



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Redo att fortsätta leverera?

En kvantitativ undersökning om förekomst och betydelse av  
krisberedskapsplanering i svensk socialtjänst under coronapandemins  
inledning

Ann Edlund

Masteruppsats SOAM 21

VT 2023

Handledare: Lisa Wallander

# Abstract

Author: Ann Edlund

Title: Ready to keep delivering? A quantitative survey of the occurrence and importance of disaster preparedness planning in Swedish social services at the beginning of the covid-19 pandemic

Supervisor: Lisa Wallander

Assessor: Malin Arvidson & Lina Ponnert

The aim of this study was to investigate the occurrence and variation in disaster preparedness planning, for particularly vulnerable groups, in Swedish social services at the beginning of the covid-19 pandemic. The aim was also to investigate whether disaster preparedness planning, as measured in this study, had a bearing on the number of deaths from covid-19 in special accommodation and home care for elderly and disabled during 2020 and 2021. A quantitative method was used with data from the National Board of Health and Welfare's public statistics and both univariate and bivariate analyzes were applied. The survey was conducted with a total sample of Sweden's 290 municipalities. Among the results, it was noticed that less than half of the municipalities had up-to-date disaster preparedness planning at the beginning of 2020 and 2021. Furthermore, there were no demonstrable correlations between disaster preparedness planning and the number of deaths from covid-19. All in all, the relatively low percentage of disaster preparedness planning in the social services did not seem to be particularly decisive for the ability to face the pandemic. This was discussed in relation to the fact that the capacity and ability of human service organizations to build resilience is based on considerably more factors than access to disaster preparedness planning.

*Keywords: disaster preparedness, disaster preparedness plan, disaster response, social services, covid-19 pandemic*

## Förord

Jag vill ta tillfället i akt och lyfta fram några personer som varit betydelsefulla för min uppsats.

Först och främst vill jag tacka min handledare Lisa Wallander. Jag är glad över att ha fått tillgång till din pedagogiska skicklighet och ditt genuina kunnande.Handledningstillfällena har varit guld värda och jag har uppskattat att humorn ofta varit närvarande i våra kontakter.

Vidare vill jag tacka Carin Cuadra, professor i socialt arbete vid Malmö universitet, som gjorde mig intresserad av krisberedskap och socialt arbete. Jag tror att det var din positiva energi i kombination med ditt kunnande som fångade min nyfikenhet.

Jag vill också varmt tacka Frida Broström, Anna Maria Wredenberg och Johan Carlstedt (numera Försvarshögskolan) på Socialstyrelsen. Ni har varit behjälpliga i diskussioner och framtagande samt bearbetning av statistiska material. Utan er, ingen uppsats - stort tack för snabb, kunnig och vänlig service.

På ett mer personligt plan vill jag tacka min man Lars och min mamma Inger för stark support i studierna. Jag vill också tacka mina barn Erik, Ellen och Tyra för att ni ständigt ger mig perspektiv. Sist, men inte minst, vill jag tacka mina vänner som peppat och stöttat på vägen.

Lund i augusti 2023

Ann Edlund

## Innehållsförteckning

1	Problemformulering .....	6
1.2	Syfte och frågeställningar .....	7
1.3	Definitioner .....	8
2	Bakgrund .....	10
2.1	Disposition .....	10
2.2	Coronapandemin och krisberedskapen .....	10
2.3	Verksamheterna särskilda boenden, hemtjänst och LSS-boenden .....	10
2.3.1	Mätningar av krisberedskap i svenska kommuners socialtjänst .....	12
2.4	Kommuners roll i det svenska krisberedskapssystemet .....	14
2.4.1	Kommunen som krisberedskapsaktör .....	14
2.4.2	Risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering .....	15
3	Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning .....	17
3.1	Disposition .....	17
3.2	Tillvägagångssätt i sökning av litteratur .....	17
3.3	Kris och katastrof i ett teoretiskt sammanhang .....	19
3.4	Teoretiska utgångspunkter .....	20
3.4.1	Social sårbarhet .....	20
3.4.2	Resiliens och risk .....	21
3.4.3	Människobehandlande organisationer och kapacitet att möta kriser .....	22
3.5	Krisberedskapsplanering i socialtjänsten .....	24
3.5.1	Likheter och skillnader i förekomst av krisberedskapsplanering hos socialtjänsten .....	26
3.6	Krisberedskapsplaneringens effekter .....	27
3.6.1	Utfall av pandemin .....	28
3.6.2	Alternativa förklaringar till antalet döda i covid-19 .....	29
3.7	Sammanfattning av kunskapsluckor .....	29
3.8	Studiens hypoteser .....	29
4	Metod .....	32
4.1	Disposition .....	32
4.2	Forskningsansats .....	32
4.3	En introduktion till offentlig statistik som empiriskt material .....	33
4.4	Beskrivning av uppsatsens empiriska material och bearbetningar i materialen .....	34
4.4.1	Öppna jämförelser .....	34
4.4.2	Statistik över antal döda i covid-19 på särskilt boende och i hemtjänst .....	35
4.4.3	Databearbetning för att hantera skillnad i redovisningsform mellan datamaterialen .....	36
4.4.4	Antal döda i covid-19 på LSS-boende för personer över 18 år .....	37

4.4.5 Data som inte lämnades ut på grund av sekretess .....	37
4.5 Operationalisering.....	38
4.5.1 Indikatorer för krisberedskapsplanering och pandemiutfall.....	38
4.5.2 Mätning av befolkningsmängd, socioekonomiska förutsättningar och kommuntyp .....	39
4.6 Urval och bortfall i det empiriska materialet .....	40
4.7 Analysmetoder .....	42
4.8 Validitet och reliabilitet.....	45
4.8.1 Undersökningen i stort.....	45
4.8.2 Krisberedskapsplanering .....	46
4.8.3 Utfallsmåttet antal döda i covid-19.....	48
4.9 Studiens begränsningar .....	49
4.10 Etiska överväganden .....	50
5 Resultat.....	52
5.1 Disposition.....	52
5.2 Beskrivning av kommunernas krisberedskapsplanering i början av år 2020 och 2021 .....	52
5.3 Variation i tillgång till krisberedskapsplanering .....	54
5.3.1 Kommuner med olika stor befolkningsmängd .....	54
5.3.2 Socioekonomiska förutsättningar i kommuner.....	56
5.4 Analyser om samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 .....	58
5.4.1 Analyser för antalet döda i covid-19 på särskilda boenden år 2020 och 2021 .....	58
5.4.2 Analyser för antal döda i covid-19 i hemtjänst år 2020 och år 2021 .....	63
5.5 Sammanfattning av resultat .....	67
6 Diskussion .....	69
6.1 Implikationer för praktiken .....	73
7 Referenser .....	75
Appendix: Deskriptiv statistik.....	81

## 1 Problemformulering

Under 2000-talet har forskningsintresset för det sociala arbetets roll i samhällets hantering av kriser ökat (Eydal et al 2016). Flera forskare (exempelvis Cronin & Ryans 2010) argumenterar för att socialarbetare har en användbar kriskompatibel kompetens. Till exempel lyfts socialarbetares kontextbundna förståelse av människan i sin omgivande miljö som en relevant kompetens. Vidare anförs att socialarbetares erfarenheter av strukturellt förändringsarbete är värdefulla för att minska risker för kris.

Ett exempel på en nyligen genomlevd kris är coronapandemin. Den svenska coronakommissionen konstaterar i sitt slutbetänkande (SOU 2022:10, s. 20) att: "Pandemin har inneburit en allvarlig kris som har drabbat hela samhället". Som citatet antyder definieras inte krisen av virusspridningen i sig, i stället bestäms krisen av de konsekvenser som spridningen av viruset förde med sig (Cuadra 2022). I coronakommissionens delbetänkande framkommer till exempel att det i pandemins inledning fanns en överdödlighet bland äldre i socialtjänsternas särskilda boenden (SOU 2020:80, ss. 45-46). Även personer med boendeinsatser enligt LSS var drabbade av ökad dödlighet, dödligheten var nästan tre gånger högre än för befolkningen i övrigt (SCB 2020, s. 21). Överdödligheten bland socialtjänstens brukare under coronapandemins inledning går i linje med tidigare forskning, som säger att utsatta grupper och individer oftast är de som drabbas värst vid kriser (se t.ex. Dominelli 2012).

Arbetet med kriser beskrivs ofta som en cyklisk process med fyra faser: 1) Förebyggande arbete och reducering av risker, 2) Beredskap, 3) Respons och 4) Återhämtning (Gillespie & Danso 2010). I denna uppsats står fasen beredskap i fokus och kopplat till pandemin har coronakommissionen beskrivit en bristande materiell och mental beredskap hos beslutsfattare inför smittspridningens första våg under våren 2020 (SOU 2022:10, s. 17). Krisberedskap kan också betraktas i relation till socialt arbete, och forskaren Carin Cuadra (2018 a) tar stöd av The United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR) och påtalar det sociala arbetets möjligheter att utveckla beredskap i relation till kriser och katastrofer. Resonemanget bygger på att socialarbetare, med sin holistiska förståelse av människan och hennes sårbarhet, har goda förutsättningar att komplettera sitt redan aktiva engagemang i krisrespons med insatser för krisberedskap.

Coronakommissionen har klargjort att det inte fanns någon nationell överblick av kommunernas beredskap (SOU 2020:80, s. 14) när covidsmittan bröt ut i Sverige. Det existerar inte heller någon omfattande forskning om svenska socialtjänsters roll i relation till kris, det som finns är främst enstaka avhandlingar med krisanknytning inom äldre- och funktionshinderområdet (Cuadra 2016, s. 131). Mot bakgrund av den beskrivna kunskapsluckan finns anledning att undersöka krisberedskap i kommunala socialtjänster när coronapandemin under år 2020 och 2021 bröt ut och spred sig i Sverige. Valet av socialtjänster som studieobjekt motiveras av att lokala nivåer spelar en central roll i Sveriges decentraliserade krissystem (Rapeli et al 2023). Undersökningen inriktas specifikt på särskilda boenden och hemtjänst samt LSS-boenden med särskild service för vuxna, eftersom dessa verksamheter vänder sig till grupper som var särskilt sårbara under pandemin (se exempel ovan).

Coronakommissionens delbetänkande om äldreomsorg (SOU 2020:80, s. 191) preciserar att det inte har undersökts vilken betydelse exempelvis kontinuitetsplaner hade för särskilda boenden när pandemin tog fart. Kontinuitetsplaner kan ses som en typ av krisberedskapsplan och sådana planers betydelse har tidigare undersökts utanför det sociala arbetets sfär. Till exempel hävdar Lindblom (2020) i sin avhandling från Lunds tekniska högskola att det är oklart om satsningar på krisberedskap ökar förmågan att möta kris, vilket adresserar att sambandet är intressant att undersöka även för det sociala arbetets verksamheter. Till stöd för en sådan undersökning finns omfattande offentlig statistik från Socialstyrelsen.

Mot bakgrund av ovanstående beskrivna problem vill jag i denna uppsats undersöka nedanstående syfte och frågor.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är tvådelat. Det ena syftet är att undersöka förekomst och variation i krisberedskapsplanering hos några svenska socialtjänstverksamheter vid coronapandemins inledning. Det andra syftet är att undersöka om krisberedskapsplanering hade betydelse för antalet döda i covid-19 på särskilda boenden och hemtjänst under år 2020 och 2021.

Frågeställningar:

- 1) I vilken utsträckning förekommer krisberedskapsplanering i svenska kommuners särskilda boenden för äldre, hemtjänst och LSS-boenden med särskild service för vuxna i början av år 2020 och 2021?

- 2) Vilka skillnader och likheter finns i förekomst av krisberedskapsplanering hos svenska kommuners hemtjänst, särskilda boenden för äldre respektive LSS-boenden med särskild service för vuxna i början av år 2020 och 2021? I denna frågeställning ingår att undersöka om förekomsten varierar beroende på kommunens befolkningsmängd och/eller socioekonomiska förutsättningar.
- 3) Finns det samband mellan förekomst av krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 i svenska kommuners särskilda boenden och hemtjänst under år 2020 och 2021? I denna frågeställning ingår att beakta alternativa förklaringar till samband.

### 1.3 Definitioner

Med **katastrof** avses, i enlighet med Socialstyrelsens (2023a) termbanks definition: ”särskild händelse där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta behovet och belastningen är så hög att normala kvalitetskrav trots adekvata åtgärder inte längre kan upprätthållas”.

Med **kris** avses i enlighet med Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps (MSB) definition (MSB 2023 a): ”en händelse i fredstid som hotar grundläggande funktioner och värden i samhället, exempelvis elförsörjningen, människors hälsa eller frihet. Det kan handla om att väldigt många människor drabbas eller att en händelse får så stora konsekvenser att samhället inte fungerar som det ska”.

Med **krisberedskap** avses i enlighet med MSB:s föreskrifter om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser (MSBFS 2015:5): ”förmågan att genom utbildning, övning och andra åtgärder samt genom den organisation och de strukturer som skapas före, under och efter en kris, förebygga, motstå och hantera krissituationer”.

Med **krisberedskapsplanering** menas den del av ovan krisberedskapsdefinition som berör ”skapa strukturer och organisera”. Krisberedskapsplanering är alltså smalare än begreppet krisberedskap och jag intresserar mig i uppsatsen för den krisberedskapsplanering som finns på mesonivå (se vidare under rubrik 3.3). Konkret innebär det att jag undersöker förekomst av rutin om att ställa krav på krisberedskap vid upphandling av socialtjänstverksamheter samt förekomst av aktuell kontinuitetsplan i berörda verksamheter. För beskrivning av kontinuitetshantering och kontinuitetsplan, se under rubrik 2.4.2.



Med **socialtjänsten** menas, i enlighet med Socialstyrelsens (2023a) termbanks definition: ”i första hand den verksamhet som regleras genom bestämmelser i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt personlig assistans som utförs med assistansersättning som regleras i 51 kap. socialförsäkringsbalken (2010:110).”

## 2 Bakgrund

### 2.1 Disposition

Detta avsnitt inleds med en kort beskrivning av coronapandemin i Sverige och krisberedskapen inför den. Därefter görs en beskrivning av verksamheterna särskilda boenden, hemtjänst och LSS-boenden för vuxna. Sedan beskrivs befintliga mätningar av krisberedskap i svenska kommuners socialtjänst. Fortsättningsvis beskrivs de grundläggande principerna i det svenska krisberedskapssystemet och avslutningsvis ges en bild av den kommunala krisberedskapskontexten.

### 2.2 Coronapandemin och krisberedskapen

Den 11 mars 2020 deklarerade WHO att spridningen av viruset covid-19 var en pandemi (Folkhälsomyndigheten 2023). Statistiken för antalet smittade och döda i covid-19 uppdateras kontinuerligt och siffrorna är svindlande: den 19 mars-2023 fanns 682 454 253 bekräftade fall i världen (2 700 231 fall i Sverige) och runt om i världen har 6 819 383 dödsfall i covid-19 registrerats (23 785 döda i Sverige) (Worldmeters 2023). Covid-19-pandemin drabbade människor och samhälle på många olika sätt och Cuadra et al (2021, s. 377) beskriver pandemin som ett ”komplex fenomen”. Dominelli (2021) lyfter till exempel hur socialarbetare under pandemin tagit sig an svåra utmaningar och utfört sitt arbete med otillräcklig skyddsutrustning. Den bristande materiella beredskapen uppmärksammas också av den svenska coronakommissionen (SOU 2022:10, s. 17) när de utvärderar pandemins första våg, som pågick under våren-2020. Under den inledande vågen uppmärksammar kommissionen vidare en bristande mental beredskap hos beslutsfattare (ibid.). Beskrivningar om beredskap uppfattar jag annars som sparsamma i kommissionens utlåtande: på det stora hela tycker jag att kommissionen fokuserar på krisrespons. I kontrast till detta belyser min uppsats socialtjänstens krisberedskapsplanering inför pandemin. Jag ska nu gå vidare och kort beskriva de socialtjänstverksamheter som preciseras i uppsatsens frågeställningar.

### 2.3 Verksamheterna särskilda boenden, hemtjänst och LSS-boenden

Uppsatsen undersöker krisberedskapsplanering hos särskilda boenden, hemtjänst och LSS-boenden med särskild service för vuxna. Dessa verksamheter kan samtliga ses som människobehandlande organisationer, ett begrepp jag återkommer till under rubrik 3.4.3, och jag kommer nu att beskriva verksamheterna och deras förutsättningar.

Först ut är särskilda boenden, som kommunen enligt 5 kap 5§ och 7§ har en skyldighet att inrätta för äldre och personer med funktionsnedsättning som behöver särskilt stöd (Socialstyrelsen 2023b). Rätten till särskilt boende prövas genom en individuell ansökan och beslut fattas med stöd av socialtjänstlagen. Merparten av de särskilda boendena avser äldre: statistik från Socialstyrelsen (2022) visar att drygt 88 000 personer hade särskild boende den 1 oktober 2021. Av dessa hade 4 000 personer funktionsnedsättning och drygt 84 000 var äldre. Ett särskilt boende för äldre innebär ett boende med ”heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård och omsorg” (Socialstyrelsen 2023a). Särskilda boenden för äldre blev centrala i pandemins inledning eftersom smittan, i många svenska kommuner, lyckades leta sig in där (SOU 2022:10, s. 17). Som en följd av detta infördes den 1 april 2020 ett nationellt besöksförbud baserat på smittskyddsskäl (SOU 2020:80, s. 20). Coronakommissionen (SOU 2020:80, s. 21) konstaterar att förbudet tillkom på goda grunder från ett rent smittskyddsperspektiv, men att förbudet också kan problematiseras eftersom det innebär att de boendes rättigheter begränsades.

Nu går jag vidare till hemtjänst som innebär att en person, med stöd av ett biståndsbeslut, får personlig omvårdnad och service där hen bor (Socialstyrelsen 2023a). Nästan 255 000 personer hade år 2021 beviljad hemtjänst i ordinärt boende i Sverige, av dessa var drygt 232 000 personer 65 år eller äldre och resten var personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen 2022). Både särskilda boenden och hemtjänst regleras genom socialtjänstlagen. Socialtjänstlagen är en ramlag och i den så kallade portalparagrafen anges målen för lagen, som bland annat är jämlikhet i levnadsvillkor (Kunskapsguiden 2023).

Särskilt boende för äldre och hemtjänst är två exempel på verksamheter som brukar sorteras i det som kallas äldreomsorg (Jönsson & Harnett 2015). Äldreomsorgen har historiskt utvecklats mot en ökad betoning på socialt inriktade insatser, men samtidigt kan inte äldreomsorgen separeras från hälso- och sjukvård: äldre behöver generellt mer hälso- och sjukvård än vad yngre personer gör (ibid.). De största yrkesgrupperna inom svensk äldreomsorg utgörs av vårdbiträden och undersköterskor (Lill 2018), men även socionomer finns representerade som exempelvis biståndshandläggare, enhetschef, kurator samt kvalitets- och verksamhetsutvecklare (Jönsson & Harnett 2015). Sammanfattningsvis har alltså äldreomsorgens verksamheter kopplingar till socialt arbete men verksamheten inrymmer andra yrkesgrupper än de som vi i Sverige traditionellt brukar förknippa med socialt arbete. Äldreomsorgen har en relativt hög personalomsättning (Lill 2018) och exempelvis coronakommissionen (2020:80) påpekar behovet av att höja äldreomsorgens attraktionskraft

som arbetsgivare. Med andra ord verkar äldreomsorgen vara ett område med kompetensförsörjningsutmaningar.

Jag fortsätter med att beskriva LSS-boende, som ska ses som en förkortning av det som i Socialstyrelsens (2020 b) öppna jämförelser beskrivs som ”Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS”. Med LSS menas ”Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade” och lagstiftningens mål är att målgruppen, med hjälp av stödinsatser, ska kunna leva som andra (Larsson & Larsson 2021). I kontrast till tidigare nämnda socialtjänstlagens ambition om ”skälig levnadsnivå” har LSS en högre ambitionsnivå och syftar till att målgruppen ska uppnå ”goda levnadsvillkor” (Lewin 2018, s. 193). Enligt 9§:9p. LSS preciseras att en typ av stödinsats är ”bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad”. En bostad kan utformas på olika sätt och tre huvudformer förekommer: servicebostad, gruppboende och särskilt anpassad bostad (Larsson & Larsson 2021, s. 81). Servicebostad och gruppboende är de former som inkluderas i benämningen ”bostad med särskild service” (Socialstyrelsen 2018, s. 14). I en rapport från Socialstyrelsen (2021c) dras en slutsats om att kompetensen hos personal i LSS-boende behöver höjas. Denna slutsats baseras till exempel på att endast 64% av den tillsvidareanställda personalen inom LSS-boende med särskild service för vuxna har en grundutbildning inom vård- och omsorg. LSS-boende med särskild service verkar alltså, i likhet med ovan beskrivna äldreomsorgen, ha kompetensutmaningar. Dessutom menar Riksföreningen FUB (2023), att coronapandemin visat att LSS-verksamheter behöver öka sin beredskap inför kriser. Med anledning av FUB:s uppfattning blir det intressant att få en bild av krisberedskapens utgångsläge och nu kommer jag försöka ge det genom att belysa några mätningar.

### 2.3.1 Mätningar av krisberedskap i svenska kommuners socialtjänst

Jag har identifierat två, för uppsatsen, relevanta mätningar av krisberedskap: en lägesrapport som gjordes vid pandemins inledning samt öppna jämförelser. Jag kommer nu beskriva dessa mätningar och börjar med lägesrapporten. För att vid pandemins inledning få en bild av svenska kommuners krisberedskap för allmän smittspridning av covid-19 skickade Socialstyrelsen (2020 a) den 13 mars 2020, med Länsstyrelsernas hjälp, ut en enkät om krisberedskap till samtliga svenska kommuner. Enkäten skulle besvaras inom en vecka och den hade totalt sex frågor, där kommunen skulle bedöma sin krisberedskap på skalan 1-5 (där 1 stod för mycket låg beredskap och 5 stod för mycket hög beredskap). Det kom totalt in svar

från 212 kommuner, vilket innebär en svarsfrekvens på 73%. Efter bearbetning av de inkomna svaren visade Socialstyrelsens analys att beredskapen bedömdes som måttlig till hög avseende personalförsörjning, vilket kan sättas i kontrast till beredskap avseende nödvändig materiel och utrustning som bedömdes som låg till måttlig. Ytterligare ett resultat av enkäten var att beredskapen för nödvändig materiel och utrustning inom LSS-boenden i storstadsområden bedömdes som minst god. Detta resultat kan hållas i minne när jag längre fram jämför förekomst av krisberedskapsplanering i LSS-boende mot andra verksamheter i socialtjänsten. Avslutningsvis kan noteras att enkäten visade att kommunerna ansåg att de lämnat information till personalen om hur de kan skydda sig själva och brukare/patienter från smitta. Detta knyter an till resonemanget om personlig beredskap, som jag diskuterar längre ner under rubrik 3.6.

Jag går nu vidare till öppna jämförelser. Cuadra (2017, s. 24) skriver att Socialstyrelsens öppna jämförelser kan ses som en kunskapskälla för krisberedskap och socialt arbete. I min uppsats använder jag data från öppna jämförelser för att komma fram till resultat, således gör jag nu ingen redovisning av svaren från öppna jämförelser utan läsaren får vänta till resultatavsnittet. Socialstyrelsen sammanställer öppna jämförelser för en rad olika områden inom socialtjänsten. ”Öppna jämförelser Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård” redovisar hur svenska kommuner<sup>1</sup> svarat på frågor om skriftliga planer och rutiner för särskilt sårbara grupper (Socialstyrelsen 2021a). Socialstyrelsen (2021a) menar att öppna jämförelser gör att kvaliteten mellan kommuner kan jämföras och att målet med dessa jämförelser är att bidra till verksamhetsförbättringar som gynnar den enskilda. Det verkar emellertid inte vara en enkel uppgift att göra jämförande mätningar med dessa ambitioner. I rapporten ”Öppna jämförelser i socialtjänsten – begränsat bidrag till god kvalitet” anför Riksrevisionen (2021, s. 4) ”att öppna jämförelser ger ett visst, men begränsat, bidrag till en mer jämlik socialtjänst av god kvalitet.”. Mot bakgrund av detta rekommenderade Riksrevisionen (2021) Socialstyrelsen att göra en kritisk översyn av indikatorerna. I regleringsbrev för 2022 (Regeringen, Socialdepartementet) fick Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att ”komplettera nyckeltal och indikatorer för måluppfyllelse i kommunal verksamhet”. I öppna jämförelser krisberedskap för 2022 var kontinuitetsplan inte längre med som indikator. Således kan öppna jämförelser ses som en dynamisk kunskapskälla - den ifrågasätts, förändras och speglar krisberedskapens

---

<sup>1</sup>Med undantag för storkommunerna Stockholm och Göteborg som svarar på stadsdelsförvaltnings- resp socialförvaltningsnivå.

komplexitet. Jag kommer återkomma till öppna jämförelser under uppsatsens metod- och resultatavsnitt.

## 2.4 Kommuners roll i det svenska krisberedskapssystemet

Efter att ha fokuserat på krisberedskap i socialtjänstverksamheter lyfter jag nu blicken något och beskriver kommuners roll i det svenska krisberedskapssystemet. I Sverige involveras många aktörer, från individer till regering, för att uppnå målen om krisberedskap i landet. Det finns fem aktörer som har ett reglerat ansvar för krisberedskapen och dessa är: regeringen, Regeringskansliet, myndigheter, regioner och kommuner (SOU 2022:10, s 310). Eftersom kommunala verksamheter står i fokus för uppsatsen, kretsar den fortsatta framställningen kring ansvaret för krisberedskap på kommunal nivå.

### 2.4.1 Kommunen som krisberedskapsaktör

Den 1 oktober 2022 infördes en ny struktur för krisberedskap och civilt försvar i Sverige.<sup>2</sup> I den nya strukturen bibehålls den centrala beståndsdel som benämns geografiskt områdesansvar samt Sveriges tre grundläggande principer för krisberedskap: ansvarsprincip, närhetsprincip och likhetsprincip (MSB 2023b). Eftersom dessa principer också fungerade som utgångspunkt när coronapandemin drabbade Sverige 2020 utgör de en viktig del av kontextförståelsen för kommunala socialtjänsters förutsättningar. Nedan görs därför en kort beskrivning:

- Med *geografiskt områdesansvar* menas att krisberedskapen samordnas på olika nivåer, där kommunerna tillhör den lokala nivån och andra nivåer är regional, högre regional samt nationell nivå (MSB 2023c).
- *Ansvarsprincipen* är en grundläggande utgångspunkt i svenskt krisberedskapssystem och innebär att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden även bär ansvaret för att uppfylla ”de särskilda krav som ställs vid en kris” (SOU 2022:10, s. 291).
- *Närhetsprincipen* är relevant för kommunal socialtjänst, principen säger att samhällsstörningar ”ska hanteras där de inträffar och av de som är närmast berörda

---

<sup>2</sup>I denna struktur tillämpas en ny förordning som kallas Beredskapsförordningen: Förordning (2022:524) om statliga myndigheters beredskap. Den ersätter tidigare förordning, som kallades Krisberedskapsförordningen: Förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap (MSB 2023b).

och ansvariga” (MSB 2023c). Principen kan sammanfattas som att beslut ska fattas på lägsta möjliga nivå (Cuadra et al 2016, s. 159).

- *Likhetsprincipen* innebär att verksamheten i möjligaste mån ska fungera som vid normala förhållanden, det ska inte göras större förändringar i organisationen än vad situationen kräver. (MSB 2023c)

Sammanfattningsvis innebär principerna i svensk krisberedskap att samhället vid kriser utgår från det normala samhällets funktioner, snarare än att bygga krisorganisationer, samt gör de anpassningar som behövs för att möta krisen. För att sätta principerna i en nordisk kontext kan tilläggas att beredskapsprinciper om närhet, ansvar och likhet även används i Norge och Danmark (SOU 2022:10, s. 302). Det kan här också nämnas att ur ett internationellt perspektiv har Sverige ett av världens mest decentraliserade krisberedskapssystem (Engberg & Wimelius 2015). Coronakommissionen problematiserar det decentraliserade systemet och anför att det kan uppfattas som fragmenterat, vilket ”leder till att ansvaret blir utspädd och otydligt” (SOU 2021:89, s. 43).

#### 2.4.2 Risk- och sårbarhetsanalyser samt kontinuitetshantering

Som ovan beskrivits har kommuner en central roll i det svenska krisberedskapssystemet (Cuadra 2017). Den kommunala krisberedskapen grundar sig på så kallade risk- och sårbarhetsanalyser som görs var fjärde år, vilket framgår av 2 kap. 1 § lagen (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap<sup>3</sup>. I kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser ges en bild av risker, hot och sårbarheter i kommunen. Cuadra (2017, s. 12) menar att risker inte är absoluta, utan snarare tolkningskänsliga; således drar jag slutsatsen att socialtjänstens medverkan eller brist på medverkan rimligen spelar roll för innehållet i risk- och sårbarhetsanalyserna.

Nära förknippat med risk- och sårbarhetsanalyser är kommunens kontinuitetshantering. Länsstyrelsen i Örebro län (2016) menar att det finns flera likheter mellan risk- och sårbarhetsanalyser och kontinuitetshantering. Båda identifierar risker och vill främja verksamhetsprocesser som klarar av att möta de svårigheter en kris eller katastrof innebär. Kontinuitetshantering vill säkerställa att organisationen kan leverera verksamhet på tolerabel nivå när/om krisen kommer och hanteringen ska täcka alla typer av störningar (Länsstyrelsen

---

<sup>3</sup> Vidare preciseras om risk- och sårbarhetsanalyser i Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps föreskrifter och allmänna råd om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser (MSBFS 2015:5).

Örebro Län 2016). Som verktyg i kontinuitetshantering används kontinuitetsplaner, som ska tydliggöra reservrutiner och resurser samt en beskrivning av hur verksamheten, när reservrutinerna inte längre är nödvändiga, ska kunna återgå till normala rutiner (ibid.). Jag kommer återkomma till kontinuitetsplaner i nästa avsnitt om tidigare forskning men innan jag går vidare vill jag kort återanknyta till de grundläggande svenska krisberedskapsprinciper som jag nyss redovisat. Utifrån principernas inriktning om närhet, likhet och ansvar reflekterar jag kring att kommunala socialtjänstverksamheter som LSS-boenden, särskilda boenden och hemtjänst rimligen varit betydelsefulla krisaktörer under coronapandemin. Förhoppningsvis blir därför nästa avsnitt, som bland annat berör tidigare forskning kring socialtjänst och krisberedskap, intressant att fortsätta med.



## 3 Teoretiska utgångspunkter och tidigare forskning

### 3.1 Disposition

I detta avsnitt behandlas tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter. Inledningsvis redovisas hur litteratursökningen gått till. Därefter anläggs ett brett teoretiskt perspektiv på kris för att sätta krisberedskapsplanering, som undersöks i uppsatsen, i ett sammanhang. Sedan redovisas uppsatsens teoretiska utgångspunkter med fem centrala begrepp: social sårbarhet, resiliens, risk, människobehandlande organisation och kapacitet. Begreppen har nära anknytning till socialtjänstens verksamheter, vilka kan beskrivas som människobehandlande organisationer med olika nivåer av kapacitet som möter särskilt sårbara grupper och vill främja resiliens samt minska risk. Efter detta fortsätter framställningen med tidigare forskning om krisberedskapsplanering i socialtjänsten, vilket specifikt knyter an till uppsatsens två första frågeställningar om förekomst av krisberedskapsplanering samt skillnader och likheter i krisberedskapsplanering hos olika kommuners socialtjänst. Därefter, med koppling till uppsatsens tredje frågeställning, belyses samband mellan krisberedskapsplanering och utfall genom en presentation av tidigare forskning som relaterar till detta. Avslutningsvis summerar jag identifierade kunskapsluckor och formulerar samt motiverar uppsatsens hypoteser.

I avsnittet har jag i första hand använt mig av källor från forskare, men det förekommer även andra typer av källor när forskning saknas eftersom krisberedskap i svensk socialtjänst är relativt outforskat.

### 3.2 Tillvägagångssätt i sökning av litteratur

För att få en överblick av kunskapsområdet och identifiera användbara nyckelord till litteratursökningar har jag initialt läst in mig på litteratur som jag: 1) är bekant med genom tidigare genomförd kurs om kriser och socialt arbete vid Malmö universitet, 2) fått tips om genom bibliotekarie på samhällsvetenskapliga fakultetens bibliotek samt 3) hämtat från litteraturlistan på kursen “socialt arbete i katastroftider” vid Socialhögskolan i Lund. Genom den beskrivna litteraturen har jag fått gedigen guidning till annan vetenskaplig litteratur, som jag bedömt relevant och använt i uppsatsen, genom referenslistorna.

Jag har vidare gjort litteratursökning utifrån uppsatsens nyckelord: krisberedskap (disaster preparedness), krisberedskapsplan (disaster preparedness plan), krisrespons (disaster response), socialtjänst (social services), och coronapandemi (covid-19 pandemic). Vid några tillfällen har jag också använt sökorden socialt arbete (social work), för att få fram fler träffar. Nedan redovisas de kombinationer av sökord som jag använt vid litteratursökningar (samtliga sökningar gjordes i databasen "LUB Search Discovery"), antal träffar som uppkom och antal relevanta artiklar som jag valde att läsa. När jag fick upp listan med artikelträffar läste jag artiklarnas rubriker och valde bort artiklar när jag bedömde rubrikerna som irrelevanta<sup>4</sup>. När rubrikerna verkade intressanta läste jag abstracts för att bedöma om artikeln var relevant för uppsatsens frågeställningar. I de artiklar jag läst har jag genom referenslistorna fått guidning till annan relevant litteratur.

*Tabell 1:* Litteratursökning med rutan "peer reviewed" markerad, samtliga sökningar gjordes i databasen "LUB Search Discovery" under januari och februari 2023

Förklaring: siffror inom parentes anger antal nya träffar som inte uppkommit i ovanstående sökningar, om parentes ej förekommer har jag inte upptäckt dubletter, dvs. samtliga träffar i den aktuella sökningen är nya.

<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Relevanta artiklar att läsa</b>
"Disaster preparedness" "Social services"	151	11
"Disaster preparedness" "Social services" "Covid-19 pandemic"	3	3
"Disaster preparedness" "Social work" "Covid-19 pandemic"	4 (2)	1
"Disaster response" "Social work" "Covid-19 pandemic"	12	1
"Social Services" "Disaster Preparedness plan"	2 (1)	1

<sup>4</sup> Exempel på artiklar som jag bedömde som irrelevanta var: "Community Disaster Resilience and the Rural Resilience Index" (verkade inte beröra frågeställningar om krisberedskapsplanering) och "Barriers and Opportunities for the MCH Workforce to Support Hurricane Preparedness, Response, and Recovery in Florida" (valdes bort eftersom den inte verkade beröra krisberedskap specifikt och eftersom den rörde naturkatastrof, inte pandemi).

### 3.3 Kris och katastrof i ett teoretiskt sammanhang

För den som undersöker krisberedskap blir det snart tydligt att flera termer förekommer i den vetenskapliga litteraturen: exempelvis kris, katastrof och på engelska disaster och catastrophe, ibland även emergency. För de engelska termerna disaster och catastrophe har olycka och katastrof föreslagits som svenska översättningar (Olofsson & Rashid 2009, ss. 21-22), emergency översätts, enligt Google Translate, som nödsituation. Kris verkar vara ett vanligt förekommande uttryck i Sverige, men etablerade svenska forskare, så som risk- och hållbarhetsprofessor Per Becker, använder också ordet katastrof. Det råder i tidigare forskning delade meningar om katastrofens och krisens ontologi, alltså vad en katastrof och kris egentligen är (Baez Ullberg & Becker 2016, s. 25). Forskare i krishantering, ett område som denna uppsats knyter an till, förordar att katastrof ska ses som en typ av kris. Detta eftersom fokuset för ledare och beslutsfattare är att hantera händelsen, snarare än att definiera den (ibid.). I linje med detta binder jag mig i denna uppsats inte endast vid en term - i stället använder jag båda begreppen kris och katastrof eftersom forskningsintresset rör krishantering, snarare än krisen/katastrofen i sig.

Jag har ovan refererat till termen krishantering och kommer nu därför att beskriva en välanvänd modell för att illustrera krishantering (modellen berördes i uppsatsens problemformulering) innan jag, i linje med uppsatsens syfte, fokuserar på krisberedskap. Krishanteringsmodellen kallas ”disaster planning cycle” eller ”disaster cycle” och visar hur de olika faserna förberedelser, beredskap, respons och återhämtning över tid bildar en cykel (Gillespie & Danso 2010). Det cykliska förloppet illustrerar att faserna inte har vattentäta skott mellan sig, utan kan glida in i varandra. Det cykliska förloppet illustrerar också att erfarenheter från upplevda kriser ger kunskap och input till framtida förberedelser och beredskap. På så sätt finns en ständig dynamik i arbetet med krishantering och krisberedskap. För att sortera bland krisberedskapens aktiviteter kan de teoretiskt ordnas i olika nivåer. Alston, Hazeleger och Hargreaves (2019) använder tre välkända nivåer: makro (t.ex. politik), meso (t.ex. olika planer, så som kontinuitetsplan) och mikro (t.ex. mat och filter till krisdrabbade). I min uppsats ligger fokus på mesonivån, då det är på den nivån jag anser att krisberedskapsplaneringen huvudsakligen sker i socialtjänsten.

Ansträngningar för att förebygga kriser och skapa beredskap kan delas in i det som på engelska kallas disaster preparedness (DP) och disaster risk reduction (DRR) (Alston, Hazeleger & Hargreaves 2019, s. 84). På svenska uttrycks DRR som katastrofriskreducering, vilket syftar på det mångvetenskapliga kunskapsfält och politikområde som knyter an till

bland annat krisberedskap och fokuserar på samhällsutvecklingens inflytande i hantering och skapande av kris (Baez Ullberg & Becker 2016, s. 24). I det katastrofriskreducerande perspektivet ses kriser inte enbart som något som drabbar ett samhälle, utan strålkastarljuset riktas mot att olika samhälleliga processer kan öka eller minska riskerna för kris (ibid.). Det betyder alltså att socialtjänstens krisberedskap kan ha direkt betydelse för riskerna och utfallet av krisen. Det innebär också att det inte längre går att förlita sig till traditionella krishanteringsorganisationer, utan i stället väntas alla samhällets intressenter - däribland socialtjänsten - ta ansvar för krisberedskap (Cuadra 2017, s. 31).

### 3.4 Teoretiska utgångspunkter

Efter att ha diskuterat kring kris och katastrof i ett teoretiskt sammanhang ska jag nu gå vidare med centrala teoretiska begrepp för uppsatsen. Begreppen är social sårbarhet, resiliens, risk, människobehandlande organisationer och kapacitet.

#### 3.4.1 Social sårbarhet

Benämningen särskilt sårbara grupper återfinns bland annat i Socialstyrelsens öppna jämförelser avseende krisberedskap, och knyter i samhällsvetenskaplig forskning an till begreppet *social sårbarhet*. Wisner och medförfattares (2004, s. 11) definition på social sårbarhet har fått stort genomslag på forskningsfältet, definitionen lyder (med min översättning): en individs eller gruppens egenskaper, förutsättningar och kapacitet att förutse, klara av, stå emot och återhämta sig efter en kris eller katastrof.

Vissa grupper riskerar att lida mer än andra vid katastrof och exempelvis ålder, funktionsnedsättning och hälsotillstånd kan vara relevanta faktorer för att förklara variation i det inflytande som krisen får på personen (Wisner et al 2004). Flera forskare, exempelvis Olofsson & Öhman (2009), understryker emellertid att faktorer som de just beskrivna inte ska ses som orsaker eller förklaringar, snarare bör vi förstå särskild sårbarhet genom samhällets stratifiering. Detta innebär att det finns en dynamik i vilka grupper som blir sårbara - sårbarheten är beroende av samhällets strukturer och skiktningar, snarare än förhandsgivna. Det får till följd att samhället, genom exempelvis människobehandlande organisationer som jag beskriver nedan, har en chans att verka för strukturer som minskar sårbarhet. Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv har resonemanget tydliga poänger: det sätter sårbarheten i en kontext och kan upplevas som skuldavlastande för enskilda individer. Parallellt menar jag att strukturfokuset har brister genom att vara abstrakt – personens faktiska situation ändras ju

knappast på grund av att strukturorsaker identifieras – och sakna lösningsfokus – chanserna för den enskilda att påverka strukturerna är små, strukturer är till sin natur svåra att rubba.

Genom åren har sårbarhetsperspektivet också fått kritik för att anses förmedla en offerinriktad, snarare än aktörsinriktad, bild av människan (Baez Ullberg & Becker 2016, s. 32). Olofsson och Öhman (2009) använder ordet ”skillnad” i stället för ”sårbarhet” med syfte att visa på samhällets heterogenitet utan att peka ut individer eller grupper som sårbara. Med skillnader avses till exempel att alla inte uppfattar kris på samma sätt eller att alla inte drabbas i samma utsträckning, Dessa skillnader måste uppmärksammas vid arbete med kriser eftersom alternativet - att behandla alla människor som lika inför kriser - bygger på orealistiska antaganden kring samhällets och människors förutsättningar vid kris (ibid.). Resonemanget om att beakta skillnader vid utformande av krisberedskap kan exempelvis appliceras på särskilda boenden och LSS-boenden. Bedömning kring vilka insatser som behövs blir sannolikt annorlunda jämfört med om krisberedskapsplaneringen hade varit inriktad på människor utan stödbehov i ordinära boenden.

#### 3.4.2 Resiliens och risk

För att tona ner en offerinriktad syn på människan, som berörts ovan, och i stället fokusera på människors förmåga har begreppet resiliens vunnit mark i forskningssfären (Baez Ullberg & Becker 2016, s. 32). Resiliens representerar förmågan att återhämta sig och ”resa sig igen” efter en motgång, begreppet kan tillämpas på både individer, grupper och samhällen (Zakour 2010). Bergström (2016, s. 87) menar att resiliens har varit aktuellt i den samhälleliga säkerhetsdiskursen de senaste tjugo åren, men under väsentligt längre tid har begreppet varit aktuellt som koncept i en rad discipliner. I psykologi och hälsovetenskaper betraktas begreppet resiliens som förmåga att hantera motgångar hos ett psykosocialt subjekt (Bergström 2016, s. 88), resiliens hänger således nära samman med krishantering. Genom att fokus ligger på resiliens som en egenskap hos utsatta människor betraktar resiliensforskningen i psykologi och hälsoforskning kris och utveckling som två sidor av samma mynt (ibid.).

Psykologi och hälsovetenskaper har, som jag ser det, beröringspunkter med det sociala arbetets kunskapsfält. Det sociala arbetets kontextbundna förståelse av människan gör emellertid, i kontrast till psykologins individinriktade förståelse, att samhällets villkor får en viktig roll när resiliens betraktas (se t.ex. Cuadra 2018a, s. 308). Tierney (2014) menar i sin bok ”The social roots of risk. Producing disasters, promoting resilience” att samhällets sociala ordning har betydelse för såväl resiliens som risk för kris. Det innebär exempelvis att det inte enkom

är samhällets resiliens i form av fysisk infrastruktur (t.ex. skyddsvallar) som avgör samhällets motståndskraft i att möta exempelvis en översvämning, även de sociala villkoren är betydelsefulla. Resonemanget ger bäring till det sociala arbetet och innebär att sociala insatser är betydelsefulla för att stärka resiliens och minska risk. Tierney (2014, s. 7) menar att begreppen risk och resiliens ska hanteras i nära anslutning till varandra. Hon definierar risk som en potentiell förlust<sup>5</sup> och slår fast att ett samhälle kan reducera risker, däremot kan inget samhälle helt eliminera risker (Tierney 2014, s. 6). Exempelvis kan risker reduceras genom sociala insatser som ökar beredskapen hos särskilt sårbara grupper med hög risk att fara illa vid kriser. I linje med detta menar författaren att krisberedskap leder till resiliens, parallellt är utgångspunkten att resiliensskapande är betydligt bredare än planer och särskilt uttalade krisberedskapsåtgärder (ibid.).

Tierneys poänger är intressanta och hennes argumentation för riskers sociala ursprung är, i mitt tycke, övertygande. Jag saknar emellertid konkretiseringar om hur mekanismer som är centrala för att uppnå resiliens kan stimuleras (jfr med ambitionerna hos det sociala arbetets pionjär Richmond, se under rubrik 4.2). Jag menar att konkretiseringar av hur insatser ska utformas kan vara av relevans för att det vetenskapliga begreppet resiliens ska behålla en tydlig innebörd. Det är nämligen många som använder begreppet nu, exempelvis Bergström (2016, s. 100) påpekar att resiliens också blivit ett politiskt begrepp. Alston, Hezeleger och Hargreaves (2019, s. 170) varnar också för att resiliens används i ett nyliberalt syfte med fokus på att betona varje individs ansvar att öka sin personliga krisberedskap.

### 3.4.3 Människobehandlande organisationer och kapacitet att möta kriser

Socialtjänsten inrymmer en rad verksamheter som sorterar inom det som brukar kallas *människobehandlande organisationer*. Organisationsforskaren Hasenfeld (2010) beskriver att en sådan organisation utmärks av att 1) arbetet som utförs har moralisk prägel samt 2) att människor utgör råmaterialet. Vad dessa punkter betyder ska jag nu utveckla. Gällande den första punkten om moralisk prägel innebär det att arbete i människobehandlande organisationer bygger på och ramas in av moraliska värderingar, vilket skiljer sig från hur exempelvis arbete i teknisk tillverkningsindustri ser ut (ibid.). Till följd av sitt moraliska arbete måste människobehandlande organisationer ständigt söka och uppnå *legitimitet* (ibid.). Vad menas då med legitimitet? Levin (2013, s. 25) använder en organisationssociologisk definition och utgår

---

<sup>5</sup> Enligt Socialstyrelsen (2023a) betyder risk: ”möjlighet att en negativ händelse ska inträffa”.

från att legitimitet är något som anses berättigat, legitimitet kan således rättfärdiga en organisation. Hasenfeld (2010) preciserar att människobehandlande organisationers legitimitet till stor del är beroende av den *institutionella miljön* runtomkring organisationen. Med institutionell menas något som tas förgivet och är reglerande (Linde & Svensson 2013). Institutionell är ett abstrakt begrepp och det går således inte att omedelbart peka ut vad som utgör socialtjänstverksamhetens institutionella miljö, men sannolikt är miljön komplex och med en mängd aktörer inblandade. I denna komplexa kontext arbetar alltså människobehandlande organisationer med människor som råmaterial, vilket kan sättas i kontrast till exempelvis en fabrik, där olika teknikkomponenter utgör råmaterialet. Komplexiteten i människobehandlande organisationer ligger inte enbart i att försöka hitta en fungerande planering anpassad efter brukares olika behov, komplexiteten kan också bestå av att möta krav från omvärlden. Människobehandlande organisationer uppmärksammas sällan utifrån vilka metoder de använder eller vilka resultat de uppnår, snarare bedöms organisationerna utifrån hur de uppfyller omvärldens förväntningar och normer (Linde & Svensson 2013). Detta kan bero på att de människobehandlande organisationernas resultat och metoder är svåra att definiera (ibid.).

Trots svårigheterna med att definiera resultat och metod i människobehandlande organisationer kommer jag nu, med hänvisning till uppsatsens forskningsansats (se rubrik 4.2), försöka förstå något om vilket samband som tillgång till krisberedskapsplaneringen har med utfallet (som i uppsatsen mäts genom antalet döda i covid-19, se vidare under rubrik 3.6.1) i dessa organisationer. Begreppet *kapacitet*, som är vanligt förekommande i forskning om katastrofriskreducering, ser jag som användbart för ändamålet. Becker och Hagelsteen (2016, s. 267) sammanfattar kapacitet som ”den totala förmågan hos ett system att utföra något”. Kapacitet kan brytas ner på olika sätt och vanligt förekommande är att skilja mellan olika typer av kapacitet, där *hårda* och *mjuka* kapaciteter utgör två huvudtyper (ibid.). De hårda kapaciteterna kan delas in i tekniska och funktionella kapaciteter (ibid.). Den tekniska kapaciteten är specifik för ett visst område och i denna ingår exempelvis beredskapsplanering (ibid.). Den funktionella kapaciteten är mer generell och innefattar förmågan att utföra (ibid.). Således menar jag att socialtjänstverksamhetens tillgång till krisberedskapsplanering är en del av organisationens hårda och tekniska kapacitet, emellertid säger inte tillgången något om organisationens funktionella kapacitet. Tillgång till krisberedskapsplanering – så som det undersöks i den här uppsatsen – säger inte heller något om organisationens mjuka kapacitet, som är av social karaktär och till stor del baseras på relationer (ibid.). De mjuka kapaciteterna

glöms ofta bort, men de utgör viktiga komponenter för att förklara organisationers förmåga att minska risker för katastrof (Becker & Hagelsteen 2016). Teorin kring kapacitet indikerar att det finns flera faktorer, där krisberedskapsplanering endast är en, som påverkar organisationens förmåga att möta en kris. För människobehandlande organisationer, som jag tidigare berörde, tänker jag till exempel att följsamhet till moraliska system i den institutionella miljön sannolikt kan påverka den mjuka kapaciteten. I resonemanget antar jag då att en högre nivå av följsamhet innebär flera goda relationer och därmed högre grad av mjuk kapacitet.

För att ytterligare förstå om tillgång till krisberedskapsplanering har betydelse för utfall, kommer jag nu beröra utmaningar som forskaren Kathleen Tierney (2014) belyser. Hon beskriver krisberedskapsplanering som ett sätt att försöka uppnå anpassningsförmåga och motståndskraft med lärdom av tidigare genomgångna kriser. Emellertid är det svårt att förutsäga hur användbara planerna är när en ny kris uppenbarar sig, eftersom den aktuella krisen kan bestå av nya och oväntade inslag. Hon betonar därför att en framgångsfaktor, vilket även skulle kunna förklaras som en mekanism (se rubrik 4.2), för att uppnå adaptiv resiliens är att fatta medvetna och kunniga beslut om när planer ska följas och när det finns skäl att avvika från dem (Tierney 2014, s. 213). Hennes poäng är att organisationer behöver kunna avvika från planer när dessa visar sig oanvändbara och i stället hitta andra referenser.

### 3.5 Krisberedskapsplanering i socialtjänsten

I forskning om socialt arbete har det internationella vetenskapliga intresset för krisinriktat socialt arbete vuxit sig allt större under 2000-talet. Men trots att socialtjänsten är en viktig aktör i arbetet med kriser (Danso & Gillespie 2010) verkar det internationella forskningsintresset inte avspeglat sig på krisarbete i nordiska länders socialtjänst (Eydal et al 2016). I linje med detta är mina fynd av specifik forskning om faktisk krisberedskapsplanering i socialtjänsten begränsade, vilket harmonierar med Rapelis (2018, s. 1064) konstaterande om att det råder brist på systematiska studier om krisberedskap och riskreducering i socialt arbete.

Som tidigare påpekats har det inte undersökts vilken betydelse kontinuitetsplaner i socialtjänsten hade under coronapandemin (SOU 2020:80, s. 191). Kontinuitetsplanerna, som tidigare beskrivits under rubrik 2.4.2, kan anses gå i linje med den sociala utvecklingsmodell som forskaren Elliot (2010) förespråkar för socialt arbete: i modellen ingår ett utökat engagemang i krisförberedande arbete och därigenom en prioritering av proaktivitet framför reaktivitet. Hur de svenska kontinuitetsplanerna i socialtjänsten är utformade har jag inte hittat



någon forskning om. Däremot finns närliggande forskning för finländska förhållanden: forskaren Merja Rapeli (2018) har gjort en kvantitativ innehållsanalys av krisberedskapsplaner inom det sociala området i finländska kommuner. I analysen har hon använt sig av begreppet socialt kapital, begreppet har relevans eftersom socialt kapital anses skydda människor vid kriser och i krissituationer påverkas det sociala kapitalet mindre än vad exempelvis humankapital och psykiskt kapital gör (Rapeli 2018). Resonemanget grundas på en idé om att socialt kapital snabbt kan repareras och att socialt kapital kan frigöra resurser för att lösa svåra och brådskande uppgifter. Mer vardagligt kan det kanske uttryckas som att människor i kriser exempelvis kan ta upp kontakter med bekanta och hjälpa varandra för att nå resultat. Mot bakgrund av detta menar författaren att det sociala arbetet har möjlighet att ta en aktiv krisberedskapsroll genom att öka människors förmåga att använda sina kontakter och resurser, alltså sitt positiva sociala kapital, som en överlevnadsmekanism vid kriser (ibid.). Utnyttjar då de finländska planerna potentialen med socialt kapital? Nja, Rapeli (ibid.) menar att krisberedskapsplanerna är skrivna på en väldigt generell nivå och hon frågar sig hur användbar en så generell skriven plan kan bli när/om krisen blir verklighet? För att göra planerna mer konkreta argumenterar hon för att socialarbetarna, redan i beredskapsfasen, ska precisera aktiviteter som stärker brukarnas sociala kapital i syfte att minska sårbarhet vid kriser. Forskaren anser sammanfattningsvis att det sociala området i finländska kommuner lever upp till krav om krisberedskap, men att det sociala arbetets roll i finländska kommuners övergripande kommunala krisberedskapsplaner är undanskymd (ibid.). Slutsatsen går i linje med vad som påtalats för svenska förhållanden, exempelvis har Socialstyrelsen lyft att socialtjänstens roll i det kommunala krisberedskapsarbetet behöver stärkas (Cuadra 2017, s. 7). Resonemangen tydliggör att socialtjänstens krisberedskapsarbete inte verkar isolerat, utan befinner sig i ett komplext och brett kommunsammanhang.

Ytterligare en komplexitet i socialtjänstens krisberedskapsplanering knyter an till upphandlingar, som inte har uppmärksammats i någon större utsträckning inom ämnet socialt arbete (Hämbro, Herz & Dahlstedt 2021). I denna uppsats berörs upphandling genom undersökning om förekomst av krav på krisberedskapsplanering vid upphandling<sup>6</sup>. Vad säger då tidigare forskning om denna förekomst? Rapeli och Mussalo-Rauhaama (2017) har, med anledning av att andelen privata aktörer ökar inom finländsk socialtjänst, gjort en enkätundersökning om krisberedskapsplaner bland privata aktörer. Undersökningen visade att

---

<sup>6</sup> | Socialstyrelsens öppna jämförelser krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård är ”rutin för att kräva krisberedskapsplanering vid upphandling” en egen indikator.

endast 19% av de privata socialtjänstleverantörerna hade en krisberedskapsplan. Vidare var det endast 11% av leverantörerna som uppgav att kommunerna hade ställt krav om krisberedskapsplan vid upphandlingen. Författarna konstaterar att de sårbara grupper som socialtjänsten har kontakt med ofta är beroende av andra, vilket skapar en särskild utsatthet vid kriser. Därför menar författarna att det bör vara ett krav att socialtjänstleverantörer har krisberedskapsplanering. Författarna menar vidare att de lokala myndigheterna ska inkludera de privata leverantörerna i myndigheternas krisberedskapsövningar etc. Den finländska situationen med ökad andel privata aktörer har likheter med Sverige, där det exempelvis fanns ett stort antal privata utförare inom regional och kommunal vård och omsorg för äldre personer när coronapandemin bröt ut (SOU 2020:80, s. 246).

3.5.1 Likheter och skillnader i förekomst av krisberedskapsplanering hos socialtjänsten  
Forskning om likheter och skillnader i kommuners krisberedskapsplanering är, såvitt jag vet, begränsad. Rapeli (2017) har emellertid gjort en relevant kvantitativ analys som visade att större lokala serviceenheter i högre grad hade skriftliga krisberedskapsplaner än vad mindre lokala serviceenheter hade. Forskaren menar att en tänkbar förklaring till detta är att större enheter har större resurser avsatta för krisberedskapsarbete. Att resurserna är större innebär emellertid inte att alla aspekter av krisarbete är fullt utvecklade. Rapeli (ibid.) pekar exempelvis på att även större lokala enheter behöver utveckla en djupare samverkan med privata aktörer, civilsamhället och volontärer. Det går i linje med forskarna Dansos och Gillespies (2010) resonemang om samordning som en nyckelfaktor när kommuner arbetar med kriser. Under coronapandemin verkar samordningen mellan kommun och region ha varit bekymmersam: coronakommissionens delbetänkande om äldreomsorg påtalar ansvarsgränserna mellan region och kommun som en, sedan länge uppmärksammas, svårighet (SOU 2020:80, s. 247).

Danso och Gillespie (2010) menar att samordning kräver specifika resurser, vilket exempelvis kan vara pengar. Socialstyrelsens öppna jämförelser om krisberedskap har ingen indikator som berör samordning, men däremot redovisas en socioekonomisk sorteringsnyckel där kommuner grupperas från risk 1 till risk 8 (1=relativt låg risk för ekonomiskt bistånd, 8=relativt hög risk för ekonomiskt bistånd). Sorteringsnyckeln mäter svenska kommuner och stadsdelars socioekonomiska status i relation till varandra. Eftersom nyckeln sorterar kommuner i olika riskgrupper kan den användas för att identifiera kommuner med liknande socioekonomiska förutsättningar (Socialstyrelsen 2021b). Socioekonomi knyter an till

resursen pengar<sup>7</sup> och är intressant vid jämförelse mellan kommuner, bland annat eftersom kommunens skatteintäkter vid svaga socioekonomiska förutsättningar<sup>8</sup> rimligen blir lägre än vid starka socioekonomiska förutsättning. Detta torde i sin tur kunna påverka hur stora ekonomiska resurser som kan avsättas för krisberedskapsplanering. Dessutom, som jag tidigare uppmärksammat, är forskare (exempelvis Zakour 2010 och Dominelli 2012) eniga om att underprivilegerade grupper, som exempelvis kan vara personer med svag socioekonomisk situation, drabbas värst vid kriser.

### 3.6 Krisberedskapsplaneringens effekter

Det saknas, såvitt jag vet, vetenskaplig litteratur som explicit behandlar krisberedskapsplaneringens effekter i socialtjänstens verksamheter. Jag har däremot, i de artiklar jag läst, noterat potentiella mekanismer som kan bidra till att förklara vilka effekter krisberedskapsplaneringen kan få. Den personliga beredskapen hos socialarbetare har återkommit i flera artiklar och därför verkar företeelsen intressant som en ledtråd för att försöka förstå vad som kan förklara om krisberedskapsplaneringen får effekt eller inte. Mot bakgrund av detta redovisar jag nedan forskning om personlig beredskap hos socialarbetare, trots att det inte explicit omfattas av uppsatsens frågeställningar (för ytterligare diskussion kring förfarandet, se avsnittet metod under rubriken forskningsansats).

I en artikel med rubriken ”Please Don’t Let Academia Forget about Us” (Miller et al 2021) redovisas en undersökning av hur amerikanska socialarbetare som jobbar i människors hemmiljö upplevde krisberedskapen under pandemin. I undersökningen framkom att krisberedskap på organisatorisk nivå, t.ex. i form av krisberedskapsplaner, inte behöver vara synonymt med en upplevelse av krisberedskap hos den enskilda socialarbetaren (ibid.). Resultatet indikerar alltså att syftet med planer (att vara beredd) inte alltid uppfylls, vilket i sin tur borde innebära att krisberedskapsplaneringen riskerar att sakna effekt på utfallet. Vidare framkom att de flesta socialarbetarna hade endast ringa, eller ingen, träning i krisförberedelser (ibid.). Socialarbetarna delade en gemensam uppfattning om att ökade satsningar på krisberedskapsutbildning är nödvändiga (ibid.). Även svenska

---

<sup>7</sup> Ett exempel på ekonomins betydelse i kommunens krisberedskapsåtgärder är den överenskommelse som SKR och MSB tecknat gällande uppgifter och ersättning för kommuners krisberedskap: <https://skr.se/skr/samhallsplanering/infrastruktur/trygghetsakerhet/krisberedskap/krisberedskapkommuner.24923.html>

<sup>8</sup> Den nyss nämnda sorteringsnyckeln baseras på data om invånarens arbetsmarknadsanknytning och inkomst, vilket samvarierar med ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen 2021b)

biståndshandläggares erfarenheter under pandemin har undersökts (Holmström & Andersson 2021). I undersökningen framkommer att biståndshandläggarna beskriver beredskapsplaner som ett slags verktyg för prioriteringar (och bortprioriteringar) av patienters behov. I likhet med de tidigare nämnda amerikanska socialarbetarna efterfrågar de svenska biståndshandläggarna, som en följd av sina upplevelser under pandemin, utbildning i krishantering (ibid.). Utbildningssatsningar för krisberedskap och krishantering går i linje med vad forskaren Dominelli (2021) förespråkar i en artikel som inleds med ett konstaterande om att coronapandemin inneburit utmaningar för socialarbetare att utföra sitt professionella arbete. Sammanfattningsvis identifierar alltså de artiklar jag funnit att utbildning är en viktig komponent för att öka den personliga krisberedskapen hos socialarbetare. I nuläget verkar det emellertid inte finnas något större fokus på personlig beredskap i det sociala arbetets praktik, exempelvis menar Oostalnder et al (2020) att arbetsgivare inte prioriterar den personliga beredskapen hos tjänstepersoner som arbetar med det sociala arbetets krisberedskap i Kanada. Sammantaget tolkar jag den tidigare forskningen som att krisberedskapsplanering på olika nivåer verkar ha svårigheter att sippra vidare i det sociala arbetets organisationer och ge önskad effekt i form av personlig krisberedskap hos socialarbetare.

### 3.6.1 Utfall av pandemin

För att kunna analysera eventuella samband behövs ett utfall att relatera till. Eftersom denna uppsats vill vara öppen med att redovisa premisser, vilket ibland har saknats när exempelvis kritik mot pandemihanteringen presenterats (Cuadra et al 2021), är det rimligt att problematisera hur utfall av pandemin ska beaktas. I Sverige har Socialstyrelsen detaljerad statistik kring antalet döda till följd av covid-19 och det finns, som jag anförde i problemformuleringen, underlag som påtalar överdödlighet i socialtjänstens verksamheter. Dessutom fanns under coronapandemin en tydlig nationell strategi om att skydda de äldre (SOU 2022:10), en målgrupp som är vanligt förekommande på särskilda boende och i hemtjänst. Mot bakgrund av detta menar jag att antal döda i covid-19 inom hemtjänst och särskilda boenden är rimliga att betrakta som utfall i relation till socialtjänstens krisberedskapsplanering. Exempel på andra typer av utfall framkommer i en artikel som undersöker hur äldreomsorgen i Finland, Sverige och Island svarade på covid-19-viruset (Rapeli et al 2023). Forskarna konstaterar att alla tre länderna på ett nationellt plan svarade på krisen som ett hälso- och sjukvårdsproblem, men värdekonflikter har identifierats i alla länder. Det handlar om målkonflikter rörande skydd mot smittan å ena sidan och å andra sidan

vikten av sociala kontakter och självbestämmande. Ett alternativt sätt att betrakta utfall i uppsatsen skulle således kunna vara de sociala konsekvenser som, genom exempelvis långa besöksförbud, drabbade brukare i socialtjänstens verksamheter. Emellertid är det svårt att mäta sociala konsekvenser och jag känner inte till någon offentlig statistik som gör det.

### 3.6.2 Alternativa förklaringar till antalet döda i covid-19

I avsnitt 3.5.1 har jag resonerat kring tidigare forskning om kommunstorlek och socioekonomi i relation till krisberedskap. Dessa faktorer kommer också användas för att undersöka alternativa förklaringar till antalet döda i covid-19 på särskilda boenden och i hemtjänst.

Ytterligare en faktor som kommer att användas är SKR:s kommungruppsindelning, indelningen är välkänd och används exempelvis av universitet och myndigheter (SKR 2023). I indelningen beaktas kommunstorlek, om orten ligger i landsbygd samt kommunens pendlingsmönster. Under pandemin förekom i Sverige särskilda restriktioner kring kollektivtrafik (SOU 2022:10, s. 356) och således bedöms detta som en intressant faktor för undersökningen. Kollektivtrafik är vidare intressant eftersom de personer som jobbade inom särskilda boende och hemtjänst tillhörde den grupp som inte kunde jobba hemifrån under pandemin (SOU 2022:10, s. 236) och därmed kan antas ha varit beroende av att transportera sig, exempelvis med kollektivtrafik.

### 3.7 Sammanfattning av kunskapsluckor

Av ovan redogörelse framgår att det i nuläget endast finns begränsad forskning med koppling till krisberedskap i svenska kommuners socialtjänst, således går det att identifiera flera kunskapsluckor. Forskningen kring krisarbete i nordiska socialtjänster är begränsad (se under rubrik 3.5), liksom att det enligt Rapeli (2018) råder brist på systematiska studier om krisberedskap och riskreducering i socialt arbete (se under rubrik 3.5). Vidare saknas kunskap om krisberedskapsplanering och utfall i socialtjänsten (se under rubrik 3.6). Uppsatsens frågeställningar kan således bidra till att fylla flera kunskapsluckor.

### 3.8 Studiens hypoteser

Nedan presenteras studiens hypoteser sorterade utifrån uppsatsens frågeställningar.

Frågeställning 1 är av deskriptiv karaktär och således är inga hypoteser knutna till den.

Två hypoteser är knutna till frågeställning 2:

- A) Det finns positiv korrelation mellan kommuners befolkningsmängd och förekomst av krisberedskapsplanering: ju större befolkning i kommunen, desto högre genomsnittlig förekomst av krisberedskapsplanering råder.
- B) Det finns negativ korrelation mellan socioekonomiska förutsättningar och förekomst av krisberedskapsplanering: ju svagare socioekonomiska förutsättningar en kommun har, desto lägre genomsnittlig förekomst av krisberedskapsplanering råder.

Två hypoteser är knutna till frågeställning 3:

- C) Det finns negativ korrelation mellan förekomst av krisberedskapsplanering och antal döda till följd av covid-19 i särskilda boenden och hemtjänst: ju högre förekomst av krisberedskapsplanering, desto lägre genomsnittliga dödstal.
- D) Det finns korrelation mellan kommuners befolkningsmängd, kommuntyp respektive socioekonomiska förutsättningar och antal döda till följd av covid-19 inom hemtjänst och särskilda boenden.

Hypotes A baseras på en vetenskaplig artikel av Rapeli (2017), som redovisas i första stycket under rubrik 3.5.1. Hypotes A kan också kopplas till teori kring kapacitet (se under rubrik 3.4.3), i resonemanget antar jag då att kommuner med större befolkning har större resurser (exempelvis i form av skatteintäkter). Chanserna till att uppnå teknisk kapacitet, som krisberedskapsplanering sorterar under, torde öka om resurser finns tillgängliga, således är hypotes A rimlig. Hypotes B baseras på resonemang om socioekonomins betydelse i andra stycket under rubrik 3.5.1. Hypotes B kopplas också till teori om kapacitet genom att mindre resurser, som antas följa med sämre socioekonomiska förutsättningar, torde minska chanserna till teknisk kapacitet. Förutsättningarna blir alltså omvända i jämförelse med hur jag diskuterade för hypotes A. För hypotes C anges negativ korrelation, men jag är samtidigt öppen för att korrelationen kan betraktas som tveksam. Å ena sidan finns en idé om hur krisberedskapsplanering är tänkt att lindra krisens utfall (berörs under rubrik 3.5). I linje med ett katastrofriskreducerande perspektiv (se under rubrik 3.3) kan krisberedskapsplanering ses som en ansträngning för att minska risker och lindra konsekvenser av kris. Å andra sidan finns få undersökningar om krisberedskapsplaneringens effekter, i den forskning jag relaterat till verkar sambanden dessutom komplexa (läs mer under rubrik 3.6). Teorin om kapacitet gör vidare gällande att krisberedskapsplanering endast utgör en del av organisationens kapacitet att möta kriser. Mot bakgrund av detta blir det särskilt spännande att genomföra de statistiska

analyserna och testa hypotes C. Hypotes D baseras på en strävan att undersöka alternativa förklaringar till antal döda i covid-19, hypoteserna anger ingen riktning (positiv eller negativ) eftersom det väsentliga är att undersöka om korrelation överhuvudtaget existerar. Hypotesen om att det finns korrelation går i linje med resonemang om att den totala kapaciteten att möta kriser kan antas skifta hos kommuner med olika befolkningsmängd, socioekonomiska förutsättningar respektive kommuntyper.

## 4 Metod

### 4.1 Disposition

I detta avsnitt beskrivs först uppsatsens forskningsansats. Därefter uppmärksammas offentlig statistik och de empiriska material som ligger till grund för undersökningen presenteras. I samband med redogörelsen av empiriska material beskrivs också de databearbetningar som gjorts. Vidare redovisas hur studiens begrepp har operationaliserats och därefter diskuteras urval och bortfall i det empiriska materialet. Avsnittet fortsätter med en beskrivning av de analysmetoder som använts och därefter diskuteras studiens validitet och reliabilitet. Slutligen resoneras kring studiens begränsningar och de etiska överväganden som gjorts.

### 4.2 Forskningsansats

I min studie inspireras jag av Mary Richmond, en av det sociala arbetets pionjärer. Richmond (1917/1965) menade att socialarbetare behöver veta vad som är verkningsfullt, det räcker alltså inte med att vilja göra gott. Att få kunskap om eventuella samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 ser jag som ett steg i den riktning som Richmond förespråkade. Emellertid ska klargöras att denna studie inte gör anspråk på att finna kausala samband eftersom upplägget saknar förutsättningar för det, då de oberoende variabelerna inte kan manipuleras (Bryman 2018, ss. 66-67).

Uppsatsens ansats grundas i den vetenskapsteoretiska inriktning som brukar kallas realism. Realismen menar, i stora drag, att det finns en verklighet som inte är beroende av människors medvetande (Brante 2014) och att människor har förmåga att få kunskap om världen (Sohlberg & Sohlberg 2019). Dessa påståenden kan, i ett vardagligt sammanhang, verka självklara. Ur ett vetenskapsteoretiskt perspektiv går emellertid inget att ta för givet, snarare finns en rad olika uppfattningar kring hur kunskap om verkligheten påverkas av människors medvetande (Sohlberg & Sohlberg 2019). Realismen bygger på en idé om att vetenskap ska förklara verklighetens beskaffenhet (Brante 2014), vilket är i linje med uppsatsens ambitioner. Brante (1997) har specifikt föreslagit kausal realism som en lämplig vetenskapsteoretisk inriktning för sociologi och därmed också socialt arbete. Den kausala realismen intresserar sig för mekanismer (ibid.) och med mekanism menas den kraft/rörelse som ”binder samman orsaker med effekter” (Brante 2014, s. 138). Jag åskådliggör till exempel ett intresse för mekanismer i resonemang om personlig krisberedskap hos socialarbetare (se under rubrik



3.6). Trots att uppsatsens frågeställningar primärt inte berör personlig krisberedskap menar jag att företeelsen blir relevant eftersom den personliga krisberedskapen kan utgöra en mekanism som delvis förklarar en eventuell effekt.

#### 4.3 En introduktion till offentlig statistik som empiriskt material

I uppsatsen använder jag offentlig statistik, med detta menas statistik från exempelvis statliga och kommunala myndigheter (Bryman 2018, s. 393). Skälet till att offentlig statistik från Socialstyrelsen används i studien är att statistiken representerar Sveriges 290 kommuner och bedöms ändamålsenlig för uppsatsens frågeställningar. Specifikt använder jag statistik från öppna jämförelser samt Socialstyrelsens redovisning av antal döda i covid-19, materialen beskrivs under rubrik 4.4.

Det finns en rad möjligheter med offentlig statistik:

- Både svaren från öppna jämförelser och statistiken om antal döda i covid berör Sveriges samtliga 290 kommuner. Datakällorna innehåller således ett omfångsrikt material som jag hade haft svårt att få ihop på egen hand inom tidsramen för en masteruppsats. Genom att använda offentlig statistik har jag på ett tidseffektivt sätt fått tillgång till data om en hel population (Bryman 2018, s. 393).
- En ytterligare fördel med offentlig statistik är att forskarens påverkan blir mindre eftersom människorna inte vet om att de studeras (Bryman 2018, s. 398). Detta är tillämpligt för den dödstatsstatistik som används i studien. Emellertid är det inte tillämpligt på öppna jämförelser, där svaren lämnats in av kommuner till Socialstyrelsen och således har kommunerna varit medvetna om att svaren kommer registreras och analyseras.
- En tredje fördel med att använda statistik från Socialstyrelsen är att det har möjliggjort ett retroaktivt perspektiv. Bryman (2018, s. 394) menar att ett starkt argument för att använda offentliga data är att de ger möjligheter till studier över tid.

Det har länge betraktats som kontroversiellt att använda offentlig statistik i samhällsvetenskaplig forskning (Bryman 2018, s. 393). Kritiken verkar bland annat handla om att de kategorier som räknas i den offentliga statistiken kan bli vilseledande eftersom forskaren inte valt operationaliseringen, utan i stället tvingats anpassa sig efter myndigheternas mått (Bryman 2018, s. 394). För min studie kan det anses begränsande att inte ha inflytande över vilka indikatorer som Socialstyrelsen valt i öppna jämförelser. Å andra sidan finns flera indikatorer i datamaterialet och därmed har jag kunnat välja de mest lämpliga

(se rubrik 4.4.1). Genom aktiva val av indikatorer menar jag att riskerna för vilseledning i studien har minimerats.

#### 4.4 Beskrivning av uppsatsens empiriska material och bearbetningar i materialen

Efter att ha belyst offentlig statistik på ett generellt plan ska jag nu mer specifikt beskriva de datamaterial som jag använder i aktuell studie. Jag kommer också beskriva på vilket sätt jag fått tillgång till de aktuella datamaterialen samt hur jag gjort bearbetningar. Avslutningsvis gör jag en kort beskrivning av datamaterial som jag försökte, men inte lyckades, få tillgång till.

##### 4.4.1 Öppna jämförelser

Öppna jämförelser har tidigare beskrivits under avsnittet om bakgrund, de indikatorer som undersöks i enkäten ”Öppna jämförelser Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård” är (Socialstyrelsen 2020 d & 2021 d):

- Rutin om krisberedskap vid upphandling av tjänster för särskilt sårbara grupper
- Evakueringsplan för särskilt sårbara grupper
- Aktuell kontinuitetsplan för särskilt sårbara grupper
- Beredskapsplan för höga temperaturer för särskilt sårbara grupper

För aktuell undersökning bedömer jag indikatorerna kontinuitetsplan och rutin om krisberedskap vid upphandling som relevanta för att mäta krisberedskapsplanering (se tabell 2 längre ner). Evakueringsplan är mer tillämpligt vid händelser som elavbrott och dricksvattenstörning (Socialstyrelsen 2020 d & 2021 d), vilket inte var fallet vid pandemin och således använder jag inte indikatorn i studien. Vidare har inte beredskapsplan för höga temperaturer något med coronapandemins förutsättningar att göra, därför bedömer jag den inte som en relevant indikator för undersökningen.

Enkäten för öppna jämförelser 2020 skickades ut och besvarades i början av året, således speglar svaren det föregående året 2019 (på motsvarande sätt speglar öppna jämförelser 2021 krisberedskapen under 2020). Som Socialstyrelsen (2020b) påpekar gjordes alltså datainsamlingen för öppna jämförelser 2020 innan pandemin satte fart och kan därför ge en bild av hur väl förberedda kommunerna var.

Öppna jämförelser finns tillgänglig som Excel-fil på Socialstyrelsens hemsida. De flesta beskrivningar finns i filen men vid några tillfällen har jag kontaktat handläggare på Socialstyrelsen för att få förtydligande svar på frågor om materialet.

#### 4.4.2 Statistik över antal döda i covid-19 på särskilt boende och i hemtjänst

Statistik över antal döda i covid-19 på särskilda boenden och i hemtjänst finns tillgängligt på Socialstyrelsens hemsida (Socialstyrelsen 2023b). Beskrivning av särskilda boenden har jag tidigare presenterat under rubrik 2.3, under samma rubrik har jag även konstaterat att äldre utgör den stora majoriteten på särskilda boenden.

När jag undersökte datafilen över antal döda i covid-19 framkom att statistiken var summerad från pandemins start till nutid. Därför tog jag kontakt med Socialstyrelsens registerservice som tog fram statistik för de efterfrågade målgrupperna, fördelat per kommun, enhet (särskilda boenden respektive hemtjänst) och år (2020 respektive 2021). När antalet döda enligt statistiken är noll redovisar Socialstyrelsen siffran 0, när antalet döda per enhet är 1-3 personer redovisar Socialstyrelsen det, av integritetsskäl (inte röja enskilda individer), med ett kryss. Socialstyrelsen gör också, vid behov, sekundärkryss för en kommuns dödstal. Till exempel redovisas ett sekundärkryss när endast en kommun i ett län har kryss. Det beror på att antalet dödsfall i den kryssade kommunen annars skulle kunna räknas ut eftersom totalsumman för län anges. I datafilerna för 2020 och 2021 är ungefär en tredjedel av enheterna kryssmarkerade.

Vid kryss i datamaterialet har jag imputerat värden. Med imputering menas att saknade värden uppskattas till ett värde som ligger nära det verkliga värdet (Hair et al 2019, s. 47). Imputering kan göras på olika sätt. Jag har valt att utgå från att kryss innebär 1-3 döda, jag har således inte lagt någon vikt vid att sekundärkryss (datamaterialet ger ingen möjlighet att skilja mellan primär- och sekundärkryss) kan innebära fler än 3 döda. Jag har valt att räkna ut ett medelvärde av dödstalen 1, 2 och 3 - således får kryss värdet 2. Hair et al (2019, s. 65) betonar att imputering kan ha inflytande på analyserna, det är därför viktigt att forskaren inte faller in i en bekväm föreställning om att imputationen gjort datasetet fullständigt. För vidare diskussion om konsekvenser av imputeringen, se rubrik 4.8.3 nedan.

4.4.3 Databearbetning för att hantera skillnad i redovisningsform mellan datamaterialen  
I Socialstyrelsens öppna jämförelser redovisas Göteborg och Stockholm inte på kommunnivå, utan som stadsdelsförvaltningar eller socialförvaltningar. Redovisningsformen skiljer sig från statistiken om antal avlidna i covid-19, som redovisas på kommunnivå. För att kunna göra sambandsanalyser mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 har jag hos Socialstyrelsen efterfrågat dödstal på stadsdelsförvaltning/socialförvaltningsnivå. Jag fick besked om att sådana uppgifter inte kunde tas fram genom Socialstyrelsens register, utan krävde samkörning med Statistiska centralbyråns register. Samkörningen skulle innebära en rejäl avgift och Socialstyrelsens medarbetare bedömde att det var stor risk att antalet döda i stadsdelarna skulle markeras med kryss, p.g.a. lågt antal döda. Mot bakgrund av det bedömde jag att chanserna för användbar statistik var minimala och gick inte vidare med någon beställning.

För att lösa problemet har jag i stället bearbetat data i syfte att skapa enhetlighet. Jag ska nu beskriva hur jag gått till väga när socialförvaltningar/stadsdelsförvaltningar i Göteborg respektive Stockholm tilldelats var sitt svar på kommunnivå. Stockholms svar redovisas 2020 och 2021 på stadsdelsförvaltningsnivå, Göteborgs svar redovisas 2020 på stadsdelsförvaltningsnivå och 2021 på socialförvaltningsnivå. I bearbetningen av svar på stadsdelsförvaltningsnivå har jag tagit hänsyn till antalet invånare i varje stadsdelsförvaltning. Statistik över antal invånare har jag fått genom Göteborg och Stockholms stad. Om en stadsdel med 30 000 invånare svarat ja på kontinuitetsplan har det räknats som 30 000 ja. Efter att ha tagit hänsyn till invånarantal och svar i samtliga stadsdelar i kommunen har jag valt det svar som varit i majoritet att representera kommunen. Eftersom de olika stadsdelsförvaltningarna har skilda socioekonomiska förutsättningar, har jag valt att lämna fältet för socioekonomiska förutsättningar tomt för Stockholm 2020 och 2021 samt Göteborg 2020. Jag menar att det vore missvisande att välja ett värde eftersom variationen mellan olika stadsdelar är stor. För 2021 redovisar Göteborg svaren på socialförvaltningsnivå. Vid bearbetning av svaren från Göteborgs socialförvaltningar 2021 har antal invånare inte varit aktuellt att ta hänsyn till, eftersom socialförvaltningarna kategoriseras utifrån andra grunder än geografiskt avgränsade områden med ett visst antal invånare. Därför har jag för Göteborg 2021 valt det svar som varit i majoritet bland de sex socialförvaltningarna. Eftersom socialförvaltningarna inte kategoriseras utifrån socioekonomiska förutsättningar är fältet tomt för Göteborg 2021. För resonemang om databearbetningens konsekvenser, se under rubrik 4.8.2 nedan.

#### 4.4.4 Antal döda i covid-19 på LSS-boende för personer över 18 år

Antal döda i covid på LSS-boenden för personer över 18 år finns inte på Socialstyrelsens hemsida. Emellertid kunde Socialstyrelsens registerservice, efter förfrågan, bistå med statistik. Summerad statistik visar att år 2020 dog 78 personer i covid-19 på LSS-boende för personer över 18 år, motsvarande siffra för år 2021 är 47 döda.

Jag frågade om dödstalen för 2020 och 2021 kunde brytas ner till kommunnivå.

Socialstyrelsen svarade att det, av integritetsskäl, inte gick eftersom siffrorna skulle bli för små, men myndigheten kunde testa att bryta ner till regionnivå. Den regionindelade statistiken visar att ett stort antal regioner är markerade med kryss (=1-3 döda personer). År 2020 finns angivna dödstal för 8 regioner (varav 4 regioner med siffran 0), resten är markerade med kryss. År 2021 finns angivna dödstal för 11 regioner (varav 7 regioner med siffran 0), resten är markerade med kryss.

Eftersom dödstalen inte redovisas på kommunnivå saknas förutsättningar att göra sambandsanalyser (mellan krisberedskapsplanering vid LSS-boende och antal döda i covid-19), därför tog jag inte med LSS-boende för vuxna i uppsatsens tredje frågeställning.

#### 4.4.5 Data som inte lämnades ut på grund av sekretess

För att fånga flera aspekter på krisberedskapsplanering försökte jag göra en triangulering av datakällor, med triangulering menas att använda mer än en datakälla (Bryman 2018, s. 468). Specifikt ville jag få tillgång till data i form av de enkätsvar som användes när Socialstyrelsen sammanställde en lägesbild av kommunernas krisberedskap vid tiden för att covid-19 bröt ut 2020 (se rubrik 2.3.1). Eftersom Socialstyrelsens enkät bland annat ställt frågor om skyddsutrustning, var min idé att svaren skulle kunna bidra till en mer mångfacetterad mätning av krisberedskapsplanering i studien. Efter att ha ställt frågan till tjänsteperson på Socialstyrelsen, fick jag emellertid besked om att jag inte kunde få enkätsvaren på grund av sekretess. Då jag inte såg några möjligheter att ifrågasätta beslutet har jag utformat studien utan enkätsvaren.

## 4.5 Operationalisering

Med begreppet operationalisering menas hur forskaren gör för att mäta olika fenomen (Hagevi och Viscovi 2016, s. 33). Nedan redovisar jag indikatorer och mått som används i uppsatsen.

### 4.5.1 Indikatorer för krisberedskapsplanering och pandemiutfall

Krisberedskapsplanering och pandemiutfall operationaliseras genom indikatorer (se tabell 2 nedan) som rör tre verksamheter i socialtjänsten. Verksamheterna är:

- Bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning och med behov av stöd och service enligt LSS (benämns i uppsatsen LSS-boende).
- Särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre (benämns i uppsatsen särskilda boenden för äldre).
- Hemtjänst i form av service och/eller personlig omvårdnad i ordinärt boende (benämns i uppsatsen hemtjänst).

Tabell 2: Operationalisering av krisberedskapsplanering och utfall av pandemin

Företeelse	Indikator	Mätning	Svarsalternativ
Krisberedskapsplanering	Kommunen/socialförvaltningen/stadsdelen har beslutade <i>kontinuitetsplaner</i> för de verksamheter som socialtjänsten bedriver eller ansvarar för som avser särskilt sårbara grupper i hemtjänst, särskilda boenden för äldre och LSS-boenden med särskild service.	Indikatorn mäts med två frågor. Frågorna är: 1 Har ni skriftliga och på ledningsnivå beslutade kontinuitetsplaner för de verksamheter <sup>9</sup> som socialtjänsten bedriver eller ansvarar för som avser särskilt sårbara grupper? 2 Har ni någon gång under perioden (12 månader) följt upp beslutade kontinuitetsplaner?	Svaren på de två frågorna summeras till ett värde. Om en kommun svarat ja på båda frågorna alternativt ja på fråga 1 och ej aktuellt på fråga 2 uppnås värdet ja. Om en kommun svarat ja på fråga 1 och nej på fråga 2 uppnås värdet delvis.  Svaret ej aktuellt innebär: -fråga 1: att boende/insatsen inte finns i kommunen/stadsdelen. -fråga 2: att kontinuitetsplanen upprättades nyligen, d.v.s. under senaste året, för respektive verksamhet.
Krisberedskapsplanering	Kommunen/socialförvaltningen/stadsdelen har en <i>rutin om att krisberedskap ska ingå i upphandlingsdokumenten</i> vid upphandling av tjänster som utförs för särskilt sårbara grupper i hemtjänst, särskilda	Har ni en skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin om att krisberedskap ska ingå som en del i kravspecifikationen vid upphandling av	Ja/Nej/Ej aktuellt  Med ej aktuellt menas att kommunen inte har någon upphandlad verksamhet för aktuell tjänst.

<sup>9</sup> Med verksamheter avses här hemtjänst, särskilda boenden för äldre och LSS-boenden.

	boenden för äldre och LSS-boenden med särskild service.	hemtjänst, särskilda boenden och LSS-boenden för särskilt sårbara grupper?	
Utfall av pandemin	Antal döda till följd av covid-19 i hemtjänst respektive särskilda boenden.	Avlidna i covid-19 baseras på dödsorsaksintyg inkomna till Socialstyrelsen. Uppgift om hemtjänst och särskilt boende har hämtats från registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning från 2019 och framåt.	Döda i covid-19 per kommun redovisas i antal, för att göra måttet jämförbart mellan kommuner har måttet omvandlats till antal döda i covid-19 per 10 000 invånare.

#### 4.5.2 Mätning av befolkningsmängd, socioekonomiska förutsättningar och kommuntyp

Jag studerar kommuners befolkningsmängd, socioekonomiska förutsättningar samt kommuntyp för att jämföra likheter och skillnader i krisberedskapsplanering samt för att undersöka alternativa förklaringar till antal döda i covid-19. I genomförandet använder jag befintliga grupperingar från offentlig statistik, se tabell 3. Kodningen för befolkningsmängd respektive relativ risk för ekonomiskt bistånd (mått på socioekonomiska förutsättningar) och kommuntyp går åt olika håll, för kommuners befolkningsmängd och relativ risk för ekonomiskt bistånd gäller att 1<2<3<4<5<6<7<8 men för kommuntyp gäller att den första gruppen är den största. Däremot går det inte att i någon av fallen påstå att exempelvis 1+1=2 eftersom sifferkodning inte säger något om de exakta skillnaderna mellan värden (Borg & Westerlund 2020, s. 32). För att besvara uppsatsens andra och tredje frågeställning används korrelationstester och korstabellsanalyser (frågeställning 2), som redovisas i diagram, respektive regressionsanalys med dummyvariabler (frågeställning 3). Genom att addera korstabellsanalyser och regressionsanalys tydliggörs att studien jämför grupper och således nyanseras den mer grovhuggna sifferkodning som används i korrelationstester.

Tabell 3: Beskrivning av grupperingar för kommuners befolkningsmängd, socioekonomiska förutsättningar och kommuntyp<sup>10</sup>

Företeelse	Gruppering	Källa
Kommuners befolkningsmängd	Grupp 1: 0-14 999 invånare Grupp 2: 15 000-29 999 Grupp 3: 30 000 -69 999 Grupp 4: 70 000-199 999 Grupp 5: 200 000 eller flera	Socialstyrelsen
Socioekonomiska förutsättningar	Skala 1-8, där 1=relativt låg risk för ekonomiskt bistånd och 8=relativt hög risk för ekonomiskt bistånd. Utifrån riskgrupperingen kan kommuner med liknande socioekonomiska förutsättningar identifieras.	Socialstyrelsen
Kommuntyp	A1 Storstäder A2 Pendlingskommun nära storstad B3 Större stad B4 Pendlingskommun nära större stad B5 Lågpendlingskommun nära större stad C6 Mindre stad/tätort C7 Pendlingskommun nära mindre tätort C8 Landsbygdskommun C9 Landsbygdskommun med besöksnäring	Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

#### 4.6 Urval och bortfall i det empiriska materialet

I uppsatsen undersöker jag åren 2020 och 2021. Detta beror på att jag vill studera hur förberedda kommunerna var inför en kris som coronapandemin, jag vill alltså undersöka krisberedskapsplanering i pandemins inledning. Spridningen av viruset skedde i olika takt i olika delar av Sverige, exempelvis Skåne kom lindrigt undan i början av 2020 men drabbades värre under hösten-2020 (Svenska Dagbladet 2020). För att fånga krisberedskapsplaneringen under den inledande spridningen i hela landet väljer jag därför att undersöka krisberedskapsplanering i både början av år 2020 och år 2021. Som påpekats under rubrik 4.4.1 besvarades enkäten för öppna jämförelser 2020 i början av året, således speglar svaren krisberedskapen under det föregående året 2019 (på motsvarande sätt speglar öppna jämförelser 2021 krisberedskapen under 2020). Ytterligare ett argument till att jag valt åren 2020 och 2021 är att kontinuitetsplan endast mättes under dessa år, från och med 2022 pausades kontinuitetsplan från mätningen (se under rubrik 2.3.1).

<sup>10</sup> För deskriptiv statistik om hur många kommuner som ingår i respektive kategori, se appendix längst bak i uppsatsen.



Enkäten för öppna jämförelser krisberedskap år 2020 och 2021 skickades ut till Sveriges samtliga kommuner, i Stockholm och Göteborg skickades enkäten till stadsdelsförvaltningar/socialförvaltningar (Socialstyrelsen 2020b och 2021a). Öppna jämförelser baseras alltså på ett totalurval. En stor förtjänst med att använda totalurval är att risker för snedvridningar, som stickprov alltid för med sig, undviks (Borg & Westerlund 2020, s. 23).

Det totala antalet tillfrågade i öppna jämförelser var år 2020: 312 stycken och år 2021: 307 stycken. Båda åren var svarsfrekvensen 91% (Socialstyrelsen 2020 c & Socialstyrelsen 2021b), således var bortfallet 9%. Bortfallet betraktar jag som lågt och därmed mycket bra. Med optimala förutsättningar bör svarsfrekvensen i ett enkätmaterial vara 100%, men en sådan ambition menar jag är orealistisk. Bortfall har blivit en stor utmaning vid enkätundersökningar (Stoop 2005) och därför ser jag öppna jämförelserns höga svarsfrekvens som mycket förtjänstfull. Svarsfrekvensen är också ett argument till varför jag inte gjorde en egen enkätundersökning, jag såg det inte som troligt att jag skulle kunna komma i närheten av öppna jämförelserns höga svarsfrekvens.

I öppna jämförelserns enkät svar förekommer alternativet ”ej aktuellt” (för innebörd av svarsalternativet, se tabell 2). I undersökningen har jag behandlat ”ej aktuellt” som internt bortfall. I synnerhet för data om ”rutin att kräva krisberedskap vid upphandling” finns en stor andel ”ej aktuellt”-svar. Jag tolkar det som att de kommuner som angett det svarsalternativet inte har aktuell verksamhet upphandlad i sin kommun. Om verksamheten inte finns i kommunen, går det inte heller att ha krisberedskapsplanering för den – således menar jag att hanteringen av svaret ”ej aktuellt” som internt bortfall är rimligt. Om svaren ”ej aktuellt” skulle räknas som giltigt värde, så skulle storleken på andelarna för ”har” respektive ”har inte” krisberedskapsplanering minskats - ett sådant förfarande skulle riskera att vilseleda läsaren.

Statistiken över antalet döda till följd av covid-19 baseras på dödsintyg med dödsorsaken covid-19 från landets samtliga kommuner. Förfarandet kring fastställande av dödsorsak kan problematiseras metodologiskt, vilket görs under rubriken 4.8.3. Statistiken har emellertid en stor fördel genom att vara ett totalurval utan förekomst av bortfall.

## 4.7 Analysmetoder

Undersökningens analyser har genomförts i statistikprogrammet SPSS, vissa åskådliggörande diagram har framtagits genom Officepaketets Excelprogram. Nedan redovisar jag de analyser som gjorts i en tabell, därefter följer en löpande text som ger ytterligare bakgrund till analysvalen.

Tabell 4: Översikt över de statistiska analyser som görs i studien (samtliga variabler har tidigare beskrivits i tabell 2 och 3)

Frågeställning	Variabler	Typ av analys
I vilken utsträckning förekommer krisberedskapsplanering i socialtjänstens särskilda boende för äldre, hemtjänst och LSS-boende?	Kontinuitetsplan Rutin om att krisberedskap ska ingå i upphandlingsdokument	Univariat analys i form av relativa frekvenser (%)
Vilka skillnader och likheter finns i förekomst av krisberedskapsplanering hos svenska kommuners hemtjänst, särskilda boenden för äldre respektive LSS-boenden med särskild service för vuxna?	Kontinuitetsplan Rutin om att krisberedskap ska ingå i upphandlingsdokument	Relativa frekvenser (%) från univariat analys jämförs med varandra
Varierar förekomst av krisberedskapsplanering beroende på kommuners befolkningensmängd och socioekonomiska förutsättningar?	<i>Beroende variabler:</i> Kontinuitetsplan som dummyvariabel där 1=ja och 0=nej, delvis räknas som nej. Rutin om krisberedskap vid upphandling som dummyvariabel där 1=ja och 0=nej.  <i>Oberoende variabler:</i> Kommuners befolkningensmängd Socioekonomiska förutsättningar	Bivariat analys i form av korstabell för att hitta sambandsmönster.  Bivariat analys i form av Spearmans rangkorrelationskoefficient. Signifikansnivå: 5%
Finns samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 på särskilda boenden respektive hemtjänst?	<i>Beroende variabler:</i> Antal döda i covid, räknas som antalet döda per 10 000 invånare för att måttet ska bli jämförbart  <i>Oberoende variabler:</i> Kontinuitetsplan och rutin om krisberedskap som dummyvariabler (för kodning, se raden ovan).	Bivariat analys i form av Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient. Signifikansnivå: 5%  Bivariat analys i form av enkel linjär regressionsanalys med vardera oberoende variabel. Signifikansnivå: 5%
Finns alternativa förklaringar till samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 på särskilda boenden respektive hemtjänst?	<i>Beroende variabel:</i> Antal döda i covid, räknas som antalet döda per 10 000 invånare för jämförbarhet  <i>Oberoende variabel:</i> Kommuners befolkningensmängd Socioekonomiska förutsättningar Kommuntyp	Bivariat analys i form av variansanalys, vid signifikanta resultat i variansanalys: post hoc-test. Signifikansnivå: 5%  Bivariat analys i form av bivariat linjär regressionsanalys med var och en av de oberoende variablerna som dummyvariabler. Signifikansnivå: 5%

I tabell 4 beskriver jag såväl univariat som bivariat analys. Med univariat analys menas att en variabel i taget behandlas (Bryman 2018, s. 411), medan bivariat analys innebär att analysen behandlar två variabler och undersöker hur de relaterar till varandra (Bryman 2018, s. 416). I tabell 4 hänvisar jag vidare till signifikansnivå, vilket senare i resultatdelen sätts i relation till de p-värden som framkommer. Eftersom jag har ett totalurval används inte signifikanstestet för att mäta om resultat från ett stickprov kan generaliseras till populationen (Bryman 2018, s. 423). Snarare tolkas p-värdena deskriptivt för att avgöra hur robusta sambanden eller skillnaderna som observerats är (Lantz 2013, s. 457). För att kunna avgöra sambandens robusthet använder jag i analyserna sedvanlig signifikansnivå på 5 % (Borg & Westerlund 2020, s. 484), det innebär att p-värden som antar värden motsvarande 0,05 eller lägre räknas som statistiskt signifikant.

Jag fortsätter nu med att diskutera korrelationsanalyser. Analyser med Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient ”mäter graden av linjär samvariation” och ger ett värde mellan -1 och +1 (Borg & Westerlund 2020, s. 174). Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient kräver data på minst intervallskala till skillnad mot Spearmans rangkorrelationskoefficient som annars följer samma principer som Pearsons (ibid.). För att undersöka om omfattning i krisberedskapsplanering varierar beroende på kommuners befolkningsstorlek och socioekonomiska förutsättningar använder jag i studien Spearmans rangkorrelationskoefficient. Skälet till detta är att Spearmans kan hantera den ordinalskala som kommuners befolkningsmängd och socioekonomiska förutsättningar redovisas på, detta är möjligt genom att rangkorrelationskoefficienten utgår från variabelernas rangvärde (ibid.). Metoden skiljer sig från Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient, som jag återkommer till i punkterna nedan.

Jag ska nu specifikt motivera tillvägagångssättet för tester som presenteras i de två sista raderna i tabell 4:

- Antal döda i covid-19 på särskilda boenden avser både särskilda boenden för äldre och för personer med funktionsnedsättning (se 4.4.2). I korrelationsanalyserna undersöker jag korrelation mellan beskrivna dödstal och förekomst av krisberedskapsplanering på särskilda boende för äldre. Jag resonerar vidare kring tillvägagångssättet med fokus på reliabilitet under rubrik 4.8.2.
- Jag gör Pearsons korrelationstest för variabelerna kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin och antal döda i covid-19, per 10 000 invånare, på särskilda

boenden respektive i hemtjänst. Variablerna är kvantifierade och på intervallskala (kontinuitetsplan och upphandlingsrutin har gjorts om till dummyvariabler), således är skalnivån anpassad till krav för Pearsons produktmomentkorrelationskoefficient (Borg & Westerlund 2020). Efter korrelationstester går jag vidare med bivariata linjära regressionsanalyser som baseras på dummyvariabler.

- Variablerna socioekonomiska förutsättningar, kommuners befolkningsmängd och kommuntyp är indelade i grupper. Eftersom jag vill identifiera skillnader mellan respektive variablers grupper gör jag först variansanalys (Anova) för att pröva om medelvärden för dödstalet skiljer sig signifikant mellan grupperna (Borg & Westerlund 2020, s. 279). När variansanalysen visar att medelvärden skiljer sig signifikant åt, gör jag post-hoc-test för att undersöka vilka gruppers medelvärden som skiljer sig signifikant från varandra. I efterföljande regressionsanalys gör jag den grupp som fått flest signifikanta skillnader jämfört med de andra grupperna till referensgrupp. Om variansanalys inte visat på signifikanta skillnader i medelvärden använder jag grupp 1 som referensgrupp<sup>11</sup> i regressionsanalysen. En svaghet med studiens variansanalys är att antalet kommuner per grupp är olika (se appendix), idealet för variansanalys vore att varje grupp innehöll ungefär lika många kommuner (Borg & Westerlund 2020, s. 285). Jag gör emellertid variansanalys eftersom jag anser att det ger förutsättningar att skapa en bättre modell för regressionsanalyserna. Jag har även provat att göra regressionsanalyserna med fast referensgrupp och utan inledande variansanalys, det visade sig att regressionsanalysen gav fler signifikanta resultat när jag använde inledande variansanalys på det sätt jag beskrivit ovan.

Avslutningsvis ska jag nu resonera kring studiens linjära regressionsanalyser. Med regression menas hur sambandet mellan två eller flera variabler beskrivs (Borg & Westerlund 2020, s. 377). Den enkla linjära regressionsanalysen behandlar en oberoende variabel, medan den multipla behandlar flera oberoende variabler (ibid., s. 425). Linjär regressionsanalys baseras på flera antaganden och ett grundläggande är att det ska finnas indikationer på ett samband mellan oberoende och beroende variabel (ibid, s. 380.). Regressionsanalys kräver vanligen data på intervall- eller kvotskala (ibid., s. 377) och därför omformas studiens oberoende

---

<sup>11</sup> Vid ett tillfälle (befolkningsmängd i kommuner och antal döda i särskilda boenden år 2020) använder jag grupp 1 som referens med anledning av signifikant resultat i variansanalys. Vid övriga tillfällen där jag använder grupp 1 som referens beror det på att variansanalys inte visar några signifikanta resultat.

variabler till så kallade dummyvariabler. Med dummyvariabel menas en dikotom variabel med två värden (ibid., s. 378): värde 0, exempelvis har inte kontinuitetsplan, och 1, exempelvis har kontinuitetsplan. Med flera nivåer på en variabel (t.ex. kommuners befolkningsmängd) görs omkodning till flera dummyvariabler och en grupp görs till referensvärde (ibid., s. 378). Vid regressionsanalys med flera dummyvariabler tolkas regressionskoefficienterna som effekten av att ha en egenskap jämfört med referensgruppen (Djurfeldt 2009, s. 110). I undersökning av alternativa förklaringar gör jag flera bivariata regressionsanalyser i stället för en multivariat regressionsanalys med alla oberoende variabler inkluderade, skälet till det är att jag vill undersöka varje variabel för sig. I analyserna undersöker jag  $R^2$  som är den så kallade förklaringsgraden, det redovisar variansen som förklaras av regressionsanalysens oberoende variabel (Borg & Westerlund 2020, s. 426). För att minska riskerna för systematiska fel använder jag måttet justerat  $R^2$  (adjusted  $R^2$ )<sup>12</sup> (ibid, s. 88). I justerat  $R^2$  är även negativa tal inkluderade (IBM 2023), vilket är en skillnad mot  $R^2$  som aldrig kan vara negativt. Justerat  $R^2$  kan bli negativt i de fall när  $R^2$  skulle blivit litet (ibid.).

#### 4.8 Validitet och reliabilitet

Begreppen validitet och reliabilitet är centrala för att problematisera vägvalen i studien och för att bedöma om studiens resultat kan anses trovärdiga. Nedan resonerar jag kring validitet och reliabilitet ur tre synvinklar: först för undersökningen i stort, vidare med koppling till krisberedskapsplanering och slutligen med koppling till antal döda i covid-19.

##### 4.8.1 Undersökningen i stort

Jag menar att min studie kan anses ha en hög extern validitet<sup>13</sup>, eftersom den inkluderar samtliga svenska kommuner och har låg bortfallsprocent. Låg bortfallsprocent är eftersträvarvärt eftersom risken med bortfall är att det snedvrider resultatet och minskar undersökningens validitet (Borg & Westerlund 2020, s. 28).

För studiens validitet är det vidare av relevans hur grupperingar (kommuners befolkningsmängd, kommuntyp och socioekonomiska förutsättningar) organiserats. Resultaten hade troligen kunnat bli annorlunda om grupperingarna exempelvis hade bestått av

---

<sup>12</sup> I mina analyser har jag provat att beakta både  $R^2$  och justerat  $R^2$ , genomgående blev det lägre värden när jag använde justerat  $R^2$ .

<sup>13</sup> Extern validitet berör frågor kring om resultaten från undersökningen kan generaliseras (Bryman 2018, s. 352).

ett annat antal grupper än vad som nu är fallet. Jag använder emellertid de grupper som finns tillgängliga och redovisar noggrant förutsättningarna, för att läsaren ska få en klar bild och därmed kunna bilda sig en egen uppfattning om eventuell påverkan på undersökningens validitet.

Reliabilitet handlar om måttens tillförlitlighet (Bryman 2018, s. 208). Naturligtvis finns en risk att Socialstyrelsen kan ha matat in fel värden i sin offentliga statistik, det kan jag inte påverka. Vad jag däremot kan påverka är mina egna inmatningar. För att stärka studiens reliabilitet har jag varit så noggrann som möjligt i all grundinmatning och dessutom kontrollerat att min inmatning blivit korrekt. Jag har gjort på följande sätt:

- För dummyvariabler har jag kontrollerat genom att göra korstabeller mot respektive originalvariabel, samtliga kontroller visade att inmatningarna var korrekta.
- För varje variabel i öppna jämförelser 2020 respektive 2021 har jag kontrollerat att inmatningar från Excel till SPSS blivit rätt. Jag har inte funnit några felaktiga inmatningar.
- För diagrammen i Excel har jag kontrollerat samtliga införda resultatvärden och hittat en felaktig inmatning som jag åtgärdat.
- För antal döda i covid-19 per 10 000 invånare på särskilda boende och i hemtjänst har jag först kontrollerat att befolkningssiffror från SCB matats in rätt i Excelarket som jag använt. För både 2020 och 2021 års siffror hittade jag samma fel: siffrorna från två kommuner hade kastats om, vilket jag åtgärdat. Efter att jag kontrollerat totala befolkningssiffror för de 290 kommunerna, kontrollerade jag också att antal döda i covid per 10 000 invånare i särskilda boende respektive hemtjänst blivit korrekt i inmatning från Excel till SPSS. Jag hittade inga felaktigheter i de 2\*290 värdena.

Genom ovan beskrivna kontrollförfarande menar jag att reliabiliteten har stärkts.

#### 4.8.2 Krisberedskapsplanering

Validitet handlar bland annat om huruvida indikatorerna som används verkligen mäter det som de är tänkta att mäta (Bryman 2018, s. 209). En fråga är alltså om variablerna ”aktuell kontinuitetsplan” samt ”rutin vid upphandling” på ett adekvat sätt mäter krisberedskapsplanering? Krisberedskapsplanering definierar jag som ”skapa strukturer och organisera” (se under rubrik Definitioner, direkt efter problemformulering). Skriftliga planer och rutiner kan uppfattas som ett konkret mått på detta, således kan ytvaliditeten anses vara hög (Bryman 2018, s. 210). Emellertid kan en svaghet i validiteten skönjas eftersom måtten

enbart tar hänsyn till skriftlig planering. Om vi till exempel tänker att ett särskilt boende inte har kontinuitetsplan men var tidiga med att köpa in skyddsutrustning och handsprit (ett sätt att organisera), kommer enbart frånvaron av kontinuitetsplan att synas i min undersökning. Det kan anses vara en brist i validiteten som jag, utan framgång, har försökt avvärja genom att söka tillgång till enkätdata rörande bland annat skyddsutrustning (se 4.4.5 ovan).

Vid operationalisering av krisberedskapsplanering har jag hanterat att kontinuitetsplan redovisas med värdena ja, nej eller delvis. Med delvis menas att beslutad kontinuitetsplan finns, men att den inte har följts upp under de senaste 12 månaderna. Vid jämförelser mellan relativa frekvenser av kontinuitetsplan har jag valt att enbart beakta ja-svar och vid omkodning till dummyvariabel har jag tilldelat värde 1 till ja-svar, nej och delvis har jag tilldelat värde 0 (se tabell 3). Jag motiverar detta med att endast *aktuella* kontinuitetsplaner är relevanta eftersom jag vill undersöka krisberedskapsplaneringen vid två specifika tidpunkter (början av år 2020 och början av år 2021). Om jag hade inkluderat delvissvaren, skulle jag riskerat att få med kontinuitetsplaner som upprättades för länge sedan och aldrig uppdaterats. Det vore inte rimligt och hade således riskerat att sänka begreppsvaliditeten för krisberedskapsplanering.

Det bedöms positivt för reliabiliteten att indikatorerna i datamaterialet ”öppna jämförelser krisberedskap” inte har förändrats mellan år 2020 och år 2021. Däremot har delförvaltningarnas antal i Göteborg och Stockholm ändrats i struktur och antal. Jag vill därför kommentera den databearbetning jag gjort genom att omvandla svaren från stadsdelsförvaltningar/socialförvaltningar i öppna jämförelser till ett värde för Göteborg och ett värde för Stockholm (se rubrik 4.4.3 ovan). Nackdelen med tillvägagångssätt är att det är grovhugget och således kan försämra validiteten. Fördelen är att det tar hänsyn till att stadsdelsförvaltningarna har olika antal invånare och på så sätt värnar reliabiliteten genom att måttet blir mer preciserat än om stadsdelarnas invånarantal inte skulle viktats.

Det finns avslutningsvis en svaghet i ett av korrelationstesternas reliabilitet. Jag tänker på testet där korrelation prövas mellan antalet döda och krisberedskapsplanering: antal döda i covid-19 mäts på särskilda boenden för både äldre och personer med funktionsnedsättning, medan förekomst av krisberedskapsplanering endast avser särskilda boende för äldre. Svagheten med beskrivet tillvägagångssätt är uppenbart: mätenheterna är inte lika och krisberedskapsplanering på särskilda boenden för personer med funktionsnedsättning beaktas inte. Emellertid menar jag att tillvägagångssättet kan motiveras av att en avgörande majoritet av det totala antalet personer på särskilda boenden bor på just särskilda boende för äldre (ca

95% baserat på den statistik som redovisas under 2.3). Eftersom krisberedskapsplanering mäts som en dummyvariabel (ja 1 eller nej 0) kan jag inte välja att göra en viktning av förekomst av krisberedskapsplanering på särskilda boende för äldre respektive personer med funktionsnedsättning, vilket annars kunde varit ett alternativ. Således väljer jag, mot bakgrund av tidigare resonemang, att använda förekomst av krisberedskapsplanering på särskilda boende för äldre som mått i korrelationsanalysen. Tillvägagångssättet får beaktas i tolkning av resultaten.

#### 4.8.3 Utfallsmåttet antal döda i covid-19

Är antalet dödsfall i covid-19 ett mått som på ett relevant sätt kan mäta utfall av coronapandemin? Alternativa mått skulle exempelvis kunna vara sociala konsekvenser (se tidigare resonemang under rubrik 3.6.1) som emellertid är svåra att mäta och saknar representation i offentlig statistik. Dödstal har, som mått betraktat, flera förtjänster: det är ett konkret mått som finns tillgängligt på kommunnivå via offentlig statistik. Socialstyrelsen har metodiskt beskrivit hur de sammanställt siffrorna över döda av covid-19 och siffrorna verkar rimliga att lita på, således kan ytvaliditeten (Bryman 2018, s. 210) anses vara hög. Mot bakgrund av ovanstående menar jag att det är rimligt att använda dödstal som mått på utfall av coronapandemin. Därmed påstår jag inte att dödstal tecknar hela bilden av pandemins utfall, men jag menar att dödstalen åtminstone ger en indikation av utfallet. Med det konstaterat vill jag fortsätta att diskutera måttet antal döda i covid, som jag tidigare hänvisat till som ett konkret mått. Beskrivningen konkret kan emellertid ifrågasättas eftersom alla dödsorsaker baseras på bedömningar och val (Best 2020). Forskaren Best (2020) diskuterar svårigheter med mått som baseras på dödsorsak covid-19. Han belyser att dödsorsaken blir svårare att lita på när den som dött på grund av covid-19 exempelvis bodde på sjukhem och var äldre med svag hälsa. I ett sådant fall kan det rimligen funnits flera potentiella dödsorsaker att välja bland. Dödsorsak covid-19 har däremot högre validitet om personen hade god hälsa i övrigt, för då fanns färre sannolika alternativförklaringar till dödsorsak (ibid.). Emellertid menar Best (ibid.) att dödsorsaken covid-19 både kan under- och överregistreras, således har siffrorna viss potential att ta ut varandra. Därmed torde denna undersöknings validitet klara sig bättre än vad som vore fallet om dödstal i covid enbart under- eller överregistrerades. Sammanfattningsvis har dödstal måttet svagheter, å andra sidan finns också förtjänster i form av att måttet är en variabel som kan mätas på kvotskala och att den offentliga statistiken för



antalet döda i covid är heltäckande för Sveriges samtliga kommuner. Mot bakgrund av de tydliga förtjänsterna använder jag variabeln i undersökningen.

Gällande reliabilitet för dödstal kan det problematiseras att jag vid kryss i datamaterialet (innebär att antalet döda är 1-3 personer) har imputerat medeltalet 2 (för inledande diskussion om imputering, se rubrik 4.4.2 ovan). Att använda medeltal är naturligtvis ett grövre mått än om exakta antal skulle angetts, medeltal är således sämre för reliabiliteten än vad exakt antal skulle varit. Exakt antal var emellertid inget alternativ och därför imputerade jag värden. Fördelar med att räkna ut medelvärde vid imputering är att det dels är lätt att göra, dels ger det komplett information till alla saknade värden (Hair et al 2019, s. 71). Nackdelar är att det minskar variansen och förvränger fördelningen samt minskar möjligheterna att observera korrelationer eftersom alla saknade data får samma värde (ibid.). Med anledning av nackdelarna ser jag att imputeringen kan ha påverkat undersökningens validitet negativt. Givet förutsättningarna menar jag emellertid att imputering genom medelvärdesberäkning är det minst dåliga alternativet.

Sist vill jag poängtera att jag i undersökningen beaktar reliabilitet för dödstal genom att antalet döda per kommun omvandlats till dödstal per 10 000 invånare, detta i syfte att alla kommuner ska ha jämförbara dödstal räknade i samma enhet.

#### 4.9 Studiens begränsningar

En uppenbar begränsning i studien är att den endast tar hänsyn till skriftlig krisberedskapsplanering. Således fångas inte muntliga eller mer aktionsinriktade beredskapsplaneringsaktiviteter in. Inte heller tar studien hänsyn till vilken skyddsutrustning kommunerna hade tillgång till under år 2020 och 2021.

En annan begränsning är att studien inte tar hänsyn till innehållet i kontinuitetsplaner och rutiner vid upphandling, det enda som undersöks är huruvida dessa planer/rutiner finns tillgängliga. Det kan således vara ganska stor variation i vad en kommuns ja-svar innebär. Alltså blir resultaten trubbiga, situationen kan jämföras med den variation som uppstår om en undersökning mäter högstadiееlevs godkända eller icke-godkände betyg men inte tar hänsyn till var på betygsskalan A-E som eleverna befinner sig.

Exempelvis Olofsson, Nygren och Öhman (2016) menar att forskning om krisberedskap behöver anta ett kritiskt och reflekterande perspektiv för att inte slentrianmässigt reproducera

samhällets nuvarande ojämlikheter. Ett sådant systemkritiskt perspektiv tillämpas inte i denna studie, studiens syfte är att försöka klargöra snarare än att anlägga ett kritiskt perspektiv.

#### 4.10 Etiska överväganden

Jag menar att min studie har ett etiskt försvarbart ändamål. I bästa fall kan studien generera kunskap om krisberedskap i socialt arbete, kunskap som kan bidra till att forma en starkare krisberedskap inför kommande kriser. I sämsta fall framkommer ingen särskilt användbar kunskap men då har åtminstone ingen skadats av forskningen, vilket är ett grundläggande etiskt krav (Vetenskapsrådet 2017). Jag menar vidare att det finns en etisk dimension i att försöka använda den enorma mängd data som samlats in under coronapandemin, för att försöka dra erfarenheter och bygga kunskap. Jag bedömer det som etiskt fördelaktigt att bearbeta redan insamlade data och på så sätt maximera effekten av det arbete som lagts på insamlingen, i stället för att på nytt fråga människor och ta deras tid och kraft i anspråk.

Vetenskapsrådet (2017) listar i sin forskningssed åtta regler som sammanfattar god forskningsetik. En av dessa regler är att forskning ska sträva efter att inte skada människor, djur eller miljö. I denna studie används och bearbetas redan insamlad offentlig statistik om människor och socialtjänst. Inga personer kan således komma till skada genom forskningens datainsamling, för insamlingen är redan gjord. Socialstyrelsen har i insamlade material gjort etiska ställningstaganden: i dödstatsstatistiken markeras med kryss när antalet döda är få och enskilda individer riskerar att röjas. Genom denna hantering värnas principen om att inte skada människor. Som en konsekvens av detta kan jag i uppsatsen inte pröva frågan om samband mellan antal döda i covid-19 och krisberedskapsplanering på LSS-boenden, det är rimligt att den etiska hänsynen går först. Vidare ser jag ett etiskt ansvar att hantera de uppgifter jag studerar med respekt och alltid försöka tydliggöra vad siffrorna representerar. Antalet döda må exempelvis redovisas som ”kalla” siffror i ett Exceldokument, men siffrorna representerar människoliv som tagit slut, således följer med varje siffra existentiella dimensioner som är svåra att uttrycka i siffror. Jag ser det som etiskt relevant att förhålla mig medveten till att även låga dödstal kan ha inneburit lidande för den som avled och/eller för personer runtomkring den avlidna.

Jag uppfattar det som att coronakommissionen i sitt slutbetänkande (SOU 2022:10) är noggranna med att lägga ansvar på regeringen för coronapandemins hantering, snarare än

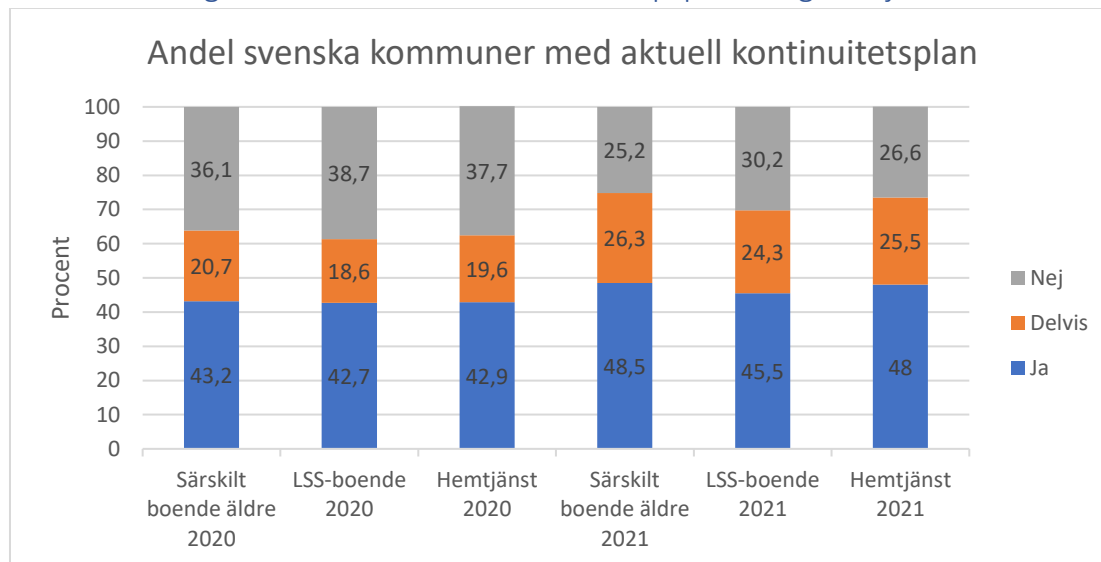
enskilda kommuner. En risk med min studie är att socialtjänstens krisberedskap får överdrivet fokus för ett bättre eller sämre utfall i pandemin. Utfallet kan emellertid ha påverkats av en rad faktorer som faller utanför kommunens krisberedskapsplanering. Jag ser det därför som etiskt relevant att noggrant redovisa undersökningens förutsättningar, sätta undersökningen i en nationell kontext och förhålla mig medvetet till att kommuners socialtjänst inte kan betraktas som ensamt ansvariga för händelseutvecklingen. Detta kan anses gå i linje med Vetenskapsrådets (2017) regel om att medvetet granska och redovisa utgångspunkter för studien.

## 5 Resultat

### 5.1 Disposition

I detta avsnitt redovisas och analyseras studiens resultat. Först redovisas resultat om krisberedskapsplaneringens förekomst i svenska kommuners särskilda boenden för äldre, hemtjänst och LSS-boenden för vuxna i början av år 2020 och 2021 (frågeställning 1). Därefter beskrivs vilka skillnader och likheter som fanns i förekomsten av krisberedskapsplanering hos dessa verksamheter (frågeställning 2). Vidare redovisas och analyseras resultat som kan bidra med förklaringar till variation i krisberedskapsplaneringens förekomst (frågeställning 2). Fortsättningsvis analyseras resultat om samband mellan förekomst av krisberedskapsplanering hos hemtjänst respektive särskilda boende och antal döda i covid-19 i dito verksamheter (frågeställning 3). I anslutning till detta redovisas också resultat om samband mellan antal döda i covid-19 och kommuners befolkningsmängd, kommuntyp respektive kommuners socioekonomiska förutsättningar (frågeställning 3). Avslutningsvis görs en sammanfattning av undersökningens mest centrala resultat.

### 5.2 Beskrivning av kommunernas krisberedskapsplanering i början av år 2020 och 2021



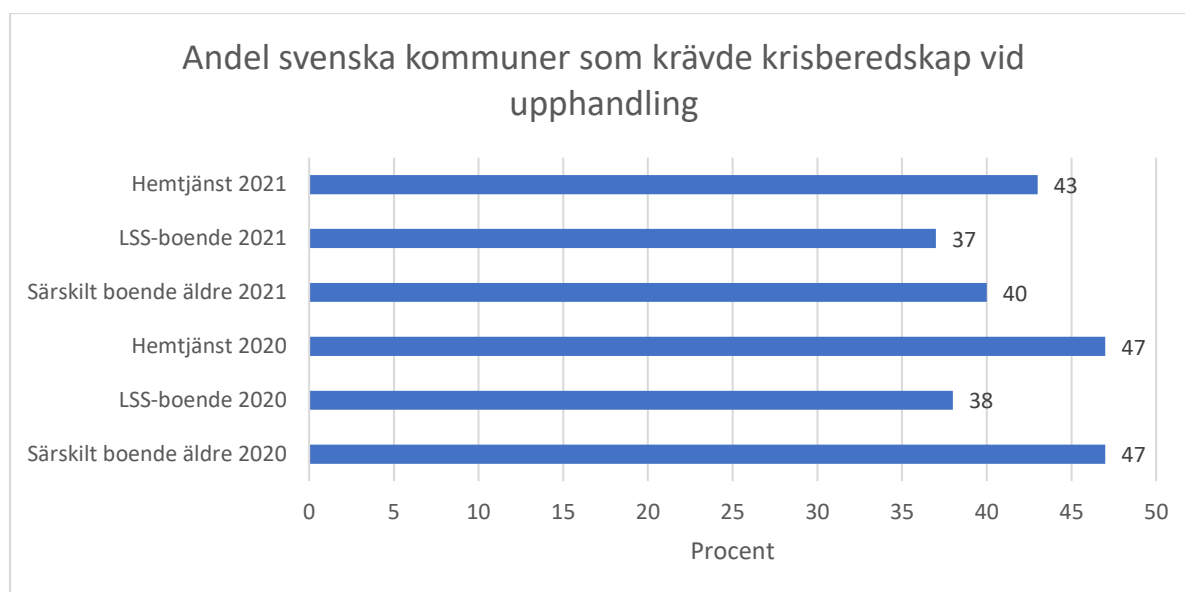
Figur 1: Andel svenska kommuner<sup>14</sup> med tillgång till kontinuitetsplan i särskilda boenden, LSS-boenden samt hemtjänst i början av 2020 och 2021. För redovisning av N, se fotnot<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Enkäten för öppna jämförelser krisberedskap år 2020 och 2021 skickades ut till Sveriges samtliga kommuner, i Stockholm och Göteborg skickades enkäten till stadsdelsförvaltningar/socialförvaltningar. När jag skriver andel av Sveriges kommuner avser jag alltså andel av kommuner och stadsdelsförvaltningar/socialförvaltningar.

<sup>15</sup>  $N_{\text{särskilt boende 2020}} = 280$ ,  $N_{\text{LSS-boende 2020}} = 274$ ,  $N_{\text{hemtjänst 2020}} = 280$

$N_{\text{särskilt boende 2021}} = 270$ ,  $N_{\text{LSS-boende 2021}} = 268$  och  $N_{\text{hemtjänst 2021}} = 271$

I uppsatsen mäter jag krisberedskapsplanering med två variabler: kontinuitetsplan, som ska säkerställa leverans vid kriser, och rutin om att kräva krisberedskap vid upphandling. Figur 1 ovan visar att nästan hälften av Sveriges kommuner har aktuell kontinuitetsplan i särskilda boenden för äldre och hemtjänst år 2021, andelen kommuner med kontinuitetsplan i LSS-boenden är något lägre. Andelen kommuner med kontinuitetsplan är, för samtliga tre verksamheter, högre år 2021 än år 2020. Andelen kommuner med kontinuitetsplaner i LSS-boenden har emellertid inte ökat med lika många procentenheter som andelen kommuner med kontinuitetsplaner i särskilda boenden och hemtjänst har gjort.



Figur 2: Andel svenska kommuner<sup>16</sup> som krävde krisberedskap vid upphandling av hemtjänst, LSS-boende och särskilda boenden. För redovisning av N, se fotnot<sup>17</sup>.

Figur 2 visar att färre än hälften av kommunerna kräver krisberedskap vid upphandling av särskilda boenden för äldre, hemtjänst och LSS-boenden i början av 2020 och 2021. Vidare märks att det är lägre andel kommuner som kräver krisberedskap vid upphandling av nämnda verksamheter år 2021 jämfört med år 2020. Vad gäller kommuner som ställer krav om krisberedskap vid upphandling av särskilda boenden för äldre minskar andelen kommuner som kräver detta med hela 7 procentenheter år 2021 jämfört med år 2020.

<sup>16</sup> Enkäten för öppna jämförelser krisberedskap år 2020 och 2021 skickades ut till Sveriges samtliga kommuner, i Stockholm och Göteborg skickades enkäten till stadsdelsförvaltningar/socialförvaltningar. När jag skriver andel av Sveriges kommuner avser jag andel av kommuner och stadsdelsförvaltningar/socialförvaltningar.

<sup>17</sup>  $N_{\text{särskilt boende 2020}} = 163$ ,  $N_{\text{LSS-boende 2020}} = 169$ ,  $N_{\text{hemtjänst 2020}} = 166$

$N_{\text{särskilt boende 2021}} = 167$ ,  $N_{\text{LSS-boende 2021}} = 171$  och  $N_{\text{hemtjänst 2021}} = 169$

Sammanfattningsvis identifieras följande skillnader och likheter i förekomst av krisberedskapsplanering:

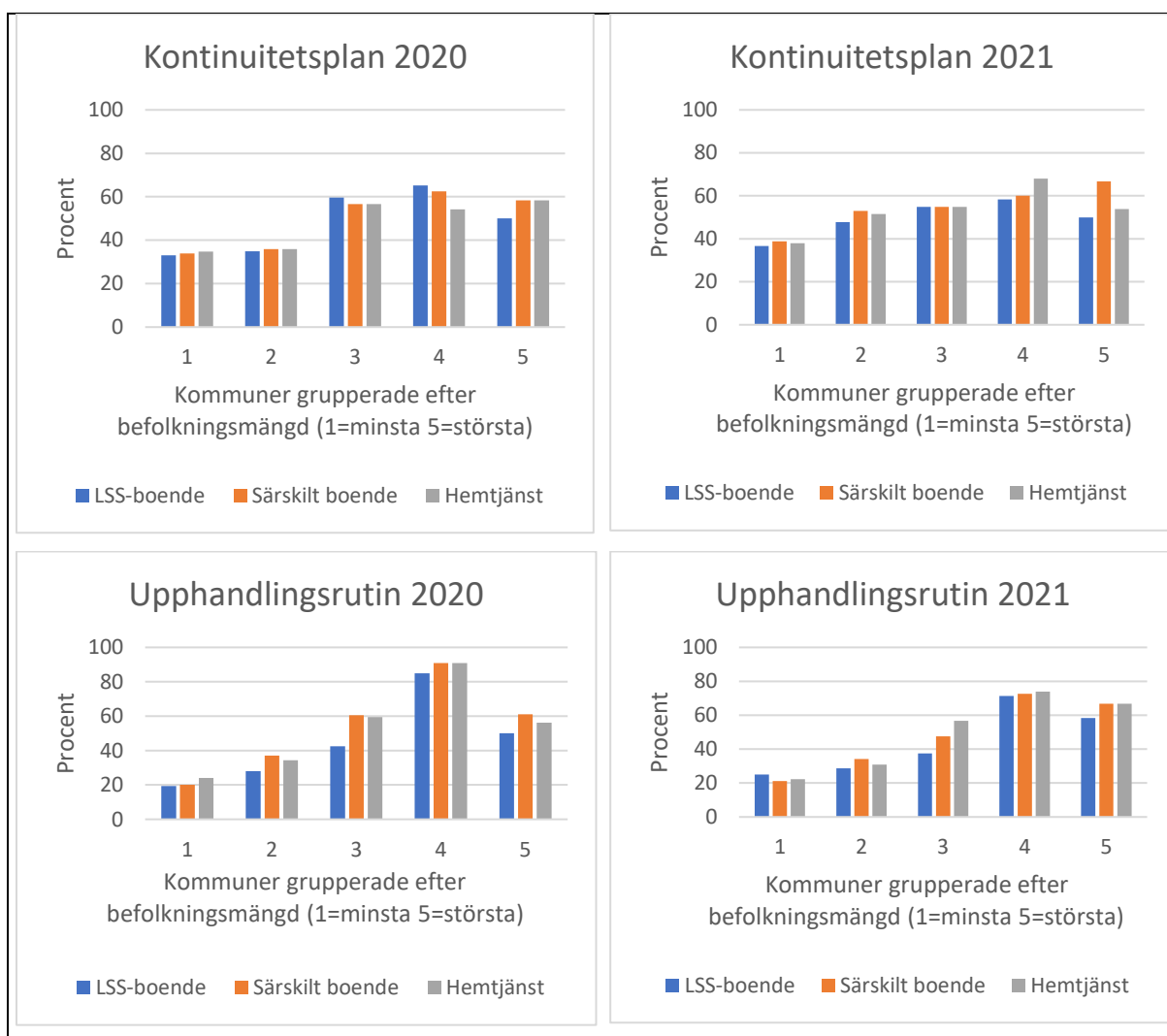
- År 2020 är andelen kommuner med aktuella kontinuitetsplaner i särskilda boenden för äldre och hemtjänst lägre än andelen kommuner som kräver upphandlingsrutin i dito verksamheter. Däremot är andelen kommuner med kontinuitetsplan i LSS-boenden högre än andelen kommuner som kräver krisberedskap vid upphandling av LSS-boenden.
- År 2021 ökar andelen kommuner med kontinuitetsplan i särskilda boenden för äldre, hemtjänst och LSS-boenden; parallellt minskar andelen kommuner som kräver krisberedskap vid upphandling i dito verksamheter.
- I en jämförelse mellan de tre aktuella verksamheterna är andelen kommuner med kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin lägst avseende LSS-boende år 2020 och 2021. Emellertid är skillnaden för kontinuitetsplan år 2020 marginell, medan andelen kommuner som kräver krisberedskap vid upphandling av LSS-boende år 2020 är hela nio procentenheter lägre än andelen kommuner som kräver motsvarande vid upphandling av hemtjänst respektive särskilda boenden för äldre.

### 5.3 Variation i tillgång till krisberedskapsplanering

Nedan undersöker jag om kommuners befolkningsmängd och socioekonomiska förutsättningar kan förklara variation i tillgång till krisberedskapsplanering. Som variabler använder jag Socialstyrelsens indelning i fem grupper baserat på befolkningsmängd (storlek 1 är minsta befolkningsmängd och 5 är största) samt Socialstyrelsens sorteringsnyckel för svenska kommuners socioekonomiska förutsättningar. Sorteringsnyckeln baseras på en skala 1-8, där 1 är relativt låg risk för ekonomiskt bistånd och 8 är relativt hög risk för ekonomiskt bistånd. För mer information om variablerna, se tabell 3 under metodavsnittet.

#### 5.3.1 Kommuner med olika stor befolkningsmängd

För att belysa relationerna mellan krisberedskapsplanering och kommuners befolkningsmängd redovisar jag nedan diagram som tydliggör andelar kommuner med krisberedskapsplanering i kommungrupper sorterade efter befolkningsmängd. Andelarnas värde är hämtade ur korstabeller.



Figur 3: Diagram över andelen kommuner med krisberedskapsplanering, för LSS-boende, särskilda boenden för äldre respektive hemtjänst, i grupper baserat på kommunernas befolkningsmängd. För redovisning av N, se fotnot <sup>18</sup>

De två översta diagrammen om kontinuitetsplan år 2020 och 2021 i figur 3 visar ett mönster: i kommungrupper med färre antal invånare (grupp 1 och 2) är andelen kommuner med kontinuitetsplan lägre än vad som är fallet i grupperna med fler antal invånare (grupp 3, 4 och 5). Diagrammen visar parallellt att andelen kommuner med kontinuitetsplaner inte ökar kontinuerligt med befolkningsmängd: i grupp 5 har kommunerna år 2020 lägre andel kontinuitetsplaner i LSS-boende och särskilda boenden än vad som är fallet för kommunerna i grupp 4. Resultaten ser liknande ut för år 2021: kommunerna i grupp 5 har år 2021 lägre andel

<sup>18</sup>  $N_{\text{kontinuitetsplan2020}} = 274$  (LSS), 280 (särskilda boenden och hemtjänst).  $N_{\text{upphandlingsrutin2020}} = 169$  (LSS), 163 (särskilda boende) och 166 (hemtjänst).

$N_{\text{kontinuitetsplan2021}} = 268$  (LSS), 270 (särskilda boenden), 271 (hemtjänst).  $N_{\text{upphandlingsrutin2021}} = 171$  (LSS), 167 (särskilda boenden) och 169 (hemtjänst)

kontinuitetsplaner för LSS-boende och hemtjänst än vad som är fallet för kommunerna i grupp 4. Det är alltså inte nödvändigtvis så att andelen kommuner med kontinuitetsplaner i LSS-boende, särskilda boenden för äldre och hemtjänst är högre när befolkningmängden är större.

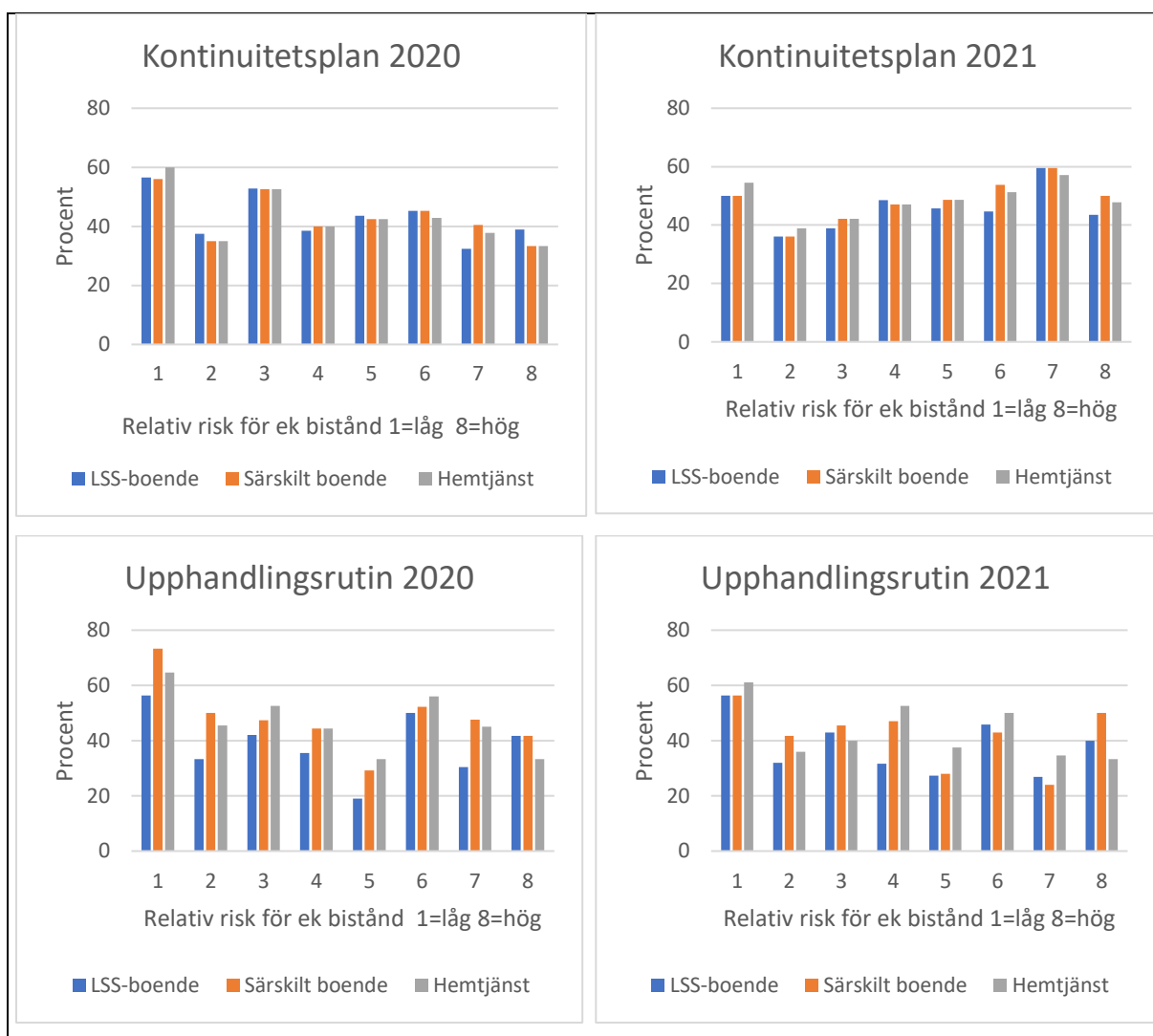
I figur 3:s nedre del illustreras hur andel kommuner med rutin att kräva krisberedskap vid upphandling varierar i kommungrupper med olika stor befolkningmängd. I diagrammen syns ett mönster av att det i kommungrupperna med färre antal invånare (grupp 1, 2 och 3) finns lägre andel kommuner med upphandlingsrutin än vad det finns i kommungrupperna med fler antal invånare (grupp 4 och 5). Det förekommer ett undantag från detta mönster: år 2020 ligger kommungrupp 3 högre i andel kommuner med upphandlingsrutin för hemtjänst än vad kommungrupp 5 gör. Av diagrammen framgår vidare att andelar kommuner med upphandlingsrutin inte ökar kontinuerligt med ökande befolkningmängd: grupp 5 har genomgående lägre andelar kommuner med upphandlingsrutin än vad grupp 4 har.

Jag har även gjort Spearmans korrelationstest som, i linje med de resultat som redovisas i diagrammen, visar att det finns relativt svaga positiva samband (korrelationskoefficienterna har värden från 0,16 upp till 0,44) mellan tillgång till krisberedskapsplanering och kommunens befolkningmängd, koefficienterna är signifikanta. Korrelationskoefficienterna indikerar alltså att: ju större befolkning i kommunen, desto högre genomsnittlig förekomst av krisberedskapsplanering i aktuella verksamheter. Sambanden är, i linje med resultaten i diagrammen, svagare för kontinuitetsplan (korrelationskoefficienternas värde går från 0,16 till 0,21) än för upphandlingsrutin (korrelationskoefficienternas värde går från 0,28 till 0,44).

### 5.3.2 Socioekonomiska förutsättningar i kommuner

Jag går nu vidare med diagram som tydliggör andelar kommuner med krisberedskapsplanering i kommungrupper sorterade efter socioekonomiska förutsättningar. Andelarnas värde är hämtade ur korstabeller.





Figur 4: Diagram över andel kommuner med krisberedskapsplanering, för LSS-boende, särskilda boenden för äldre respektive hemtjänst, i grupper baserat på kommunernas socioekonomiska förutsättningar. För redovisning av N, se fotnot<sup>19</sup>

Diagrammet i övre delen av figur 4 visar att kommungruppen 1 med lägst risk för ekonomiskt bistånd (alltså goda socioekonomiska förutsättningar) har den högsta andelen kommuner med kontinuitetsplan bland de åtta grupperna år 2020. Så ser det emellertid inte ut 2021, där högst andelar kommuner med kontinuitetsplan finns i grupp 7, alltså kommungruppen med näst högst risk för ekonomiskt bistånd (alltså kommuner med svagare socioekonomiska förutsättningar). Mellan år 2020 och år 2021 sker också förändringar: andelen kommuner med

<sup>19</sup>  $N_{\text{kontinuitetsplan2020}} = 274$  (LSS), 280 (särskilda boenden och hemtjänst),  $N_{\text{upphandlingsrutin2020}} = 169$  (LSS), 163 (särskilda boenden) och 166 (hemtjänst).

$N_{\text{kontinuitetsplan2021}} = 265$  (LSS), 268 (särskilda boenden) och 269 (hemtjänst).  $N_{\text{upphandlingsrutin2021}} = 168$  (LSS), 164 (särskilda boenden) och 166 (hemtjänst). Kommentar: den uppmärksamma märker att N skiljer sig från 2021 års siffror i fotnot 18. Det beror på Göteborgs omvandling till socialförvaltningar år 2021, förvaltningarna kategoriseras ej i socioekonomiska förutsättningar och därför blir antalet färre jämfört med befolkningsgrupp (fotnot 18) som fortfarande kategoriseras.

kontinuitetsplaner sjunker i kommungrupper med låga risker för ekonomiskt bistånd, medan andelen kommuner med kontinuitetsplaner ökar i flera kommungrupper med högre risker för ekonomiskt bistånd.

I de två nedre diagrammen i figur 4 syns att staplarnas höjd för olika kommungrupper varierar på ett sätt som inte ger något entydigt mönster mellan socioekonomiska förutsättningar och förekomst av rutin om att kräva krisberedskap vid upphandling. Emellertid syns att det i grupp 1 med lägst risk för ekonomiskt bistånd (alltså kommuner med goda socioekonomiska förutsättningar) förekommer högst andel kommuner med rutin om att kräva krisberedskap vid upphandling bland de åtta grupperna.

Diagrammen i figur 4 visar vidare att i tre av fyra fall (kontinuitetsplan 2020, upphandlingsrutin 2020 samt upphandlingsrutin 2021) har grupp 1 (lägst risk för ekonomiskt bistånd) den högsta andelen kommuner med kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin. Diagrammen visar emellertid inga entydigt riktade mönster vad gäller relationen mellan risk för ekonomiskt bistånd och förekomst av krisberedskapsplanering. Resultaten i diagrammen är i linje med de korrelationstester jag gjort, där Spearmans korrelationskoefficienter är låga (från -0,10 till 0,11) och icke-signifikanta (med ett undantag för en svagt positiv korrelationskoefficient som var signifikant). Min slutsats från korrelationstesterna är, i linje med de resultat som illustreras i diagrammen, att det inte finns negativ korrelation mellan svaga socioekonomiska förutsättningar och förekomst av krisberedskapsplanering. Det går alltså inte att utifrån resultaten säga: ju svagare socioekonomiska förutsättningar i kommunen, desto lägre genomsnittlig förekomst av krisberedskapsplanering.

#### 5.4 Analyser om samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19

Jag kommer nu redogöra för resultat avseende samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19, räknat per 10 000 invånare, genom att redovisa en verksamhet i taget: först särskilda boenden och därefter hemtjänst. Krisberedskapsplanering mäts i form av kontinuitetsplan och rutin om att ställa krav på krisberedskap vid upphandling.

##### 5.4.1 Analyser för antalet döda i covid-19 på särskilda boenden år 2020 och 2021

Jag undersöker nedan om det finns negativ korrelation mellan tillgång till kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin och antal döda i covid-19 (per 10 000 invånare) på särskilda boende. Med negativ korrelation menas: ju högre förekomst av aktuell kontinuitetsplan

respektive upphandlingsrutin, desto lägre genomsnittligt antal döda i covid-19 på särskilda boenden i kommunen.

Tabell 5: Pearsons korrelationskoefficient samt regressionsanalys för antal döda i covid-19 (per 10 000 invånare) på särskilda boenden år 2020 och 2021 (blåmarkerat)

	<b>Korrelationskoefficient</b>	<b>N</b>	<b>Intercept &amp; regressionskoefficient</b>	<b>Justerat R<sup>2</sup></b>
<b>Kontinuitetsplan f särskilt boende (dummy) 2020</b>	0,07 (p=0,119)	260	Intercept: 3,2 (p=<0,001) 1: 0,5 (p=0,237)	0,2 %
<b>Kontinuitetsplan f särskilt boende (dummy) 2021</b>	-0,04 (p=0,286)	261	Intercept: 1,7 (p=<0,001) 1: -0,2 (p=0,571)	-0,3%
<b>Upphandlingsrutin f särskilt boende (dummy) 2020</b>	0,10 (p=0,111)	148	Intercept: 3,2 (p=<0,001) 1: 0,6 (p=0,221)	0,3%
<b>Upphandlingsrutin f särskilt boende (dummy) 2021</b>	-0,01 (p=0,471)	161	Intercept: 1,5 (p=<0,001) 1: -0,02 (p=0,941)	-0,6%

Tabell 5 visar att korrelationskoefficienterna mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 för 2020 endast är svagt positiva, medan korrelationskoefficienterna för 2021 är mycket svagt negativa, alltså är korrelationen i det närmaste obefintlig.

Korrelationskoefficienterna är inte signifikanta. För regressionsanalyserna märks liknande tendenser: år 2020 dör i genomsnitt cirka 0,5 respektive 0,6 fler personer per 10 000 invånare när kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin finns jämfört med om planeringen inte finns (då är medeltalet i båda fallen 3,2 döda per 10 000 invånare). År 2021 dör i genomsnitt 0,2 respektive 0,02 färre personer per 10 000 invånare när kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin finns jämfört med om planeringen inte finns (då är medeltal 1,7 respektive 1,5 döda per 10 000 invånare). Det är alltså endast små, och icke-signifikanta, skillnader i genomsnittligt antal döda, dessutom är regressionsanalysernas förklaringsgrader (justerade R<sup>2</sup>) mycket låga eller negativa (för resonemang om negativa justerade R<sup>2</sup>-värden, se rubrik 4.7). Variationen i genomsnittligt antal döda i covid-19 i kommuners särskilda boende verkar alltså inte förklaras av tillgång till krisberedskapsplanering. En komplikation som kan ha påverkat analysernas resultat är de omfattande imputeringar som gjorts i datamaterialet (se rubrik 4.4.2). En nackdel med att imputera medelvärde är att det minskar chanserna att observera korrelationer eftersom variation bland data förloras (se rubrik 4.8.3), vilket här kan ha blivit fallet. Även de brister i korrelationstesternas reliabilitet som beskrivits under rubrik 4.8.2 bör tas i beaktande när resultaten i tabell 5 tolkas. Mot bakgrund av detta får resultatet,

som inte visar på några samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 på särskilda boenden år 2020 och 2021, tolkas med försiktighet.

Jag går vidare och undersöker alternativa förklaringar med linjär regressionsanalys.

Variablerna kommuntyp, kommuners befolkningsmängd och socioekonomiska förutsättningar är, till skillnad från kontinuitetsplan och upphandlingsrutin (som är dummyvariabel med nivå 0 och 1), indelad i flera grupper. Tillvägagångssättet är därför annorlunda än tillvägagångssättet för kontinuitetsplan och upphandlingsrutin, en utförlig motivering av tillvägagångssättet finns under rubrik 4.7.

Tabell 6: Sex bivariata linjära regressionsanalyser för antal döda i covid-19 (per 10 000 invånare) på särskilda boenden år 2020 och 2021 (blåmarkerat)<sup>20</sup>

	Justerat R <sup>2</sup>	Intercept och regressionskoefficient	N
<b>Kommuners befolkningsmängd år 2020 (1=minsta, 5=största)</b>	3,5%	Intercept: 2,6 (p=<0,001) (grupp 1 är referens) 2: 0,8 (p=0,069) 3: 1,3 (p=0,014) 4: 2,0 (p=0,003) 5: 2,7 (p=0,100)	290
<b>Kommuners befolkningsmängd år 2021 (1=minsta, 5=största)</b>	-1,1%	Intercept: 1,7 (p=<0,001) (grupp 1 är referens) 2: -0,1 (p=0,824) 3: -0,2 (p=0,560) 4: -0,4 (p=0,473) 5: -0,6 (p=0,661)	290
<b>Kommuntyp år 2020</b>	1,3%	Intercept: 5,4 (p=0,004) (grupp 1 är referens) 2: -1,3 (p=0,490) 3: -1,1 (p=0,569) 4: -2,9 (p=0,134) 5: -1,7 (p=0,386) 6: -2,4 (p=0,217) 7: -2,2 (p=0,246) 8: -2,7 (p=0,161) 9: -2,9 (p=0,147)	290
<b>1 Storstäder</b>			
<b>2 Pendlingskommun nära storstad</b>			
<b>3 Större stad</b>			
<b>4 Pendlingskommun nära större stad</b>			
<b>5 Lågpendlingskommun nära större stad</b>			
<b>6 Mindre stad/tätort</b>			
<b>7 Pendlingskommun nära mindre tätort</b>			
<b>8 Landsbygdskommun</b>			
<b>9 Landsbygdskommun med besöksnäring</b>			

<sup>20</sup> För att bestämma vilken grupp som ska vara referensgrupp i regressionsanalysen har jag gjort variansanalys samt i förekommande fall post hoc-test, för vidare beskrivning se metod under rubrik 4.7.

<b>Kommuntyp år 2021</b> <b>För gruppering av</b> <b>kommuntyp, se ovan.</b>	1,5%	Intercept: 1,3 (p=0,374) (grupp 1 är referens) 2: 0,3 (p=0,859) 3: 0,2 (p=0,885) 4: 0,1 (p=0,969) 5: -0,2 (p=0,913) 6: 0,2 (p=0,903) 7: 0,3 (p=0,860) 8: 1,5 (p=0,304) 9: 0,9 (p=0,578)	290
<b>Socioekonomiska</b> <b>förutsättningar år</b> <b>2020</b> <b>(1=lägsta relativa</b> <b>risk för ekonomiskt</b> <b>bistånd 8=högsta</b> <b>relativa risk för</b> <b>ekonomiskt bistånd)</b>	-0,5%	Intercept: 2,2 (p=0,002) (grupp 1 är referens) 2: 0,9 (p=0,320) 3: 0,6 (p=0,496) 4: 1,6 (p=0,066) 5: 1,2 (p=0,178) 6: 1,4 (p=0,113) 7: 1,1 (p=0,202) 8: 0,4 (p=0,734)	288
<b>Socioekonomiska</b> <b>förutsättningar år</b> <b>2021</b> <b>(1=lägsta relativa</b> <b>risk för ekonomiskt</b> <b>bistånd 8=högsta</b> <b>relativa risk för</b> <b>ekonomiskt bistånd)</b>	2,6%	Intercept: 2,9 (p<0,001) (grupp 3 är referens) 1: -1,4 (p=0,033) 2: -1,6 (p=0,002) 4: -1,4 (p=0,010) 5: -1,7 (p=0,001) 6: -1,1 (p=0,043) 7: -1,5 (p=0,005) 8: -1,2 (p=0,076)	288

I tabell 6:s regressionsanalyser finns de högsta förklaringsgraderna (justerat  $R^2$ ) för kommuners befolkningsmängd 2020 (3,5 %) och socioekonomiska förutsättningar 2021 (2,6 %), dessa variabler blir därför särskilt intressanta att studera vidare. För kommuntyp år 2020 är förklaringsgraden 1,3 % och för kommuntyp år 2021 är värdet 1,5 %. Emellertid finns för kommuntypsgrupperna inga signifikanta skillnader i genomsnittligt antal döda jämfört med referensgrupp. Således blir inte kommuntyp intressant att studera vidare för att försöka förklara varians bland antal döda. Vidare är förklaringsgraderna för befolkningsmängd år 2021 och socioekonomiska förutsättningar år 2020 negativa (för resonemang om negativa justerade  $R^2$ -värden, se rubrik 4.7), vilket indikerar att variansen bland genomsnittligt antal döda inte kan förklaras av nämnda variabler de aktuella åren.

För kommuner sorterade efter socioekonomiska förutsättningar 2021 framkommer att kommuner med risk tre (referensgrupp) har i genomsnitt 2,9 döda i covid-19, per 10 000 invånare, på särskilda boenden. Kommuner i alla andra grupper har i genomsnitt färre antal döda, vilket går att utläsa från de negativa regressionskoefficienterna. Kommuner med risk 1 har på särskilda boenden i genomsnitt 1,4 färre döda i covid-19, per 10 000 invånare, jämfört

med kommuner med risk 3. Kommuner med risk 2 har på särskilda boenden i genomsnitt 1,6 färre döda i covid-19, per 10 000 invånare, jämfört med grupp 3 och så vidare enligt regressionskoefficienter i tabell 6. Resultatet ger sammanfattningsvis inte någon entydig riktning till vad socioekonomiska förutsättningar innebär för dödstal i covid-19 på särskilda boenden år 2021, det finns färre genomsnittligt döda i covid-19 på särskilda boenden i kommuner med både lägre och högre risk för ekonomiskt bistånd. Däremot verkar skillnaderna i genomsnittligt antal döda i covid-19 mellan kommuner med risk 3 och andra risker vara robusta, skillnaderna i genomsnittligt antal döda i referensgrupp 3 jämfört med grupp 1, 2, 4, 5, 6 och 7 är signifikanta. Det finns emellertid inte någon statistiskt signifikant skillnad mellan genomsnittligt antal döda i covid-19 på särskilda boende i kommuner med socioekonomiskt sämst förutsättningar (riskgrupp 8) och genomsnittligt antal döda i covid-19 på särskilda boenden i kommuner med risk 3 (referensvärde).

Inte heller resultaten om kommuners befolkningsmängd år 2020 är helt entydiga i sin riktning eftersom genomsnittligt antal döda i covid-19 för grupp 2 och 5 inte är signifikant skilda från det genomsnittliga dödstalet i referensgruppen (1). Det framkommer av tabell 6 att kommuner med minsta befolkningsstorleken (referensgrupp 1) i genomsnitt har 2,6 döda i covid-19, per 10 000 invånare, i särskilda boenden. Kommuner med större befolkningsmängd har i genomsnitt fler döda i covid-19 i särskilda boenden, vilket går att utläsa av de positiva regressionskoefficienterna. Kommuners genomsnittliga dödstal i två grupper (3 och 4) är signifikant skilda från referensgruppens dito. Kommuner i grupp 3 har på särskilda boenden i genomsnitt 1,3 fler döda per 10 000 invånare jämfört med grupp 1. Kommuner i grupp 4 har på särskilda boenden i genomsnitt 2,0 fler döda i covid-19 per 10 000 invånare jämfört med grupp 1. Sammanfattningsvis visar regressionsanalysen att det år 2020 i genomsnitt dör fler personer i covid-19 på särskilda boende i kommuner med större befolkningsmängd (grupp 3 och 4) jämfört med vad det gör på särskilda boenden i kommuner med lägst befolkningsmängd (grupp 1).

För kommuners befolkningsmängd 2021 märks, enligt tabell 6, emellertid inte några stora eller statistiskt signifikanta skillnader i jämförelse med referensgruppen. Det påvisas heller inte några statistiskt signifikanta skillnader i jämförelse med referensgruppen avseende kommungrupper med olika socioekonomiska förutsättningar år 2020. Således verkar skillnader i genomsnittligt antal döda baserat på kommuners befolkningsmängd och socioekonomiska förutsättningar se olika ut för år 2020 och 2021.

Sammanfattningsvis ger resultaten från tabell 6 inte några starka signaler om att kommuners befolkningsmängd, socioekonomiska förutsättningar eller kommuntyp har samband med antalet döda i covid-19 på särskilda boenden år 2020 och 2021. Det finns emellertid vissa skillnader i genomsnittligt antal döda i covid-19 på särskilda boenden när kommuner grupperas utifrån befolkningsmängd år 2020 respektive socioekonomiska förutsättningar år 2021. Det går i linje med att dessa variabler även har högst förklaringsgrad (justerat  $R^2$ ) av de testade variablerna.

#### 5.4.2 Analyser för antal döda i covid-19 i hemtjänst år 2020 och år 2021

Nedan redovisar jag resultat avseende hemtjänst. I de resultat som redovisas i tabell 7 har jag undersökt om det finns negativ korrelation mellan tillgång till kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin och antal döda i covid-19 i hemtjänst. Med negativ korrelation menas: ju högre förekomst av kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin, desto lägre genomsnittligt antal döda i covid-19 i hemtjänsten.

Tabell 7: Pearsons korrelationskoefficient och regressionsanalys för antal döda i covid-19 (per 10 000 invånare) i hemtjänst år 2020 och 2021 (blåmarkerat)

	<b>Korrelationskoefficient</b>	<b>N</b>	<b>Intercept &amp; regressionskoefficient</b>	<b>Justerat <math>R^2</math></b>
<b>Kontinuitetsplan f hemtjänst (dummy) 2020</b>	0,02 (p=0,386)	260	Intercept: 2,4 (p=<0,001) 1: 0,08 (p=0,773)	-0,4%
<b>Kontinuitetsplan f hemtjänst (dummy) 2021</b>	-0,07 (p=0,131)	261	Intercept: 1,5 (p=<0,001) 1: -0,2 (p=0,263)	0,1%
<b>Upphandlingsrutin f hemtjänst (dummy) 2020</b>	0,00 (p=0,449)	152	Intercept: 2,4 (p=<0,001) 1: 0,04 (p=0,898)	-0,7%
<b>Upphandlingsrutin f hemtjänst (dummy) 2021</b>	-0,10 (p=0,095)	163	Intercept: 1,5 (p=<0,001) 1: -0,3 (p=0,191)	0,4%

Tabell 7 visar att korrelation mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 i hemtjänsten år 2020 endast är mycket svagt positiv eller obefintlig, korrelationen för 2021 är svagt negativ. Ingen av korrelationskoefficienterna är signifikanta. För regressionsanalyserna syns liknande tendenser: år 2020 dör i genomsnitt cirka 0,08 respektive 0,04 fler personer per 10 000 invånare när kontinuitetsplan respektive upphandlingsrutin finns jämfört med om planeringen inte finns (då är medeltalet i båda fallen 2,4 döda per 10 000 invånare). För 2021 dör i genomsnitt 0,2 respektive 0,3 färre personer per 10 000 invånare när kontinuitetsplan

respektive upphandlingsrutin finns jämfört med om planeringen inte finns (då är medeltalet i båda fallen 1,5 döda per 10 000 invånare). Skillnaderna mellan referensgrupperna (ingen planering) och grupperna med kontinuitetsplan/upphandlingsrutin är inte statistiskt signifikanta, vilket går i linje med att förklaringsgraderna (justerat  $R^2$ ) är låga eller negativa (för resonemang om negativa justerade  $R^2$ -värden, se rubrik 4.7). Variationen i genomsnittligt antal döda i covid-19 i kommuners hemtjänst verkar alltså inte förklaras av krisberedskapsplanering. En komplikation som kan ha påverkat analysernas resultat är de omfattande imputeringar som gjorts i datamaterialet, imputeringens nackdelar har beskrivits under rubrik 5.4.1 ovan och resonemangen är även giltiga för resultaten i tabell 7. Även de brister i korrelationstesternas reliabilitet som beskrivits under rubrik 4.8.2 bör tas i beaktande när resultaten i tabell 7 tolkas. Mot bakgrund av detta får resultatet, som visar att det inte finns några tydliga negativa samband mellan krisberedskapsplanering och antal döda i covid-19 i hemtjänst år 2020 och 2021, tolkas med försiktighet.

Jag går nu vidare och undersöker alternativa förklaringar genom att göra på samma sätt som jag gjorde för särskilda boende (se 5.4.1 ovan).

Tabell 8: Sex bivariata linjära regressionsanalyser för antal döda i covid-19 (per 10 000 invånare) i hemtjänst år 2020 och 2021 (blåmarkerat)<sup>21</sup>

	Justerat $R^2$	Intercept och regressionskoefficient	N
<b>Kommuners befolkningsmängd år 2020 (1=minsta, 5=största)</b>	-0,9%	Intercept: 2,5 (p<0,001) (grupp 1 är referens) 2: -0,4 (p=0,223) 3: -0,1 (p=0,790) 4: -0,2 (p=0,679) 5: -0,1 (p=0,936)	290
<b>Kommuners befolkningsmängd år 2021 (1=minsta, 5=största)</b>	0,7%	Intercept: 1,6 (p<0,001) (grupp 1 är referens) 2: -0,1 (p=0,520) 3: -0,5 (p=0,019) 4: -0,2 (p=0,415) 5: -0,5 (p=0,483)	290
<b>Kommuntyp år 2020</b> 1 Storstäder 2 Pendlingskommun nära storstad 3 Större stad	3,2%	Intercept: 3,7 ((p<0,001) (grupp 5 är referens) 1: -1,2 (p=0,377) 2: -1,6 (p=0,003) 3: -1,4 (p=0,032)	290

<sup>21</sup> För att bestämma vilken grupp som ska vara referensgrupp i regressionsanalysen har jag gjort variansanalys samt i förekommande fall post hoc-test, för vidare beskrivning se metod under rubrik 4.7.



<b>4 Pendlingskommun nära större stad</b>		4: -1,7 (p=<0,001)	
<b>5 Lågpendlingskommun nära större stad</b>		6: -1,6 (p=0,007)	
<b>6 Mindre stad/tätort</b>		7: -1,2 (p=0,016)	
<b>7 Pendlingskommun nära mindre tätort</b>		8: -1,3 (p=0,014)	
<b>8 Landsbygdskommun</b>		9: -2,4 (p=<0,001)	
<b>9 Landsbygdskommun med besöksnäring</b>			
<b>Kommuntyp år 2021</b>	5,1%	Intercept:	290
<b>För gruppering av kommuntyp, se ovan.</b>		2,3 (p<0,001)	
		(grupp 8 är referens)	
		1: -1,0 (p=0,236)	
		2: -0,9 (p=0,003)	
		3: -1,0 (p=0,005)	
		4: -1,0 (p=<0,001)	
		5: -1,4 (p=<0,001)	
		6: -1,1 (p=<0,001)	
		7: -0,8 (p=0,007)	
		9: -1,0 (p=0,015)	
<b>Socioekonomiska förutsättningar år 2020</b>	0%	Intercept:	288
<b>(1=lägsta relativa risk för ekonomiskt bistånd 8=högsta relativa risk för ekonomiskt bistånd)</b>		1,7 (p<0,001)	
		(grupp 1 är referens)	
		2: 0,4 (p=0,526)	
		3: 0,4 (p=0,484)	
		4: 1,1 (p=0,096)	
		5: 0,3 (p=0,650)	
		6: 1,1 (p=0,080)	
		7: 1,0 (p=0,131)	
		8: 0,5 (p=0,499)	
<b>Socioekonomiska förutsättningar år 2021</b>	3,1%	Intercept:	288
<b>(1=lägsta relativa risk för ekonomiskt bistånd 8=högsta relativa risk för ekonomiskt bistånd)</b>		2,5 (p<0,001)	
		(grupp 8 är referens)	
		1: -1,4 (p=0,001)	
		2: -1,1 (p=0,003)	
		3: -1,2 (p=0,001)	
		4: -1,0 (p=0,008)	
		5: -1,2 (p<0,001)	
		6: -1,2 (p=0,001)	
		7: -0,9 (p=0,019)	

Från regressionsanalyserna framkommer att förklaringsgraden (justerat  $R^2$ ) för kommuntyp är 3,2 % (2020) och 5,1 % (2021) samt 3,1 % för socioekonomiska förutsättningar 2021. Dessa variabler blir därför särskilt intressanta att studera vidare. Övriga förklaringsgrader är avsevärt lägre, för socioekonomiska förutsättningar år 2020 är den 0 och för kommuners befolkningsmängd år 2020 är den till och med negativ (för resonemang om negativa justerade  $R^2$ -värden, se rubrik 4.7), vilket indikerar att variansen bland genomsnittligt antal döda i covid-19 i hemtjänsten inte kan förklaras av dessa variabler år 2020.

För kommuner sorterade efter socioekonomiska förutsättningar 2021 framkommer att kommuner med risk åtta (referensgrupp) i genomsnitt har 2,5 döda i covid-19, per 10 000 invånare, i hemtjänsten. Kommuner i alla andra riskgrupper har i genomsnitt färre antal döda, vilket går att utläsa från de negativa regressionskoefficienterna. Kommuner med risk 1 har i genomsnitt 1,4 färre döda i covid-19, räknat per 10 000 invånare, i hemtjänsten jämfört med kommuner med risk 8. Kommuner med risk 2 har i genomsnitt 1,1 färre döda i covid-19, räknat per 10 000 invånare, i hemtjänsten jämfört med grupp 8 och så vidare enligt regressionskoefficienter i tabell 8. Skillnaderna för genomsnittligt antal döda i covid-19 i hemtjänsten i kommuner med högst risk (grupp 8) år 2021 jämfört med genomsnittligt antal döda i kommuner med lägre risk är samtliga statistiskt signifikanta. Notera att detta inte är synonymt med att exempelvis genomsnittligt antal döda i covid-19 i kommuner i grupp 1 skiljer sig signifikant mot kommuner i grupp 2, den signifikanta skillnaden gäller endast jämfört med grupp 8 (referensgrupp).

Vad gäller kommuners befolkningensmängd år 2021 framkommer att hemtjänst i kommuner med lägst befolkningensmängd (referensgrupp 1) har 1,6 döda i covid-19, räknat per 10 000 invånare. Av tabell 8 framkommer att det endast finns en grupp (3) som har statistiskt signifikant skillnad i genomsnittligt antal döda i covid-19 jämfört med referensgruppen 1. Kommuner i grupp 3 har inom hemtjänsten i genomsnitt 0,5 färre döda i covid-19, räknat per 10 000 invånare, jämfört med kommuner i grupp 1. Således pekar analyserna mot att Sveriges minsta kommuner (grupp 1: 0-14 999 invånare) har högre genomsnittligt antal döda i covid-19 inom hemtjänsten år 2021 än vad Sveriges mellanstora kommuner (grupp 3: 30 000-69 999 invånare) har.

För kommuntyp år 2020 framkommer att kommuner i typgrupp 5 (referensgrupp) har i genomsnitt 3,7 döda i covid-19, räknat per 10 000 invånare, i hemtjänsten. För kommuntypsgrupper år 2021 framkommer att kommuner i typgrupp 8 (referensgrupp) har i genomsnitt 2,3 döda i covid-19, räknat per 10 000 invånare, i hemtjänsten. Vad gäller kommuntyp år 2020 och 2021 finns båda åren vardera sju statistiskt signifikanta skillnader i genomsnittligt antal döda jämfört med referensgrupp. Samtliga skillnader är negativa jämfört med referensgrupp. Både åren är det vidare kommuntyp 1 (storstäder) som inte har statistiskt signifikanta skillnader i genomsnittligt antal döda jämfört med referensgrupp. Resultaten indikerar att kommuntyp 5 (lågpendlingskommun nära större stad) har genomsnittligt högst antal döda i covid-19 inom hemtjänsten år 2020, motsvarande gäller för kommuntyp 8 (landsbygdskommun) under 2021. Hur relaterar då detta till pendling som jag tidigare berörde

under rubrik 3.6.2? Kommuntyp 5 är endast lågpendlingskommun och kommuntyp 8 har inte någon pendlingsfaktor beskriven, således visar analysen inte att pendling utgör någon tydlig alternativ förklaring till dödstalen i covid-19 inom hemtjänst.

Sammanfattningsvis ger resultaten från tabell 8 inte några starka signaler på att det finns samband mellan undersökta variabler och antal döda i covid-19 i kommuners hemtjänst. Det finns däremot indikationer på att socioekonomiska förutsättningar i kommunen 2021, kommuntyp år 2021 och 2020 samt befolkningens mängd år 2021 i vissa avseende kan bidra till förklaringar av variation i antal döda i covid-19 inom kommuners hemtjänst. Att fler signifikanta skillnader mot referensgrupp uppmätts för socioekonomiska förutsättningar och kommuntyp än befolkningens mängd går i linje med variablernas förklaringsgrader (högre förklaringsgrad för socioekonomiska förutsättningar år 2021, kommuntyp 2020 och kommuntyp 2021 än för befolkningens mängd år 2021).

## 5.5 Sammanfattning av resultat

Jag avrundar nu avsnittet genom att lyfta fram de centrala resultaten:

- Vid början av år 2020 och 2021 har färre än hälften av Sveriges kommuner aktuell krisberedskapsplanering för särskilda boenden för äldre, hemtjänst och LSS-boenden för vuxna.
- Genomgående har en lägre andel kommuner krisberedskapsplanering avseende LSS-boenden för vuxna jämfört med andelar kommuner som har krisberedskapsplanering för särskilda boenden för äldre och hemtjänst.
- Mellan år 2020 och år 2021 ökar andelen kommuner med kontinuitetsplaner i särskilda boenden för äldre, hemtjänst och LSS-boenden för vuxna, parallellt minskar andelen kommuner som kräver krisberedskap vid upphandling av dessa verksamheter.
- Det finns viss korrelation mellan tillgång till krisberedskapsplanering och kommuners befolkningens mängd. Som kontrast till detta finns inga tydliga signaler på korrelation mellan krisberedskapsplanering och kommuners socioekonomiska förutsättningar.
- Krisberedskapsplanering, i form av kontinuitetsplan och upphandlingsrutin, har inte några signifikanta samband med antal döda i covid-19 på särskilda boenden och i hemtjänst år 2020 och 2021. Emellertid får resultatet tolkas med viss försiktighet av skäl som jag redovisar under rubrik 5.4.1 och 5.4.2.

- Det finns indikationer på att socioekonomiska förutsättningar, kommuntyp och kommuners befolkningsmängd i högre utsträckning än socialtjänstens krisberedskapsplanering kan bidra med vissa förklaringar kring vad som påverkar variation i genomsnittligt antal döda i covid-19 på kommuners särskilda boenden och i hemtjänst under år 2020 och 2021.

## 6 Diskussion

Syftet med uppsatsen har varit att undersöka förekomst och variation i krisberedskapsplanering hos svenska kommuners särskilda boenden för äldre, hemtjänst respektive LSS-boenden med särskild service för vuxna i början av år 2020 och 2021. Syftet har också varit att undersöka betydelsen av krisberedskapsplanering i särskilda boenden och hemtjänst under coronapandemins två första år (2020 och 2021). Resultaten visar att färre än hälften av Sveriges kommuner har aktuell krisberedskapsplanering för de undersökta verksamheterna, som alla arbetar med särskilt sårbara grupper, i början av år 2020 och 2021. Resultaten visar också att en lägre andel kommuner har krisberedskapsplanering för LSS-boenden med särskild service för vuxna, än vad som är fallet för särskilda boenden för äldre och hemtjänst i början av år 2020 och 2021. Vidare verkar det ha betydelse hur många människor som bor i kommunen, det finns i genomsnitt högre andel kommuner med krisberedskapsplanering i de kommungrupper som har en större befolkning än vad det finns i de kommungrupper som har en mindre befolkning. Resultaten visar vidare inga påvisbara samband mellan krisberedskapsplanering, så som det mäts i den här uppsatsen, och antal döda i covid-19. Däremot verkar andra faktorer, så som socioekonomiska förutsättningar, kommuntyp och antal invånare i kommunen spela en viss roll.

I uppsatsens frågeställningar står krisberedskapsplanering i fokus. Vid första anblick kan det framstå som uppseendeväckande att inte ens hälften av socialtjänstverksamheterna, som alla arbetar med *särskilt sårbara grupper*, hade krisberedskapsplanering vid början av 2020 respektive 2021. Kopplat till begreppet *kapacitet* (jfr Becker & Hegelsteen 2016) sätts krisberedskapsplanering i ett större sammanhang. Då kan frånvaro av planering framstå som mindre avgörande, eftersom den endast utgör en liten del av organisationens kapacitet att möta kris. Emellertid är Socialstyrelsens mätning öppna jämförelser, som alla kommuner ombeds att besvara, inriktad på att mäta krisberedskapsplanering. Eftersom Socialstyrelsen är en betydelsefull aktör för socialtjänstens *människobehandlande organisationer* verkar det troligt att socialtjänsten i någon mån eftersträvar att ha tillgänglig krisberedskapsplanering för att uppnå *legitimitet*. Mot bakgrund av detta blir det betydelsefullt vilka indikatorer Socialstyrelsen använder. Som jag tidigare nämnt har Riksrevisionen kritiserat öppna jämförelser för att inte mäta indikatorer som bidrar till kvalitet. Kopplat till den teori som jag tidigare presenterat kan *resiliens* vara ett centralt begrepp att utgå från i operationalisering av nya indikatorer. Sannolikt är det komplicerat och tidskrävande att operationalisera indikatorer

som mäter detta fenomen. Utifrån Tierneys (2014) tidigare redovisade teori om *resiliens* betydelse för att stå emot kriser vågar jag ändå påstå att det finns anledning att överväga begreppet som utgångspunkt. Som tidigare anförts anser jag inte att Tierneys forskning preciserar typer av insatser som verkningsfullt bidrar till resiliens, således menar jag att effekter av insatser behövs undersökas vidare. Undersökningens resultaten skulle i förlängningen exempelvis kunna användas vid operationalisering av indikatorer som mäter resiliens.

Jag fortsätter nu till resultaten som visar att det i kommunerna år 2021 finns lägre förekomst av rutin om att kräva krisberedskap vid upphandling än kontinuitetsplan, vilket är en skillnad från 2020. Min uppsats kan inte svara på frågan varför utvecklingen ser ut som den gör, men resultatet kan sättas i relation till att Härnbro, Herz och Dahlstedt (2021) beskriver att det endast riktas liten uppmärksamhet mot upphandling i socialt arbete. Det i sig förklarar emellertid inte varför förekomsten av upphandlingsrutin sjönk 2021 jämfört med 2020. Vad som kan noteras är däremot att Socialstyrelsen väljer att lägga vikt vid upphandling genom att ha med det som en indikator i öppna jämförelser. Som jag tidigare argumenterat för, med koppling till begreppet *legitimitet*, kan Socialstyrelsens val av indikatorer vara betydelsefulla för socialtjänstens krisberedskapsambitioner. Att Socialstyrelsen har med upphandlingsrutin som en indikator kan således ses som ett sätt att värna *särskilt sårbara grupper*s behov när verksamheter upphandlas. Att ha som rutin att kräva krisberedskap vid upphandling kan ses som en ansträngning för att främja *resiliens* hos de människor som tar emot det upphandlande stödet. Som jag tidigare redovisat har Rapeli och Mussalo-Rauhaama (2017) vidare anført att en ytterligare ansträngning exempelvis kan vara att inkludera privata aktörer i myndigheters krisberedskapsövningar.

Från resultaten vill jag också lyfta att de *särskilt sårbara grupperna* i LSS-boenden med särskild service inte omfattas av lika hög andel krisberedskapsplanering som personerna i särskilda boenden för äldre och i hemtjänst. Detta gäller i synnerhet för kravet om krisberedskap vid upphandling. Här kan också ses paralleller till den undersökning som gjordes av Socialstyrelsen (2020a) när pandemin bröt ut och som visade att beredskapen för nödvändig materiel och utrustning inom LSS-boenden i storstadsområden bedömdes som minst god. Att vissa särskilt sårbara grupper under år 2020 och 2021 verkar omfattas av lägre andel krisberedskapsplanering och krisberedskap än andra grupper väcker uppmärksamhet, i synnerhet när Socialtjänstlagen (2001:453) stadgar att samhällets socialtjänst ska främja jämlikhet i levnadsvillkor. Emellertid behöver inte den lägre förekomsten av krisberedskapsplanering per automatik innebära att gruppen har lägre grad av *resiliens* än

andra sårbara grupper. Tierney (2014) belyser, som jag tidigare redovisat, att krisberedskap är mycket bredare än planer. Jag funderar till exempel på om LSS-lagstiftningens höga ambition om goda levnadsvillkor (jämfört med Socialtjänstlagens skäliga levnadsnivå), som rimligen borde vara resiliensfrämjande, kan kompensera en lägre nivå av krisberedskapsplanering. Denna fråga kan min uppsats inte besvara, men frågor om krisberedskap, resiliens och LSS skulle kunna undersökas vidare i framtida forskning.

Jag avrundar nu diskussionen om krisberedskapsplanerings förekomst och går vidare för att diskutera uppsatsens hypoteser:

Hypotes A om att det finns positiv korrelation mellan förekomst av krisberedskapsplanering och kommuners befolkningsmängd överensstämmer med de statistiska analysernas resultat. Detta kan exempelvis tänkas bero på att större kommuner har högre *kapacitet* än mindre. Eftersom det svenska krisberedskapssystemet är decentraliserat och bygger på principer om närhet och ansvar, som jag belyst i bakgrunden, blir skillnaderna i förekomst av krisberedskapsplanering hos kommuner med olika befolkningsstorlekar relevanta. För framtida studier om krisberedskap för särskilt sårbara grupper vore det intressant att tvärvetenskapligt, med exempelvis forskare från statsvetenskap, undersöka mekanismerna som gör att mindre kommuner i genomsnitt har lägre förekomst av krisberedskapsplanering än vad större kommuner har. Kanske skulle dessa mekanismer kunna ge ledtrådar till hur Sverige i fortsättningen kan stimulera hög krisberedskap även för kommuner med färre antal invånare.

Hypotes B om att det finns negativ korrelation mellan svaga socioekonomiska förutsättningar och förekomst av krisberedskapsplanering överensstämmer inte med de statistiska analyserna. Som alltid går det emellertid att diskutera kategoriseringens inverkan på resultaten. Resultaten indikerar att lägsta relativa risk för ekonomiskt bistånd (mått på socioekonomiska förutsättningar) hänger samman med hög förekomst av krisberedskapsplanering. Kommuner i riskgrupp 2 till 8 har lägre förekomst av krisberedskapsplanering än kommunerna med risk 1 (lägst risk). Det går således inte att utesluta att resultaten av undersökningen hade kunnat bli annorlunda om kategoriseringen av socioekonomiska förutsättningar hade gjorts på ett annat sätt, t.ex. om det hade varit endast två kategorier med lägsta risk i ena kategorin och övriga risker i andra kategorin. Med det konstaterat lämnar jag kategoridiskussionen och dröjer mig kvar vid resultatet om att kommuner med lägsta risk (alltså goda socioekonomiska förutsättningar) oftast har högst förekomst av krisberedskapsplanering. Resultatet är inte förvånande kopplat till att kommuner med goda socioekonomiska förutsättningar kan tänkas

ha högre resurser (jfr resonemang under rubrik 3.5.1) och därmed högre *kapacitet*. Emellertid, med tanke på Tierneys (2014) teori om den sociala ordningens koppling till *resiliens* kan det verka logiskt att kommuner med sämst socioekonomiska förutsättningar borde ha högst andel krisberedskapsåtgärder (exempelvis krisberedskapsplanering) för att försöka kompensera den höga risken. Emellertid visar testerna att den logiken inte helt överensstämmer med verkligheten (även om det fanns en svagt positiv korrelationskoefficient som var signifikant, se 5.3.2), vilket skulle kunna förklaras med att en rad andra logiker, kopplade till resurser och *kapacitet* som jag nyss berört, har större inflytande.

Hypotes C om att det finns negativ korrelation mellan förekomst av krisberedskapsplanering och antal döda till följd av covid-19 i särskilda boenden och hemtjänst överensstämmer inte med de statistiska analysernas resultat. Med koppling till de många och komplexa faktorer som avgör *kapacitet* framstår detta inte som särskilt förvånande. En fråga som specifikt framträder är hur väl krisberedskapsplaneringen kunde möta de *risker* som pandemin innebär. Fanns till exempel rutiner kring skyddsutrustning eller låg fokus på sociala insatser, till exempel att mobilisera brukarnas egna nätverk för att ge utökat stöd, som inte kunde genomföras på grund av regler om besöksförbud och fysisk distansering? I exempelvis Rapelis (2018) resonemang är det socialt kapital som står i fokus för socialtjänstens krisberedskapsplanering, vilket kan ha varit svårt att arbeta med under pandemin när människor uppmanades att hålla fysisk distans till varandra. Det är naturligtvis en begränsning att min uppsats inte kan säga något om krisberedskapsplaneringens innehåll. Emellertid kan korrelationsanalyserna ge ett bidrag för fortsatt forskning om vad som utgör en verkningsfull krisberedskap. Som jag belyst i metoden har korrelationsanalyserna avseende antal döda i covid-19 metodologiska svagheter, resultaten får därför tolkas med försiktighet. Emellertid ger resultaten en indikation om att krisberedskapsplanering inte ensamt bidrar till lindrigare utfall. Det är i linje med den slutsats som Lindblom (2020) drog i sin tekniska avhandling. Som Tierney (2014) påpekat är det, av skälet att organisationer inte vet vad som väntar, svårt att göra krisberedskapsplanering. Den krisberedskapsplanering som fanns när pandemin inleddes kan sannolikt ha byggt på erfarenheter av tidigare genomlevda kriser som inte varit pandemier. Det är således inte säkert att befintlig krisberedskapsplanering var särskilt användbar när pandemin bröt ut och spred sig. En annan möjlig förklaring kan vara att de kompetensförsörjningsutmaningar som finns inom äldreomsorg och LSS (se Lill 2018 & Socialstyrelsen 2021c) sannolikt kan ha påverkat *kapaciteten* negativt. Vidare kan det vara betydelsefullt att krisberedskapsplanering på mesonivå inte per automatik leder till



krisberedskap hos socialarbetare på mikronivå (se Miller et al 2021). För framtida forskning vore det intressant att pröva andra faktorer, t.ex. personalkontinuitet, utbildning för medarbetare och övning, betydelse för utfallet. Som jag visat i uppsatsen finns stora kunskapsluckor om *människobehandlande organisationers* krisberedskap. De resultat som framkommit i denna uppsats kan användas för att utveckla nya hypoteser som sedan provas.

Hypotes D om att det finns korrelation mellan befolkningsstorlek i kommuner, kommuntyp respektive socioekonomiska förutsättningar och antal döda till följd av covid-19 inom hemtjänst och särskilda boenden går inte att bekräfta med stöd i de statistiska analysernas resultat. Det verkar emellertid finnas något starkare förklaringsgrad i dessa kategorier än i krisberedskapsplanering. Resultaten ger alltså en svag indikation om att samhällets strukturella villkor, så som socioekonomiska förutsättningar, kan ha betydelse för förmågan att möta kris, vilket får mig att relatera till Tierneys (2014) resonemang om att risk för kris och grad av resiliens baseras på samhällets sociala ordning. Emellertid verkar det även troligt att andra faktorer spelar en roll för hur många som dog i covid-19 i olika kommuner.

Exempelvis kan geografi ha varit betydelsefullt, som jag tidigare beskrivit nådde smittan olika delar av Sverige vid olika tidpunkter (Svenska Dagbladet 2020). Sammanfattningsvis är det alltså komplext att försöka identifiera vad som påverkar antalet döda, förhoppningsvis har denna uppsats bidragit med några ledtrådar som kan utforskas vidare i framtida forskning.

### 6.1 Implikationer för praktiken

Resultatet från min uppsats kan tolkas nedslående: eftersom krisberedskapsplanering inte verkar ha någon påvisbar betydelse är det nog ingen idé att ens försöka. Resultatet kan också tolkas försiktigt optimistiskt: att resultaten indikerar att krisberedskapsplanering i sig själv inte verkar ha någon påvisbar effekt, ger anledning att utforska frågan om krisberedskap vidare. Min förhoppning är att praktiker väljer den senare tolkningen och försöker förstå vad som har betydelse för att vara beredd på kris. Eftersom det sociala arbetets praktik arbetar med *särskilt sårbara grupper*, som ofta utsätts för de hårdaste påfrestningarna i kris, finns goda anledningar att söka verkningsfulla lösningar. Sannolikt finns det goda möjligheter för praktiken och forskningen att göra gemensamma ansträngningar för att försöka identifiera vad som är verkningsfullt i socialtjänstens arbete med kriser. I praktiken inkluderar jag en bredd av aktörer i socialt arbete. Som jag flera gånger belyst kan exempelvis Socialstyrelsens indikatorer i öppna jämförelser rikta lokala socialtjänsters prioriteringar och därför är det väsentligt att undersökningens indikatorer optimeras.

Jag vill slutligen avrunda uppsatsen med att hävda att katastrofriskreduceringens (Baez Ullberg & Becker 2016) utgångspunkter rimmar mycket väl med principerna för socialt arbete: båda disciplinerna värnar kontext och systemperspektiv. Det framstår därför som ganska naturligt att instämma med de många forskare som menar att socialt arbete har outnyttjad potential och möjlighet att ta en mer central position i matchen om krisberedskap. Om socialt arbete ger sig in i matchen kan krisberedskapskompetens hos socialarbetare bli högre efterfrågad och något som exempelvis socionomutbildningen behöver beakta i sina framtida kursplaner. Jag har genom min uppsats gläntat på dörren till vad som är verkningsfull krisberedskap för kommuner i allmänhet och särskilt sårbara grupper i synnerhet. Det har varit spännande och framöver hoppas jag att krisberedskapsområdet fortsätter att utforskas i socialt arbete.

## 7 Referenser

- Alston, Margaret, Tricia Hazeleger & Desley Hargreaves (2019) *Social Work and Disasters*. London: Routledge.
- Baez, Ullberg, Susann & Per Becker (2016) Katastrofriskreducering: ett mångvetenskapligt forskningsfält och ett tvärasektoriellt politikområde. I: Susann Baez Ullberg & Per Becker (red). *Katastrofriskreducering. Perspektiv, praktik, potential*. Lund: Studentlitteratur.
- Becker, Per & Magnus Hagelsteen (2016) Kapacitetsutveckling för katastrofriskreducering. I: Susann Baez Ullberg & Per Becker (red). *Katastrofriskreducering. Perspektiv, praktik, potential*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergström, Johan (2016) Vem bär ansvaret för samhällets katastrofriskreducering? I: Baez Ullberg S & Becker P (red.) *Katastrofriskreducering. Perspektiv, praktik, potential*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.
- Best, Joel (2020) COVID-19 and Numeracy: How about Them Numbers? *Numeracy*, 13 (2): Article 4.
- Borg, Elisbet & Joakim Westerlund (2020) *Statistik för beteendevetare*. Fjärde uppl. Stockholm: Liber.
- Brante, Thomas (1997) Kausal realism och sociologi. *Sociologisk Forskning*, 34 (1/2): 311-335.
- Brante, Thomas (2014) *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm: Liber.
- Cronin, Michael & Diane Ryan (2010) Practice Perspectives of Disaster Work. I: David F. Gillespie & Kofi Danso (red.) *Disaster Concepts and Issues. A guide for Social Work Education and Practice*. Alexandria: Council on Social Work Education.
- Cuadra, Carin Björngren (2016) Socialtjänstens roll i samhällets krisberedskap – en studie ur personalens perspektiv. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 23 (2): 129-150.
- Cuadra, Carin Björngren (2017) *Kunskapsunderlag för socialtjänstens delaktighet i kommunala risk- och sårbarhetsanalyser (Sorsa)*. Research Reports in social work 2017:2. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Cuadra, Carin Björngren (2018a) Kris, katastrof och ekosocial hållbarhet. I: Magnus Dahlstedt & Philip Lalander (red.) *Manifest – för ett socialt arbete i tiden*. Lund: Studentlitteratur.
- Cuadra, Carin Björngren (2018b) Att vara beredd är allt: krisberedskap i äldreomsorgen. I: Finnur Magnusson (red). *Äldreomsorg och åldrande. Från anhöringskap till krisberedskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Cuadra, Carin Björngren (2022) Positioning social work in relation to disasters: A social notion running along a continuum. I Marie Aronsson-Storrier & Rasmus Dahlberg (red.) *Defining disasters. Disciplines and Domains*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Cuadra, Carin Björngren, Tapio Salonen, Guðný Björk Eydal, Ingibjörg Lilja Ómarsdóttir, Rasmus Dahlberg, Björn Hvinden & Merja Rapeli (2016) 7. Sweden. I: Guðný Björk Eydal, Ingibjörg Lilja Ómarsdóttir, Carin Björngren Cuadra, Rasmus Dahlberg, Björn Hvinden, Merja Rapeli & Tapio Salonen (red.) *Local Social Services in Nordic countries in Times of Disaster*. Report for the Nordic Council of Ministers.

Cuadra, Carin Björngren, Kristoffer Hansson, Dimitris Michailakis & Anders Neergaard (2021) Förord: I pandemins spår. Socialvetenskapliga perspektiv på covid-19. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 28 (4): 377-386.

Danso, Kofi & David F. Gillespie (2010) Coordination: A Key Community Resource in Disasters. I: David F Gillespie & Kofi Danso (red.) *Disaster Concepts and Issues. A guide for Social Work Education and Practice*. Alexandria: Council on Social Work Education.

Djurfeldt, Göran (2009) Multipel regressionsanalys (MRA). I: Göran Djurfeldt & Mimmi Barmark (red.) *Statistisk verktygslåda 2 – multivariat analys*. Lund: Studentlitteratur.

Dominelli, Lena (2012) *Green social work From Environmental Crisis to Environmental Justice*. Cambridge: Polity Press.

Dominelli, Lena (2021) A green social work perspective on social work during the time of COVID19. *International Journal of Social Welfare*. 30(1): 7–16.

Elliot, Doreen (2010) A Social Development model for Infusing Disaster Planning, Management, and Response in the Social Work Curriculum. I: David F Gillespie & Kofi Danso (red.) *Disaster Concepts and Issues. A guide for Social Work Education and Practice*. Alexandria: Council on Social Work Education.

Engberg, Jan & Malin Wilmelius (2015) Outsourcing Responsibilities and New Public Management: The Context of Swedish Crisis Management As Seen From County Administrative Boards. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 33(3): 323-339

Folkhälsomyndigheten (2023) *Spridningen av covid-19 är en pandemi*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-covid-19-ar-en-pandemi/> [Hämtat 2023-02-28]

FUB (2023) *Coronapandemin ur ett LSS-perspektiv* <https://www.fub.se/rad-stod/det-nya-coronaviruset/coronapandemin-ur-ett-lss-perspektiv/> [Hämtat 2023-04-02]

Gillespie David F & Kofi Danso (2010) Introduction. I: David F Gillespie & Kofi Danso (red.) *Disaster Concepts and Issues. A guide for Social Work Education and Practice*. Alexandria: Council on Social Work Education.

Hagevi, Magnus & Dino Viscovi (2016) *Enkäter: Att formulera frågor och svar*. Lund: Studentlitteratur.

Hair, Joseph F. Jr., William C. Black, Barry J. Babin & Rolph E. Anderson (2019) *Multivariate data analysis*. Åttonde uppl. Upper Saddle River: Pearson.

Hasenfeld, Yeheskel (2010) *Human Services as Complex Organisations*. Andra uppl. London: Sage.

- Holmström, Ebba & Katarina Andersson (2021) Erfarenheter av krishantering i biståndshandläggningsmöten med äldre personer under covid-19 pandemin En kvalitativ intervjustudie. *Socialvetenskaplig tidskrift* 28 (4): 455-475.
- Härnbro, Simon, Magnus Dahlstedt & Marcus Herz (2021) Social tjänst till Salu: Om Socialt Arbete I Upphandlingens Tid. *Sociologisk Forskning*. 58(3): 267–286.
- IBM (2023) *Can adjusted r-square ever be negative?*  
<https://www.ibm.com/support/pages/can-adjusted-r-square-ever-be-negative> [hämtat 23-07-19]
- Jönsson, Håkan & Tove Harnett (2015) *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kunskapsguiden (2023) *Bistånd enligt socialtjänstlagen* <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/bistand-enligt-socialtjanstlagen-for-personer-med-funktionsnedsattning/bistand-enligt-socialtjanstlagen/> [hämtat 23-06-05]
- Lantz, Björn (2013) *Grundläggande statistisk analys*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, Monica & Lars G Larsson (2021) *LSS [2021] – Stöd och service till vissa funktionshindrade*. Helsingborg: Komlitt Förlag.
- Levin, Claes (2013) Socialt arbete som moralisk praktik. I: Stig Linde & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. Stockholm: Liber.
- Lewin, Barbro (2018). Det kommunala självstyret och LSS. I: Niklas Altermark, Hans Knutsson & Matilda Svensson Chowhury (red.) *Forskning om personlig assistans: en antologi*. Stockholm: KFO Personlig assistans.
- Lill, Linda (2018). Äldreomsorgsarbetet – om arbetsvillkor, kompetens, genusrelationer och professionalisering. I: Finnur Magnusson (red.) *Äldreomsorg och åldrande. Från anhörigskap till krisberedskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindblom, Hanna (2020) *Improving capability assessments for disaster risk management*. Lund: Avhandling LTH Lunds universitet
- Linde, Stig & Kerstin Svensson (2013) Bokens ärende. I: Stig Linde & Kerstin Svensson (red.) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. Stockholm: Liber.
- Länsstyrelsen Örebro län (2016:25). Kontinuitetshantering: Vägledning för samhällsviktiga verksamheter. Örebro: Länsstyrelsen Örebro län.
- Miller, Vivian J., Keith Anderson, Noelle L. Fields & Nancy Kusmaul (2021) “Please Don’t Let Academia Forget about Us:” An Exploration of Nursing Home Social Work Experiences during COVID-19. *Journal of Gerontological Social Work*. 65:4, 450-464.
- MSB (2023 a) *Vad är en kris?*  
<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/skolmaterial/samhallets-krisberedskap/vad-ar-en-kris/> [Hämtat 23-04-17]
- MSB (2023 b) *Strukturreform av krisberedskap och civilt försvar*  
<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/det-svenska-civila-beredskapssystemet/strukturreform-av-krisberedskap-och-civilt-forsvar/> [Hämtat: 2023-02-13]
- MSB (2023c). *Det svenska civila beredskapssystemet*.  
<https://www.msb.se/sv/amnesomraden/krisberedskap--civilt-forsvar/det-svenska-civila-beredskapssystemet/> [Hämtat: 2023-01-23]

MSBFS 2015:5 *Föreskrifter och allmänna råd om kommuners risk- och sårbarhetsanalyser*. <https://www.msb.se/sv/regler/gallande-regler/krisberedskap-och-informationssakerhet/msbfs-20155/> [Hämtat: 2023-01-19]

Olofsson, Anna, Katarina Girtli Nygren & Susanna Öhman (2016). Samhällets sårbarhet och resiliens: en kritisk begreppsgranskning ur ett intersektionellt perspektiv. I: Susann Baez Ullberg & Per Becker (red.) *Katastrofriskreducering. Perspektiv, praktik, potential*. Lund: Studentlitteratur.

Olofsson, Anna & Saman Rashid. (2009). Introduktion. I: Anna Olofsson & Susanna Öhman (red.) *Risker i det moderna samhället. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Olofsson, Anna & Susanna Öhman (2009) Sårbarhet i det heterogena risksamhället. I: Anna Olofsson & Susanna Öhman (red.) *Risker i det moderna samhället. Samhällsvetenskapliga perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Oostlander Samantha A, Vanessa Bournival & Tracey L. O'Sullivan (2021). The roles of emergency managers and emergency social services directors to support disaster risk reduction in Canada. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51: 2-8.

Rapeli, Merja & Helena Mussalo-Rauhaama (2017) Disaster preparedness of private social services: case Finland *International Journal of Emergency*. 6 (1): 40-51.

Rapeli, Merja (2017) Assessment of Social Services Disaster Risk Management: Case Finland. *Journal of Contingencies and Crisis Management*. 25 (4): 389-398.

Rapeli, Merja (2018) Social capital in social work disaster preparedness plans: The case of Finland. *International Social Work* 2018. 61(6): 1054-1066.

Rapeli Merja, Johan Carlstedt, Ragnheiður Hergeirsdóttir · Halldór S.Guðmundsson· Carin Björngren Cuadra & Ilona Hatakka (2023) Three Nordic countries responding to COVID-19 – Eldercare perspectives. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 84 (januari 2023): 1-11.

Regeringen Socialdepartementet (2021) *Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Sociastyrelsen* <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?rbid=22356> [Hämtat: 2023-02-16]

Richmond, Mary E. (1917/1965). *Social diagnosis*. New York: Free Press

Riksrevisionen (2021:17). *Öppna jämförelser i socialtjänsten – begränsat bidrag till god kvalitet*. Stockholm: Riksrevisionen

SCB Statistiska centralbyrån (2020) *Lämna ingen utanför. Statistisk lägesbild av genomförandet av Agenda 2030 i Sverige, oktober 2020*. Stockholm: SCB

SKR (2023). *Kommungruppsindelning. Sveriges kommuners och regioners kommungruppsindelning 2023*.

<https://skr.se/download/18.ef4ba7d1849a2f55db2898a/1669978414789/Kommungruppsindelning-2023.pdf> [Hämtat: 2023-02-20]

Socialstyrelsen (2018) *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2018-6-12.pdf> [Hämtat: 2023-05-29]



Socialstyrelsen (2020 a) *Lägesbild – kommunernas beredskap för allmän smittspridning av covid-19* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/lagesbild-kommunerna-covid-19.pdf> [Hämtat: 2023-02-16]

Socialstyrelsen (2020b) *Öppna jämförelser 2020 – Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2020-6-6819.pdf> [Hämtat 2023-03-06]

Socialstyrelsen (2020 c) *Metodbeskrivning 2020 öppna jämförelser Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/oppna-jamforelser/oppna-jamforelser-socialtjanst-2020-metod.pdf> [Hämtat: 2023-01-25]

Socialstyrelsen (2020 d) *Resultat - Öppna jämförelser 2020 – Krisberedskap inom kommunal hälso- och sjukvård* <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/krisberedskap/> [Hämtat 2023-01-25]

Socialstyrelsen (2021a) *Öppna jämförelser 2021 – Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2021-6-7400.pdf> [Hämtat: 2023-03-06]

Socialstyrelsen (2021b) *Metodbeskrivning 2021 öppna jämförelser Socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2021-6-7408.pdf> [Hämtat: 2023-01-25]

Socialstyrelsen (2021 c) *Kompetens i LSS-boenden* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7312.pdf> [Hämtat: 23-06-10]

Socialstyrelsen (2021 d) *Resultat - Öppna jämförelser 2021 – Krisberedskap inom kommunal hälso- och sjukvård* <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna-jamforelser/socialtjanst/krisberedskap/> [Hämtat 2023-01-25]

Socialstyrelsen (2022) *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-3-7784.pdf> [Hämtat 2023-05-29]

Socialstyrelsen (2023a) *Socialstyrelsens termbank:* <https://termbank.socialstyrelsen.se> [Hämtat 2023-02-15, 2023-03-18, 2023-05-10, 2023-06-19]

Socialstyrelsen (2023b) *Statistik om avlidna i covid-19* <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fglobalassets%2Fsharepoint-dokument%2Fdokument-webb%2Fstatistik%2Fstatistik-covid19-avlidna.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK> [Hämtat 2023-01-20]

Sohlberg, Peter & Britt-Marie Sohlberg (2019). *Kunskapens former: Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Fjärde uppl. Stockholm: Liber.

SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin* Delbetänkande från Coronakommissionen.

SOU 2021:89. *Sverige under pandemin* Delbetänkande från Coronakommissionen.

SOU 2022:10. *Sverige under pandemin* Slutbetänkande från Coronakommissionen.

Stoop, Ineke A.L (2005) *The hunt for the last respondent*. Social and Cultural Planning of the Netherlands The Hague.

Svenska Dagbladet (2020) *Oerhört oroande trend- varningsflagg i Skåne*  
<https://www.svd.se/a/Ky3wEe/oerhort-oroande-trend-varningsflagg-i-skane> (hämtat 23-05-17)

Tierney, Kathleen (2014) *The social roots of risk. Producing disasters, promoting resilience*. Stanford, California: Stanford Business Books.

Vetenskapsrådet (2017) *God forskningsseed*.  
[https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsseed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningsseed_VR_2017.pdf) [Hämtat 2023-03-13]

Wisner, Ben, Piers Blaikie, Terry Cannon & Ian Davis (2004) *At risk: Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*. 2:a uppl. London: Routledge.

Worldmeters (2023) [www.worldmeters.info/coronavirus](http://www.worldmeters.info/coronavirus) [Hämtat: 2023-03-19]

Zakour, Michael J. (2010) *Vulnerability and Risk Assessment: Building Community Resilience*. I: David F. Gillespie & Kofi Danso (red.) *Disaster Concepts and Issues. A guide for Social Work Education and Practice*. Alexandria: Council on Social Work Education.



## Appendix: Deskriptiv statistik

### Kommuners befolkningsmängd, kommuntyp och socioekonomiska förutsättningar

Variabel	Etiketter	Antal	Giltig procent
<b>Kommuners befolkningsmängd</b>	Grupp 1: 0-14 999 invånare	1= 131	45,2%
	Grupp 2: 15 000-29 999	2= 73	25,2%
	Grupp 3: 30 000 -69 999	3= 54	18,6%
	Grupp 4: 70 000-199 999	4= 28	9,7%
	Grupp 5: 200 000 eller flera	5= 4 Totalt: 290	1,4%
<b>Kommuntyp</b>	A1: Storstäder	3	1,0%
	A2: Pendlingskommun nära storstad	43	14,8%
	B3: Större stad	21	7,2%
	B4: Pendlingskommun nära större stad	52	17,9%
	B5: Lågpendlingskommun nära större stad	35	12,1%
	C6: Mindre stad/tätort	29	10,0%
	C7: Pendlingskommun nära mindre tätort	52	17,9%
	C8: Landsbygdskommun	40	13,8%
	C9: Landsbygdskommun med besöksnäring	15 Totalt: 290	5,2%
<b>Socioekonomiska förutsättningar</b>	1: låg relativ risk för ekonomiskt bistånd	1= 21	7,3%
	2= 41	14,2%	
	8: hög relativ risk för ekonomiskt bistånd	3= 41	14,2%
	4= 40	13,9%	
	5= 40	13,9%	
	6= 43	14,9%	
	7= 41	14,2%	
	8= 21	7,3%	
	Totalt: 288 <sup>22</sup>		

<sup>22</sup> Socioekonomiska förutsättningar för 288/290 kommuner redovisas här. Det beror på, som jag beskrivit i metoddelen, att Stockholm och Göteborg redovisas på mindre enheter (stadsdels- respektive socialförvaltningar) i öppna jämförelser.

Antal döda i covid-19 (räknat per 10 000 invånare) på särskilda boenden och i hemtjänst

	<b>Antal</b>	<b>Minsta värde</b>	<b>Högsta värde</b>	<b>Medelvärde</b>	<b>Standardavvikelse</b>
<b>Särskilda boenden år 2020</b>	290	0	17,8	3,23	3,23
<b>Hemtjänst år 2020</b>	290	0	18,8	2,37	2,35
<b>Särskilda boenden år 2021</b>	290	0	30,8	1,62	2,47
<b>Hemtjänst år 2021</b>	290	0	7,5	1,44	1,39