åtgärder som har förekommit i det svenska vaccinationsarbetet. Krav på vaccination för viss yrkesutövning berör till exempel näringsfriheten och yrkesfriheten medan krav på vaccinationsbevis för tillträde till aktiviteter eller transportmedel bland annat berör mötesfriheten, rörelsefriheten och föreningsfriheten.

Hur långt samhället kan gå när det gäller obligatorier och incitament är alltså en komplicerad fråga. Nyttan av en hög vaccinationstäckning och individens rätt till hälsa behöver vägas mot rätten till självbestämmande och skyddet av den personliga integriteten, men även mot andra fri- och rättigheter. Detta är frågor som både statliga och regionala aktörer har behövt förhålla sig till under pandemin.³ Vi återkommer till frågor om incitament och obligatorier i avsnitt 4.4.9.

2 Grundläggande bestämmelser till skydd för den personliga integriteten finns i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), i Europeiska Unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02) och i den svenska grundlagen. När det gäller hantering av personuppgifter finns en närmare reglering av skyddet bland annat i EU:s bestämmelser om dataskydd, lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) och patientdatalagen (2008:355).

3 Se t.ex. Vaccinationsbevis som smittskyddsåtgärd, Socialdepartementet, S2021/06359, och Vaccinationsbevis på serveringsställen och i andra verksamheter, smittskyddsåtgärder i långväga kollektivtrafik och förlängning av begränsnings- och serveringsförfordningarna, Socialdepartementet, S2021/07875.

Grundläggande integritet är även en fråga när det gäller riktade insatser till ovaccinerade personer, till exempel i form av brev och personliga kallelser. Vi diskuterar detta utförligare i avsnitt 4.4.3.

2.4 Sveriges strategi är en hög och jämlik vaccinationstäckning

Jämlikhetsaspekten är central i svensk sjukvård, även när det gäller vaccinationer. Regeringen har satt en hög och jämlik vaccinationstäckning som mål för arbetet med covid-vaccinationerna.

2.4.1 Vaccinet har först getts till dem med störst behov

I överenskommelsen om vaccinationen mot covid-19 mellan regeringen och SKR sattes ett mål om täckningsgraden: minst 80 procent bland personer över 70 år och minst 70 procent i resterande befolkning som är 18 år och äldre (Regeringen 2020a). Skrivningen om personer över 70 år har sedan justerats till att gälla personer över 65 år, efter att Folkhälsomyndigheten ändrat prioriteringsordningen (Regeringen 2021a). I en ytterligare ändringsöverenskommelse i september 2021 beskrivs att en hög och jämn vaccinationstäckning är den gemensamma inriktningen för regeringen och SKR (Regeringen 2021b).

Erbjudandet om vaccination har först getts till dem med störst behov av skydd enligt Folkhälsomyndighetens prioriteringsordning. I maj 2020 fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag av regeringen att ta fram en plan för vaccination mot covid-19. I december 2020 publicerades en delredovisning av uppdraget, med en rekommenderad prioriteringsordning fungera som ett stöd för regionernas egna beslut om vaccination. Fokus var att skydda grupper med störst risk att bli allvarligt sjuka eller avlida i covid-19, vilket bedömdes vara personer som bor på särskilda boenden för äldre eller har hemtjänst. Därför rekommenderade Folkhälsomyndigheten att dessa personer skulle vaccineras först, tillsammans med personal som arbetar nära dem och nära hushållskontakter till personer som har hemtjänst (fas 1). Folkhälsomyndigheten angav också att fas 1 även skulle omfatta äldre som vårdas i en annan vårdform, om de behöver daglig omsorg och löper stor risk för att bli allvarlig sjuka eller avlida i covid-19 (Folkhälsomyndigheten 2021f).

Efter denna första fas utökades prioriteringsordningen till fler grupper inom ramen för fyra faser. Hög ålder har genomgående prioriterats eftersom det visat sig öka risken för svår sjukdom och död i covid-19. Utöver ålder har prioriteringsordningen baserats på förekomst av tillstånd eller sjukdomar som kan öka risken för allvarlig sjukdom. I fas 3 prioriterades personer med sjukdomar eller tillstånd som innebär förhöjd risk för allvarlig covid-19, personer med demenssjukdom och kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning och personer som lever i socialt utsatta situationer.

Orsaken var att de av olika skäl kan ha svårt att följa rekommendationer om smittskyddande åtgärder (Folkhälsomyndigheten 2021f). I delrapport 3 av den nationella planen för vaccination mot covid-19, som publicerades i februari 2021, poängterade Folkhälsomyndigheten att också socioekonomiska faktorer kan öka risken för allvarlig sjukdom och död och därför ska sådana faktorer beaktas i samtliga fyra faser för vaccination (Folkhälsomyndigheten 2021f).

Människor i socioekonomiskt utsatta grupper drabbats hårdare, vilket kan bero på en kombination av underliggande faktorer. Dessa grupper hade generellt sämre hälsa än den övriga befolkningen före pandemin och människor i trångboddhet och generationsboenden hade svårare att följa myndigheternas rekommendationer om fysisk distansering och självisolering vid smitta (Region Stockholm 2020). Uppföljningar visar att personer som inte hade möjlighet att arbeta hemifrån hade en ökad risk för att vårdas inom slutenvården med covid-19 jämfört med de som kunde jobba hemifrån. I Stockholms län har risken för att dö med covid-19 varit nästan dubbelt så hög bland den femtedel av invånare som har lägst inkomst, jämfört med femtedelen med högst inkomst (Region Stockholm 2021).

2.5 Hög vaccinationstäckning men skillnader mellan grupper

Vaccinationstäckningen för covid-19 i Sverige är god i en internationell jämförelse. Efter introduktionen i december 2020 ökade täckningen snabbt, och sommaren 2021 hade majoriteten av befolkningen fått minst två doser. I maj 2022 hade 65 procent av befolkningen över 18 år fått minst tre doser vaccin (Folkhälsomyndigheten 2022).

Flera undersökningar av svenska folkets inställning till vaccination mot covid-19 har genomförts. Sammantaget visar de en generellt hög vaccinationsacceptans i befolkningen, men att det finns skillnader mellan olika grupper. Utbildningsnivå, ålder och vistelsetid i Sverige är faktorer som tycks ha betydelse för viljan att vaccinera sig (Folkhälsomyndigheten 2021a–e).

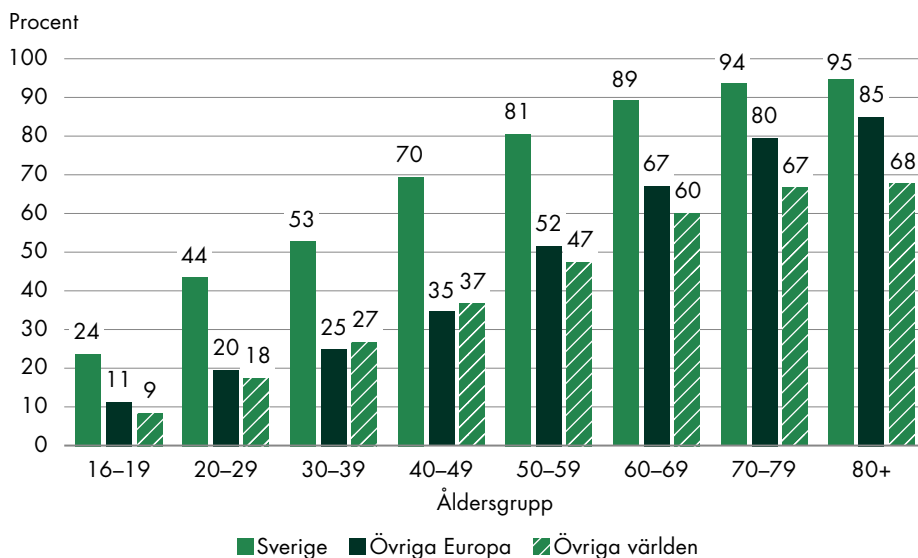
2.5.1 Vaccinationstäckningen varierar

Att nå en hög och jämlik vaccinationstäckning har i praktiken visat sig vara en utmaning för hela vårdsystemet som ställer stora krav på myndigheters, regioners och vårdgivares förmåga att nå fram till alla med erbjudande om vaccin, och att skapa den motivation och de möjligheter som behövs. Deskriptiv statistik från Folkhälsomyndigheten visar att vaccinationstäckningen varierar mellan olika grupper. Högre ålder, inkomst och utbildning samt att vara född i Sverige har ett positivt samband med vaccinationstäckning. Sambandet har sett likadant ut under hela pandemin, och enligt statistiken kvarstod det även i maj 2022.

Ålder och födelseland

Figur 2 visar att vaccinationstäckningen skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Andelen vaccinerade är mer än dubbelt så hög i gruppen över 60 år jämfört med dem under 40 år. Figuren visar också stora skillnader mellan den svenskfödda och den utrikesfödda befolkningen. Dubbelt så hög andel 20–29-åringar födda i Sverige hade i maj 2022 fått tre doser jämfört med personer födda i Europa eller i övriga världen. För personer 40–49 år och 50–59 år var vaccinationstäckningen cirka 30 procentenheter högre bland inrikes än bland utrikes födda. Även bland de äldsta ser vi skillnader utifrån födelseland.

Figur 2. Andel med minst tre vaccindoser i maj 2022 utifrån födelseregion och ålder.

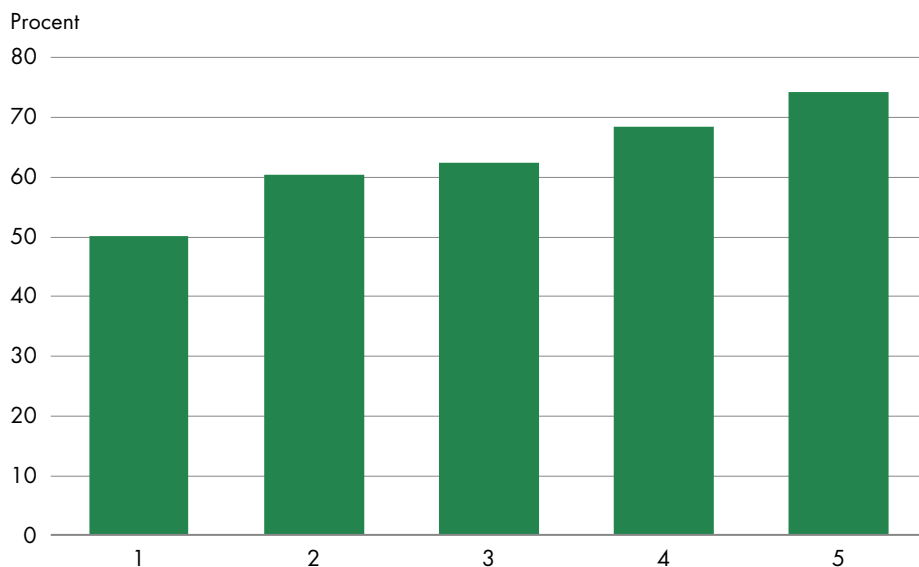


Källa: Folkhälsomyndigheten.

Inkomst och ålder

Figur 3 visar hur vaccinationstäckningen varierar med inkomst. Figuren visar att det finns ett samband mellan inkomst och vaccinationstäckning så att de med högre inkomster är vaccinerade i högre utsträckning än de med lägre inkomster. Figuren är åldersstandardiserad för att ta hänsyn till ålderssammansättningen i olika inkomstgrupper.

Figur 3. Andel med minst tre vaccindoser i maj 2022 utifrån inkomstgrupp (kvintiler), 16+ år.

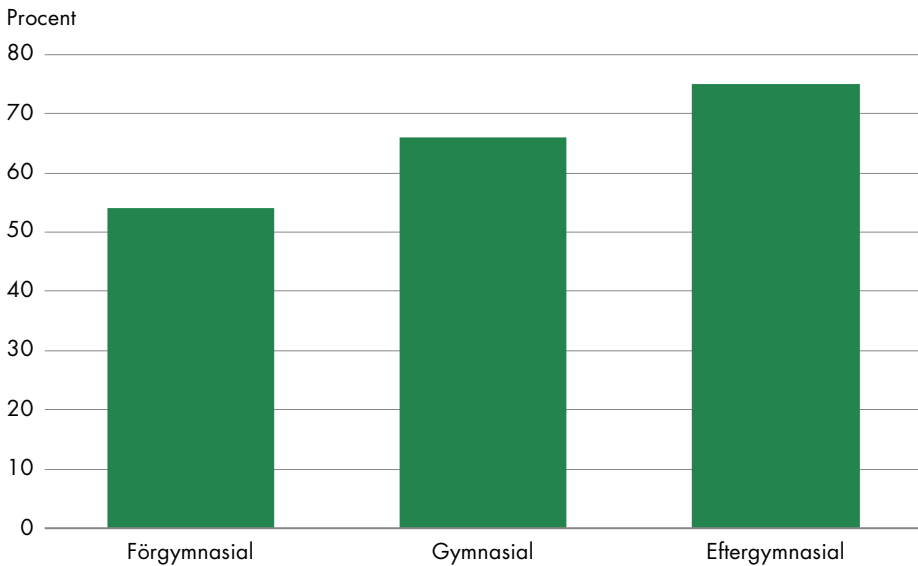


Not: 1 avser gruppen med de lägsta inkomsterna och 5 gruppen med de högsta inkomsterna.

Källa: Folkhälsomyndigheten.

Utbildning och ålder

Vaccinationstäckningen skiljer sig också beroende på utbildningsnivå där personer med högre utbildning i högre utsträckning är vaccinerade. Figur 4 nedan visar andelen vaccinerade utifrån utbildningsnivå. För att öka jämförbarheten har värdena åldersstandardiserats. Figuren visar att det finns ett samband mellan utbildning och vaccinationstäckning där de med högre utbildning är vaccinerade i högre utsträckning än de med lägre utbildning.

Figur 4. Andel med minst tre doser i maj 2022 utifrån utbildningsnivå, 25+ år.

Källa: Folkhälsomyndigheten.

En brist med analyserna ovan är att de inte fullt ut tar hänsyn till alla bakgrundsfaktorer samtidigt. Diagrammen visar inte hur stora skillnader det finns i vaccinationstäckning mellan grupper med olika födelseländer om man tar hänsyn till både ålder och utbildning samtidigt. Genom att analysera sambandet mellan vaccinationstäckning och varje bakgrundsfaktor för sig, i en regressionsanalys, är det möjligt att avgöra bidraget från varje enskild faktor. I avsnittet nedan redovisar vi resultaten av våra regressionsanalyser.

2.5.2 Både demografiska och geografiska skillnader i vaccinationstäckning i vår analys

För att fördjupa bilden av sambandet mellan vaccinationstäckning och socioekonomiska och demografiska faktorer har vi genomfört regressionsanalyser av vaccinationstäckningen i olika områden, och data över områdenas demografiska, socioekonomiska och geografiska karaktär. Analyserna baseras inte på individdata, utan enbart på områdesdata. Därmed kan vi inte analysera hur individuella vaccinationsbeslut hänger samman med individernas ålder, utbildning och så vidare. Analyserna visar i stället hur vaccinationstäckningen i olika områden varierar med bakgrundskaraktistika för människorna som bor där.

Metod för regressionsanalysen

I den statistiska analysen undersöker vi vaccinationstäckningen i olika demografiska statistikområden (DeSO) under september och november 2021.

Vaccinationstäckningen mäts i andelen boende över 18 år som hade fått två doser av vaccin vid tidpunkten. Vi har valt ut demografiska faktorer till analysen baserat på de faktorer som visat sig ha ett samband med vaccinationstäckningen i tidigare undersökningar. Analysen omfattar:

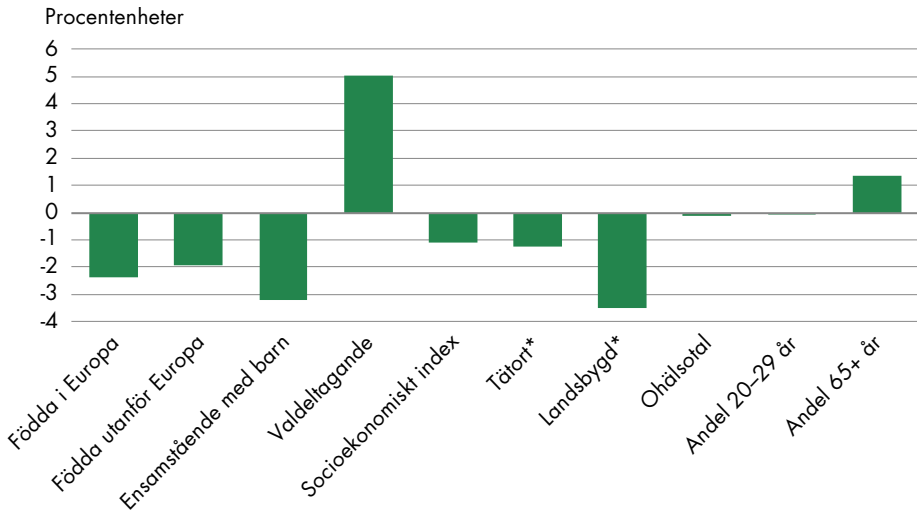
- andelen boende som är födda i eller utanför Europa (exklusive Sverige)
- andelen ensamstående med barn som bor i ett område
- områdets socioekonomiska status baserat på Statistiska centralbyråns (SCB:s) och Delmos socioekonomiska index
- områdets läge – centralort, tätort eller landsbygd
- det genomsnittliga antalet ohälsodagar
- valdeltagande i kommunfullmäktigevalen 2018

Utöver dessa variabler har vi även inkluderat andel boende som är över 65 år och andelen som är 20–29 år för att kontrollera för skillnader i ålderssammansättning mellan områdena. Vi har också tagit hänsyn till vilken region området är beläget i, eftersom vaccineringen kan ha kommit igång olika snabbt i olika regioner. Genom att ta hänsyn till region undersöker vi alltså till hur stor del variationen inom en region kan kopplas till bakgrundsfaktorer i respektive DeSO-område. För mer detaljer om regressionsanalysen, se vår metodbilaga.

Sammantagna resultat från regressionsanalysen

Resultatet från analysen visar att det inte finns en enskild socioekonomisk, demografisk eller geografisk faktor som driver skillnaderna i vaccinationstäckning mellan olika områden. I stället ser vi att det finns statistiskt signifikanta samband mellan vaccinationstäckning och i princip alla socioekonomiska och demografiska variabler som ingår.

Figur 5 visar hur vaccinationstäckningen varierar mellan områden utifrån skillnader i områdenas egenskaper. Till exempel är vaccinationstäckningen 5 procentenheter högre än genomsnittet i ett område där valdeltagandet är 10 procentenheter högre än genomsnittet. På samma sätt är vaccinationstäckningen ungefär 2 procentenheter lägre om andelen födda utanför Sverige är 10 procentenheter högre än genomsnittet.

Figur 5. Samband mellan vaccinationstäckning och områdesegenskaper.

Not: Staplarna ska tolkas som skillnaden i vaccinationstäckning (procentenheter) vid en 10 procentenheter stor skillnad i valdeltagande, andelen födda i Europa (ej Sverige), andelen födda utanför Europa, andelen ensamstående med barn, andelen 20-29 år och andelen 65+ år. Tätort och landsbygd avser skillnaden jämfört med storstad. Stapeln för socioekonomiskt index ska tolkas som skillnad i vaccinationstäckning (procentenheter) vid 10 enheters skillnad i det socioekonomiska indexet, som går mellan 0 och 100 och där högre värden avser lägre socioekonomiska förhållanden i området. Stapeln för ohälsotal ska tolkas som skillnaden i vaccinationstäckning (procentenheter) vid 10 dagars skillnad i det genomsnittliga antalet ohälsodagar.

Vaccinationstäckningen är lägre i områden med lägre socioekonomisk status

Områden med lägre socioekonomisk status har lägre vaccinationstäckning jämfört med socioekonomiskt starkare områden. Socioekonomisk status för ett område mäts med ett index bestående av andelen med låg ekonomisk standard, andelen med som högst förgymnasial utbildning och andelen som haft ekonomiskt bistånd i mer än tio månader och/eller varit arbetslösa längre än sex månader. Indexet är framtaget av SCB och Delmos. Om det socioekonomiska indexet är 10 enheter högre blir vaccinationstäckningen 1 procentenhet lägre.

Områden där många är födda utanför Sverige har lägre vaccinationstäckning

Vaccinationstäckningen är lägre om många i området är födda utanför Sverige. Sambandet mellan andelen utrikes födda och vaccinationstäckning gäller både för områden med hög andel boende som är födda i Europa (exklusive Sverige) och för områden med hög andel boende som är födda utanför Europa.

Våra resultat innebär att en 10 procentenheter högre andel som är födda utanför Europa är associerad med 2 procentenheter lägre vaccinationstäckning. Motsvarande resultat för andelen som är födda i Europa men inte i Sverige är drygt 2 procentenheter.

Högt valdeltagande har ett samband med högre vaccinationstäckning i vår analys

I vår regressionsanalys finns det ett samband mellan högt valdeltagande och hög vaccinationstäckning. Det är i linje med slutsatserna i SCB:s (2021) kartläggning av vaccinationstäckning och valdeltagande, som visade att det finns ett starkt samband mellan ett lågt valdeltagande i området och en låg vaccinationstäckning.

Analysen visar på skillnader mellan olika geografiska områden

Vår analys visar också att det finns skillnader i vaccinationstäckning utifrån om området är ligger i en centralort, i en tätort eller på landsbygd. Vaccinationstäckningen i tätorter eller landsbygd var lägre än i centralorter. Det skulle kunna bero på skillnader i möjligheterna, t.ex. i form av avstånd till vaccinationsställen. Men det kan även bero på skillnader i vaccinationsviljan, t.ex. på grund av att behovet av vaccination kan uppfattas som lägre i glest befolkade områden. Enligt SOM-institutets rapport var vaccinationsviljan under våren 2021 högre i Stockholm, Malmö och Göteborg än i resten av landet (Rönnerstrand 2021).

I vår analys ser vi också att det finns regionsspecifika skillnader i vaccinationsstäckning. Det kan avspegla att regionerna kom igång med vaccinationerna olika fort eller att de använt olika effektiva arbetssätt, men det kan också bero på att regionvariablerna fångar upp faktorer som inte ingår i regressionsanalysen.

2.5.3 Vaccinationstäckningen i sjukdomsgrupper med stor risk för allvarlig sjukdom

Socialstyrelsen (2021), som har identifierat och analyserat vaccinationstäckningen inom grupper med diagnoser som medför ökad risk för allvarlig covid-19, kom fram till att vaccinationstäckningen i genomsnitt är högre i dessa grupper än i befolkningen i stort. Samtidigt finns det stora skillnader i vaccinationstäckningen mellan sjukdomsgrupperna. Till exempel är vaccinationstäckningen lägre bland personer med kronisk leversjukdom (58 procent), bipolär sjukdom (58 procent), schizofreni (47 procent), intellektuell funktionsnedsättning (43 procent) och immunbristsjukdom (37 procent) än bland till exempel personer med hypertoni (81 procent), kronisk njursvikt (78 procent) och diabetes med komplikationer (77 procent). Det är problematiskt eftersom det är särskilt prioriterat att vaccinera personer i grupper som löper störst risk för att drabbas av särskilt allvarlig covid-19. I vår analys har vi inte kunnat inkludera vaccinationstäckningen i olika sjukdomsgrupper.

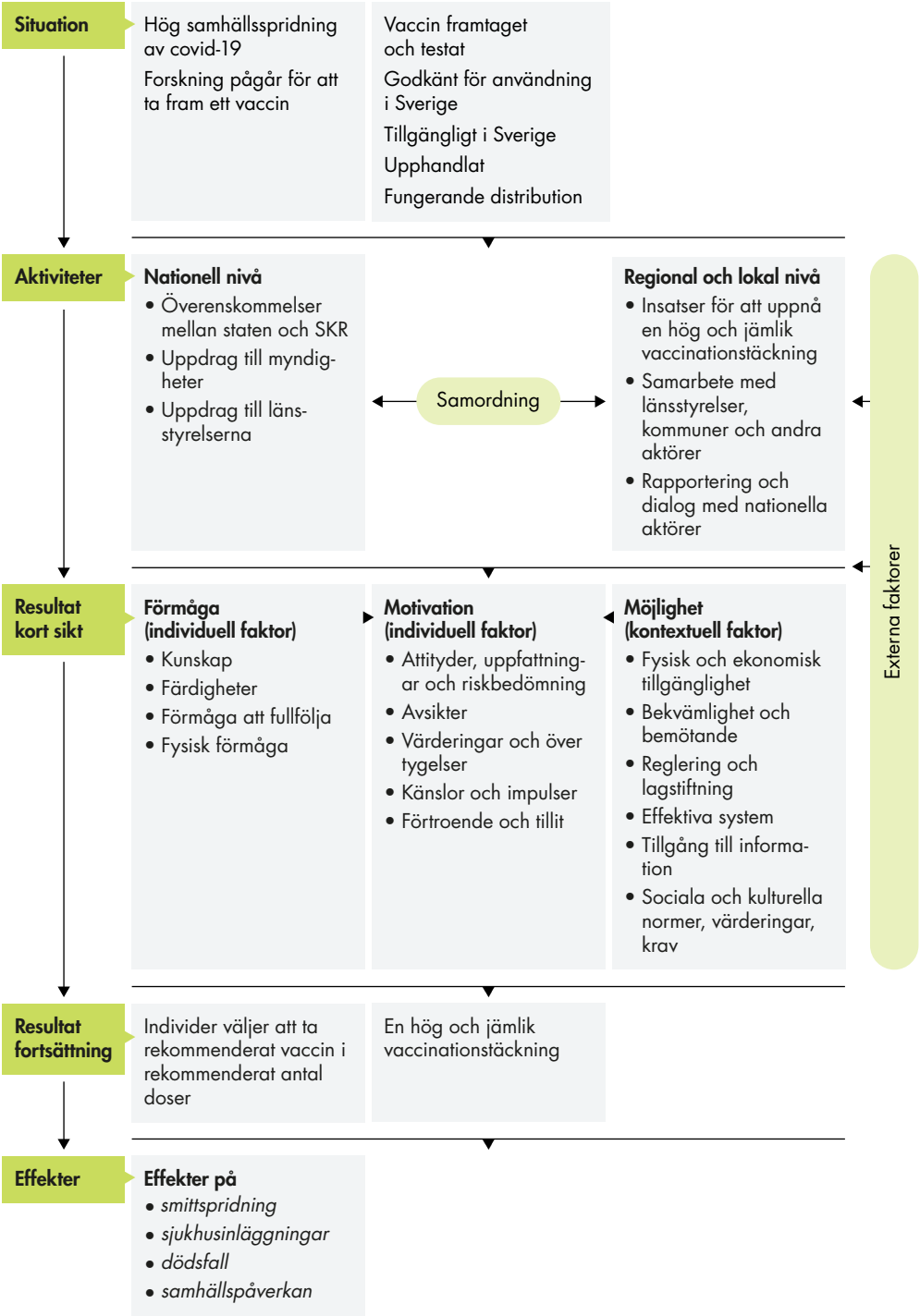
3 Flera faktorer har betydelse för ett effektivt vaccinationsarbete

Vi har tagit fram en programlogik som övergripande beskriver de steg som behöver tas för att uppnå målet om en hög och jämlik vaccinationstäckning. Vi har även sammanställt insatser och arbetssätt som föreslagits av bland annat WHO, ECDC och CDC för att uppnå en mer jämlik vaccinationstäckning. Den sammanställningen är utgångspunkt när vi i kapitel 4 och 5 analyserar de insatser som framför allt regionerna har genomfört.

3.1 En övergripande bild av vaccinationsprocessen

Figur 6 illustrerar den programlogik vi har tagit fram för vaccinationsprocessen. Programlogiken är ett förenklat sätt att beskriva centrala steg, från det att vaccin finns tillgängligt till det att målet om en hög och jämlik vaccinationstäckning i befolkningen uppnås. Vi kommer i det här avsnittet att gå igenom programlogiken steg för steg, med början i målsättningarna för arbetet (resultat och effekter).

Figur 6. Programlogik för vaccinationsprocessen.



Målsättningen om en hög och jämlik vaccinationstäckning syftar till att uppnå effekter som minskad smittspridning, färre sjukhusinläggningar, färre dödsfall och en minskad samhällspåverkan. Effektmålen är kursiverade i programlogiken eftersom vi i det här projektet inte mäter måluppfyllelse på effektnivå utan fokuserar på i vilken utsträckning vaccinationsarbetet har lett till en hög och jämlik vaccinationstäckning.

För att nå en hög vaccinationstäckning behöver en stor andel av befolkningen vaccinera sig, och för att vaccinationstäckningen ska vara jämlik behöver den vara likartad i hela befolkningen oavsett faktorer som inkomst, utbildning, bostadsort, etnicitet eller integration i samhället (WHO 2019). Men för att människor ska välja att vaccinera sig behöver de vara *motiverade* och ha *förmåga* att vaccinera sig. Därtill måste det finnas praktisk *möjlighet* till det. Det är emellertid väl känt att motivation, förmåga och möjligheter varierar mellan individer, grupper och miljöer. Dessa tre faktorer ingår i en beteendevetenskaplig modell, COM-B, som vi beskriver närmare i avsnitt 3.2.

Aktörer på nationell, regional och lokal nivå, såsom regeringen, statliga myndigheter, regioner och kommuner, kan vidta åtgärder för att påverka människors motivation, förmåga och möjligheter att vaccinera sig. Det krävs både strategiskt och operativt arbete för att exempelvis tillhandahålla korrekt information om vaccinetts effekter och biverkningar samt göra vaccineringen fysiskt och ekonomiskt tillgängligt för olika grupper. I vaccinationsarbetet mot covid-19 har regeringen slutit överenskommelser med SKR och gett regeringsuppdrag till länsstyrelserna och flera nationella myndigheter. På regional och lokal nivå har regionerna, i samarbete med kommuner och andra aktörer, genomfört insatser för att uppnå en hög vaccinationstäckning. Det finns även externa faktorer som avgör i vilken utsträckning insatserna påverkar människors motivation, förmåga och möjligheter att vaccinera sig, till exempel rapportering och diskussioner i traditionella och sociala medier. I kapitel 4 beskriver och analyserar vi insatser och arbetssätt, med fokus på den regionala nivån.

Vaccinationsarbetet förutsätter att det finns ett vaccin och att detta vaccin har upphandlats och distribuerats i Sverige på ett fungerande sätt. Dessa händelser har dock inte varit i fokus för vår studie.

3.2 Flera faktorer påverkar hur många som vaccinerar sig

I det här avsnittet beskriver vi mer detaljerat ett antal faktorer som kan påverka människors vaccinacceptans och vaccinbeteende. Dessa faktorer är både individuella och kontextuella och finns med i programlogiken och genomgången ovan under ”resultat kort sikt”. Aktörer på nationell, regional och lokal nivå som

arbetar för en hög och jämlik vaccinationstäckning bör ta hänsyn till dessa faktorer i vaccinationsarbetet, och utforma insatser som kan stärka människors förmåga, motivation och möjlighet att vaccinera sig.

Ett begrepp som är relevant i sammanhanget är vaccintveksamhet. En definition av vaccintveksamhet är ”en fördröjning i att acceptera eller en vägran att vaccinera sig trots att vaccinering är tillgänglig” (MacDonald 2015).⁴ Vaccintveksamhet är alltså ett brett begrepp som omfattar allt ifrån tveksamhet till ett vaccin till total vägran. Individer kan välja att vaccinera sig mot vissa sjukdomar men vara skeptiska till vaccin mot andra, och därför välja att avvakta eller helt avstå från ett specifikt vaccin. Vaccintveksamhet och individers beslut om att avvakta är en orsak till låg vaccinationstäckning men det kan även finnas andra förklaringar. Det kan också handla om faktorer såsom begränsad tillgång till vaccin eller dålig tillgänglighet till vaccinationsställen, det vill säga individers möjlighet att vaccinera sig (MacDonald 2015).

3.2.1 En modell för att förstå varför individer vaccinerar sig eller inte

WHO:s regionala kontor i Europa har tagit fram en metod för att planera och genomföra vaccinationsinsatser. Metoden, som benämns Tailoring Immunization Programs (TIP), bygger på beteendeforskning. TIP innehåller en teoretisk modell som illustrerar centrala faktorer för att personer ska bete sig på ett visst sätt. Modellen kallas COM-B och är från början en generell beteendevetenskaplig modell som WHO har anpassat för vaccination inom ramen för TIP (WHO 2019). Vi har översatt och bearbetat modellen ytterligare, och fört in den i vår programlogik.

Modellen illustrerar att det krävs både förmåga (capability), möjlighet (opportunity) och motivation (motivation) för att ett beteende (behaviour) ska uppstå, i det här fallet att individer ska vaccinera sig. Alla tre faktorerna påverkar individernas beteende, men det kan även finnas interaktionseffekter mellan dem. Till exempel kan förmågan och möjligheten att vaccinera sig påverka individers motivation.

Det finns även andra modeller som stöd för att förstå vaccinbeteende och tveksamhet till vaccin. En sådan modell är ”Tre C-modellen” (the three C’s model) som fokuserar på faktorerna liknöjdhet (complacency), bekvämlighet (convenience) och förtroende (confidence) (MacDonald m.fl. 2015). Försättningsvis utgår vi dock från COM-B-modellen.

Det är känt sedan tidigare att viljan att vaccinera sig – och även i vilken utsträckning man faktiskt går och vaccinerar sig – skiljer sig åt mellan grupper. Mönstret är dessutom likartat för mycket annat hälsoarbete, som exempelvis screening-program. Det innebär att det finns flera fördelar med att kartlägga vilka grupper

4 I originalet ”delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccine services”.

som mer sällan tar del av förebyggande hälsoinsatser och anpassa hälso- och sjukvårdens arbetssätt utifrån de gruppernas förutsättningar och behov för att nå en hög vaccinationstäckning i dessa grupper.

Individuella faktorer – motivation och förmåga

För att individen ska fatta ett beslut om att vaccinera sig måste den ha *motivation* att göra detta. Motivationen styrs eller påverkas i sin tur av faktorer såsom attityder, uppfattningar, riskbedömning, avsikter, värderingar, känslor, och graden av förtroende för och tillit till hälso- och sjukvården och myndigheterna. Det handlar till exempel om individens uppfattning om risken att smittas och bli allvarligt sjuk i covid-19 och individens uppfattning om vaccinets säkerhet och effektivitet. En person kan ha för avsikt att vaccinera sig så fort tillfälle ges, och en annan kan vara orolig för biverkningar och därför välja att avvakta. En del kan ha religiösa eller livsstilsrelaterade övertygelser som påverkar deras värderingar. Den som litar på hälso- och sjukvårdspersonal och känner förtroende för myndigheter kan vara mer benägen att vaccinera sig, och tvärt om.

Förutom motivation behöver individen ha *förmåga* att vaccinera sig. Man måste till exempel ha kunskap om vaccinet och vaccinets säkerhet, veta varför det är viktigt att vaccinera sig och veta hur man gör för att vaccineras. Det handlar också om att kunna ta till sig information, kunna planera sin vaccination och fullfölja vaccinationen med rekommenderat antal doser. Internetvana och tillgång till bank-id, som kan efterfrågas vid bokningen, är exempel på faktorer som kan påverka förmågan. Fysiska förutsättningar påverkar också, till exempel sjukdomar eller tillstånd som gör att man inte kan ta det rekommenderade vaccinet.

De faktorer som påverkar motivationen och förmågan att vaccinera sig varierar mellan individer och situationer, men det går att hitta mönster i olika grupper baserat på till exempel ålder, utbildning och kön. Det medför i sin tur att motivationen och förmågan att vaccinera sig kan vara lägre eller högre i vissa grupper än i befolkningen i genomsnitt, om någon eller några av dessa faktorer skiljer sig systematiskt i gruppen från befolkningen i stort. Det innebär till exempel att om rädslan för allvarliga biverkningar av vaccinet är högre i en viss demografisk grupp än genomsnittet i befolkningen så är motivationen att vaccinera sig i genomsnitt lägre i den gruppen, allt annat lika, eftersom det finns ett positivt samband mellan rädsla för biverkningar och motivation.

Kontextuella faktorer - möjlighet

Förutom individens motivation och förmåga kan även sociala processer och normer, samt systemets egenskaper påverka om en individ vaccinerar sig. De kontextuella faktorerna kallar vi i ramverket *möjligheten* att bli vaccinerad.

Möjligheten att vaccinera sig påverkas exempelvis av eventuell kostnad, avstånd till vaccinationsställen, öppettider och möjligheter till drop-in, personalens

bemötande och tillgången till information på ett språk man förstår och i en form som man kan ta till sig. Reglering och lagstiftning påverkar också. Till exempel kan prioriteringsordningen medföra begränsningar i vilka som kan vaccinera sig vid vissa tidpunkter, medan vaccinationsviljan kan öka om det krävs vaccinationspass för att få tillträde till vissa länder, arbetsplatser eller evenemang. Möjlighet handlar också om sociala och kulturella normer och värderingar. Det spelar roll hur hälso- och sjukvårdspersonal agerar, men också om religiösa, politiska eller sociala ledare uppmuntrar till eller avråder från vaccination. Även förväntningar från vänner och familjemedlemmar kan påverka individers beslut, liksom de sociala konsekvenserna av beslutet att vaccinera sig eller avstå. Vidare måste systemet ha förmåga att identifiera ovaccinerade personer och hantera kallelser och påminnelser, och man behöver utbilda vaccinatörer och annan vårdpersonal i hur de effektivt kommunicerar med patienter.

Möjligheterna att vaccinera sig kan skilja sig åt mellan grupper. Exempelvis kan olika tillgänglighetshinder göra att personer med funktionsnedsättning sämre praktiska möjligheter, och personer med andra modersmål än majoritetsbefolkningen kan ha svårare att ta del av relevant information.

3.2.2 Individers drivkrafter för eller emot vaccin är komplext men kan analyseras

Begreppet svårnådda grupper är en översättning från engelskans ”hard to reach populations” och används ibland för att beskriva grupper med låg vaccinationstäckning – grupper där individer inte alls är vaccinerade eller inte vaccinerade med alla rekommenderade doser. Kunskap om svårnådda grupper är centralt för att man ska kunna uppskatta storleken på målgrupperna, utforma målgruppsanpassade insatser och fördela resurser på ett effektivt sätt (Ozawa m.fl. 2019). Med hjälp av COM-B-modellen är det möjligt att identifiera individers drivkrafter för vaccination. Dessa drivkrafter kan vara både främjande och hindrande. Om man vet varför vissa grupper har en lägre vaccinationstäckning blir det lättare att utforma insatser och arbetssätt som både kan minska hinder för vaccination och öka de främjande inslagen. Det är betydligt svårare att utforma effektiva insatser om drivkrafterna är outtalade och målgruppen endast beskrivs som till exempel ”utrikes födda” eller ”socialt utsatta”.

I arbetet med att definiera målgrupper kan man skilja på grupper som är ”svåra att nå” och grupper som är ”svåra att vaccinera”. Grupper som är *svåra att nå* är det till följd av problem med utbud och tillgänglighet till vaccin (möjlighet i COM-B). Det kan till exempel handla om långa avstånd och dålig tillgänglighet till vaccinationsställen, att man saknar fast boplat, diskriminering från vårdgivare eller juridiska begränsningar som hindrar till exempel papperslösa från att vaccinera sig.

Grupper som är *svåra att vaccinera* är det på grund av efterfrågan och inställning till vaccination (förmåga och motivation i COM-B). De kan exempelvis känna misstro mot vaccin eller myndigheter, ha vissa religiösa övertygelser eller sakna kunskap om fördelarna med vaccin. De två kategorierna påverkar dock varandra, eftersom hinder på utbuds- och tillgänglighetssidan kan påverka målgruppernas efterfrågan och vice versa (Ozawa m.fl. 2019).

Grupper som har, eller riskerar att få, lägre vaccinationstäckning kan delas in i tre kategorier. Första gruppen är individer som har hög vaccinationsvilja men är svåra att nå till följd av problem med utbud och tillgänglighet. Den andra gruppen är svår att vaccinera eftersom deras efterfrågan är låg, trots att tillgängligheten till vaccin är god. Den tredje gruppen är både svår att nå och svår att vaccinera till följd av låg efterfrågan och dåligt utbud. Utöver dessa tre grupper finns en fjärde grupp som är lätt att nå och lätt att vaccinera eftersom både efterfrågan och utbudet är höga. Grupper som både är svåra att nå och svåra att vaccinera behöver insatser på både utbuds- och efterfrågesidan. Insatser på utbudssidan bör dock prioriteras för att inte hamna i ett läge där efterfrågan hos målgruppen ökar när tillgängligheten till vaccin är dålig, vilket riskerar att leda till frustration hos målgruppen (Ozawa m.fl. 2019).

3.3 Arbetssätt och insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning

Individens motivation och förutsättningar samverkar med kontextuella faktorer, systemets egenskaper och en mängd externa faktorer. Sammantaget blir det i realiteten ett komplext system där det inte alltid är enkelt att urskilja orsak och verkan eller veta hur sjukvården eller någon annan aktör på ett effektivt sätt ska kunna påverka utfallet. Det betyder emellertid inte att det inte går att förstå eller påverka individers benägenhet att vaccinera sig.

3.3.1 TIP-processen

TIP innehåller en beskrivning av en arbetsprocess med flera steg i olika faser. Stegen är inte numrerade eftersom de kan utföras i olika ordning och ibland överlappa varandra. I tabell 1 ges en översiktlig bild av de olika faserna (WHO 2019). Vi beskriver också översiktligt vad som ingår i varje fas.

Tabell 1. TIP-processen.

Faser	Delmoment
Planering	Bestäm tidplan, ansvarsfördelning och budget för de kommande faserna.
Situationsanalys	Analysera utifrån data och tidigare studier. Involvera relevanta aktörer i arbetet, till exempel representanter för målgruppen.
Analys	Prioritera mellan målgrupper. Planera och påbörja uppföljning.
Utformning av riktade insatser	Ta fram och planera insatser utifrån analysen. Involvera relevanta aktörer i arbetet, till exempel representanter för målgruppen. Ta fram ett ramverk för uppföljning och utvärdering.
Implementering och utvärdering	Implementera insatserna. Följ upp och utvärdera. Anpassa insatserna utifrån iakttagelser från uppföljning och utvärdering. Skala upp insatser som fungerar.

Not: Egen bearbetning av WHO (2019).

Fas 1 – planering

I förberedelsefasen planerar man TIP-arbetet. Det handlar bland annat om att komma överens om tidsplan, budget, ansvar och roller för de kommande faserna. En TIP-process tar ofta flera månader men en snabbare variant kan genomföras på ungefär en månad om tillräckliga resurser avsätts.

Fas 2 – situationsanalys

Den andra fasen är ofta den mest omfattande. Den går ut på att samla in och analysera kunskap om vaccinationstäckning eller vaccinacceptans i olika grupper eller områden för att identifiera dem som har eller riskerar att få en lägre vaccinationstäckning. Det är omöjligt för hälso- och sjukvården att känna till vilken inställning och vilka hinder varje enskild individ har, men det kan vara vägledande för beslutsfattare att känna till inom vilka grupper eller i vilka områden vaccinationsviljan och möjligheterna att vaccinera sig är begränsade. Det är också viktigt att ta reda på vilka mekanismer som ligger bakom lägre vaccinationstäckning i en specifik grupp eftersom det gör det möjligt att anpassa insatser efter behoven. I kartläggningen bör ingå att identifiera möjliga målgrupper och att undersöka främjande och hindrande faktorer för vaccination i dessa grupper med stöd av COM-B-modellen. För att hitta målgrupper kan det vara användbart att använda statistik över vaccinationstäckning och intervju- eller enkätundersökningar om vaccinacceptans och söka efter gemensamma mönster bland demografiska och socioekonomiska grupper eller i geografiska områden. För att samla kunskap

om hinder och främjande faktorer rekommenderas bland annat kvalitativa intervjuer och workshops med målgruppen. Att i ett tidigt skede involvera målgruppen och företrädare för målgruppen är centralt för att ta del av deras kunskap och erfarenheter, samt för att skapa engagemang för arbetet.

Fas 3 – analys

I den tredje fasen ingår att sammanställa kunskapen från situationsanalysen och prioritera mellan målgrupperna. I den här fasen bör man också ta fram en plan för uppföljning och utvärdering. I det arbetet ingår att ta fram relevanta frågeställningar och fastställa en undersökningsdesign samt säkerställa att den information och de data som behövs för uppföljning samlas in.

Fas 4 – utforma riktade insatser

I fas 4 utvecklas insatser, bland annat utifrån kunskapen i fas 1 och 2. De insatser som tas fram och implementeras bör adressera de hindrande och främjande faktorer som identifierats. I avsnitt 3.3.2 redovisar vi olika typer av insatser som kan vara effektiva vid olika typer av hinder. Fas 4 går också ut på att involvera relevanta aktörer som bör vara med i utformningen av insatserna, till exempel genom workshoppar. Avslutningsvis ingår i fasen att ta fram ett ramverk för uppföljning och utvärdering.

Fas 5 – implementering och utvärdering

I den sista fasen implementeras insatserna. Det kan göras först i mindre skala för att prova metoden, samla in återkoppling och justera insatserna utifrån ny information, för att senare skala upp insatserna. Slutligen är det viktigt att följa upp insatserna för att återkoppla till det fortsatta arbetet och även att utvärdera effekterna för att öka kunskapen om vilka insatser som är effektiva.

3.3.2 Sammanställning av arbetssätt och insatser som kan öka vaccinationstäckningen

Utöver TIP har vi gått igenom tretton ytterligare publikationer som innehåller vägledning och rekommendationer för att nå fram till grupper som är svårnådda eller har låg vaccinationstäckning. Vår genomgång resulterade i tolv rekommendationer om arbetssätt och insatser, se tabell 2 på nästa sida. De tre översta boxarna beskriver arbetssätt och processer medan de övriga boxarna är mer inriktade på insatser.

En vaccinationsprocess bygger på att man kartlägger främjande och hindrande faktorer i grupper med lägre vaccinationstäckning. De insatser som redovisas i tabellen adresserar olika drivkrafter, och kan därmed vara mer eller mindre relevanta beroende på behoven i befolkningen. Om exempelvis tillgängligheten till vaccin är dålig kommer det inte göra någon skillnad för vaccinationstäckningen att vaccinet är kostnadsfritt. Vi värderar eller graderar inte de olika arbetssätt och insatser som vi har identifierat.

Majoriteten av publikationerna i vår genomgång publicerades under 2021 och är specifikt inriktade på vaccineringen mot covid-19. Vissa adresserar svårnådda grupper generellt och är i andra fall fokuserade på särskilda grupper. I metodbilagan redovisar vi de publikationer som vi har använt i vår sammanställning.

Tabell 2. Sammanställning av rekommenderade arbetssätt och insatser.

Arbeta data-, analys- och kunskapsdrivet	• Säkerställ tillgång till data och statistik på olika nivåer för att kunna identifiera grupper med låg vaccinationstäckning • Identifiera systematiskt orsaker till låg vaccinationstäckning i olika grupper • Genomför kontinuerlig uppföljning av insatser. Använd resultaten i planeringen av det fortsatta arbetet
Inkludera representer och organisationer i alla steg	• Samverka med organisationer, föreningar, arbetsgivare, vårdgivare och enskilda individer som har förtroende i den aktuella gruppen • Ta del av deras kunskap och gör dem delaktiga i identifiering av hinder/drivkrafter samt design, genomförandet och uppföljning av insatser
Säkerställ att involverade aktörer har rätt förutsättningar och resurser	• Aktörer behöver tillräckliga resurser, kunskaper, arbetsvillkor och stöd för att klara sin uppgift, till exempel ekonomiska resurser, stöd för att möta vaccindräppla eller tveksamhet, tydliga rutiner och riktlinjer för olika situationer och trygga arbetsvillkor
Anpassa information och kommunikation	• Erbjud material på flera språk, i flera format och i flera kanaler • Arbeta strukturerat för att identifiera och bemöta missinformation, desinformation och rykten
Effektiva och inkluderande system för bokning	• Bokningssystem som fungerar för alla med anpassade varianter vid behov • Använd verktyg som kallelser och påminnelser
Personlig rådgivning och praktiskt stöd med bokning och genomförande	• Erbjud möjlighet att ställa frågor om vaccinet, hjälp med bokning, extra tid, hjälp med transport till lokalen m.m.
Ta vaccinet till gruppen	• Använd olika former av mobila och tillfälliga vaccinationsenheter • Integrera vaccineringen med annan vård eller social verksamhet
Anpassa lokaler och tillgänglighet	• Säkerställ att det finns kollektivtrafik till/från vaccinationsplatser • Utforma lokaler efter olika gruppers behov • Utöka öppettider och erbjud drop-in
Visa på förebilder	• Använd en variation av förebilder som har förtroende och inflytande hos olika grupper
Minimera direkta och indirekta kostnader	• Erbjud gratis vaccin • Möjliggör vaccination utan förlorad arbetsinkomst
Använd obligatorier och incitament	• Erbjud belöningar eller fördelar kopplade till vaccination • Överväg krav på vaccin för vissa yrkesgrupper eller för vissa sociala aktiviteter eller resor
Kombinera olika interventioner	• Kombinera olika typer av insatser, till exempel tillgänglighetsinsatser och kommunikation

Not: Se metodbilagan för en sammanställning av de publikationer som vi använt.

Arbeta data-, analys- och kunskapsdrivet

Arbeta data-, analys- och kunskapsdrivet handlar bland annat om att säkerställa tillgång till data och statistik på olika nivåer för att kunna identifiera grupper med låg vaccinationstäckning och att systematiskt identifiera orsakerna till den låga täckningen. Kunskapen kan då ligga till grund för att utveckla och implementera träffsäkra insatser. Det är också viktigt att kontinuerligt följa upp och utvärdera insatserna och använda resultaten för att planera det fortsatta arbetet.

Inkludera representanter och organisationer i alla steg

Ett rekommenderat arbetssätt är att samverka med nationella och lokala organisationer, föreningar, arbetsgivare, vårdgivare och enskilda individer som regelbundet möter gruppen och som gruppen har förtroende för. Man behöver hitta former för att ta del av deras kunskap och göra dem delaktiga i att identifiera drivkrafter samt att utforma, genomföra och följa upp insatser.

Säkerställ att involverade aktörer har rätt förutsättningar/resurser

Alla involverade aktörer bör ha tillräckliga resurser, kunskaper, arbetsvillkor och stöd för att klara sin uppgift, till exempel ekonomiska resurser och stöd för att möta personer som är rädda eller tveksamma till vaccinering. Dessa aktörer behöver också tydliga rutiner och riktlinjer för olika situationer samt trygga arbetsvillkor.

Anpassa information och kommunikation

Det rekommenderas även att anpassa information och kommunikation till olika målgruppers förutsättningar. Det kan handla om att översätta material till olika språk, använda bildstöd, använda en kombination av skriftligt och rörligt material, anpassa budskap efter kulturell kontext och använda en variation av kanaler för att nå ut till olika målgrupper. Rekommendationen handlar också om att arbeta strukturerat för att identifiera och bemöta felaktig information och desinformation.

Effektiva och inkluderande system för bokning

Effektiva och inkluderande system för bokning handlar om att säkerställa att det är enkelt att boka tid för vaccination, och att det finns flera möjliga sätt att boka, till exempel både ett digitalt bokningssystem och telefonbokning. Att förboka tider och skicka kallelser kan vara effektivt, liksom att använda sig av system med automatiska påminnelser. En annan rekommendation är att minimera kraven på identifikation och personlig information, och att tillgängliggöra vaccination också för personer som saknar legitimation eller bank-id.

Personlig rådgivning och praktiskt stöd med bokning och genomförande

Personlig rådgivning innebär att personer i målgruppen kan få svar på frågor om vaccinet genom till exempel telefonrådgivning eller direktkontakt med hälso- och sjukvårdspersonal, hälsokommunikatörer eller liknande. Praktiskt stöd kan innebära hjälp med bokning av tid via telefon, hjälp med att ta sig till och från vaccinationslokalen eller extra tid vid vaccinationstillfället.

Ta vaccinet till gruppen

Lokalerna bör anpassas efter olika målgruppers behov och tillgängligheten behöver vara hög. Det kan handla om kollektivtrafik till och från vaccinationsplatser men också om utökade öppettider och möjlighet till drop-in-vaccination. För mobila enheter och uppsökande verksamhet kan det vara värdefullt att återkomma upprepade gånger till samma plats.

Anpassa lokaler och tillgänglighet

Anpassa lokaler efter olika målgruppers behov och säkerställ hög tillgänglighet. Det kan handla om att se till att det finns kollektivtrafik till/från vaccinationsplatser men också om att ha utökade öppettider och möjlighet till drop in-vaccination.

Visa på förebilder

I kommunikations- och informationsarbetet rekommenderas att använda förebilder som har högt förtroende och inflytande hos olika grupper.

Minimera direkta och indirekta kostnader

Man kan minimera direkta kostnader genom att erbjuda gratis vaccin, och minimera indirekta kostnader genom att till exempel erbjuda vaccination på arbetstid utan att individen förlorar någon arbetsinkomst.

Använd obligatorier och incitament

Obligatorier är ett alternativ, såsom krav på vaccin för vissa yrkesgrupper eller för att resa eller delta i vissa sociala aktiviteter. Det går också att använda incitament i form av belöningar eller fördelar som är kopplade till vaccination.

Kombinera olika interventioner

Vidare rekommenderas att kombinera olika typer av insatser, till exempel anpassad kommunikation och insatser för att öka tillgängligheten. Det är viktigt att inte förlita sig för mycket på informationsinsatser, och att inte underskatta betydelsen av sociala normer och identitet samt praktiska faktorer.

4 Det finns förbättringspotential i regionernas arbete med riktade vaccinationsinsatser

I det här kapitlet redovisar vi hur regionerna har arbetat med att planera och genomföra riktade insatser mot olika målgrupper. Som vi har beskrivit i kapitel 3 är det flera faktorer som påverkar om människor vaccinerar sig, och det finns därmed flera möjliga orsaker till en låg vaccinationstäckning. För att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning behöver insatser och arbetssätt anpassas utifrån behoven hos olika målgrupper.

Kapitlet baseras i första hand på information från våra intervjuer med regionrepresentanter och resultat från våra andra undersökningar, såsom samråd med civilsamhällesorganisationer, intervjuer med företrädare för länsstyrelser, dokumentstudier och frågor till socialchefer. Våra undersökningar har sammantaget gett en kvalitativ bild av regionernas arbete, men vi har inte heltäckande information om vilka insatser som har genomförts var, vid vilken tidpunkt eller i vilken omfattning. Det gör att vi inte har möjlighet att jämföra regioner med varandra. Våra slutsatser uttrycks ibland generellt, även om det kan finnas viss variation mellan regionerna.

Sammanfattningsvis ser vi att regionerna har genomfört flera olika insatser för att nå en hög och jämlik vaccinationstäckning, men att arbetet hade kunnat vara mer kunskapsbaserat och ändamålsenligt. Det är få regioner som berättar för oss att de arbetat systematiskt med att ta reda på vilka faktorer som ligger bakom en lägre vaccinationstäckning i vissa grupper eller områden. Flera regioner efterfrågar vägledning om arbetssätt och insatser för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning. Man lyfter att planeringen av riktade insatser kom igång sent, och vi bedömer att flera regioner tidigare och i större omfattning hade kunnat involvera civilsamhällesorganisationer och företrädare för olika målgrupper i arbetet. Dessa aktörer hade kunnat dela sin kunskap om främjande och hindrande

faktorer för vaccination och i högre utsträckning kunnat bidra till både utformning, genomförande och uppföljning av insatser. Vidare ser vi att de flesta regioner inte har arbetat systematiskt med uppföljning och utvärdering. Det betyder att riktade insatser i flera fall har genomförts utan att regionerna haft kunskap om hur väl de svarar mot behov och förutsättningar i befolkningen.

Det är komplext att identifiera främjande och hindrande faktorer för vaccination i en befolkning, bland annat eftersom dessa faktorer kan samvariera och grupper ofta är heterogena. Det är särskilt utmanande att genomföra kartläggningar och analyser i en pandemi med snabbt skiftande förutsättningar och många prioriteringar som behöver göras. Teoretiska modeller och metoder såsom COM-B och TIP (närmare beskrivna i kapitel 3) kan vara värdefulla redskap i en pressad situation, även om de också är förenklingar av verkligheten. De ger vägledning i hur man kan ta sig an en vaccinationsprocess så att den blir inkluderande och effektiv.

4.1 Flera regioner efterfrågar vägledning om arbetssätt och insatser för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning

Tidigare erfarenheter av vaccinationer och folkhälsoarbete generellt visar hur man kan arbeta med grupper med lägre vaccinationstäckning. År 2019 publicerade WHO Europa rapporten TIP – Tailoring Immunization Programmes, som beskriver en metod för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning. Rapporten är en utveckling av den första TIP-rapporten som publicerades 2013 (se kapitel 3 för mer information om TIP). Den följdes 2021 av flera rapporter av WHO, CDC och ECDC med specifikt fokus på insatser och arbetssätt för att uppnå en jämlik vaccinationstäckning mot covid-19. Någon motsvarande skriftlig vägledning från svenska myndigheter kom först i juli 2022 då Folkhälsomyndigheten publicerade en anpassad version av WHO Europas TIP-metod. Vi har sammanställt rekommenderade insatser och arbetssätt från ett urval av de internationella publikationerna (se tabell 2 i kapitel 3).

Ingen av regionrepresentanterna som vi har intervjuat har hänvisat till internationella publikationer som stöd i arbetet med att välja och utforma arbetssätt och insatser. En möjlig förklaring är att regionerna och deras samarbetspartner redan har den kunskap som förmedlas i dessa rapporter, och att de av den anledningen inte skulle ha varit hjälpta av dem. Samtidigt uttrycker flera regioner att de hade önskat mer vägledning från nationell nivå i arbetet med riktade insatser, framför allt nationellt stöd i att välja och utforma insatser och metoder för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning. De framför bland annat att strategiska vägval för att nå utsatta grupper hade kunnat tas fram på nationell nivå, och att regionerna hade varit hjälpta av information om insatser som visat sig ge god effekt för att nå olika grupper.

Metodik, arbeta för att nå ut till olika grupper, där kanske vi hade behövt mer stöd, och behöver mer stöd. Inte så alldeles självklart att de kunskaperna finns i mindre kommuner och regioner. SKR har ju haft samtal med goda exempel och så, hur man arbetar på bästa sätt för att nå ut. Det hade vi kanske behövt ännu lite mer instruktioner eller goda exempel, kunskaper från andra områden när det gäller folkhälsoarbete som skulle gå att tillämpa. Har en känsla av att vi har lite för låg kunskap kring det i många regioner."
(Regionföreträdare)

Ingen nationell strategi /.../ "Vaccinera i moské!" Men vi gjorde det och bara 40 stycken vaccinerade sig."
(Regionföreträdare)

Även en tidigare undersökning pekar på att regionerna upplever att de saknar kunskap om grupper eller områden med lägre eller potentiellt lägre vaccinationstäckning. År 2021 kom Folkhälsomyndigheten med en rapport om erfarenheter av vaccination mot säsongsinfluensa, och där uppgav nästan hälften av regionernas smittskyddsenheter att de behöver stöd med metoder för att förstå och vidare utforska orsaker till lägre vaccinationstäckning eller vaccinacceptans. Folkhälsomyndigheten konstaterade att regionerna behöver ökad kompetens och metodstöd samt utökad samordning. Vid den tidpunkten höll Folkhälsomyndigheten på med att ta fram en guide för att identifiera hinder och möjliggörande faktorer för vaccination samt se hur insatser kan anpassas till olika målgrupper genom en anpassad version av WHO Europas TIP-metod. Den beskrevs kunna bli ett värdefullt metodstöd och verktyg i arbetet med vaccination mot covid-19 på regional och lokal nivå (Folkhälsomyndigheten 2021g). Guiden publicerades i juli 2022. Företrädare för Folkhälsomyndigheten uppger att ändrade förutsättningar och prioriteringar och svårigheter att pilottesta guiden gjorde att publiceringen sköts fram. Folkhälsomyndigheten presenterade dock TIP-guiden vid ett seminarium för vaccinsamordnarna som myndigheten anordnade tillsammans med SKR i oktober 2021. Då erbjöds regionerna praktiskt metodstöd med utgångspunkt i den kommande guiden, i form av regelbundna avstämningar och workshoppar. Enligt Folkhälsomyndigheten var det dock ingen region som efter seminariet hörde av sig och efterfrågade stöd.

I intervjuerna har framkommit att personal som arbetar med smittskydd och som har erfarenhet från andra vaccinationsprocesser har varit en viktig källa till information och kunskap om lämpliga arbetssätt och insatser för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning i flera regioner. Även annan vårdpersonal, och hälsoinformatörer som direkt möter personer i de aktuella målgrupperna, har bidragit till att utforma arbetssätt och insatser. Dialog med kommuner och civilsamhällesorganisationer har också bidragit till arbetet. Flera regioner framhåller

också att de har haft nytta av erfarenhetsutbytet med andra regioner om goda exempel, främst inom ramen för SKR:s nätverk för vaccinsamordnare. Det är positivt att regionerna har haft dialog med personer och organisationer som befinner sig nära de identifierade målgrupper, men vår bedömning är att det arbetet kan utvecklas betydligt. Vi återkommer till det i senare i rapporten, bland annat i avsnitt 4.2 och 4.4.

4.1.1 Flera regioner saknade information om vaccinationstäckningen lokalt

Ett centralt moment i början av en vaccinationsprocess är att undersöka vaccinacceptansen och planera hur man ska samla in och analysera data om vaccinationstäckning i olika grupper eller områden. Tillgång till statistik på olika nivåer är viktigt för att kunna rikta effektiva insatser.

Flera regioner som vi har intervjuat uppger att de inte uppfattade behovet av riktade insatser mot geografiska områden förrän de fick statistik över vaccinationstäckningen i olika demografiska statistikområden (DeSO) från Folkhälsomyndigheten i augusti 2021.

” Vi hade en tro på att som boende 3–5 mil från vaccinationscentralen, att man ändå skulle åka till centralen och boka en tid, men man har stannat kvar i sitt lokalsamhälle. Är man socioekonomiskt utsatt kanske man inte har pengar att sätta sig på en buss, så kan det faktiskt vara.”
(Vaccinsamordnare i en region)

Statistiken över vaccinationstäckningen på DeSO-nivå har levererats var fjärde vecka av Folkhälsomyndigheten, och har redovisats per kön och två ålderskategorier (18–64 och 65+ år). Flera regioner önskar att statistiken skulle ha levererats oftare för att kunna användas på ett bättre sätt i planeringen av vaccinationsinsatserna. Flera regioner har också önskemål om mer detaljerad statistik för att kunna rikta insatser mer effektivt.

” Bra med mer detaljerad data i DeSO - åldersspann mellan 18–64 år, det är ganska brett. När vi pratar mobila insatser är det bra att veta om de är 18–30 eller äldre så vi vet om det är moskén eller fotbollsföreningen vi ska rikta in oss mot.”
(Vaccinsamordnare i en region)

Folkhälsomyndigheten uppger att det hade varit svårt att tillhandahålla statistik över vaccinationstäckningen på DeSO-nivå tidigare eftersom vaccinationen av bredare grupper kom igång först i slutet av sommaren 2021.

Innan statistik om vaccinationstäckning finns tillgänglig kan det vara värdefullt att genomföra enkät- eller intervjuundersökningar om vaccinacceptans. Detta har undersökts på nationell nivå men det är få regioner som i våra intervjuer berättat att de genomfört sådana studier i sin befolkning.

4.2 Samarbetet med andra aktörer kan utvecklas

Regionerna har huvudansvaret för att genomföra vaccinationen mot covid-19, men i praktiken har flera aktörer varit involverade. Regionerna har bland annat samarbetat med civilsamhällesorganisationer, kommuner och länsstyrelser, men enligt våra intervjuer är det vanligast att samarbeta i själva genomförandet av riktade vaccinationsinsatser. Det är få regioner som berättar att de har tagit hjälp av civilsamhällesorganisationer för att identifiera grupper med risk för låg vaccinationstäckning, eller för att analysera orsaker bakom lägre vaccinationstäckning. Vår bedömning är att regionerna tidigare och i större omfattning hade kunnat involvera civilsamhällesorganisationer i arbetet. Deras kunskap om främjande och hindrande faktorer för vaccination hade kunnat komma till nytta, och de hade kunnat bidra mer till både att utforma, genomföra och följa upp insatser.

Samarbetet mellan regionerna och kommuner och länsstyrelser har sett olika ut. Den bild som framträder utifrån våra undersökningar är att samarbetet med kommunerna i flera regioner har fungerat bra men att det på vissa håll kan utvecklas. Samarbetet mellan regionerna och länsstyrelserna har sett mycket olika ut och det är därför svårt att dra några generella slutsatser.

4.2.1 Strukturer för samarbete med civilsamhället kan stärkas

För att nå en hög vaccinationstäckning i en population är det viktigt att samarbeta med företrädare som möter gruppen och har kunskap om den och som gruppen känner förtroende för. Det är angeläget att hitta former för att ta del av deras kunskap och göra dem delaktiga i att identifiera hinder och drivkrafter samt utforma, genomföra och följa upp insatser.

Flera regioner uppger att civilsamhället varit involverade i att genomföra riktade insatser. Civilsamhällesorganisationer har exempelvis hjälpt till med att sprida information om vaccinet och vaccinationsprocessen. Ibland har regionen utfört vaccination i organisationernas lokaler eller så har civilsamhällesaktörer vaccinerat på uppdrag av regionen. Några berättar att civilsamhället även varit involverade i att planera insatser eller identifiera målgrupper. För flera regioner har vi inte närmare information om hur samarbetet har sett ut i processens olika skeden.

Vid vårt samråd med civilsamhällesorganisationer i november 2021 lyfte några organisationer att de varit konkret involverade i att genomföra vaccinationerna.

Andra hade jobbat med att sprida information och bemöta desinformation i sina målgrupper. I flera fall har aktörerna gjort detta på eget initiativ. Flera organisationer som samarbetat med regionerna i vaccinationsarbetet berättar att de själva tog initiativ till kontakten för att uppmärksamma regionerna på deras målgruppers behov. Organisationerna som deltog i samrådet uppgav att samarbetet med offentliga aktörer överlag har fungerat bra. Samtidigt upplevde de att de är en outnyttjad resurs, som stått redo att bidra med kunskap och andra resurser men att det offentliga inte var redo att ta emot hjälpen.

Myndigheten för stöd till trossamfund (SST) har sedan pandemins start arbetat med att samordna kontakter mellan myndigheter och trossamfund, bland annat för att nå ut till människor med information. SST har också samarbetat med vissa regioner och länsstyrelser och bland annat hjälpt till att kartlägga trossamfund och informera om hur man kan samarbeta regionalt i händelse av kris och katastrof. En intervjuad företrädare för SST menar att SST haft ett bra och nära samarbete med ett par regioner, som tidigt tog kontakt med trossamfunden och sökte samarbete.

Där regionala strukturer för samarbete redan fanns etablerade gick det snabbt att börja samarbeta, medan man i andra regioner behövde börja från början. Företrädare för SST menar att många regioner inte vet vilka trossamfund som finns i området. Begränsade resurser inom SST gjorde dock att stödet man gav behövde avgränsas.

” När det gällde konkreta frågor på regionnivå inskränkte vi oss till att de som bad om hjälp försökte vi hinna med, men vi sökte inte aktivt upp regioner. Vi hade inte kapacitet för det men det hade behövts tror jag. Man hade också behövt processledning. Varken trossamfunden eller vi hade uppkörda kontakter över hela landet vilket man hade behövt.”
(Företrädare för Myndigheten för stöd till trossamfund)

SST ligger bakom en rapport om erfarenheter från samverkan mellan trossamfund och myndigheter vid hanteringen av covid-19, och det framkommer att både myndigheter och trossamfund anser att myndigheter på nationell och regional nivå behöver mer kunskaper om trossamfunden – deras organisation och möjlighet att bidra som samarbetsparter både i vardagen och i händelse av kris (SST 2021).

4.2.2 Regionerna har även samarbetat med kommunerna och länsstyrelserna

Regionerna har haft regelbundna möten med både kommunerna och länsstyrelserna. Mötena har skett i olika konstellationer och med olika syften.

4.2.2.1 Regionernas samarbete med kommunerna har överlag fungerat bra men kan bli bättre

Ett fåtal regioner har i våra intervjuer berättat att de tagit hjälp av kommunerna för att identifiera målgrupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning. Flera regioner har uppgett att kommunerna har varit involverade i att planera insatser och genomförandet av insatser, bland annat genom samarbete med svenska för invandrare (SFI). Det finns också exempel på att representanter för socialtjänsten har varit involverade i insatser riktade mot vissa av deras målgrupper. I vår frågeundersökning till socialchefer i SKR:s socialchefsnätverk framkom exempel på hur kommuner tillsammans med regioner, och på eget initiativ, arbetat med riktade insatser för att öka vaccinationstäckningen bland sina målgrupper. Det har till exempel handlat om att förmedla information på SFI och inom andra verksamheter, hålla informationsmöten, upplåta lokaler för vaccination, samarbeta kring vaccinationsbussar samt arrangera vaccinationstillfällen för personer i hemlöshet, EU-medborgare, nyanlända och andra målgrupper.

Flera regioner uppger att samarbetet med kommunerna har fungerat bra eller mycket bra, och att det är värdefullt med kommunernas lokalkännedom och kunskap om till exempel var regionen bör befinna sig för att nå olika målgrupper. Vissa regioner lyfter dock utmaningar i samarbetet. Det har bland annat handlat om att kommunerna haft olika inställning till att bistå i vaccinationsarbetet, ibland beroende på resurser och organisationskultur.

Flera av kommunerna som svarat på våra frågor har positiva omdömen om regionernas insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning. Några framför dock att det hade behövts fler insatser i områden med många utrikes födda, att information och insatser borde ha kommit tidigare och att insatser borde ha genomförts i fler områden. En kommun lyfter att kommunerna bör involveras tidigt i regionernas planeringsprocess. Kommunen var inte med i regionens initiala planering, vilket enligt kommunen gjorde att viktiga perspektiv missades. Respondenten framhåller att kommunerna ofta har upparbetade kontakter och nätverk inom civilsamhället och att det ger en stor potential som skulle kunna användas bättre, inte minst vad gäller arbetet i socioekonomiskt utsatta områden.

4.2.2.2 Länsstyrelsernas roll och bidrag har sett olika ut

Våra intervjuer ger en splittrad bild av regionernas samarbete med länsstyrelserna. Några regioner beskriver samarbetet som begränsat, men flera framhåller länsstyrelsen som en viktig länk till exempelvis kommunerna och civilsamhällesorganisationer. Länsstyrelserna har bland annat haft nätverk med olika aktörer där regionerna har kunnat sprida information och stämma av frågor om vaccinationsinsatserna. Länsstyrelserna har även bidragit med kontaktuppgifter till olika civilsamhällesorganisationer. Några regioner berättar att länsstyrelsen hjälpt till med att analysera statistik över vaccinationstäckningen på DeSO-nivå.

I vissa regioner har länsstyrelsen varit involverad i att genomföra riktade informationsinsatser, såsom att översätta informationsmaterial till andra språk eller bistå med personal som varit ute i lokalsamhället och informerat om vaccinet. Samtidigt uppger samtliga länsstyrelser som vi har talat med att de har arbetat med kommunikation och informationsspridning. De har bland annat satt upp informationsaffischer och spridit information i sociala medier och i sina nätverk. Vi får alltså olika bilder av länsstyrelsernas aktiviteter, vilket kan bero på att de har genomfört informationsinsatser på egen hand. En annan förklaring kan vara att vi har intervjuat regionernas vaccinsamordnare och andra tjänstepersoner som praktiskt arbetat med riktade insatser. Om vi hade intervjuat andra funktioner inom regionerna, till exempel kommunikationsansvariga, kanske vi hade fått en mer samstämmig bild.

Flera regioner beskriver samarbetet med länsstyrelsen som väl fungerande och att hjälpen har varit värdefull. Det är dock lika många regioner som framför att det varit oklart vad länsstyrelsen kunde bistå med, och att regeringsuppdraget om att bistå regionerna i arbetet med riktade vaccinationsinsatser som länsstyrelserna fick i september 2021 inte påverkade det redan pågående arbetet. Vi utvecklar detta vidare i kapitel 5.

4.3 Regioner kom igång sent med riktade insatser

Det har varit svårt att i våra undersökningar få en tydlig bild av exakt när regionerna började med att planera och genomföra riktade insatser. I SKR:s uppföljningsrapport till regeringen i februari 2021 beskrivs att flera regioner arbetar med hälsokommunikatörer för att nå särskilt utsatta grupper och att regioner arbetar med informationsmaterial på olika språk och platser. Rapporten beskriver också att regioner har nära samverkan med bland annat civilsamhällesorganisationer (SKR 2021a). Det tyder på att arbete med riktade insatser pågick på flera håll. Samtidigt uppger flera regionrepresentanter i våra intervjuer att planeringen av riktade insatser kom igång för sent, och att en diskussion om det riktade arbetet hade kunnat påbörjas tidigare.

I intervjuerna berättar tre regioner att de började planera riktade insatser i januari och februari 2021. Några började under våren 2021, omkring april och maj. För tio av de regioner vi intervjuat har vi inte detaljerad information om när planeringen av riktade insatser påbörjades.

Enligt våra intervjuer hade sex regioner i slutet av våren 2021 påbörjat riktade vaccinationsinsatser, till exempel mobila vaccinationsmottagningar och riktad information. Ytterligare sex kom igång under sommaren 2021. Fyra regioner uppgav att de kom igång med riktade insatser under hösten 2021 och tre regioner saknar vi uppgifter från.

I september 2021 uppgav SKR att alla regioner hade börjat arbeta med mobila team, uppsökande vaccinations- och informationsinsatser och drop-in-mottagningar (SKR 2021b).

Flera av regionrepresentanterna som vi har pratat med är självkritiska och menar att arbetet med riktade insatser till grupper som riskerar att få lägre vaccinationstäckning hade kunnat påbörjas tidigare. Flera önskar också att frågan om riktade insatser och arbete för att nå grupper som riskerade lägre vaccinationstäckning skulle ha behandlats i samtal med Folkhälsomyndigheten under 2020. Hösten 2020 handlade dialogen med Folkhälsomyndigheten dock främst om logistik och distribution, enligt regionföreträdare.

*Vi hade koll på socioekonomi från början, att det skulle bli en faktor, men vi var lite sena på bollen. Det stör mig att det blev så."
(Vaccinsamordnare i en region)*

*Möjligen kanske vi borde ha fokuserat mer på de här grupperna eller områdena med sämre täckning tidigare. Det har kommit på tal sedan slutet av sommaren (2021, Vård- och omsorgsanalys anm.), dessförinnan tycker jag inte att det diskuterades så mycket. Man tittade mest på totalsiffror, det hamnade i skymundan."
(Regionföreträdare)*

Vi menar att även om situationen i regionerna var mycket pressad som en följd av pandemin och regionerna behövde förhålla sig till prioriteringsordningen, hade det varit lämpligt att inkludera riktade insatser i den tidiga planeringen och under 2020 börjat identifiera grupper och områden som riskerade att få lägre vaccinationstäckning.

I våra intervjuer är det en region som berättar att de utgick från erfarenheter från arbetet med provtagning för covid-19 när de i början av 2021 inledde arbetet med planering för riktade insatser. Områden där personer inte testade sig för covid-19 i lika stor utsträckning som på andra platser identifierades som potentiella områden för särskilda vaccinationsinsatser.

Det blev tydligt redan tidigt under pandemin att covid-19 slog betydligt hårdare mot bland annat utrikes födda och socioekonomiskt utsatta grupper och områden, och det är sedan tidigare känt vilka faktorer som är kopplade till en lägre vaccinations- täckning. Samma mönster går igen vad gäller vaccinationstäckning, och i kapitel 2 har vi visat att det finns samband mellan vaccinationstäckning och födelseland samt socioekonomiska faktorer. Grupper med lägre vaccinationstäckning har också i andra sammanhang sämre hälsoutfall, och hälso- och sjukvården har generellt svårare att nå ut till dem. Det hade därför varit rimligt att förbereda för riktade vaccinationsinsatser mot de grupper och områden som tidigt i pandemin var särskilt drabbade av sjukdom och dödsfall.

4.4 Regionerna har genomfört en mängd insatser men tidpunkt och omfattning varierar

Regionerna har bedrivit ett intensivt arbete och genomfört en mängd insatser för att nå ut med vaccinet till olika målgrupper. I detta avsnitt presenterar vi vad som har framkommit i våra intervjuer med regionerna, och våra andra undersökningar, och resonerar om ifall regionernas arbete är i linje med befintlig kunskap om vilka insatser och arbetssätt som kan främja en hög och jämlik vaccinationstäckning. Genomgången utgår från tabell 2 i kapitel 3.

Alla intervjuade regioner uppger att de har målgruppsanpassat information om vaccinationen mot covid-19. De har också på flera sätt ökat tillgängligheten genom att till exempel erbjuda vaccination på olika platser, ha mobila vaccinationsenheter och drop-in-mottagningar och försökt underlätta bokningen.

Våra intervjuer ger en bred bild av regionernas arbete, men vi har ingen heltäckande bild av vilka insatser som genomförts var, vid vilken tidpunkt eller i vilken omfattning. Det gör att vi inte har möjlighet att jämföra regionernas arbete utan kan endast visa exempel på hur arbetet har bedrivits.

Vi kan inte utifrån våra undersökningar bedöma om regionernas arbete har motsvarat de behov som har funnits hos olika grupper. Vi kan däremot se att vaccinationstäckningen skiljer sig åt i olika geografiska områden och utifrån olika socioekonomiska variabler och det talar för att insatserna kan bli mer träffsäkra.

Vi ser också att omfattningen och tidpunkten då arbetet kom igång skiljer sig mycket mellan regionerna. Det behöver inte vara problematiskt, om skillnaderna motiveras av skillnader i behov. Däremot är det problematiskt att få av regionerna i ett tidigt skede inledde sitt arbete med att systematiskt identifiera grupper med risk för låg vaccinationstäckning. Det har sannolikt medfört att vissa regioner kom igång sent med riktade insatser och med en risk för att dessa inte motsvarat behoven.

4.4.1 Regionerna har riktat insatser till flera olika målgrupper

För att nå en jämlik vaccinationstäckning är det centralt att identifiera grupper som har låg vaccinacceptans och grupper eller områden där vaccinationstäckningen är eller riskerar att bli lägre. Det är en förutsättning för att man ska kunna utforma insatser som adresserar främjande eller hindrande faktorer för vaccination i de aktuella grupperna eller områdena.

I våra intervjuer berättar de flesta regionföreträdarna att de har identifierat geografiska områden med lägre vaccinationstäckning, främst baserat på DeSO-statistiken som Folkhälsomyndigheten tillhandahållit. De har även identifierat flera grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning. Samtliga regioner har riktat insatser till utrikes födda, exempelvis personer som läser svenska för invandrare, asylsökande, papperslösa och gästarbetare. En annan bred och

heterogen målgrupp som en majoritet av regionerna har riktat insatser mot, är personer som befinner sig i någon form av social utsatthet, exempelvis personer i hemlöshet, personer med missbruksproblem, personer i prostitution eller personer med skyddad identitet. Regionerna har även riktat insatser till personer med olika funktionsnedsättningar, personer med psykisk ohälsa, språkliga minoriteter och gravida. Vidare har flera regioner uppgett att de har samarbetat med kriminalvården och rättspsykiatri.

För att identifiera målgrupper och få en förståelse för drivkrafterna bakom en låg vaccinationstäckning, kan det vara värdefullt att samverka med företrädare för olika målgrupper, genom till exempel organisationer och föreningar. I vårt material framkommer att regionerna har använt sig av lokalkännedom, tidigare kunskap och lärdomar från annat vårdarbete för att identifiera målgrupper. Även kommuner och andra aktörer har bidragit. Få regioner berättar dock att civilsamhällesorganisationer har bidragit till att identifiera målgrupper med risk för lägre vaccinationstäckning. Vad gäller skälen till en låg vaccinationstäckning innehåller materialet några få exempel där regioner beskriver att de försökt identifiera orsakerna genom enklare undersökningar. Vi menar att regionerna generellt skulle ha kunnat göra mer för att identifiera grupper med risk för låg vaccinationstäckning och för att ta reda på vilka mekanismer som ligger bakom.

Flera identifierade målgrupper för riktade insatser är heterogena och vaccinationstäckningen kan variera stort inom varje grupp. Samtidigt visar statistik att vaccinationstäckningen är lägre för exempelvis personer med vissa psykiska sjukdomar och i områden med lägre socioekonomisk status och många boende som är utrikes födda, se vår genomgång i kapitel 2.

4.4.2 Regionerna har anpassat information och kommunikation

En viktig åtgärd för att nå en hög och jämlik vaccinationstäckning är att anpassa information och kommunikation till olika målgrupper, genom att erbjuda informationsmaterial på flera språk, i olika format och i flera kanaler. Det kan påverka människors förmåga, motivation och möjlighet att vaccinera sig. Alla intervjuade regioner uppger att de har arbetat med sådan anpassning och bland annat översatt informationsmaterial till olika språk eller spridit översatt informationsmaterial som Folkhälsomyndigheten har tagit fram.

Flera av regionerna berättar att de har använt hälsokommunikatörer, hälsoguider, kulturtolkar och liknande för att sprida information inför och under vaccination. Med personer som behärskar flera språk och är synliga ute i samhället kan det blir lättare för allmänheten att ställa frågor och få den information som de behöver. Hälsokommunikatörerna har exempelvis befunnit sig på torg och andra platser där många människor rör sig, men de har även funnits tillgängliga på vaccinationsmottagningar.

Det är också vanligt att regionerna har haft digitala informationsmöten, frågestunder eller föreläsningar. Målgrupperna för dessa digitala möten till exempel varit personer som studerar svenska för invandrare och representanter för olika föreningar. Regionerna har även använt sociala medier, flygblad, brev, videofilmer och affischer för att sprida information om vaccinet. Det finns också exempel på regioner som har gjort informationsutskick via sms och i olika grupperingar på sociala medier.

Anpassningen till olika målgruppers förutsättningar kan handla om flera aspekter, exempelvis att anpassa budskap efter en kulturell kontext och att arbeta strukturerat för att identifiera och bemöta felaktig information och desinformation. Enligt våra intervjuer har regionerna identifierat flera olika målgrupper men vi kan inte bedöma om regionerna har anpassat informationen och kommunikationen utifrån alla dessa gruppers förutsättningar. Vi kan inte heller utifrån våra undersökningar bedöma i vilken utsträckning som regionerna har arbetat systematiskt för att bemöta felaktig information och desinformation. Civilsamhällesorganisationer har dock lyft fram desinformation som ett stort problem som behöver bemötas.

4.4.3 Rutiner för bokning har anpassats men kan bli mer inkluderande

För att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning är det viktigt att det är enkelt att boka tid för vaccination, och att det finns flera möjliga bokningssätt, till exempel digitalt bokningssystem och telefonbokning. Att förboka tider och skicka kallelser kan vara effektivt, liksom att använda system med påminnelser. Personer som saknar legitimation eller bank-id behöver också möjlighet att boka tid för vaccination. Alla i befolkningen, oavsett förmåga, ska alltså enkelt kunna boka och fullfölja sin vaccination.

Två regioner uppger att de har förbokat tider, den ena regionen gjorde detta brett och den andra riktade de förbokade tiderna till papperslösa. Den förstnämnda skickade brev med förbokade tider till alla i befolkningen och ser det som centralt för ett framgångsrikt vaccinationsarbete. De uppger att det var ett resurskrävande arbete, men att få personer avbokade tiderna. Två andra regioner uppger att de har gjort stora gruppbokningar i samarbete med religiösa samfund och föreningar som stöttar papperslösa.

De flesta regionerna har i stället låtit invånarna själva boka en tid, via digitala tjänster eller telefonbokning. Flera civilsamhällesorganisationer och några kommuner som vi har varit i kontakt med är kritiska till digitala bokningssystem som de anser har varit för krångliga eller inte tillräckligt tillgänglighetsanpassade. Ett par regionföreträdare ser det som en lärdom att man behöver använda mer användarvänliga bokningssystem.

Flera regioner uppger att de har rutiner för personer som saknar bank-id eller legitimation, så att krav på identifikation inte ska utgöra ett hinder för bokning. Det är också flera regioner som har erbjudit stöd med bokning. Vi beskriver det närmare i avsnitt 4.4.4.

Sju regioner uppger att de har skickat brev eller sms med erbjudande och uppmaning om vaccination. Två har riktat sig brett till större grupper i befolkningen oavsett vaccinationsstatus medan fem av regionerna har skickat riktade brev eller sms till personer som inte vaccinerat sig.

När det gäller att rikta information och kallelser till ovaccinerade har regionerna upplevt en osäkerhet kring om det är förenligt med lagstiftningen. I en tilläggsöverenskommelse mellan regeringen och SKR i september 2021 åtog sig regionerna att genomföra riktade insatser och uppsökande verksamhet riktad till ovaccinerade grupper och personer, exempelvis ”genom brev och sms-utskick med riktad information eller kallelser”.⁵ I överenskommelsen betonas vikten av en hög vaccinationstäckning, medan det saknas resonemang om den personliga integriteten och regelverket runt den hantering av personuppgifter (t.ex. adress, telefonnummer och den känsliga uppgiften om vaccinationsstatus) som insatserna förutsätter.

SKR bedömer att det är tillåtet med riktade erbjudanden om vaccination till personer som enligt tillgänglig patientdata är ovaccinerade, eftersom personuppgifter enligt 2 kap. 4 § patientdatalagen får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall. Enligt den rättsutredning SKR har publicerat på sin webbplats har man inte övervägt frågan om vilka människors personuppgifter som kan behandlas med stöd av den paragrafen.⁶ Bestämmelsen är dock uttryckligen begränsad till administration som rör patienter, och det är långt ifrån självklart att en person som inte har en etablerad kontakt med den aktuella vårdgivaren ska ses som patient i lagens mening.

4.4.4 Regioner har erbjudit personlig rådgivning och praktiskt stöd med bokning och genomförande av vaccination

Praktiska insatser såsom personlig rådgivning och handfast stöd med att boka och genomföra vaccination kan vara effektivt för att stärka individers förmåga, motivation och möjlighet. För att fler ska få korrekt information om vaccinet och

5 Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021, avseende riktade åtgärder för ökad vaccinations-täckning, S2021/06453.

6 <https://skr.se/skr/covid19ochcoronaviruset/halsoochsjukvard/vaccineringcovid19/fragorochsvarvaccinering.35623.html>

vaccinationsprocessen är det bra att kunna ställa frågor om vaccinet genom till exempel telefonrådgivning eller direktkontakt med hälso- och sjukvårdspersonal eller hälsokommunikatörer. Det kan också öka motivationen genom att de till exempel blir mindre oroliga över vaccinets säkerhet eller ser mer positivt på vaccinets effektivitet. Personer med begränsad egen förmåga kan behöva praktiskt stöd med att exempelvis boka tid via telefon eller ta sig till och från vaccinationslokalen, eller kan behöva extra tid vid vaccinationstillfället.

Flera regioner uppger att de har erbjudit personligt stöd och rådgivning för att underlätta bokning av vaccination, via telefon eller i samband med olika informationsinsatser. En region har bett socialtjänstens personal att erbjuda sina brukargrupper hjälp med att boka tid för vaccination. Det finns också regioner som har erbjudit bussbiljetter eller skjuts till och från vaccinationsplatser för bland annat äldre personer, riskgrupper och personer på asylboenden. Det är konkreta exempel på hur man praktiskt kan underlätta vaccinationen. Vi ser dock inte att en majoritet av regionerna har gjort sådana anpassningar.

4.4.5 Regionerna har på flera sätt tagit vaccinet till målgrupperna

Mobila och tillfälliga vaccinationsenheter kan öka möjligheten till vaccination genom att förbättra den fysiska tillgängligheten. Det kan också underlätta vaccination för personer som själva av olika skäl inte har förmåga att planera och fullfölja en vaccination, genom att vaccinet i stället kommer till dem. Exempel på insatser är vaccinationsbussar, pop-up-vaccination i tillfälliga lokaler och vaccination på arbetsplatser eller att integrera vaccination med annan vård eller social verksamhet. Erfarenhet från tidigare vaccinationsarbete betonar vikten av att mobila enheter och uppsökande verksamhet kommer tillbaka till samma plats flera gånger.

Regionerna har organiserat vaccinationsprocessen på olika sätt. Vissa har inrättat stora vaccinationscentraler medan andra främst har förlagt vaccinationen på vårdcentralerna. I våra intervjuer med regionföreträdare framkommer att regionerna på olika sätt har arbetat för att nå ut med vaccin till identifierade målgrupper genom att befinna sig där målgrupperna är. De har till exempel vaccinerat på härbärgen för att nå personer i hemlöshet och på platser för sprututbyte för att nå personer med missbruk. Andra exempel är att regionerna har samarbetat med psykiatri och kriminalvården. Flera har också erbjudit vaccination i lokaler där SFI-undervisning bedrivs och vaccinerat i anslutning till moskéer. En region har gjort hembesök för att vaccinera kvinnor med skyddad identitet.

Mobila vaccinationsmottagningar i form av bussar eller vaccination i tillfälliga lokaler har varit mycket vanligt. Regionerna har främst placerat sådana tillfälliga vaccinationsmottagningar på platser där många människor rör sig, exempelvis i närheten av köpcentrum och i områden med lägre vaccinationstäckning.

” När vi varit runt med bussen, många som vaccineras då är inte negativa till vaccin, men de tar sig inte iväg av olika anledningar. Man har ingen bil eller cykel, man vågar inte ringa, men om vaccin finns framför näsan är jag inte negativ. En del är inte motståndare, men de är felinformerade. De har inte fått en chans att ställa sina frågor. Blir de lyssnade på och får tid att prata, då kan de känna sig trygga.”
(Vaccinsamordnare i en region)

Att besöka samma plats flera gånger kan vara viktigt. Flera regioner uppger att de har erfarenhet av att det tagit tid innan människor valt att vaccinera sig vid en tillfällig vaccinationsenhet.

” På en av våra första drop in-mottagningar kom det typ 7 stycken. Då kände vi att nu har vi tänkt fel, men vi tänkte att trägen vinner, och nästa gång var de 60. /.../ Vi gav ju inte upp men om nån hade sagt att ”ni måste vara här fyra gånger för att få effekt” så hade man varit mer inställd på det.”
(Regionföreträdare)

En förklaring kan vara att människor först behöver möjlighet att ta del av information och ställa frågor, och att de behöver tid på sig för att bygga förtroende och fatta sitt beslut.

4.4.6 Regioner har ökat tillgängligheten genom utökade öppettider och drop-in

Att anpassa lokaler efter olika målgruppers behov och säkerställa hög tillgänglighet är centralt för att stärka möjligheten till vaccination. Det kan handla om att tillgänglighetsanpassa lokaler, utöka öppettider och erbjuda drop-in-vaccination men också se till att det är möjligt att ta sig till och från vaccinationsplatser med kollektivtrafik.

Våra intervjuer visar att det är vanligt att regionerna har erbjudit drop-in-tider. Flera regioner uppger att de började erbjuda drop-in när tillgången till vaccin var bättre och bedömningen var att det gick att genomföra på ett smittsäkert sätt. Vissa regioner har haft drop-in på några utvalda platser där vaccinationstäckningen förväntades bli eller visade sig vara lägre, medan andra har erbjudit drop-in på de flesta vaccinationsmottagningarna. Det finns också exempel på kampanjer med utökade öppettider på mottagningarna.

Flera regioner har vaccinerat i lokaler som är välkända för olika målgrupper, vilket kan vara ett exempel på att man anpassat lokaler efter målgruppernas behov och ökat tillgängligheten. Våra undersökningar säger dock inget om ifall lokalerna har tillgänglighetsanpassats, eller i vilken utsträckning som regionens satsningar på anpassade lokaler har motsvarat behoven hos olika målgrupper. Vi kan heller inte bedöma möjligheten att resa med kollektivtrafik.

4.4.7 Regioner har använt förebilder för att sprida information

Samarbete om kommunikation och information med personer som har förtroende och inflytande hos olika målgrupper kan påverka människors motivation till vaccination. Om informationen om covid-19, vaccinet och vaccinationsprocessen kommer från en person som målgruppen har förtroende för kan det bidra till att förändra människors attityder, uppfattningar, känslor och avsikter när det gäller vaccinet. Det kan också påverka människors förmåga genom att de får mer kunskap om vaccinet och vaccinationsprocessen. Att information kommer från en betrodd källa är centralt för hur informationen värderas.

Tio regioner berättar att de har spridit information om vaccinet med hjälp av personer som målgrupperna har förtroende för. Det har handlat om religiösa ledare, representanter från det lokala civilsamhället och idrottsledare. SST har bistått vissa regioner med stöd i arbetet, och i en region bidrog det till att vaccinationsbussar placerades vid moskéer och kyrkor, samtidigt som imamer och präster rekommenderade personer de mötte att gå till vaccinbussen. Hög tillgänglighet ska enligt SST:s företrädare ha sänkt tröskeln för vaccination, i kombination med att personer med stort förtroende i målgrupperna förespråkade vaccination. Även flera regionföreträdare uppger att det har varit viktigt att samarbeta med aktörer som har kunskap om målgrupperna.

4.4.8 Det har varit avgiftsfritt att vaccinera sig

Att minimera direkta och indirekta kostnader för vaccination är ett sätt att ta bort hinder för vaccination. Det kan öka individers möjligheter att vaccinera sig genom att den ekonomiska tillgängligheten blir bättre.

Vaccination mot covid-19 har varit gratis för alla i Sverige, även för personer som är asylsökande eller befinner sig i landet utan tillstånd (Folkhälsomyndigheten 2022). Däremot kan vaccination vara förknippat med indirekta kostnader, till exempel för resor till och från vaccinationsmottagningen eller utebliven arbetsinkomst. Sådana indirekta kostnader kan ha betydelse för individers benägenhet att vaccinera sig. Som vi har redovisat i tidigare avsnitt finns det exempel från regioner på insatser som kan minska de indirekta kostnaderna för vaccination. Det handlar exempelvis om regioner som har bistått med avgiftsfri transport till och från vaccinationsplatser genom att dela ut bussbiljetter till papperslösa och asylsökande personer. Flera regioner har också åkt till större arbetsplatser och erbjudit vaccination på plats, vilket både tar bort avgifter för transport och minskar risken för utebliven arbetsinkomst.

4.4.9 Incitament och obligatorier har använts i liten utsträckning av regionerna

Incitamentsbaserade insatser kan handla om att lyfta fram vaccination som norm. En del i den nationella informationsstrategin har varit att vid informationsinsatser utgå från dem som är positivt inställda till vaccination mot covid-19. Det har bland annat skett genom att Folkhälsomyndigheten har informerat om hur många som vaccinerat sig för att på så sätt förstärka den sociala normen, bekräfta vaccinationsbeslut och visa att vaccinationsprocessen fortskrider (Folkhälsomyndigheten 2021h).

Belöningar är ett annat sätt att locka människor att vaccinera sig, till exempel att erbjuda lunchkuponger, lotter eller andra former av ersättningar. Den här typen av insatser är, vad vi känner till, ingenting som förekommit i Sverige. Beteendevetenskaplig forskning har visat att incitamentsbaserade insatser kan betona vikten av vaccination, men samtidigt signalerar de att alla människor inte väljer att vaccinera sig, och därmed försvagas bilden av vaccination som norm. Forskningen är i övrigt inte entydig vad gäller resultaten av incitamentsbaserade insatser (ECDC 2021a).

Ekonomisk ersättning för vaccination är kontroversiellt men prövades i en svensk randomiserad kontrollerad studie under 2021 där deltagarna erbjöds 200 kronor om de vaccinerade sig mot covid-19. Resultatet visade att insatsen ökade vaccinationstäckningen med 4,2 procent i gruppen (från en täckningsgrad på 71,6 procent) oavsett socioekonomiska faktorer bland deltagarna (Campos-Mercade m.fl. 2021).

Även obligatorier användas kan användas för att påverka människors vaccinbeteende. Det kan handla om att ställa krav på vaccin för viss yrkesutövning eller vissa sociala aktiviteter och resor. Flera europeiska länder har infört krav på vaccinationsbevis och liknande, vilket har lett till debatter om de inskränkningar åtgärderna har inneburit av människors autonomi och rättigheter, också i Sverige.

Den här typen av insatser kan vara problematiska och måste föregås av en noggrann intresse- och proportionalitetsavvägning. Individens rätt att själv besluta vilken sjukvård hen vill ta emot är väl förankrad både i svensk grundlag och i internationella dokument. Reglerna om informerat samtycke inom hälso- och sjukvården gäller även vid vaccinationer, och de är uttryck för denna rätt till självbestämmande. Utvecklingen inom vården har under lång tid gått mot ett patientperspektiv, och utrymmet för att ge vård under tvång har blivit allt mindre. Även i de situationer då tvångsbestämmelser gäller, finns krav på att de ska vara proportionerliga och att patientens rätt till självbestämmande så långt som möjligt ska respekteras (se t.ex. 1 kap. 4 § smittskyddslagen). Forskning har också visat delade resultat: Krav på vaccinationsbevis kan göra personer som redan har för avsikt att vaccinera sig än mer övertygade, men det kan ha motsatt effekt hos dem som tvekar (ECDC 2021a).

På den regionala nivån är vår bedömning att incitamentsbaserade insatser och obligatorier har använts i liten omfattning. Den typen av insatser kan vara effektiva för att påverka personer som är tveksamma inför vaccination, eller motståndare till vaccination, men mer forskning behövs för att förstå effekterna (ECDC 2021a). Det är också viktigt att betona att insatserna syftar till att påverka människors beteende, snarare än att påverka hur människor tänker eller känner inför vaccination. Det behöver därför kompletteras med andra insatser som adresserar främjande och hindrande faktorer i grupper med låg vaccinationstäckning (ECDC 2021a).

4.4.10 Regionerna har kombinerat olika insatser

Kunskapen om effektiva strategier för att öka människors vaccinacceptans och vaccinationstäckning har ökat på senare år. Forskning visar att det har begränsad effekt att endast erbjuda information för att öka människors kunskap, och därigenom förändra beteenden, men information kombinerat med andra insatser har visat sig vara effektivt (WHO 2020). Generellt är det mest effektivt med en kombination av olika insatser, till exempel anpassad kommunikation och insatser för att öka tillgängligheten (CDC 2021a). Det är viktigt att inte ha ett ensidigt fokus på enbart informationsinsatser och att inte underskatta betydelsen av sociala normer och praktiska faktorer.

Vår genomgång visar att regionerna har arbetat med flera insatser parallellt. I ett par intervjuer lyfts också vikten av att kombinera olika insatser, för att regioner till exempel upplever att resultatet av tillfälliga vaccinationsenheter blir bättre om besökarna först har fått information.

4.5 Få regioner har följt upp eller utvärderat riktade insatser på ett systematiskt sätt

Att följa upp och utvärdera insatser kan bidra med värdefull information. Det kan visa om insatser genomfördes på avsett vis, vilka resultat och effekter som insatserna gav och om insatserna hade några oförutsedda eller negativa effekter. Sådan kunskap är viktigt för att man ska kunna justera insatsernas utformning eller på annat sätt utveckla arbetet. Utvärderingar behövs också som underlag för att säkerställa att offentliga medel används på ett kostnadseffektivt sätt (ECDC 2021a).

Några regioner uppger i våra intervjuer att det är svårt att följa upp de riktade vaccinationsinsatserna. Eftersom regionerna genomför flera insatser parallellt menar intervjupersonerna att det är svårt att isolera effekterna av enskilda insatser, och veta vilken av insatserna som bidragit till ett specifikt resultat. Det här framkommer också i SKR:s månadsrapport till regeringen i september 2021. SKR framhåller kombinationen av insatser som en framgång (SKR 2021b).

Vår sammanställning av rekommenderade arbetssätt och insatser visar att det ofta är framgångsrikt att kombinera flera insatser, men det kan ändå vara värdefullt, med information om enskilda insatserns resultat och effekter.

Att det är svårt att mäta effekter av enskilda insatser framhålls också av ett par länsstyrelser. Länsstyrelserna har haft i uppdrag att sammanställa och sprida åtgärder som visat sig ha god effekt inom ramen för uppdraget att bistå regionerna i arbetet med att uppnå en högre vaccinationstäckning.

De utmaningar som regionerna lyfter fram är reella; det är svårt att fastställa kausalitet mellan en insats som syftar till att fler människor ska vaccinera sig och den faktiska vaccinationstäckningen. Det har att göra med att många faktorer utanför insatsen också kan påverka vaccinationstäckningen, och det är svårt att särskilja vilka faktorer som ledde fram till det uppmätta resultatet. Randomiserade kontrollerade studier, där man använder en kontrollgrupp, är ett sätt att närma sig frågan men de är komplexa och metodologiskt utmanande att genomföra (ECDC 2021a).

Enligt våra intervjuer är det vanligaste att regionerna följer upp de riktade insatserna genom att analysera vaccinationstäckningen områdesvis, som en indikation på olika insatserns genomslag. Det här är en generell form av uppföljning som gör det svårt att koppla eventuella förändringar i vaccinationstäckningen till en enskild insats, särskilt när flera insatser genomförs parallellt i samma område. En region säger uttryckligen att de inte har någon specifik uppföljning av insatser utöver att de följer täckningsgraden generellt. Några regioner uppger att de mer specifikt följer upp enskilda insatser, till exempel genom att dokumentera vad som har gjorts, var och under vilken tidsperiod samt hur många som vaccinerade sig i anslutning till att insatsen genomfördes. En del regioner uppger också att de har tillgång till analysverktyg eller funktioner inom regionen som kan hjälpa till med mer avancerade analyser av data om täckningsgrad. Utmaningen med att isolera effekter och särskilja insatser från varandra kvarstår dock, och det är med den här typen av uppföljning svårt att närma sig frågan om kostnadseffektivitet för enskilda insatser. Men i avsaknad av andra lättanvända metoder för att följa upp olika insatser bedömer vi att ett sådant här tillvägagångssätt ändå är bättre än ingenting alls. Det ger möjlighet att identifiera förändringar genom att jämföra vaccinationstäckningen i ett område före och efter en insats, och det går också att jämföra täckningen i olika geografiska områden där vissa har fått en viss insats och andra områden inte. Man måste dock vara försiktig med att tillskriva kausalitet mellan insatser och uppmätt vaccinationstäckning (ECDC 2021a).

Ett par regioner nämner i intervjuerna att de arbetar med en samlad utvärdering av arbetet, eller planerar att ta fram en sådan. Vår tolkning är dock att de inte tänker följa upp och utvärdera enskilda insatser utan mer sammanställa sina erfarenheter av arbetet som helhet, vilket också kan vara värdefullt.

Sammantaget finns utmaningar med att följa upp och utvärdera enskilda riktade insatser, och vår bild är att de flesta regioner inte systematiskt följer upp sina riktade insatser. Vi tror dock att de initiativ till uppföljning som regionerna har tagit skulle kunna utvecklas genom till exempel intervjuer med målgrupperna och personalen som varit inblandade i vaccinationerna, och därmed bidra med värdefull information om olika insatsers betydelse.

5 Den nationella styrningen har inneburit utmaningar för regionernas arbete

I det här kapitlet redovisar vi våra resultat om hur den statliga styrningen har fungerat. Våra intervjuundersökningar visar att det höga tempot i vaccinationsarbetet och olika förväntningar på statens och regionernas roller och ansvar har komplicerat arbetet med riktade insatser till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning.

5.1 Högt tempo, snabba förändringar och otydlighet har försvårat regionernas arbete

Vaccin mot covid-19 togs fram rekordsnabbt, och både vaccinationsprocessen och själva pandemin har kantats av snabba kast och förändringar. Det har varit en utmaning för alla inblandade aktörer. Vår intervjuundersökning visar att detta även har påverkat regionernas arbete med riktade insatser. Regionerna upplever att besked från Folkhälsomyndigheten har lämnats med kort framförhållning och att Folkhälsomyndigheten i flera avseenden inte verkar ha tagit hänsyn till verksamheternas praktiska förutsättningar.

5.1.1 Många regioner upplever att besked har lämnats med kort framförhållning

En stor utmaning för regionerna har varit att nya besked från Folkhälsomyndigheten har lämnats med kort framförhållning. Det har bland annat handlat om information om prioriteringsordningen och tillgången till vaccin. En majoritet av regionerna uttrycker att den korta framförhållningen har försvårat arbetet. Intervjupersoner beskriver även att regionerna inledningsvis inte fick någon förhandsinformation utan att de fick ny information samtidigt som allmänheten. Några regionföreträdare uppger att kommunikationen och framförhållningen till viss del har förbättrats över tid, men att det fortfarande vid tiden för intervjuerna inte fungerade bra. En regionrepresentant anser tvärtom att dialogen har blivit sämre.

*” Jag förstår att Folkhälsomyndigheten är orolig att saker ska läcka ut men stora beslut har vi i princip fått information om via pressmeddelanden eller pressträffar första halvåret. Om det är en extrainsatt pressträff kl. 10, då sitter jag i möte och sedan efter mitt möte ringer reportrar. Vi måste i alla fall få veta när Folkhälsomyndigheten har pressträffen! Nu för tiden vet vi det och får reda på det någon timme innan men vi hinner inte förbereda organisationen. /.../Om vi inte kan realisera deras beslut är det inte bra.”
(Vaccinsamordnare i en region)*

Bristen på framförhållning har fått konsekvenser för regionernas möjligheter att planera och genomföra arbetet på ett fungerande sätt. Det här gäller inte specifikt arbetet med riktade insatser, men det har påverkat regionernas vaccinationsarbete som helhet. Om förutsättningarna för en bra implementering av insatser saknas riskerar det också att minska allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården i vaccinationsarbetet. Intervjupersoner upplever att Folkhälsomyndigheten inte har förstått vaccinsamordnarnas viktiga ställning, och att de hade behövt förhandsinformation för att kunna planera och organisera arbetet på ett fungerande sätt.

*” Kommunikationen är viktigt i en kris, HUR man kommunicerar saker är viktigt för om människor ska lita på oss och förstå. Ganska ofta har de (Folkhälsomyndigheten) kommunicerat nya direktiv på en presskonferens utan att vi har fått någon heads up. Om vi ska vara deras förlängda arm ute i regionerna hade vi behövt mer förhandsinfo, fått känna att vi var en del av deras team. /.../ Ibland har vi fått info vid 21.30 på kvällen om saker som ska verkställas nästa dag.”
(Vaccinsamordnare i en region)*

*” Det är en kedjereaktion av händelser som skapas när man gör snabba kast. Det har inte varit så lätt att avboka 1 500 personer här ikväll, hur ska vi göra det?”
(Vaccinsamordnare i en region)*

Situationen har varit särskilt utmanande när förutsättningarna snabbt har ändrats och regionerna inte har hunnit ta till sig och anpassa sin kommunikation och sitt arbete efter nya direktiv. Flera intervjupersoner uppger att det kan ha skadat förtroendet och att det finns risk för att tveksamma personer blir mindre benägna att vaccinera sig.

Processen i sig har varit utmanande med vacciner som togs fram fort och där rekommendationerna kring vaccinerna ändrats under processens gång, till exempel att Astras vaccin bara skulle ges till yngre personer under 65 år initialt och senare endast till personer 65 år och äldre, och att dosintervallerna har justerats under vaccinationsprocessen från kortare till längre och sedan kortare igen. Det har varit en utmaning kommunikationsmässigt, speciellt för att nå de som inte vill vaccinera sig."
(Regionföreträdare)

Samtidigt förstår flera regioner att det varit svårt för Folkhälsomyndigheten att ha god framförhållning, eftersom exempelvis vaccintillgången inte varit möjlig att planera långt i förtid.

Företrädare för Folkhälsomyndigheten instämmer i att det inledningsvis var mycket korta ställtider och uppger att myndigheten initialt brast i delar av kommunikationen till regionerna. Orsaken uppges vara det mycket höga tempot i kombination med ett enormt informations- och kommunikationsbehov – förändringar skedde snabbt och det fanns inte tid för bättre framförhållning. Alternativet hade enligt Folkhälsomyndigheten varit att vänta med att införa vissa rekommendationer för att regionerna skulle vara bättre förberedda. Folkhälsomyndigheten har strävat efter att ge regionerna mer förhandsinformation och bättre möjligheter att organisera arbetet regionalt och lokalt. Det har bland annat skett genom att myndigheten har informerat regionerna om att de arbetar med en viss fråga och att besked kan komma inom kort.

5.1.2 Regionernas möten med Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten har sedan december 2020 haft veckovisa möten med regionernas vaccinsamordnare. Veckovisa möten har också hållits med smittskyddspersonal i regionerna. Mötena skulle vara ett sätt för Folkhälsomyndigheten att delge regionerna information och ge regionerna möjlighet att ställa frågor. Vår intervjuundersökning tyder på att det finns skilda synsätt på hur dessa möten har fungerat. Medan Folkhälsomyndigheten menar att det funnits utrymme för dialog och möjlighet att ställa frågor har regionerna i stor utsträckning upplevt att det saknats möjligheter till dialog och att få gehör för synpunkter och förslag.

5.1.3 Folkhälsomyndighetens möten med vaccinsamordnarna

Flera regioner uppger att de har negativa erfarenheter av möten och dialog med Folkhälsomyndigheten. Upplevelsen är ofta att Folkhälsomyndigheten inte har varit lyhörd för regionernas perspektiv och inte har tagit vara på deras inspel.

Flera intervjupersoner framhåller att de veckovisa mötena mellan Folkhälsomyndigheten och vaccinsamordnarna har präglats av envägskommunikation och information istället för dialog. En del intervjupersoner berättar att de fört fram olika idéer om hur arbetet kan effektiviseras men inte fått gehör för detta. Ett par regioner anser att Folkhälsomyndigheten hade kunnat arbeta med förberedelser för olika scenarion tillsammans med regionerna, men att det inte alls har skett.

Företrädare för Folkhälsomyndigheten uppger att syftet med de veckovisa mötena har varit att ge regionerna information och svara på deras frågor. Det har enligt myndigheten varit öppet för frågor och dialog. Folkhälsomyndigheten beskriver att deltagarna varit många och att det i en stor grupp är svårt att få konsensus i alla frågor. Det har heller inte varit syftet, utan ofta har det handlat om att hantera frågor för att arbetet ska gå framåt. Det kan medföra att några deltagare har känt sig missnöjda. Företrädare för Folkhälsomyndigheten känner inte igen sig i regionernas beskrivning av att mötena inte har präglats av dialog.

Sammantaget är regionerna mycket kritiska mot Folkhälsomyndighetens styrning och dialog. Det finns dock regioner som också lyfter fram positiva aspekter av samarbetet, exempelvis att mötena med Folkhälsomyndigheten har varit bra för omvärldsanalys och att det har varit enkelt att nå Folkhälsomyndigheten för att få svar på medicinska frågor.

5.1.4 Folkhälsomyndighetens möten med smittskyddspersonal

Mötesstrukturen med separata möten för Folkhälsomyndigheten och vaccinsamordnarna respektive smittskyddspersonalen upplevs som kontraproduktivt av några regioner, eftersom olika information har förmedlats till de båda grupperna. En del intervjupersoner efterfrågar bättre samordning mellan mötena, eller en helt annan mötesstruktur.

Man har kommunicerat med flera olika grupper och ibland har information gått ut i olika kanaler så vaccinsamordnarna nås av informationen bakvägen, när det är vi som ska planera vaccinationen. /.../ Det finns tillfällen då man nåts av information och när diskussion uppstår har man olika bild av det. Diskussionen löper i olika spår och det finns olika syn på vad som gäller." (Vaccinsamordnare i en region)

Företrädare för Folkhälsomyndigheten uppger att man har strävat efter att inte hantera vaccinationsfrågor i mötena med smittskyddspersonal, men att det har funnits frågor som har behövt hanteras i båda kanalerna. Folkhälsomyndigheten menar att det behövs en intern dialog mellan olika funktioner inom regionerna som inte myndigheten kan ansvara för.

5.1.5 Flera regioner har upplevt prioriteringsordningen som otydlig

Flera regioner menar att Folkhälsomyndighetens prioriteringsordning har försvårat arbetet med vaccinationerna. Det beror framför allt på att prioriteringsordningen har pekat ut grupper som regionerna inte på ett enkelt sätt har kunnat identifiera. Det har därför tagit mycket tid för regionerna att urskilja individer i de olika grupperingarna. Eftersom vaccineringsordningen har följt prioriteringsordningen menar regionerna att processen har försenat arbetet. Ett par regioner anser att processen hade varit enklare och snabbare om vaccineringsordningen hade byggts enbart på ålder.

18–64 år med dessa diagnoser ska vaccineras” säger Folkhälsomyndigheten... Det tar en evighet i timmar att identifiera dessa grupper, det finns inget register. De ska vaccineras innan allmänheten. Säkert rätt medicinskt men hade vi gått på ålder så hade vi kunnat ”schoofff” och så vaccinerar vi alla dessa mycket snabbare. Regionen får inte föra register över befolkningen på det sätt som prioriteringsordningen har angett – det har därför tagit tid att hitta de personerna. Det hade varit bättre att enbart gå på åldersgrupper istället för annan prioritering.”
(Vaccinsamordnare i en region)

Flera regioner påtalar att detta visar på bristande förståelse och ett stort glapp mellan Folkhälsomyndigheten och den praktiska verksamheten i regionerna.

En region framhåller att regionerna även har tolkat prioriteringsordningen på olika sätt. En annan region uppger att de under processen har behövt be om förtydliganden från Folkhälsomyndigheten om hur prioriteringsordningen ska tolkas.

När gapet är så stort mellan direktiv till utförandet dyker det upp många frågor /.../ Då har vi varit tvungna att fråga ”Vad gäller denna grupp? Och denna?” /.../ Att få be om förtydliganden, och ifrågasättande, t.ex. ”just denna grupp är inte nämnd” och kring LSS som inte var med, och sen socialpsykiatri - var är de?”
(Vaccinsamordnare i en region)

I vår frågeundersökning till socialchefer har fem av de tretton svarande kommunerna synpunkter på prioriteringsordningen. Kommunerna uppger att prioriteringsordningen har upplevts som ologisk och otydlig och att det förekom olika tolkningar av vilka som ingår i de olika faserna. Det gäller särskilt personer inom socialpsykiatri och personer som omfattas lagen om service och stöd till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Även företrädare för Föreningen Sveriges socialchefer uppger att dessa målgrupper hanterades olika.

Att det kan innebära utmaningar för regionerna att i praktiken urskilja grupper med specifika tillstånd eller diagnoser var känt redan tidigare. I Folkhälsomyndighetens rapport om erfarenheter av vaccination mot säsongsinfluensa 2020/21 anges att smittskydds enheterna i regionerna lyfte svårigheter med att nå personer i medicinska riskgrupper under 65 år, vilket inte heller då var ny information. Anledningen är att patienter med dessa sjukdomar ofta inte finns listade i något register, vilket innebär att det är svårt att kalla dem till vaccination (Folkhälsomyndigheten 2021g).

Intervjuade företrädare för Folkhälsomyndigheten framhåller att bristen på vaccin tvingade fram en prioriteringsordning. Myndigheten övervägde initialt ett åldersbaserat system men menar att många riskgrupper då hade riskerat att få vänta på vaccin. Folkhälsomyndigheten uppger att man var medvetna om att det skulle bli svårt för regionerna att identifiera vissa grupper, men att störst risk för allvarlig sjukdom ska gå först. Man ser det dock som en lärdom inför framtiden, vikten av underlag och arbetssätt för att identifiera och nå olika riskgrupper.

5.2 Olika förväntningar på aktörernas roller och ansvar

Sammantaget visar vår analys på en otydlig rollfördelning mellan de centrala aktörerna och brister när det gäller att väga samman olika perspektiv. Intervjuundersökningen tyder på att det finns en spänning mellan å ena sidan regionernas behov av nationellt stöd för att välja och utforma insatser och arbetssätt för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning, och å andra sidan det kommunala självstyret och regionernas ansvar för hälso- och sjukvården.

Vår bild är att Folkhälsomyndigheten strävat efter att ge regionerna övergripande stöd och varken haft resurser eller lagligt utrymme att gå in i "hur-frågorna", men att regionerna önskat mer konkret stöd. Samtidigt är många regioner missnöjda med det statliga stödet genom länsstyrelserna. Det finns även regioner som sett länsstyrelsernas stöd som värdefullt.

Mellan de statliga aktörerna har det funnits olika synsätt kring kommunikationen av vaccinationerna och vilka perspektiv som ska vägleda prioriteringarna i vaccinationsarbetet.

5.2.1 Regionerna ansvarar för vaccinationerna men efterfrågar mer nationellt stöd

Regionerna har huvudansvaret för vaccination enligt hälso- och sjukvårdslagen (se även avsnitt 2.2). Folkhälsomyndigheten har tagit fram en nationell plan för vaccination mot covid-19. Folkhälsomyndigheten har också tagit fram rekommendationer för vaccinationen, samordnat och planerat distributionen av vaccin till landets regioner och genomfört samordnade nationella informationsinsatser om vaccinationen. Dessutom har Folkhälsomyndigheten haft regelbunden dialog med

regionerna i olika forum och sedan augusti 2021 stöttat regionerna med statistik om vaccinationstäckningen på områdesnivå (DeSO).

5.2.1.1 Oklarheter om ansvaret mellan den nationella och den regionala nivån

Flera regioner efterfrågar mer stöd från nationell nivå, framför allt om stöd kring val och utformning av insatser och arbetssätt för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning (se avsnitt 4.1 för mer information).

I intervjuer med företrädare för Folkhälsomyndigheten framkommer fyra huvudsakliga skäl till att stödet till regionerna inte har varit mer omfattande.

För det första framhåller respondenterna att med hänvisning till det kommunala självstyret kan inte Folkhälsomyndigheten tala om för regionerna vad de ska göra, utan huvuduppgift är att tillgängliggöra fakta. Myndigheten tillhandahåller statistik och uppföljning (såsom statistik om vaccinationstäckningen på DeSO-nivå) och kan bidra med samordning.

För det andra kan det finnas begränsningar i Folkhälsomyndighetens resurser för att stödja regionerna. En intervjuuppgifter att myndigheten skulle ha behövt extra resurser för att ge mer stöd till regionerna.

För det tredje tycks intresset för vissa att Folkhälsomyndighetens stöd inte ha varit tillräckligt stort i regionerna. Folkhälsomyndigheten erbjöd utökat stöd till regionerna med utgångspunkt i TIP-metoden vid ett seminarium under hösten 2021, men ingen region valde att gå vidare med det.

Slutligen kan det vara svårt att från nationell nivå ge mer konkret vägledning till hur arbetet bäst ska bedrivas lokalt. Företrädare för Folkhälsomyndigheten menar att regionerna har olika förutsättningar. Samma uppfattning uttrycks även i Folkhälsomyndighetens rapport om erfarenheter av vaccination mot säsongsinfluensa (Folkhälsomyndigheten 2021g).

*“Folkhälsomyndigheten har tillhandahållit detaljerade analyser på DeSO-nivå som gör att man rätt väl vet var de områdena med lägre täckning finns. Regionerna har bäst kunskap om hur man når ut.”
(Företrädare för Folkhälsomyndigheten)*

Företrädare för Folkhälsomyndigheten framhåller även att de uppfattade att de veckovisa möten som SKR har med vaccinsamordnarna har fungerat bra för erfarenhetsutbyte mellan regionerna om arbetssätt och insatser, och att man därför inte såg behov av att anordna möten med det syftet.

Utöver önskemål om mer nationellt stöd kring insatser och arbetssätt efterfrågar flera regioner nationell samordning kring andra delar. Fyra regioner uppgifter att regionerna hade varit hjälpta av stöd med olika digitala lösningar, som hade kunnat förenklas, förbättras eller samordnas nationellt. Det handlar om bokningssystem

för vaccination, system för uppföljning och system för logistik och fördelning av vaccin. Regionerna uppges ha olika kompetens och resurser för att med kort varsel utveckla den här typen av system, vilket resulterade i många olika lösningar.

” Här lämnades regionerna åt att själva hitta lösningar, vilket man gjorde, men det blev ju då minst 21 olika lösningar. En samordning hade kunnat ske, vi hade ju ändå minst sex månaders framförhållning från att planering och dialog kring vaccin överhuvudtaget drog igång.”
(Vaccinsamordnare i en region)

” Hade inte kunnat föreställa oss hur mycket logistik det skulle vara. 21 regioner har själva hittat på sina egna system för att hålla koll på leveranser, bäst före datum, täckningsgrad osv. Apropå vilket stöd man hade kunnat få.”
(Vaccinsamordnare i en region)

5.2.1.2 Översatta material mötte inte regionernas behov

Flera regioner anser vidare att översatt informationsmaterial kom för sent från nationell nivå. Folkhälsomyndigheten har sedan december 2020 tillsammans med Läkemedelsverket, MSB och Socialstyrelsen haft i uppdrag att genomföra samordnade nationella informationsinsatser om vaccination, främst till allmänheten. I Folkhälsomyndighetens uppdrag har det ingått att ta fram fakta, underlag och information om vaccination mot covid-19 till allmänheten och till grupper med lägre täckningsgrad av andra vaccinationer. MSB har haft ansvar för att följa och hantera missinformation, desinformation och ryktesspridning om vaccination mot covid-19.

En del regioner uppger att de själva har översatt material eftersom det annars har tagit för lång tid. Det gäller hälsodeklarationer, information om vaccinet och skäl till att vaccinera sig samt material för att bemöta desinformation. Vissa intervjupersoner är också kritiska till kvaliteten på den nationella informationen och menar att den inte möter behoven hos alla grupper i samhället.

” Den nationella informationen hade kunnat hålla högre kvalitet utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Information på olika språk, t.ex. hälsodeklarationer på andra språk, hade behövts från nationellt håll tidigare. Viktigt att kommunicera information på olika sätt: inte enbart skrift, animerat och filmer m.m. Större variation behövs! Informera alla människor i vårt samhälle utifrån de förmågor som folk har. Både bättre information och tajming behövs!”
(Vaccinsamordnare i en region)

Det vi skulle behövt mer är snabbare översättningar, det tar så otroligt mycket tid. Allt ifrån restriktioner när de kom till att varför ska man vaccinera sig och deras funktion. Finns standard på olika språk men de tog för lång tid. Konstant behöver vi ha ut på andra språk, en del har vi varit tvungna att översätta själva då det tagit tid. Det kommer inte trots att Folkhälsomyndigheten säger det." (Regionföreträdare)

Det som kommit från nationellt håll har varit bra men det hade behövt komma tidigare, t.ex. för att bemöta desinformation. Man borde startat med kommunikationen redan i fas 1 för dessa grupper." (Vaccinsamordnare i en region)

I intervju med företrädare för Folkhälsomyndigheten under maj 2022 framkommer att översättning av informationsmaterial påbörjades så snart uppdraget kom, och att information om vaccination fanns översatt till 21 språk. Intervjupersonen uppger att det tar mycket resurser att översätta material och att mindre regioner har efterfrågat mer stöd av myndigheten, men att större regioner har haft större egen kapacitet. En utmaning uppges vara det höga tempot i kombination med vikten av att säkerställa att rätt information gick ut till allmänheten. Kvalitetsgranskningen kan ha inneburit att det översatta materialet tog längre tid att producera.

Det som är utmaningen ut vårt perspektiv är, vi hade pengar och översättare, men vi var så noga med att det skulle vara exakt rätt kunskap. Du kan inte översätta till tjugo språk och sedan direkt ta tillbaka och ändra. Vi behövde försäkra oss om kvalitetssäkrade översättningar, men jag förstår frustrationen ute i regionerna." (Företrädare för Folkhälsomyndigheten)

Företrädare för MSB uppger att det behövs en gemensam effektiv modell för att översätta och tillgänglighetsanpassa material och att myndigheten har påbörjat ett sådant arbete.

Det förekommer att länsstyrelserna har bistått regionerna med översättningar av material, och några länsstyrelser säger att de har tagit fram eget informationsmaterial eller gjort egna översättningar.

5.2.2 Länsstyrelsernas roll har varit otydlig i flera regioner

Sedan december 2020 har länsstyrelserna haft i uppdrag av regeringen att bistå regionerna vid vaccinationen mot covid-19 (Regeringen 2020b). Uppdraget till länsstyrelserna i september 2021 gav ett uttalat fokus på grupper med lägre vaccinationstäckning, men enligt regionerna innebar uppdraget ingen större

förändring av samarbetet med länsstyrelserna. Även länsstyrelserna uppger att regeringsuppdragen ”kuggade i” redan påbörjade arbeten. En region uppger att länsstyrelsen dock frigjorde en kommunikatör som på heltid gick över till regionen för att bistå i deras arbete. En länsstyrelse anser även att det blev ett mer uttalat fokus på jämlikhet när regeringsuppdraget kom, och anser att uppdraget att bistå i arbetet för en högre vaccinationstäckning borde ha kommit tidigare.

Regionerna har delade uppfattningar om samarbetet med länsstyrelserna. Flera regioner är kritiska och menar att det har varit svårt att förstå vad länsstyrelsen kan bistå med, och deras roll i vaccinationsarbetet uppfattas som oklar. Regionföreträdare beskriver att länsstyrelser, framför allt inledningsvis, bad regionerna om olika underlag i form av statistik och lägesrapporter vilket upplevdes störa arbetet snarare än att driva det framåt. Det finns en önskan från missnöjda regioner om mer hjälp med det praktiska arbetet.

” I det här arbetet har det behövts händer och fötter, inte hjälp med samordning.”
(Verksamhetsutvecklare i en region)

” Regionen har bett om hjälp med sammanställning av aktörer som har kontakt med socialt utsatta, det svarade länsstyrelsen att de inte kunde göra.”
(Vaccinsamordnare i en region)

Det är vanligt att regionerna har haft regelbundna möten med länsstyrelsen inom sitt geografiska område för dialog om vaccinationsarbetet. Länsstyrelser har för flera regioner bidragit med att sammankalla och förmedla olika kontakter med kommunerna och civilsamhällesorganisationer, vilket regionerna har upplevt som positivt. En del länsstyrelser har också bistått med kontakter till exempelvis större företag.

” De (länsstyrelsen) har varit behjälpliga. I förlängningen har vi lärt känna kommunerna men i början värdefullt att gå via länsstyrelsen. De hade koll och upparbetat kontaktnät.”
(Regionföreträdare)

” Länsstyrelsen har hjälpt regionen att hitta nyckelpersoner i de olika områdena som kan sprida information, centrala lokala personer, civilsamhället.”
(Vaccinsamordnare i en region)

I flera regioner uppger intervjupersoner att samarbetet med länsstyrelserna har fungerat bra.

”Otroligt viktigt! Vi hade aldrig rett ut det så bra annars. De är dörröppnare, koordinerar, avlastar. Aldrig kunnat göra det utan deras stöd.”
(Regionföreträdare)

De framhåller bland annat att länsstyrelsen har varit en sammanhållande kraft i arbetet och bidragit med att facilitera och formalisera arbetet.

Länsstyrelserna ger också en blandad bild av samarbetet med regionerna har fungerat och förutsättningarna att arbeta med sitt regeringsuppdrag att bistå regionen i arbetet med vaccinationsinsatser riktat mot grupper med lägre vaccinationstäckning. Vissa länsstyrelser uppger att samarbetet har fungerat bra medan andra är mindre nöjda.

5.2.3 Tilläggsöverenskommelsen om riktade insatser hade begränsad effekt men SKR har haft en central roll

Regeringen har tecknat flera överenskommelser med SKR om vaccinationen mot covid-19. Tilläggsöverenskommelsen i september 2021 gjorde att en hög och jämnt fördelad vaccinationstäckning genom riktade insatser på ett tydligare sätt blev en gemensam inriktning för aktörerna.

Ingen av regionföreträdarna uppger dock att tilläggsöverenskommelsen förändrade någonting vad gäller arbetssätt och insatser i regionerna. Några intervjupersoner lyfter att överenskommelsen är ett stöd och har ett viktigt signalvärde men att arbetet med riktade insatser pågick redan innan överenskommelsen tecknades. En intervjuperson menar att tilläggsöverenskommelsen gjorde att regionen fick ekonomisk täckning för arbetet, men att den inte förändrade arbetets inriktning.

”Tilläggsöverenskommelsen blir en möjlighet för oss att fortsätta med samma saker som vi har gjort tidigare. Finns röster som säger att om man inte har vaccinerats nu så får det vara, men i och med tilläggsöverenskommelsen blir det tydligt att regeringen förväntar sig att vi ska fortsätta att anstränga oss.”
(Vaccinsamordnare i en region)

Däremot ser många av regionerna positivt på SKR:s roll i arbetet och de veckovisa mötena med vaccinsamordnarna. Regionerna uppger att SKR har varit ett mycket viktigt stöd. Mötena har varit välstrukturerade, tydliga och ett viktigt forum för erfarenhetsutbyte och stöd mellan regionerna. En del intervjupersoner uppger också att SKR har haft en samordnande funktion och varit regionernas samlade röst gentemot regeringen och Folkhälsomyndigheten.

5.2.4 Nationella aktörer uttrycker delvis olika syn på vaccinationsarbetet

Folkhälsomyndigheten och MSB har tillsammans med andra myndigheter regeringens uppdrag att dels samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatser till allmänheten med anledning av coronapandemin och dels att genomföra informationsinsatser till allmänheten. Företrädare för MSB anser att det hade varit lämpligt om de båda uppdragen hade slagits ihop till ett samlat kommunikationsuppdrag, men företrädare för Folkhälsomyndigheten har betonat vikten av att särskilja arbetet med vaccinationerna från arbetet med annan kommunikation. I intervjuer framhåller företrädare för Folkhälsomyndigheten att vaccinationsarbete inte är en krisfråga utan ett långsiktigt folkhälsoarbete. De båda myndigheterna uppger att de initialt hade olika syn på hur kommunikationen kring vaccinationsfrågan skulle hanteras, och att det tog tid att skapa samsyn mellan myndigheterna och hitta ett konstruktivt samarbete. Bland annat var MSB och Folkhälsomyndigheten oeniga om var information om vaccinationerna skulle publiceras. MSB ville använda Krisinformation.se, där information om covid-19 finns samlat, som en kommunikationskanal också för information om vaccinationerna. Folkhälsomyndigheten motsatte sig dock det med hänvisning till att vaccinationsarbete inte är en krisfråga.

“MSB har haft annat uppdrag att informera i kris, men vaccination per se är inte en krisfråga. Det är ett långsiktigt hälsouppdrag, det handlar om jämlik hälsa och annat. /.../ Måste skapa förståelse för att det är skillnad att kommunicera ”håll avstånd, tvätta händerna” och att kommunicera kring vaccination. Det är en annan fråga. Det är jätteviktigt för framtiden.”
(Företrädare för Folkhälsomyndigheten)

Företrädare för MSB uppger också att myndigheterna hade olika uppfattning om prioriteringsordningen för vaccination. MSB efterlyste en mer grundlig analys av behoven i samhällsviktig verksamhet, och ansåg att vissa funktioner borde ha kunnat haft företräde till vaccination för att säkerställa att kritiska samhällsfunktioner kunde upprätthållas. MSB fick dock inte gehör för det perspektivet hos Folkhälsomyndigheten.

Företrädare för MSB uppger att man generellt saknade regeringens perspektiv på frågan om samhällets funktionalitet. MSB drev frågan i olika sammanhang men upplevde att den nationella styrningen i form av regeringsuppdrag till myndigheterna framför allt betonade hälso- och sjukvårdsperspektivet.

”Folkhälsomyndigheten är experter inom sitt gebit men en pandemi får stor påverkan på många olika andra sektorer i samhället och där är inte Folkhälsomyndigheten rustade för att hantera alla konsekvenser. Hur styr man vid en kris? Nu råkade det vara en pandemi men är det rätt att lägga allt ansvar på Folkhälsomyndigheten när så många olika frågor berörs, som skolor och fri- och rättigheter?”

(Företrädare för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap)

Företrädare för Folkhälsomyndigheten uppger att det också tog tid att skapa samsyn hos myndigheterna om regionernas ansvar i vaccinationsarbetet, och att det hade underlättat om regionernas roll skrivits fram tydligare i regeringsuppdraget till myndigheterna.

”Det var vi på Folkhälsomyndigheten som fick dra och skapa förståelse hos de andra myndigheterna, främst gentemot MSB, att det är regionerna som är nyckelspelarna här – genomförandet och tillgängliggörandet av vaccinationerna är regionernas uppdrag. Det hade underlättat att tydligare skriva ut regionernas roll.”

(Företrädare för Folkhälsomyndigheten)

Efter hand utvecklades samarbetet mellan Folkhälsomyndigheten och MSB och de båda myndigheterna uppger att det med tiden fungerade bra. En lärdom inför framtiden är dock att det behöver vara tydligt redan från start vad de olika myndigheterna har för roll och att myndigheterna behöver mer kunskap om varandras uppdrag. Företrädare för MSB uppger även att det finns andra myndigheter, exempelvis Myndigheten för delaktighet (MFD), som på ett tydligare sätt behöver ingå i samarbete inför krissituationer.

”Lärdomen är att det är viktigt att vi myndigheter vet vad det är som gäller när det slår till. Att man har en större kunskap om varandras uppdrag. Man måste veta i fredstid så att säga vad som gäller om det blir en kris.”

(Företrädare för Folkhälsomyndigheten)

Civilsamhället är en viktig resurs vid kriser, och civilsamhällesorganisationer spelar en central roll i arbetet med att nå olika grupper med information om vaccination. Företrädare för MSB uppger att myndigheten inte hade några upparbetade relationer med civilsamhället sedan tidigare och menar att det behövs bättre rutiner för hur civilsamhällets aktörer kan involveras i myndigheternas arbete. SST uppges ha spelat en viktig roll för att knyta kontakter med olika trossamfund. MSB anser att det behövs en myndighetsmodell för hur samverkan ska gå till.

Även ett par länsstyrelser efterfrågar en tydligare roll- och ansvarsfördelning mellan de nationella myndigheterna.

6 Våra slutsatser och rekommendationer

Syftet med den här rapporten är att bidra med lärdomar från arbetet med att nå ut med covid-19-vaccin till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinations-täckning. I rapporten undersöker vi därför regionernas arbete med riktade insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning under covid-19-pandemin. Två frågeställningar har väglett arbetet:

- Har regionernas arbete med att nå grupper som har, eller riskerar att få, en låg vaccinationstäckning varit ändamålsenligt och kunskapsbaserat?
- Hur har den statliga styrningen fungerat utifrån regionernas perspektiv?

I detta kapitel sammanfattar vi våra resultat och slutsatser och presenterar våra rekommendationer till regeringen och regionerna.

6.1 Sammanfattning av våra resultat och slutsatser

Resultaten av våra undersökningar leder till två övergripande slutsatser:

- Det finns förbättringspotential i regionernas arbete med riktade vaccinationsinsatser.
- Den nationella styrningen har inneburit utmaningar för regionernas arbete.

6.1.1 Det finns förbättringspotential i regionernas arbete med riktade vaccinationsinsatser

Regionerna har genomfört flera olika insatser för att öka vaccinationstäckningen. Vår bild är dock att de flesta av regionerna inte har arbetat systematiskt med att ta reda på vilka faktorer som ligger bakom en lägre vaccinationstäckning i vissa grupper eller områden. Då finns det risk för att insatserna som genomförs riktar in sig på fel mekanismer, vilket slösar med både tid och resurser i en redan pressad situation. Vaccinbeteende är komplext och det finns därför inte en lösning eller en insats som fungerar överallt. Insatser behöver därför väljas eller utformas utifrån identifierade behov i grupper med lägre vaccinationstäckning.

Vi ser dock att regionerna har genomfört insatser som i hög utsträckning ligger i linje med de rekommendationerna som finns i internationella publikationer om vaccinationsarbete. Alla intervjuade regioner, 20 stycken, uppger att de har målgruppsanpassat informationen om vaccinationen mot covid-19. Regionerna har också på flera sätt ökat tillgängligheten genom att erbjuda vaccination på olika platser och i mobila enheter samt gjort insatser för att underlätta bokningen.

Våra intervjuer har gett en bred bild av regionernas arbete, men vi har ingen heltäckande bild av vilka insatser som genomförts var eller i vilken omfattning. Det gör att vi inte har möjlighet att jämföra regionernas arbete, utan kan endast visa exempel på hur arbetet har bedrivits. Vi ser dock att det finns skillnader mellan regionerna i arbetet med att planera och genomföra insatser.

Vi kan inte utifrån våra undersökningar bedöma om regionernas arbete har motsvarat behoven hos olika grupper. Vi kan däremot se att vaccinationstäckningen skiljer sig åt i olika geografiska områden och utifrån olika socioekonomiska variabler och det talar för att insatserna kan bli mer träffsäkra.

Vi drar slutsatsen att regionerna i inledningsvis verkar ha saknat tillräcklig kunskap om metoder och insatser för att nå grupper som har eller riskerar att få en lägre vaccinationstäckning. Flera regioner efterfrågar mer nationellt stöd i att välja och utforma insatser och metoder för att nå dessa grupper. De menar att det skulle ha varit bra med nationella strategiska vägval för att nå utsatta grupper, och med information om insatser som visat sig vara effektiva för att nå olika grupper. En majoritet av regionerna kom igång sent med att planera riktade insatser.

Våra undersökningar visar också att regionerna har genomfört riktade insatser tillsammans med andra aktörer, men inte dragit nytta av deras kompetens genom hela arbetsprocessen. Få regioner har uppgett att de tagit hjälp av civilsamhällesorganisationer för att identifiera olika grupper med risk för lägre vaccinationstäckning, eller för att analysera orsaker bakom en låg vaccinationsstäckning. Regionerna har heller inte arbetat systematiskt med att följa upp och utvärdera insatserna.

Det varierar stort hur mycket regionerna har arbetat med riktade vaccinationsinsatser och när arbetet kom igång, men det behöver inte vara problematiskt om skillnaderna motiveras av skillnader i behov. Däremot är det problematiskt att få av regionerna började identifiera grupper med risk för låg vaccinationstäckning innan de fick tillgång till sådan statistik på områdesnivå. Det har sannolikt medfört att vissa regioner kom igång sent och att insatserna kan ha riktats fel.

Det är svårt att identifiera drivkrafter och hinder för vaccination i en befolkning, bland annat eftersom dessa faktorer kan samvariera och grupper ofta är heterogena. Det är särskilt utmanande att genomföra kartläggningar och analyser i en pandemi med snabbt skiftande förutsättningar och många prioriteringar som behöver göras. Även om regionerna inte hade möjlighet att fullt ut arbeta enligt vedertagna metoder

såsom TIP hade de exempelvis kunnat inkludera olika civilsamhällesorganisationer tidigare och i större omfattning, för att på så sätt skaffa sig en övergripande bild av eventuella drivkrafter och hinder för vaccination i lokalbefolkningen. Detta är viktigt för att kunna driva en jämlik vård.

6.1.2 Den nationella styrningen har inneburit utmaningar för regionernas arbete

Våra intervjuundersökningar visar att högt tempot och olika förväntningar på statens och regionernas roller och ansvar har komplicerat arbetet med riktade insatser till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning.

Vaccin mot covid-19 togs fram rekordsnabbt, och både tillgången på vaccin och själva pandemin har karaktäriserats av snabba förändringar, vilket har varit en utmaning för alla inblandade aktörer. Vår intervjuundersökning visar att detta även har påverkat regionernas arbete med riktade insatser. Regionerna upplever att besked från Folkhälsomyndigheten har lämnats med kort framförhållning och att Folkhälsomyndigheten i flera avseenden inte verkar ha tagit hänsyn till verksamheternas praktiska förutsättningar.

Sammantaget visar vår analys på en otydlig rollfördelning mellan centrala aktörer och brister när det gäller att väga samman olika perspektiv. Intervjuundersökningen tyder på att det finns en spänning mellan å ena sidan regionernas behov av nationellt stöd för att välja och utforma insatser och arbetssätt för att nå grupper med lägre vaccinationstäckning, och å andra sidan det kommunala självstyret och regionernas ansvar för hälso- och sjukvården.

Vår bild är att Folkhälsomyndigheten strävat efter att ge regionerna övergripande stöd och varken haft resurser eller lagligt utrymme att gå in i "hur-frågorna", men att regionerna har önskat mer konkret stöd. Samtidigt är många regioner missnöjda med det statliga stödet genom länsstyrelserna, även om det finns regioner som sett länsstyrelsernas stöd som värdefullt.

Även statliga aktörer har haft olika syn på hur kommunikationen av vaccinationerna ska gå till och vilka perspektiv som ska vägleda prioriteringarna i vaccinationsarbetet.

6.2 Lärdomar från vaccinationsprocessen kan överföras till annan vård

Under intervjuerna frågade vi om vilka som var de viktigaste lärdomarna från arbetet med riktade vaccinationsinsatser mot covid-19. Vi vill här lyfta fram några lärdomar som handlar att skapa förutsättningar för en jämlik hälsa och vård i ett större perspektiv, även utanför vaccinationsarbetet.

6.2.1 Robusta strukturer för samverkan behöver finnas på plats innan krisen kommer

Det är många som i våra intervjuer har lyft fram vikten av att ha samverkansstrukturer på plats redan innan en kris inträffar. Vissa regioner hade sedan tidigare en struktur för kontakter med andra offentliga aktörer såsom kommunerna och länsstyrelsen, och för dem uppges samarbetet ha flutit på bättre och snabbare.

” Att ha robusta befintliga strukturer oavsett vad det handlar om i fråga om hälsoinsatser. Den tror jag vi förstärker och bygger ut ännu mer så att den basen finns på plats, på samma sätt som att vi ska vaccinera på SÄBO – vi gör det varje säsong så alla vet sina roller, det är bara att trycka på go och använda denna struktur för kommunernas samverkan och de aktörer som också är med. Det tar vi med oss och behöver bygga ut det ännu mer.”
(Vaccinsamordnare i en region)

6.2.2 Kunskap om, och kontakt med, lokalsamhället är centralt för att skapa en jämlik vård

Flera regioner uppger att vaccinationsarbetet har tydliggjort vilka hälsoklyftor som finns i deras upptagningsområde och att vården behöver arbeta på nya sätt för att hantera detta, samtidigt som man också behöver diskutera hälso- och sjukvårdens kompensatoriska roll och prioriteringar mellan riktade insatser och annan vård. Vaccinationsprocessen mot covid-19 har visat att det i mångt och mycket är samma grupper som behöver nås även i annat folkhälsoarbete, och flera regioner framhäver vikten av att ha kunskap om, och kontakt med, lokalsamhället för att få en mer jämlik vård.

” Viktigt att ha en kontakt med lokalsamhället, förstå i vilken kontext man kommer ut. Personlig lärdom att vi har ett otroligt segregerat samhälle, sjukvården måste lära sig att verka ute hos människorna. Vi kan inte förvänta oss att människorna ska komma till sjukvården. Sjukvårdens essens att jobba förebyggande. De personerna som har ett stort utanförskap – hur når vi dem med vaccinationer och förebyggande hälsa? Det är min stora lärdom. Lokalsamhället och alla samhällsfunktioner som finns är jätteviktigt.”
(Vaccinsamordnare i en region)

6.2.3 Tydligt gemensamt mål skapar förändringskraft

Flera regioner uppger att de är positivt överraskade av hur väl samarbetet mellan olika professioner och aktörer har fungerat. Att alla har haft ett tydligt gemensamt

mål och slutit upp bakom det uppges ha möjliggjort en snabb omställning och fungerande samverkan.

” Jag har varit chef i 25 år men aldrig varit med om nåt som går så enkelt - alla vill göra det bästa, inget är olösbart - en process som visar vad en organisation kan lösa tillsammans om man har samma mål och verkligen gör detta – lösningsfokuset är makalöst. Vilken är lärdomen till andra sammanhang? Varför kan man inte arbeta så på andra ställen? /.../ Det jag själv tror är orsaken är att det var ett väldigt tydligt mål och ett angeläget mål - det är väl nyckeln till allt i omställningen. Om vi vill olika saker kommer inte alla att komma samman. Får vi samma fokus med nära vård - om vi får samma känsla för det målet: att det är detta som löser sjukvården kanske vi kan nå det också.”
(Vaccinsamordnare i en region)

6.3 Flera aspekter av vaccinationsprocessen behöver analyseras vidare

Vaccinationen mot covid-19 har varit en extraordinär uppgift för hälso- och sjukvården. Vi har gjort flera intressanta iakttagelser som inte enbart handlar om riktade insatser mot grupper med lägre vaccinationstäckning, men som vi inte haft möjlighet att undersöka vidare inom ramen för denna rapport. Vi ser därför positivt på att regeringen har tillsatt en utvärdering av förberedelserna och genomförandet av vaccineringen mot covid-19 (dir. 2022:122). Nedan ger vi några exempel på frågor som vi bedömer är angelägna att undersöka vidare.

6.3.1 Exempel på frågor att undersöka vidare

Vi har inte haft möjlighet att systematiskt undersöka hur den regionala politiska styrningen av vaccinationsarbetet har sett ut i alla regioner, hur regionerna har organiserat sig och vilket ansvar olika yrkesgrupper har haft. Vi har inte heller undersökt vilka effekter som kan ha blivit av att regionerna valt att vaccinera i egen regi eller lagt ut uppdraget på privata aktörer. Det kan finnas lärdomar att hämta och dessa frågor förtjänar därför att analyseras vidare.

Vi ser också att SKR har haft en central roll i arbetet, inte minst genom överenskommelserna som tecknats mellan staten och SKR om vaccinationer mot covid-19. SKR:s möten med vaccinsamordnarna har framstått som viktiga för att utbyta erfarenheter och kunskap mellan regionerna, bland annat om arbetet med riktade insatser. Inom ramen för denna rapport har vi inte undersökt hur överenskommelserna eller SKR:s roll har påverkat i vaccinationsarbetet.

Ytterligare en aspekt att undersöka vidare är om, och i så fall hur, de ordinarie systemen för kunskapsstyrning har varit involverade i vaccinationsarbetet, och hur dessa system kan användas i en framtida pandemi.

Våra undersökningar visar att det mellan statliga aktörer har funnits olika synsätt på balansen mellan de olika perspektiv som ska vägleda prioriteringarna i vaccinationsarbetet – exempelvis smittskydd, krishantering och folkhälsoarbete. Vi ser att det är viktigt att vidare undersöka vilka kompetenser och perspektiv som är centrala att ha med vid beslut om olika åtgärder för att minska smittspridning och öka vaccinationstäckningen. Det kan exempelvis handla om avvägningen mellan smittskydd och personlig integritet eller prioriteringar mellan riktade och allmänna vaccinationsinsatser.

Det är oklart vilka riktade insatser som är förenliga med regelverken om behandling av personuppgifter, vilket vi berör i avsnitt 4.4.3. Det är viktigt att klargöra detta för att minska regionernas osäkerhet, och för att säkerställa en effektiv, ändamålsenlig och rättssäker hantering i framtiden.

En annan fråga som berör grundläggande fri- och rättigheter är vilka avvägningar som behöver göras innan man gör det möjligt att kräva vaccinationsbevis, exempelvis för att utöva vissa yrken, åka kollektivt eller gå på vissa evenemang. En sådan insats är mer generell än de riktade insatser som vi undersöker, och denna fråga berör vi endast kortfattat i avsnitt 2.3.2 och 4.4.9. När de regler som möjliggjorde krav på vaccinationsbevis för tillträde till vissa lokaler, färdmedel och evenemang i Sverige togs fram, bedömde vi att införandet av möjligheten att använda vaccinationsbevis var berättigad och proportionerlig i förhållande till syftet att skydda liv och hälsa. Men vi var kritiska till att regleringen innebar att det i praktiken var Folkhälsomyndigheten som fick avgöra om och när vaccinationsbevis skulle få användas. Det handlade om en omfattande delegering av normgivningsmakt i frågor som berörde grundläggande fri- och rättigheter till en förvaltningsmyndighet vars uppgift och expertområde är folkhälsa.⁷

I den här rapporten konstaterar vi att förtroendet för myndigheter och andra institutioner påverkar individens motivation att ta vaccin. Sveriges befolkning har överlag relativt högt förtroende för vården och samhället, vilket sannolikt har bidragit till den höga vaccinationstäckningen. En fråga som kan vara relevant att undersöka vidare är hur förtroende för hälso- och sjukvården har påverkats av statliga myndigheters och regioners arbete med olika insatser för att öka vaccinationstäckningen. Till exempel kan förtroendet öka om dessa aktörer tydligt agerar för att minska smittspridningen i samhället och sätter in riktade insatser

7 Se remissvar Vård- och omsorgsanalys, Remissyttrande över promemorian Vaccinationsbevis på serveringsställen och i andra verksamheter, smittskyddsåtgärder i långväga kollektivtrafik och förlängning av begränsnings- och serveringsförfordringarna, dnr. 4764/2021.

som ökar individers kunskap. Samtidigt kan förtroendet minska om delar av befolkningen upplever ingrepp i den personliga integriteten eller begränsningar i utövandet av vissa grundläggande fri- och rättigheter.

6.4 Våra rekommendationer

Utifrån våra slutsatser lämnar vi tre rekommendationer till regionerna och en rekommendation till regeringen. Våra rekommendationer syftar främst till att ge inspel till hur strukturerna kan rustas för kommande krissituationer med bäring på vården och omsorgen. Samtidigt kan våra rekommendationer ses som medskick till hur folkhälsoarbetet generellt kan utvecklas, framförallt för att bli mer träffsäkert i förhållande till svårnådda eller utsatta grupper.

► **Regionerna bör förbättra sitt arbete med att identifiera hinder och drivkrafter för vaccination och annan vård i sin befolkning**

Forskning och tidigare erfarenheter betonar vikten av att involvera lokalbefolkningen, civilsamhället och företrädare för olika målgrupper i vaccinationsarbetet. Både för att identifiera hinder och drivkrafter för vaccination, utforma lämpliga vaccinationsinsatser samt uppföljning och anpassning av insatserna. Våra undersökningar visar att det finns stort utrymme för regionerna att förbättra sitt arbete i detta avseende. För att en jämlik vård och vaccinationsprocess ska kunna uppnås behöver regionerna ha kunskap om, och förståelse för, olika målgruppers förutsättningar och den kontext som arbetet ska bedrivas i. Vi har även i tidigare rapporter konstaterat att regionerna kan förbättra sitt arbete med att följa behoven i befolkningen (Vård- och omsorgsanalys 2020). Det är därför viktigt att regionerna arbetar med att identifiera främjande och hindrande drivkrafter i sin befolkning och tillämpar detta vid både krissituationer såsom pandemin och generellt i folkhälsoarbetet.

► **Regionerna bör förbättra sitt arbete med systematisk uppföljning och utvärdering av riktade insatser vid fortsatt vaccination mot covid-19 och andra riktade vaccinationsinsatser**

Våra undersökningar visar att regionerna inte har arbetat systematiskt med att följa upp eller utvärdera sina riktade vaccinationsinsatser mot covid-19. Uppföljning och utvärdering behövs för att se vilka insatser som är effektiva, både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och för att veta hur väl de motsvarar förutsättningar och behov hos befolkningen.

Detta uppföljnings- och utvärderingsarbete behöver kombineras med dialog inom och mellan regionerna om vad som räknas som en bra insats. Riktade insatser kostar mer – prioriteringar behövs samtidigt som det idag inte finns några tydliga målnivåer.

Det finns metodologiska utmaningar med att fastställa kausalitet mellan enskilda insatser och förändringar av vaccinationstäckningen, men det går ändå att närma sig frågan. Ett sätt är att kombinera kvantitativ data (till exempel antal besök med mobila enheter vid ett köpcentrum och data om vaccinationstäckning) med kvalitativ data (från till exempel observationer, intervjuer och fokusgrupper). Kvalitativ data möjliggör en djupare förståelse av insatsens genomförande, och kan bidra med information som kanske inte framkommer i det kvantitativa materialet. Det är viktigt att samla data som representerar olika perspektiv – både de som är målgrupper för en insats och de som arbetar med och ansvarar för insatsen. Det är också värdefullt att inkludera andra aktörers perspektiv, såsom civilsamhällesorganisationer eller andra samarbetspartners.

Vaccinationsarbetet har bedrivits under hög press och i ett snabbt tempo, och regionerna kan ha begränsad kapacitet att göra mer omfattande utvärderingar av insatser. Samtidigt innebär den unika situation som pandemin är en enorm möjlighet till lärande. Den ger tillfälle att under arbetets gång kunna utveckla och effektivisera arbetet med riktade insatser för att arbeta med så kostnadseffektiva insatser som möjligt. Men det handlar också om att ta lärdom inför andra liknande händelser i framtiden eller för hälso- och sjukvårdens arbete inom andra områden. Om regionerna saknar egen kapacitet för uppföljning och utvärdering kan en lösning vara att samarbeta med lärosäten som har metodologisk kapacitet att genomföra mer avancerade utvärderingar.

► **Regionerna bör tillvarata erfarenheterna från vaccinationsprocessen och använda lärdomar även i andra delar av hälso- och sjukvårdens arbete**

Arbetet med vaccinationen mot covid-19 har visat på att vården har en stor omställningskraft. Insikter från vaccinationsarbetet har även lett till att traditionella sätt att bedriva vård ifrågasatts, och många av våra intervjupersoner lyfter fram att det behövs andra arbetssätt för att nå alla i befolkningen. Lärdomarna som har skapats under vaccinationen mot covid-19 kan vara värdefulla att använda i andra vårdprocesser och annat folkhälsoarbete.

► **Regeringen bör tydliggöra ansvars- och rollfördelningen mellan myndigheter och mellan den nationella och regionala nivån för att skapa bättre förutsättningar för framtida vaccinationsarbete**

Våra undersökningar visar att det har funnits olika förväntningar på aktörernas roller och ansvar vilket har försvårat arbetet med vaccinationen mot covid-19. Ett exempel är att regionerna efterfrågar mer stöd om metoder för riktade insatser medan Folkhälsomyndigheten menar att de inte kan gå in i hur/utförande-frågan, utan att det är regionernas ansvar.

Regeringen bör därför tydliggöra vilket stöd den nationella nivån (Folkhälsomyndigheten) kan och bör ge regionerna vad gäller metoder och arbetssätt för att nå mer svårnådda eller utsatta grupper vid vaccinering, men även för folkhälsoarbete i stort.

Att ansvarsfördelningen mellan olika förvaltningsnivåer upplevdes som otydlig under pandemin har tidigare uppmärksammats i exempelvis Corona-kommissionens slutbetänkande (SOU 2022:10). Regeringen har under 2022 tagit beslut som påverkar ansvarsfördelningen i krissituationer och för folkhälsoarbetet. Bland annat har en ny myndighetsstruktur för krisberedskap och civilt försvar införts (Regeringen 2022a) och länsstyrelserna har fått i uppdrag att stödja den regionala implementeringen av den nationella folkhälsopolitiken (Regeringen 2022b). Vi kan inte bedöma vilka effekter dessa ändringar kommer få utan konstaterar att arbete pågår på flera nivåer samt att våra undersökningar visar att förtydliganden av ansvars- och rollfördelning behövs gällande vaccinationsarbetet.

Regionerna i våra undersökningar efterfrågar mer kunskapsstöd från nationell nivå, bland annat vägledning om vilka metoder och arbetssätt som passar för att identifiera hinder och drivkrafter i olika målgrupper, samt hur man utformar vårdinsatser som svarar mot behoven i lokalbefolkningen. Vi ser därför positivt på att Folkhälsomyndigheten nyligen har publicerat en rapport med vägledning utifrån några av de modeller och arbetssätt som är förankrade i forskning och rekommenderas av WHO och andra aktörer.

Den nationella styrningen behöver också bli tydligare kring vilket eller vilka mål regionerna ska arbeta mot för att underlätta uppföljning. Samtidigt är regionerna, i samarbete med kommunerna, sannolikt bäst lämpade att anpassa stödet till lokala förhållanden. Det är därför viktigt att det nationella stödet lämnar utrymme för lokal anpassning.

Referenser

- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Rothman, A. J., Leask, J och Kempe, A. (2017). *Increasing vaccination: Putting psychological science into action. Psychological Science in the Public Interest*, 18(3), ss. 149–207. DOI: 10.1177/1529100618760521.
- Campos-Mercade, P., Meier, A. N., Schneider, F. H., Meier, S., Pope, D och Wengström, E. (2021). *Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. Science*, 374 (6569), ss. 879–882.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2021a). *COVID-19 Vaccination Field Guide: 12 Strategies for Your Community*. Atlanta, Georgia Centers for Disease Control and Prevention.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2021b). *Examples of Evidence-Based Solutions to Increase Vaccine Confidence and Uptake*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2021c). *Equitable Vaccine Implementation: Reaching People Where They Are (National Forum on COVID-19 Vaccine)*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2021d). *Increasing COVID-19 Vaccine Uptake among Members of Racial and Ethnic Minority Communities: A Guide for Developing, Implementing, and Monitoring Community-Driven Strategies*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention (2021e). *Interim Guidance for Health Departments: COVID-19 Vaccination Implementation for People Experiencing Homelessness*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (2021a). *Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (2021b). *Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

- Folkhälsomyndigheten (2021a). *Undersökning om acceptans för vaccination mot covid-19 – Resultat mars 2021*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/acceptans-for-vaccination-mot-covid-19/resultat-mars-2021> [2022-03-16].
- Folkhälsomyndigheten (2021b). *Undersökning om acceptans för vaccination mot covid-19 – Resultat april-maj 2021*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/acceptans-for-vaccination-mot-covid-19/resultat-aprilmaj-2021/> [2022-03-16].
- Folkhälsomyndigheten (2021c). *Undersökning om acceptans för vaccination mot covid-19 – Resultat juni 2021*. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/acceptans-for-vaccination-mot-covid-19/resultat-juni-2021/> [2022-03-16].
- Folkhälsomyndigheten (2021d). *Acceptans för covid-19-vaccination: Invånare i Sverige födda utanför EU/EES och Storbritannien*. (artikelnummer: 21138). Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2021e). *Acceptans för covid-19-vaccination – Invånare i Sverige födda i Afrika och Mellanöstern* (artikelnummer: 21244). Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2021f). *Nationell plan för vaccination mot covid-19: Rekommendation för prioritering av vaccination mot covid-19 Folkhälso-myndighetens delredovisning av regeringsuppdrag S2020/04550/FS (delvis)* (artikelnummer: 21017). Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2021g). *Erfarenheter samt förstärkt kommunikation vid vaccination mot säsongsinfluensa 2020/21: Lärdomar att ta med till säsongs-influensavaccination och vaccination mot covid-19* (artikelnummer 21066). Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2021h). Folkhälsomyndighetens återrapporering av regeringsuppdrag. Regeringsuppdrag att genomföra nationella informationsinsatser om vaccination mot covid-19 (S2020/09553). Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2022). Folkhälsomyndighetens återrapporering av regeringsuppdrag. Regeringsuppdrag att genomföra nationella informationsinsatser om vaccination mot covid-19 (S2020/09553). Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Haberssat, K., MacDonald, N.E., Dubé, É. (2021). Designing tailored interventions to address barriers to vaccination. *Can Commun Dis Rep*, 47(3), ss 166-169.
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164.
- NHS – National Health Service (2021) *Maximising vaccine uptake in underserved communities: a framework for systems, sites and local authorities leading vaccination delivery*. London, Storbritannien: National Health Service.

- Ozawa, S., Yemeke, TT., Evans, DR., Pallas, SE., Wallace, AS och Lee, BY. (2019). Defining hard-to-reach populations for vaccination. *Vaccine*, 37(37), ss.5525-5534.
- Regeringen (2020a). *Överenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringen (2020b). *Uppdrag att bistå regionerna i att genomföra vaccination mot covid-19* (Regeringsuppdrag S2020/09217 [delvis]). Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringen (2021a). *Ändringsöverenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021, med anledning av förändrade förutsättningar avseende leverans av vaccin: Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringen. (2021b). *Tilläggsöverenskommelse om genomförande av vaccinering mot covid-19, 2021, avseende riktade åtgärder för ökad vaccinationstäckning Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringen (2022a). *Stärkt beredskap för kris och krig*. [pressmeddelande], 18 maj. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2022/05/starkt-beredskap-for-kris-och-krig/>.
- Regeringen (2022b). *Länsstyrelsen får ett tydligare uppdrag att genomföra den nationella folkhälsopolitiken* [pressmeddelande], 31 mars. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2022/03/lansstyrelsen-far-ett-tydligare-uppdrag-att-genomfora-den-nationella-folkhalsopolitiken/>.
- Region Stockholm (2020). *Coronapandemin och socioekonomiska skillnader. En prognos om kort- och långsiktiga effekter*. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.
- Region Stockholm (2021). *Covid-19 i Stockholms län till och med mars 2021 – sociodemografiska faktorer på individ- och områdesnivå* (apport 2021:6). Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.
- Röda Korset (2021). *Lokal kraft i krisen: Erfarenheter av coronapandemin i socioekonomiskt utsatta områden 2021 – 2021*. Stockholm: Röda Korset.
- Rönnerstrand, B (2021). *Svenskarnas vaccinvilja och oro för vaccinetns biverkningar* (SOM-undersökningen om coronaviruset 2021). Göteborg: SOM-institutet.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021). *Samband mellan vaccintäckning och valdeltagande*. Tillgänglig: <https://www.scb.se/hitta-statistik/redaktionellt/samband-mellan-vaccintackning-och-valdeltagande/> [2022-08-31].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). *Regionernas planering avseende vaccinering mot covid-19, delrapport 3 2021-02-25*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021b). *Regionernas planering och genomförande avseende vaccinering mot covid-19, delrapport 9*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SST – Myndigheten för stöd till trossamfund (2021). *Sammanställning av erfarenheter från samverkan mellan trossamfund och myndigheter vid hanteringen av covid-19*. Stockholm: Myndigheten för stöd till trossamfund.
- Röda Korset (2021). *Lokal kraft i krisen: Erfarenheter av coronapandemin i socioekonomiskt utsatta områden 2021 – 2021*. Stockholm: Röda Korset.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Styra mot horisonten: Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar (rapport 2020:7)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- WHO – World Health Organization – WHO (2019). *Tailoring Immunization Programmes (TIP)*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2020). *Behavioural considerations for acceptance and uptake of covid-19 vaccines: WHO Technical advisory group on behavioural insights and sciences for health*. Meeting report 15 October 2020. Genève, Schweiz: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2021a). *Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines. Gathering and using data on the behavioural and social drivers of vaccination. A guidebook for immunization programmes and implementing partners Interim Guidance 1 April 2021*. Genève, Schweiz: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2021b). *Disability considerations for COVID-19 vaccination: WHO and UNICEF policy brief, 19 April 2021*. Genève, Schweiz: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2021c). *Operational guidance: Acceptance and uptake of COVID-19 vaccines*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2022). *Strengthening COVID-19 vaccine demand and uptake in refugees and migrants*. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.

Metodbilaga

I den här bilagan går vi igenom de metoder som vi har använt för att genomföra vår analys.

Informationsinhämtning från flera olika aktörer

I arbetet med vaccineringen mot covid-19 har flera organisationer och förvaltningsnivåer varit inblandade. Vi har samlat in information från regioner, kommuner, länsstyrelser och andra statliga myndigheter samt flera civilsamhällesorganisationer.

Datainsamling under den pågående vaccinationen mot covid-19

Vaccineringen mot covid-19, och hanteringen av pandemin i stort, har inneburit ett omfattande arbete för de inblandade aktörerna. Vi har därför varit måna om att inte belasta intervjupersoner och andra kontakter mer än nödvändigt. Vi genomförde vår datainsamling under en relativt lång period. Vi hade några sonderande intervjuer under våren 2021 och genomförde den sista intervjun i juni 2022. Den största delen av våra intervjuer med region- och länsstyrelserepresentanter genomfördes mellan september och december 2021. Vi hade ett samråd med civilsamhällesorganisationer i november 2021. Under våren 2022 hade vi bland annat ett resultatseminarium med vaccinsamordnarna och genomförde ytterligare intervjuer med representanter för flera statliga myndigheter, bland annat Folkhälsomyndigheten. Längre ned i bilagan finns en lista över de intervjuer som vi har genomfört för denna rapport.

Intervjuundersökning med regionerna

Det är regionerna som är ansvariga för att genomföra vaccineringen mot covid-19. I vår undersökning har vi därför genomfört intervjuer med representanter för 20 av 21 regioner, totalt 39 intervjupersoner. Det kommunala självstyret tillsammans med de olika förutsättningarna i respektive region gör att arbetet har sett olika ut från region till region. Med målet att få en bild av regionernas arbete, deras syn på den statliga styrningen av vaccinationsprocessen och vilka lärdomar de har dragit har vi intervjuat regionernas vaccinsamordnare eller person med motsvarande tjänst.

Samtliga vaccinsamordnare kontaktades varav 18 stycken återkom och har intervjuats. Som vi beskrivit ovan pågick vår intervjuundersökning med regionerna mellan september och december 2021. Vid tidpunkten för intervjuerna var alltså regionerna delvis inne i olika faser av vaccineringen. För att få en så korrekt bild så möjligt, och även för att validera våra resultat, höll vi ett digitalt resultatseminarium med vaccinsamordnarna den 11 mars 2022. Det var ett tiotal vaccinsamordnare som deltog.

Vi har också genomfört intervjuer med personer som haft kunskap om planering och genomförande av riktade insatser mot grupper som riskerar att få eller har en lägre vaccinationstäckning. Eftersom arbetet sett olika ut i regionerna fick de själva välja vem eller vilka som skulle delta i intervjun. Vi frågade alla regioner och 16 stycken återkom med representanter som vi intervjuade. Syftet med dessa intervjuer var att få en fördjupad bild av regionernas riktade arbete mot grupper som har eller riskerar att få en lägre vaccinationstäckning, eventuella samarbeten med civilsamhället och vilka lärdomar de hade dragit dittills. Intervjuerna genomfördes under perioden oktober till november 2021.

Intervjuundersökning med länsstyrelser

Länsstyrelserna fick under pandemin regeringsuppdrag som bland annat bestod i att bistå regionerna i vaccinationen mot covid-19 (S2020/09217). I september 2021 tillkom ett regeringsuppdrag med ett särskilt fokus på att bistå regionerna i att nå en högre vaccinationstäckning (S2021/06455). Vi hade därför ett orienterande samtal med representanter för Stockholms länsstyrelse, i egenskap av att de organiserar länsstyrelsernas samordningskansli mot covid-19, i oktober 2021. Under november och december 2021 intervjuade vi sedan representanter för 15 länsstyrelser och syftet med intervjuerna var att få en bild av hur de bistått regionerna i vaccinationsarbetet, hur de upplevt den nationella styrningen och vilka lärdomar de dragit. Vi valde att skicka intervjuförfrågan till länsstyrelser i de län där vi intervjuat regionrepresentanter som hade arbetat med riktade insatser. Även en ytterligare intervju genomfördes med en GIS-samordnare vid en länsstyrelse för att få en inblick i hur arbetet med vaccinationsstatistiken kan se ut.

Intervjuer med flera andra statliga myndigheter

Under april till juni 2022 genomförde vi intervjuer med Folkhälsomyndigheten, MSB och SST. Vi hade kontakt med och intervjuade flera olika personer vid myndigheterna, utom SST där vi samtalade med en person. Syftet med intervjuerna var att få kunskap om myndigheternas roll i arbetet för en hög och jämlik vaccinations-täckning och att få deras synpunkter på den statliga styrningen. Intervjuerna med Folkhälsomyndigheten syftade också till att få deras perspektiv på synpunkter

som regionernas vaccinsamordnare har lämnat. Utöver intervjuerna hade vi i projektets inledande fas flera kontakter med Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) för att få information om civilsamhällets involvering i vaccinationsarbetet.

Tabell 3. Intervjulistan.

Organisation	Roll
Folkhälsomyndigheten	Enhetschef enheten för vaccinationsprogram
Folkhälsomyndigheten	Enhetschef folkhälsorapportering och utvärdering
Folkhälsomyndigheten	Avdelningschef/kommunikationschef
Länsstyrelsen Gotland	Försvarsdirektör
Länsstyrelsen Gävleborg	Enhetschef enheten för samordning covid-19
Länsstyrelsen Jönköping	Beredskapsdirektör
Länsstyrelsen Kalmar	Krisberedskapshandläggare
Länsstyrelsen Kalmar	Stabschef
Länsstyrelsen Kronoberg	Beredskapshandläggare
Länsstyrelsen Skåne	Projektledare enheten för Samhällsskydd och beredskap
Länsstyrelsen Stockholm	Enhetschef för miljöanalys
Länsstyrelsen Stockholm	Samverkanskoordinator inom Samverkan Stockholmsregionen
Länsstyrelsen Södermanland	Handläggare
Länsstyrelsen Uppsala	Kommunikatör med ansvar för kriskommunikation
Länsstyrelsen Värmland	Biträdande stabschef
Länsstyrelsen Västerbotten	Biträdande samordnare på coronakansliet
Länsstyrelsen Västernorrland	Kanslichef för coronakansliet
Länsstyrelsen Västmanland	Handläggare
Länsstyrelsen Västra Götaland	Beredskapshandläggare enheten för samhällsskydd och beredskap
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)	T.f. enhetschef för enheten operativ samordning och inriktning
Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)	Enhetschef kommunikationsutveckling
Myndigheten för stöd till trossamfund	Handläggare beredskapsfrågor
Region Blekinge	Vaccinsamordnare
Region Blekinge	Biträdande vaccinationssamordnare
Region Dalarna	Vaccinsamordnare
Region dalarna	Vaccinsamordnare för primärvården
Region Gotland	Vaccinsamordnare
Region Gotland	Verksamhetsutvecklare
Region Gävleborg	Verksamhetsutvecklare

Organisation	Roll
Region Gävleborg	Kommunikationsstrateg
Region Gävleborg	Vaccinsamordnare
Region Jämtland-Härjedalen	Vaccinsamordnare
Region Jönköping	Vaccinsamordnare/sektionschef
Region Jönköping	Utvecklingsledare
Region Kalmar	Planeringsdirektör
Region Kalmar	Vaccinsamordnare
Region Kronoberg	Vaccinsamordnare
Region Kronoberg	Administratör vaccinationsprocessen covid-19/ utbildningsledare
Region Norrbotten	Vaccinsamordnare/hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Skåne	Vaccinsamordnare/läkemedelschef
Region Skåne	Delprojektledare covidvaccinering
Region Stockholm	Vaccinsamordnare
Region Stockholm	Vaccinsamordnare
Region Stockholm	Biträdande smittskyddsläkare
Region Stockholm	Projektledare vaccinationsinsatser för geografiska områden och grupper med särskilda insatser
Region Stockholm	Projektledare kommunikation och press
Region Sörmland	Divisionschef
Region Sörmland	Folkhälsostrateg
Region Uppsala	Kommunikatör
Region Värmland	Vaccinsamordnare
Region Värmland	Områdeschef inom öppenvården
Region Västerbotten	Vaccinsamordnare
Region Västerbotten	Smittskyddssjuksköterska
Region Västernorrland	Smittskyddsläkare/verksamhetschef
Region Västmanland	Vaccinsamordnare
Region Västmanland	Vaccinationsplanerare för svårnådda grupper
Region Västmanland	Huvudprojektledare för vaccination covid-19
Västra Götalandsregionen	Vaccinsamordnare
Västra Götalandsregionen	Regionutvecklare
Region Örebro	Vaccinsamordnare
Region Östergötland	Vaccinsamordnare

Intervjuer och samråd med civilsamhället

Civilsamhället spelar en central roll för att nå ut till olika målgrupper i vaccinationsarbetet och därför har vi varit angelägna om att inkludera perspektiv från olika civilsamhällesorganisationer. Vi har vid flera tillfällen haft dialog med vårt Patient- och brukarråd för att få inspel på hur vaccinationsprocessen har fungerat för målgrupperna som de representerar.

I november 2021 organiserade vi tillsammans med Nationellt organ för dialog och samråd mellan regeringen och det civila samhället (NOD) ett samråd med olika civilsamhällesorganisationer. Inbjudan skickades till 21 civilsamhällesorganisationer. Vid samrådet deltog 12 organisationer.

Vi har också genomfört enskilda intervjuer med företrädare för Nationell Samverkan för Psykisk hälsa (NSPH), Disabled refugees welcome och Situation Stockholm (under juni 2021). I december 2021 intervjuade vi representanter för Bräcke diakoni.

Tabell 4. Deltagande civilsamhällesorganisationer i samråd.

Deltagare
Bräcke Diakoni
Frälsningsarmén
IM Sweden
Islamic Relief Sverige
Kurdiska Riksförbundet
Läkare i Världen
Nätverket – Idéburen sektor Skåne
Schizofreniförbundet
Svenska Downföreningen
Svenska kyrkan
Svenska Röda Korset
Sveriges Stadsmissioner

Datainsamling från kommunerna

Kommunerna har varit en viktig samarbetspart för regionerna i vaccinationsarbetet. Kommunernas socialtjänst har också kontakt med flera av de målgrupper som regionerna har uppgett som svåra att nå ut till med vaccination. Vi har inte haft möjlighet att genomföra en mer omfattande undersökning av hur kommunerna har arbetat med, och upplevt, vaccinationsarbetet. Men för att ta del av kommunernas perspektiv ställde vi fem frågor till socialchefer i SKR:s socialchefsnätverk. Nätverket består av en socialchef per län förutom storstadslänen som representeras

av fyra socialchefer per län. Frågorna gällde om kommunerna, på eget initiativ eller i samarbete med regionerna, genomfört riktade insatser för att uppnå en hög och jämlik vaccinationstäckning bland sina målgrupper, hur samarbetet med regionerna fungerat, upplevelser av den nationella styrningen samt lärdomar från vaccinationsarbetet.

Frågorna publicerades på socialchefsnätverkets projektplats den 2 maj 2022. Socialcheferna ombads inkomma med svar via e-post till Vård- och omsorgsanalys senast den 11 maj 2022. Vi fick svar från tolv kommuner. Svaren ska inte ses som representativa för kommunernas perspektiv generellt men har bidragit med viktiga inspel.

Utöver frågorna till socialchefsnätverket har vi i april 2022 intervjuat två representanter för Föreningen Sveriges socialchefer (FSS).

I kapitel 2 i den här rapporten har vi undersökt förhållandet mellan vaccinationstäckningen i olika demografiska statistikområden (DeSO) och områdets socioekonomiska faktorer. För att analysera sambandet mellan dessa har vi använt oss av deskriptiv statistik och multivariata regressionsanalyser. Den här bilagan beskriver kort hur vi gått tillväga, och redovisar resultaten.

Metod för statistisk analys av vaccintäckningen i olika demografiska statistikområden (DeSO)

I kapitel 2 i den här rapporten har vi undersökt förhållandet mellan vaccinationstäckningen i olika demografiska statistikområden (DeSO) och områdets socioekonomiska faktorer. För att analysera sambandet mellan dessa har vi använt oss av deskriptiv statistik och multivariata regressionsanalyser. Den här bilagan beskriver kort hur vi gått tillväga, och redovisar resultaten.

Socioekonomiska faktorer samvarierar ofta med varandra, vilket innebär att det är svårt att utifrån en deskriptiv analys beskriva förhållandet mellan ett utfall och socioekonomiska faktorer. Ett sätt att förtydliga relationerna mellan bakgrundsfaktorer och vaccintäckningen är att använda sig av multivariat regression, det vill säga en regression med flera oberoende variabler. Det gör det möjligt att separera effekten av olika variabler från varandra. Det är viktigt att ha i åtanke att en multivariat regressionsanalys enbart kan beskriva sambandet mellan utfallet och de variabler som ingår i modellen.

Vi analyserar sambandet mellan vaccinationstäckningen i ett område och olika socioekonomiska faktorer. I analysen har vi använt data från 29 september 2021, och är därmed en ögonblicksbild av vaccinationsarbetet i Sverige. De mönster som vi observerar utifrån den här tidpunkten behöver inte nödvändigtvis vara aktuellt för senare tidpunkter eller för dos 3.

Vår modell består av:

- Vaccinationstäckning i ett demografiskt statistikområde (utfallsvariabeln)
- Region (oberoende variabel)
- Landsbygd, tätort eller centralort (oberoende variabel)
- Andel boende i området som är födda i Europa (oberoende variabel)
- Andel boende i området som är födda utanför Europa (oberoende variabel)
- Andel boende i området som är ensamstående med barn (oberoende variabel)
- Valdeltagande i 2018 års kommunval (oberoende variabel)
- Socioekonomiskt index (oberoende variabel)
- Ohälsotal (oberoende variabel)
- Andel boende i området som är 20-29 år
- Andel boende i området som är 65 år och äldre.

Anledningen till att vi inkluderar andelen 20-29 åringar samt andelen boende 65 år och äldre är att med hjälp av regressionsmodellen kontrollera för olika befolkningssammansättning i områdena. I slutet av september 2021 hade majoriteten av den äldre befolkningen fått två vaccindoser, medan den yngre befolkningen nyss fått möjligheten att få dos 2. Områdets totala vaccintäckning kan alltså vara hög eller låg på grund av ålderssammansättningen i området, snarare än på grund av olika socioekonomiska faktorer.

Ohälsotalet är ett medelvärde för områdets utbetalade ersättningsdagar från Försäkringskassan. Ersättningsdagarna består av utbetalade dagar för sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning och aktivitetsersättning, och beskriver alltså skillnader i hälsa mellan olika regionala statistikområden.

Det socioekonomiska indexet är ett index framtaget av Delegationen mot segregation (Delmos) och SCB, och är medelvärdet av andelen personer i ett regionalt statistikområde med låg ekonomisk standard, andelen personer med förgymnasial utbildning, och andelen som varit arbetslösa längre än sex månader eller haft ekonomiskt bistånd i minst tio månader. Indexet kan anta värden mellan 0-100, där högre värden på indexet innebär sämre socioekonomiska förutsättningar i området.

Kompletterande dokumentstudier

Vår datainsamling har också bestått av en genomgång och sammanställning av rapporter publicerade av World Health Organisation (WHO), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) med flera. Dessa redovisas i rutan *Publikationer som ligger grund för vår sammanställning av arbetssätt och insatser som kan öka vaccinationstäckningen* på sida 107. Vi har även haft en artikelbevakning med hjälp av företaget Retriever.

Vi har även gått igenom åtta regioners vaccinationsplaner, av dessa var fyra giltiga och i bruk december 2021 medan de andra fyra vaccinationsplanerna var äldre och daterade i december 2021. Rapporten bygger också på en kontinuerlig bevakning av de nationella initiativ som tagits i pandemin. Här inkluderades de månatliga avstämningsrapporter om vaccinationen mot covid-19 som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har tagit fram, såväl som samtliga kommunicerade insatser som är relaterade till pandemin och som kommit från Socialdepartementet och Folkhälsomyndigheten. De viktigaste regeringsuppdragen kopplade till vaccinationsprocessen redovisas i rutan *De viktigaste regeringsuppdragen kopplade till vaccinationsprocessen* på sida 108.

Publikationer som ligger grund för vår sammanställning av arbetssätt och insatser som kan öka vaccinationstäckningen

- ECDC (2021a) Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA
- ECDC (2021b) Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA
- CDC (2021a) COVID-19 Vaccination Field Guide: 12 strategies for your community
- CDC (2021b) Examples of Evidence-Based Solutions to Increase Vaccine Confidence and Uptake
- CDC (2021c) Equitable Vaccine Implementation: Reaching People Where They Are
- CDC (2021d) Increasing COVID-19 Vaccine Uptake among Members of Racial and Ethnic Minority Communities: A Guide for Developing, Implementing, and Monitoring Community-Driven Strategies
- CDC (2021e) Interim Guidance for Health Departments: COVID-19 Vaccination Implementation for People Experiencing Homelessness
- Katrine Habersaat, Noni E MacDonald och Ève Dubé (2021) Designing tailored interventions to address barriers to vaccination
- NHS (2021) Increasing vaccine uptake: Maximising vaccine uptake in underserved communities: a framework for systems, sites and local authorities leading vaccination delivery
- WHO Europa (2019) TIP: Tailoring Immunization Programmes
- WHO (2021a) Data for action: Achieving high uptake of COVID-19 vaccines



- ▶
 - WHO (2021b) Disability considerations for COVID-19 vaccination: WHO and UNICEF policy brief 19 April 2021
 - WHO (2021c) Operational guidance: Acceptance and uptake of COVID-19 vaccines
 - WHO (2022) Strengthening COVID-19 vaccine demand and uptake in refugees and migrants

De viktigaste regeringsuppdragen kopplade till vaccinationsprocessen

- **2020-05-20 Uppdrag att ta fram en nationell plan för vaccination mot covid-19, S2020/04550/FS**

Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att ta fram en nationell vaccinationsplan för covid-19. Folkhälsomyndigheten ska bland annat att ta fram en prioriteringsordning och en plan för hur vaccinet ska distribueras och hanteras i Sverige, uppskatta vilka vaccinvolymer som behövs inför kommande inköp och utreda hur vaccinering mot covid-19 kan införas i det nationella vaccinationsregistret.

- **2020-11-05 Uppdrag att samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatserna riktade till allmänheten med anledning av coronapandemin, S2020/08106**

Regeringen uppdrar åt Folkhälsomyndigheten, länsstyrelserna och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) att gemensamt samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatser till allmänheten med anledning av corona.

- **2020-12-08 Uppdrag att bistå regionerna i att genomföra vaccination mot covid-19, S2020/09217**

Regeringen uppdrar åt länsstyrelserna att, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, hjälpa regionerna vaccinera mot covid-19 inom sina respektive geografiska områden.

- **2020-12-17 Uppdrag till myndigheterna att samordna nationella informationsinsatser om vaccin mot Covid-19, S2020/09553**

Regeringen gav den 17 december 2020 i uppdrag åt Folkhälsomyndigheten, Läkemedelverket, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och Socialstyrelsen att samordnat och på nationell nivå informera främst allmänheten om vaccination mot covid-19. Folkhälsomyndigheten har samordnande ansvar.

▶

- ▶
 - **2021-02-04 Uppdrag om uppföljning och rapportering till följd av överenskommelsen om genomförande av vaccination mot covid-19 för år 2021, S2021/ 01101**
 Regeringen uppdrar åt Folkhälsomyndighetens att följa upp och rapportera regionernas arbete med vaccinering mot covid-19. Detta i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) angående genomförande av vaccinering mot covid-19 för år 2021.
 - **2021-06-03 Uppdrag att bedöma och redovisa kommande behov av vaccin mot covid-19, S2021/04816**
 Regeringen uppdrar åt Folkhälsomyndigheten att bedöma, motivera och redovisa kommande behov av vaccin mot covid-19 i Sverige. Bedömningen bör omfatta olika scenarier för behoven och ska ges kvartalsvis för 2021 fram till och med år 2023. Scenarierna ska grundas på olika antaganden om hur länge vaccination ger skydd, smittspridningen, nya virusvarianters påverkan på behovet av vaccin samt vilka grupper som kan komma att behöva vaccineras.
 - **2021-08-26 Ändring av uppdrag att samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatserna riktade till allmänheten med anledning av coronapandemin, S2020/08106**
 Regeringen förlänger uppdraget till Folkhälsomyndigheten, länsstyrelserna och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) att samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatserna riktade till allmänheten med anledning av coronapandemin. Uppdraget förlängs och slutredovisas senast den 31 december 2021 istället för den 1 september 2021.
 - **2021-09-16 Uppdrag att i samarbete med regionerna bistå i arbetet att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19, S2021/06455**
 Regeringen gav den 16 september 2021 länsstyrelserna i uppdrag att i samarbete med regionerna bistå i arbetet att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19 (S2021/06455). Enligt beslutet ska länsstyrelserna i samarbete med regionerna bistå i arbetet att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19. Länsstyrelsernas arbete ska särskilt rikta in sig på de grupper inom vilka vaccinationstäckningen är lägre.
 - **2021-09-23 Uppdrag att bedöma och redovisa överskott av vaccin mot covid-19 (FoHM), S2021/06576**
 Regeringen ger Folkhälsomyndigheten i uppdrag att, utifrån det nationella behovet av vaccin mot covid-19, löpande bedöma och redovisa förväntat och faktiskt överskott av vaccin mot covid-19 i Sverige till och med utgången av år 2023.



- - **2021-12-10 Nationella informationsinsatser om vaccin ska fortsätta (Förlängning av uppdraget om nationella informationsinsatser till FoHM, Läke-medelsverket, MSB och Socialstyrelsen)**

Regeringen förlänger uppdraget om nationella informationsinsatser om vaccination mot covid-19 till och med den 31 december 2022. Uppdraget gavs i slutet av 2020 till Folkhälsomyndigheten, Läke-medelsverket, MSB och Socialstyrelsen, och går ut på att myndigheterna ska ge allmänheten uppdaterad och lättillgänglig information om vaccination mot covid-19.

- **2021-12-21 Ändring av uppdraget att i samarbete med regionerna bistå i arbetet att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19, S2020/09217, S2021/06455**

Regeringen ändrar uppdraget till länsstyrelserna om att i samarbete med regionerna bistå i arbetet med att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19 (S2021/06455) så att uppdraget utvidgas till att även omfatta informations- och kommunikationsinsatser som länsstyrelserna tidigare haft ansvar för i enlighet med uppdraget att bistå regionerna i att genomföra vaccination mot covid-19 (S2020/09217). Därutöver ska länsstyrelserna bistå i genomförandet av temavecka om vaccination mot covid-19 i samarbete med Regeringskansliet, Folkhälsomyndigheten och andra berörda aktörer.

- **2021-12-22 Uppdrag till Folkhälsomyndigheten att genomföra och redovisa arbetet med vaccin mot covid-19, S2020/04550, S2021/01101, S2021/04816, S2021/06576, S2021/08239**

Regeringen ger Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra och redovisa arbetet med vaccin mot covid-19.

- **2021-12-22 Uppdrag till Folkhälsomyndigheten att genomföra temavecka om vaccination mot covid-19, S2021/08237**

Regeringen ger Folkhälsomyndigheten i uppdrag att planera och genomföra en nationell temavecka om vaccination mot covid-19.

- **2021-12-22 Ändring av uppdraget att i samarbete med regionerna bistå i arbetet att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19, S2020/09217, S2021/06455**

Regeringen ändrar uppdraget till länsstyrelserna om att i samarbete med regionerna bistå i arbetet med att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19 (S2021/06455) så att uppdraget utvidgas till att även omfatta informations- och kommunikationsinsatser som länsstyrelserna tidigare haft ansvar för i enlighet med uppdraget att bistå regionerna i att genomföra vaccination mot covid-19 (S2020/09217). Därutöver ska länsstyrelserna bistå i genomförandet av temavecka om vaccination mot covid-19 i samarbete med Regeringskansliet, Folkhälsomyndigheten och andra berörda aktörer.

- ▶ • **2021-12-22 Ändring av uppdraget till FoHM, MSB samt länsstyrelserna att samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatserna riktade till allmänheten med anledning av coronapandemin, S2020/08106**

Regeringen ändrar uppdraget till Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) och länsstyrelserna att samordna, stärka och utveckla kommunikationsinsatserna riktade till allmänheten med anledning av coronapandemin (S2020/08106) på så sätt att det lokala och regionala perspektivet förtydligas.

- **2022-04-26 Uppdrag att ta fram en plan för eventuella råd, rekommendationer och smittskyddsåtgärder mot covid-19, S2022/02127**

Regeringen uppdrar åt Folkhälsomyndigheten att ta fram en plan med råd, rekommendationer och smittskyddsåtgärder inför en eventuell covid-smitta med allvarliga konsekvenser för samhället.

- **2022-07-14 Ändring av uppdraget att i samarbete med regionerna bistå i arbetet att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19, diarienummer: S2021/06455**

Regeringen ändrar uppdraget till länsstyrelserna att i samarbete med regionerna bistå i arbetet att nå en högre vaccinationstäckning mot covid-19 (S2021/06455). Uppdragstiden förlängs.

Kvalitetssäkring

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har gett feedback på vår metod att ta fram en kunskapssammanställning av rekommenderade arbetssätt för en hög och jämlik vaccinationstäckning. Två forskare har också läst ett utkast till rapporten och gett oss återkoppling och tips på ytterligare kunskapsunderlag för oss att ta del av.

Riktade vaccinationsinsatser

Lärdomar från regionernas arbete för en hög och jämlik vaccinationstäckning mot covid-19

I den här rapporten beskriver vi regionernas arbete med riktade insatser till grupper som har, eller riskerar att få, en lägre vaccinationstäckning. Vi beskriver också hur samarbetet mellan den statliga och regionala nivån har fungerat. Syftet är att ta tillvara lärdomar från vaccinationsarbetet under pandemin. Vi hoppas att vår rapport ska utgöra ett kunskapsunderlag för utveckling, förbättring och lärande på systemnivå inför liknande händelser, och övrigt folkhälsoarbete, i framtiden.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.