

Så har Sveriges coronastrategi framstått under åtta månader

EN UTVÄRDERING RIMLIG FÖRST OM NÅGOT ELLER NÅGRA ÅR, DÅ STRATEGIN DELVIS HAFT SOM SYFTE ATT VARA HÅLLBAR ÖVER TID

Sveriges covid-19-strategi har varit omdiskuterad. Under våren hade landet förhållandevis hög incidens (nyinsjuknande) och höga dödstal jämfört med andra länder. Fram till den 1 september hade 0,8 procent av befolkningen testat positivt för viruset och 0,06 procent dött efter positivt covid-19-test [1]. Överdödligheten under våren beräknades till 11 procent men har sedan följts av en underdödlighet, och med hänsyn till befolkningens storlek dog inte fler personer i Sverige per miljon invånare januari-juni 2020 än under samma period 2015 [1].

Hård kritik har riktats mot Sveriges hantering av covid-19-pandemin från utlandet, men också från experter inom landet. I en artikel i tidskriften *Acta Paediatrica* [1] försöker jag redogöra för den svenska strategin, med fokus på vad som gjorts, när det gjorts och vem som gjort vad, men värderar inte vad som gjorts. Eftersom strategin delvis haft som syfte att vara hållbar över tid torde det vara rimligt att utvärdera den först om något eller några år, eftersom ett lands strategi inte bara påverkar antalet covid-19-fall och covid-19-dödsfall, utan även övrig hälsa och landets ekonomi (med ytterligare följder för folkhälsan).

Man bör ha ett par viktiga faktorer i åtanke när man bedömer Sveriges covid-19-



Jonas F Ludvigsson, professor, barnläkare, Örebro universitetssjukhus; institutionen för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska institutet, Stockholm
 ● jonasludvigsson@yahoo.com

strategi. Exempelvis fanns initialt stora regionala skillnader i insjuknande och sjukvårdsbelastning. Storstockholm innefattar ca 22 procent av Sveriges befolkning och drabbades hårt, medan till exempel Skåne, där man också tillämpade den svenska strategin, haft betydligt mindre covid-19 och i perioder under våren haft färre insjuknade per invånare i covid-19 än närliggande Köpenhamn, som

tillämpat en tuffare strategi. Vissa jurister menar också att det svenska politiska systemet inte heller tillåter den starka styrningen vi sett i andra länder. Befolkningens stora förtroende för svenska myndigheter har också gjort att man i hög utsträckning fokuserat på rekommendationer snarare än tvingande lagar och böter, som regel med god effekt under våren 2020 när pandemin var som värst.

I mitten av januari gjorde Folkhälsomyndigheten bedömningen att risken för att covid-19 skulle få spridning i Sverige var låg. Det första fallet av covid-19 i Sverige registrerades den 31 januari. Ungefär samtidigt publicerade *Lancet* en modell för virusets förmodade spridning [2]. Modellen hamnade sannolikt fel eftersom författarna pekade ut Bangkok, Hongkong, Seoul, Singapore och Tokyo samt flera thailändska orter som platser för framtida (större) utbrott. Dessutom menade man att covid-19 redan spritt sig till alla större kinesiska städer och att spridning över stora delar av Kina inte skulle gå att förhindra. I stället vet vi att smittan, även om den också tog sig till Sydkorea, snarare spred sig till länder som Italien och Iran på ett tidigt stadium. Samtidigt som tusentals sportlovsfirare for till Alperna fick Sverige sitt andra kända covid-19-fall (26 februari). Socialstyrelsen gick då upp i beredskapsläge och gjorde bedömningen att Sverige hade brist på skyddsutrustning, vilket ledde till ett uppdrag att skaffa fram sådan utrustning och distribuera den. Den 3 mars bedömde Folkhälsomyndigheten att risk för importsmitta var stor men att

risken för generell smittspridning i Sverige nu var måttlig.

Fokus i Sveriges strategi i början och mitten av mars handlade framför allt om att minska smittspridning, definiera riskgrupper och att ställa om sjukvården. Rekommendationerna kom slag i slag och uppdaterades i stort sett dagligen [1].

Viktiga delar av den svenska strategin har handlat om att informera allmänheten och att förklara myndigheternas åtgärder och rekommendationer. Tidigt i pandemin var utlandsfödda överrepresenterade bland de svårt sjuka i covid-19. Här fanns ett stort behov av information på olika språk, som det tog tid att tillgodose.

Den 14 mars fick Sverige sitt första kända dödsfall av covid-19. Vid den här tidpunkten hade antalet insjuknade ökat rejält, men brist på testutrustning gjorde det svårt att få en överblick över hur många människor som var sjuka. Insjuknandekurvan åtföljdes av en senare topp av IVA-vård och död, med cirka en månads fördröjning.

Begränsad tillgång på testutrustning ledde till att man i den tidiga fasen av pandemin prioriterade patienter med svår sjukdom och sjukvårdspersonal för testning. Den 3 maj beordrade regeringen att 100 000 covid-19-test skulle genomföras per vecka, men vården mäktade vid det tillfället bara med att genomföra ungefär en tredjedel av dessa test.

Det tog lång tid innan vården nådde regeringens testningsmål. Utöver brist på testutrustning bidrog troligen också en bristande logistik och oklar ansvarsfördelning mellan aktörer (vem ska ha ansvar för att testa människor med minimala symptom?) till att Sverige inte nådde upp till det anmodade antalet test. I mitten av juni infördes självtestning i delar av Sverige.

Medan svenska gymnasier och universitet införde distansutbildning har grundskolorna hållits öppna. Detta har rönt stor uppmärksamhet. Mycket talar för att risken för barn att bli svårt sjuka är låg [3], och sett till antalet barn i Sverige är förekomsten av så kallad hyperinflammation,

HUVUDBUDSKAP

- Sveriges initiala covid-19-strategi har syftat till att begränsa men inte helt stoppa covid-19, att skydda äldre och riskgrupper, att undvika en kollaps av vården och att hålla grundskolor öppna, men avstå från en total nedstängning av samhället.
- Trots en nationell strategi har landet uppvisat stora regionala skillnader i covid-19-förekomst.
- En förutsättning för Sveriges strategi har sannolikt varit allmänhetens höga förtroende för myndigheterna.



Foto: Mostphotos

Bilder från Sverige under covid-19-pandemin.

multiinflammatoriskt syndrom [4], relativt begränsad. Om 10 procent av Sveriges barnbefolkning drabbats av covid-19 (varav mycket få erhållit någon diagnos) så skulle det innebära att risken för hyperinflammation bland svenska barn med covid-19 är ca 1 per 4 000 (räknat på den totala barnbefolkningen motsvarar det ca 1 per 40 000 barn). Hittills har mellan 50 och 100 barn med hyperinflammation rapporterats i Sverige, vilket motsvarar 2 barn vid en medelstor barnklinik i landet. Det är å ena sidan allvarligt, samtidigt som mitt personliga intryck är att det inte är mer än antalet svårt sjuka barn vi ser under en genomsnittlig influensa-/RS-virussäsong. Fram till september månad hade inget barn i Sverige dött av hyperinflammation. Det kan jämföras med att ca 30 barn dör i den svenska trafiken varje år.

Antalet större utbrott på svenska skolor verkar ha varit litet, och min egen bedömning är att barn inte i nämnvärd utsträckning bidrar till dödstalen i samhället [5]. På den punkten skiljer sig troligen covid-19 från andra infektionssjukdomar, såsom influensa, där barn verkar spela en viktig roll för smittspridningen.

Sverige har valt en annan väg än andra länder. WHO rekommenderar munskydd när man är ute och handlar eller är nära människor. Folkhälsomyndigheten har hittills inte rekommenderat munskydd utanför vården, men utreder frågan. Den metaanalys som WHO hänvisat till för att motivera munskyddsanvändning har också fått kritik för att den inte innehåller några randomiserade studier och sällan studerat effekten av munskydd vid covid-19 och utanför sjukvården, men också för att det finns tecken till att studier

som visat på effekt av munskydd haft lättare att publiceras än studier som inte visar på någon effekt av munskydd.

Kommentar

Tonläget i debatten kring Sveriges val har tidvis varit mycket högt, och skälen till Sveriges strategi har varierat från »total

»Tonläget i debatten kring Sveriges val har tidvis varit mycket högt ...«

inkompetens hos alla inblandade« till resonemang kring grundlagens utformning och maktindelning mellan stat, regioner och kommuner. Andra menar att strategin var en anpassning efter de förutsättningar landet hade och därmed den bästa möjliga. Det kan inte uteslutas att Folkhälsomyndighetens breda uppdrag, att inte bara se till infektionssjukdomar (som är fallet i en del andra länder) utan till befolkningens sammanvägda hälsa, har spelat roll för utformningen av Sveriges strategi.

Landet hade ett stort antal dödsoffer i covid-19, framför allt under våren 2020. Huruvida den svenska strategin lett till en begynnande flockimmunitet i delar av landet är ett alltför stort ämne för att kunna diskuteras i denna artikel.

Den 7 maj föreslog regeringen inrättan-

det av en coronakommission, och en sådan tillsattes den 1 juli. Denna ska lämna sin första rapport senare under 2020. Coronakommissionen står på flera ben, där hälsa är ett. Inom hälsoområdet skulle jag tro att kommissionen kommer att diskutera ansvarsfördelning mellan stat, regioner och kommuner, inklusive vilka beslut som bör fattas på central respektive regional nivå. Sverige var delvis illa förberett för en större pandemi, med mycket begränsad tillgång på skyddsutrustning. Inför framtiden finns också ett behov av att förbättra samordningen mellan den traditionella vården och äldreården samt hemtjänsten/äldreboenden.

Det är också sannolikt att kommissionen kommer att diskutera hur socioekonomiskt ojämnt covid-19 drabbade det svenska samhället. Andra frågor som bör ställas är vilken roll vi vill att våra expertmyndigheter ska spela i framtida kriser och vem som ska ha insyn i myndigheternas beslut.

Till sist är det värt att påminna om en av de senaste katastrofkommissionerna i Sverige, som tillsattes 2005 efter tsunamikatastrofen. Svenska Wikipedia [citerat 14 okt 2020] sammanfattar kommissionens bedömning med orden: »Regeringskansliet saknade en organisation för att hantera allvarliga kriser. Kommissionen ansåg även att utvecklingen präglades av att det saknades jour- och ledningsorganisation på chefsnivå, samt att Regeringskansliet och dess departement sent insåg omfattningen av katastrofen, inte samlade relevant information och hade svårt att samordna åtgärder.«

Jag hoppas att vi bär med oss de orden när vi utformar framtidens pandemiberedskap. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:20188*

REFERENSER

- Ludvigsson JF. The first eight months of Sweden's COVID-19 strategy and the key actions and actors that were involved. *Acta Paediatr.* Epub 21 sep 2020. doi: 10.1111/apa.15582.
- Wu JF, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet.* 2020;395(10225):689-97.
- Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr.* 2020;109(6):1088-95.
- Whittaker E, Bamford A, Kenny J, et al; PIMS-TS Study Group and EUCLIDS and PERFORM Consortia. Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2. *JAMA.* 2020;324(3):259-69.
- Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic – a systematic review. *Acta Paediatr.* 2020;109(8):1525-30.