
Statens beslutsfattande under pandemin: Hur drogs riktlinjerna upp?

MIKA SALMINEN

Under coronapandemin fungerade beslutsfattandet i kommunerna i princip på samma sätt som under normala förhållanden via den kommunala självstyrelsen, men den statliga styrningen var starkare än normalt och baserade sig på tillämpning av existerande lagar och ny lagberedning, finansieringsbeslut, principbeslut av statsrådet och styrning via de statliga ämbetsverken. Statsrådet tog en aktiv roll och behandlade pandemin i över 60 förhandlingsmöten under en två års period. Flera nya temporära berednings- och koordinationsorgan upprättades, såsom den nationella coronakoordinationsgruppen under statsrådets kansli, regionala koordinationsgrupper inom samkommunernas sjukvårdsdistrikt, landskapet Åland och huvudstadsregionen samt flera expertgrupper under social- och hälsovårdsministeriet. Institutet för hälsa och välfärd (THL) omorganiserade sin avdelning för hälsosäkerhet på ett sådant sätt att över hälften av personalen och en betydande del av personalen vid andra avdelningar i nästan två och ett halvt år endast jobbade med frågor gällande coronapandemin. Fyra relativt tydliga faser i pandemihanteringen kan i efterskott urskiljas i den strategi som Finland valde att följa: 1. Tidig strategi: Försiktighetsprincipen tillämpades för att vinna tid, med tyngdpunkten lagd på exceptionellt omfattande restriktioner för att radikalt minska befolkningens sociala kontakter och således bryta smittkedjorna. 2. Temporär strategi före vaccin: Dynamisk tillämpning av restriktioner och smittskyddsåtgärder med en förhoppning om att utvecklingen av ett vaccin skulle ge resultat. 3. Temporär strategi under vaccineringarna: Nödvändiga restriktioner och smittskyddsåtgärder tillämpas under den utdragna vaccineringen av hela befolkningen. 4. Slutstrategi: Vaccinskyddet ersatte restriktionerna som kontrollåtgärd.

SKRIBENTEN

Mika Salminen, fil.dr och docent, är direktör för avdelningen för folhälsa och välfärd samt professor vid Institutet för hälsa och välfärd (THL) och medlem av institutets ledningsgrupp. Ända till den 31 augusti 2022 ledde han avdelningen för hälsosäkerhet som ansvarar för epidemiologisk uppföljning, prevention och kontroll av infektionssjukdomar inklusive det nationella vaccinationsprogrammet samt miljöhälsa.

Under den mest intensiva perioden av coronapandemin, som pågick i två och ett halvt år, ledde Mika Salminen THL:s pandemiarbete och var ett av institutets huvudsakliga språkrör gentemot allmänheten och medierna. Därtill var han statsrådets primära infektionsepidemiologiska pandemirådgivare och deltog i denna roll i över 60 förhandlingar och över

100 koordinationsmöten. Genom sin personliga expertis och erfarenhet samt med starkt stöd från THL:s breda expertis bidrog han till utformning av restriktionsåtgärder, strategiska styrdokument och handlingsplaner under åren 2020–2022.

Efter en tidig karriär som hiv-forskare i USA och Finland med speciellt intresse för genetisk variation har docent Salminen sedan mitten av 2000-talet inriktat sig på folkhälsofrågor. Han har tidigare verkat som beredskapschef på THL, enhetschef vid Europeiska smittskyddsmyndigheten ECDC och enhetschef och avdelningsdirektör på THL. Vidare är han internationellt verksam inom WHO och ECDC, med särskilt fokus på beredskaps- och hälsosäkerhetsfrågor. Mika Salminen är medlem av ECDC:s vetenskapliga kommitté.

Inledning – pandemin bryter ut

Den 5 januari 2020 publicerade Världshälsoorganisationen WHO en kort notis på sin informationsportal (Event Information Site, EIS) för att informera medlemsländerna om potentiella gränsöverskridande infektionshot (1) (figur 1). Notisen gällde ”ett kluster av lunginflammation med okänd etiologi i staden Wuhan i provinsen Hubei i Kina”. Detta förekommer sällan men är inte alldeles ovanligt på portalen, som är tillgänglig endast för officiella nationella smittskyddsmyndigheter. Det visade sig vara första gången omvärlden hörde talas om en epidemi som de kinesiska myndigheterna haft kännedom om i åtminstone en månads tid. Notisen behandlades i THL:s ledningsgrupp den 8 januari 2020.

Som vi alla numera vet visade det sig vara fråga om sjukdomen covid-19, en respiratorisk virusinfektion förorsakad av coronaviruset sars-cov-2, som var nytt för mänskligheten. Det nya viruset är släkt med men skiljer sig från sars-cov-1 (2), som 2003 förorsakade ett utbrott med flera tusen dödsfall, främst i Kina men också i Hongkong, Taiwan, Sydkorea och Kanada. En tragisk detalj är att den första människan som avled i sars-cov-1 och inte var från Kina var en finländare (3).

Världen lyckades stoppa sars-cov-1-epidemin genom heroiska insatser av dels nationella myndigheter, dels hälsovårdspersonal och WHO. Kritiskt för detta var att de flesta smittade blev väldigt sjuka och att smittan inte spreds effektivt förrän symtomen var mycket tydliga, vilket gjorde det relativt lätt att snabbt identifiera och isolera fallen och på så sätt stoppa fortsatt spridning. Ett annat coronavirus, mers-cov gjorde ett nytt försök i Sydkorea 2015, men också detta utbrott lyckades man stoppa av likartade skäl. Däremot stod det ganska tidigt under 2020 klart att det inte skulle gå att stoppa spridningen denna gång, utan vi stod inför en pandemi förorsakad av ett för mänskligheten nytt virus som vi inte har någon direkt erfarenhet av.

Beredskapsplanering före 2020

Coronaviruspandemin är förstas inte den första pandemin som drabbat oss, men den är av en typ som vi redan tidigare kunnat se komma och insett att den vore av det besvärligaste slaget att försöka bekämpa. Folkhälsomyndigheter och infektionsexperter har redan länge varit medvetna om att det i praktiken kommer att vara omöjligt att helt stoppa spridningen av en för människan helt ny infektion som



Event Update 2020-01-05

Date / Time Published: Sun, 2020-01-05 11:41

Summary

On 31 December 2019, a cluster of pneumonia of unknown etiology was reported in Wuhan City, Hubei Province of China. Some patients were operating dealers or vendors in Huanan Seafood Market. The concerned market in Wuhan was closed on 1 January 2020 for environmental sanitation and disinfection.

The causal agent has not yet been identified or confirmed.

Details of the cases:

National authorities reported to WHO that as of 3 January 2020, 44 patients with pneumonia of unknown etiology were detected in Wuhan City, Hubei Province of China, of which 11 were severely ill, and the remaining patients were clinically stable. At present, all cases are isolated in Wuhan medical institutions. The clinical presentation includes fever, with a few patients having difficulty breathing, and chest radiographs showing bilateral pneumonic shadows in lungs. One hundred and twenty-one close contacts have been identified and are under medical observation. The follow-up of close contacts is still in progress.

According to a preliminary epidemiological survey some cases were operating dealers/vendors in Huanan seafood market. The preliminary investigation revealed that no evidence of significant human-to-human transmission, and no infections among health care workers had occurred.

Pathogen identification (including nucleic acid detection and virus isolation and culture) and the tracing of the cause is ongoing by Chinese authorities; influenza, avian influenza, adenovirus infection and other common respiratory diseases have been excluded.

Wuhan Municipal Health Commission carried out active case finding and contact tracing. Environmental sanitation and disposal work for Huanan Seafood City market and further hygiene investigations are under way.

Figur 1. Notis publicerad den 5 januari 2020 på WHO:s Event Information Site för nationella myndigheter.

smittar effektivt via luftvägssmitta, är smittsam innan symtom uppstår och förorsakar en relativt lindrig sjukdomsbild hos en stor del av befolkningen.

När det gäller virusinfektioner som sprids via luftvägarna har vi de senaste hundra åren egentligen bara fått erfarenhet av nyintroducerade influensa A-typer. För influensa A finns en färdig vaccinplattform och flera läkemedel att ta till, och därtill är sjukdomen bekant för både hälsovårdssystemet och befolkningen. Både nationella och internationella beredskapsplaner har främst varit inriktade på en influensapandemi som huvudsaklig hotbild. Man antog allmänt att de också skulle kunna tillämpas på andra sjukdomsalstrare av likadan art. Detta visade sig ganska snabbt vara en mindre lyckad strategi.

Även om en viss diskussion om ”sjukdom X” förekom, främst i en relativt liten internationell krets av experter och också inom WHO, ledde detta inte till några större åtgärder på nationell eller regional nivå, inte heller i Finland. Å andra sidan kan man fråga sig, vilka åtgärder länderna borde ha vidtagit? En lärdom av detta är att vi har gått för långt i effektivitetstänkandet inom hälso- och sjukvården, vilket gör att det är svårt att klara av situationer som plötsligt ökar behovet av vård, speciellt om situationen drar ut på tiden.

I Finland har vi länge varit ganska stolta över att samhället och ledningsstrukturerna är uppbyggda på ett sätt som anses främja samarbete mellan olika sektorer. Detta kan ses särskilt i olika typer av strategiska dokument, bland annat statsrådets principbeslut om en säkerhetsstrategi för samhället 2017, som presenterar en samlad syn på hur olika sektorer i samhället ska fungera för att säkerställa befolkningens hälsa och välfärd. Under coronapandemin kom dessa planer att testas i praktiken.

Hanteringen av pandemin

Beredskapsmodellerna i Finland utgår från att samma behöriga myndigheter som leder arbetet under normala förhållanden i de allra flesta fall också ska utföra samma uppgifter under en kris eller en tillfällig störningssituation. Eftersom vi i Finland har en omfattande lokal självstyrelse baserad på kommunal demokrati och styrning, gäller detta också under en pandemi. Det är alltså de kommunala beslutsfattarna och de behöriga lokala hälsovårdsmyndigheterna som primärt ska

agera. Endast om statsrådet i samverkan med republikens president konstaterar att undantagsförhållanden råder och beredskapslagen tas i bruk, kan regeringen utfärda förordningar som träder i kraft med omedelbar verkan och kontrolleras endast i efterskott av riksdagen. Under pandemin användes detta verktyg två gånger, men i praktiken var den partiella nedstängningen av Nyland i mars–april 2020 den enda riktigt konkreta åtgärden. Beredskapslagen var i kraft bara någon månad i taget, eftersom den måste upphävas omedelbart om villkoren för undantagsförhållanden inte längre uppfylldes.

Detta betyder ändå inte att de nationella och regionala myndigheterna och beslutsfattarna ensamma var tvungna att hantera pandemin, utan expertorganisationer såsom THL, Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet (Fimea), Livsmedelsverket, Arbetshälsoinstitutet, Transport- och kommunikationsverket (Traficom) och andra stod till tjänst med olika former av expertstöd. Social- och hälsovårdsmyndigheterna både på kommunal nivå och inom sjukvårdsdistrikten spelade naturligtvis en central roll för behandlingen av de insjuknade, men också för bekämpningen av smittspridning.

Enligt lagen om smittsamma sjukdomar (7 §) ansvarar social- och hälsovårdsministeriet ”för den rikstäckande beredskapen för störningar inom hälso- och sjukvården eller för hot om sådana, och för ledarskapet i dessa situationer” (4). Ministeriet har också möjlighet att styra och övervaka åtgärder i hela landet samt naturligtvis beredningsansvar för lagförslag och förordningar från statsrådet.

Enligt samma paragraf är Institutet för hälsa och välfärd (THL) en sakkunniginstans ”som med sin sakkunskap stöder social- och hälsovårdsministeriet och regionförvaltningsverken, upprätthåller rikstäckande epidemiologiska uppföljningssystem för bekämpningen av smittsamma sjukdomar samt styr och stöder bekämpningen av smittsamma sjukdomar i kommunerna, samkommunerna för sjukvårdsdistrikten och verksamheterna inom socialvården och hälso- och sjukvården”. Samma lag (8–9 §) ger regionförvaltningsverken, samkommunerna för sjukvårdsdistrikten och kommunerna många andra uppgifter.

De behöriga kommunala och regionala myndigheterna för bekämpning av smittsamma sjukdomar (oftast en infektionsläkare eller en läkare inom någon annan specialitet)

har ett stort ansvar. – Men man upptäckte ganska snabbt att varken deras befogenheter eller deras kompetens räckte till för alla de åtgärder som måste vidtas i en så omfattande samhällelig kris som coronapandemin. Det blev så småningom klart att krisen skulle pågå betydligt längre än bara ett par månader (vilket var tanken i beredningsplanerna) och att den egentligen skulle påverka alla samhällsområden i mycket hög grad.

Nationell samordning

I slutet av februari 2020 inrättade statsrådet en nationell coronakoordinationsgrupp där alla ministeriers kanslichefer, alltså tjänstemannaledningen från varje ministerium, ingick. Koordinationsgruppen leddes av statsrådets kansli och ordförandeskapet föll på statsministerns statssekreterare. Därtill bestämdes det att THL skulle utse en expertrepresentant till gruppen. Gruppens uppgift var att följa upp situationen, bereda och samordna olika åtgärder och presentera och rapportera dessa för statsrådet. Under 2020 och 2021 sammanträdde gruppen minst en gång i veckan och under den allra hetsigaste tiden flera gånger i veckan. Tanken var, som det sägs i säkerhetsstrategin för samhället, att de olika sektorerna skulle samarbeta aktivt redan under beredning av olika ärenden och beslutsförslag, beakta behoven i samhället på ett övergripande sätt och väga dessa objektivet mot varandra för att nå bästa möjliga slutresultat.

Statsrådets arbete

Statsrådet sammanträdde också nästan varje vecka för att behandla coronasituationen och för att förhandla om åtgärdsförslag och eventuell lagberedning. I överläggningarna deltog nästan alltid en representant för THL. Totalt höll statsrådet över 60 möten om pandemin över en tidperiod av cirka två år.

Statsrådets huvudsakliga mekanismer för styrning av pandemiarbetet var lagberedning, finansiering, styrning av arbetet vid statliga ämbetsverk och utarbetande av principbeslut, som i sig inte var juridiskt bindande för den självstyrande kommunala sektorn men som trots det hade en styrande effekt via indirekta mekanismer. Det första principbeslutet kom den 6 maj 2020 och gällde en hybridstrategi för hantering av coronakrisen, som lade fast grunderna för hur statsrådet tänkte sig att

pandemin skulle hanteras (5). Strategin uppdaterades senare enligt behov flera gånger under pandemins gång i takt med att det kom ny forskning och information som belyste pandemin och nya bekämpningsmetoder togs fram (i synnerhet vaccin). Tabell 1 sammanfattar de olika stegen i Finlands övergripande coronastrategi såsom de ter sig när man ser på strategin i efterskott.

Justitiekanslern lade för statsrådet redan mycket tidigt under pandemin (våren 2020) fram sin tolkning av läget, nämligen att statsmaktens främsta uppgift är att trygga människors säkerhet och skydda deras liv och att denna skyldighet är tryggad i grundlagen (6). Detta ansvar vilar enligt Justitiekanslerns tolkning extra tungt på statsrådet och måste alltid prioriteras framför andra syften. Tolkningen, som naturligtvis måste ses i förhållande till samhällets och befolkningens helhetsbehov, påverkade i synnerhet social- och hälsovårdsministeriets linje, som sett i efterskott i vissa situationer kan anses ha varit rentav överförsiktig.

Principbesluten styrde bland annat ministeriernas och regionförvaltningsverkens arbete och utgjorde också grund för arbetet med att ta fram en räckta strategiska handlingsplaner, där social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med statsrådets kansli hade den största rollen. Dessa handlingsplaner styrde i sin tur tillämpningen av restriktioner på den regionala och den lokala nivån, men delvis också THL:s arbete. Social- och hälsovårdsministeriet inrättade dessutom flera specifika expertgrupper för att utarbeta delar av handlingsplanerna, exempelvis för testning och kontaktpårning och för logistik och upphandling av laboratoriematerial och annat viktigt material.

Även om den nationella coronakoordinationsgruppens tilltänkta arbetsmodell åtminstone delvis uppfylldes, måste det konstateras att processen i många fall var sådan att det ministerium som ansågs bära huvudansvaret för beredningen gjorde största delen av arbetet och att de andra sektorerna hade relativt begränsad tid eller möjligheter att bedöma vad åtgärderna skulle innebära för deras ansvarsområde. Detta gällde speciellt lagberedning och de restriktioner som infördes, men också bland annat vilken typ av kompensation och ersättningar som företag och privatföretagare, frilansare och artister kunde få, när deras arbete plötsligt blev omöjligt att utföra till följd av direkta nedstängningar av

verksamheten, indirekta effekter av förbudet mot tillställningar och sammankomster eller strikta regler för fysisk distans.

Social- och hälsovårdsministeriets arbetsbörda var extra stor, när många av de lagförslag, åtgärder och arbetsplaner som beskrevs i en lång rad av principbeslut från statsrådet i sin helhet landade på ministeriets bord. Stor arbetsbörda, tidsbrist och många reaktiva åtgärder gjorde att normala remissprocesser ofta inte kunde följas. Likaså blev samarbetet med övriga ministerier och institutioner ofta lidande, vilket ledde till överraskningar och en del oväntade konsekvenser som kanske kunde ha undvikits om man hade hört de andra ministerierna i tid. Ibland uppdagades dessa brister först i statsrådets överläggningar som under de mest hektiska perioderna av pandemin hölls nästan varje vecka. Å andra sidan tycktes många ministerier gärna låta huvudansvaret vila på social- och hälsoministeriet.

Ibland uppstod intressekonflikter och direkta konfrontationer mellan social- och hälsoministeriet, arbets- och näringsministeriet och undervisnings- och kulturministeriet och ibland också mellan vissa andra ministerier. Speciellt svåra var frågorna om gränsstängningar, skolstängningar och restriktioner för förplägnadsverksamhet och turismbranschen. Det tyngsta ansvaret för pandemihanteringen hade fallit på familje- och omsorgsministern, vilket ledde till att hen antog en extremt försiktig attityd och hellre ville göra för mycket för säkerhets skull, medan de övriga ministerna ofta ville ta en mer balanserad väg. Regeringens förhandlingar kunde därför ofta bli mycket långdragna och pågå i många timmar, och flera gånger kom man fram till ett enhälligt beslut först nära midnatt eller först nästa dag. I vissa fall krävdes det att statsminister Marin tog ställning och lade fast regeringens riktlinjer, ibland delvis mot social- och hälsovårdsministeriets ursprungliga ställning. Exempel på sådana situationer var bland annat inreserestriktionerna och skolfrågan.

Av någon orsak ledde frågan om barnens fritidsaktiviteter och skolorna flera gånger till regelrätta gräl i statsrådet. Detta hände även efter att regeringen i sitt eget principbeslut hade konstaterat att man inte bör begränsa de yngstas liv förutom som absolut sista åtgärd och bara om det kan påvisas vara nödvändigt. THL:s egen smittstatistik och forskning samt information från de andra nordiska länderna hade ganska snabbt visat att barn av allt att

döma inte hade en starkt pådrivande roll för epidemin utan att de vuxna hade en betydligt större roll. Därtill var barnens egen risk för att få en allvarlig sjukdomsform ytterst liten, medan skolrestriktionerna och de konstant ökande karantänsbestämmelserna som social- och hälsovårdsministeriet insisterade på började påverka barns och ungas utveckling och mentala hälsa på ett allt allvarligare sätt. Beträffande de åtgärder som gällde barn var det också uppenbart att social- och hälsovårdsministeriets och den dåvarande familje- och omsorgsministerns linje skarpt skiljde sig från både THL:s och undervisningsministeriets (inklusive undervisningsministerns) bedömning av vad som var nödvändigt för barnens och hela befolkningens bästa.

Med jämna intervaller fördes hetsiga diskussioner om till exempel gränstrafik, restaurangernas öppettider och vad som var målet med vaccinationsprogrammet. Inte alltid var dessa diskussioner baserade utslutande på vetenskaplig evidens utan mera på vad som snarare kunde beskrivas som politisk balansgång. THL deltog inte i den senare typen av diskussioner, men i några fall tog institutet eget initiativ och gav sin egen syn på vissa frågor i officiella yttranden direkt till statsrådet utan att vänta på att bli tillfrågat. Ett exempel är när THL våren 2021 konstaterade att striktare restriktioner var nödvändiga för inkvarterings- och förplägnadsverksamhet för att bromsa den snabbt ökande smittspridningen. Finland hade av lagtekniska (och sannolikt också av arbetsmarknadspolitiska) skäl hamnat i en bisarr situation, där det verkade som om rätten för vuxna att besöka en restaurang var viktigare än exempelvis rätten för barn att gå i skola och delta i fritidsverksamhet.

Även om processerna i det statliga beslutsfattandet inte alltid var perfekta och det kanske hade varit önskvärt att uppgifterna hade fördelats jämnare inom statsrådet och ministerierna för att underlätta den stora arbetsbördan, kan man med blicken i bakspiegeln konstatera att systemet ändå fungerade relativt bra och att förmågan att fatta beslut upprätthölls även i svåra situationer. Därtill fungerade riksdagens kontrollfunktion och vissa förslag som i efterskott visade sig onödiga stoppades när de behandlades i riksdagsutskott.

Rum för förbättring finns dock utan vidare. Till exempel hörde delar av statsrådet kanske inte alltid i tillräcklig utsträckning infektionsspecialister, eller kanske rentav var selektiva

Tabell 1. Strategi för bekämpning av covid-19-pandemin.

<p>Strategiska mål för pandemibekämpningen i Finland</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att skydda befolkningens liv och grundläggande fri- och rättigheter (Finlands grundlag, 7och 22 §). • Kontrollåtgärder får störa normalt liv endast i den grad som är nödvändig och proportionerlig. • Indirekta skadeverkningar av kontrollåtgärder bör undvikas i så hög grad som möjligt, men samtidigt måste det beaktas att de inte går att förhindra helt och hållet. 			
<p>Strategins 4 faser</p>			
<p>1. Tidig strategi: Tillämpning av försiktighetsprincipen med tyngdpunkt på exceptionellt omfattande restriktioner för att radikalt minska befolkningens sociala kontakter och bryta smittkedjorna.</p>	<p>2. Temporär strategi innan vaccin blir tillgängligt: Satsning på att utvecklingen av effektiva och säkra vaccin ska lyckas. Dynamisk tillämpning av restriktioner utifrån epidemiologisk information. Målsättning att förebygga allvarliga sjukdomsformer och dödlighet i så hög grad som möjligt, men att samtidigt minimera störningar i normala samhällsfunktioner.</p>	<p>3. Temporär strategi medan vaccinationerna pågår: Så snabb vaccinering av befolkningen som möjligt med fokus på de mest utsatta riskgrupperna i vaccinationsordningen. Flexibelt upprätthållande av dynamiska restriktioner tills nödvändig vaccination för att förebygga allvarliga sjukdomsformer uppnåtts. Vaccinering är frivilligt.</p>	<p>4. Slutstrategi: En hög vaccinationstäckning ersätter restriktioner och kontrollåtgärder. När befolkningens skydd mot allvarliga sjukdomsformer ökar, kan alla restriktioner gradvis upphävas. Belastningen på hälso- och sjukvården följs upp aktivt och man förbereder sig inför nya epidemitoppar som i fortsättningen kan återkomma under vinterperioden. Beredskap för boostervaccinering upprätthålls, särskilt för riskgrupper. Lösningar för att förbättra hälso- och sjukvårdens resiliens inför framtida kriser utreds.</p>
<p>Mål: Att vinna mer tid tills förståelsen av hur framtidsscenarierna kan se ut blir bättre.</p>	<p>Mål: Att minimera pandemins inverkan på befolkningens hälsa tills ett effektivt vaccin kan utvecklas och produceras</p>	<p>Mål: När vaccinations-täckningen stiger ersätter skyddet så småningom behovet av breda restriktioner och kontrollåtgärder.</p>	<p>Mål: Att ta lärdom av erfarenheterna för att hitta nya och bättre sätt att klara av framtida pandemier.</p>
<p>Motivering: Det fanns mycket begränsad information om pandemins potentiella inverkan på befolkningens hälsa och det saknades scenarier om hur snabbt hälsovårdssystemet kan bli överbelastat.</p>	<p>Öppen fråga: Fanns det en alternativ plan om vaccinutvecklingen hade misslyckats eller tagit mycket längre tid?</p>		

gällande vilka av professionens representanter de ville ta emot råd från.

Det är uppenbart att exempelvis Delegationen för smittsamma sjukdomar, en expertgrupp utsedd av statsrådet, inte blev hörd i tillräcklig utsträckning under pandemin, trots att det till dess uppgifter bland annat hör att bistå social- och hälsovårdsministeriet med experthjälp för att bekämpa exceptionella nationella epidemier (7).

Regionalt beslutsfattande

Redan hösten 2020 inrättades regionala coronakoordinationsgrupper inom samkommunerna för sjukvårdsdistrikten och i landskapet Åland. Dessutom bildade huvudstadsregionen (Helsingfors, Esbo, Vanda och Grankulla) sin egen koordinationsgrupp där städernas chefsöverläkare, kommundirektörerna och Helsingfors borgmästare samt HNS, statens regionförvaltningsverk och THL var representerade.

Koordinationsgruppernas uppgift var att säkra en enhetlig lägesuppfattning och samordna de olika sektorernas arbete samt att kollektivt komma överens om vilka åtgärder eller restriktioner som behövde införas inom samkommunernas område. Varje koordinationsgrupp sammanträdde veckovis under den mest intensiva pandemiperioden och bestod av representanter för ledningen i kommunerna, sjukvårdsdistrikten, statens regionförvaltning samt THL. Ofta deltog också tjänstemannarepresentanter från social- och hälsovårdsministeriet och ibland också familje- och omsorgsministern. Därtill deltog varierande representanter för den privata sektorn, undervisnings- och kultursektorn och näringslivet. I vissa regioner var också gränsmyndigheterna representerade.

Institutet för hälsa och välfärd (THL)

THL:s roll i statens beslutsprocesser var mångfacetterad, men institutet hade ingen formell makt i processerna utan arbetade genom kunskapsstyrning i enlighet med sitt lagstadgade mandat. THL upprätthåller och utvecklar de infektionsepidemiologiska uppföljningssystem som dagligen producerar uppdaterad information och statistik om sjukdomar inklusive covid-19: antalet fall, morbiditet, belastning på hälso- och sjukvården och dödlighet. Vidare följer, analyserar och tolkar THL internationell forskning och

epidemiologi i ett globalt perspektiv och inom EU samt utför egen forskning. Under pandemin fick matematisk infektionsepidemiologisk modellering och scenarieutveckling en framträdande roll.

Scenarierna var inga prognoser, utan en räkna möjliga utfall av epidemin. De ingick gång på gång i det beslutsunderlag som statsrådet hade till sitt förfogande för beslut om hur strikta åtgärder som måste vidtas för att sjukvårdskapaciteten inte skulle överbelastas. Överbelastning var det som regeringen var mest rädd för, då det hade kunnat leda till att många människor skulle bli utan lagstadgad nödvändig och livsbevarande vård om systemet hade kollapsat. THL höll kontakt med sjukvårdsdistriktens och kommunernas smittskyddsansvariga genom veckovisa distansmöten, där de behandlade den aktuella situationen och diskuterade kommande åtgärder och rekommendationer. Därtill upprätthöll THL sin webbplats både för befolkningen och för hälso- och sjukvården med fortlöpande uppdaterad information om det epidemiologiska läget och åtgärdsrekommendationer (8).

I nära samarbete med statsrådets kansli utvecklades flera mediekampanjer riktade till befolkningen (t.ex. ”Jaksaa, jaksaa” och ”Fem trumfkort”). Tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet höll THL mellan maj 2020 och juni 2022 varje torsdag kl. 10 en mediebriefing och lägesuppdatering, som strömmades live på nätet. En detaljerad lägesrapport publicerades samma dag på THL:s webbplats. När coronavaccinen slutligen började distribueras till EU-medlemsländerna fick institutet nya uppgifter med distribution av vaccinen, vaccinationsrekommendationer och uppföljning av vaccineffekter.

THL deltog också med permanenta representanter i arbetet inom många andra sektorer, bland annat inom jord och skogsbruksministeriet, inrikesministeriet, kommunikationsministeriet, justitieministeriet, utrikesministeriet, försvarsministeriet, arbets- och näringsministeriet och undervisnings- och kulturministeriet.

Politik och pandemihantering

Det är klart att politiska bedömningar efter hand när pandemin drog ut på tiden fick en allt större roll i den styrning som ministerierna tillämpade under ledning av ministrarna.

Påtryckningar från olika håll av intresseorganisationer, bland annat i skolfrågan och

beträffande inkvarterings- och förplägnadsverksamheten, var ganska uppenbara och påverkade säkert till en viss del politikernas bedömningar och hållning i frågorna. Redan tidigt under pandemin startade en grupp individer Eroon koronasta -gruppen (ungefär ”bli av med coronan”), som starkt hävdade att målet med den finländska strategin bör vara att kväsa epidemin helt och hållet med alla medel så att viruset skulle försvinna för gott. Även om de flesta infektionsepidemiologiska experter insåg att detta inte är en realistisk syn på situationen, torde gruppen ha haft en viss effekt på åsikterna också bland åtminstone några av de centrala politikerna inom statsrådet.

I början av pandemin var det klokt och på många sätt berättigat att åtgärder vidtogs utifrån försiktighetsprincipen, men så här i efterskott kan man kanske ifrågasätta det faktum att denna linje delvis fortsatte veckorna kring årsskiftet 2021–2022. Vid den tidpunkten hade i praktiken alla haft möjlighet att ta vaccin, vilket dramatiskt minskade risken för allvarligt insjuknande och död. Det blev uppenbart att förutsättningarna för fortsatta restriktioner inte längre existerade, när man visste att vaccinering ger ett mycket gott skydd mot allvarliga sjukdomsformer och det likaså stod klart att det inte var möjligt att helt hindra smittspridning. De sista restriktionerna hävdes slutligen i mars 2022.

Det är trots allt inte speciellt förvånande att politiska dimensioner så småningom kröp

in i hanteringen av pandemiåtgärderna. Med tanke på alla de effekter pandemin hade för samhället och befolkningen och hur länge den akuta fasen varade vore det kanske tvärtom förvånande om så inte skulle ha skett. Det uttalade målet med pandemihanteringen var explicit att sköta samhällets och befolkningens angelägenheter på bästa möjliga sätt – och det är väl just det som politik handlar om.

Mika Salminen
mika.salminen@thl.fi

Inga bindningar.

Referenser

1. WHO:s webbplats EIS (Event Information Site) – endast tillgänglig för officiellt utnämnda nationella representanter. Allmän information tillgänglig på https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_2.
2. WHO. Severe Acute Respiratory Syndrome – (SARS).2003. https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1.
3. Helsingin Sanomat 7.4.2003 <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000004132280.html>.
4. Lag om smittsamma sjukdomar 21.12.2016/1227. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2016/20161227#L2>
5. Statsrådets principbeslut 6.5.2020 om en plan för en hybridstrategi för hantering av coronakrisen. https://valtioneuvosto.fi/-/10616/valtioneuvoston-periaatepaatos-suunnitelma-koronakriisin-hallinnan-hybridistrategiaksi?languageId=sv_SE.
6. Finlands grundlag 11.6.1999/731. 7 och 22 §. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990731>.
7. Delegationen för smittsamma sjukdomar. <https://stm.fi/sv/projekt?tunnus=STM052:00/2020>.
8. THL:s coronainformation. <https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/aktuellt/aktuellt-om-coronaviruset-covid-19>.

Summary

Decision-making of the state during the COVID-19 pandemic: How were the guidelines drawn up?

During the COVID-19 pandemic, decision-making functioned in principle in the same way as under normal conditions via the municipal autonomy, but the state governance was stronger than normal and was based on the application of existing laws and new law preparation, financing decisions, the government's principle decisions and governance via the state offices. The entire national cabinet took an active role and dealt with the pandemic in over 60 negotiation meetings over a 2-year period. Several new temporary preparation and coordination bodies were established, such as the national corona coordination group under the Prime Minister's Office, regional coordination groups within the joint municipalities' health care districts, the province of Åland and the capital region, and several expert groups under the Ministry of Social Affairs and Health. The Institute for Health and Welfare (THL) reorganized its Department for Health Security in such a way that over half of its staff and a significant part of the staff of other departments for almost 2.5 years only worked on issues related to the corona pandemic. Four relatively clear stages in the pandemic management can be clearly discerned in retrospect in the strategy chosen to be followed in Finland: 1. Early strategy: Apply the precautionary principle to gain time, with emphasis on exceptionally broad restrictive measures to radically reduce the social contacts of the population and thus break the chains of infection. 2. Temporary strategy: betting on the success of vaccine development and dynamic application of restrictions and infection control measures. 3. Temporary strategy: of necessary restrictions and infection control measures during the prolonged vaccination of the entire population. 4. Final strategy: vaccine coverage replaced restrictions as a control measure.