



Covid-19 pandemins första två år på Åland

**EPIDEMIOLOGISK UTVECKLING OCH
UTVÄRDERING AV SMITTSKYDDSAÅTGÄRDER**

Covid-19 pandemins första två år på Åland - epidemiologisk utveckling och utvärdering av smittskyddsåtgärder. Mariehamn: Ålands landskapsregering, 2022.

Dnr: ÅLR 2022/3080

Datum: 16.6.2022

Ålands landskapsregering
PB 1060, AX-22111 Mariehamn

registrator@regeringen.ax

+358 18 25000

www.regeringen.ax

ISBN: 978-952-5614-79-4.

Fotografi på omslaget: "Taggar och töcken", Åland 2021. Fotograf: Leila Cromwell-Morgan

"Det fanns inte längre några individuella öden, endast ett kollektivt, präglat av gemensamma känslor som pesten hade framkallat. Starkast av dessa känslor var isolering och försakelse, med alla dess underströmmar av rädsla och uppror."

Albert Camus, *Pesten*, 1947.

Förord

Vi är på väg ut ur vad som varit en av Ålands största samhällskriser. Efter två dramatiska pandemiår är vi nästan tillbaka till den normalsituation vi kände till innan pandemin drabbade världen. I mars 2022 avvecklades alla pandemirelaterade bestämmelser och rekommendationer som Ålands landskapsregering kunde fatta beslut om. Vägen dit var lång och smärtsam. Det ständigt närvarande hälsohotet som covid-19 innebar tvingade det åländska samhället att ställa om för att hantera pandemin och vara i ständig beredskap. Även under de långa perioder som den lokala smittsituationen var mycket stillsam fanns det en hotbild färgad av den omfattande sjuklighet och dödlighet som viruset orsakade i Ålands närområden och på många andra håll i världen.

Pandemin är inte över, men den har en annan prägel än tidigare. Vi har insett att vi kommer behöva leva med covid-19 och att vi måste acceptera att viruset kommer fortsätta cirkulera och vidareutvecklas till nya varianter med skiftande karaktär. Vi kommer säkert behöva uppdatera vaccinationsprogrammet för att minimera sjukligheten och dödligheten. Vi hoppas att nya och bättre medicinska behandlingar ska utvecklas för dem som ändå blir sjuka. Förhoppningsvis kan viruset i framtiden hanteras med vaccinationer och medicinsk behandling, som en del av hälso- och sjukvårdens sedvanliga uppdrag. Vi vill om möjligt undvika att igen hamna i en situation där exceptionella åtgärder på samhällsnivå tas i kraft för att försöka stävja smittspridningen. Men, tyvärr finns det inga garantier för att covid-19 inte igen blir ett stort hälsohot. Vi behöver också räkna med att drabbas av nya pandemier. Det är därför viktigt att dra lärdomar av hur covid-19 pandemin hittills drabbat Åland och hur Åland har hanterat pandemin. Som framgår av denna rapport har Åland lyckats bra med att begränsa virusets direkta skadeverkningar. Samtidigt har smittskyddsåtgärderna orsakat skada för samhället. Balansgången mellan optimalt smittskydd och ett öppet samhälle har varit mycket utmanande. Landskapsregeringen har många gånger under pandemin behövt fatta svåra beslut där möjlig nytta vägts mot möjlig skadeverkan.

För att bättre förbereda oss för framtiden gav landskapsregeringen i uppdrag till Hälso- och sjukvårdsbyrån att tillsammans med Ålands hälso- och sjukvård och Samarbetsgruppen för hantering av covid-19 pandemin på Åland att genomföra en utvärdering av den epidemiologiska utvecklingen och de smittskyddsåtgärder som vidtagits på Åland under pandemins två första år. Ålands pandemibekämpning har inte skett i isolering. Den har varit kopplad till Finlands nationella strategi och influerats av internationella expertorgans bedömningar och rekommendationer. I utvärderingsuppdraget ingick därför att även i stora drag analysera utvecklingen och åtgärder på Åland i relation till Finlands nationella strategi och den epidemiologiska utvecklingen i Finland och världen. I relevanta delar skulle utvärderingen också värdera de temporära ändringar i smittskyddslagen som Finlands riksdag beslutat om, samt sammanfatta behörighetsfördelningen gällande smittskyddsåtgärder under pandemin. Denna utvärdering fokuserar inte på pandemins sociala och ekonomiska samhällskonsekvenser, men beskriver där det är relevant hur avvägningar mellan förväntade positiva smittskyddseffekter och negativa samhällskonsekvenser har påverkat val av pandemibekämpningsåtgärder i olika skeden av pandemin. Den föreliggande utvärderingsrapporten kan tjäna som ett av flera underlag till en planerad bredare utvärdering av pandemins samhällskonsekvenser och de åtgärder som vidtagits för att försöka minimera dessa.

Innehållsförteckning

	Sida
Arbetsgrupp för utvärderingsrapporten	i
Förkortningar	ii
Definitioner	iii
Sammanfattning	iv
Summary in English	viii
1. Bakgrund	1
1.1. Pandemins utveckling i världen och Finland	1
1.2. Finlands covid-19 strategi från ett åländskt perspektiv	8
1.2.1. Undantagsförhållande	8
1.2.2. Mot en mjukare linje	9
1.2.3. Återgång till riskminimering	11
1.3. Behörighet gällande smittskydd på Åland	12
1.4. Organisation av pandemibekämpningen på Ålands	15
1.5. Målsättning och vägledande principer i Ålands handlingsplan	18
2. Metod	20
2.1. Syfte	20
2.2. Tidsramar	20
2.3. Avgränsningar	20
2.4. Egenutvärdering	22
2.5. Datakällor	22
2.6. Analys	23
2.7. Etikprovning	23
3. Sammanfattning av pandemibekämpningsåtgärderna på Åland	24
3.1. Organisation av medicinska åtgärder, smittspårning och vaccinationer	24
3.1.1. ÅHS ledningsstruktur och beredskapsplanering	24
3.1.2. Provtagning och analys	25
3.1.3. Medicinsk handläggning vid hälsocentralen och på sjukhuset	26
3.1.4. Isolering, smittspårning och karantän	27
3.1.5. Smittskyddsåtgärder inom vård och omsorg	28
3.1.6. Vaccinationer	29
3.2. Åtgärder på samhällsnivå	30
4. Pandemins utveckling på Åland	32
4.1. Antal fall och antal testade	32
4.1.1. Fallens köns- och åldersfördelning	35
4.1.2. Fallens vaccinationsstatus	37
4.2. Sjuklighet och dödlighet	40
4.2.1. Sjukhusvårdades köns- och åldersfördelning	41
4.2.2. Sjukhusvårdades vaccinationsstatus	42
4.3. Smittspårning och kartläggning av smittvägar	45
4.3.1. Geografiskt ursprung	45
4.3.2. Plats för smitta på Åland och resultat av smittspårning	46

4.4. Specifika studier och analyser	48
4.4.1. Ålands covid-19 populationskohort	48
4.4.2. Resultat av obligatorisk covid-19 screening vid resor till och från utlandet	64
5. Epidemiologisk utveckling och åtgärder under fyra epidemiperioder	67
5.1. År 2020: Ursprungsvarianten av viruset	67
5.2. Januari-juni 2021: Alphavarianten	71
5.3. Juli-december 2021: Deltavarianten	72
5.4. Sammanfattning bedömning av år 2021	74
5.5. År 2022: Omikronvarianten	77
6. Slutsatser och rekommendationer	81
6.1. Framgångsfaktorer	82
6.1.1. Medicinska åtgärder och vårdens smittskyddsåtgärder	82
6.1.2. God följsamhet till rekommendationer och åtgärder på samhällsnivå	83
6.1.3. Samordning, dialog och information	84
6.2. Förbättringspotential	85
6.2.1. Lagändringar	85
6.2.2. Överdrivet fokus på flockimmunitet	86
6.2.3. För lite fokus på utsatta grupper	87
6.2.4. Samordning och kommunikation på Åland	87
6.2.5. Kommunikation och ansvarsfördelning mellan Åland, riket och Norden	87
6.2.6. Rekommendationer	88
Källförteckning	89
Bilaga 1. Landskapsregeringens beslut, utlåtanden och skrivelser	92

Arbetsgrupp för utvärderingsrapporten

Denna rapport sammanställdes av landskapsregeringens hälso- och sjukvårdsbyrå tillsammans med Ålands hälso- och sjukvård och Samarbetsgruppen för hantering av covid-19 pandemin på Åland. En arbetsgrupp skapades där även representanter för Högskolan på Åland och Medimar Scandinavia AB var representerade.

Rapporten författades av:

Erika Boman, överlärare, Högskolan på Åland.

Mathias Grunér, verkställande direktör, Medimar Scandinavia AB.

Gunilla Häggblom, hygienskötare, Ålands hälso- och sjukvård.

Christian Jansson, laboratoriechef, Ålands hälso- och sjukvård.

Ylva Lindström, byråchef, hälso- och sjukvårdsbyrån, landskapsregeringen.

Knut Lönnroth, landskapsläkare, hälso- och sjukvårdsbyrån, landskapsregeringen, samt professor i socialmedicin, Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet.

Jun Nagamori, chefläkare, Ålands hälso- och sjukvård.

Marika Nordberg, smittskyddsansvarig läkare för slutenvården, infektionsspecialist, Ålands hälso- och sjukvård.

Marcus Söderholm, jurist, hälso- och sjukvårdsbyrån, landskapsregeringen.

Tora Woivalin, smittskyddsansvarig läkare för öppenvården, klinikchef för primärvården, Ålands hälso- och sjukvård.

Knut Lönnroth koordinerade gruppens arbete och skrev det första rapportutkastet.

Statistiska analyser till rapporten gjordes av Erika Boman, Christian Jansson, Knut Lönnroth, Marika Nordberg och Tora Woivalin, assisterade av Orzala Pazhman, läkare vid Ålands hälso- och sjukvård.

Granskningar av rapportutkast gjordes av:

Dinah Arifulla, magister i hälsovetenskap, Institutet för hälsa och välfärd (THL), THL representant i Samarbetsgruppen för hantering av covid-19 på Åland.

Ida-Mari Elfving-Gustafsson, specialsakkunnig, hälso- och sjukvårdsbyrån, landskapsregeringen.

John Eriksson, förvaltningschef, landskapsregeringen.

Ulla-Liisa Latvala, specialsakkunnig, hälso- och sjukvårdsbyrån, landskapsregeringen.

Bengt Michelsson, avdelningschef, social- och miljöavdelningen, landskapsregeringen.

Elisabeth Storfors, byråchef, utbildnings- och kulturavdelningen, landskapsregeringen.

Maj-Len Österlund, byråchef, socialvårdsbyrån, landskapsregeringen.

Förkortningar

Covid-19: Coronavirus disease 2019

ECDC: European center for disease prevention and control (EUs hälsomyndighet).

EPIET: European Programme for Intervention Epidemiology Training

EU: Europeiska Unionen

HC: Hälsocentralen (vid ÅHS)

HIS: Hygien, Infektion- och smittskyddsverksamheten.

HUS: Helsingfors Universitetssjukhus

IVA: Intensivvårdsavdelning

JO: Justitieombudsmannen

KST: Kommunernas socialtjänst

Landskapsregeringen: Ålands landskapsregering

PCR: Polymerase chain reaction (en molekylärbiologisk och biokemisk metod som används för att amplifiera ett exemplar eller ett fåtal kopior av specifika och unika sekvenser av till exempel ett virus arvs massa till ett stort antal exemplar som gör det möjligt att identifiera förekomsten av viruset).

SARS-CoV-2: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. Det virus som orsakar sjukdomen covid-19

SHM: Social- och hälsovårdsministeriet

Självstyrelselagen: Självstyrelselag (1991:71) för Åland

Smittskyddslagen: Lag om smittsamma sjukdomar (FFS 1227/2016)

THL: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Institutet för hälsa och välfärd.

ÅHS: Ålands hälso- och sjukvård

ÅUCS (TYKS): Åbo universitets centralsjukhus

WHO: World Health Organization (Världshälsoorganisationen)

Definitioner

- **Incidens:** antalet fall av en sjukdom i en viss population per tidsenhet. På Åland, i Finland, och många andra länder har incidensen av covid-19 vanligtvis rapporterats som antal fall per capita under 14 dagar, eftersom den epidemiologiska övervakningen kom att fokusera på utveckling över tvåveckorsperioder. Det är betydligt vanligare att incidens av en viss sjukdom rapporteras som antal fall per capita och år.
- **Kumulativ incidens:** Andelen (i procent) av en viss population som insjuknar i en viss sjukdom under en specifik tidsperiod. I denna rapport rapporteras till exempel andelen av Ålands befolkning som insjuknat i bekräftad covid-19 från pandemins början till 21.3.2022, då detta motsvarar den utvärderingsperiod som rapporten fokuserar på.
- **Inkubationstid:** tid från exponering av till exempel ett virus till att symtom uppträder. Inkubationstid kan även räknas från exponering till att virus kan identifieras hos en symtomfri person.
- **”Testa-isolera-spåra-karantän”:** Strategi för att tidigt identifiera smittsamma personer, ringa in och kontrollera smittkedjor. Smittskyddslagen ger möjlighet att med tvång genomföra detta för allmänfarliga sjukdomar.
 - **Isolering enligt smittskyddslagen:** Person med bekräftad smitta isoleras enligt lag och får då inte träffa andra människor (undantag kan göras för personer i samma hushåll). Isoleringsbeslut fattas av smittskyddsansvarig läkare som också bestämmer isoleringens längd.
 - **Indexfall:** den person som först upptäcks i en smittkedja. Vanligtvis har denna person inte någon känd exponering, men om en känd exponering funnits t.ex. i utlandet kan personen ändå räknas som indexfall i det område där hen diagnostiserats.
 - **Smittspårning:** Identifiering av personer som har varit tillräckligt nära en person med bekräftad smitta en tillräckligt lång tid för att ha hög risk att ha smittats. Dessa personer kan sättas i karantän enligt smittskyddslagen
 - **Karantän enligt smittskyddslagen:** Karantän innebär att en frisk (symtomfri) person som kan ha smittats inte får träffa andra under en tidsperiod som bestäms av smittskyddsansvarig läkare.
- **Frivillig karantän** efter till exempel resa i riskområde: Rekommenderad (ej tvingade enligt lag) karantän under viss tid som bör motsvara inkubationstiden.
- **Screening:** test eller undersökning av till synes friska personer för att identifiera tecken på en specifik sjukdom (som ofta sedan behöver bekräftas med kompletterande diagnosmetoder). Syftet är vanligtvis att tidigt upptäcka en sjukdom i särskilda riskgrupper för att förbättra möjligheten till ett gynnsamt behandlingsresultat, t.ex. vid cancerscreening. Screening för infektionssjukdomar kan göras dels för att kunna inleda behandling så tidigt som möjligt (även innan symtom), dels för att kunna isolera personer som är bärare av en smittsam sjukdom. Screening kan även göras för riskfaktorer för sjukdom. I denna rapport avses med screening covid-19 testning av symtomfria personer där syftet är att identifiera symtomfria bärare av viruset som behöver isoleras (och därmed bland annat hindras resa) och genomgå smittspårning för att identifiera eventuella nära kontakter som behöver sättas i karantän. Identifiering av symtomfri covid-19 leder inte till någon behandling, men kan kombineras med medicinsk uppföljning för eventuell symptomatisk behandling om symtom senare tillstöter. Testning av symtomfria kontakter som sätts i karantän är ett specialfall av screening.
- **Genombrottsinfektion:** Infektion trots vaccinering.
- **Samhällsmitta:** Ingen känd kontakt med smittad person och ingen resehistorik.

Sammanfattning

Epidemiologisk utveckling och direkta hälsokonsekvenser av covid-19 på Åland

De direkta hälsokonsekvenserna av Covid-19 blev relativt lindriga under pandemins första två år på Åland, 21.3.2020-20.3.2022. Under hela utvärderingsperioden bekräftades 8 024 covid-19 fall (26,6% av Ålands befolkning), varav 67 (0,83% av fallen) vårdades på sjukhus, 11 (0,14% av fallen) på intensivvårdsavdelning (IVA) och 13 (0,16% av fallen) dog. Under år 2020 och större delen av år 2021 var smittspridningen mycket begränsad. I slutet av 2021 drabbades Åland av mycket omfattande smittspridning med omikronvarianten av SARS-CoV-2 viruset som orsakar covid-19, men hälsokonsekvenserna blev även då begränsade på grund av att denna virusvariant orsakade betydligt lindrigare sjukdom än tidigare varianter, samt på grund av att vaccinationstäckningen i detta skede var mycket hög.

Fram till slutet av år 2021 hade Åland endast begränsade utbrott som snabbt kontrollerades. Däremellan var det långa perioder utan identifierad smittspridning. Den kumulativa covid-19 incidensen var fram till slutet av 2021 låg jämfört med de flesta andra regioner i Norden och Europa, men ungefär samma som i andra finländska regioner utanför storstadsområdena. Under denna period bekräftades totalt 880 covid-19 fall på Åland, vilket motsvarar 2,9% av Ålands befolkning. Av dessa vårdades 4,9% på sjukhus och 1,0% på IVA. Inget dödsfall kopplat till covid-19 inträffade under denna period. En förklaring till att få personer behövde sjukhusvård och ingen dog på grund av covid-19 var att endast 0,56% av ålänningar över 70 år insjuknade fram till slutet av 2021, varav de flesta redan hade vaccinerats när de smittades. Ingen över 80 år bekräftades smittad innan vaccinationerna inleddes i början av januari 2021. Smittspridning var mer omfattande år 2021 än år 2020. Under det första halvåret 2021 dominerade den mer smittsamma alphavarianten. Under andra halvåret 2021 tog den än mer smittsamma deltavarianten över. Hemvändande ålänningar bedöms ha bidragit mest till upprepade återinförel av viruset, inklusive av nya virusvarianter. De utbrott som uppstod som en konsekvens av att virus återinfördes till Åland kontrollerades emellertid, fram till slutet av 2021.

Den sista veckan år 2021 drabbades Åland, liksom samtliga närområden och resten av världen, av mycket omfattande spridning av omikronvarianten. I detta skede hade nästan 90% av den vuxna befolkningen vaccinerats två gånger, och över 80% av personer över 70 år hade vaccinerats tre gånger. Den höga vaccinationstäckningen i kombination med att omikronvarianten lindrigare karaktär bidrog till att de direkta hälsokonsekvenserna av covid-19 blev måttliga även under denna period. Trots att cirka en fjärdedel av Ålands befolkning (7 426 personer) diagnostiserades med covid-19 under omikronvågens första tre månaderna behövde relativt få personer sjukhusvård. Endast 0,55% av de som insjuknade under omikronvågen behövde vårdas på sjukhus och endast 0,07% vårdades på IVA. Således var risken att drabbas av allvarlig covid-19 under omikronvågen ungefär en tiondel av risken tidigare under pandemin. Under omikronperioden dog 13 personer på Åland med eller på grund av covid-19 (inom 30 dagar från covid-19 diagnos). Samtliga var över 80 år, eller hade gruntsjukdom som kraftigt ökar risken för allvarlig covid-19, eller var ovaccinerade.

Långvariga hälsokonsekvenser för personer som insjuknat i covid-19 på Åland är ännu svårbedömda. Bland personer som insjuknade fram till slutet av 2021 behövde 3,7% förlängd sjukskrivning längre än 6 veckor och 1,2% längre än 3 månader. Bland det stora antalet som insjuknade år 2022 har ingen detaljerad uppföljning gjorts. Ett tjugotal personer har följts upp via post-covid teamet, men det kan finnas ett stort mörkertal för personer med långvariga besvär.

Smittskyddsåtgärder på Åland och dess effekter

Den snabbt ökande vaccinationstäckningen från och med att vacciner blev tillgängliga i början av år 2021 hade en avgörande betydelse för att minimera de direkta hälsokonsekvenserna av covid-19 på Åland, genom att minska risken för allvarlig sjukdom och död för de vaccinerade individerna. Även snabbt uppdaterad kliniska riktlinjer för behandling av personer som insjuknade bidrog till att minimera sjukligheten och dödligheten. Vaccineringsstäckningen hade möjligen viss betydelse även för att minska smittspridningen under år 2021, men bedöms ha haft marginell betydelse för att minska smittspridningen under omikronvågen då lindriga genombrottsinfektioner var mycket vanliga.

Innan vaccin blev tillgängliga bedöms rigorös smittspårning ha varit den mest centrala framgångsfaktorn. Mycket god tillgång till test, tidig diagnos och rigorös smittspårning enligt testa-isolera-spåra-karantän principen bedöms ha hållit smittspridningen på låga nivåer fram till slutet av 2021. Rekommendationen till allmänheten att stanna hemma även vid lindriga symtom och snabbt låta sig testas bedöms ha varit central för att åstadkomma detta. Smittspridningens omfattning och smittkedjornas karaktär möjliggjorde under denna period för smittspårningsteamet att snabbt och effektivt ringa in och bryta smittkedjorna. Under omikronvågen var smittspridningen så omfattande och inkubationstiden så kort att de smittspårningsprinciper som tidigare varit framgångsrika inte längre var effektiva, varför systematisk testning av personer med symtom och smittspårning avbröts i januari 2022 (med undantag för smittspårning inom sjukvård och äldreomsorg).

Omfattande åtgärder vidtogs för att hindra smittspridning till och inom sjukvården och äldreomsorgen. Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS) tog tidigt fram en beredskapsplan och åtgärdspaket för sjukvården under olika epidemifaser och omorganiserade vården både för att säkerställa kapacitet för att vårda covid-19 patienter och för att minimera smittspridning inom vården. Ett stort arbete lades ner på att ställa om vården och löpande anpassa den till gällande beredskapsnivå. Personal utbildades i användning av skyddsutrustning och allmänna hygienåtgärder. Periodvis screenades alla patienter som lades in på sjukhus, oberoende av diagnos. Även sjukvårdspersonal som rest till Åland från riskområden screenades för covid-19. ÅHS och landskapsregeringen samarbetade från början av pandemin med samtliga kommuner på Åland kring anvisningar och utbildningsinsatser gällande användning av personlig skyddsutrustning inom dygnetruntoenden, periodvis covid-19 screening av nyinflyttade klienter, säkra besök, samt principer för smittspårning, isolering och karantän. ÅHS distribuerade skyddsutrustning till berörda enheter och erbjöd löpande råd och stöd. Detta åtgärdspaket bedöms ha bidragit till att ingen smittspridning uppstod inom vård och omsorg under år 2020, och var mycket begränsad även under år 2021, fram till omikronvågen.

Ett stort antal smittskyddsåtgärder vidtogs även på befolkningsnivå i olika skeden av pandemin, vilka redovisas i detalj i denna rapport. Många av dessa åtgärder hade sällan eller aldrig använts tidigare på det sätt och i den omfattning som skedde under denna pandemi, vare sig på Åland, i Finland eller internationellt. Evidensläget är fortfarande mycket svagt för de flesta av åtgärderna. Eftersom många åtgärder infördes samtidigt på Åland är det inte möjligt att analysera effekterna av respektive åtgärd var för sig. Det är därför svårt att bedöma vilken effekt som uppnåtts av, bland annat: allmänna hygienrekommendationer till allmänheten om att hålla avstånd till andra, tvätta händerna ofta och i möjligaste mån minska kontakter med andra (särskilt gällande personer över 70 år); anvisningar till skolorna om hur undervisningen kunde ordnas på ett smittsäkert sätt, och motsvarande råd till andra samhällsaktörer; begränsningar av restaurangerna öppettider och

alkoholserveringstider; begränsningar av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar; stängning eller begränsning av användningen av skolor; rekommendationer om distansarbete och distansundervisning; rekommendationer om att minska besök till sjukvård och äldreomsorg och tidvis besöksförbud; rekommendationer om att begränsa privata tillställningar och hobbyverksamheter; rekommendationer om mun- och nässkyddsanvändning; och rekommendation om frivillig karantän efter inresa från riskområde i utlandet. På teoretiska grunder är det rimligt att anta att samtliga dessa åtgärder i viss mån har bidragit till att minska smittspridning, men det är osäkert om respektive åtgärd varit proportionerlig i relation till dess kostnader och potentiella negativa samhälls- och folkhälsokonsekvenser. Genom hörandeprocesser med olika samhällsaktörer, offentlig debatt och specifika studier för att ta reda på medborgarnas attityder har många bedömningar och åsikter förts fram om olika åtgärders effekter, rimlighet, kostnader och konsekvenser, där även jämlikhets- och rättviseaspekter lyfts fram. Ytterligare kartläggning och forskning behövs för att kunna väga smittskyddseffekter mot samhällsskada.

Lika svårbedömda är vissa riksomfattande åtgärder som beslutades om av Finlands regering, bland annat det omfattande åtgärdspaketet under perioden då undantagsförhållande rådde våren 2020 och det inreseförbud som gällde under större delen av pandemin, inte bara i Finland utan i alla länder i närområdet. Detsamma gäller ett flertal temporära tillägg till smittskyddslagen som Finlands riksdag beslöt om under pandemins första två år. Det är oklart om dessa åtgärder och lagändringar var nödvändiga på Åland. Två av lagändringarna har särskilt analyserats och inte funnits ha haft någon positiv effekt på Åland: intyg- och testkrav vid inresa från utlandet, respektive nationella tillämpningen av covidintyg. Ytterligare utvärdering och forskning behövs för att bedöma, dels nyttan jämfört med skadeverkningar av dessa åtgärder, dels värdet av tvingande eller förbjudande lagstiftning jämfört med information och frivillighet under ansvar.

Acceptansen och följsamheten till åtgärderna bedöms ha varit hög på Åland, liksom tilliten till såväl åländska som nationella myndigheter. Ett stort arbete lades ner under pandemins första två år på Åland för att ge medborgarna tydlig information om pandemins utveckling och syftet med olika åtgärder. Bland annat etablerades en samarbetsgrupp för hantering av covid-19 på Åland. Samarbetsgruppen utvecklade en handlingsplan för hantering av covid-19 på Åland, vilken i stora drag baserades på Finlands nationella strategi. En målsättning var att åtgärderna skulle vara begripliga och att informationen skulle vara samordnad och entydig. Flera mekanismer skapades tidigt för samordning och informationsutbyte mellan myndigheter. Informationskanaler upprättades mellan olika samhällsaktörer, näringslivet, civilsamhället och direkt till medborgarna. Detta förefaller ha fallit väl ut. Samtidigt uppstod periodvis förvirring och frustration gällande vilka åtgärder som var aktuella, särskilt när Åland hade andra åtgärder i kraft än i andra delar av Finland och Sverige, vilket var mest påtagligt för personer som vistades regelbundet utanför Åland.

Det går inte att överskatta medborgarnas och alla samhällssektörers bidrag till genomförandet av de rekommendationer och lagbundna begränsningar som landskapsregeringen och ÅHS fattade beslut om. Andra myndigheter, kommunerna, näringslivet, civilsamhället och ålänningarna översatta dess i praktisk handling och tog många gånger egna initiativ för att bidra till smittskyddet bortom de rekommendationer som gavs. Lokala media hjälpte till att förmedla fakta och upprätthålla samhällsdebatten kring pandemihanteringen.

Sammanfattningsvis bedöms att hela det åländska samhället gemensamt gjorde tillräckligt mycket för att minimera pandemins direkta negativa hälsokonsekvenser. Om de åländska myndigheterna som ansvarat för pandemibekämpningen gjort välavvägda prioriteringarna, eller om vissa åtgärder tidvis varit för lindriga eller kraftfulla får framtida analyser utvisa.

Rekommendationer

- För att bibehålla de strukturer för att hantera en omfattande hälsokris som byggts upp eller vidareutvecklats under pandemin bör pandemiberedskapen på Åland formellt uppdateras baserat på lärdomar från covid-19 pandemins första två år.
- För att bättre avgöra om pandemibekämpningen varit välavvägd och om rätt prioriteringar gjorts, bör ytterligare utvärderingar av pandemins breda samhällseffekter på Åland genomföras. En sådan analys bör även inkludera nationella och internationella jämförelser.
- För att optimera hanteringen av framtida pandemier och liknande hälsokriser bör en analys göras av behörighetsfrågor kopplat till smittskydd och beredskap för andra hälsohot. En analys av möjligheter att förbättra lagstiftningsprocesser bör ingå. Analysen bör även inkludera en nordisk och europeisk dimension för att identifiera förbättringspotential gällande samverkan och harmonisering av strategier, särskilt gällande gränshinder och hälsosäkerhetsåtgärder vid gränserna. Sådana analyser har tidigare gjorts, men utan ett specifikt åländskt perspektiv.

Summary

Epidemiological situation and direct health consequences of COVID-19 in Åland

The direct health consequences of COVID-19 were relatively limited during the first two years of the pandemic in Åland, from 21 March 2020 to 20 March 2022. During the entire evaluation period, 8,024 COVID-19 cases (26.6% of Åland's population) were confirmed, of which 67 (0.83% of the cases) were treated in hospital, 11 (0.14% of the cases) in intensive care unit (ICU) and 13 (0.16% of the cases) died. During 2020 and most of 2021, transmission was very limited. At the end of 2021, Åland was hit by extensive transmission with the Omicron variant, but the health consequences were limited during this period too, due to high vaccination coverage and the lower virulence of the Omicron variant compared to previous variants.

Until the end of 2021, Åland had only limited outbreaks that were quickly controlled. In between the outbreaks there were long periods of time with no identified spread of infection. The cumulative COVID-19 incidence was low until the end of 2021 compared to most other regions in the Nordic countries and Europe, but about the same as in other Finnish regions outside the metropolitan areas. During this period, a total of 880 COVID-19 cases were confirmed in Åland, which corresponds to 2.9% of Åland's population. Of these, 4.9% were treated in hospital and 1.0% in ICU. No deaths linked to COVID-19 occurred during this period. One explanation for the small number of people requiring hospital care and for zero covid-19 deaths was that only 0.56% of people over the age of 70 fell ill with COVID-19 in this period, most of whom had already been vaccinated when infected. No-one over the age of 80 was confirmed infected before vaccinations began in early January 2021. The spread of infection was more extensive in 2021 than in 2020. In the first half of 2021, the more contagious Alpha variant dominated. In the second half of 2021, the even more contagious Delta variant took over. Repeated reintroduction of the virus, including of new virus variants, were predominantly caused by returning Ålanders bringing the virus to the island. However, the outbreaks that arose as a consequence of the re-seeding of the virus to Åland were quickly brought under control, until the end of 2021.

In the last week of 2021, Åland, like all its neighboring regions and the rest of the world, was affected by the widespread spread of the Omicron variant. At this stage, nearly 90% of the adult population had been vaccinated twice, and over 80% of people over the age of 70 had been vaccinated three times. The high vaccination coverage combined with lower virulence of the Omicron variant contributed to the direct health consequences of COVID-19 remaining moderate even during this period. Although about a quarter of Åland's population (7,426 people) were diagnosed with COVID-19 during the first three months of the Omicron wave, relatively few people needed hospital care. Only 0.55% of those who fell ill needed to be treated in hospital and only 0.07% care in the ICU. Thus, the risk of developing severe COVID-19 during the Omicron wave was about a tenth of the risk earlier in the pandemic. During the Omicron period, 13 people died in Åland within 30 days of COVID-19 diagnosis. All were over the age of 80, or had an underlying disease that greatly increases the risk of severe COVID-19, or were unvaccinated.

Long-term health consequences for people who contracted COVID-19 in Åland are still difficult to assess. Among people who fell ill until the end of 2021, 3.7% needed extended sick leave longer than 6 weeks and 1.2% longer than 3 months. Among the large number of people who fell ill in 2022, no detailed follow-up has yet been made. About twenty people have been followed up via the post-covid team, but there may be many more with long-term problems who have not sought care.

Pandemic response measures in Åland and their effects

The rapidly increasing vaccination coverage from the time vaccines became available at the beginning of 2021 was crucial to minimise the direct health consequences of COVID-19 in Åland, by reducing the risk of serious illness and death for the vaccinated individuals. Rapidly updated clinical guidelines for the treatment of people who fell ill also contribute to minimizing morbidity and mortality. Vaccinations may also have contributed to limiting transmissions in 2021, but had marginal infection control effects during the Omicron wave when mild breakthrough infections were very common.

Before vaccines became available, rigorous contact tracing was considered to have been the most central success factor. Very good access to tests, early diagnosis and rigorous contact tracing according to the Test-Isolate-Trace-Quarantine principle were judged to have kept the spread of infection at low levels until the end of 2021. The recommendation to the public to stay at home even with mild symptoms and be tested quickly was central to achieving this. During this period, the limited extent of the spread of infection, as well as the transmission patterns, enabled the contact tracing team to quickly and effectively identify and break the chains of infection. During the Omicron wave, the spread of infection was so extensive and the incubation period so short that the contact tracing principles that had previously been successful were no longer effective, which is why systematic testing of people with symptoms and contact tracing were discontinued in January 2022 (with the exception of contact tracing in healthcare and elderly care).

Extensive measures were taken to prevent the spread of infection to and within health care and elderly care. Åland health care developed an early contingency plan and package of measures for the healthcare system during various epidemic phases and reorganized the care, both to ensure capacity to care for COVID-19 patients and to minimize the spread of infection in healthcare. Health care services were continually reorganized and adapted to the epidemiological situation. Personnel were trained in the use of protective equipment and general hygiene measures. Periodically, all patients admitted to hospital were screened for COVID-19, regardless of diagnosis. Healthcare workers who travelled to Åland from risk areas were also screened. From the beginning of the pandemic, ÅHS and the Åland Government collaborated with all municipalities in Åland on instructions and training measures regarding the use of personal protective equipment in elderly care homes, intermittent COVID-19 screening of newly arrived clients, safe visits, as well as principles for contact tracing, isolation and quarantine. ÅHS distributed protective equipment to concerned elderly and social care units and offered ongoing advice and support. This package of measures contributed to the absence of transmission in health and social care facilities in 2020 and the very limited transmissions in these facilities in 2021.

A large number of infection-control measures were also taken at population level at different stages of the pandemic. Many of these measures had rarely or never been used before in the way and to the extent that took place during this pandemic, neither in Åland, nor in Finland or internationally. The evidence base is still very weak for most of these measures. Since many measures were introduced at the same time in Åland, it is not possible to analyse the effects of each independently. It is thus difficult to assess the impact achieved by, for example: general hygiene recommendations to the public such as keeping a distance from others, washing hands frequently and reducing contacts with others (especially for people over 70 years of age); instructions to schools on how to organize teaching; restrictions on restaurant opening hours and alcohol serving times; restrictions on public gatherings and public events; closure or restriction of the use of schools; recommendations on teleworking and distance learning; recommendations to

reduce visits to health care and elder care; recommendations to restrict private events and hobbies; recommendations on facemask use; and recommendation of voluntary quarantine after entry from a risk area abroad. On theoretical grounds, it is reasonable to assume that all these measures have to some extent contributed to reducing the spread of infection, but it is uncertain whether each respective measure was proportionate in relation to its costs and potential negative societal and public-health consequences. Through hearing processes with different societal actors, public debate and specific studies to find out citizens' attitudes, many assessments and opinions were put forward on the effects, costs and unintended negative consequences of different measures. Further research is needed to be able to judge the infection control effects against societal harm.

Some national measures adopted by the Finnish Government were equally difficult to assess, such as the comprehensive package of measures during the period of state-of-emergency in the spring of 2020 and the border restrictions that were in force for most of the pandemic, not only in Finland and in Åland, but also in all neighboring countries. The same applies to a number of temporary amendments to the Communicable Diseases Act adopted by the Finnish Parliament during the first two years of the pandemic. It is unclear whether these measures and legislative changes were necessary in Åland. Two of the legislative changes were specifically analysed and not found to have had any positive effect in Åland: requirement for a COVID-19 certificate and test requirements when entering from abroad, and the national application of COVID-19 certificates. Further evaluation and research are needed to assess the benefits compared to the harmful effects of these measures, as well as the value of mandatory or prohibitive legislation compared to information and voluntary actions.

Acceptance and adherence to mainly voluntary measures was judged as high in Åland, as well as the population's trust in both Åland and national authorities. A great deal of work was done during the first two years of the pandemic in Åland to provide citizens with clear information about the development of the pandemic and the purpose of various measures. A cooperation group for the management of COVID-19 was established. The cooperation group developed an action plan for tackling COVID-19 in Åland, which was broadly based on Finland's national pandemic strategy. One objective was that the measures would be understandable and that the information would be coordinated and unambiguous. Several mechanisms were created early on for coordination and exchange of information between authorities. Information channels were established between different societal actors, the business sector, civil society and directly to citizens. This seems to have worked out well. At the same time, confusion and frustration arose at times as to which measures were in place when Åland had different measures in force than in other parts of Finland, or in Sweden, which was most noticeable especially for people who travelled regularly outside Åland.

The responsibility taken by citizens and all sectors of society to follow the recommendations and restrictions introduced by the Åland Government and ÅHS cannot be overvalued. Regional authorities, the municipalities, the business community, civil society and the Ålanders translated the rules and recommendations into practical action and often took their own initiatives to contribute to infection control beyond the recommendations given. Local media helped to convey facts and maintain the public debate around pandemic management.

In summary, the entire Åland society collaborated to minimize the direct negative health consequences of the pandemic. If the Åland authorities responsible for handling the pandemic have made well-balanced priorities, or if certain measures have at times been too lenient or forceful, future analyses may show.

Recommendations

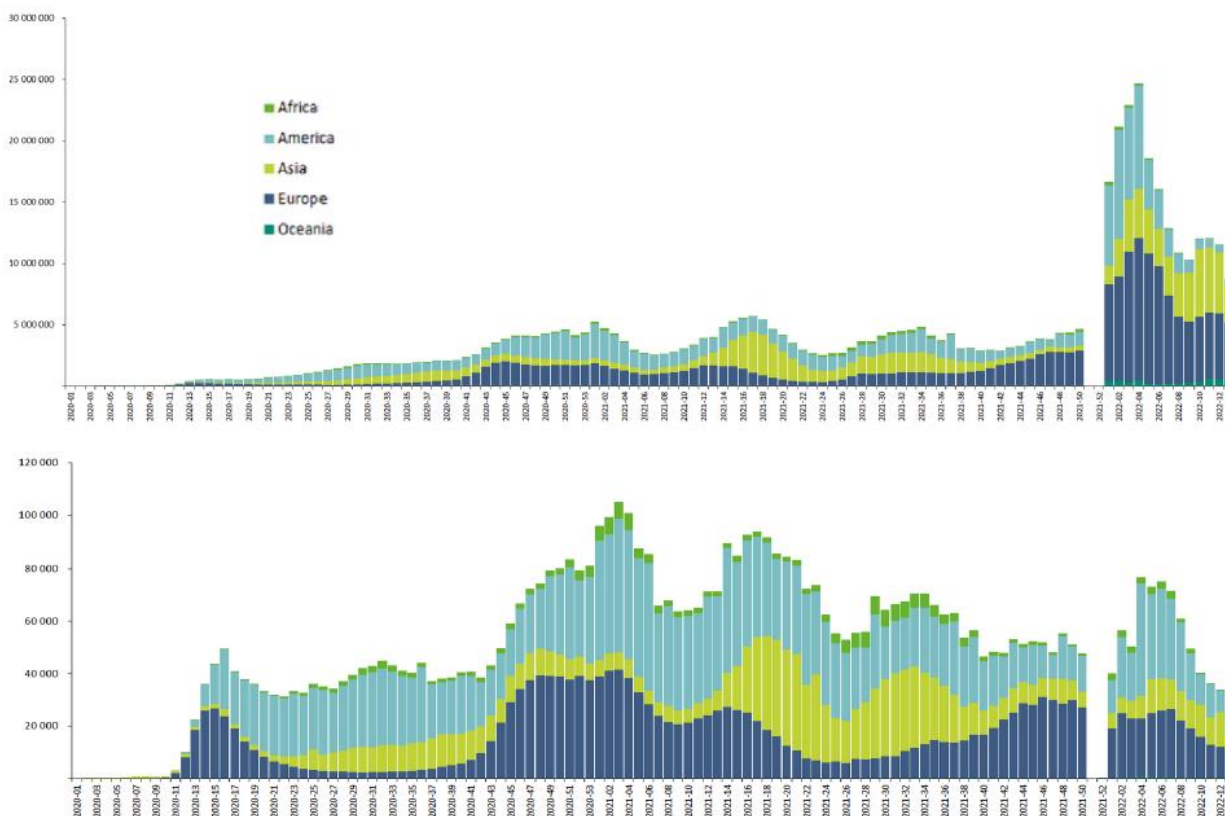
- In order to maintain the structures to deal with a major health crisis that was built up or further developed during the pandemic, Åland's pandemic preparedness plan should be formally updated based on lessons learned from the first two years of the COVID-19 pandemic.
- In order to better determine whether the pandemic response has been balanced and whether the right priorities have been made, further evaluations of the broad societal effects of the pandemic in Åland should be carried out. Such an analysis should also include national and international comparisons.
- In order to optimise the management of future pandemics and similar health crises, an analysis should be made of the division of responsibilities between Åland and Finland concerning infection control and preparedness. An analysis of legislative processes should be included. Such an analysis should also include a Nordic and European dimension in order to identify potential for improvement in the interaction and harmonization of policies, in particular concerning border restrictions and health security measures at borders. A number of such analyses have previously been carried out, but without a specific Åland perspective.

1. Bakgrund

1.1. Pandemins utveckling i världen och Finland

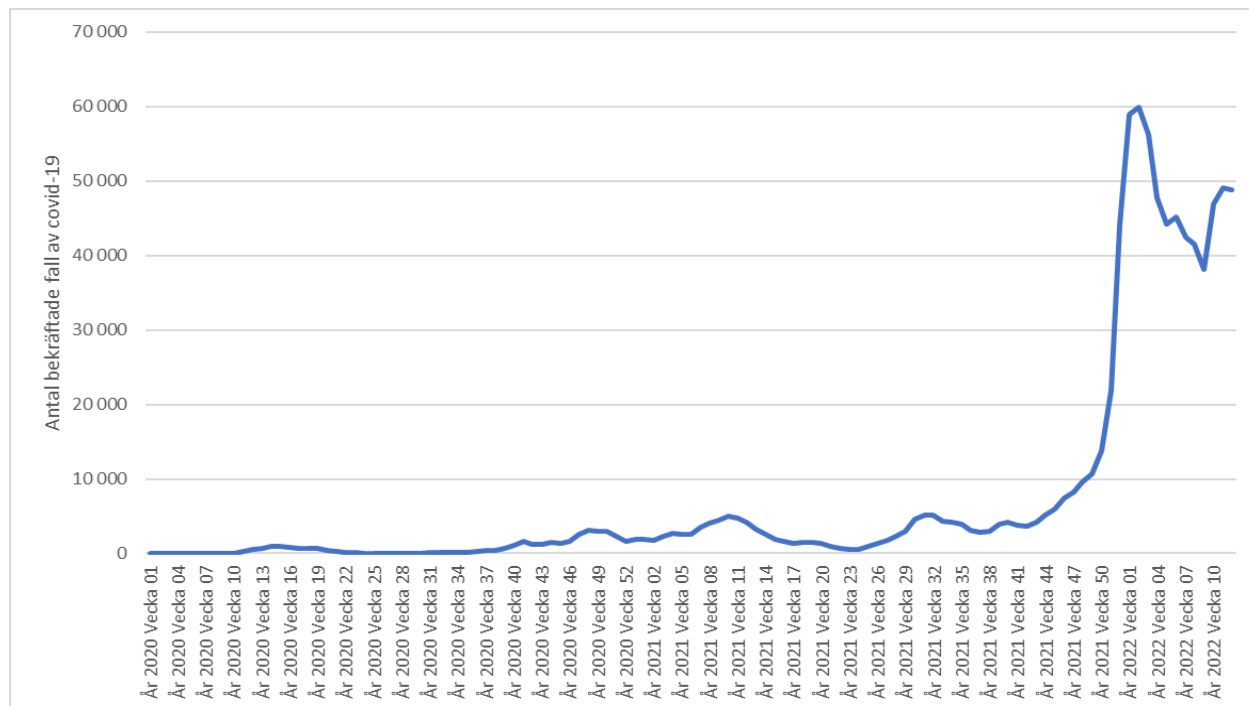
I december 2019 kom de första rapporterna om ett utbrott med en ny infektionssjukdom i staden Wuhan i Kina. Sjukdomen visade sig orsakas av ett för människor nytt coronavirus. Viruset fick benämningen SARS-CoV-2. Sjukdomen fick namnet covid-19. WHO deklarerade 11.3.2020 att covid-19 utbrottet skulle karaktäriseras som en pandemi. Då hade över 100 000 personer smittats i 114 länder och över 4 000 personer hade dött på grund av covid-19. Det första covid-19 fallet i Finland bekräftades i januari 2020. I mars 2020 hade Finland, samtliga nordiska länder och de flesta av EUs medlemsländer omfattande smittspridning och belastningen på sjukvården ökade snabbt.

Detta blev startskottet på den pandemi som fortfarande pågår och vars konsekvenser inte helt har kartlagts. Antalet fall och antalet dödsfall per vecka globalt till och med mars 2022 visas i figur 1. Från pandemins start till mitten av mars 2022 hade knappt en halv miljard covid-19 fall och över 6 miljoner dödsfall rapporterats globalt. Enligt EUs hälsomyndighet ECDC hade knappt 100 miljoner fall och knappt en halv miljon dödsfall kopplade till covid-19 bekräftats inom EU. Covid-19 var under år 2020 och 2021 den enskilda infektionssjukdom som orsakade flest dödsfall i världen och Europa.

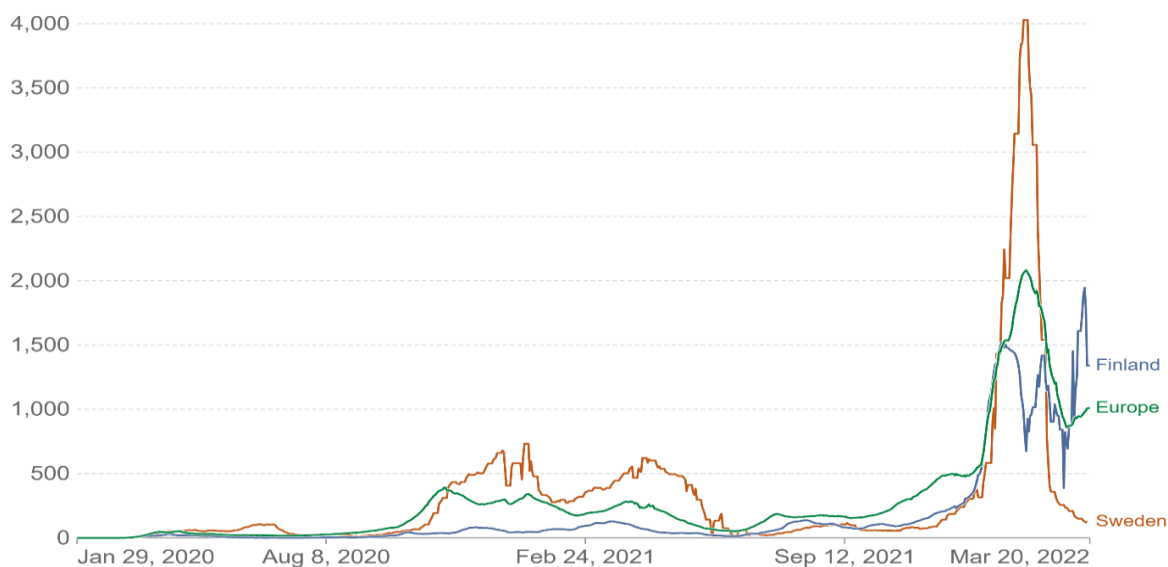


Figur 1. Antal fall (övre panelen) och antal dödsfall (nedre panelen) per vecka globalt till och med mars 2022. Observera att skalorna på y-axeln är olika. Rapporteringen avbröts tillfälligt under vecka 51 och 52 år 2021. Källa: ECDC, <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>. Nedladdat 4.4.2022

Antalet covid-19 fall per vecka i Finland från början av 2020 till mars 2022 visas i figur 2. Incidensen i Finland var jämfört med de flesta EU länder låg fram till slutet av 2021 (figur 3 och 4). I Finland registrerades från pandemins start till och med mars 2022 drygt 850 000 fall och drygt 3 300 dödsfall kopplade till covid-19. Incidensen var högst i storstadsområdena, särskilt i Helsingfors stad och Nyland.



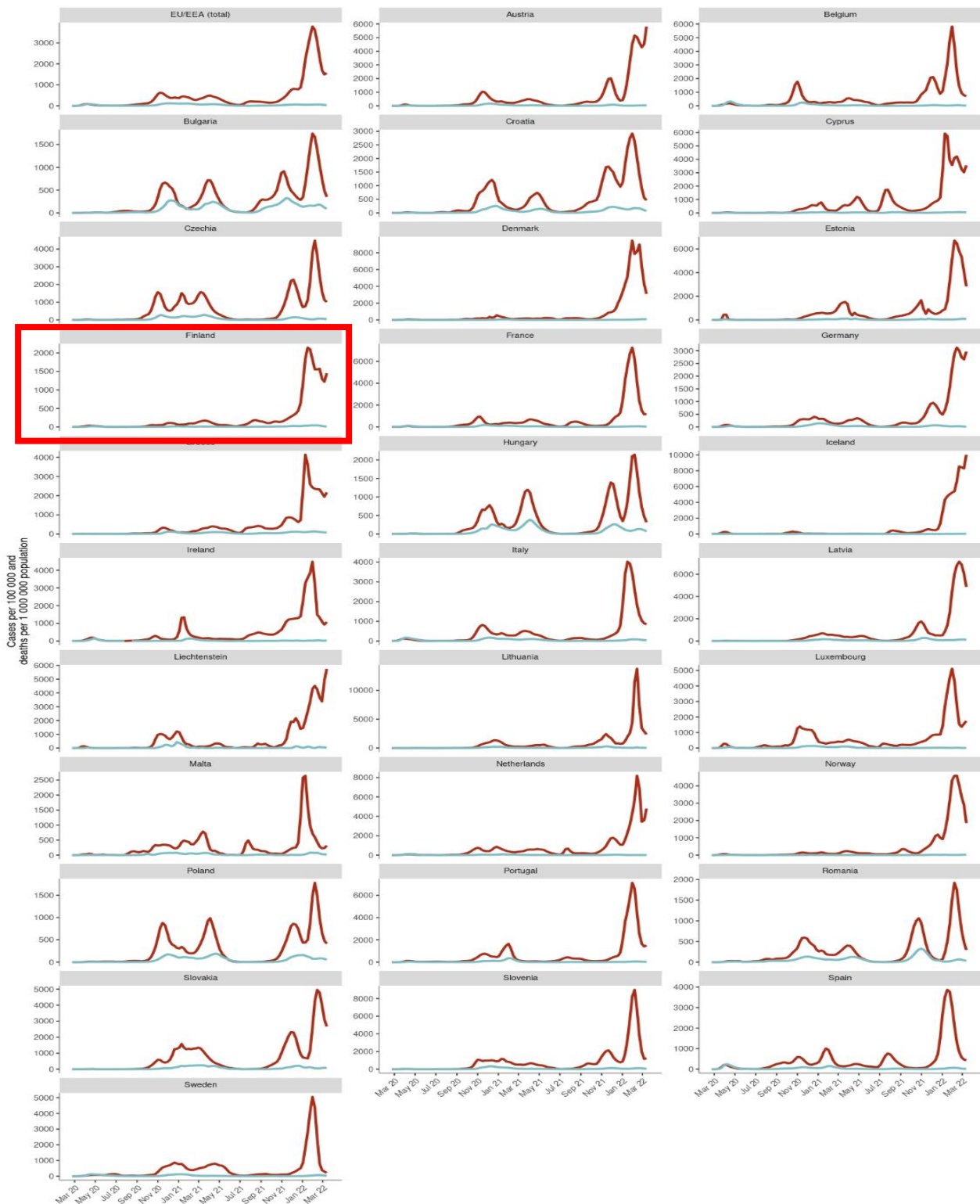
Figur 2. Antal registrerade covid-19 fall per vecka i Finland till mars 2022. Källa: THL, <https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/epirapo>. Nedladdat 21.3.2022



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Figur 3. 7-dagars rullande incidens av covid-19 fall i Finland, Sverige och hela Europa. Källa: Johns Hopkins universitet och Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Nedladdat 21.3.2022

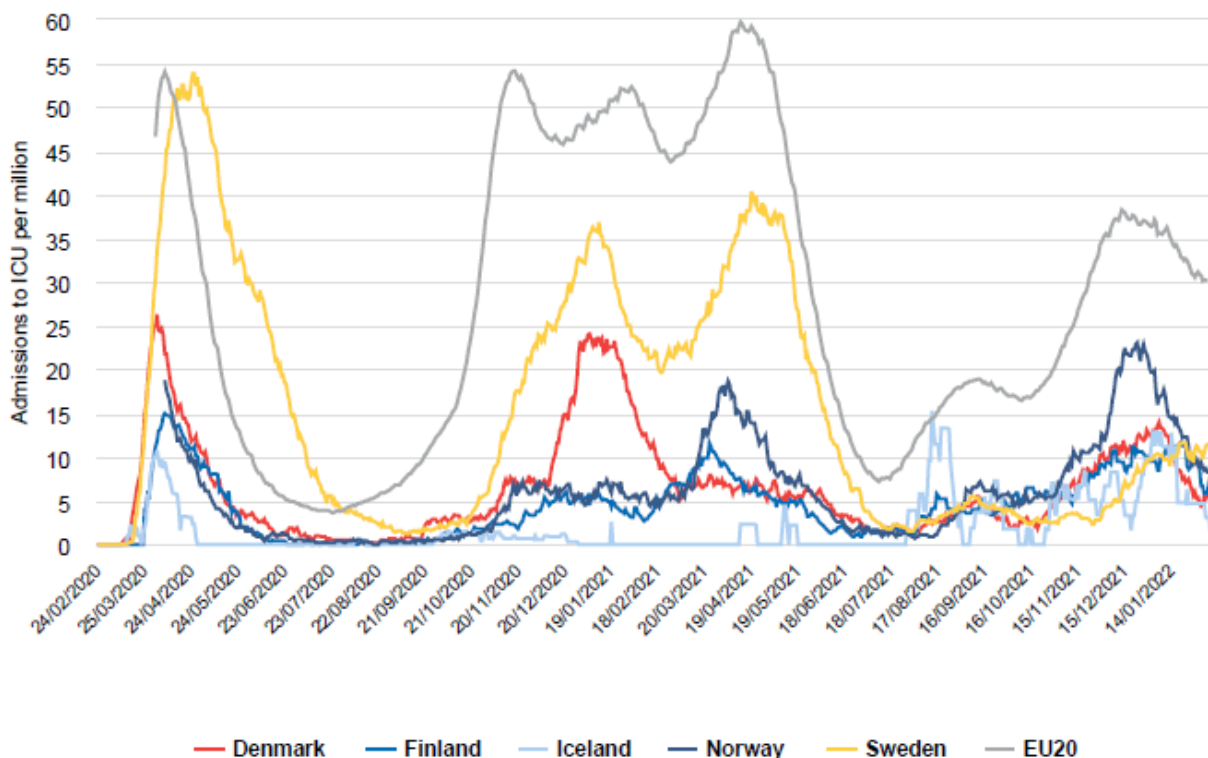


ECDC. Figure produced 18 March 2022.
Source: Epidemic intelligence national data and TESSy COVID-19

Figur 4. 14-dagarsincidens och dödstal relaterade till covid-19 i EU-länder mars 2020 – mars 2022. Röd linje är antal fall per 100 000. Blå linje är antal dödsfall per 1 000 000. Notera att skalan på y-axeln varierar mellan länderna. Finland är markerat med en röd rektangel. Källa: ECDC, <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea> Nedladdat 22.3.2022

Vaccinationer mot covid-19 startade i Finland sista veckan år 2020. I slutet av 2021 hade mer än 80% av befolkningen över 12 år vaccinerats minst två gånger.

Belastningen på sjukvården blev periodvis ansträngd. Sjukvården i Finland blev emellertid lindrigt belastad jämfört med de flesta länderna i Europa. Antalet IVA-inläggningar på grund av covid-19 per million invånare var måttlig även i nordisk jämförelse, endast Island hade färre (figur 5).



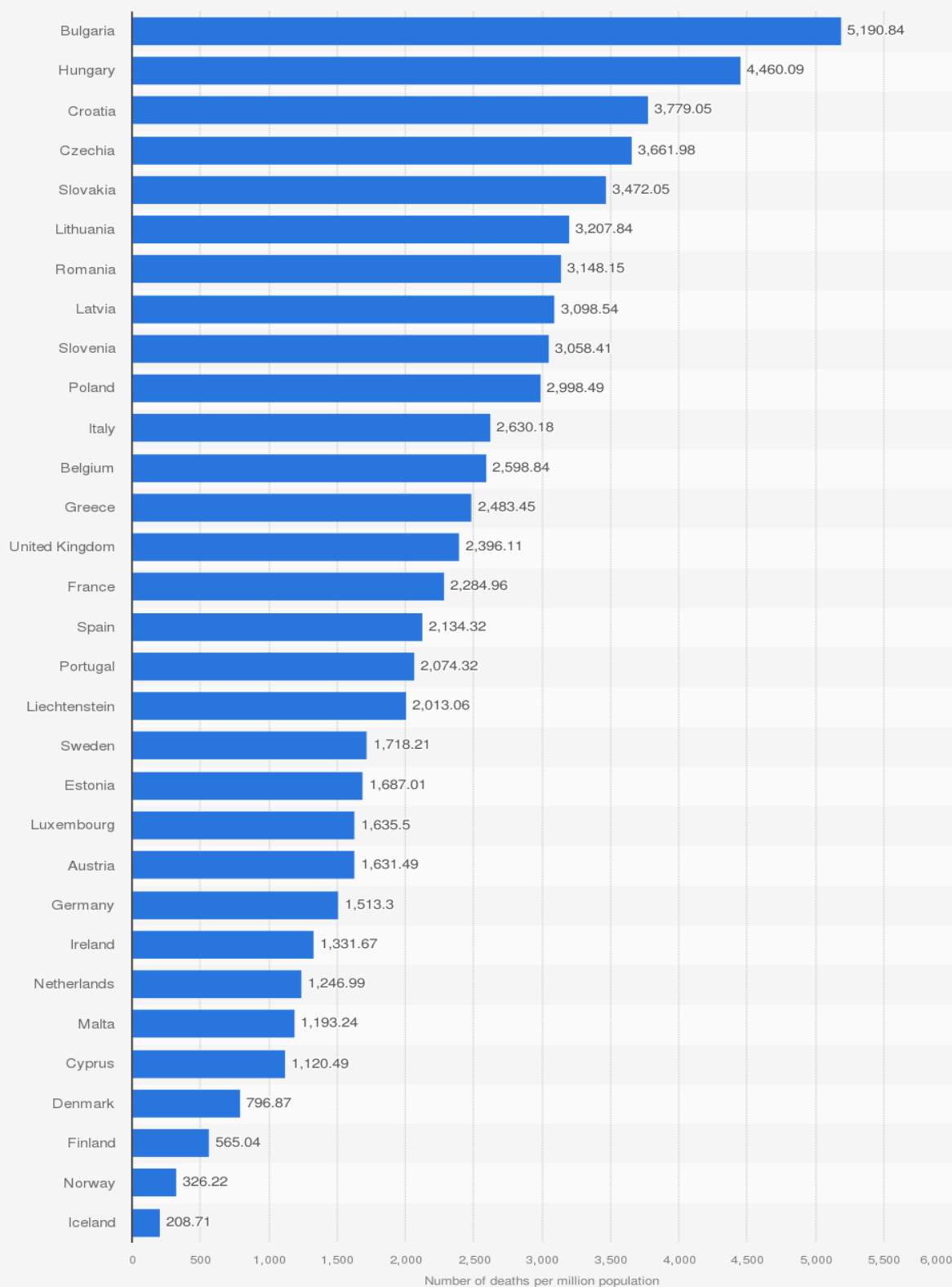
Figur 5. IVA-inläggningar på grund av covid-19 per million invånare i de nordiska länderna och i ett urval av EU-länderna. (Källa: Nordregio¹)

Antalet dödsfall kopplade till covid-19 var lågt i Finland jämfört med de flesta EU länderna. Från pandemins början till mars 2022 var det kumulativa antalet dödsfall relaterade till covid-19 per miljon invånare i Finland tredje lägst bland EU-länderna, endast Norge och Island hade lägre dödstal (Figur 6). Figur 7 visar utvecklingen av antal dödsfall per million invånare och dag i Finland jämfört med Sverige respektive hela Europa, till mars 2022.

Även överdödligheten (all dödlighet inklusive covid-19) var låg i Finland jämfört med övriga Europa, vilket är ett viktigt övergripande mått på att mortaliteten kopplad till covid-19 i Finland var relativt låg (figur 8). Överdödligheten i Finland under 2020 och 2021 var liknande den genomsnittliga överdödligheten i de nordiska länderna (tabell 1).

¹ State of the Nordic Region 2022. DOI <http://doi.org/10.6027/R2022:2.1403-2503>. Nordregio, 2022.

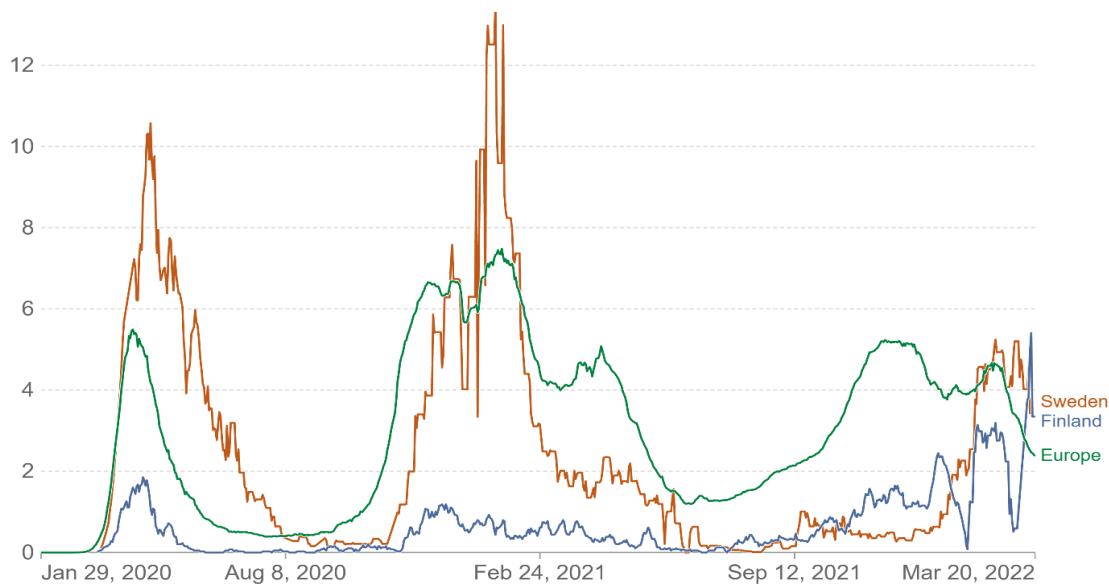
Incidence of coronavirus (COVID-19) deaths in the European Economic Area and the United Kingdom as of March 13, 2022, by country (per million population)



Sources
ECDC; World Bank
© Statista 2022

Additional Information:
Europe; March 13, 2022

Figur 6. Kumulativt antal dödsfall relaterade till covid-19 per million invånare i europeiska länder till mitten av mars 2022. Källa: STATISTA: <https://www.statista.com/statistics/1111779/coronavirus-death-rate-europe-by-country/> . Nedladdad 13.3.2022



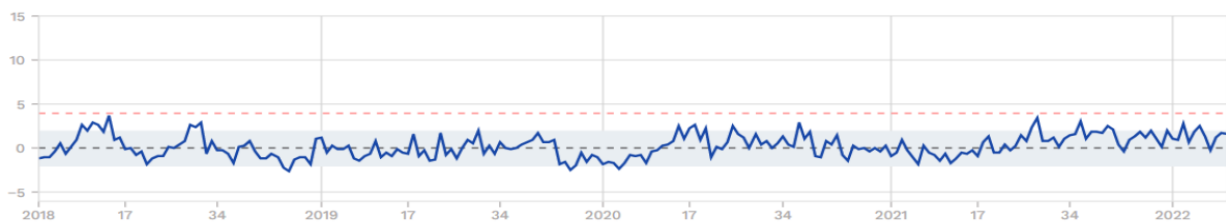
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

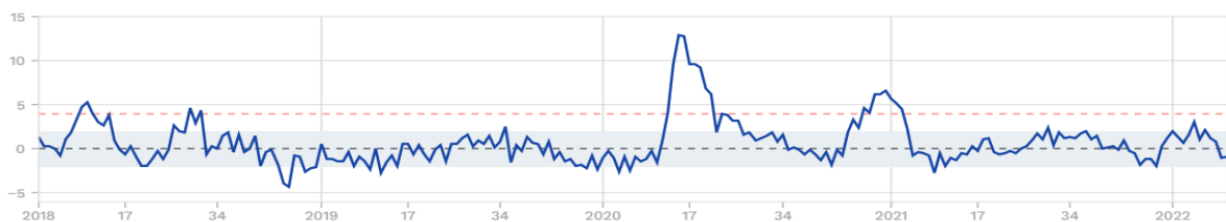
Figur 7. 7-dagars rullande covid-19 dödstal i Finland, Sverige och hela Europa. Källa: Johns Hopkins universitet och Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Nedladdat 21.3.2022

— Z-score - - - - Baseline ■ Normal range - - - - Substantial increase ■ Corrected for delay in registration

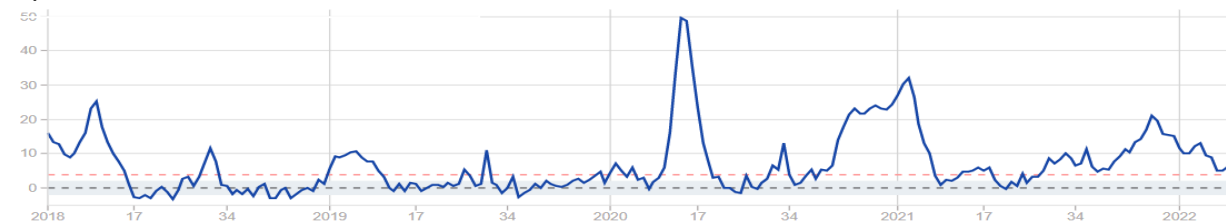
Finland



Sweden



Europe



Figur 8. Överdödlighet i Finland, Sverige och Europa 2018 – mars 2021. Observera att skalan på y-axeln är annorlunda för hela Europa (Källa: European mortality monitoring: <https://euromomo.eu/>)

Tabell 1. Överdödlighet i de nordiska länderna 2020 och 2021 jämfört med medeltalet för 2015-19.

	Annual average number of deaths, 2015-2019	Deaths, 2020	Deaths in 2020 compared to 2015-2019 average (percent)	Deaths, 2021	Deaths in 2021 compared to 2015-2019 average (percent)
Denmark	53,566	54,645	2	57,142	7
Finland*	53,723	55,488	3	56,035	2
Iceland	2,251	2,301	2	2,325	3
Norway	40,750	40,611	0	41,693	1
Sweden	90,962	98,124	8	88,906	0
Faroe Islands	401	365	-9	407	1
Greenland	499	520	4	525	5
Åland**	271	291	7	261	-5
Total	242,152	252,054	4	247,033	2

* Hela Finland inklusive Åland.

** Eftersom inga covid-19 relaterade dödsfall inträffade 2020-2021 på Åland är den beräknade 7-procentiga överdödligheten 2020 och den 5-procentiga underdödligheten 2021 inte direkt relaterade till pandemin.

Källa: Nordregio 2022²

Finland erfor under 2020 ett flertal smittvågor med ursprungsvarianten (Wuhan), och under 2021 vågor framför allt med två av de varianter av SARS-CoV-2 som utvecklats; alphavarianten och deltavarianten. I slutet av 2021 tog omikronvarianten snabbt över i Finland, liksom i resten av världen. Även om sjukhusinläggningar och dödsfall kopplade till covid-19 då ökade avsevärt var ökningen inte proportionerlig till den dramatiska smittspridningen. Detta kunde förklaras dels av lägre risk för allvarig sjukdom med omikronvarianten än tidigare varianter av SARS-CoV-2, dels av den höga vaccinationstäckningen i Finland.

I Finland utvecklades de flesta kvarstående nationella smittskyddsåtgärderna i mars-april 2022. Man hade då i ett antal månader konstaterat relativt låg förekomst av allvarig covid-19, mycket hög vaccinationstäckning och sjunkande belastning på sjukvården trots att omfattande smittspridning av omikronvarianten då fortsatt förelåg. Efter två år med pandemin skedde därmed ett tydligt paradigmskifte, med mer acceptans för hög smittspridning än tidigare under pandemin. Vägen dit var lång.

²State of the Nordic Region 2022. DOI <http://doi.org/10.6027/R2022:2.1403-2503>. Nordregio, 2022.

1.2. Finlands covid-19 strategi från ett åländskt perspektiv

1.2.1. Undantagsförhållande

Finlands regering införde tidigt mycket kraftfulla pandemibekämpningsåtgärder. Målsättningen var inte att eliminera covid-19 i Finland, utan att förhindra omfattande negativa hälsoeffekter för befolkningen, samt tillse att sjukvårdens kapacitet inte överskreds, i synnerhet att platserna vid IVA skulle räcka till.

13.3.2020 konstaterade Finlands regering och Finlands president att undantagsförhållande rådde. Delar av beredskapslagen togs i kraft 16.3.2020 för att kunna vidta åtgärder som inte möjliggjordes inom befintlig smittskyddslagstiftning eller annan lagstiftning. 30.3.2020 förlängdes beslutet att undantagsförhållande gäller till 15.6.2020. Utöver allmänna rekommendationer till befolkningen om hur man kan minska smittrisen infördes bland annat följande åtgärder då undantagsförhållande rådde:

- Alla skolor stängdes, och kortvarigt även förskolor (med vissa undantag).
- Offentliga institutioner stängdes.³
- Restauranger stängdes.
- Offentliga sammankomster begränsades till tio personer, och allmänheten rekommenderades undvika att i onödan vistas på allmänna platser.
- Som en anvisning förpliktades personer över 70 år att undvika kontakter med andra personer i den mån det är möjligt (förhållanden som motsvarade karantän), med undantag av riksdagsledamöter, statsledningen och kommunala förtroendevalda.
- Besök förbjöds till boendeserviceenheter för äldre och för andra riskgrupper, vårdinrättningar, hälso- och sjukvårdsenheter och sjukhus, utom för närstående till svårt sjuka personer och barn.
- Distansarbete rekommenderades (arbetsgivarna inom den offentliga sektorn skulle förordna sådana arbetstagare inom den offentliga sektorn till distansarbete som med tanke på arbetsuppgifterna har möjlighet till det).
- Begränsningar i rörelsefriheten mellan Nyland och övriga Finland under perioden 28.3.2020 – 15.4.2020.
- Kritisk personal undantogs från lagstiftning om arbetstid och semester.
- Hälso- och sjukvården liksom socialvården fick utökad kapacitet
- Avvikelser från bestämmelserna i arbetstidslagen och semesterlagen för kritisk personal både inom den privata och inom den offentliga sektorn.
- Vård som var av mindre allvarlig karaktär begränsades eller sköts fram.

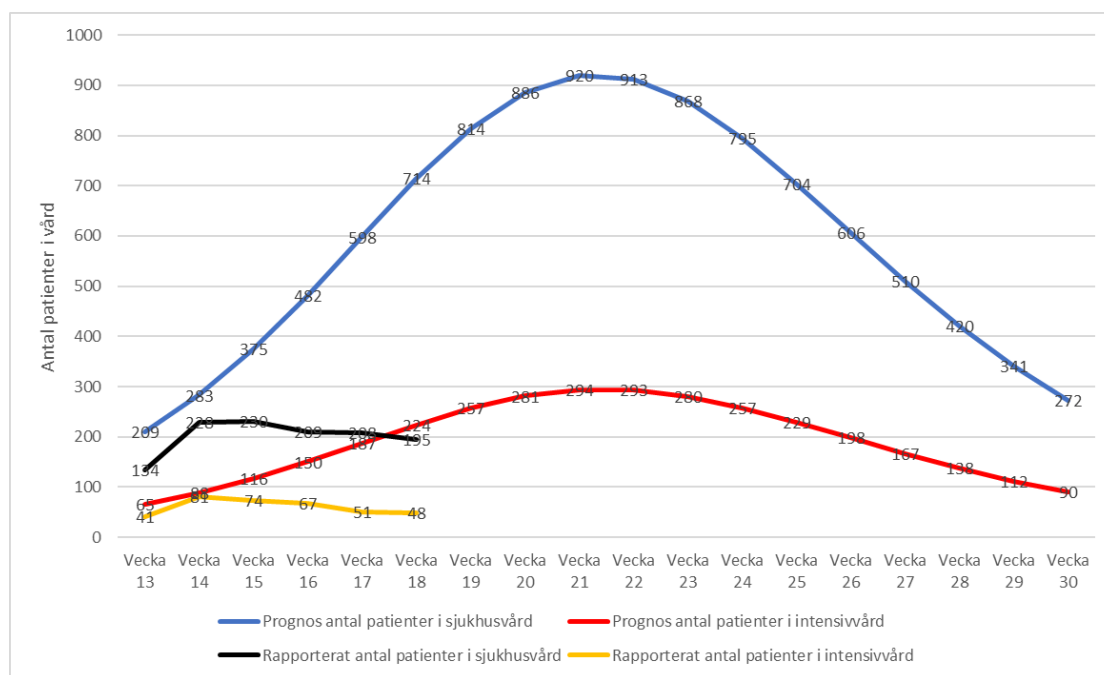
Under perioden med undantagsförhållande infördes även inreseförbud, initialt gällande alla personer som inte var finska medborgare eller bofasta i Finland. Finska medborgare eller personer med uppehållstillstånd som återvände till Finland rekommenderades två veckors frivillig karantän. Även en stark rekommendation mot utrikesresor infördes. Persontrafiken till och från utlandet begränsades därmed kraftigt.

³”Statliga och kommunala museer, teatrar, Nationaloperan, kulturhus, bibliotek, biblioteks-bilar, Riksarkivets kund- och forskarsalar, hobbylokaler och hobbyplatser, simhallar och andra idrottsanläggningar, ungdomslokaler, klubbhus, organisationers samlingslokaler, dagverksamhet för äldre, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och arbetscentraler stängs. Regeringen rekommenderar att aktörer inom den privata och tredje sektorn samt religiösa samfund agerar på samma sätt.” <https://valtioneuvosto.fi/sv/-/10616/hallitus-totesi-suomen-olevan-poikkeusoloissa-koronavirustilanteen-vuoksi>

1.2.2. Mot en mjukare linje

Finlands regering fastställde 4.5.2020 en "exitstrategi" för den fortsatta hanteringen av covid-19 efter perioden med undantagsförhållande. Strategin tog sikte på stegvis avveckling av restriktionerna, baserat på analyser gjorda i den så kallade Hetemäkirapporten; "Coronakrisens konsekvenser och en plan för en hybridstrategi för hantering av epidemin".⁴

I maj-juni 2020 började Finlands regeringen därmed successivt lätta på flera av de initiala restriktionerna. Antalet fall och antalet dödsfall hade då sjunkit kontinuerligt sedan den initiala toppen i början av april (figur 2 och 7). Även antalet som vårdades på IVA hade fallit snabbt (figur 5). Redan 26.3.2020 hade THL publicerat ett scenario för behovet av sjukhus- och intensivvård under de kommande fyra månaderna. Scenariot utgick från att man skulle lyckas med att "platta ut kurvan" så att vårdens maximala kapacitet inte skulle överstigas (figur 9).⁵ Utan smittskyddsåtgärder förväntades att toppen på kurvan över vårdkrävande covid-19 skulle bli betydligt högre än vad grundscenariot angav. Utvecklingen blev emellertid betydligt lindrigare än vad som befarats även i scenariot med en "tillplattad kurva". IVA kapaciteten överskreds aldrig och antalet som vårdades på sjukhus var i slutet av våren 2020 låg (figur 9). Trots den i internationell jämförelse gynnsamma utvecklingen påpekades i en analys publicerad av Olycksutredningscentralen i juli 2020 att beredskapen under covid-19 pandemins första fas i Finland på flera områden inte hade varit optimal.⁶



Figur 9. THLs scenario från 25.3.2020 för sjukhus- och intensivvårdsinläggningar på grund av Covid19 i Finland under april-juli 2020, samt den faktiskt utveckling under april-maj 2020, baserat på sjukvårdsdistriktens veckovisa rapportering av sjukhusbeläggning till THL. (Kurvorna för rapporterade sjukhus- och intensivvårdsinläggningar sträcker sig endast till maj 2020, då detta scenario inte längre var aktuellt och nya scenarier togs fram)

⁴Coronakrisens konsekvenser och en plan för en hybridstrategi för hantering av epidemin - Exit- och återuppbyggnadsarbetsgruppens rapport, fas 1. Statsrådets publikationer 2020:16

⁵<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/aktuell-prognos-for-coronaepidemin-ungefar-11-300-personer-kommer-att-behova-sjukhusvard-och-3-600-av-dem-intensivvard>

⁶Coronaepidemins första fas i Finland år 2020. P2020-01. Olycksutredningscentralen. Utredningsrapport 6/2021. ISBN: 978-951-836-597-9. Helsingfors, 2020

Från början av sommaren 2020 började även inresebegränsningarna lättas något och anpassas till incidensen i avreselandet. Personer med giltiga skäl för resa, till exempel arbetspendlare och släktingar till finska medborgare, tilläts resa till Finland även från högriskområden utomlands. Även råd om resor och rekommendationer om karantän anpassades efter riskbedömningar med hjälp av en "trafikljusmodell" utvecklad av THL. Från augusti 2020 kategoriserades länder i tre riskkategorier baserat på framför allt incidens, där en incidens över 25/100 000/14 dagar innebar klassificering som högriskland.⁷ Denna modell kom sedan att i olika former och med skiftade gränsvärden vara stöd för olika karantänrekommendationer, inreseförbud och krav på hälsokontroller vid inresa. Selektivt inreseförbud från andra EU länder gällde till sommaren 2021, då det ersattes helt av hälsosäkerhetsåtgärder vid gränserna, inklusive intyg- och testkrav vid inresa, vilka vid tidpunkten då denna rapport skrevs fortsatt var i kraft och planerade att fortsätta till 30.6.2022.

Under sommaren 2020 var det mycket låg incidens (figur 2), låg IVA belastning (figur 5) och låga dödstal (figur 6) i hela Finland. I början av hösten 2020 togs nästa steg mot större återhållsamhet från kraftfulla åtgärder samt en anpassning av åtgärderna till regionala smittsituationer. SHM utfärdade 7.9.2020 en nationell handlingsplan⁸, baserad på den nationella strategin och Hetemäkirapporten, samt de erfarenheter som genereras under sommaren 2020.

I Hetemäkirapporten fanns flera alternativa framtidsscenarier för hur behovet av sjukhus- och intensivvård skulle utvecklas beroende på i vilken omfattning olika restriktioner och rekommendationer skulle fortsätta vara i kraft. Samtliga scenarier hade en förväntat långsammare ökning av antalet sjukhuskrävande covid-19 fall och ett lägre förväntat maximalt antal sjukhus- och IVA-krävande covid-19 fall än THLs initiala beräkningar. Med olika grader av lättnader förväntades det maximala antalet samtidigt belagda IVA-platser ändå periodvis överstiga 200. I rapporten bedömdes det att om man fortsatte med då gällande omfattande restriktioner skulle epidemin fortsätta på mycket låg nivå (med fortsatt låg belastning på vården) i minst 10 månader och eventuellt i flera år, samtidigt som de negativa effekterna av restriktionerna för befolkningen och ekonomin gradvis skulle förvärras. Om omfattande restriktioner fortsatte skulle få personer smittas och därmed skulle befolkningen fortsättningsvis i mycket begränsad omfattning utveckla naturligt skydd mot covid-19. En framtida epidemivåg skulle därför kunna bli mycket kraftig. Såvida inte ett säkert och effektivt vaccin och/eller behandling då skulle finns tillgängligt skulle sjukligheten och dödligheten orsakad av covid-19 i stället drabba befolkningen vid ett senare tillfälle. Man räknade med att gradvis minskade restriktioner skulle leda till ett ökat antal fall och ökat antal som krävde intensivvård men att vårdbehovet inte skulle överstiga kapaciteten. Budskapet var således att man i Finland var tvungen att acceptera, förr eller senare, en betydligt högre belastning på vården än vad som tidigare blivit fallet.

Även i SHMs handlingsplan konstaterades att vid sidan av nyttan hade begränsningsåtgärderna haft negativa sociala, samhälleliga och ekonomiska konsekvenser. Man bedömde att åtgärderna huvudsakligen varit lyckade men att de hade orsakat ett betydande tryck på statsekonomin, den samhälleliga enhetligheten och människornas välbefinnande. De offentliga tjänsternas tillgänglighet och resurser hade också varit ansträngda och en betydande vårdskuld hade uppstått.

⁷<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/trafikljusmodellen-hjalper-bedoma-smittorisk-i-samband-med-utlandsresor>

⁸Handlingsplan för genomförande av rekommendationer och begränsningar enligt hybridstrategin för hantering av coronakrisen efter covid-19-epidemins första fas. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:27

Den nationella handlingsplanen var rådgivande och innebar att de flesta beslut skulle fattas på regional nivå, enligt principer som angavs av SHM och rekommendationer från THL. Ett centralt element i handlingsplanen blev således regionalt anpassade åtgärder och begränsningar enligt lagen om smittsamma sjukdomar. Enligt principerna i handlingsplanen skulle beslutsfattandet grunda sig på den regionala epidemiologiska lägesbilden (enligt en fasbedömning i tre nivåer: Utgångsnivån, Accelerationsfasen och Spridningsfasen) och övrig expertinformation som regionala myndigheter tillhandahöll. På Åland var dessa myndigheter ÅHS och landskapsregeringen. En regional samarbetsgrupp skulle instiftas, vilken skulle meddela THL om sina beslut om preventiva rekommendationer och begränsningsåtgärder. Helhetsbilden av de riksomfattande och regionala åtgärderna i epidemiläget skulle följas varje vecka i en grupp för lägesbilder och modeller för covid-19-pandemin som SHM tillsatt. Den riksomfattande helhetsbilden över åtgärderna skulle följas upp och bedömas av SHM samt statsrådets covid-19-samordningsgrupp och rapporteras till regeringen minst varannan vecka.

Finlands regering och riksdag anpassade sedan löpande den nationella strategin till den regionala, nationella och globala epidemiologiska utvecklingen, virusets skiftande karaktär, nya forskningsrön och tillgången till vaccin. SHM anpassade på motsvarande sätt den nationella handlingsplanen. De olika revideringarna som gjordes i den nationella handlingsplanen berörs inte i detalj i denna rapport, förutom till de delar de relaterar till pandemiutvecklingen och åtgärderna på Åland. Närmare beskrivningar av den nationella strategin och beredskapsplanering, samt analyser av styrning och förvaltningsprocesser på olika nivåer finns tillgängliga i publikationer på finska.^{9,10}

1.2.3. Återgång till riskminimering

Samtidigt som det skedde vissa lättnader i linje med Hetemäkirapportens slutsatser och SHMs handlingsplan så infördes under 2020 och 2021 flera nya åtgärder, vilka krävde temporära tillägg till smittskyddslagen (se tabell 3 samt avsnitt 3.2.). Dessa temporära lagar beskrivs i relevanta delar i avsnitt 1.3 och 5 nedan, i relation till behörighetsfrågan respektive pandemins utveckling och åtgärder på Åland.

Den epidemiologiska utvecklingen från sommaren 2020 till slutet av hösten 2021 blev igen betydligt lindrigare än vad som befarats. Även om incidensen steg under vintern 2020-2021 blev belastningen på slutenvården måttlig och det maximala antalet covid-19 patienter som samtidigt behövde IVA-vård i hela Finland översteg endast vid ett fåtal tillfällen 50 (maximalt 64).

De stigande incidens och ökad belastning på vården under vintern 2021, samt en ytterligare ökning februari-mars 2021 föranledde att vissa åtgärder återinfördes och undantagsförhållanden infördes ånyo i Finland under perioden 1.3.2021 – 27.4.2021, dock med lindrigare åtgärder än perioden med undantagsförhållande våren 2020 (och utan att Åland direkt påverkades). Under 2021 blev målsättning att inte överstiga 50 personer som samtidigt vårdas på IVA i hela Finland på grund av covid-19, jämfört med 300 under våren 2020 och 200 i Hetemäkirapporten. Man kan således notera att den acceptansnivå för sjukvårdsbelastning som fanns när Hetemäkirapporten skrevs kalibrerades om i och med att vaccinationerna startade i slutet av december 2020. Oron minskade då för att kraftfulla åtgärder skulle kunna bli ohållbart långvariga och bara skjuta problemet på framtiden. Med ökande vaccinationstäckning antogs det att det skulle räcka med ytterligare en

⁹Coronaledarskap i Finland - Utvärdering av Covid-19 pandemins ledarskap och förvaltning från höst 2020 till höst 2021. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:34. Helsingfors, 2022.

¹⁰Beredskapen inom servicesystemet för social -och hälsovården inför en eventuell ny epidemivåg. Arbetsgruppens rapport. Social- och hälsovårdsministeriets rapport 2022:11. Helsingfors, 2022

begränsad period av kraftfulla åtgärder. Man planerade för att avveckla dessa någon gång under hösten 2021, när vaccinationstäckningen förväntades överstiga 80% i den vuxna befolkningen. Tills dess var åtgärdspaketen fortsatt omfattande och som nämnts gjordes ett flertal lagändringar med syfte att skapa förutsättningar för mer omfattande smittskyddsåtgärder under denna period.

Den planerade avvecklingen under hösten 2021 blev endast delvis förverkligad trots att vaccinationsmålet på 80% av den vuxna befolkningen nåddes. Orsaken var omfattande smittspridning bland både ovaccinerade och vaccinerade, först med deltavarianten och sedan med omikronvarianten. I början av 2022 kunde man emellertid konstatera att IVA-belastningen igen blivit måttlig, med en maxbeläggning på 60. När belastningen på vården minskade februari-mars 2022 avvecklades successivt de flesta av de kvarvarande åtgärderna.

Man kan sammanfattningsvis konstatera att smittskyddsåtgärderna i Finland både blev mer framgångsrika än vad man initialt förväntat sig och mer omfattande och långvariga än vad som initialt planerats för. Hetemäkirapporten varnade för att kraftfulla åtgärder kanske skulle behöva vara i kraft under flera år för att bibehålla låg smittspridning och att samhällskonsekvenserna därmed skulle bli orimliga med en allt för strikt smittskyddsstrategi. Vaccinerna ändrade ekvationen och föreföll ha möjliggjort en tillräcklig samhällstolerans för att fortsätta en strikt linje även under 2021 och början av 2022 och för att vid upprepade tillfällen skjuta upp planerade lättnader.

1.3. Behörighet gällande smittskydd på Åland

Enligt 18 § 1 och 4 punkten i självstyrelselagen har landskapet lagstiftningsbehörighet för landskapsregeringen och under denna lydande myndigheter samt kommunernas förvaltning. Lagstiftningsbehörigheten för området hälsa och sjukvård tillkommer Åland enligt 18 § 12 punkten i självstyrelselagen med de undantag som stadgas i 27 § 24, 29 och 30 punkterna. Enligt 18 § 13 punkten har landskapet lagstiftningsbehörighet för socialvården. Enligt 18 § 14 punkten hör undervisning, läroavtal, kultur, idrott, ungdomsarbete, arkiv-, biblioteks- och museiväsendet till landskapets lagstiftningsbehörighet. Enligt 18 § 21 punkten hör vägar och kanaler, vägtrafik, spårbunden trafik, båttrafik, farleder för den lokala sjötrafiken till åländsk lagstiftningsbehörighet. Enligt 18 § 22 punkten hör näringsverksamhet med beaktande av vad som stadgas i bland annat 27 § 29 punkten i självstyrelselagen till landskapets lagstiftningsbehörighet.

Riket har lagstiftningsbehörigheten i fråga om smittsamma sjukdomar enligt 27 § 29 punkten i självstyrelselagen. Enligt 30 § 9 punkten i självstyrelselagen ska de uppgifter som enligt smittskyddslagen ankommer på en riksmyndighet eller på kommunerna i landskapet skötas av landskapsregeringen eller av någon annan myndighet som anges i landskapslag. Hur 30 § 9 punkten i självstyrelselagen ska tolkas under en pandemi då undantagsförhållande råder hade inte tidigare utretts. När undantagsförhållande med mycket kort varsel konstaterades var det därför nödvändigt att snabbt klargöra Ålands behörighet gällande bedömningar och beslutsfattande kring smittskydd. Behörighetsfrågan löstes på så sätt att landskapsregeringen fattade likalydande beslut som Finlands regering och SHM anvisade under denna period. Detta gällde även beslut om vissa av de åtgärder som enligt smittskyddslagen formellt ska fattas av landskapsregeringen. Detta innebar att alla beslut under de första pandemimånaderna i princip var centraliserade till Finlands regering och att Åland inte hade något eget handlingsutrymme.

Som beskrivits ovan överfördes beslutsfattandet alltmer till regionerna under sommaren och hösten 2020. Efter att undantagstillståndet upphörde gällde igen den normala

behörighetsfördelningen. Enligt 8 § i smittskyddslagen är det regionförvaltningsverket (på Åland är det landskapsregeringen enligt överenskommelseförordning) som samordnar och övervakar bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sitt område. Enligt 8 § 3 mom. smittskyddslagen ska landskapsregeringen och samkommunerna för sjukvårdsdistrikten (vilket på Åland motsvaras av ÅHS) inom dess verksamhetsområde samarbeta för att bekämpa smittsamma sjukdomar. Landskapsregeringen ska fatta de administrativa beslut som föreskrivs i smittskyddslagen genom att utnyttja den sakkunskap som finns vid landskapsregeringen och THL. Detta innebar att landskapsregeringen från mitten av maj 2020 var behörig att bedöma behovet för och fatta beslut om bland annat; begränsningar av allmänna sammankomster och offentliga tillställningar (58 §); stängning av skolor eller begränsning av användningen av skolor (58 §); rekommendationer om att begränsa privata tillställningar och hobbyverksamheter (8 §); rekommendation om munskyddsanvändning (8 §); rekommendation om frivillig karantän efter inresa (8 §); och frivilliga, riktade eller obligatoriska hälsokontroller (14-16 §). Beslut om riktade eller obligatoriska hälsokontroller fattades emellertid aldrig av landskapsregeringen.

Finlands riksdag beslöt emellertid under pandemin om ett flertal temporära tillägg till smittskyddslagen som innebar att landskapsregeringen inte hade bedömnings- och beslutsrätt enligt den förvaltningsbehörighet som normalt gäller vid tillämpning av smittskyddslagen. Vissa lagändringar kom att gälla i hela landet. Andra lagändringar bemyndigade Finlands regering att via förordning fatta besluta om vad som skulle gälla i en specifik region. Bland annat beslutade Finlands riksdag att införa en lagändring om obligatoriska hälsokontroller vid gränserna (intygs- och testkrav för inresande) som gällde i hela Finland (temporära 16 a-g §). Via förordning kunde Finlands regering göra vissa undantag gällande hälsosäkerhetsåtgärder, t.ex. i vissa gränsområden. Åland kom aldrig att omfattas av något undantag, vilket endast kom att gälla vid landgränsen mot Sverige respektive Norge i norra Finland. Möjlighet till undantag togs bort december 2021 efter att landskapsregeringen vid upprepade tillfällen bett Finlands regering om ett sådant gällande resande från Sverige till Åland. Nationell tillämpning av EU:s digitala covidintyg (temporära 58 i §), respektive vaccinkrav för vårdanställda (temporära 48 a §) var andra temporära lagändringar som gällde i hela Finland. Finlands regering var även bemyndigad att utfärda förordningar om vilka begränsningar av restaurangernas öppettider och tider för alkoholserving som skulle gälla i olika regioner (temporära 58 a §).

Landskapsregeringen erbjöds möjlighet att ge utlåtanden innan beslut om nya lagar och förordningar fattades. Förordningar om vilka begränsningar av restaurangernas öppettider och tider för alkoholförsäljningen som skulle gälla motsvarade i hög utsträckning landskapsregeringens önskemål, men besluten kom vid flera tillfällen med fördröjning på grund av att beslutsprocessen var längre än vad som skulle varit fallet om landskapsregeringen kunde fatta beslut. Landskapsregeringen gav därför vid två tillfällen i stället rekommendationer till restaurangerna om lämpliga öppettider och tider för alkoholförsäljning, i väntan på att statsrådets förordning skulle utfärdas. Beslut om hälsosäkerhetsåtgärder vid gränserna samt beslut om nationell tillämpning av EU:s digitala covidintyg motsvarade inte landskapsregeringens önskemål. Remissprocessen inför ändringar av smittskyddslagen var vid flera tillfällen komplicerad, dels för att propositionsutkast skickades till landskapsregeringen endast ett par dagar innan sista svarsdag för utlåtande, dels för att endast begränsade delar av flera propositioner hunnit översättas till svenska när utlåtande begärdes. Enligt 38 § självstyrelselagen ska alla handlingar som skickas till en åländsk myndighet vara på svenska och enligt 28 § 2 mom. och 33 § självstyrelselagen ska landskapsregeringen få ge utlåtanden på lagförslag och beslut m.m. innan de fattas. I april 2022 fick landskapsregeringen ånyo en proposition som inte översatts till svenska.

Enligt 7 § 1 mom. i smittskyddslagen hör den allmänna planeringen, styrningen och övervakningen av bekämpningen av smittsamma sjukdomar till SHMs uppgifter. Ministeriet ansvarar för den rikstäckande beredskapen för störningar inom hälso- och sjukvården eller för hot om sådana och för ledarskapet i dessa situationer. Enligt 7 § 2 mom. i smittskyddslagen är THL nationell sakkunniginrättning för bekämpningen av smittsamma sjukdomar, som med sin sakkunskap stöder SHM och regionerna, upprätthåller rikstäckande epidemiologiska uppföljningssystem för bekämpningen av smittsamma sjukdomar samt styr och stöder bekämpningen av smittsamma sjukdomar i kommunerna, samkommunerna för sjukvårdsdistrikten (på Åland, ÅHS) och verksamhetsenheterna inom socialvården och hälso- och sjukvården.

Enligt 30 § 9 punkten i självstyrelselagen ska som nämnts de uppgifter som enligt smittskyddslagen ankommer på en riksmyndighet i landskapet skötas av landskapsregeringen eller av någon annan myndighet som anges i landskapslag. Under pandemin uppstod en frågeställning om landskapsregeringen därmed även skulle sköta uppgifter som ankommer på SHM och THL, efter att undantagsförhållandet upphört. Detta blev mest påtagligt i och med att SHMs handlingsplan och tillhörande styrningsbrev innefattade rekommendationer på detaljnivå gällande vilka åtgärder som borde vara i kraft i olika epidemifaser. Vissa åtgärder var skarpare än vad samarbetsgruppen och landskapsregeringen bedömde som nödvändiga. Landskapsregeringen tolkade lagen som så att landskapsregeringen har samma behörighet att planera, styra och övervaka bekämpningen av smittsamma sjukdomar på Åland som SHM har på riksnivå. Landskapsregeringen bedömde därmed att Åland hade behörighet att ta fram en egen handlingsplan med egna principer och riktgivande förslag på åtgärder för olika faser och att denna handlingsplan snarare än SHMs nationella handlingsplan skulle styra pandemibekämpningen på Åland. När det fanns diskrepans mellan SHMs nationella handlingsplan och Ålands handlingsplan (oftast med innebörden att SHM rekommenderade striktare åtgärder än i Ålands handlingsplan) blev praxis från hösten 2020 att det var den åländska handlingsplanen som gällde. Motsvarande utmaning uppstod sällan gällande THLs rekommendationer då dessa i stor utsträckning tydliggjorde att varje region eller sjukvårdsdistrikt själv skulle bedöma vilka rekommendationer som skulle gälla där. Den tolkning landskapsregeringen gjorde att SHM och THL är att betrakta som riksmyndigheter och att landskapsregeringen därmed har motsvarande behörighet att på Åland, enligt 30 § 9 punkten i självstyrelselagen, planera, styra och övervaka bekämpningen av smittsamma sjukdomar bekräftades senare av grundlagsutskottet i Finlands riksdag (se GrUU 44/2020 rd s. 10).

Många av de åtgärder som var aktuella under pandemin faller inom lagtingets lagstiftningsbehörighet och det var därmed upp till självstyrelsemyndigheterna att verkställa åtgärderna enligt tillämplig landskapslagstiftning samt tillämplig reglering i smittskyddslagen. Då en reglering i smittskyddslagen inte beaktade åländsk lagstiftning på området uppstod i vissa fall problem så som vad gäller antalet sittplatser i restauranger. Efter påtryckningar från landskapsregeringens sida utslöts landskapsregeringen efter ett tag dock från tillämpningen av berörda bestämmelser.

Beslut på individnivå, bland annat gällande isolering enligt 63 § och karantän enligt 60 § i smittskyddslagen, kan fattas av den läkare i tjänsteförhållande som i kommunen eller i samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar. På Åland är detta smittskyddsansvarig läkare inom ÅHS primärvård.

Beslut om inreseförbud samt råd för resande är rikets behörighet (och är ej kopplade till smittskyddslagstiftningen). Dessa beslut har inte kunnat påverkas direkt av landskapsregeringen under pandemin.

1.4. Organisation av pandemibekämpningen på Ålands

Landskapsregeringen etablerade tidigt en ledningscentral, ledd av lantrådet och förvaltningschefen. Myndighetsavstämningar hölls minst en gång i veckan från pandemins början. Dessa leddes av lantrådet och förvaltningschefen och närvarande myndigheter var Gränsbevakningsväsendet, Landskapsalarmcentralen, Mariehamns räddningsverk, Räddningsområde Ålands landskommuner, Statens ämbetsverk på Åland, ÅHS och Ålands polismyndighet. Lantrådet och förvaltningschefen ledde även veckovisa avstämningar med landskapsregeringens allmänna förvaltning. Vid dessa närvarade social- och miljöavdelningen, infrastrukturavdelningen och näringsavdelningen. Förvaltningschefen skickade varje vecka en covid 19-rapport till landskapsregeringens samtliga anställda och underlydande myndigheter. Till ledningscentralen kopplades en grupp press- och informationskoordinatorer, vars främsta roll var att bevaka informationsflödet från Finlands regering och nationella myndigheter till berörda aktörer på Åland under pandemins första månader.

Redan innan pandemin deklarerades av WHO inleddes beredskapen på Åland. Regelbundna möten hölls från februari 2020 mellan framför allt landskapsregeringen och ÅHS, men även med flera andra myndigheter och samhällsaktörer. ÅHS och landskapsregeringen hade tät kontakt med THL från pandemins början. Möten hölls även regelbundet, på minister- och tjänstemannanivå, med SHM och andra berörda ministerier och relevanta nationella myndigheter. ÅHS hade genom hela pandemin täta kontakter även med ÅUCS, och HUS för att uppdatera och utbyta erfarenheter kring riktlinjer för testning, smittspårning, rapportering, klinisk handläggning, patienttransporter, mm. Dessutom hade ÅHS informationsutbyte med svenska sjukhus, till exempel Akademiska i Uppsala och Universitetssjukhuset i Linköping.

Landskapsregeringens hälso- och sjukvårdsbyrå fick under hela tvåårsperioden prioritera om sitt arbete för att kunna hantera ett stort antal förvaltningsärenden och operativa aspekter av pandemibekämpning, inklusive: Följa pandemiutvecklingen globalt, i närområdet och på Åland; följa kunskapsläget om pandemiåtgärder; koordinera pandemiarbetet på Åland med ÅHS och andra aktörer, framför allt inom ramen för samarbetsgruppen för hantering av covid-19 på Åland (se nedan); organisera utvärderingar av vissa specifika åtgärder, samt studien "Ålands covid-19 befolkningskohort" (se avsnitt 4.4.1.2.); kommunicera kontinuerligt med SHM, THL, ECDC, och svenska hälsomyndigheter; granska och tolka strategidokument från SHM och rekommendationer från THL; analysera och bereda utlåtanden om nya lagförslag och förordningar från Finlands regering; utöva tillsyn över aktörer gällande vissa delar av smittskyddslagen (restauranger, arrangörer av offentliga tillställningar och verksamheter med kundtrymman); förbereda och delta i regelbundna pressträffar; uppdatera landskapsregeringens hemsidan; svara på frågor från media, andra åländska myndigheter och aktörer, samt allmänheten. Hälso- och sjukvårdsbyrå behövde dessutom handlägga ett ökat antal klagomålsärenden relaterade till pandemirelaterade åtgärder inom vård och omsorg. På grund av den stora arbetsbelastningen behövde samtliga fyra anställda vid byrån (byråchef, landskapsläkare, jurist och specialsakkunnig) under långa perioder arbeta heltid med pandemirelaterade ärenden. Dessutom ägnade avdelningschefen för Social- och Miljöavdelningen en stor del av sin tid åt detta arbete. Även andra byråer och avdelningar var djupt involverade i pandemiarbetet, framför allt socialvårdsbyrån och utbildnings- och kulturavdelningen. Socialvårdsbyrån samordnade bland annat insamlingen av svar från socialvårdsproducenter på Åland till SHMs riksomfattande lägesbild av hur pandemin och pandemihanteringen påverkat de olika delområdena av socialvården inklusive personalresurserna inom socialvården. Lägesbilder insamlades veckovis eller varannan vecka från de 16 kommunerna (med fokus på äldreomsorgen),

KST och Oasen boende- och värdcenter. Förvaltningens merarbete orsakade en stor förvaltningskund inom landskapsregeringen.

Landskapsregeringen och ÅHS ordnade regelbundna avstämningar med kommunerna, äldreomsorgen, skolorna, och näringslivet under hela pandemin. Vid dessa möten förmedlades information om restriktioner, rekommendationer och anvisningar och berörda aktörer hade möjlighet att be om förtydliganden, återkoppla och framföra synpunkter på åtgärderna. Landskapsregeringen initierade tidigt regelbundna pressträffar. Inledningsvis, från början av mars, var dessa dagliga. Senare under våren 2020 hölls de 2-3 gånger i veckan och från sommaren 2020 i regel varje vecka, samt vid behov. Allmänheten kunde via massmedia ställa frågor som besvaras på presskonferensen.

Två informationstelefonlinjer skapades för allmänheten, en vid ÅHS för vårdrelaterade frågor och en vid landskapsregeringen för frågor relaterade till restriktioner och rekommendationer på samhällsnivå. Landskapsregeringen skapade även en e-posttjänst för allmänheten. Landskapsregeringens informationsfunktioner startade upp i mitten av mars 2020 och bemannades till en början av flera personer, inklusive ett flertal lagtingsledamöter. Antalet samtal och mejl till landskapsregeringen varierade över tid och var som mest över 50 per dag. Samtalen ökade när regler och rekommendationer ändrades och när incidensen ökade på Åland eller i omvärlden. De flesta samtal handlade om råd om resor, inresebegränsningar, intygskrav vid resor, karantän efter resa, vaccinationer, eller bestämmelser och rekommendationer gällande offentliga och privata tillställningar och hobbyverksamheter. Vissa ville också tipsa om personer som brutit mot regler eller rekommendationer. De som frågade om inresebestämmelser var ofta personer bodde i Sverige och som ägde fastighet eller hade släkt på Åland. Personalen som svarade på frågor fick i många fall hänvisa vidare till rätt myndighet (bland andra ÅHS eller gränsbevakningen) men fick också direkt besvara frågor främst inom landskapsregeringens förvaltningsområde. Personalen hade tillgång till en tjänsteman i beredskap (jurist) att vända sig till och kunde vid behov även stämma av med landskapsläkaren och andra vid hälso- och sjukvårdsbyrån. Dagliga avstämningar gjordes och sammanfattningar av frågor skickades till ledningsgruppen och hälso- och sjukvårdsbyrån. Samtal till Coronatelefonens finns sammanställda och sparade.

Covid-19 sidor skapades på både landskapsregeringens och ÅHSs hemsidor, med automatiska översättningsfunktioner. Informationskampanjer ordnades via tidningar och radio och informationsskyltar sattes upp bland annat i hamnar och vid flygfältet, vilka kompletterade informationsmaterial som distribuerades nationellt av THL. Särskilda möten hölls med transportföretagen (samtliga berörda rederier och Mariehamns flygfält) för att säkerställa att information nådde ut till både personal och kunder om vilka restriktioner och rekommendationer som gällde på Åland i olika skeden.

Landskapsregeringen tillsatte en coronakommission hösten 2020 vars syfte var att skapa en samlad bild av covid-19 pandemins sociala och hälsoeffekter som grund för vidare åtgärder. Kommissionen, som träffades regelbundet, hade även till uppgift att befrämja samverkan mellan olika aktörer. Genom hörande av sakkunniga från fältet och olika operativa nivåer följde kommissionen pandemins och pandemihanteringens effekter på bland annat psykisk hälsa och social utsatthet. Representanter för utbildningsområdet, socialvården, sjukvården och kommun samt landskapsregeringens tjänstemän ingick i kommissionen. Som ordförande fungerar social- och hälsovårdsministern och som viceordförande utbildnings- och kulturministern.

Ministermöten skede vid flera tillfällen inom ramen för Nordiska Ministerrådet och bilateralt med ministrar för Nordiskt samarbete. Landskapsregeringen var på tjänstemannanivå representerade i Svalbardsgruppen som svarar för det nordiska samarbetet inom beredskapsfrågor med mandat från Nordiska Ministerrådet för social- och hälsopolitik. Gruppen har representanter från regeringarna i Danmark, Finland, Färöarna, Grönland, Island, Norge, Sverige och Åland. Under dessa möten som hölls varje eller varannan månad delades beskrivningar av den epidemiologiska situationen och rådande rekommendationer och restriktioner mellan de nordiska länderna och självstyrda regionerna. Svalbardgruppen hade emellertid inget mandat att ge rekommendationer gällande samnordiska strategiska frågor under pandemin.

Landskapsregeringen hade även direkt kontakt med svenska Socialstyrelsen för att stämna av om det nordiska krisberedskapsavtalet gällande sjuktransporter mm, vilket emellertid aldrig behövde aktiveras. Dialog fördes även med den svenska Folkhälsomyndigheten och ECDC.

I linje med den nationella handlingsplanen skapades på Åland en formell samarbetsgrupp för hantering av covid-19 pandemin på Åland i september 2020, med representanter från ÅHS (hälso- och sjukvårdsdirektören, chefläkare, ansvarig klinikchef för operativ ledning av covid-19 beredskap på centralsjukhuset, ansvarig smittskyddsläkare, infektionsläkare, samt överskötare) och landskapsregeringen (tjänstemän från hälso- och sjukvårdsbyrån, socialvårdsbyrån, utbildnings- och kulturavdelningen och vid behov näringsavdelningen). Gruppen förde vid behov dialog med andra aktörer. Samarbetsgruppen utvecklade handlingsplanen för hanteringen av covid-19 på Åland, i stora drag baserad på den nationella handlingsplanen men anpassad till åländska förhållanden. Beslut om att ta i kraft handlingsplanen fattades av den politiska landskapsregeringen 30.10.2020. Ålands handlingsplan uppdaterades regelbundet baserat på den regionala epidemiologiska utvecklingen, analyser och erfarenheter på Åland av vidtagna åtgärder, revideringar i den nationella handlingsplanen och det globala kunskapsläget. Revideringar skedde vid fem tillfällen; 26.11.2020, 28.1.2021, 17.6.2021 och 4.10.2021 och 20.12.2022 (se bilaga 1).

Samarbetsgruppens mandat innefattade att fatta beslut om vägledande definitioner av epidemifaserna för Åland samt göra bedömning om vilken fas som Åland befann sig. Baserat på veckovisa fasbedömningar (senare under pandemin minst varannan vecka) och de principer som definierats i handlingsplanen gav samarbetsgruppen förslag till åtgärder. Den politiska landskapsregeringen respektive ÅHS fattade formella beslut om åtgärder, baserat på behörighetsfördelning enligt smittskyddslagen. I princip innebar detta att landskapsregeringen fattade beslut om åtgärder på befolkningsnivå. Under pandemins första två år fattades 142 beslut (39 beslut år 2020 och 103 beslut år 2021) av landskapsregeringen där hälso- och sjukvårdsbyrån beredde ärendena, vilket kan jämföras med att hälso- och sjukvårdsbyrån bereder 4-5 ärenden per år för beslut av den politiska landskapsregeringen under normala omständigheter. ÅHS fattade beslut som direkt berörde sjukvården och medicinska åtgärder, inklusive skyddsåtgärder inom vården, provtagnings- och smittspårningsprinciper, klinisk uppföljning och behandling. Beslut rörande enskilda individer om isolering och karantän enligt smittskyddslagen fattades av smittskyddsansvarig läkare inom ÅHS, liksom beslut om nedstängning av enskild skola. Pandemirelaterade beslut fattade av landskapsregeringen listas i bilaga 1.

1.5. Målsättning och vägledande principer i Ålands handlingsplan

Målet med den övergripande strategin på Åland var att förhindra att omfattande smittspridning skulle uppstå och därmed att undvika såväl allvarliga hälsoeffekter för befolkningen som överbelastning av sjukvården. Detta skulle åstadkommas utan att åtgärderna mot epidemin orsakade större skada för befolkningens hälsa och samhället i stort än covid-19 sjukdomen och dess direkta hälsokonsekvenser.

Det geografiskt utsatta läget och den begränsade kapaciteten vid Ålands centralsjukhus (som har behov att regelbundet transportera patienter till andra sjukhus i Finland och Sverige) gjorde att strategin behövde utformas så att risken för överbelastning av vården minimerades, särskilt i perioder då vården var ansträngd vid de sjukhus i Finland och Sverige som vanligtvis bistår Åland.

Då covid-19 drabbar äldre personer och personer i vissa riskgrupper hårt bedömdes det särskilt viktigt att skydda dessa grupper. Ålands handlingsplan tog därför särskilt sikte på att minimera risken att smittan skulle nå riskgrupper, i synnerhet inom sjukvården och dygnetruntboenden. I princip gällde här en nollvision fram tills vaccineringstäckningen var hög nog. Samtidigt konstaterades det att det var orimligt att förvänta sig att ingen smittspridning inom vård och omsorg skulle inträffa på Åland under hela pandemin. Därför fanns utöver de breda preventiva skyddsåtgärderna (säkra besök, skyddsutrustning, screening av vissa personer som lades in på sjukhuset samt vissa nyinflyttade till dygnetruntboenden) beredskap för särskilt omfattande smittspårning och testning av både patienter/klienter och personal om smittan ändå skulle nå dessa verksamheter. Dessa åtgärder förväntades skydda riskgrupper och samtidigt hindra att ett stort antal av personalen inom vård och omsorg behövde isoleras eller sättas i karantän, även om en situation uppstod med mer omfattande smittspridning i andra delar av befolkningen.

Åland hade inte en nollvision för införsel av smitta från utlandet eller andra delar av Finland, trots att det med tanke på de geografiska förutsättningarna teoretiskt skulle ha varit möjligt att ha en sådan strategi. Ingen systematisk screening av inresande eller obligatorisk karantän i särskilda lokaler användes. Den potentiella effekten bedömdes för liten och de potentiella skadeverkningarna och samhällskostnaderna för stora för att en sådan strategi skulle vara försvarbar. Den skulle dessutom varit näst intill omöjlig att genomföra i praktiken vid tre internationella hamnar och ett flygfält och för en befolkning som har omfattande sociala, professionella och kulturella gränsöverskridande band. Däremot gällde en rekommendation (med ett flertal undantag) om frivillig karantän efter inresa från riskområde i utlandet till augusti 2021. När den temporärare lagförändringen om obligatorisk hälsokontroll vid ankomst till Finland trädde i kraft i juli 2021 användes på Åland en modell där inresande själva fick söka sig till centraliserad testning och endast stickprovskontroller utfördes av ÅHS vid gränserna.

Det fanns inte heller en målsättning att genomföra befolkningsscreening av symptomfria personer (t.ex. i skolor), med undantag för patienter och klienter inom vård och omsorg under perioder med hög incidens, samt för inresande vårdpersonal. Detta på grund av såväl brist på god evidens för effekter av sådana åtgärder som stor förväntad resursåtgång. Däremot fanns en tydlig ambition att kontrollera smittkluster som uppstod och att ringa in även komplexa smittkedjor genom omfattande testning av personer som utvecklar symptom och deras nära kontakter, samt göra rigorös kontaktspårning och använda möjligheten till isolering och karantän på individnivå enligt smittskyddslagen optimalt. För detta avsattes betydande resurser för såväl testning som personal som utför smittspårning.

En viktig princip för strategin var att de åtgärder som vidtogs skulle kunna vara i bruk under en lång tid, vilket förutsatte att de inte begränsade befolkningens fri- och rättigheter alltför mycket. När den första handlingsplanen utvecklades förväntades inte ett effektivt och säkert vaccin vara tillgängligt förrän tidigast i mitten eller slutet av 2021. Strategin behövde därför utformas så att åtgärderna kunde vara i kraft i åtminstone ytterligare 6-12 månader och eventuellt i flera år. Dessutom var en målsättning att det skulle finnas en så hög grad av kontinuitet som möjligt och att hindra tvära kast mellan olika åtgärder, vilket skulle kunna orsaka oförutsägbarhet och bristande följsamhet.

Möjliga åtgärder för olika faser ändrades i de olika versionerna av handlingsplanen. Även kriterierna för fasbedömningar ändrades till viss del, framför allt från hösten 2021 då vaccintäckningen hade blivit mycket hög. Hänvisningar och webb-länkar till de olika versionerna av handlingsplanen finns i bilaga 1.

2. Metod

2.1. Syfte

Denna utvärdering syftar först och främst till att sammanfatta och bedöma den epidemiologiska utvecklingen och de smittskyddsåtgärder som vidtagits under de två första åren av covid-19 pandemin på Åland. Analyserna fokuserar i huvudsak på omfattningen av de direkta negativa hälsoeffekterna av covid-19 (antal fall, sjuklighet, vårdbehov och dödlighet), samt på de smittskyddsåtgärder som hälso- och sjukvården, myndigheterna och de folkvalda har vidtagit för att i möjligaste mån förebygga dessa negativa effekter. Där det är möjligt har försök gjorts att värdera åtgärdernas effekter för att identifiera lärdomar för framtida bekämpning av detta virus och andra liknande allmänfarliga infektionssjukdomar.

2.2. Tidsramar

Utvärderingen innefattade två år från när det första fallet bekräftades på Åland, 21.3.2020. Data har således sammanställts och analyserats till och med 20.3.2022. Pandemin var inte över när denna utvärderingsrapport sammanställdes. Den hade emellertid tydligt gått in i ett nytt skede både på Åland och i närregionerna i och med att en mycket stor majoritet av befolkningen hade blivit fullt vaccinerade (med minst två doser). Åland upplevde i början av år 2022 den, med mycket bred marginal, största smittspridningen under hela pandemin. Lyckligtvis visade det sig att den i det skedet helt dominerande omikronvarianten för de flesta gav upphov till en betydligt lindrigare form av sjukdomen än tidigare virusvarianter. Särskilt personer med fullgott vaccinskydd hade mycket låg risk att drabbas av allvarlig sjukdomen. Med denna erfarenhet hade flera länder redan i början av 2022 slutat kategorisera covid-19 som en allmänfarlig sjukdom och avvecklat de flesta eller samtliga specifika smittskyddsåtgärderna.

Även Åland hade när denna rapport sammanställdes avvecklat alla specifika åtgärder, men en del av de temporära tillägg som gjorts till Finlands smittskyddslag var fortfarande i kraft och Finlands regeringen kategoriserade fortfarande covid-19 som allmänfarlig. Risken för utveckling att nya, mer smittsamma och farligare virusvarianter som inte tillgängliga vacciner skyddade mot bedömdes kvarstå. WHO hade inte deklarerat att pandemin var över. Det mesta talade för att detta virus var här för att stanna, endemisk eller i form av säsongsbundna epidemier. Trots osäkerheten kring virusets framtid var bedömningen att det två år in i pandemin var dags att försöka dra övergripande lärdomar och förbereda för både nästa fas av denna pandemi och för kommande pandemier.

2.3. Avgränsningar

Ansatsen för utvärderingen är bred samtidigt som flera nödvändiga avgränsningar gjorts. Pandemin är inte bara en akut hälsokris, utan också en omfattande samhällskris med potentiellt mycket långtgående negativa effekter, vilkas omfattning fortfarande är svåra att mäta och värdera. Målkonflikterna har varit många och uppenbara hittills under pandemin. Optimering av smittskyddet har stundtals ställts mot främjande av allmän folkhälsa, socialt välmående och

ekonomiskt välstånd. Smittskyddsåtgärderna har också inneburit inskränkningar i fundamentala mänskliga fri- och rättigheter.

Denna rapport berör dessa aspekter endast ytligt, inte för att de är oviktiga utan för att mer tid och resurser samt bredare expertis skulle krävas för en fullständig utvärdering. Frågor rörande finansiering av pandemibekämpningen på Åland och ersättningssystem för drabbade samhällssektorer och individer berörs inte heller. En mer långsiktig och tvärvetenskaplig uppföljning skulle behövas för att analysera de breda samhällsåtgärderna och effekterna och för att avgöra - beaktat alla relevanta utfall - om balansakten fallit väl ut, eller om åtgärderna varit för få, eller om "boten varit värre än soten". Det är vår förhoppning att denna rapport kan bidra i någon mån med byggstenar till en sådan bredare analys, såväl på Åland som i hela Finland och i Norden, vilken kan bygga vidare på redan genomförda analyser.^{11,12,13,14}

Denna rapport redovisar en del specifika analyser och försök till slutsatser gällande olika smittskyddsåtgärder för vilka evidensläget fortfarande är bristfälligt globalt. Rapporten försöker inte ge något slutgiltigt omdöme gällande dessa åtgärder, men den strävar ändå efter att göra bedömningar som åtminstone kan vara vägledande för Åland.

Även för erfarna epidemiologer, folkhälsovetare och smittskyddsexperten finns fortfarande många obesvarade frågor. En hel del infekterade (om uttrycket tillåts) kontroverser har blossat upp mellan forskare kring vilka åtgärder som är effektiva, säkra, rimliga och kostnadseffektiva nog att ta till i olika skeden av en pandemi av detta slag. Ingen kan ha missat debatterna om värdet av "nedstängning", munskydd, strikta begränsningar av restauranger och offentliga tillställningar, "vaccinpass", inreseförbud och olika krav på intyg vid resa. Många av kontroverserna handlar inte om huruvida något har en effekt eller inte. Oftast handlar det om hur stora effekterna är i olika epidemiologiska situationer och med olika grad av följsamhet, om effekterna överväger skadeverkningarna, och om åtgärderna är kostnadseffektiva i ett kort och långt perspektiv. I slutändan handlar det lika ofta om skiftande värderingar om vilka utfall som har störst betydelse (målkonflikterna igen) som om rent vetenskapliga bryderier.

De analyser och slutsatser som presenteras här är i stora stycken specifika för den åländska kontexten och kan därför vara svåra eller omöjliga att generalisera. Detsamma kan säkert sägas om andra analyser som gjorts och kommer göras på regional och nationell nivå. Icke desto mindre är det en förhoppning att rapporten kan tjäna som visst faktaunderlag även för jämförande analyser som syftar till bättre pandemibekämpning nationellt, och kanske till och med internationellt. Åland har en liten befolkning och har haft relativt få fall av covid-19 att basera analyserna på. Men litenheten har också fördelar. Samtliga analyser som gjorts är baserade på ett totalmaterial där de olika datamängderna med ganska liten ansträngning kunnat kopplas till varandra. Detta har gett en unik möjlighet att göra en helhetsanalys åtminstone av hälsostatistiken som är direkt relaterad till covid-19.

¹¹State of the Nordic Region 2022. DOI <http://doi.org/10.6027/R2022:2.1403-2503>. Nordregio, 2022.

¹²Coronaledarskap i Finland - Utvärdering av Covid-19 pandemins ledarskap och förvaltning från höst 2020 till höst 2021. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:34. Helsingfors, 2022.

¹³Beredskapen inom servicesystemet för social- och hälsovården inför en eventuell ny epidemivåg. Arbetsgruppens rapport. Social- och hälsovårdsministeriets rapport 2022:11. Helsingfors, 2022

¹⁴Coronaepidemins första fas i Finland år 2020. P2020-01. Olycksutredningscentralen. Utredningsrapport 6/2021. ISBN: 978-951-836-597-9. Helsingfors, 2020

Vissa ingångsvärden har legat fast redan när denna analys inleddes, bland annat de som handlar om vilka symtom och komplikationer covid-19 ger upphov till, vilka riskfaktorer som finns för allvarlig sjukdom, samt evidensen för många av de medicinska preventiva och kliniska åtgärder som visat sig effektiva och säkra. Mycket omfattande epidemiologisk och klinisk forskning har bedrivits och delats genom den (faktiskt på många sätt positiva) "infodemi" som uppstått. Aldrig tidigare har forskarvärldens fynd flödat så snabbt till myndigheter, beslutsfattare och allmänheten. Flera gånger har det gått för snabbt och preliminära sanningar har behövt revideras. Ofta har orsaken varit det desperata kunskapsbehov som funnits i tider när snabba beslut måste fattas. En del direkta felaktigheter har också slunkit igenom och tagit tid att korrigera. Vi vet förstås inte allt om viruset och dess hälsokonsekvenser (särskilt på lång sikt) eller hur sjukvården bäst ska agera för att förebygga och behandla denna sjukdom. Men mer än två år in i pandemin kan ett massivt kunskapslyft konstateras. De grundläggande medicinska och epidemiologiska kunskaper som byggts upp globalt under pandemin har använts som utgångspunkt för analyserna i denna rapport. Analyserna av utvecklingen på Åland har inte syftat till att bidra med ny kunskap på dessa områden.

Vaccinfrågan är kanske den medicinska intervention som väckt den mest aggressiva debatten. Denna rapport gör inget försök att sammanställa det mycket omfattande forskningsmaterial som finns om vaccinernas effekter och säkerhet. Resultaten från de stora kliniska prövningar som gjorts har granskats, bedömts och sammanställts av både internationella och nationella expertgrupper och myndigheter och löpande följts upp genom rigorös övervakning av biverkningar och analyser av skyddseffekter på befolkningsnivå. Flera miljarder människor har nu blivit vaccinerade mot covid-19 flera gånger om. Analysen av pandemin på Åland kan inte gå längre än att värdera i vilken mån den globala evidensen speglas även av erfarenheterna på Åland samt belysa några av de frågor som kvarstår, som t.ex. hur länge vaccinskyddet består när nya virusvarianter uppstår.

2.4. Egenutvärdering

Det behöver tydliggöras att detta i huvudsak är en egenutvärdering där personer som haft del av ansvaret för pandemibekämpningen har utvärderat sina egna insatser (även om en del analyser har gjorts externt, se avsnitt 4.4.1.2.). Det finns uppenbara problem med en sådan ansats och det skulle blivit en mer objektiv analys om den gjordes av helt oberoende experter. Det finns emellertid också fördelar med egenutvärdering. Författarna till denna rapport har djup insikt i samtliga delar som analyseras, har löpande granskat och värderat de data som ligger till grund för analyserna och känner väl till den åländska kontexten. Vi har försökt att vara tydliga med vilka delar av rapporten som är rena fakta och vad som är våra tolkningar av dessa fakta. Tolkningsutrymmet är i vissa delar stort. Det är fritt fram för läsaren att själv värdera data och dra egna slutsatser. Vi har under alla omständigheter inte aktivt uteslutit några relevanta data som finns tillgänglig på Åland.

2.5. Datakällor

Följande datakällor har använts i denna utvärdering.

- Laborierdata från ÅHS och Bimelix över antal tester och andel positiva test.
- Rutinrapporterade data från sjukvården: antal bekräftade fall, sjukhusinläggningar och dödsfall
- Smittspårningsdata från primärvården, med uppgifter om sannolik smittkälla/miljö, resehistorik, antal kontakter och insjuknande bland dessa.

- Kliniska data från ÅHS (hälsocentralen och sjukhuset) gällande riskprofil hos insjuknade, deras vaccinationsstatus, symtombild, behandling, inläggning på sjukhus, IVA-vård och död på grund av eller med covid-19.
- Nationella vaccinationsregistret (THL): antal vaccinerade per åldersgrupp och vecka.
- Medimar/Bimelix: antal test samt testresultat för intyg och inresetest.
- Ålands covid-19 populationskohort, med analys av antikroppar, PCR-test, samt enkät och fokusgruppdiskussioner kring befolkningens upplevelser och attityder.
- Landskapsregeringens beslut och utlåtanden, lagförslag från Finlands regering, och styrningsbrev från SHM.
- Samarbetsgruppens protokoll: bedömning av epidemisituation och förslag till åtgärder.
- Höranden av samhällsaktörer.

2.6. Analys

De olika typerna av statistisk bearbetning och analytisk ansats för de olika datamängderna framgår av redovisningen i respektive avsnitt nedan.

På Åland har det varit möjligt att särskilja fyra olika epidemiperioder som skiljer sig gällande vilken virusvariant som helt dominerade samt vaccinationstäckningsgraden. Även om det funnits viss överlappning av olika virusvarianter så har detta bedömts som marginellt. Det har gjort det möjligt att identifiera följande perioder för vissa delar av analyserna och därmed bedöma såväl epidemisituationen som åtgärdernas relevans utifrån skiftade förutsättningar kopplade till virusets virulens (förmåga att smitta och orsaka svår sjukdom) och grad av immunitet i befolkningen:

- Hela 2020: Ursprungvarianten (Wuhan), ingen vaccination.
- Januari-juni 2021: Alphavarianten, stigande vaccinationstäckning (80% av personer över 70 år hade fått minst en dos innan första större utbrottet med alphavarianten).
- Juli-december 2021: Deltavarianten, hög vaccinationstäckning (95% av personer över 70 år hade fått 2 doser i början av perioden och >80% av alla över 12 år i oktober 2021).
- Vecka 52 2021-mars 2022: Omikronvarianten, mycket hög vaccinationstäckning med minst 2 doser i riskgrupper (97% av personer över 70 år) och i hela befolkningen (87% av personer över 12 år).

2.7. Etikprövning

Befolkningskohortstudien (antikroppar, PCR-test, enkät och fokusgruppdiskussioner) är den enda datainsamling som gjorts i rent forskningssyfte. En separat ansökan om etiskt godkännande gjordes för denna studie, vilken godkändes av ÅHS etikkommitté (protokoll 3/2020). En uppdatering av forskningsprotokollet gjordes, vilken godkändes av ÅHS etikkommitté (protokoll 4/2020).

Alla övriga analyser är baserade på rutinmässigt insamlade data. För vissa av dessa analyser har forskningsetiskt godkännande krävts, vilket givits av ÅHS etikkommitté (protokoll 1/2020) respektive dess ordförande (ÅHS chefläkarbeslutsprotokoll 141/2022).

3. Sammanfattning av pandemibekämpningsåtgärderna på Åland

3.1. Organisation av medicinska åtgärder, smittspårning och vaccinationer

3.1.1. ÅHS ledningsstruktur och beredskapsplanering

ÅHS som hälso- och sjukvårdsorganisation har tidigare varit van vid att ha en ledningsstruktur som är rätt hierarkisk och byråkratisk. Hierarki och byråkrati har även fört med sig en viss tröghet, speciellt tidsmässigt, gällande beslutsfattande. När pandemin var ett faktum så stod det klart att ÅHS behövde anpassa sin ledningsstruktur för att försnabba processerna och beslutstagandet. Parallellt med den i reglementet fastställda strukturen gav ÅHS styrelse tillåtelse till inrättandet av en operativ pandemiledning. Den operativa pandemiledningen bestod initialt av hälso- och sjukvårdsdirektören och klinikchefen för kirurgkliniken. Chefläkaren handhade den mera strategiska ledningen som innefattade kontakter till avtalssjukhus, ministerier och THL. Hälso- och sjukvårdsdirektören gavs mandat att fatta beslut i ekonomiska ärenden och övergripande ärenden utan behandling i ledningsgrupp och klinikchefen gavs mandat att ansvara för den medicinska övergripande ledningen av pandemihanteringen. Det här visade sig vara ett lyckat koncept som försnabbade beslutsgången. Den operativa pandemiledningen bestående av två personer kunde jobba intensivt och koncentrerat och stod till organisationens förfogande så gott som dygnet runt när pandemiarbetet var som intensivast.

För att hålla en enhetlig linje och underlätta för befolkningen valde ÅHS att använda hälso- och sjukvårdsdirektören som den som i första hand deltog på pressinformationer men även klinikchefer och andra specialister deltog för att bistå befolkningen med sakkunskap. En informationsansvarig utsågs som hade till uppgift att uppdatera hemsida där all relevant information gällande covid-19 samlades, med länkar till landskapsregeringens och THLs hemsidor.

Beredskapsplaneringen på sjukhuset utgick starkt ifrån att säkra beredskapen för att kunna ta hand om covid-19 sjuka patienter och ge en bra eftervård för dessa patienter, samt att optimera smittskyddet inom sjukvården. Detta innefattade allt från provtagningsrutiner till omorganisering av akuten samt avdelnings- och intensivvård. Periodvis, beroende på smittsituationen, screenades alla patienter på akuten och alla som lades in för slutenvård för covid-19. All utrustning granskades och sjukhuset tog höjd för en hantering av ett maxantal insjuknade patienter. Omändringsarbeten utfördes, verksamhetsstrukturer ändrades, personalens kompetensområden kartlades och tillgången till skyddsutrustning säkrades genom avtal med närliggande sjukhus och privata producenter. Den dagkirurgiska verksamheten flyttades under en period från ÅHS till upphyrda utrymmen och operationssal i Medimar. Detta för att möjliggöra inrättandet av en så kallad Covid-IVA men också för att verkställa en kohortering inom operationsteamet. Under våren 2020 uppfördes ett triageringstält vid sjukhusets huvudentré där även provtagning av patienter utfördes. Akutens verksamhet indelades i en ren och en infektionslinje för att minimera risken för smittspridning inom sjukhusets verksamheter. ÅHS har en upphandlad företagshälsovård som även sköter sjukvård och en överenskommelse ingicks där ÅHS tog på sig ansvaret att sköta alla patienter med förkylningssymtom vid hälsocentralens infektionsmottagning. Alla verksamheter inom organisationen övergick till enbart tidsbokade mottagningar och många av verksamheter

utökade möjligheterna för patienterna att uträtta sina besök via digitala mottagningar. Sjukhuset genomgick en stark digitaliseringsutveckling under en ytterst kort tidsperiod.

Beredskapsplaneringen innefattade även att säkra tillgången på personal, vilket periodvis var utmanande särskilt gällande konsulter från Sverige då inresebegränsningar och testkrav för inresande behövde hanteras för dessa. Covid-19 screening för inresande personal gjordes baserat på individuell riskbedömning.

För organisationens del uppgjordes en övergripande beredskapsplan indelad i fyra olika faser utgående ifrån antal insjuknade och inskrivna på sjukhuset. I den planen ingick även beskrivningar om användning av skyddsutrustning och kohortering av verksamheter. Kliniker och enheter baserade sedan sina mera verksamhetsanpassade planer på denna. Organisationen och vårdproduktionen optimerades ytterligare genom samarbetet med privata vårdproducenter, bland annat för att undvika operationsköer.

3.1.2. Provtagning och analys

3.1.2.1. Provtagning vid ÅHS

I pandemins inledningsfas under våren 2020 fanns ännu inte någon möjlighet att analysera prov för covid-19 på Åland. Prov tagna vid ÅHS skickades inledningsvis till Helsingfors (HUSLAB) och sedan till Åbo (TYKSLAB). Dessa laboratorier hade då endast en begränsad kapacitet och för varje prov måste en prioriteringsgrad anges (se avsnitt 5.1.). Prov skickades huvudsakligen med vanlig post men även helikopter utnyttjades i brådskande fall. Svarstiderna var 1-2 dygn.

Den 21.4.2020 kunde laboratoriet på ÅHS starta egen PCR analys för covid-19 med ett automatiserat molekylärt kvalitativ PCR-test (Cepheid, GeneXpert) för detektion av generna N2 (nucleocapsid) och E (envelope) på viruset SARS-CoV-2. Svarstiderna kunde förkortas till 3 timmar, men analyskapaciteten var endast 4 prov/timme. På grund av den begränsade kapaciteten beslutades att endast de prov som kräver snabba svar skulle analyseras på ÅHS, de övriga skickades till TYKSLAB.

Den 6.6.2020 kunde privatlaboratoriet Bimelix i Mariefhamn börja med massanalys av prov för covid-19. Bimelix startade Mikrogens ampli/cube Coronavirus SARS Cov-2 analys för kvalitativ detektion av generna E och ORF1a på Roches Lightcycler. Alla prov måste extraheras manuellt. Svarstiden var ca 1 dygn. Strategin inom ÅHS blev att alla akuta prov analyserades på ÅHS (svarstid 3 timmar) och övriga prov analyserades på Bimelix med en svarstid på ca 1 dygn.

I oktober 2020 tog Bimelix i bruk en extraheringsrobot som förbättrade analyskapaciteten, vilket gjorde att alla prov kunde analyseras med korta svarstider även under den mest aktiva perioden under pandemin (som mest 600 prov per dag). PCR analyserna anger för alla positiva prov ett Ct-värde (cycle threshold) som är omvänt proportionellt mot virusmängd och användes i den samlade diagnostiska bedömningen.

Inga antigen-test användes för prover tagna vid ÅHS. Samtliga test var kostnadsfria för patienten. Finska staten ersatte ÅHS för testkostnaderna.

3.1.2.2. Testning för reseintyg samt obligatorisk testning av vissa inresande

Screeningtestning (PCR eller antigen-test) av symptomfria för testintyg (t.ex. då intyg behövdes för utrikesresa) samt testning efter inresa till Åland från utlandet gjordes via Medimar.

Test för intyg vid utrikesresa var som regel helt självfinansierade, med vissa undantag. Den 8.2.21 skrevs avtal med Medimar om leverans av tjänster för utförande av provtagning, analys och utgivande av intyg gällande covid-19, enligt ÅHS skyldighet att utfärda intyg (ÅLR 2021/1125). Den främsta anledningen var att Sveriges regering 6.2.2021 utfärdade en förordning om krav på att personer som är utländska medborgare och inte är skrivna i Sverige och som vill resa in i Sverige måste ha testat negativt för covid-19. Landskapsregeringen beslöt med stöd av 36 § 2 mom. i landskapslagen (2011:114) om hälso- och sjukvård att Ålands hälso- och sjukvård, utöver det som anges i landskapsregeringens beslut av den 12.2.2014 (ÅLR 2014/1238), på begäran ska utfärda intyg om hälsotillståndet gällande sjukdomen covid-19 för den som är bosatt i landskapet eller som är patient vid Ålands hälso- och sjukvård, om det är nödvändigt för invånarens eller patientens försörjning, studier eller lagstadgad umgängesrätt, när det på grund av nationella gränsrestriktioner under covid-19-pandemin krävs ett sådant intyg för inresa till ifrågavarande land. Intyg utfärdades enligt ovan subventionerades av landskapsregeringen via ÅHS upp till en viss kostnad, där patienten stod för resterande del. Övriga fick betala full kostnad för test och intyg.

För obligatorisk testning efter inresa till Åland från utlandet skrevs 26.7.21 avtal med Medimar om utförande av provtagning, analys och utgivande av intyg i enlighet med temporär ändring i smittskyddslagen (16a-16g, 87a och 89a §), vilket sedan förlängdes med hänvisning till förlängning av de temporära ändringarna i smittskyddslagen. Dessa test var kostnadsfria för de inresande, och finansierades från finska staten. Administration av testresultat och intyg utfördes med hjälp av tjänsten Finentry. Medimar gavs även under avtalsperioden i uppdrag att utföra slumpmässiga hälsosäkerhetskontroller av inresande i hamnar och på flygplatsen.

3.1.3. Medicinsk handläggning vid hälsocentralens infektionsmottagning och på sjukhuset

På hälsocentralen ökade behovet av rådgivning i covid-19 relaterade frågor snabbt redan i pandemins början. 14.3.2020 inrättades en rådgivningstelefon. En kort tid därefter utvidgas telefonin till en egen telefonkö med särskild personal. Samtidigt beslutades att starta en "coronamottagning", för att kunna bedöma personer med befarad smitta av covid-19 under säkra förhållanden. Denna var i gång i separata mottagningsutrymmen från 16.3.2020. Alla patienter med någon typ av infektionssymtom styrdes till den mottagningen, för att undvika exponering inom den övriga hälsocentralverksamheten. På infektionsmottagningen möttes patienterna alltid av personal i full skyddsutrustning. Coronamottagningen bytte namn till Hälsocentralens infektionsmottagning 20.4.2021, eftersom alla typer av infektionssjukdomar hanterades där.

Covid-19 provtagning utfördes på infektionsmottagningen i samband med besök hos sjukskötare. För patienter som inte behövde en klinisk bedömning utfördes provtagningen utomhus. 20.4.2021 – 14.12.2021 fungerande provtagningen i ett tält framför sjukhuset. Därefter öppnade drive-in provtagning i en kiosk på sjukhusområdet, vilket gjorde arrangemangen smidigare för både patienter och personal. Behovet av provtagning varierade kraftigt beroende på smittläget. ÅHS bemannade flexibelt mottagningen så att provtagning oftast gick att verkställa inom 1 dygn (periodvis upp till 3). Det var särskilt utmanande under perioden 1.1 – 31.3.2022, då över 24 000 prover togs.

Personer med bekräftad covid-19 smitta styrdes alltid till infektionsmottagningens läkare för daglig uppföljning per telefon. När kunskapen om sjukdomen ökade kunde uppföljningsrutinerna lättas, så att endast de svårast sjuka följdes regelbundet. På infektionsmottagningen kunde patienter med

andningssvårigheter låna mätare av syremättnad i blodet. Till patienter med risk för blodpropp gavs antikoagulerande läkemedel. Vid behov gjorde personalen även hembesök.

Den inläggande sjukhusvården utfördes enligt rådande riktlinjer och innefattade t.ex. syrgasbehandling, blodförtunnande medicinering, kortison samt i utvalda fall och efter samråd med ÅUCS, immunmodulerande medicinering (Tocilizumab). Majoriteten av patienterna vårdades i en särskild covidmodul på medicinavdelningen där de isolerades och all personal använde full skyddsutrustning. Detta för att undvika smittspridning till övriga patienter och personal. Initialt under pandemin omorganiserades kirurgavdelningen till en covidavdelning, för att senare ersättas av covidmodulen på medicin. De patienter som behövde IVA-vård vårdades under liknande former på covid-IVA som skapades under pandemin. På IVA finns mera övervakningsmöjligheter och andningsunderstöd, även om ingen av patienterna behövde respiratorvård. Endast en patient behövde föras till ÅUCS för mera avancerad vård. Några patienter, hemmahörande på annan ort, transporterades till sina hemortssjukhus. ÅHS deltog i en forskningsstudie kring immunmodulerande mediciner (Tocilizumab) vid behandling av covid-19. Studien skedde i samarbete med ÅUCS och visade goda resultat. De sjukhusvårdade patienter som behövde uppföljning efter utskrivningen följdes upp i specialsjukvården, i huvudsak av infektionsläkaren och lungläkaren. För vissa patienter har återhämtningen varit lång och krävande med behov av stöd av covidteamet på Rehab eller andra specialister. En del patienter har också följts via hälsocentralen eller företagsvården.

3.1.4. Isolering, smittspårning och karantän

Smittspårningen hanterades av hälsocentralens smittskyddsteam, där en läkare i tjänsteförhållande enligt lagen om smittsamma sjukdomar är ansvarig för bekämpningen av smittsamma sjukdomar. På ÅHS innehas den rollen av klinikchefen. Några sjukskötare hade även tidigare haft ansvar för smittspårning av de sjukdomar som listas i smittskyddslagen. I praktiken hade smittspårning tidigare oftast handlat om chlamydia och tuberkulos. Dessa sjukdomar är till sin karaktär annorlunda än covid-19. Framför kräver de inte lika snabb smittspårning. Med covid-19 blev tidig smittspårning avgörande för att kunna fånga in positiva fall och isolera dem samt sätta exponerade i karantän.

När epidemin framskred tilldelades fler läkare ett delegerat ansvar som smittskyddsansvariga och ett jourssystem inrättades så att det alltid fanns en smittskyddsläkare och två sjukskötare i beredskap. Smittspårningen skedde oftast utanför tjänstetid, eftersom analyssvaren vanligtvis kom in under eftermiddagen. Man ville så snabbt som möjligt nå de smittade personligen och fatta beslut enligt smittskyddslagen om isolering och spåra deras kontakter (som grundregel personer som exponerats i minst 15 minuter på nära avstånd) och fatta beslut om karantän för dessa.

Smittspårningsteamet följde de instruktioner som THL tillhandahöll, vilka uppdaterades vid flera tillfällen. I början av pandemin hade det åländska teamet stor hjälp av smittspårningsansvariga läkarna vid ÅUCS, som hade utvecklat fler rutiner på området. Det åländska smittspårningsteamet samlade även mycket stor egen erfarenhet under pandemins gång.

Fram till januari 2022 kontaktades alla som testats positivt för covid-19 personligen av smittskyddsläkare. Tiden för isolering varierade beroende på THLs instruktioner. Som mest var den rutinemässiga isoleringstiden 14 dagar och som minst 5 dagar. Även tiden för karantän varierade. Detta berodde också på att kunskapen ökade om hur lång inkubationstiden är och om hur länge viruset smittar under sjukdomstiden.

När omikronperioden började den 27 december blev det omöjligt att upprätthålla de tidigare rutinerna. Det visade sig också snabbt att ytterst få patienter blev allvarligt sjuka, och även att spridningen var så snabb att det var omöjligt att stoppa spridningen av smittan, även om ÅHS utökade provtagningskapaciteten, så att inte fördröjningar skulle uppstå. Den första veckan i januari 2022 togs 3 635 covidtest på ÅHS, jämfört med ett veckomedeltal på ca 600 under december 2021. Smittspårningspersonalen utökades kreativt under de första veckorna i januari. Trots detta fortsatte smittspridningen. I flera steg minskades sedan smittspårningsaktiviteten ner, så att ÅHS från och med februari 2022 enbart smittspårade fall av covid-19 på äldreboenden och sjukhusavdelningar. Karantän för andra som exponerats utfärdades inte längre, eftersom sådana begränsande åtgärder enligt smittskyddslagen endast får användas om de är nödvändiga för att förhindra smittspridning, vilket de inte bedömdes göra i detta skede av pandemin.

3.1.5. Smittskyddsåtgärder inom vård och omsorg

Hygien, Infektion- och smittskyddsverksamheten (HIS) vid ÅHS följde med pandemiutvecklingen från och med de första rapporterna från Wuhan och höll första föreläsningen om det nya viruset i slutet av januari inom ÅHS. I början av februari 2020 startades övningar för användning av skyddsutrustning för personal i frontlinjen, dvs, akuten, hälsocentralen (HC), medicinavdelningen och IVA. Klädövningarna fortsatte regelbundet och utvidgats till olika personalgrupper under pandemin. Rekommendationerna gällande skyddsutrustning baserades hela tiden på nationella riktlinjer och övrig omvärldsbevakning. Flera handläggningsplaner och manualer producerades för internt och externt bruk. Dokumenten var hela tiden levande beroende på nationella riktlinjer, det epidemiologiska läget och kunskapen om det nya viruset.

Regelbundna sjukhusövergripande möten startades i februari 2020 för att utarbeta interna beredskapsplaner och strategier. Landskapsläkaren och ÅHS ledning inbjöds och en covid-19 operativ ledningsgrupp skapades. I början av mars 2020 skapades en sambandscentral i konferensen där hygienskötaren och infektionsläkaren var verksamma för att öka tillgängligheten och skapa riktlinjer tillsammans med de olika verksamheterna. HIS besökte kontinuerligt och informerade alla verksamhetspunkter inom ÅHS. ÅHS deltog i veckovisa möten med THL och TYKS för uppdatering samt deltog i webbaserad vetenskaplig uppdatering om covid-19 via Svenska Infektionsläkarföreningen. ÅHS deltag även i regelbundna möten om covid-19 vaccinationer med THL och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt.

ÅHS bistod även med skyddsutrustning och utbildningar i hygienrutiner utanför sitt eget verksamhetsområde. Alla vårdgivare i offentlig sektor i landskapet fick besök av ÅHS första gången i maj 2020 för att få hygien- och städinstruktioner på plats. Regelbundna webb-möten med alla externa vårdgivare på Åland, inom äldreomsorg och omsorg samt kontakt till skolor och bussbolag för de pendlare eleverna (ålder 12 och uppåt), hölls under hela pandemin. En video med klädövningar och munskyddsanvändning distribuerades.

Efterfrågan på skyddsutrustning var stor under hela utvärderingsperioden. På Åland ingick alla externa offentliga vårdinrättningarna i ÅHS upphandlingsring gällande skyddsmaterial. Detta underlättade deras tillgång till skyddsmaterial. Till skolor samt pendlare elever (över 12 år) distribuerades kirurgiska mun- och nässkydd via ÅHS. Likaså till kollektivtrafiken (buss/skargårdsfärjorna). Materialet skaffades av ÅHS och logistiken sköttes via Ålandstrafiken. Fixtjänst hjälpte med packningen. Privata social- och sjukvårdvårdaktörer, inklusive privata tandläkare, fick själva införskaffa skyddsutrustning.

3.1.6. Vaccinationer

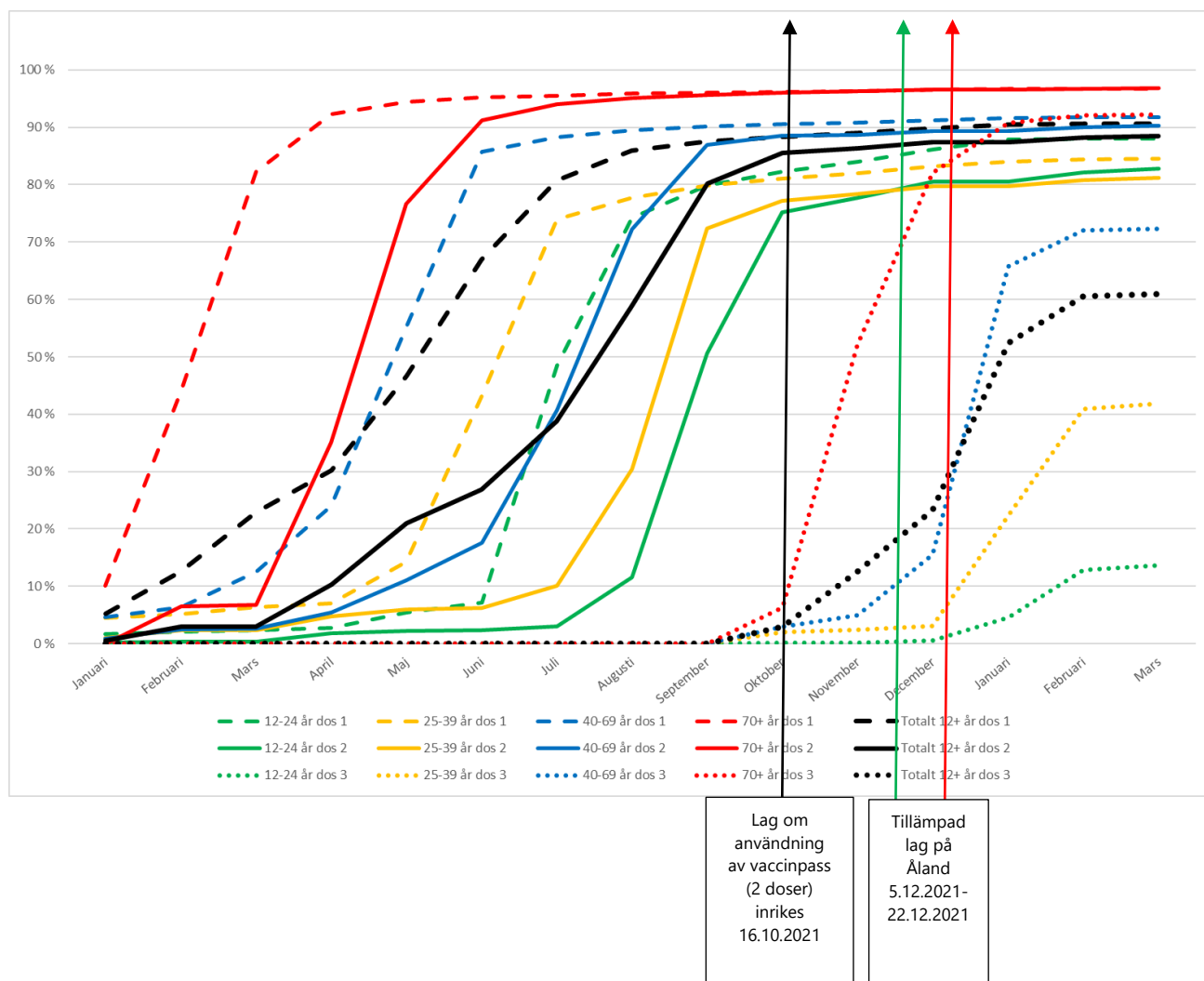
De första försändelserna av BionTech/Pfizers vaccin kom till Finland i slutet av december 2020. På Åland inleddes vaccineringen av prioriterade personalgrupper inom ÅHS 4.1.2021. Ett stort debattämne vid den tiden var vilka grupper som skulle anses prioriterade, eftersom statsrådets förordning om frivilliga covid-19-vaccinationer (FFS 1105/2020) och THLs tillhörande anvisningar lämnade möjlighet till tolkningar, och reviderades flera gånger (se avsnitt 5.2). De först prioriterade grupperna var personal som vårdar personer med hög risk att utveckla allvarlig covid-19, men också personal som i hög grad var utsatta för viruset samt personal i vissa kritiska grupper, eftersom man ville säkra sjukvårdens bärkraft. Därefter startade vaccinering av personal och boende inom äldreomsorg (tabell 2). Denna vaccination skedde riktat enligt intern prioritering inom ÅHS och på plats inom äldreomsorgen.

Den 30.1.2021 öppnade vaccinationerna för allmänheten, först för de äldsta i befolkningen. Under början av 2021 användes även Astra Zenecas vaccin. Användningen av de vaccinet begränsades i april 2021 till enbart äldre personer, eftersom man noterat en risk för en ovanlig, men potentiellt allvarlig biverkning hos yngre. Vaccinationerna ägde rum i ÅHS lokaler initialt, men under tiden 1.5.2021 – 31.3.2022 hyrde Fastighetsverket lokaler i Sviby av Åland Post för vaccinationsmottagningens behov.

Tabell 2. Startdatum för vaccination av olika grupper på Åland

Grupp	Dos 1 & 2	Dos 3	Dos 4
Personal inom hälso- och sjukvård	4.1.2021		
Personal inom äldreomsorg	19.1.2021		
Boende inom äldreomsorg	19.1.2021	1.11.2021	27.3.2022
80 år (och närstående vårdare dos 1 & 2)	30.1.2021	1.11.2021	27.3.2022
75–79 år (och närstående vårdare dos 1 & 2)	20.2.2021	1.11.2021	
70–75 år (och närstående vårdare dos 1 & 2)	2.3.2021	1.11.2021	
Yngre än 70 år i medicinsk riskgrupp 1	22.2.2021	29.11.2021	12.1.2022
Yngre än 70 år i medicinsk riskgrupp 2	13.4.2021	29.11.2021	12.1.2022
Personer med nedsatt immunförsvar		30.9.2021	12.1.2022
65 år och äldre	17.4.2021	30.11.2021	
40 år och äldre	17.4.2021	5.1.2022	
30 år och äldre	17.4.2021	10.1.2022	
18 år och äldre	17.4.2021	8.2.2022	
16 år och äldre	22.6.2021	15.3.2022	
12 år och äldre	7.8.2021	15.3.2022	
Barn 5–11 år i riskgrupp	7.1.2022		
Barn 5–11 år	11.1.2022		
De med för kort intervall mellan dos 1 och 2		23.9.2021	

Trend för vaccinationstäckning med dos ett, två och tre i olika åldersgrupper visas i figur 10. Initialt var vaccintillgänglighet mycket begränsad och efterfrågan översteg tillgången fram till hösten 2021. Trenden för täckningsgraden av respektive dos i de olika åldersgrupperna var nära korrelerade till tidpunkt då vaccin blev tillgängliga för respektive grupp.



Figur 10. Trend för vaccinationstäckning med dos ett, två och tre i olika åldersgrupper

3.2. Åtgärder på samhällsnivå

Ett stort antal åtgärder vidtogs på samhällsnivå under de första två pandemiåren på Åland enligt de principer och beslutsprocesser som beskrivs i bakgrundsavsnittet. Tabell 3 summerar schematiskt tidslinjerna för de olika åtgärderna. En mer detaljerad beskrivning av de bedömningar som åtgärderna grundades på samt tolkning av åtgärdernas potentiella effekter ges i avsnitt 5. Besluten finns listade i bilaga 1.








Tabell 3. Pandemibekämpningsåtgärder på samhällsnivå på Åland vid olika tidpunkter. Hela månader har markerats efter vad som gällde flest dagar under månaden. För detaljer och exakta datum se bilaga 1.

	2020												2021												2022		
	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Mars		
Rekommendationer																											
Personer över 70 år förpliktats att undvika kontakter																											
Distansarbete																											
Distansundervisning högskolan*																											
Distansundervisning gymnasium**																											
Mun- och nässkydd i kollektivtrafik																											
Mun- och nässkydd på allmän plats inomhus																											
Mun- och nässkydd i skolan																											
Begränsa hobbyverksamhet (maxantal)																											
Begränsa privata tillställningar (maxantal)																											
Karantän efter inresa från riskområde i utlandet (antal dagar)	14	14	14	14	14	14	14	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			
Tvingande begränsningar med stöd i smittskyddslagen																											
Stängning högskolestadium																											
Stängning årskurs 1-6																											
Stängning årskurs 1-3 och barnomsorg																											
Begränsa offentliga tillställningar och sammankomster (maxantal)	500/10	10	10	50	50	500	500	50	50	20	20	10	0/10	10	20	20	50	50	50	50	50	50	0	50/fritt			
Begränsa restauranger (senast alkoholförsäljningstid/stängningstid)		Stängda	Stängda	22/23	01/02			24/01	24/01	24/01	22/23	24/01	Stängda	22/23	24/01	01/02	24/01			17/18	17/18	23/24					
58d§, förpliktade skyldigheter för kund- och deltagarutrymmen																											
Besöksförbud inom äldreomsorg																											
Möjlighet att kräva covidintyg vid restaurangbesök																											
Undantagsförhållanden och ändringar i Finlands smittskyddslag (datum för ikrafttagande)																											
Undantagsstillstånd (se avsnitt 1.2.1 för beskrivning)	16.3.2020																										
Inreseförbud för vissa (EUs inre gräns), ej enligt smittskyddslagen	16.3.2021																										
58 a-b § Temporär begränsning av förplagnadsrörelser			1.6.2020																								
43 a-i § Mobilapplikation för smittspårning - informationssystem							31.8.2020																				
§ 58 c-h , skyldigheter för verksamheter med kundutrymmen											22.2.2021																
16 § Obligatorisk hälsokontroll - t.ex. vid inresa														29.3.2021													
16 a - g § Covid-19-intyg och/eller test vid ankomst till Finland																	12.7.2021										
58 i-m §, nationell tillämpning av EU:s digitala covidintyg																				16.10.2021							
48 a §, covid-19 vaccinkrav inom social- och hälsovården																							1.1.2022				

*Markeringen gäller Högskolan på Ålands egna anvisningar. Högskolan hade periodvis distansundervisning eller hybridundervisning även under perioder då landskapsregeringen inte rekommenderade detta. Vissa undantag har gällt, t.ex. för praktiska kursmoment och kurser för första årets studerande.

**Ålands lyceum, Ålands yrkesgymnasium, Ålands musikinstitut och Ålands medborgarinstitut

Färgkodning

	Ingen begränsning/rekommendation i kraft
	Begränsningar beslutade av Ålands landskapsregering (undantaget distansundervisning i högskolan*)
	Begränsning gäller endast Inomhus (gällande beslut fattade av Ålands landskapsregering)
	Barn och unga undantagna (gällande beslut fattade av Ålands landskapsregering)
	Maxgräns får överskridas under förutsättning att säkerheten kan garanteras (gällande beslut fattade av Ålands landskapsregering)
	Begränsning beslutad av Finlands regering eller där Ålands landskapsregering förpliktats att fatta beslut
	Temporära tillägg i smittskyddslagen beslutade av Finlands riksdag (vissa var beroende av förordning och kopplade till specifika kriterier för att vara i kraft, vissa krävde beslut av Ålands landskapsregering)

4. Pandemins utveckling på Åland

4.1. Antal fall och antal testade

Under hela tvåårsperioden registrerades 8 024 fall på Åland, motsvarande 26,6% av befolkningen. Av dessa var 153 fall av återinsjuknanden efter tidigare genomgången covid-19. Figur 11 visar 14-dagarsincidensen på Åland jämfört med hela Finland under hela perioden samt separat till och med vecka 51 år 2021 (separat för perioderna då ursprungsvarianten (Wuhan-), alpha- och deltavarianterna dominerade för att bättre illustrera detaljerna i hur epidemisituationen då ändrades över tid).

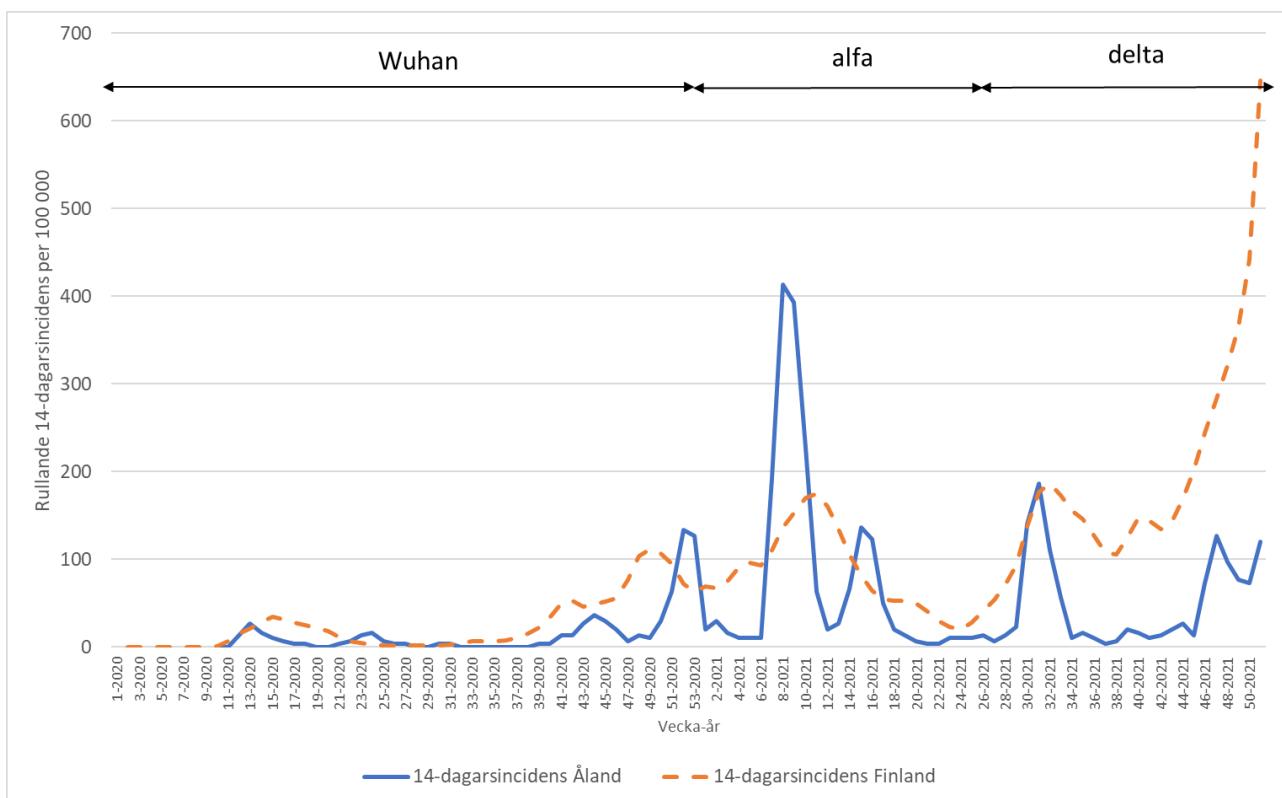
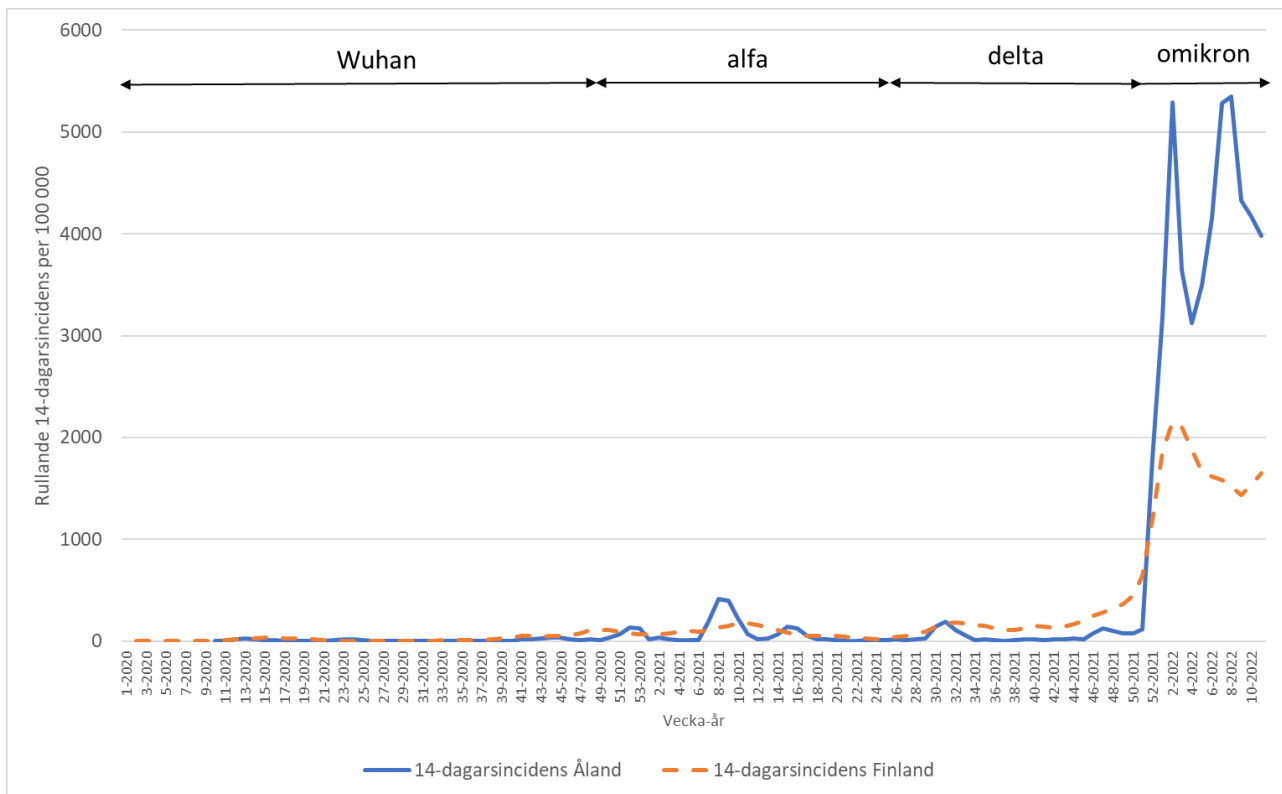
Till och med vecka 51 år 2021 hade 597 fall registrerats, vilket motsvarade 2,0% av befolkningen. Detta kan jämföras med att 4,4% (242 883 fall) av hela Finlands befolkning hade diagnostiserats med covid-19 under samma period. Som framgår av figur 11 var 14-dagarsincidensen lägre på Åland än i hela Finland under denna period, med undantag för några korta perioder

Den kumulativa incidensen av bekräftade covid-19 fall var låg fram till slutet av år 2021 jämfört med de flesta andra regioner i Europa och Norden, men liknade den kumulativa incidensen i andra regioner i Finland utanför storstadsområdena (figur 12).

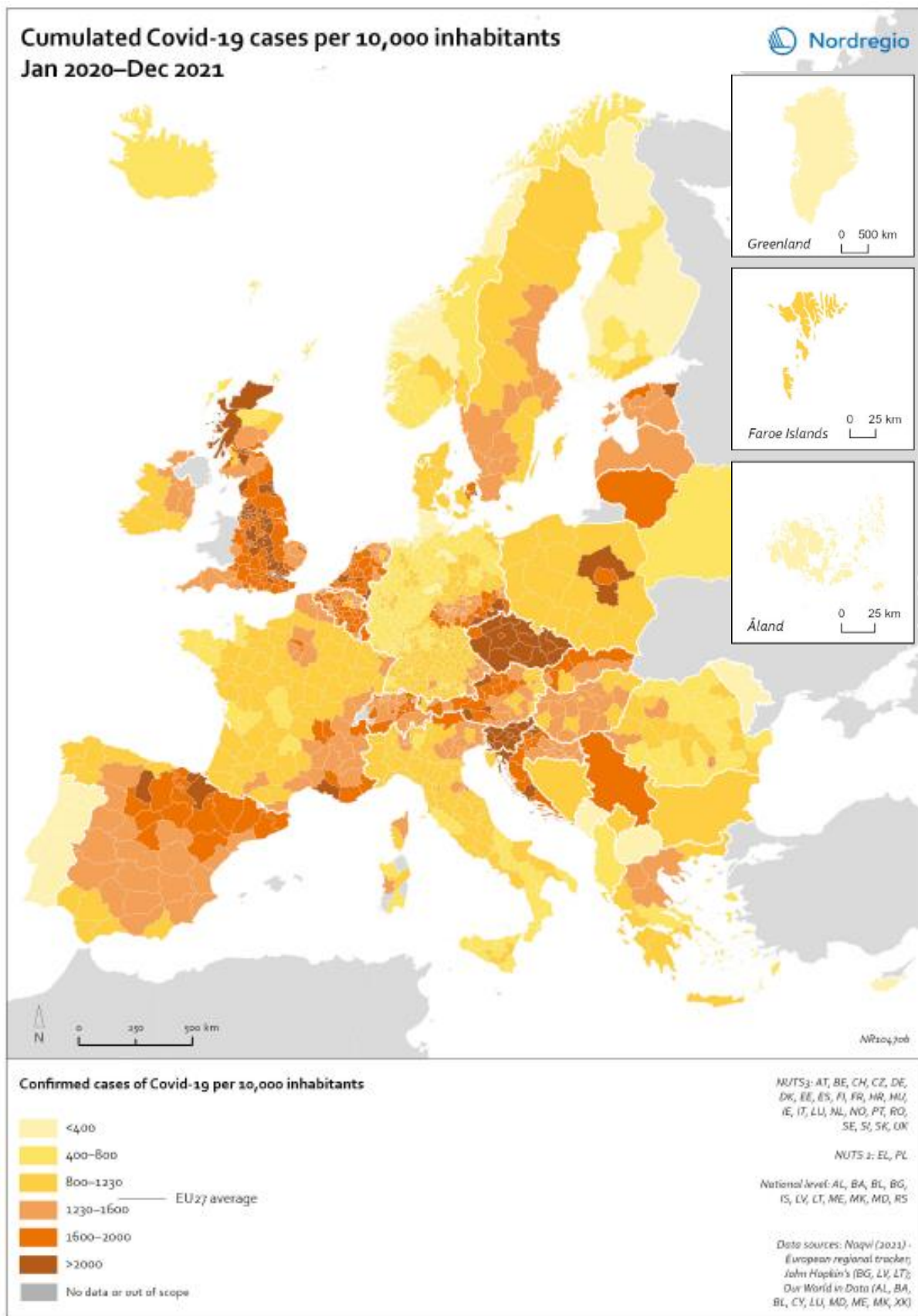
Från och med vecka 52 år 2021 till 20.3.2022 registrerades 7 426 fall på Åland (93% av samtliga fall som registrerades under hela tvåårsperioden), motsvarande 24,6% av Ålands befolkning. Under denna period då omikronvarianten tog över helt var motsvarande siffra för hela Finland 10,3% av befolkningen.

Under hela tvåårsperioden registrerades således betydligt fler fall i förhållande till befolkningsstorleken på Åland (26,7%) än i hela Finland (14,7%), vilket förklaras av att incidensen av registrerade fall under omikronperioden var avsevärt högre på Åland än i övriga Finland (figur 11). Mörkertalet var emellertid sannolikt mycket högt under denna period då testkapaciteten i Finland inte räckte till. Befolkningen rekommenderades att använda hemtest och endast kontakta sjukvården för att få ett verifierande test i vissa situationer. Antalet personer som testades positivt i hemmet utan att bli registrerade är okänt, men det är troligt att mörkertalet var betydligt lägre på Åland än i övriga Finland eftersom testkapacitet räckte till för alla som önskade test med undantag för en kort period i januari 2022.

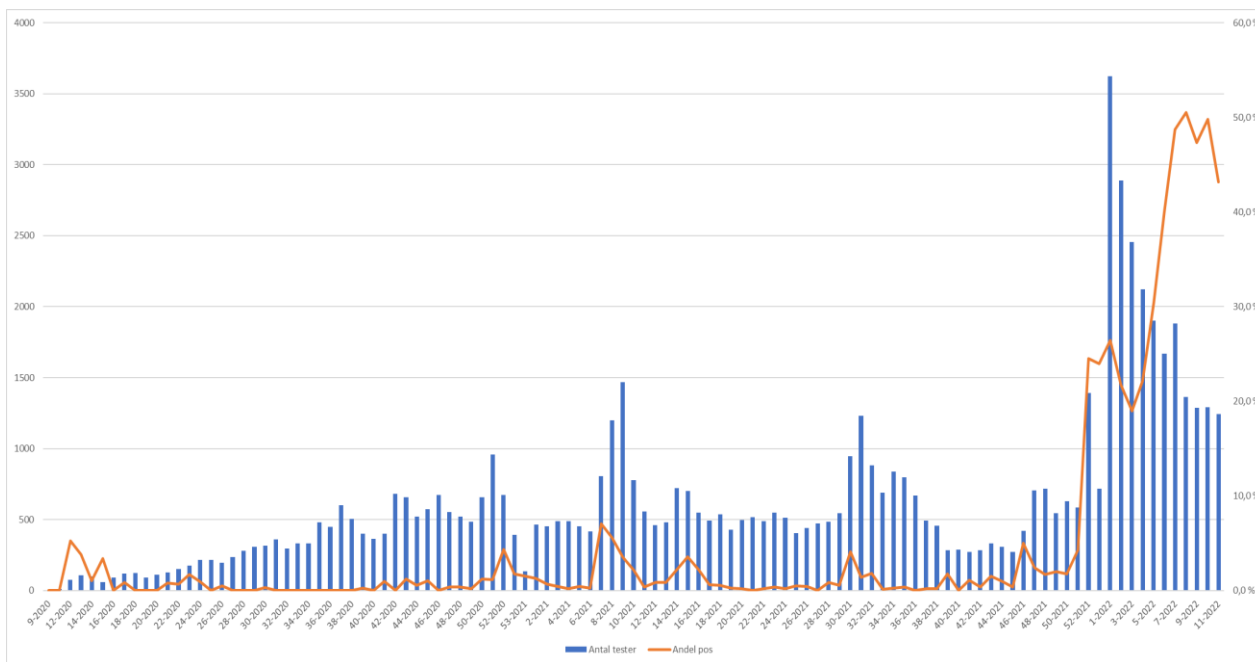
Endast PCR test användes vid provtagning i offentlig regi och som grund för diagnos vid ÅHS. Provtagningen var under hela perioden väsentligen centraliserad till ÅHS. Testanalyser gjordes dels på ÅHS, dels på det privata laboratoriet Bimelix Biomedical Laboratory som rapporterade resultaten till ÅHS. Figur 13 visar antal PCR-test tagna vid ÅHS samt andelen positiva per vecka. Sammanlagt togs 68 412 tester under tvåårsperioden och 24 339 personer (81% av befolkningen) testades minst en gång. Många testades således flera gånger. Screeningstestning (PCR och antigen test) av symptomfria för testintyg (t.ex. vid utrikesresa) samt testning efter inresa till Åland från utlandet gjordes via Medimar och redovisas separat i avsnitt 4.4.2. nedan. Antalet hemtest (främst antigen test) och resultat av dessa är okänt.



Figur 11. 14-dagarsincidensen på Åland respektive i hela Finland för hela perioden (övre bilden), samt separat till och med vecka 51 år 2021 (nedre bilden). Källa: THL, <https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/epirapo>. Nedladdat 21.3.2022



Figur 12. Kumulativa incidensen av bekräftade covid-19 fall januari 2020 till december 2021 i olika regioner i Europa. Observera att den kumulativa incidensen (sammanlagt antal fall per capita under hela perioden) i denna figur anges per 10 000 invånare. Under denna period var den kumulativa incidensen på Åland 312/10 000 invånare. Källa: Nordregio, 2022



Figur 13. Antal PCR tester tagna via ÅHS (blå staplar) och andel positiva tester per vecka (orange linje).

4.1.1. Fallens köns- och åldersfördelning

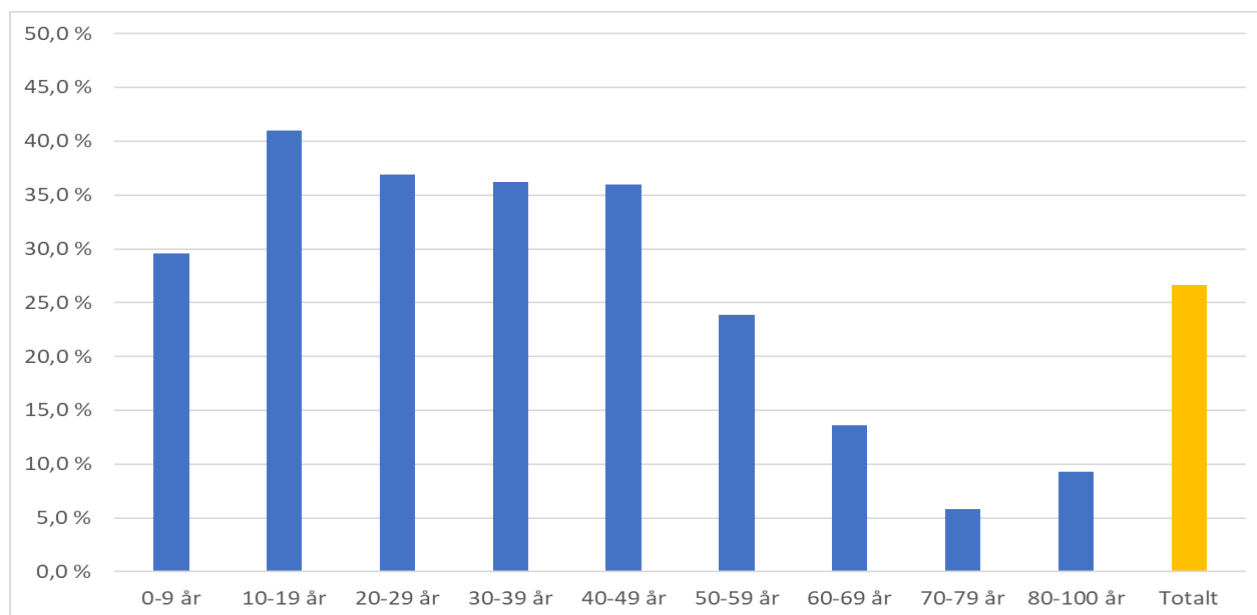
Under hela tvåårsperioden var det högre andel kvinnor (57,6%) än män (42,4%) bland dem som uppsökte sjukvården för provtagning för covid-19. Fördelningen av positiva provsvar var däremot ganska jämnt. Av de 8 024 bekräftade fallen var 4 164 (51,9%) kvinnor och 3 859 (48,1% män). Detta innebar att andelen positiva i förhållande till antal provtagningar var något högre bland män (13,7%) än bland kvinnor (10,9%).

Den kumulativa incidensen var under hela tvåårsperioden betydligt lägre bland äldre än bland yngre personer på Åland (figur 14). Över en tredjedel av befolkning mellan 10 och 49 år hade bekräftats smittade minst en gång till i slutet av mars 2022.

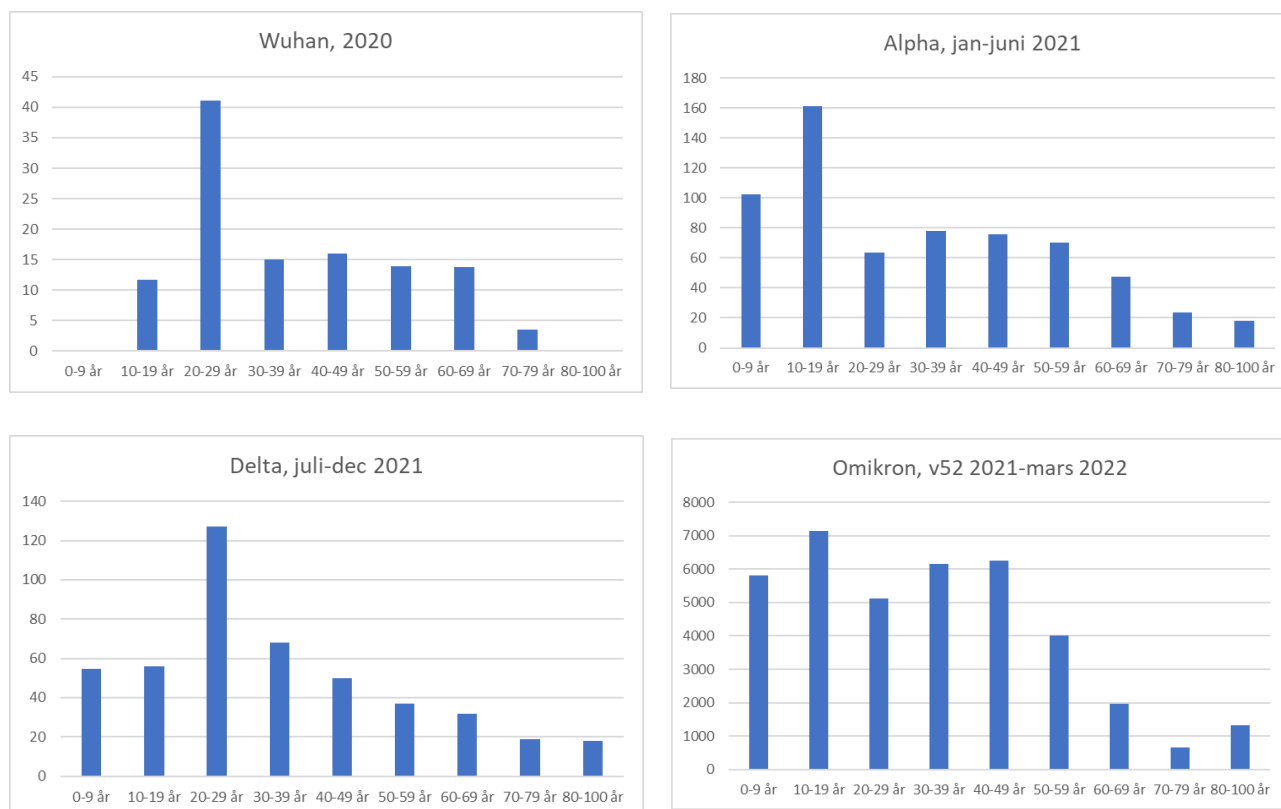
Åldersfördelningen för hela tvåårsperioden dominerades starkt av åldersfördelningen under omikronperioden då incidensen var betydligt högre i alla åldersgrupper än under tidigare perioder. Om man delar upp i olika perioder framträder viss variation. I figur 15 redovisas medelincidens per 14-dagar under de fyra olika tidperioderna som definierats i metodavsnittet.

Under år 2020 var incidensen betydligt högre i åldersgruppen 20-29 år än andra grupper. Under denna period var det relativt fler fall kopplade till resor, framför allt bland personer som studerade utomlands samt arbetspendlare, grupper som är överrepresenterade av unga vuxna. Under första hälften av 2021 var incidensen högst bland personer under 19 år. Denna period dominerades av ett stort utbrott med förgreningar till flera grundskolor. Under andra hälften av 2021 dominerade igen åldersgruppen 20-29 år, då det största smittklustret var kopplat till sommarenemang, samt indirekt till resor. Under den stora omikronvågen blev smittspridningen omfattande i alla åldersgrupper, men fortsatt betydligt lägre bland de äldre än de yngre. Den högre incidensen

under omikronperioden bland personer äldre än 80 år än personer i åldern 70-79 år kan förklaras av ett antal utbrott på äldreboenden med systematisk testning av alla klienter.



Figur 14. Kumulativ incidens i procent till och med 20 mars 2022 i olika åldersgrupper.



Figur 15. Covid-19 14-dagarsincidens per 100 000 i medeltal i olika åldersgrupper under olika perioder på Åland. Observera att skalan på y-axeln varierar mellan tidsperioderna.

4.1.2. Fallens vaccinationsstatus

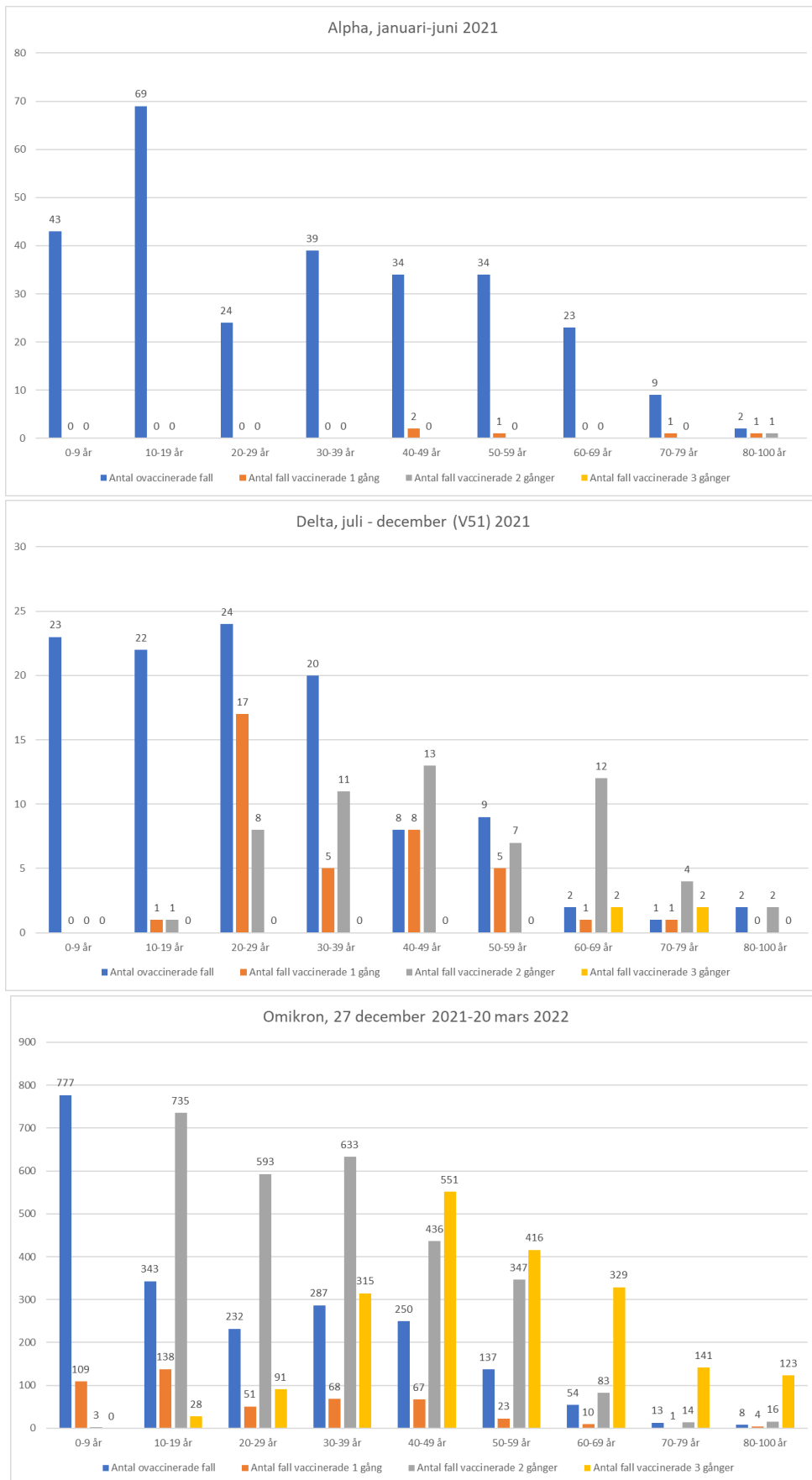
Antalet bekräftade fall bland ovaccinerade personer, respektive bland personer som vaccinerats en, två eller tre gånger under alpha-, delta- och omikronperioden visas i figur 16. Antalet bekräftade fall i varje grupp under respektive period var starkt kopplat till vaccinationstäckningen under de olika perioderna (se figur 10). Allteftersom täckningsgraden ökade steg även andelen av de bekräftade fallen som var vaccinerade (på grund av så kallade genombrottsinfektioner). Under deltaperioden blev det alltmer uppenbart att genombrottsinfektioner var vanliga och under omikronperioden blev detta än mer tydligt. Under alphaperioden var endast 2% av fallen vaccinerade. Under deltaperioden var 47% av fallen vaccinerade (30% minst 2 gånger). Under omikronperioden var 72% av fallen vaccinerade (6% en gång, 39% två gånger och 27% tre gånger).

Under 2021 genererades omfattande internationell evidens för att vaccinskyddet mot lindrig men smittsam covid-19 var begränsat med en dos och att skyddet avtog ganska snabbt även efter två doser. Vaccinskyddet mot lindrig men smittsam covid-19 visade sig också vara sämre mot nya virusvarianter. Det blev tydligt med deltavarianten och än mer uppenbart när omikronvarianten tog över. Detta blev även tydligt på Åland. Figur 17 visar incidensen av covid-19 bland ovaccinerade och vaccinerade en, två eller tre gånger under alpha-, delta- och omikronperioden. I denna analys har antalet fall dividerats med antalet personer i befolkningen i respektive åldersgrupp som var ovaccinerade, respektive vaccinerade en, två eller tre gånger under de olika tidsperioderna (baserat på data från vaccinationsregistret). Incidensen omräknades till medelincidens per 14 dagar och 100 000 personer för att korrigera för att perioderna var olika långa.

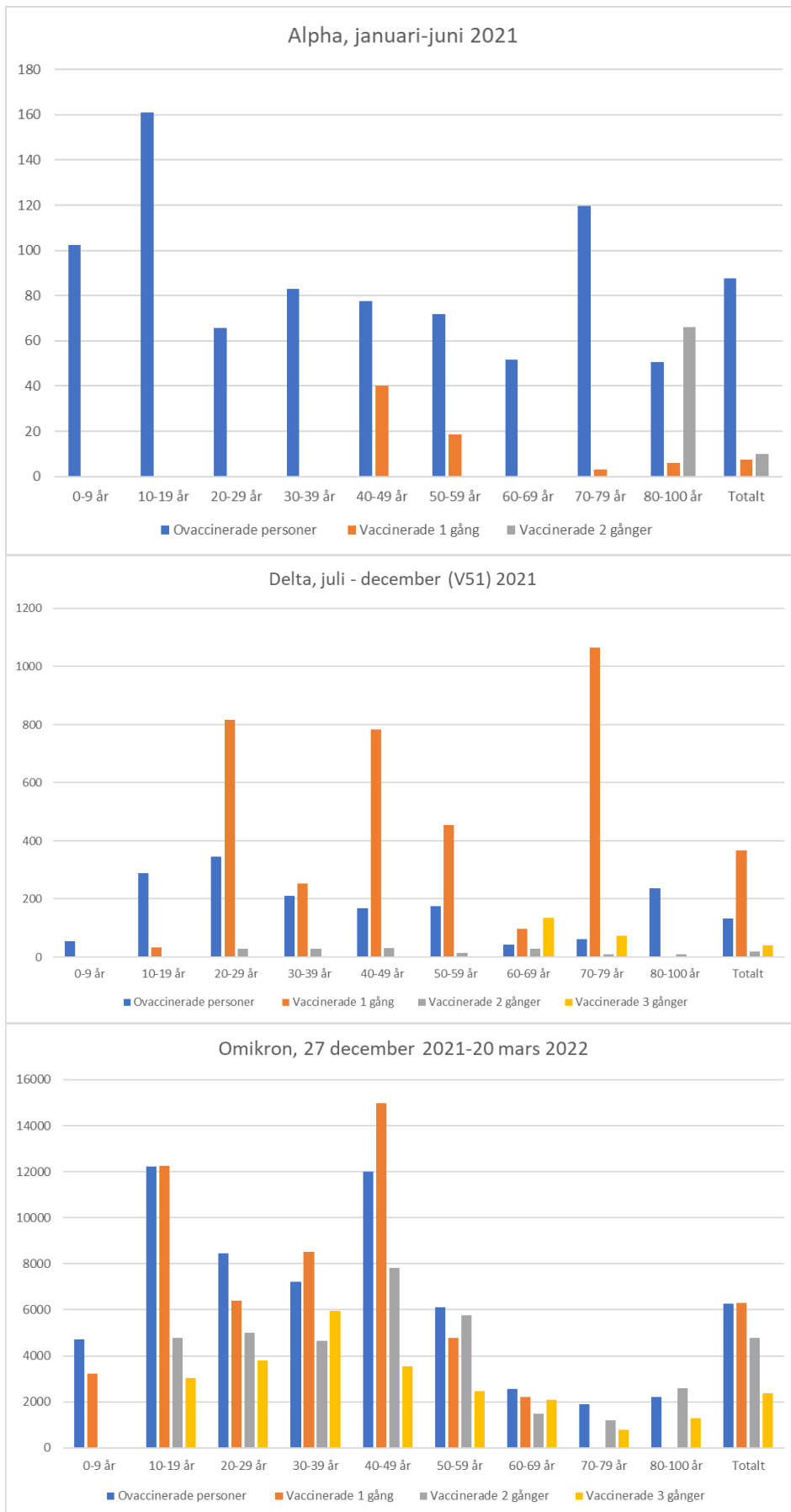
Under alphaperioden var det mycket få fall i de äldre åldersgrupperna och incidensen i dessa grupper är därför statistiskt osäker. I övriga grupper fanns en tendens att även en dos gav gott skydd mot infektion. Mycket få (<5%) av personer under 70 år hade vaccinerats två gånger under denna period. Under deltaperioden var incidensen högre bland personer som vaccinerats en gång än bland ovaccinerade. Orsaken till detta är oklar, men kan eventuellt förklaras av mer oförsiktigare beteende efter vaccinering. Incidensen var betydligt lägre bland personer som vaccinerats två gånger än både ovaccinerade och de som vaccinerats en gång. Bland det fåtal personer som vaccinerats tre gånger under denna period var incidensen emellertid inte lägre än bland ovaccinerade, vilket sannolikt förklaras av att dessa utslutande var personer som var över 80 år eller tillhörde en högriskgrupp med försämrat immunförsvar. Under omikronperioden fanns en tendens i alla åldersgrupper att en dos vaccin gav dåligt skydd, två doser gav ett begränsat skydd och tre doser ett ofullständigt skydd mot lindrig men smittsam covid-19.

Sammanfattningsvis styrker data från Åland det som observerats i internationell forskning;

- En dos vaccination skyddade dåligt mot smitta och lindrig men smittsam infektion, särskilt mot nya virusvarianter.
- Två doser gav visst skydd mot smitta och lindrig infektion, men skyddet var sämre mot nya virusvarianter och avtog över tid.
- Inte ens tre doser gav ett fullständigt skydd mot smitta och lindrig infektion, särskilt inte mot omikronvarianten.



Figur 16. Antal bekräftade fall av covid-19 bland ovaccinerade, samt vaccinerade en, två eller tre gånger under alpha-, delta- respektive omikronperioden. (Under år 2020 var ingen vaccinerad).



Figur 17. Medelincidens per 14 dagar och 100 000 av bekräftade fall bland ovaccinerade, samt vaccinerade en, två eller tre gånger under alpha, delta respektive omikron perioden

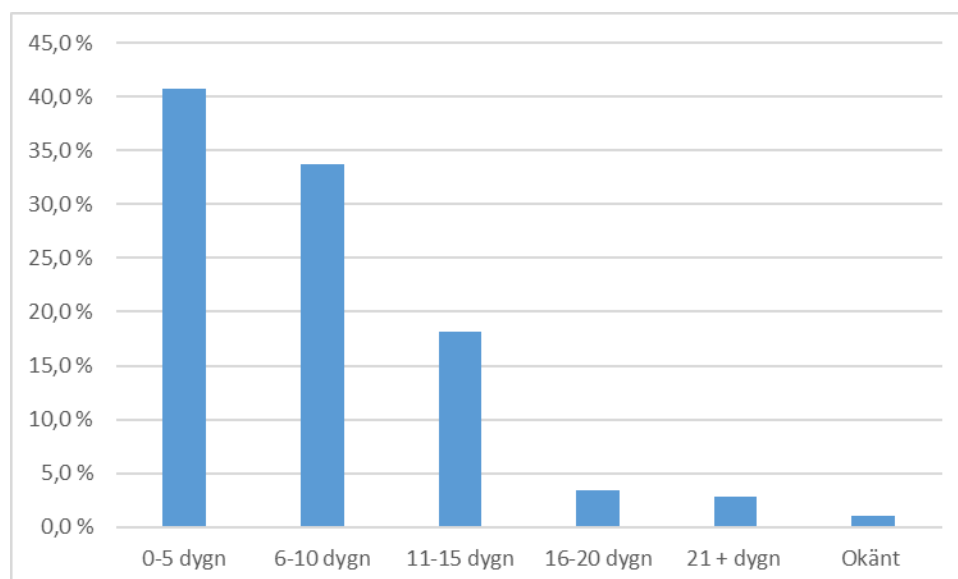
4.2. Sjuklighet och dödlighet

Av samtliga 8 024 registrerade fall vårdades 67 (0,83%) på sjukhus och 11 (0,14%) på IVA, varav ingen i respirator. Mer än 99% av fallen vårdades således i hemmet (inklusive institutionsboende). Av hela Ålands befolkning vårdades 0,22% på sjukhus och 0,04% på IVA på grund av covid-19 under pandemins första två år.

Ingen dog av eller med covid-19 på Åland år 2020 eller 2021. Det första dödsfallet kopplat till covid-19 inträffade på Åland i januari 2022. Av alla som diagnostiserades med covid-19 under utvärderingsperioden avled totalt 13 personer (inom 30 dagar efter att ha testats positivt för covid-19), vilket utgjorde 0,16% av fallen med bekräftad covid-19. Under pandemins första två år avled 0,043% av Åland befolkning på grund av eller med covid-19.

Av integritetsskäl redovisas inga detaljer om dessa dödsfall med tanke på att de var så få. Samtliga var över 80 år, eller hade grundsjukdom som kraftigt ökar risken för allvarlig covid-19, eller var ovaccinerade. 60% var kvinnor. 70% var boende på institutionsboende för äldre, varav de flesta inte bedömdes vara betjänta av sjukhusvård. Endast 40% av samtliga dödsfall vårdades på sjukhus på grund av covid-19.

Av samtliga som insjuknade innan omikronperioden hade 41% symtom i högst 5 dygn och 75% symtom i högst 10 dygn (figur 18). 42% hade hosta, 36% feber, 12% smak- och luktbortfall och 12% hade andningsbesvär. Denna analys gjordes för samtliga som diagnostiserats med covid-19 fram till 30.10.2021. Under omikronperioden gjordes ingen detaljerad analys, men överlag var bedömningen att de som insjuknade under omikronperioden hade lindrigare och mer kortvariga symtom än tidigare under pandemin.



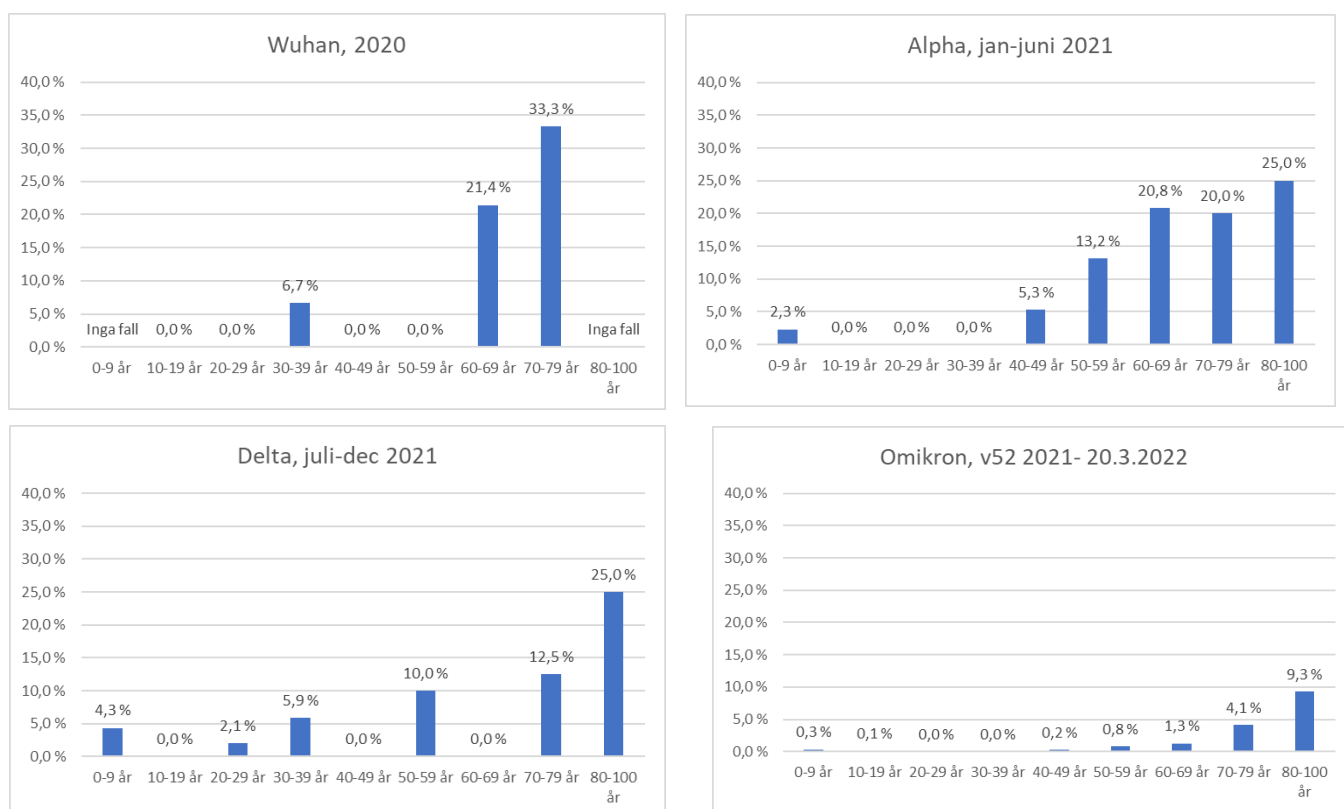
Figur 18. Antal dagar med symtom för de som insjuknade. Analys av samtliga som diagnostiserats med covid-19 fram till 30.10.2021.

Förlängd sjukskrivning efter den initiala isoleringstiden behövdes för 8,1% av de insjuknade, 3,7% behövde längre än 6 veckors sjukskrivning och 1,2% längre än 3 månader. Även denna analys gjordes för de som insjuknat till och med 30.10.2021. Sammanlagt hade ett tjugotal personer kontakt med post-covid teamet på ÅHS. Några har behövt utredningar, stöd och återhämtning under flera månader. Data gällande dessa har ännu inte analyserats. Det ska noteras att det kan finnas mörkertal gällande post-covid eftersom denna statistik endast baseras på de som haft kontakt med sjukvården efter den akuta fasen av sjukdomen.

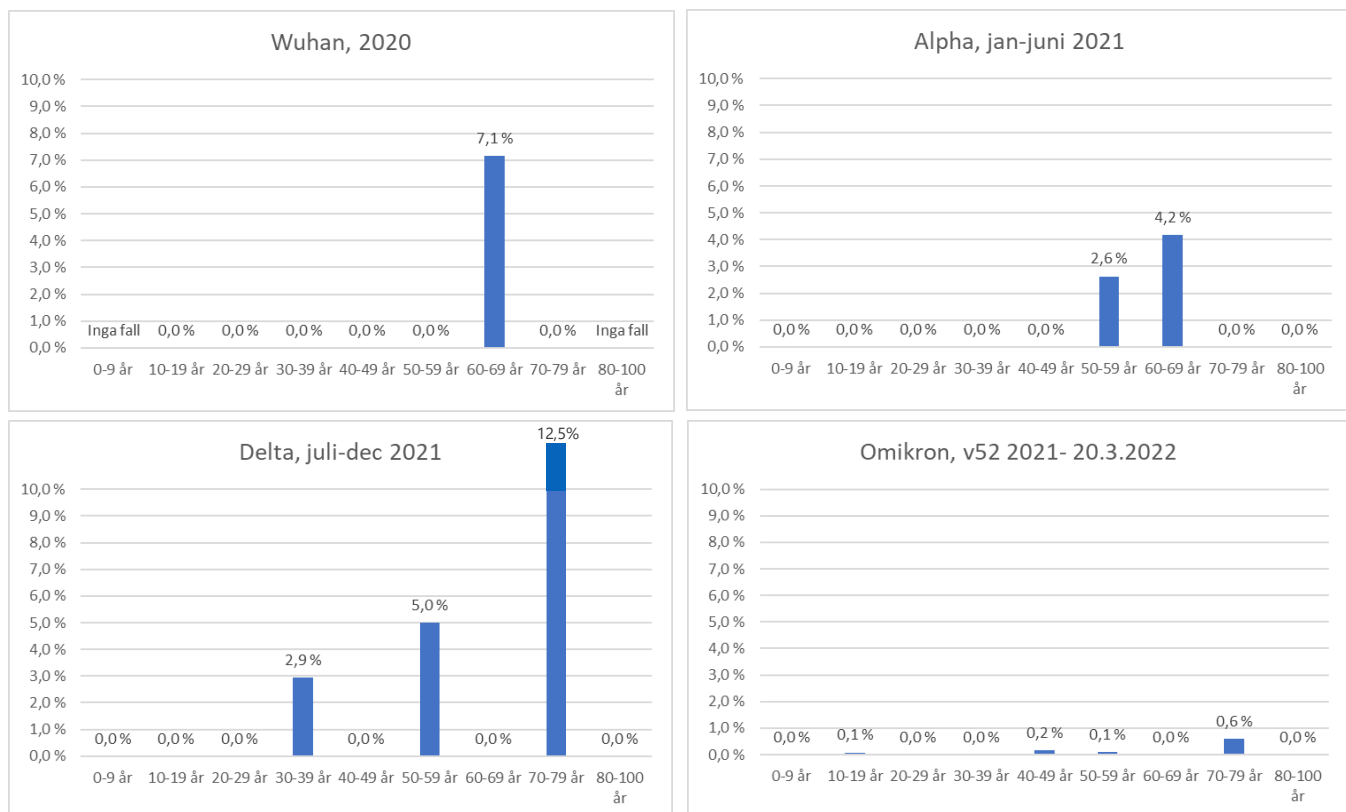
4.2.1. Sjukhusvårdades köns- och åldersfördelning

Av de 67 personer som behövde sjukhusvård på grund av covid-19 var 28 (41,8%) kvinnor och 39 (58,2%) män. Andel av män med covid-19 diagnos som behövde vårdas på sjukhus (39 av 3 859; 1,0%) var således högre än andelen bland kvinnor (28 av 4 164; 0,7%). Av de 11 som vårdades på IVA var 8 (72,7%) män och 3 (27,3%) kvinnor, och 7 (63,6%) av alla som vårdades på IVA hade kända riskfaktorer för allvarlig covid-19.

Andelen som vårdades på sjukhus och IVA ökade med ålder. Figur 19 och 20 visar andelen av bekräftade fall som vårdats på sjukhus respektive på IVA på grund av covid-19 i olika åldersgrupper och under de fyra tidsperioderna. Andelen som vårdades på sjukhus respektive på IVA var betydligt lägre under omikronperioden än under tidigare perioder, särskilt för personer under 70 år.



Figur 19. Andelen av bekräftade fall som vårdats på sjukhus på grund av covid-19

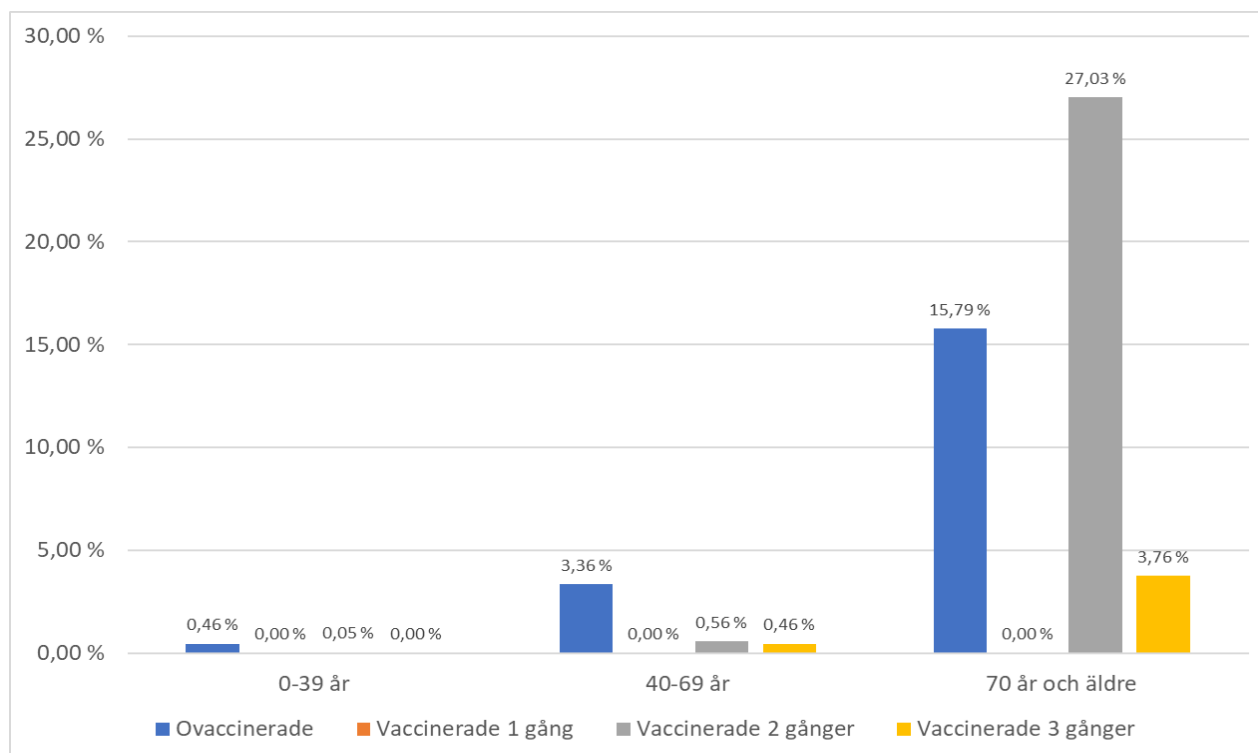


Figur 20. Andelen av bekräftade fall som vårdats på IVA på grund av covid-19

4.2.2. Sjukhusvårdades vaccinationsstatus

Under år 2020 fanns inget vaccin och således var samtliga som behövde sjukhusvård ovaccinerade. Under alphaperioden var 5,9% av dem som behövde sjukhusvård på grund av covid-19 vaccinerad två gånger, resten var ovaccinerade. Under deltaperioden var andelen sjukhusvårdade som vaccinerats 42,9% och under omikronperioden 71,8%. Tidstrenden mot högre andel fullt vaccinerade bland personer som behövde sjukvård kan förklara av ökande vaccinationstäckning samt ökande förekomst av genombrottsinfektioner, varav vissa ledde till allvarlig sjukdom.

De som smittades av covid-19 efter att de vaccinerats hade emellertid betydligt lägre risk att behöva vårdas på sjukhus än ovaccinerade som smittats. Figur 21 visar andelen av registrerade fall som behövde sjukhusvård relaterat till vaccinationsstatus och ålder, för hela utvärderingsperioden sammantaget. Bland personer under 70 år var andelen av fallen som behövde sjukhusvård betydligt högre för ovaccinerade än för de som vaccinerats en, två eller tre gånger. Bland personer över 70 år var andelen som behövde sjukhusvård betydligt lägre bland personer som vaccinerats tre gånger än bland ovaccinerade. Bland dem som fått två vaccindoser var andelen som vårdades på sjukhus emellertid högre än bland ovaccinerade. Detta kan, i linje med internationella forskningsdata, förklaras av att skyddseffekten av tillgängliga covid-19 vaccin avtar snabbare för äldre personer som därför behöver boosterdos efter en viss tid. Ingen över 70 år som hade fått två doser vaccin och behövde sjukhusvård vårdades på IVA. Att personer över 70 år som bara fått en dos föreföll bättre skyddade mot allvarlig covid-19 än de med två doser är svårtolkat. Siffrorna ska tolkas med försiktighet eftersom detta var en liten grupp (endast 4% av fallen), då så gott som alla som vaccinerats en gång sedan vaccinerades med en andra dos.

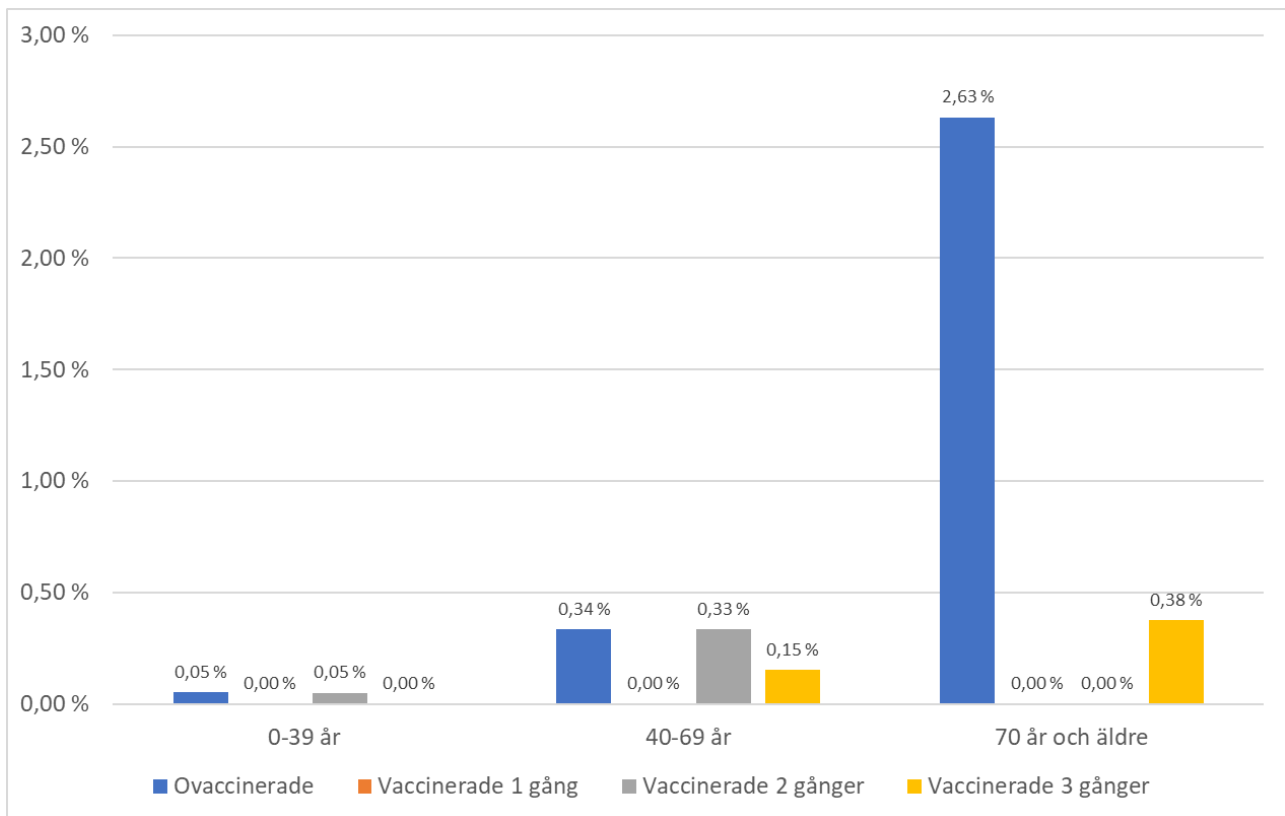


Figur 21. Andel inlagda på sjukhus av registrerade covid-19 fall för hela utvärderingsperioden sammantaget. (Det var för få personer som behövde sjukhusvård under respektive tidsperiod för att dela upp denna analys i olika tidsperioder. Åldersgrupperna har i denna analys gjorts bredare eftersom det i vissa åldrar var mycket få fall, respektive få som vårdades på sjukhus).

Trenden över tid gällande koppling till vaccinationsstatus var mindre tydlig för de få (11 personer) som behövde IVA vård. Av dessa var 63,6% fullt vaccinerade när de insjuknade och de flesta av dem var äldre och/eller hade grundsjukdomar, t.ex. sådana som försämrar immunförsvaret och effekten av vaccin. Ställt i relation till antalet fall som var vaccinerade respektive ovaccinerade vårdades en lägre andel vaccinerade på IVA än ovaccinerade (figur 22).

Skyddseffekten av vaccin mot allvarlig sjukdom var således tydlig även på Åland, vilket har haft särskilt stor betydelse för den äldre delen av befolkningen samt personer i riskgrupp. Det kan emellertid noteras att bland ovaccinerade personer under 40 som diagnostiserades med covid-19 behövde mindre än 0,5% sjukhusvård och 0,05% behövde IVA vård.

Huruvida fallen har tillhört en specifik medicinsk riskgrupp för allvarlig covid-19 (annat än ålder) har inte beaktats i dessa analyser. Då detta påverkat tidpunkt för vaccination och behov av boosterdos kan det ha inverkan på sambandet mellan vaccinationsstatus och risk för allvarlig covid-19. Det ska också noteras att antalet personer som ingår i dessa analyser är lågt, särskilt gällande IVA vård, varför dessa data ska tolkas med viss försiktighet.

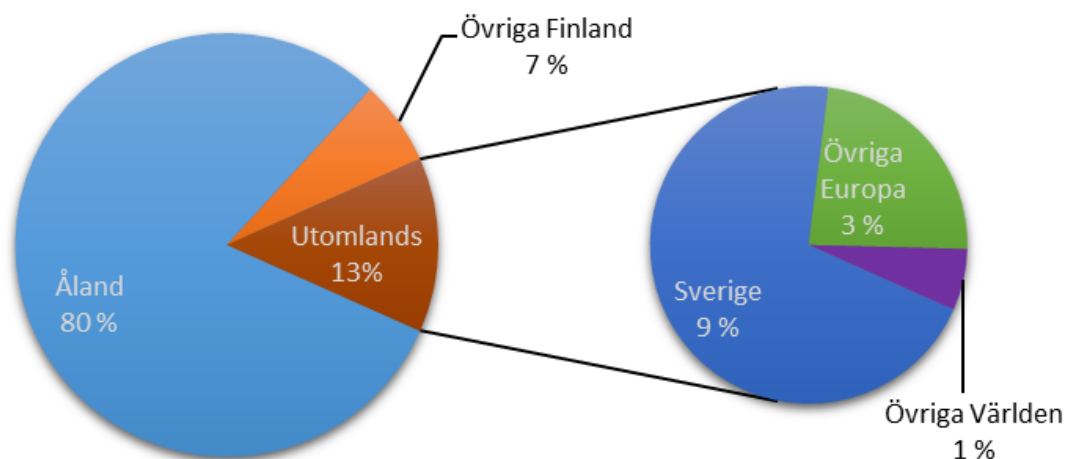


Figur 22. Andel inlagda på IVA av registrerade covid-19 fall för hela utvärderingsperioden sammantaget (det var för få som behövde IVA vård för att dela upp i olika tidsperioder).

4.3. Smittspårning och kartläggning av smittvägar

4.3.1. Geografiskt ursprung

Figur 23 visar geografiskt ursprung för samtliga fall under år 2020 och 2021 fram till november (baserat på bedömningar gjorda i samband med smittspårningen då frågor ställdes om eventuell kontakt med smittad person, resehistorik och annan möjlig exponering).



Figur 23. Smittans geografiska ursprung under år 2020 och 2021 (till november), enligt bedömningar gjorda i samband med smittspårningen.

Under år 2020 bedömdes 26 av 104 fall (25,0%) som smittade utomlands (varav 23 fall, 22,1%, i Sverige), 12 (11,5%) i övriga Finland och 66 (63,5%) på Åland. Under år 2021 fram till november bedömdes 23 av 376 fall (6,1%) smittade utomlands (varav 22 fall, 5,9% i Sverige), 19 (5,1%) i övriga Finland och 319 (84,8%) på Åland. Den ändrade fördelningen jämfört med 2020 kan förklaras av att de lokala utbrotten blev fler och större under 2021 än under 2020. Antalet personer som bedömdes ha fört in smitta från utlandet var emellertid ungefär samma båda åren. Från julen 2021 till mars 2022 (omikronperioden) gjordes ingen detaljerad kartläggning av smittans ursprung för de allra flesta, men enligt smittspårarnas bedömning blev den lokala smittspridningen snabbt så omfattande att nära 100% av fallen under omikronperioden sannolikt berodde på lokal smitta på Åland.

En analys av smittspårningsdata under 2020 och 2021 för de som diagnostiserats efter inresa från utlandet visade att de i medeltal insjuknade 2 dagar efter inresa och som längst 6 dagar efter inresa. Inkubationstiden var således maximalt 6 dagar räknat från inresedag till positivt test (vanligtvis samma dag eller dagen efter som symtomdebut). Den sanna inkubationstiden var längre för många då den faktiska (men okända) exponeringen kan ha varit flera dagar innan inresan. Baserat på dessa fynd och fyndet att dessa personer i regel hade mycket få kontakter (se figur 24

nedan) bedömdes karantänrekommendationen ha följts och varit effektiv. Det bedömdes också att 7 dagars karantän var tillräckligt.

Under juni-december 2020 var det ca 62 000 gränspassager från Sverige (statistik från Gränsbevakningen). Under denna period konstaterades 20 fall av covid-19 bland inresande från Sverige. Antalet fall per gränsövergång var således 0,0003, vilket innebär att mer än 3 000 symptomfria inresande personer skulle ha behövt testas för att upptäcka ett fall om man skulle ha använt screening av alla inresande, vilket inte gjordes under 2020. Under perioden juli-oktober 2021 var antalet gränspassager från Sverige drygt 80 000 och under denna period diagnostiserades 6 fall på Åland som bedömdes ha smittats i Sverige (0,00008 fall per gränsövergång, >12 000 symptomfria inresande skulle ha behövt testas för att upptäcka ett fall). I juli 2021 infördes obligatorisk testning av vissa inresande från utlandet, vilket utvärderades separat (se avsnitt 4.4.2. nedan).

4.3.2. Plats för smitta på Åland och resultat av smittspårning

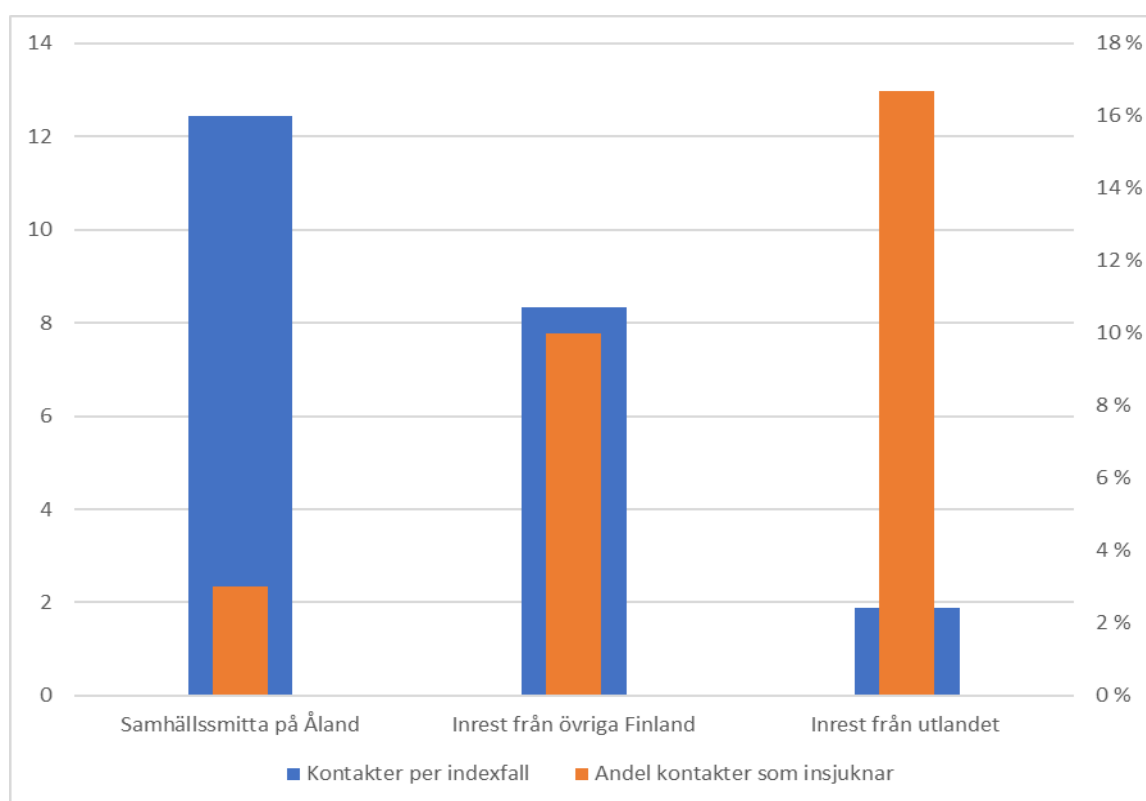
Under 2020 bedömdes 62 av fallen ha smittats på Åland, varav 14 (22,6%) bedömdes som samhällssmitta på Åland (ingen känd smittkälla och ingen resehistorik). Plats för smitta för dessa är per definition okänd.

De övriga 48 som bedömdes ha smittats på Åland hade en känd eller antagen smittkälla och de flesta satt redan i karantän när de diagnostiserades. Sannolik smittoplats för de 48 personerna med känd smittkälla på Åland var för 17 personer inom familjen eller nära vänskrets och för 31 personer på arbetet, varav 28 på en och samma arbetsplats. Ingen misstänkt smittspridning fanns således inom skola, daghem, restauranger, offentliga tillställningar, hobbyverksamhet, eller inom vård och omsorg. Ett antal exponeringar skedde inom daghem, sjukvården och äldreboenden, vilket ledde till att många sattes i karantän, men ingen sekundärsmitta kunde identifieras (symptomfria kontakter provtogs inte i detta skede).

Indexfall (första fallet i en smittkedja) som diagnostiserats med covid-19 under 2020 hade i medeltal 8 närkontakter som sattes i karantän. Av dessa fick 5% symptom och testats positiva. Som mest kartlades smittspridning i 4 led; 3 smittkedjor skedde i 3 led (index -> sekundärfall -> tertiärfall), varav 2 där index var samhällssmitta och 1 där index var inrest. En smittkedja kartlades i 4 led, och i detta fall var index samhällssmitta. När denna detaljerade analys av smittkällor och effekt av smittspårningen gjordes i januari 2021 blev bedömningen att smittspårningen på Åland framgångsrikt hade avbrutit de flesta smittkedjor som uppstått. Detta bedömdes främsta ha berott på god testillgång, tidig diagnos och isolering av indexfall, snabb och rigorös smittspårning med snabba beslut om karantän för kontakter, samt god följsamhet till isolering och karantänbeslut. De smittkedjor som dokumenterades i flera led ebade ut och för varje led blev antalet satta i karantän lägre, vilket bedömdes som en effekt av tidig och liberal karantänsättning. Även när index haft många kontakter verkar de flesta ha vidtagit tillräckligt med försiktighetsåtgärder i vardagen för att minimera symptomfri smittrisk även vid massexponering.

Figur 24 visar antal närkontakter och andelen av kontakterna som insjuknade för olika typer av indexfall under 2020. Från analysen drogs slutsatsen att, ju tydligare rekommendationer om att minska kontakter för indexfallet, desto färre kontakter. Flest kontakter per index noterades vid samhällssmitta, då index inte hade att förhålla sig till några andra försiktighetsåtgärder än de som gällde alla på Åland. Näst mest kontakter hade inresande från övriga Finland. Det fanns ingen karantänrekommendation för dessa, men allmänna råd om att vara särskilt försiktig med kontakter

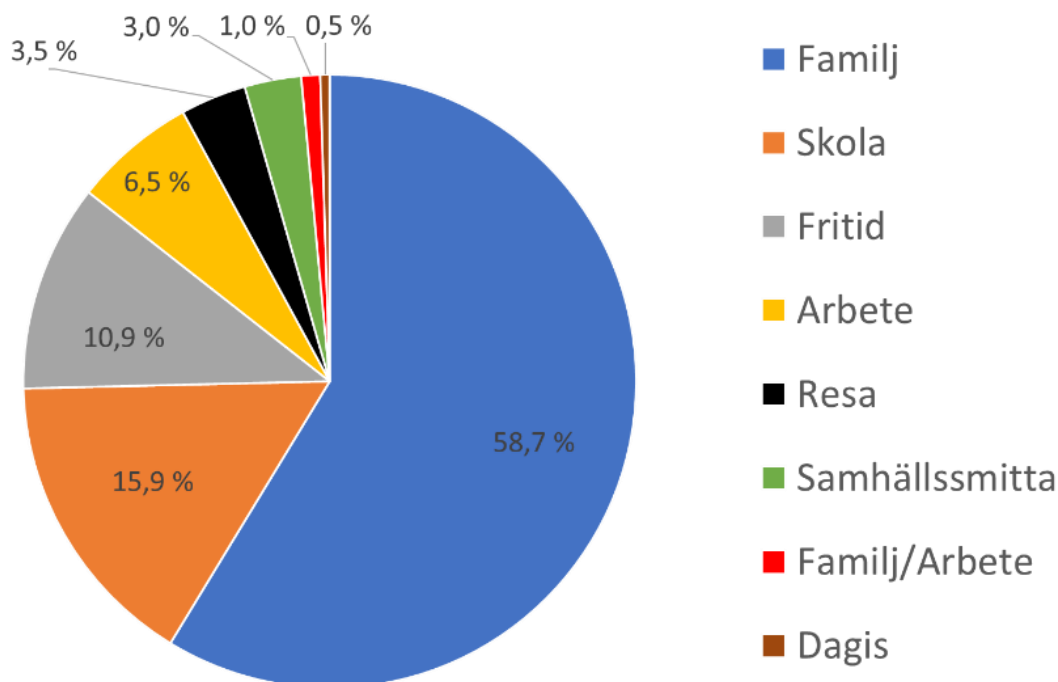
efter resa i områden med högre smittspridning. Minst kontakter hade indexfall som var inresande från utlandet, för vilka en formell karantänrekommendation gällde. En annan slutsats var att de få kontakter som uppstod under frivillig karantän efter inresa (vanligen begränsade till personer i samma hushåll) ledde till längre och mer intensiv exponering och därför högre risk för kontakterna att smittas. Kontakter till index som var samhällssmitta var sannolikt mer flyktiga, med lägre smittrisk. Slutligen drogs slutsatsen att inresande från utlandet verkar ha följt karantänrekommendationerna bra. Om de dessutom hade ombetts att bo avskilt från närmaste familjen skulle det sannolikt blivit ännu färre kontakter, men detta bedömdes svårt att genomföra praktiken och smittspårningsdata tydde på att den begränsade smittspridning som uppstod snabbt gick att få under kontroll för de flesta.



Figur 24. Antal kontakter i medeltal och andel av kontakter som insjuknade i covid-19 för olika typer av indexfall

En detaljerad analys av smittkällor och resultat av smittspårningen gjordes även efter att det första stora utbrottet med alphavarianten skett på Åland, 16.2.2021 – 22.3.2021. Även om det inte gick att helt säkerställa smittklustrets ursprung bedömdes det ha varit kopplat till inresa från Sverige och sedan fortsatt smitta, först inom familjer, sedan till skola och sedan vidare via andra platser. Under denna period identifierades 201 fall, vilka i mycket hög utsträckning gick att koppla till varandra. För 3,5% fanns resehistorik och 3% bedömdes som samhällssmitta. För de övriga dominerade smitta inom familjen, skolan och fritidsaktiviteter (figur 25). Smittklustret dominerades av barn och unga. 1 234 personer sattes i karantän (6 per fall) och av dessa testades 179 (14,5%) positivt för covid-19. I detta skede hade provtagning av samtliga nära kontakter introducerats på Åland. 37% av fallen hade inga symtom alls vid diagnos (65% av barn under 10 år). Således dominerades klustret av personer som identifierades vid smittspårning och 89% av fallen satt redan i karantän när de diagnostiserades. Utbrotten karaktäriserades av snabb ökning och sedan en lika snabb

nedgång och bedömningen blev att smittspårningsinsatserna varit centrala för att åstadkomma detta, även om insatserna på samhällsnivå också hade betydelse (se avsnitt 5.2.).



Figur 25. Sannolik plats för smittan för 201 fall under första utbrottet med alphavarianten, 16.2.2021 – 22.3.2021.

Smittspårningen under resten av 2021 dokumenterades och analyserades inte i samma utsträckning som tidigare under pandemin och från och med den stora omikronvågens början i slutet av 2021 gjordes endast mycket begränsad kartläggning av indexfall och smittspårning. I början av omikronperioden, under vecka 52 år 2021, bedömdes minst 95% av fallen ha smittats på Åland. Av samtliga 513 fall under denna vecka var cirka hälften (53%) samhällssmitta på Åland och 42% hade en känd kontakt på Åland. Av alla sannolikt smittade på Åland bedömdes 47% ha smittats i samband med ett stort nattklubbsevenemang 25.12.2021. För 2022 finns inga data om sannolik smittkälla.

4.4. Specifika studier och analyser

4.4.1. Ålands covid-19 populationskohort

Ålands covid-19 populationskohort var en longitudinell epidemiologisk studie och kartläggning av befolkningens erfarenheter och beteende. Databesamling pågick från november 2020 till september 2021. Studien var ett samarbete mellan Högskolan på Åland, THL, EPIET, ÅHS, landskapsregeringen, Medimar och Bimelix.

Studien bestod av tre delar:

1. Kartläggning av dold smittspridning: Upprepade (3 gånger) provtagningar av samma individer för att identifiera antikroppar (för att undersöka förekomst av tidigare genomgången covid-19),

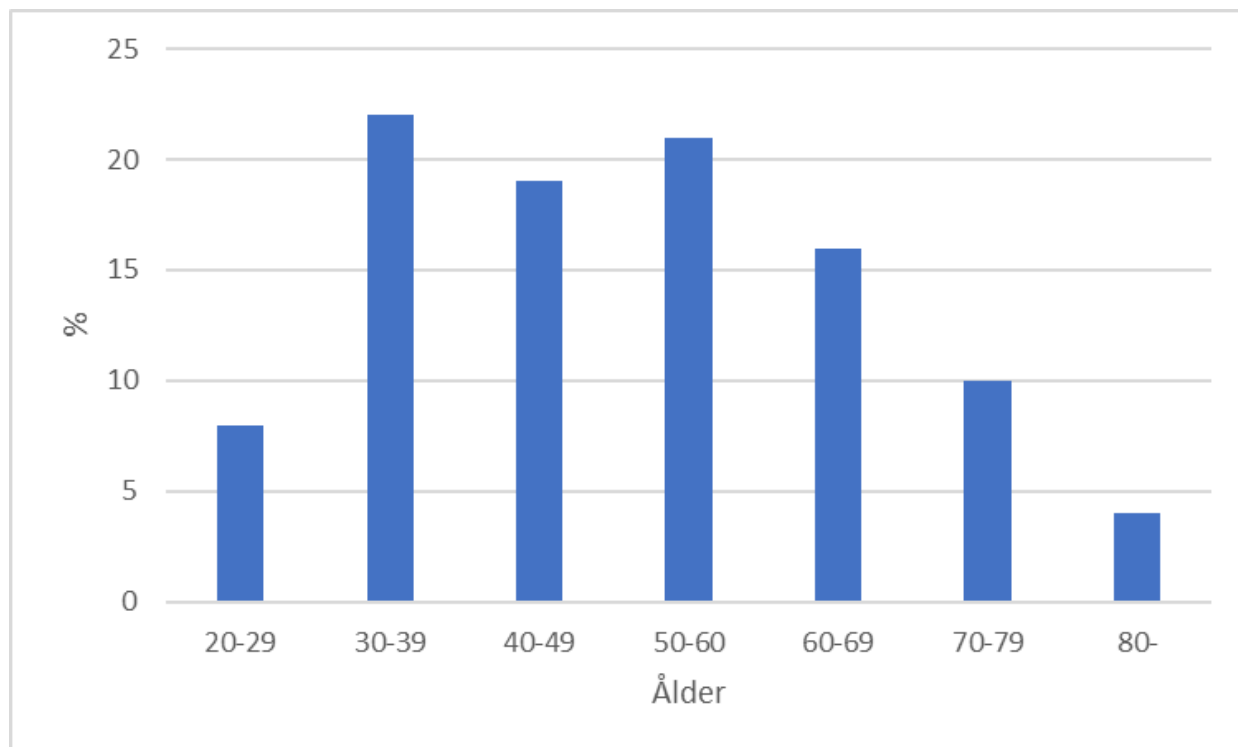
samt PCR-test för covid-19 (för att undersöka förekomst av pågående covid-19 bland symtomfria personer).

2. Undersökning av informationskällor, tillit till myndigheter och media, beteenden, välbefinnande och åsikter: Upprepad enkätundersökning (2 gånger, i samband med provtagning ett och två).
3. Erfarenheter av pandemin och pandemibekämpningen: Fokusgruppsintervjuer (2 gånger, februari och juni 2021)

Första datainsamlingen för delstudie 1 gjordes november 2020 – februari 2021, den andra mars - maj 2021 och den tredje juni-augusti 2021. Samma provtagning gjordes vid samtliga tre tillfällen.

Datainsamlingen för delstudie 2 gjordes parallellt med provtagningen för delstudie 1 (för samma individer); första gången november 2020 – februari 2021 och andra gången mars - maj 2021. Vid den första datainsamlingen användes en omfattande enkät med 54 frågor. Vid den andra användes en begränsad enkät till samma personer, där endast vissa frågor upprepades från den första enkäten.

Populationen som undersöktes var vuxna, 18 år och äldre, boende på Åland. Totalt bjöds 260 slumpmässigt valda ålänningar in att vara med i provtagning och enkätundersökning. Personerna som inte hade svarat fick två påminnelser. Totalt svarade 103 personer på enkäten (svarsfrekvens: 39,6%), och 100 personer (38,5%) deltog i provtagning för del 1, varav 98 personer gjorde minst två prov. Åldersfördelningen visas i figur 26. Medelåldern var 50 år och 55% av deltagarna var män. Åldersgruppen 20-29 år var underrepresenterad jämfört med åldersfördelningen i Åland befolkning.



Figur 26. Åldersfördelning för personer som ingick i antikropsstudien

I enkäten fick deltagarna fylla i om de kunde tänka sig att delta i en fokusgruppdiskussion. Av de som svarat ja genomfördes i slutet av januari 2020 ett konsekutivt strategiskt urval för att få ett relativt representativt urval av befolkningen. Totalt deltog 22 personer i de första

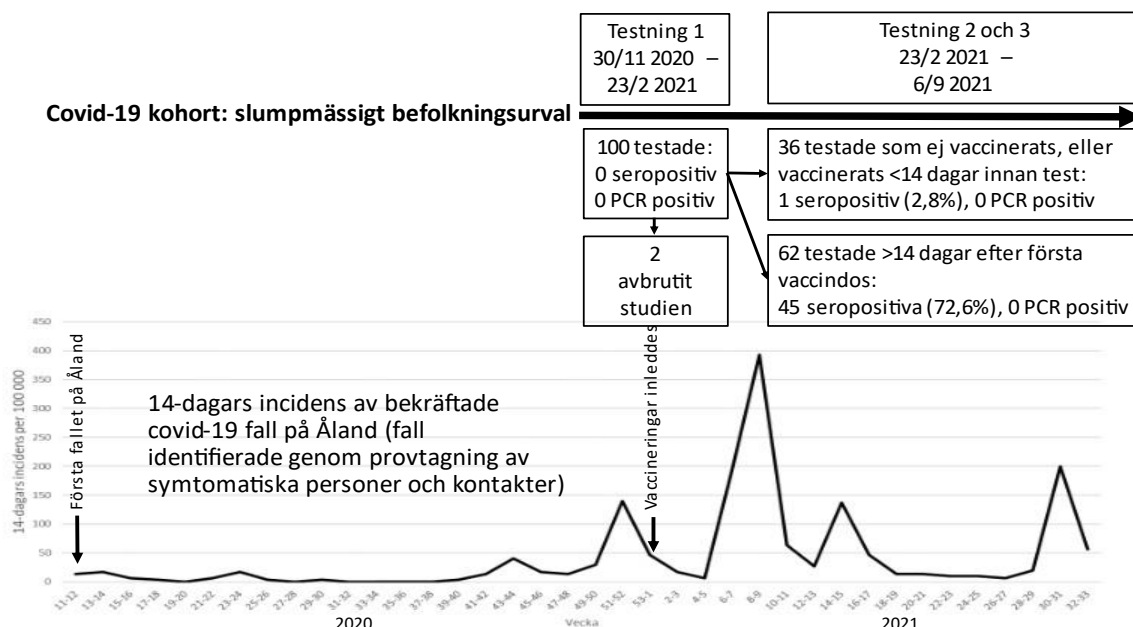
fokusgruppdiskussionerna som ägde rum i februari 2021. Könsfördelningen var jämn (50% kvinnor respektive män) och medelåldern var 50 år (18-39 år: 36%; 40-59 år: 27%; 60 år och äldre: 36%). Av deltagarna var 50% boende i Mariehamn, 41% boende på landsbygden och 9% boende i skärgården. Deltagarna delades in fyra fokusgrupper med fem eller sex deltagare i varje grupp. Tre uppföljande intervjuer genomfördes i juni, då 16 av deltagarna valde att delta.

4.4.1.1. Kartläggning av dold smittspridning

Provtagning för antikroppar och PCR-testning gjordes för att kartlägga dold smittspridning, inklusive asymtomatisk covid-19. Provtagningen gjordes på samma individer vid tre tillfällen, med tre månader mellan varje provtagning enligt vad som beskrivits ovan.

När studien planerades bedömdes sannolikheten för att ett effektivt och säkert vaccin skulle finnas tillgänglig redan i början av 2021 som mycket låg. Studien var därför ursprungligen planerad för att kunna analysera dold smittspridning under en längre tid. I och med att vaccineringarna började i januari 2021 blev antikroppsanalyserna emellertid svårtolkade och studiens främsta värde blev därför att bidra till den epidemiologiska kartläggningen för år 2020.

Resultaten sammanfattas i figur 27. Samtliga testade var symtomfria, PCR-negativa och saknade antikroppar i den första provtagning. Vid första provtagningen hade ingen fått vaccin > 14 dagar innan. Av dem som fullföljde uppföljningstest var 36 ovaccinerade inför det uppföljande testet, varav en (2,8%) hade utvecklat antikroppar. Personen hade haft symptom men negativt PCR test en månad tidigare. Av 62 som vaccinerats med minst en dos minst 14 dagar innan testdagen hade 45 (72,6%) utvecklat antikroppar, vilket bedömdes vara en effekt av vaccineringen. Samtliga var symtomfria och PCR-negativa även vid provtagning två och tre. Ingen av deltagarna registrerades som bekräftade covid-19 under studieperioden. Slutsatsen var att fynden väl motsvarade incidensen av bekräftade fall på Åland och att dold smittspridningen varit begränsad till och med slutet av 2020.¹⁵



Figur 27. Sammanfattning av resultat i antikroppsstudien på Åland.¹⁵

¹⁵ Nordberg M, Grunér M, Boman E, Hammer C, Häggblom G, Olausson S, Lönnroth K. Begränsad dold covid-19 smitta på Åland: resultat av upprepad serologi- och PCR-screening i en populationskohort. Poster presenterad vid Svenska Läkaresällskapets covid-19 konferens, november 2021.

4.4.1.2. Information, tillit, beteenden, välbefinnande, erfarenheter och åsikter

Enkätstudien och fokusgruppdiskussionerna analyserades inom ramen för en serie examensarbeten inom Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård vid Högskolan på Åland¹⁶, en rapport i Högskolan på Ålands publikationsserie,¹⁷ samt en magisteruppsats i folkhälsovetenskap, vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.¹⁸ Metoderna för datainsamling och analys för respektive studie finns beskrivna i respektive publikation. Samtliga publikationer finns att tillgå på Högskolan på Ålands hemsida: <https://www.ha.ax/forskning-samverkan/projekt/alands-covid-19-populationskohort/>

Några av fynden sammanfattas nedan. Det ska noteras att svarsfrekvensen var låg varför man bör generalisera resultaten med försiktighet till hela Ålands vuxna befolkning.

Informationskällor, tillit och följsamhet

En stor majoritet (>70%) av personerna som svarade på enkäten upplevde det som lätt eller mycket lätt att hitta relevant information om covid-19. En något lägre andel, men ändå majoriteten, upplevde det som lätt att förstå och följa restriktioner och rekommendationer (tabell 4). Kön, ålder eller utbildningsnivå hade inget samband med rapporterad informationstillgång eller möjlighet att förstå information. Däremot korrelerade hög informationstillgång och förståelse med självrapporterad följsamhet till rekommendationer och åsikten att rätt strategi tillämpats på Åland (se nedan).¹⁹

¹⁶-Holmqvist, Elin (2021:31). Hälsolitteracitet och covid-19-pandemin – En tvärsnittsstudie på Åland. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

-Karlsson, Elin & Wikström, Stefanie (2021:32). Resiliens på Åland under covid-19-pandemin. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

-Jansson, Anna & Söderlund, Maria (2021:36). Vaccinationsbenägenhet gällande covid-19-vaccin på Åland. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

-Avellan-Jansson, Jenni & Jansson, Jennifer (2021:38). Social distansering och välbefinnande under covid-19-pandemin på Åland – att anpassa sig till en förändrad miljö. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

¹⁷ Kinnunen, Karolina (2021:1). Utmaningar och resurser för välbefinnande under covid-19 pandemin – En rapport baserat på intervju- och enkätmaterial från forskningsprojektet "Ålands covidkohort". Proektrapport. Högskolan på Ålands publikationsserie. ISBN 952-9735-35-9

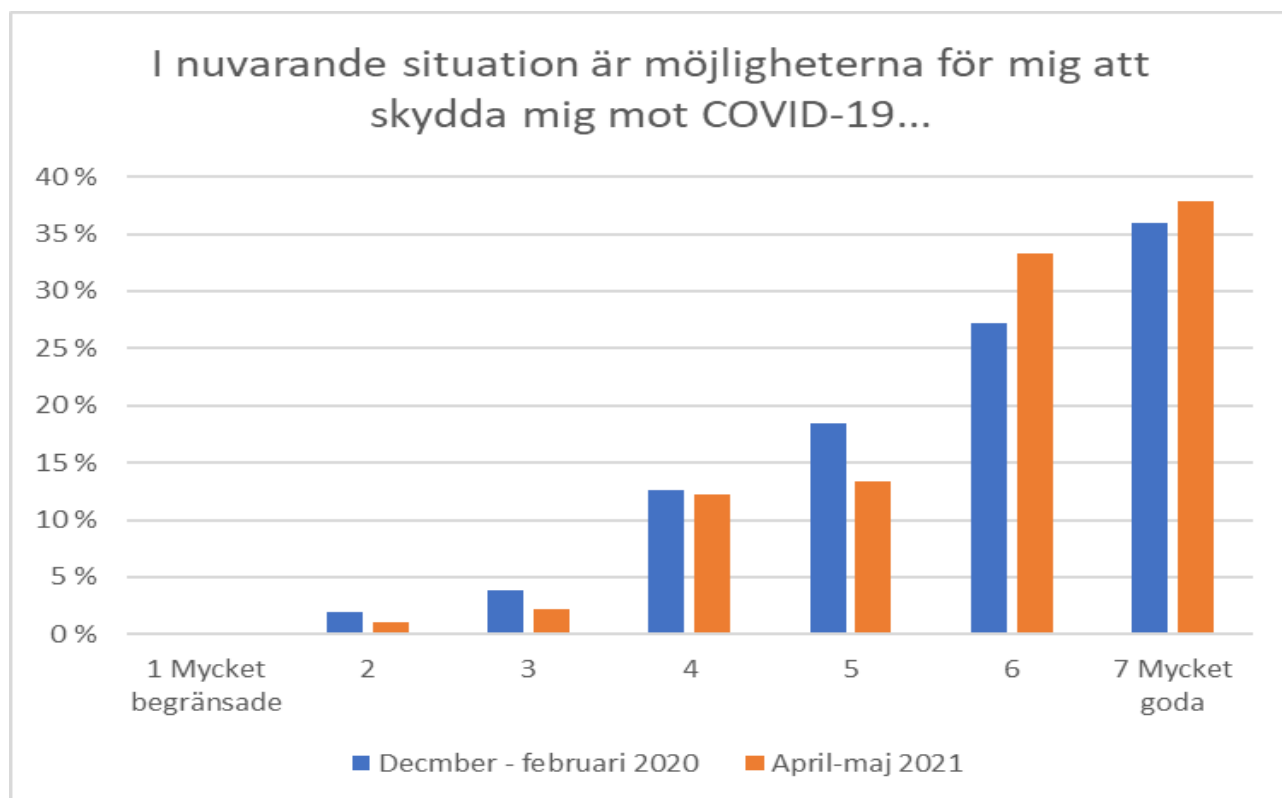
¹⁸ Sandell, Moa (2021). Den saken är klar, vad som än sker så kommer samhället aldrig vara sig likt efter det här – Människors erfarenheter av coronapandemin. Examensarbete i folkhälsovetenskap, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

¹⁹ Holmqvist, Elin (2021:31). Hälsolitteracitet och covid-19-pandemin – En tvärsnittsstudie på Åland. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

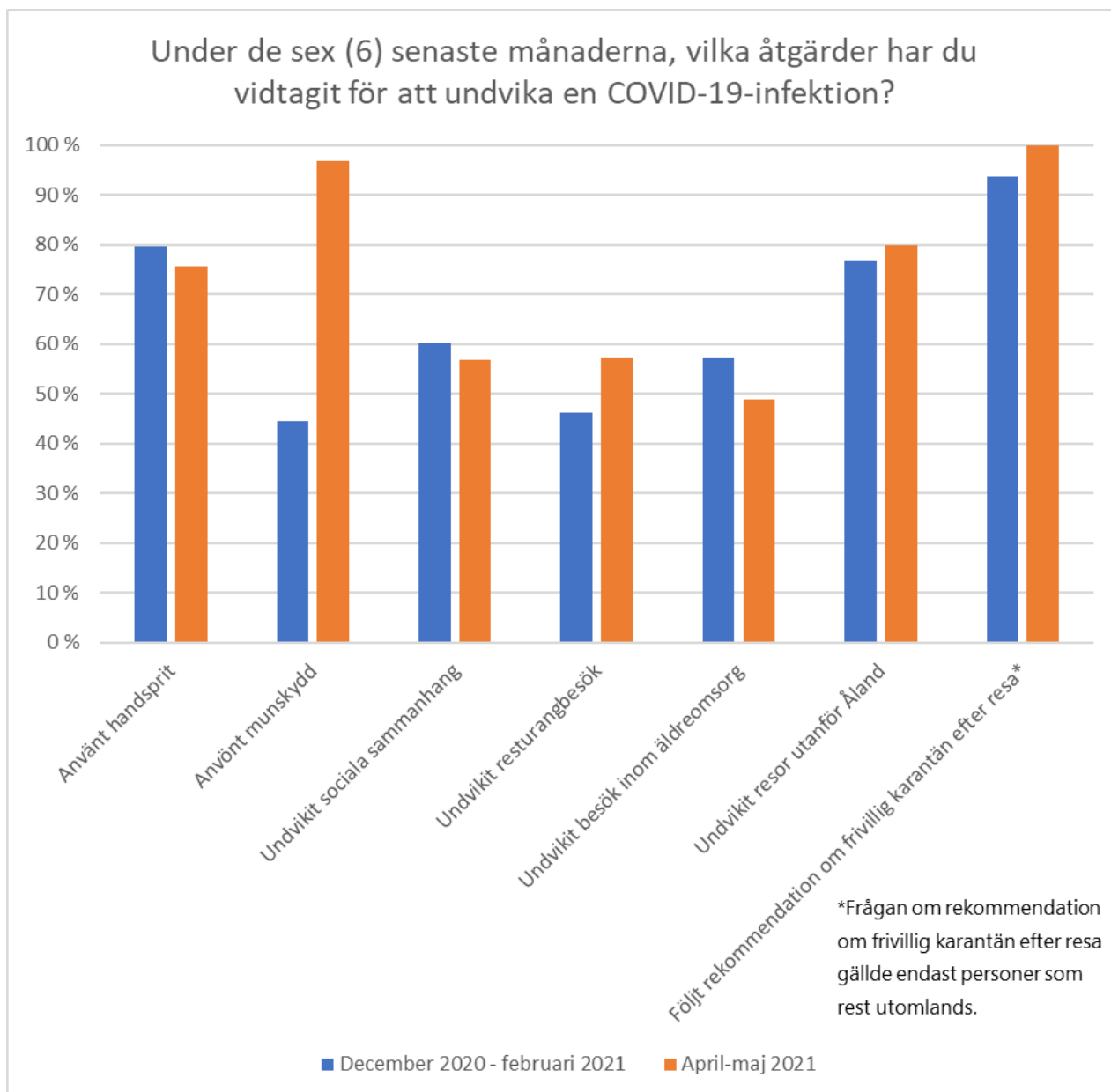
Tabell 4. Deltagarnas erfarenheter av att hitta och förstå information

Hur lätt eller svårt skulle du säga att det är att...	1 - Mycket svårt	2	3	4	5	6	7 - Mycket lätt
...hitta information som du behöver relaterat till COVID-19?	0,0%	1,0%	3,9%	5,8%	19,4%	29,1%	40,8%
...förstå information om hur du bör agera om du misstänker att du har COVID-19?	0,0%	1,0%	2,0%	5,8%	9,7%	32,0%	49,5%
...förstå restriktionerna och rekommendationerna från olika myndigheter gällande COVID-19?	2,9%	1,9%	3,9%	12,6%	17,5%	36,9%	24,3%
...följa rekommendationerna om hur du bör agera för att skydda dig själv från att smittas av COVID-19?	0,0%	1,0%	4,8%	4,9%	18,4%	34,0%	36,9%
...förstå rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?	0,9%	0,0%	1,0%	2,9%	10,7%	40,8%	43,7%
...följa rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?	1,0%	0,0%	2,0%	7,8%	20,6%	31,4%	37,2%
...förstå rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt	1,0%	2,0%	2,0%	7,9%	14,8%	34,7%	37,6%
...följa rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt	1,0%	1,0%	3,9%	9,8%	13,7%	32,4%	38,2%

De allra flesta uppgav att de visste hur de kunde skydda sig mot covid-19 (figur 28) och en majoritet rapporterade att de vidtagit åtgärder som rekommenderats för att undvika en covid-19-infektion i stor eller mycket stor utsträckning, när åtgärderna var relevanta och tillämpbara (figur 29).



Figur 28. Deltagarnas bedömning av sina möjligheter för att skydda sig mot covid-19. Procenttalen anger andelen som angett respektive alternativ på en skala från 1-7.



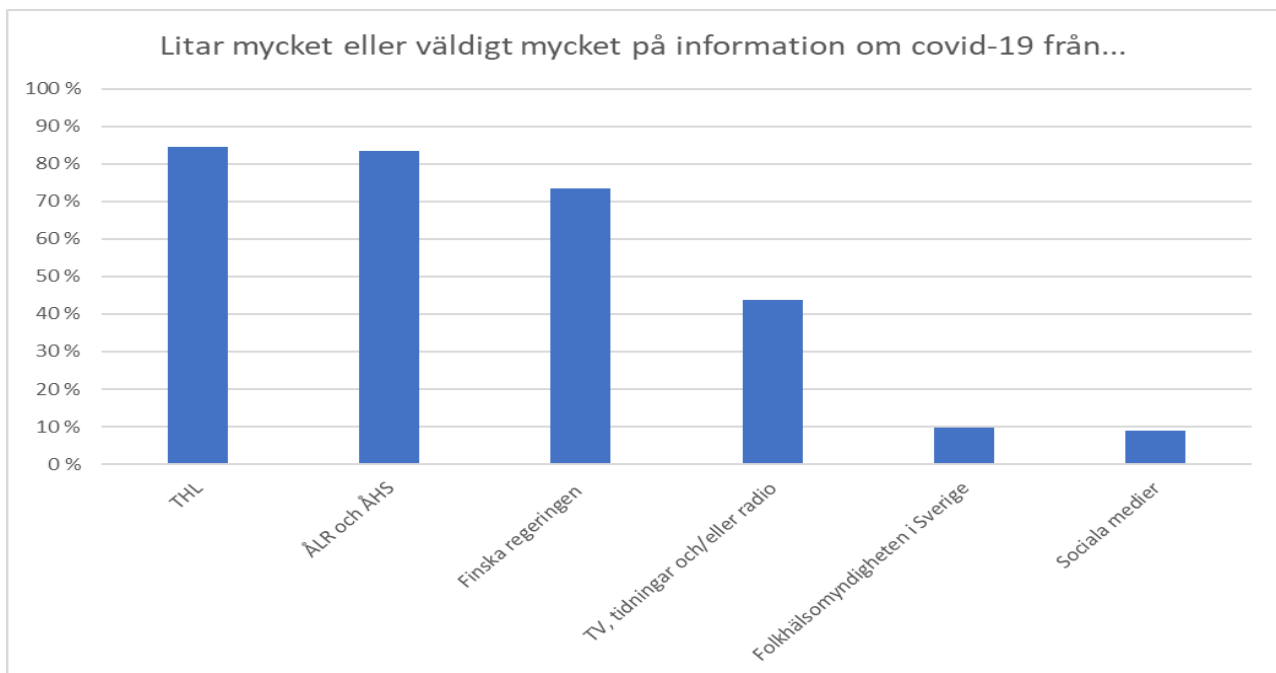
Figur 29. Självrapporterade åtgärder för att undvika covid-19-infektion vid enkätundersökning i December 2020 - februari 2021 respektive april-maj 2021. Procenttalen anger andelen av deltagarna som angett 6 eller 7 på en skala från 1-7 där 1 betyder inte alls och 7 betyder i mycket hög utsträckning. Munskyddsrekommendationen var inte i kraft i början av perioden då den första enkäten distribueras. Under den tidigare 6-månadersperiod dessa frågor belyste rådde skiftande rekommendationer gällande restauranger, distansarbete, sociala tillställningar och besök till äldreboenden.

Hur ofta olika informationskällor använts sammanfattas i tabell 5. De oftast använda källorna var åländska media, landskapsregeringen och ÅHS, följt av finsk riksmedia, THL, Finlands regering och svensk media. 69% hade sökt information om covid-19 de sju senaste dagarna.

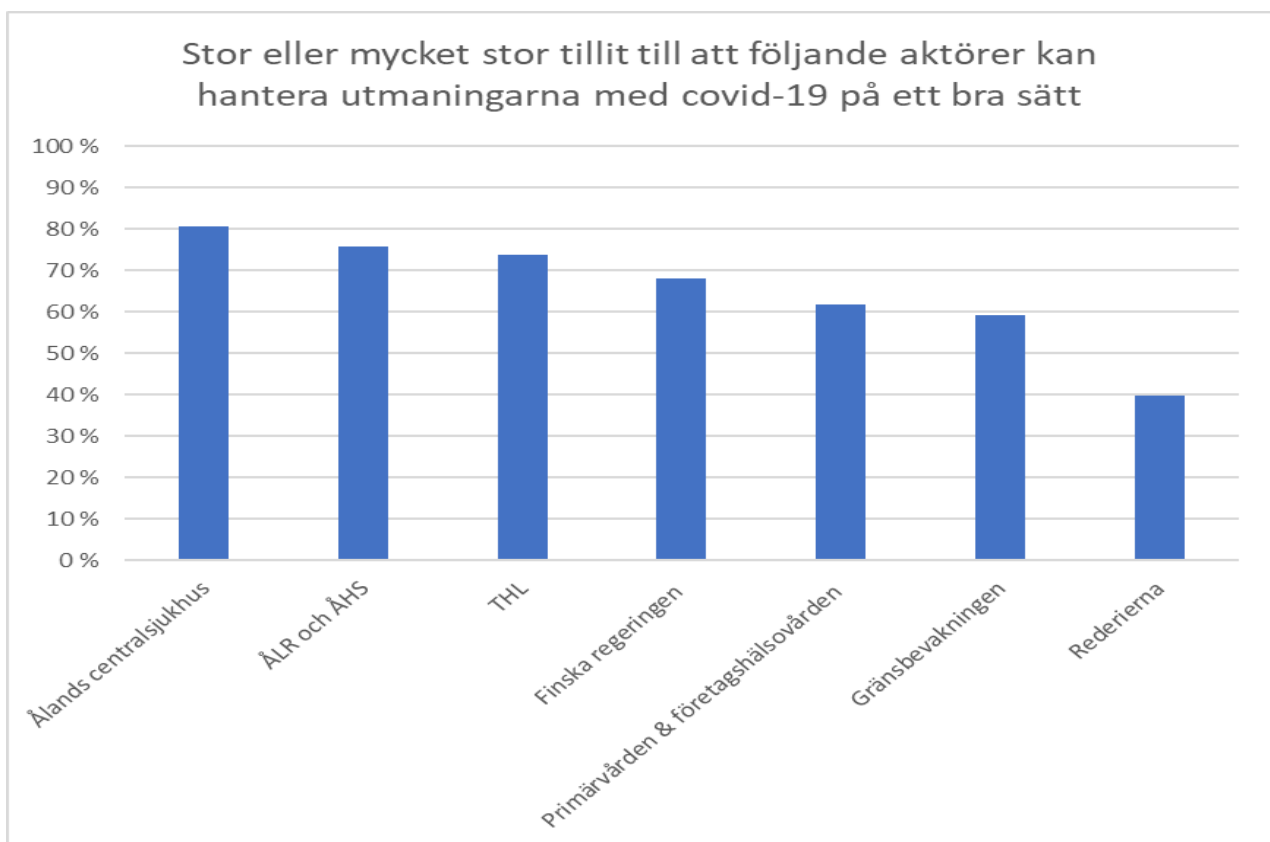
Tabell 5. Deltagarnas svar på frågan "Hur ofta använder du följande källor för information om COVID-19?"

	1 - Aldrig	2	3	4	5	6	7 - Våldigt ofta
TV, tidningar och/eller radio, utgivna från/på Åland	1,9%	7,8%	1,9%	11,7%	14,6%	25,2%	36,9%
TV, tidningar och/eller radio, utgivna från/i övriga regioner i Finland	8,7%	11,7%	10,7%	15,5%	16,5%	18,5%	18,4%
TV, tidningar och/eller radio, utgivna från/i Sverige	10,7%	23,3%	10,7%	16,5%	12,6%	12,6%	13,6%
TV, tidningar och/eller radio, utgivna från/i annat land än Finland eller Sverige	38,8%	28,2%	11,7%	6,8%	10,7%	1,9%	1,9%
Personal inom hälso- och sjukvård	17,5%	22,3%	17,5%	14,5%	9,7%	10,7%	7,8%
Sociala medier	35,9%	18,4%	13,6%	14,6%	9,7%	6,8%	1,0%
Kändisar och sk. 'influencers'	77,7%	15,5%	4,8%	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%
Finska regeringen och ministerierna	10,7%	12,6%	10,7%	18,4%	16,5%	23,3%	7,8%
Ålands landskapsregering & Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS)	6,9%	3,9%	6,9%	12,7%	18,6%	31,4%	19,6%
Institutet för hälsa och välfärd i Finland (THL)	13,6%	10,7%	7,8%	14,5%	17,5%	22,3%	13,6%
Folkhälsomyndigheten i Sverige	47,1%	18,6%	15,7%	7,8%	5,9%	2,9%	2,0%
Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC)	46,6%	20,4%	10,7%	10,7%	3,9%	1,9%	5,8%
Världshälsoorganisationen (WHO)	34,0%	21,4%	13,6%	12,6%	9,7%	5,8%	2,9%
Coronatelefon (Åland) (informationscentral som svarar på frågor om COVID-19)	55,3%	13,6%	5,8%	5,8%	4,9%	7,8%	6,8%
Nationella informationssidor om COVID-19	36,9%	17,5%	9,7%	12,6%	6,8%	11,6%	4,9%

Tilliten var hög till åländska, finska och internationella myndigheter och media, samt till personalen inom hälso- och sjukvården. Tilliten var betydligt lägre till den svenska Folkhälsomyndigheten respektive sociala medier (figur 30). Det fanns inga signifikanta skillnader i tillit mellan åldersgrupper, mellan män och kvinnor eller mellan personer med olika utbildningsnivå, med ett undantag; en signifikant större andel (87%) av de med 12 år eller färre år utbildning hade stor eller mycket stor tillit till finska regeringen eller ministerierna än de med mer än 12 års utbildning (65%). Tilliten var också hög till att de lokala och nationella aktörerna kunde hantera utmaningarna med covid-19 på ett bra sätt. (figur 31).



Figur 30. Andelen av deltagarna vid enkätundersökning i december 2020 - februari 2021 som angav att de litar mycket eller väldigt mycket på olika informationskällor. Procenttalen anger andelen av deltagarna som angett 6 eller 7 på en skala från 1-7 där 1 betyder väldigt lite och 7 betyder väldigt mycket. Endast de källor där <10% angav att de inte kände till eller inte använde källan är analyserade.



Figur 31. Andelen av deltagarna vid enkätundersökning i december 2020 - februari 2021 som angav att de har stor eller mycket stor tillit till att olika aktörer kan hantera utmaningarna med covid-19 på ett bra sätt. Procenttalen anger andelen av deltagarna som angett 6 eller 7 på en skala från 1-7 där 1 betyder mycket lite och 7 betyder mycket stor. Endast de aktörer där <10% angav att de inte visste har analyserat.

I analyser av fokusgruppdiskussionerna²⁰ framkom att förvirring hade uppstått gällande viss informationen eftersom restriktioner och rekommendationer periodvis var olika på Åland och i övriga Finland, och i ännu högre grad på Åland jämfört med Sverige. Detta var utmanande både för personer som vistades periodvis utanför Åland och för personer som följde media och myndighetsrapportering från Åland, Finland, Sverige och andra länder. Enligt deltagarna uppstod bland annat förvirring kring rekommendationer om munskydd och karantän efter resa. De upplevde det som svårt att hålla reda på vad som gällde vid olika tidpunkter och att det var svårt att hålla sig uppdaterad när det har varit snabba förändringar. Observationerna begränsades inte till endast Åland, Finland och Sverige utan i viss mån gällde de hela Norden. Många ålänningar har släktband, studerar eller arbetar i nordiska grannländer, och även andra länder. Några deltagare ansåg att en mer samnordisk hantering hade underlättat (se även figur 33).

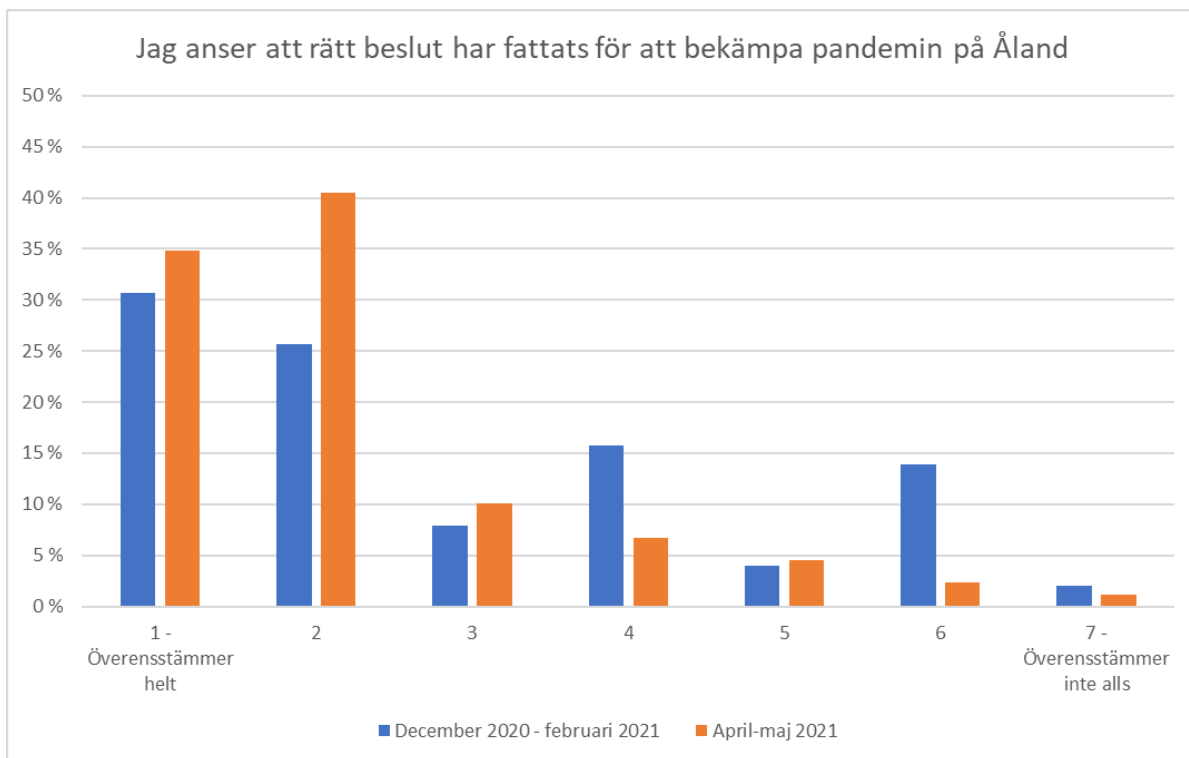
Samtidigt beskrev deltagarna att de åländska myndigheterna oftast gett tydlig och enad information gällande rekommendationer och restriktioner på Åland, vilket de ansåg skapat ett lugn i befolkningen. Deltagarna tyckte att de åländska myndigheterna varit transparenta när det fanns oklarheter och kunskapsluckor och tagit reda på saker när de inte har haft direkta svar att ge på olika frågor. Sammantaget tydde resultaten på att informationen från myndigheter upplevdes leda till lugn då den var enad, men till förvirring då den var splittrad eller inkonsekvent.

Resultatet från fokusgruppdiskussionerna tydde på att inställningen till information förändrades under pandemin. I början tog deltagarna till sig all typ av information. Succesivt uppstod sedan en informationsutmattning med minskande ork att ta in ny information. Hur detta utvecklade sig efter att denna studie avslutats, från våren 2021 och framåt, har inte dokumenterats. Författarna till denna rapport observerade emellertid att antalet direkta frågor från allmänheten och media avtog över tid. Även data från landskapsregeringens coronatelefon visar att medborgarnas efterfrågan på information minskade, med temporärt ökad belastning på informationstelefonen då nya rekommendationer, restriktioner eller lagar infördes.

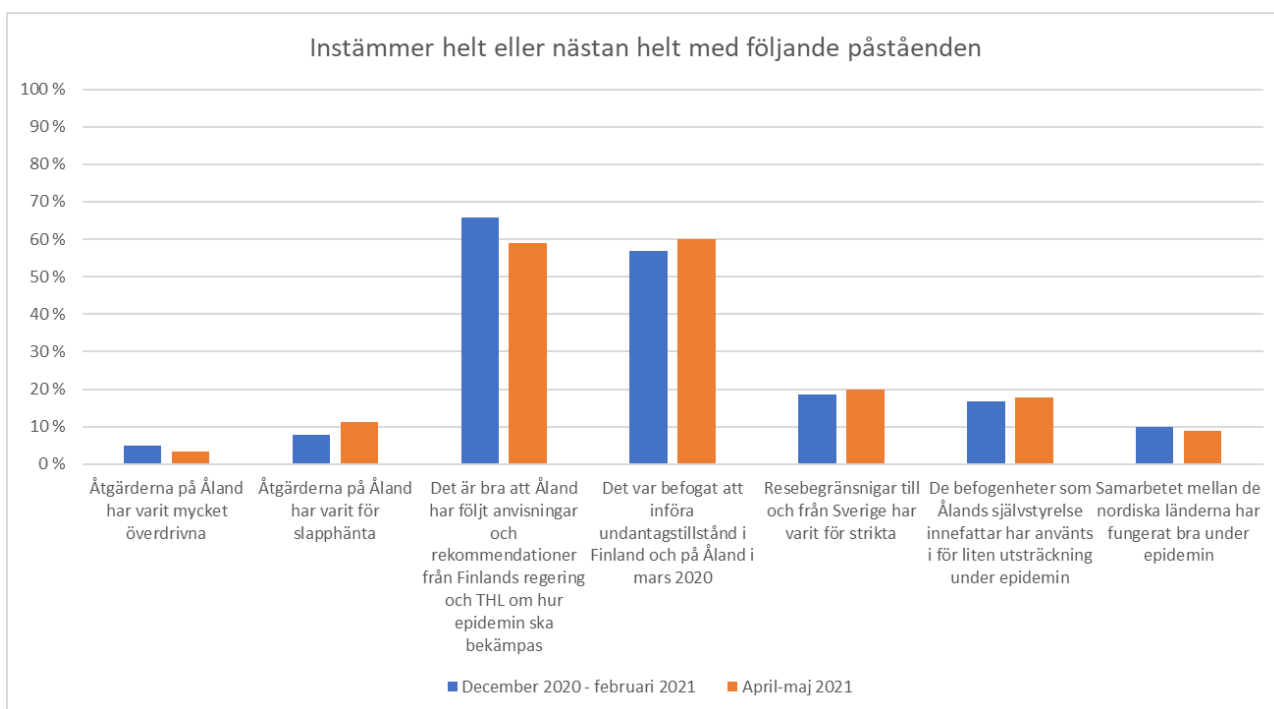
Stöd för vidtagna åtgärder

Majoriteten (57%) höll med helt eller nästan helt om att Åland fattat rätt beslut om åtgärder vid första mätningen i december 2020-februari 2021, och andelen ökade till 76% vid andra mätningen april-maj 2021 (figur 32). En signifikant större andel av personer i åldersgruppen 51-82 år än personer 20-50 år höll med om att rätt beslut fattats vid första mättillfället, men det var ingen signifikant skillnad vid andra mättillfället. Det fanns inga skillnader kopplade till kön eller utbildningsnivå. Det var något fler som tyckte att åtgärderna varit för slapphänta än som tyckte att det varit mycket överdrivna åtgärder. Detta förstärktes något över tid, men andelen som hade någon av dessa åsikter var låg vid båda mätningarna (figur 33).

²⁰ Sandell, Moa (2021). Den saken är klar, vad som än sker så kommer samhället aldrig vara sig likt efter det här – Människors erfarenheter av coronapandemin. Examensarbete i folkhälsovetenskap, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.



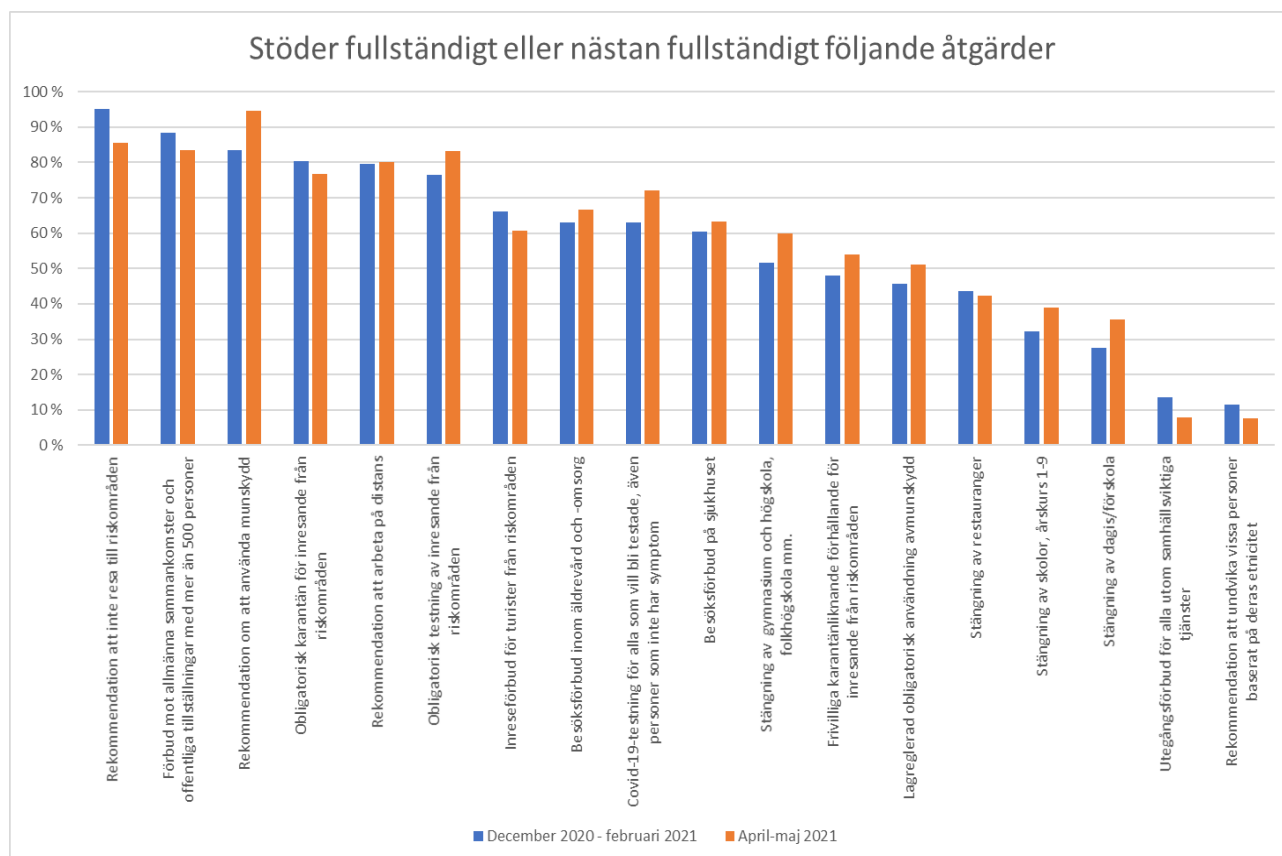
Figur 32. Deltagarnas åsikt om att rätt beslut har fattats för att bekämpa pandemin på Åland. Procenttalen anger andelen som angett respektive alternativ på en skala från 1-7.



Figur 33. Andelen av deltagarna vid enkätundersökning som instämde helt eller nästan helt med olika påståenden om pandemiåtgärder. Procenttalen anger andelen av deltagarna som angett 6 eller 7 på en skala från 1-7 där 1 betyder instämmer inte alls och 7 betyder instämmer helt.

Figur 34 visar andelen av deltagarna som angav att de stöder fullständigt eller nästan fullständigt olika åtgärder vid första och andra mätningen. Mer än 50% angav i den andra mätningen att de stöder fullständigt eller nästan fullständigt de flesta åtgärder som använts på Åland, med undantag

för stängning av grundskolor, daghem och restauranger. Mer än 50% angav i den andra mätningen att de stöder fullständigt eller nästan fullständigt några åtgärder som aldrig använts på Åland, som obligatorisk karantän efter resa från riskområde, covid-19-testning för alla som vill bli testade (även personer som inte har symptom), samt obligatorisk användning av munskydd. Det var svagt stöd för andra åtgärder som heller inte använts, som utgångsförbud för alla utom samhällsviktiga tjänster eller rekommendation att undvika vissa personer baserat på deras etnicitet.



Figur 34. Andelen av deltagarna som angav att de stöder fullständigt eller nästan fullständigt olika åtgärder. Procenttalen anger andelen av deltagarna som angett 1 eller 2 på en skala från 1-7 där 1 betyder stöder fullständigt och 7 betyder stöder inte alls. Följande av dessa åtgärder har inte använts på Åland: Obligatorisk karantän för inresande från riskområden, covid-19-testning (i offentlig regi) för alla som vill bli testade, även personer som inte har symptom, obligatoriskt munskydd, utgångsförbud för alla utom samhällsviktiga tjänster, eller rekommendation att undvika vissa personer baserat på deras etnicitet.

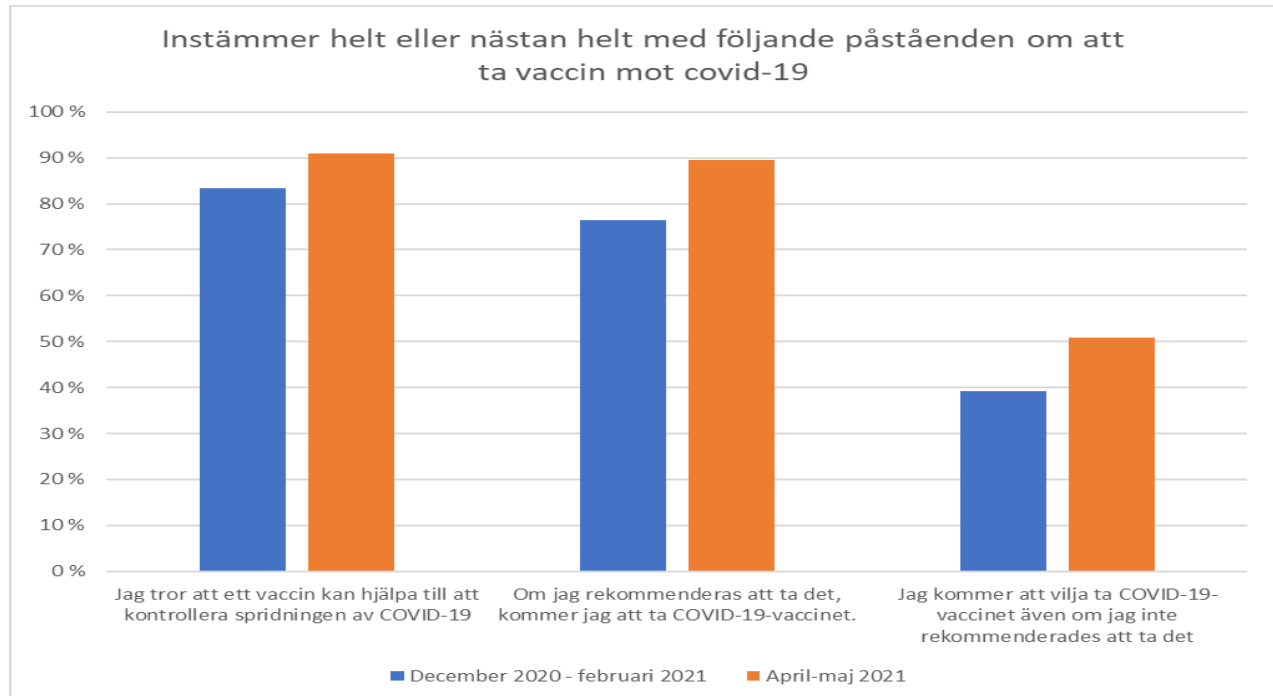
Det var relativt stort stöd för införandet av undantagsförhållande i Finland våren 2020 och för att Åland följt anvisningar och rekommendationer från Finlands regering och THL (figur 33). Detta kan jämföras med att endast 5% höll med helt om påståendet att rätt beslut för att bekämpa pandemin hade fattats i Sverige. Det var även relativt stort stöd för resebegränsningar till och från Sverige. Spridningen i åsikterna var emellertid stor gällande pandemihanteringen på Åland i relation till hanteringen på riksnivå i Finland och i övriga Norden. Spridningen var särskilt stor gällande i vilken mån de befogenheter som Ålands självstyrelse innefattar har använts i för liten utsträckning, samt om samarbetet mellan de nordiska länderna har fungerat bra under pandemin. Ingen signifikant förändring i dessa åsikter skedde från mätning 1 till 2.

Åsikter och attityder kring pandemihanteringen på Åland i relation till hanteringen på riksnivå och i Sverige utforskades på djupet i en magisteruppsats baserad på fokusgruppdiskussionerna.²¹ I denna drogs bland annat slutsatsen att Ålands geografiska, sociala och kulturella positionering mellan Finland och Sverige, kombinerat med periodvis mycket olika pandemihantering i Finland och Sverige, har bidragit till frustration. Deltagarna uttryckte en stor tillit till både de åländska och finska myndigheterna och upplevde överlag att de hanterat pandemin på ett bra sätt. Emellertid upplevde en del deltagare att genomförda åtgärder varit onödigt hårda. Detta var speciellt i början av pandemin då undantagsförhållande rådde. Enligt en del deltagarna hade Finland "brutit mot den åländska självstyrelsen" under pandemin. Samtidigt fanns en tacksamhet att Åland i stora drag följt den finländska nationella strategin, i stället för att försöka anamma den svenska. Deltagarna beskrev en frustration över att Sveriges hantering av pandemin bidragit till att svenskar och finländare har blivit mer åtskilda och att en viss stigmatisering skett av svenskar som besökte Åland och ålänningar som penklade till Sverige under pandemin.

Sammanfattningsvis tydde fynden på att ålänningarna i stor utsträckning var nöjda med hanteringen av pandemin på Åland men frustrerade över bristen på koordinering och strategisk samsyn mellan Åland, Finland, Sverige och övriga Norden.

Vaccinationsvilja

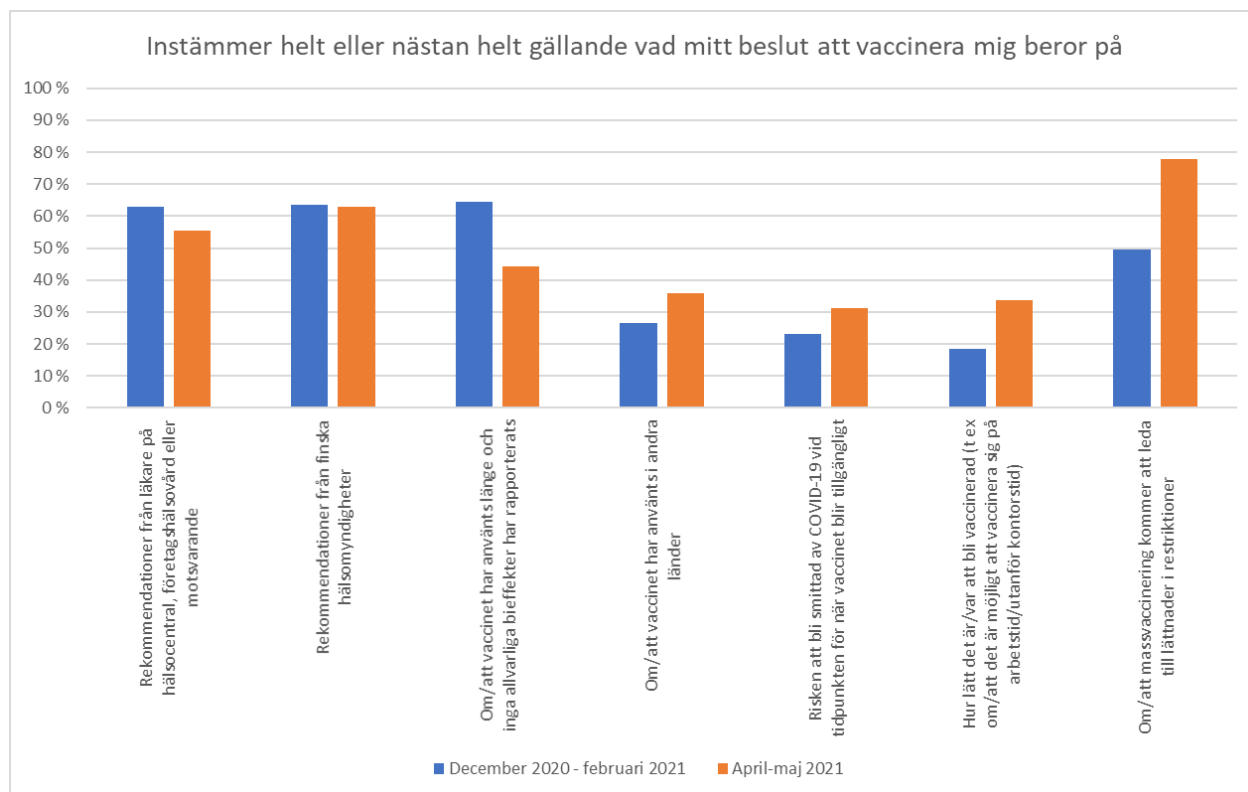
Vid första mätningen (innan vaccin var tillgängligt) instämde 76% helt eller nästan helt med att de skulle ta vaccin mot covid-19 om det rekommenderades och andelen ökade till 90% i andra mätning då vaccineringarna inletts (Figur 35). Endast 2% var bestämt emot vaccinering i första mätningen och detta sjönk till 0% i andra mätningen.



Figur 35. Andelen av deltagarna vid enkätundersökning som instämde helt eller nästan helt med påståenden om att ta vaccin mot covid-19. Procenttalen anger andelen av deltagarna som angett 6 eller 7 på en skala från 1-7 där 1 betyder instämmer inte alls och 7 betyder instämmer helt.

²¹ Sandell, Moa (2021). Den saken är klar, vad som än sker så kommer samhället aldrig vara sig likt efter det här – Människors erfarenheter av coronapandemin. Examensarbete i folkhälsovetenskap, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

Faktorer som påverkar ett beslut att vaccinera sig visas i figur 36. Vid första mätningen var de viktigaste faktorerna att hälsomyndigheterna och vårdpersonal rekommenderat det samt att vaccinet skulle ha använts länge utan att allvarliga biverkningar hade rapporterats. Vid den andra mätningen var förhoppningen om att massvaccinering skulle leda till lättnader i restriktioner den viktigaste faktorn.



Figur 36. Andelen av deltagarna vid enkätundersökning som instämde helt eller nästan helt gällande vad beslut att vaccinera sig berodde. Procenttalen anger andelen av deltagarna som angett 6 eller 7 på en skala från 1-7 där 1 betyder instämmer inte alls och 7 betyder instämmer helt.

En fördjupad analys av vaccinationsbenägenheten fann att personer som förespråkade det nationella vaccinationsprogrammet hade en högre rapporterad benägenhet till att ta covid-19-vaccin. Det fanns inga skillnader i rapporterad vaccinationsbenägenhet relaterad till utbildningsnivå eller riskgruppstillhörighet. Det fanns en viss tendens till att kvinnor hade lägre benägenhet än män och äldre personer en högre benägenhet än yngre, men skillnaderna var små och gällde endast enstaka delfrågor om vaccin.²²

²² Jansson, Anna & Söderlund, Maria (2021:36). Vaccinationsbenägenhet gällande covid-19-vaccin på Åland. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

Negativa sociala, ekonomiska och hälsomässiga konsekvenser

Av deltagarna i enkätundersökningen uppgav 12% att de fått sämre privatekonomi under pandemin och 9% rapporterade att de fått ekonomiskt stöd. Ungefär en fjärdedel (26%) var oroliga för långvariga ekonomiska konsekvenser av pandemin (varav 5% var mycket oroliga).

Vissa ohälsosamma levnadsvanor hade ökat under pandemins första år. Framför allt rapporterades minskad motion (28%) och försämrade matvanor (10%), men även högre alkoholkonsumtion (5%) och ökad rökning eller snusning (3%).²³ 15% hade undvikit att gå till läkare på grund av pandemin, men endast 1% hade skjutit upp vaccinationer (ej covid-19 vaccination).

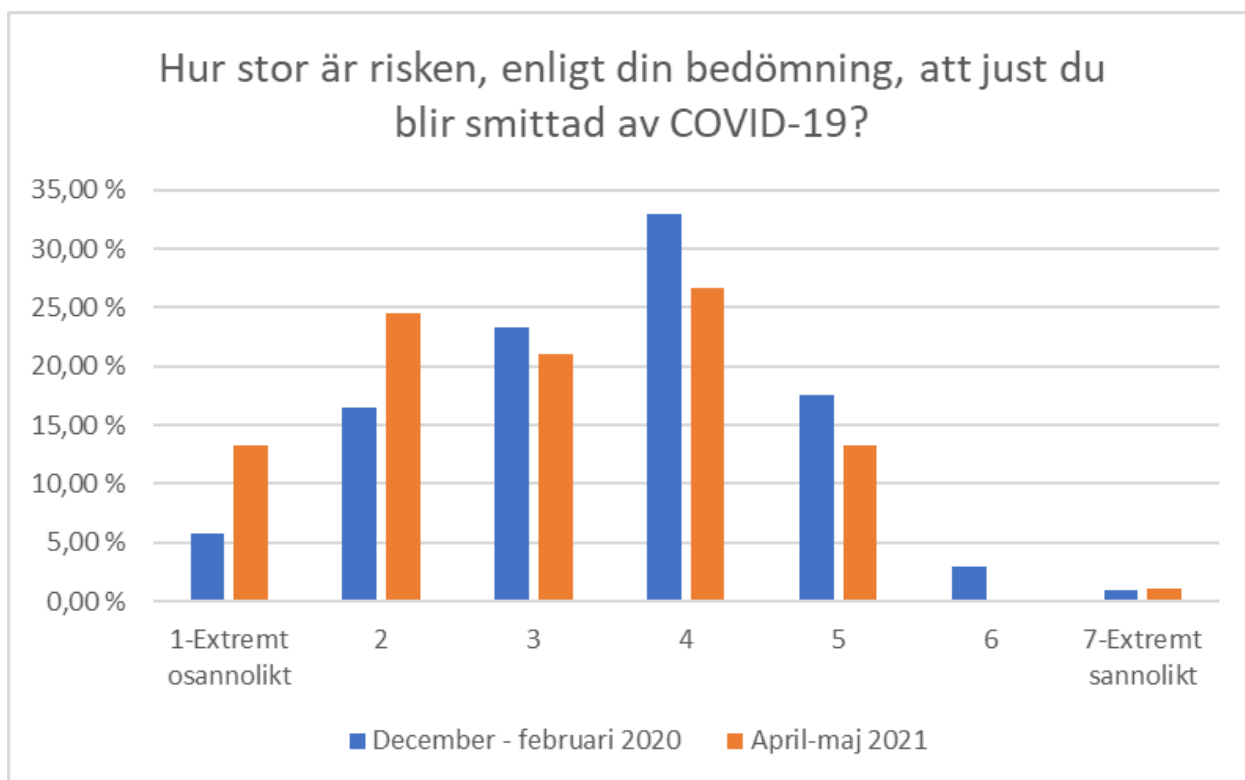
Vid den första mätningen fick deltagarna svara på frågor om allmänt hälsotillstånd. Av deltagarna skattade 84% sin hälsa som utmärkt, mycket god eller god. Enkäten innefattade även instrumentet WHO-5, vilket består av fem frågor från vilka man kan uppskatta allmänt välbefinnande på en skala från 0-100. Eftersom ingen mätning gjorts innan pandemin gick det inte att analysera eventuella förändringar i välmående under jämfört med innan pandemin. Däremot analyserades kvantitativa samband mellan välmående och olika självrapporterade erfarenheter av pandemin för deltagarna. Detta kompletterades med kvalitativa analyser av fokusgruppdiskussionerna. Analysen visade att mindre negativa känslor kring pandemin och dess konsekvenser och ett resiliert (motståndskraftigt) förhållningssätt till utmaningar verkar ha bidragit till ett bättre välbefinnande. Högre tillit till myndigheter var också positivt korrelerat till välbefinnande. Även positiva hälsobeteenden verkade ha ett samband med välbefinnande, liksom att ha en stabil inkomst och positiva psykosociala faktorer. Att inte kunna umgås med andra som tidigare hade varit tungt under pandemin och kan ha haft en påverkan på välbefinnande.^{24,25}

Oron för att smittas och drabbas av allvarlig sjukdom var vid första mätningen måttlig och minskade ytterligare i den andra mätningen (figur 37 och 38). En signifikant högre andel av personer som angav att de tillhörde en riskgrupp upplevde risken som hög än de som inte tillhörde riskgrupp. Upplevd risk var inte kopplad till ålder, kön eller utbildningsnivå. Risken för att oron i sig skulle orsakat omfattande psykisk belastning torde därför vara låg. I fokusgruppdiskussionerna framkom att deltagarna kände optimism beroende på en upplevelse att pandemin var under kontroll på Åland när fokusgruppdiskussionerna genomfördes. Hur detta eventuellt ändrades efter att, å ena sidan, vaccineringarna startat, eller, å andra sidan, efter de omfattande utbrott som skedde 2021 och 2022 har inte kartlagts.

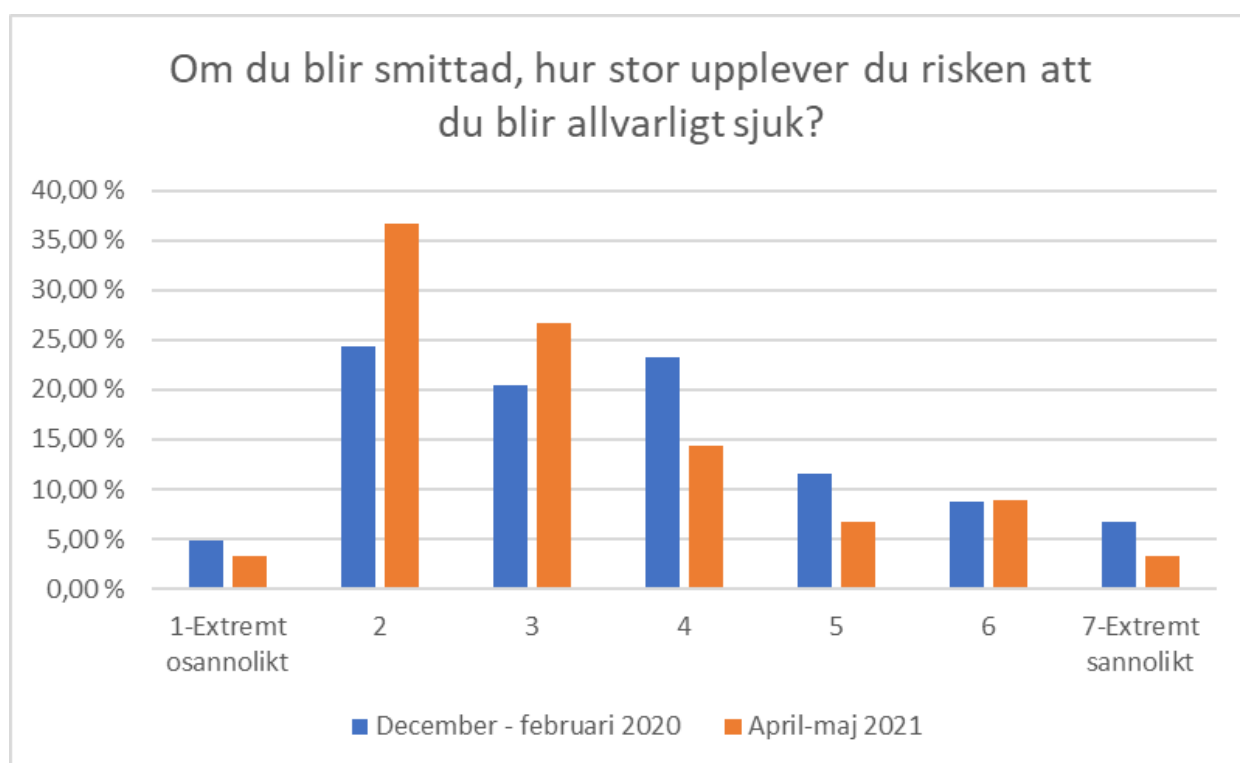
²³ ÅSUBs undersökning av ålänningars alkohol-, narkotika och tobaksbruk samt spelvanor 2021 upplevde emellertid 12% av de svarande som brukat alkohol att pandemin minskat det egna alkoholbruket, medan 5% upplevt en ökning i sin alkoholkonsumtion. https://www.asub.ax/sites/www.asub.ax/files/reports/andts_2021_10.6.2021.pdf

²⁴ Kinnunen, Karolina (2021:1). Utmaningar och resurser för välbefinnande under covid-19 pandemin – En rapport baserat på intervju- och enkätmaterial från forskningsprojektet "Ålands covidkohort". Proektrapport. Högskolan på Ålands publikationsserie. ISBN 952-9735-35-9

²⁵ Karlsson, Elin & Wikström, Stefanie (2021:32). Resiliens på Åland under covid-19-pandemin. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.



Figur 37. Deltagarnas bedömning av den egna risken att bli smittad av covid-19 vid tidpunkten för respektive enkät. Procenttalen anger andelen som angett respektive alternativ på en skala från 1-7.



Figur 38. Deltagarnas bedömning av den egna risken att bli allvarligt sjuk vid covid-19 smitta. Procenttalen anger andelen som angett respektive alternativ på en skala från 1-7.

Enkätstudien innefattade inget instrument för att specifikt mäta psykisk ohälsa. Kvalitativa analyser av fokusgruppdiskussionerna identifierade emellertid ett flertal teman kring psykosociala effekter av pandemin och pandemihanteringen som kan ha bidragit till psykisk ohälsa. Ett tydligt tema var att social distansering och avsaknad av sociala aktiviteter att se fram emot orsakat ensamhet och frustration. Även risker för psykisk påverkan av distansstudier och distansarbete, samt ökat våld i nära relationer togs upp av deltagarna. Deltagarna talade om ett stort och otillfredsställt behov av närhet. Detta kontrasterades med oro för att själv smittas och att smitta andra. Till exempel rapporterade man om, å ena sidan oro och rädsla för att smitta familjemedlemmar, och å andra sidan om oro för anhöriga skulle isoleras, med konsekvenser för mental välmående. Dilemmat föreföll ha orsakat mycket stress och oro. Avellan och Jansson sammanfattar dilemmat med en fråga som många tycks ha ställts inför; "Bör avståndet till familjemedlemmar hållas för att inte riskera att smitta dem eller bör man istället vara nära för att lindra deras känsla av ensamhet?"²⁶

Ett näraliggande tema var skuld och skam relaterat till såväl egna normer som socialt tryck, vilket också kan ha bidragit till stress och oro. Temat hängde samman med att Åland är ett litet ö-samhälle där många känner varandra, vilket kan leda till att människor känner sig mer utpekade än i större samhällen. Ett exempel som lyftes var det sociala trycket eller känslan av skam gällande resor. Deltagare som visste att det inte var rekommenderat att göra onödiga resor och samtidigt hade behov av att till exempel kunna utföra utlandsarbete eller upprätthålla familjerelationer utanför Åland upplevde ett stressfyllt dilemma mellan ansvarstagande för att minska smittspridning på Åland och ansvarstagande gällande professionella och sociala kontrakt utanför Åland. Det har också funnits ett tryck utifrån gällande karantän efter resor enligt deltagarna. Deltagare beskrev hur de upplevde press på att sitta i karantän, trots att denna var frivillig, från personer i deras närhet som visste att de hade varit utanför Åland. Denna press gjorde att deltagarna hade suttit i karantän trots att de upplevde karantänstiden som begränsande, långdragen och även psykiskt påfrestande.

Deltagarna beskrev hur människor i deras närhet blivit tillsagda av främlingar om de inte har följt restriktionerna, som att använda munskydd. De berättade även om hur de hade känt sig uttittade och skämts då de själva inte hade följt restriktionerna. De rapporterade även om sina egna negativa känslor mot andra som inte följde rekommendationer och restriktioner. Samtidigt talades det om att Ålands litenhet och sociala kontroll lett till ett positivt socialt tryck, ansvarskänsla och känsla av gemenskap, där man "kämpat tillsammans". Deltagare uttryckte också en tacksamhet över att ha spenderat pandemin i ö-samhället Åland där den sociala distanseringen bland annat lett till att människor i högre utsträckning än tidigare uppskattat närheten till naturen.^{27,28}

Sandell sammanfattar sin analys med att "...det fanns en oro inför framtiden gällande pandemins konsekvenser. Oron gällde både ekonomisk påverkan och sociala problem som kan uppstå till följd av isolering: upplevd ensamhet, ökat våld i nära relationer och psykisk påverkan hos elever som har studerat hemifrån. Hanteringen och dess åtgärder ansågs i vissa fall kunna medföra samhällsliga konsekvenser som var värre än de medicinska".

²⁶ Avellan-Jansson, Jenni & Jansson, Jennifer (2021:38). Social distansering och välbefinnande under covid-19-pandemin på Åland – att anpassa sig till en förändrad miljö. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

²⁷ Sandell, Moa (2021). Den saken är klar, vad som än sker så kommer samhället aldrig vara sig likt efter det här – Människors erfarenheter av coronapandemin. Examensarbete i folkhälsovetenskap, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.

²⁸ Avellan-Jansson, Jenni & Jansson, Jennifer (2021:38). Social distansering och välbefinnande under covid-19-pandemin på Åland – att anpassa sig till en förändrad miljö. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

4.4.2. Resultat av obligatorisk covid-19 screening vid resor till och från utlandet

På Åland fattades inga beslut om obligatorisk testning vare sig vid resa till eller från utlandet eller vid inrikes resor. Ingen rekommendation om frivillig screening gavs heller i dessa situationer. Finlands regering och riksdag fattade inga beslut om karantän eller screening vid inrikes resor.

Många var ändå i behov av screeningstest för att få ett giltigt reseintyg, beroende på destination och tidsperiod. Den absolut vanligast resedestinationen var till Sverige. Mellan 8.2 och 31.5.2021 fanns ett krav för inresetillstånd till Sverige som innebar att alla över 16 år som reste från Åland till Sverige (förutom svenska medborgare) måste ha ett intyg på negativt covid-19 test, oavsett vaccinationsstatus eller tidigare genomgången covid-19. Testning genomfördes inom den privata vården på Åland (på Medimar, i samarbete med laboratoriet Bimelix) och var självfinansierad förutom för vissa grupper som fick subventionerat test och intyg via ÅHS (enligt beslut av landskapsregeringen, se avsnitt 3.1.2.1 samt bilaga 1) för att kunna genomföra nödvändiga resor. En utvärdering gjordes av denna testning baserat på samtliga test för reseintyg som genomfördes under perioden.^{29,30}

Från och med 12.7.2021 gällde det temporära tillägget till Finlands smittskyddslag som innebar att det krävdes av alla inresande till Finland (inklusive Åland) över 15 år från riskområde i utlandet ett vaccin- eller testintyg, alternativt obligatoriskt test vid ankomst samt efter 72-120 timmar. Sverige definierades under hela perioden som ett högriskland. All screening av symtomfria inresande centraliserades till Medimar, där bokning gjordes via tjänsten Finentry (<https://www.finentry.fi/sv/>). Ingen systematisk kontroll gjordes i hamnarna eller flygfältet, endast stickprovskontroller vid vissa ankomster. Samtliga obligatoriska test som togs under perioden 12.7.2021 – 15.10.2021 (datum till vilket lagförändring initialt var tänkt att gälla) utvärderades.³¹

Det övergripande syftet med respektive utvärdering var att bedöma den potentiella nyttan med utrese- och inresescreening av symtomfria personer på Åland med avseende på bidrag till tidig diagnos av smittsam covid-19 bland symtomfria personer och därmed indirekt dess effekt på smittspridning över nationsgränsen.

Under period 1 testades 1 241 symtomfria personer inför resa till Sverige, varav två testade positivt. Båda hade tidigare PCR-bekräftad covid-19 inom 12 veckor (tabell 6) och bedömdes därför som falskt positiva (kvarvarande, icke-smittsamma virusrester). Under samma period diagnosticerades 195 personer på Åland genom sedvanlig provtagning av 10 588 symtomatiska personer och kontakter.

²⁹ Grunér M, Nordberg M, Lönnroth K. Problems associated with mass border testing of COVID-19. Scand J Public Health 2021; <https://doi.org/10.1177/14034948211023659>

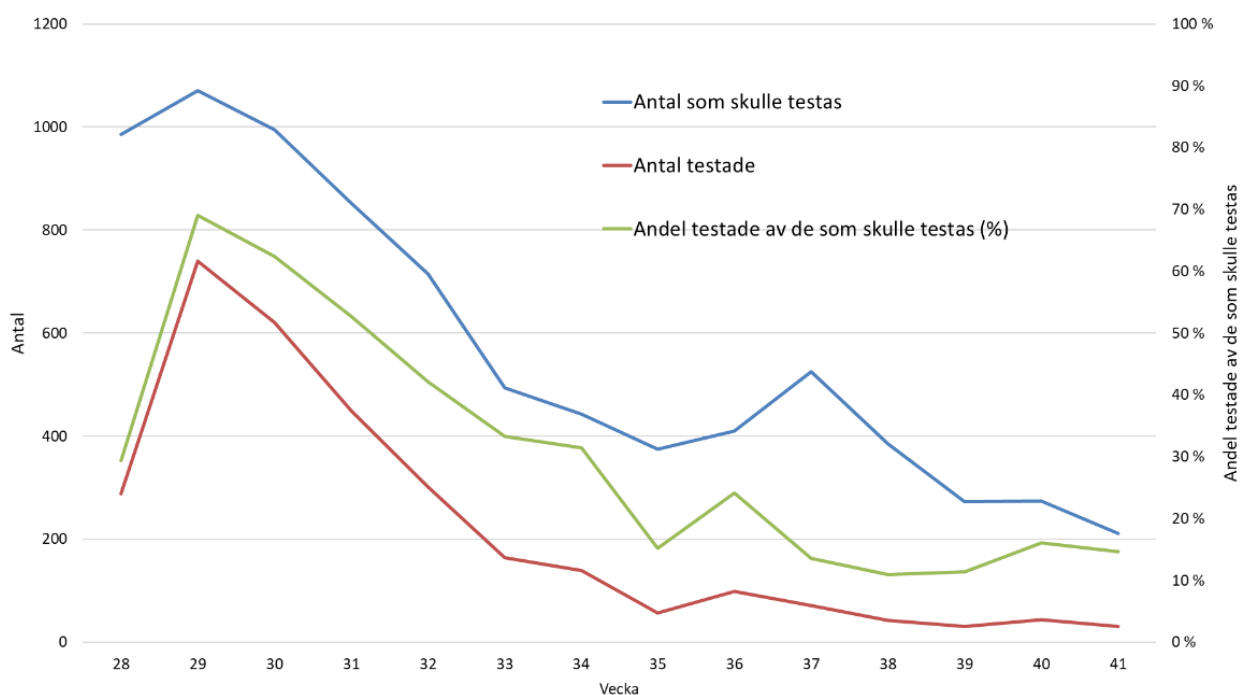
³⁰ Lönnroth K, Nordberg M, Grunér M, Pazhman O, Nagamori J, Westermark A. Ingen mätbar effekt av SARS-CoV-2 screening på Åland bland symtomfria resenärer till och från Sverige. Poster presenterad vid Svenska Läkaresällskapets covid-19 konferens, november 2021.

³¹ Lönnroth K, Nordberg M, Grunér M, Pazhman O, Nagamori J, Westermark A. Evaluation of screening international travellers for COVID-19. Int J Tuberc and Lung Dis 2021; 26: 292–293. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.21.0764>

Tabell 6. Sammanfattning av resultat av screening av in- och utresande.²⁹

	Antal testade personer	Antal positiva	Antal definitiva fall av smittsam covid-19	Antal tidigare covid-19 inom 12 veckor innan test	Antal möjlig aktuell smittsam covid-19 infektion	Prevalens av definitiv smittsam covid-19 bland testade	Positivt prediktionsvärde (referens: definitivt fall av smittsam covid-19)	Övriga registrerade fall under perioden (symtomatiska samt testning vid kontaktspårning)	Andel av samtliga definitiva fall på Åland under perioden identifierade vid ut- eller inrese-screening
Utrese-screening 8.2-31.5.21	1241	2	0	2	0	0,00 %	0,0 %	195	0 %
Inrese-screening 12.7-15.10.21	2598	6	1	1	4	0,04 %	16,7 %	90	1 %

Under period 2 testades 2 598 symtomfria inresande till Åland, varav 90% rest från Sverige. Andelen som testades av samtliga som skulle ha testats (baserat på inresestatistik och dokumentation av inresande vid stickprovskontroller) var ca en tredjedel, och var högre i början av perioden än i slutet (figur 39). Följsamheten till lagen var således dålig och försämrades succesivt.



Figur 39. Antal som borde ha testats efter inresa, antal och andelen som testades av de som skulle ha testats (baserat på inresestatistik och dokumentation av inresande vid stickprovskontroller).²⁹

Sex personer testades positivt (tabell 6). En av dem bedömdes som tidigare covid-19 med kvarvarande virusrester. En bedömdes som definitiv smittsam covid-19 (utvecklade symtom dagen efter test och hade nära kontakt som testade positivt). De fyra andra positiva personerna utvecklade inte symtom inom 14 dagar och ingen av deras kontakter testade positivt. De bedömdes därför inom ramen för utvärderingen som möjligt men obekräftat smittsamma. Denna

efterhandsbedömning gjordes efter en uppföljningstid på 14 dagar. Emellertid behövde beslut om isolering och smittspårning fattas direkt efter testresultatet var känt, vilket innebar att samtliga av dessa fyra isolerades enligt smittskyddslagen och att smittspårning gjordes.

Andelen med definitivt smittsam covid-19 bland de testade var således 0,04%. Under perioden diagnosticerades 90 fall på Åland genom sedvanlig provtagning vid ÅHS (provtagning av 8 611 symtomatiska personer och deras nära kontakter) (tabell 6). Sex av dessa bedömdes ha smittats i Sverige, varav samtliga var fullt vaccinerade och därmed undantagna från testkravet vid inresa.

Slutsatsen från utvärderingarna var att obligatorisk screening av symtomfria personer som reser mellan Åland och Sverige inte har haft någon identifierbar nytta för vare sig Åland, Finland eller Sverige under dessa perioder. Screening har lett till svårigheter att resa, samt onödig isolering och smittspårning. Kostnaderna har varit stora för såväl individer som samhället.²⁹⁻³¹

Med anledningen av resultaten i den första utvärderingen skickade landskapsregeringen 30.3.2021 en skrivelse till svenska Folkhälsomyndigheten samt Sveriges inrikesminister med önskemål om att göra undantag för Åland gällande intygskravet.³² Kravet togs bort för resande till Sverige från alla nordiska länder 31.5.2021.

Med anledningen av resultaten i den andra utvärderingen skickade landskapsregeringen flera skrivelser till Finlands social- och hälsovårdsministerium med önskemål att avveckla de temporära bestämmelserna i smittskyddslagen som innebar obligatoriska test för vissa inresande (se bilaga 1). Önskemålet hörsammades ej. Ett förslag på förlängning av de temporära bestämmelserna till 31.12.2022 gavs av Finlands regering i april 2022, men drogs tillbaka i juni 2022.

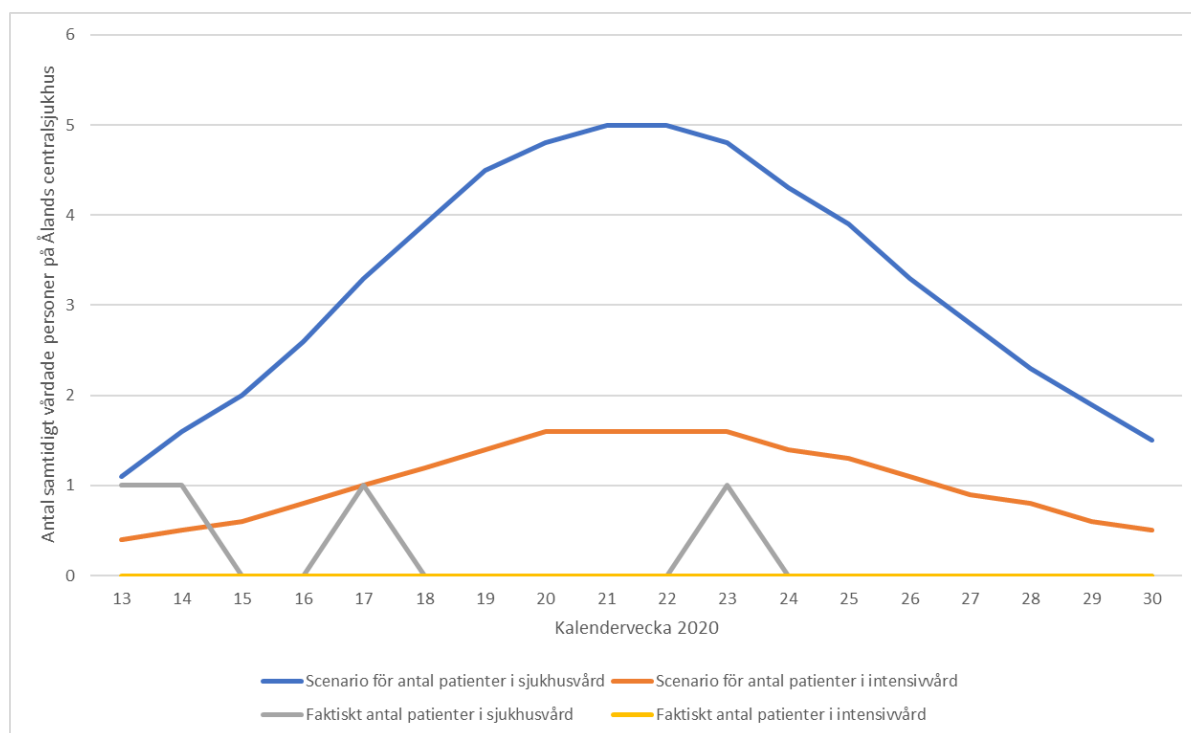
³² Önskemål om att göra undantag för Åland gällande SARS-Cov-2-screening i syfte att uppfylla inresekrav i Sverige. Skrivelse från landskapsregeringen 30.3.2021. ÅLR 2021/2498

5. Bedömning av epidemiologisk utveckling och åtgärder under fyra epidemiperioder

5.1. År 2020: Ursprungsvarianten

Det första covid-19 fallet konstaterades på Åland 21.3.2020, ett par veckor efter att incidensen börjat öka exponentiellt i Finland och Sverige och rapporteringen hade ökat från flera länder i Europa om överbelagda intensivvårdsavdelningar och hög dödlighet på grund av covid-19.

Endast ett par dagar senare, 25.3.2020, publicerade THL ett första scenario över behovet av sjukhus- och intensivvård under de kommande fyra månaderna (april-juli 2020), nationellt och i olika regioner. För Åland var scenariot att sammanlagt ca 50 personer skulle behöva sjukhusvård och ca 20 personer IVA-vård under den initiala fyramånadersperioden, samt att ca 4-5 personer samtidigt skulle behöva sjukhusvård under en tvåmånadersperiod vid en förväntad epidemitopp i slutet av våren 2020 (figur 40).



Figur 40 THLs scenario från 25.3.2020 över behovet av sjukhus- och intensivvård på grund av covid-19 på Åland, samt faktiskt antal.

Beredskapen på Åland var då redan förbättrad, men prognosen över förväntad sjukhusvård föranledde ÅHS att snabbt göra ytterligare förberedelser för att öka potentiella IVA platser till över det dubbla mot normalt och man beställde även kompletterande IVA-utrustning.

Utvecklingen blev en annan än den befarade. Antalet som samtidigt behövde sjukhusvård översteg på Åland aldrig en person och ingen behövde vårdas på IVA under hela fyramånadersperioden (figur 40). Endast totalt 21 fall av covid-19 registrerades till och med juli 2020.

Som beskrivits i bakgrundsavsnittet blev situationen i hela Finland under våren 2020 betydligt lindrigare än vad vården förberett sig för. Den nationella strategin utgick från sommaren 2020 ifrån att gradvis minskade restriktioner skulle leda till ett ökat antal fall och ökat antal som kräver intensivvård, men att vårdbehovet inte skulle överstiga kapaciteten. Lättnader genomfördes därför såväl nationellt (som beskrivits i bakgrundsavsnittet) som på Åland. En ökning av incidensen förväntades därmed. Incidensens fortsatte emellertid sjunka ytterligare under sommaren och förblev sedan låg. Belastningen på vården blev igen betydligt lägre på Åland än vad som befarats. Fram till slutet av 2020 behövde en person IVA vård och fem personer sjukhusvård på grund av covid-19 på Åland. Det kunde igen konstateras att smittskyddsåtgärderna varit betydligt mer framgångsrika än vad man initialt förväntat sig.

Situationen fortsatte vara mycket lugn på Åland till efter julen 2020. Under större delen av året var incidensen mycket låg jämfört med övriga Finland och Norden, särskilt jämfört med Sverige. I medeltal var 14-dagarsincidensen från slutet av mars till december 13/100 000. Den högsta 14-dagarsincidensen som uppmättes var 140/100 000 under de sista två veckorna i december. Sammanlagt konstaterades 104 fall av covid-19 under år 2020, vilket motsvarade 0,3% av Ålands befolkning.

Få personer med covid-19 behövde vårdas på sjukhus (ca 5% av fallen) och inga dödsfall relaterade till covid-19 inträffade under 2020. Under denna period då inget vaccin fanns mot covid-19 kan den låga förekomsten av allvarig covid-19 förklaras dels av den låga incidensen, dels av att mycket få äldre insjuknade; ingen över 80 år och endast 3 personer över 70 år. Under hela 2020 förekom ingen dokumenterat smittspridning inom sjukvården eller på institutionsboenden.

Sjukvården var inte i något skede överbelastad på grund av sjukhuskrävande covid-19. Viss vårdskuld uppstod trots detta, dels på grund av att personalresurser omprioriterades till testning och smittspårning, dels på grund av viss uppskjuten planerad vård. Den begränsade och temporära vårdskuld hade i stort sett kompenenserats redan till sommaren 2020.

Bra tillgång till PCR-testning för covid-19 och en rigorös smittspårningspraxis etablerades snabbt, vilket sannolikt bidrog mycket till att minimera smittspridningen. Initialt, under mars-april 2020, var testkapaciteten emellertid begränsad då analyser inte gjordes lokalt på Åland utan skickades till Helsingfors och Åbo. Endast personer med särskild resehistorik, i riskgrupp eller med allvarliga symtom rekommenderades därför initialt att söka sig till testning. Det fanns därför eventuellt ett betydande mörkertal gällande antalet insjuknade fram till april-maj 2020. Från maj 2020 hade mycket god testkapacitet etablerats på Åland. Därefter rekommenderades alla, även personer med lindriga symtom, att testa sig så snabbt som möjligt. De allra flesta kunde då erbjudas test samma dag och ofta även få testsvar samma dag eller dagen efter. Endast PCR-test användes under hela perioden, med undantag för viss testning för reseintyg där även antigen-test användes från hösten 2020.

Under hela året testades endast personer med symtom, med undantag för screening av inresande sjukvårdspersonal, screening av patienter vid inläggning på sjukhus (oberoende av inläggningsorsak), samt screening av klienter vid inflyttning till äldreboende. Ingen screening av

andra inresande än vårdpersonal gjordes. Testresultat för personer utan symtom dokumenterades inte under 2020.

Under 2020 var det få fall av samhällssmitta och de flesta av fallen bedömdes ha smittats på Åland av ett index fall som i sin tur smittats utomlands eller i annan del av Finland. Fram till slutet av december 2020 uppstod endast mindre smittkedjor, vilka effektivt bröts genom snabb testning och rigorös smittspårning (se avsnitt 4.3.). Under långa perioder konstaterades inga fall alls på Åland. Från början av juli till slutet av september konstaterades endast två fall, med flera veckors mellanrum.

I augusti 2020 lanserade THL en telefonapplikation för att underrätta personer som haft kontakt med personer som varit infekterade. I den första enkätundersökningen (december 2020-februari 2021, se avsnitt 4.4.1.2.) rapporterade 58% att de laddat ner appen. Dess nytta på Åland var tveksam eftersom sedvanlig smittspårning fungerade mycket bra utan detta verktyg. Antalet kontakter som identifierades med appen har inte dokumenterats, men bedöms utgöra en mycket liten andel av personer som identifierades genom kontaktspårning på Åland.

I slutet av december 2020 uppstod ett större men geografiskt mycket begränsat utbrott i en skärgårdskommun, där smittspridningen skedde främst på en arbetsplats och i familjer. Ursprunget var högst sannolikt via person smittad i utlandet eller annan del av Finland. Klustret uppgick till 29 personer vilket utgjorde en knapp tredjedel av samtliga fall på Åland under 2020. Även detta utbrott kontrollerades snabbt genom isolering, smittspårning och karantän av kontakter.

Sammanfattningsvis karaktäriserades 2020 av enstaka fall och ett flertal mindre smittkedjor med långa perioder utan några fall. Det är möjligt att dold smittspridning förelåg under dessa "tysta" perioder men fynden i antikroppsstudien (se avsnitt 4.4.1.1.) talar emot att dold smitta var omfattande. Det är mer sannolikt att smittspridningen helt upphörde och återintroducerades vid ett flertal tillfällen, framför allt av personer som smittats i Sverige och i mindre utsträckning av inresande från andra regioner i Finland och andra länder.

Sverige hade mycket högre incidens av covid-19 än Åland och Finland under hela 2020. Inreseförbud från Sverige rådde under hela 2020 (med undantag för en vecka i september). Endast finska medborgare och folkbokförda i Finland, samt personer med nära släktband eller giltiga skäl kopplade bland annat till arbete eller innehav av egendom på Åland hade rätt att resa till Åland från utlandet under 2020 (även ankomst till Finland med småbåtar var tillåtet). Resandet från Sverige (och andra länder) dominerades därför av hemvändande ålänningar. Trots detta förekom (förutom under perioden då undantagsförhållande rådde och resemöjligheterna var mycket begränsade) relativt omfattande inresa från Sverige. Under juni-december 2020 var det ca 62 000 gränspassager från Sverige (statistik från Gränsbevakningen). Även om detta var betydligt lägre reseolymer än under ett normalår motsvarade det två gånger Ålands befolkning. Under denna period konstaterades 20 fall av covid-19 bland inresande från Sverige (se avsnitt 4.4.2.). Detta var ett mycket lågt antal i relation till 62 000 gränspassager, men utgjorde ändå en hög andel av fallen som konstaterades på Åland.

Införelse av smitta av ålänningar som rest från Sverige bedöms således ha utgjort det största bidraget till covid-19 fallen på Åland under 2020, direkt eller indirekt via fortsatt smitta främst inom familjer. Omfattande gränshinder och rekommendationer mot resande i allmänhet bidrog sannolikt till att hålla incidensen på en mycket låg nivå under 2020. Som diskuterats ovan uppstod emellertid begränsad smittspridning på Åland från de personer som förde smitta till Åland från utlandet.

Baserat på smittspårningsanalyserna (se avsnitt 4.3.) bedömdes karantänrekommendationen oftast ha följts och varit effektiv. I enkätstudien rapporterades nästan 100% följsamhet till rekommendationen (se avsnitt 4.4.1.2.). Samtidigt bedömdes den initialt rekommenderade 14 dagarskarantänen vara onödigt lång och därför ändrades rekommendation från och med november 2020 till 7 dagar frivillig karantän (THLs nationella rekommendation förblev dock 14 dagar, och sedermera, i slutet av 2021, 10 dagar). Inga krav eller rekommendationer om test före eller efter inresa fanns under 2020. Frivillig karantän i kombination med effektiv smittspårning förefaller ha varit tillräckliga åtgärder för att hindra omfattande spridning av smitta som förts in från utlandet under 2020.

Även allmänna åtgärder och rekommendationer bidrog sannolikt till att hålla smittspridningen på en låg nivå. Undantagsförhållandet våren 2020 och därtill hörande tydliga rekommendationer om att minska sociala kontakter kombinerat med skolstängning, restaurangstängning, förbud mot offentliga tillställningar samt besöksförbud och andra rigorösa skyddsåtgärder inom vård och omsorg torde ha minimerat risken för smittspridning inom de flesta delarna av samhället. Detta återspeglas av att smittspridning främst skedde inom familjer. Samtidigt var antalet fall av samhällssmitta mycket lågt under hela 2020 och det var långa perioder då ingen smittspridning kunde konstateras. Breda åtgärder på befolkningsnivå kan endast ha effekt om det finns signifikant dold smitta i samhället. Det är därför möjligt att vissa av de omfattande åtgärderna, framför allt under första halvåret 2020, var oproportionerliga och otillräckligt anpassade till den epidemiologiska situationen på Åland.

Efter sommaren 2020 ändrades som nämnts Finlands nationella strategi mot att ge större möjligheter till regionalt beslutsfattande. I och med detta blev beslut om samhällsåtgärder mer återhållsamma på Åland och under hösten 2020 var få begränsningar och rekommendationer i kraft (tabell 3). Detta ledde inte till en ökning av incidensen. En rekommendation att munskydd i kollektivtrafiken då det inte gick att hålla avstånd gavs i oktober 2020. Detta kompletterades i början av december 2020 med att rekommendation även gällde på allmän plats inomhus då det inte gick att hålla avstånd. Redan i början av augusti 2020 började THL rekommendera munskydd (kirurgiskt mun- och nässkydd, alternativt skydd av tyg) på offentliga platser där det är omöjligt att hålla avstånd (efter att under våren och sommaren 2020 inte rekommenderat detta dels på grund av bedömningen att det inte fanns god evidens för effekten av bruk av munskydd på allmän plats³³, dels på grund av bristande tillgänglighet³⁴). Kunskapsläget talade emellertid hösten 2020 för att munskydd var av värde under perioder med omfattande samhällssmitta för att hindra framför allt smitta från symptomfria personer i miljöer inomhus där det var svårt att hålla avstånd. Incidensen var fram till slutet av december 2020 mycket låg på Åland men munskyddsrekommendationen bedömdes ändå nödvändig med anledning av snabbt ökande incidens i de närområden, inklusive övriga Finland och Sverige, från vilka omfattande inresa till Åland förväntades under de stundande jul- och nyårshelgerna. På Åland bedömdes inte tygmunskydd vara tillräckligt effektivt och därför rekommenderades endast kirurgiskt mun- och nässkydd, vilka distribuerades kostnadsfritt via kollektivtrafiken och skolorna för att säkerställa tillgänglighet även för mindre bemedlade.

En mycket aktiv lokal informationsstrategi med minst veckovisa pressträffar, uppdatering av hemsidor och informationstelefoner såväl inom ÅHS som inom landskapsregeringen bibehölls

³³Utredning om användningen av ansiktsskydd för förebyggande av coronavirussmitta, publicerad 29.5.2020 (på finska): <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162266>; <https://stm.fi/sv/-/selvitys-kasvosuojusten-kaytosta-koronavirustartuntojen-ehkaisemisessa-laajaa-vaihtelua-maakohtaisissa-linjauksissa-ja-vahan-tutkimustietoa>

³⁴Coronaepidemins första fas i Finland år 2020. P2020-01. Olycksutredningscentralen. Utredningsrapport 6/2021. ISBN: 978-951-836-597-9. Helsingfors, 2020

under hela 2020. En aktiv dialog med kommuner (skolor, social omsorg, osv), kombinerad med utbildning och information genom skriftliga anvisningar från landskapsregeringen och ÅHS bidrog sannolikt både till att effektivt sprida information och till att få återkoppling för att kunna göra relevanta revideringar av beslut och rekommendationer.

Kommunernas, arbetsgivarnas, näringslivets, civilsamhällets, och medborgarna aktiva agerande och ansvarstagande kan inte överskattas. Den sociala omsorgen gjorde, med direkt stöd från ÅHS och landskapsregeringen, omfattande förändringar för att öka smittskyddet inom verksamheterna, särskilt inom dygnetruntoenden. Skolorna organiserade om undervisningen baserat på anvisningar från landskapsregeringens utbildningsbyrå. Många andra privata och offentliga aktörer fattade tidigt i pandemin själva beslut om att skapa så smittsäkra miljöer som möjligt. Bland annat planerade många verksamheter, företag och butiker redan under pandemins inledande veckor på eget initiativ arbetsplatser och kundutrymmen för att minska risken för trängsel, ordnade med att handsprit och informationsskyltar fanns på plats, samt installerade plexiglasavskärmningar på platser för kundmöten.

Medborgarna föreföll i stor utsträckning ha accepterat och följt rådande rekommendationer under 2020 även om stödet för vissa åtgärder var blandat, vilket redovisats i avsnitt 4.4.1.2. ovan.

5.2. Januari-juni 2021: Alphavarianten

I januari 2021 startade vaccinering mot covid-19, initialt för de äldsta, vårdpersonal samt personer i riskgrupp, helt i linje med statsrådets förordning om frivilliga covid-19-vaccinationer (FFS 1105/2020) och THLs rekommendationer. Över 90% av personer över 70 år hade vaccinerats med första dosen i april och med två doser juni 2021.

I början var tillgång till vaccin, som distribuerades av THL till olika regioner i Finland baserat på behov baserat på befolkningsprofil, mycket begränsad. Efterfrågan var betydligt högre tillgången och hårda prioriteringar var därför nödvändiga. Det fanns ett visst tolkningsutrymme gällande prioriteringar inom de olika breda prioriteringsgrupperna som definierats av statsrådet och THL. Flera olika arbetsgivare, myndigheter och medborgare hade då synpunkter och önskemål om att vissa grupper tidigt skulle få tillgång till vaccin. Bland annat önskades prioritering av vissa yrkesgrupper som hade hög exponeringsrisk, inte kunde jobba på distans, behövde resa i arbetet, eller hade samhällskritiska funktioner. Önskemål fanns även för vissa andra grupper, till exempel klienter inom specialomsorgen som inte tillhörde de definierade medicinska riskgrupperna, men ändå ansågs ha särskilt behov att skyddas. Landskapsregeringen listade ett antal samhällskritiska funktioner och personer som skulle kunna prioriteras med hänsyn till krisberedskapen på Åland inom de befolkningsgrupper de ansågs höra till enligt den då rådande vaccinationsordning.³⁵ Detta påverkade emellertid inte prioriteringarna i praktiken.

Under februari-mars 2021 var det ett större utbrott då 14-dagarsincidensen steg snabbt till ca 400/100 000. Sekvensering visade att detta utbrott orsakades av den mer smittsamma alphavarianten som inte tidigare hade identifierats på Åland. Initialt smittades främst barn och unga och smittspridning konstaterades i flera skolor och inom barnomsorgen. Dessa åldersgrupper hade inte börjat vaccineras vid tidpunkten, med undantag för personer i riskgrupp. Viss

³⁵ Vaccinering och tryggnad av samhällskritiska funktioner (ÅLR 2021/314)

<https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/protocol/nr4-2021-enskild-rk1.pdf>

smittspridning skedde även till äldre, men i detta skede hade över 80% av personer över 70 år redan vaccinerats minst en gång. Strikta skyddsåtgärder inom vård och omsorg, vilka redan återinförts i slutet av december 2020, fortsatte och anpassades till epidemisituationen under hela denna period. Även under denna period förekom ingen dokumenterat smittspridning inom sjukvården eller äldreomsorg, men däremot ett utbrott på ett boende inom specialomsorgen.

Från januari 2021 introducerades testning av samtliga nära kontakter som sattes i karantän enligt smittskyddslagen, för att tidigt identifiera sekundärfall. Denna intensifierade smittspårning ledde till ökad testning särskilt under perioder med hög incidens och bidrog sannolikt till att även större och mer komplicerade smittkedjor kunde ringas in och brytas. En detaljerad analys av smittspårningen demonstrerade att smittkedjorna kunde brytas efter maximalt fyra smittspridningssteg (se avsnitt 4.3.). Parallellt minskade antalet fall av samhällssmitta, som indirekt tecken på att även dolda smittkedjor succesivt avtog, men detta kan också ha berott på åtgärder på samhällsnivå för att minska antal sociala kontakter i hela samhället.

I och med alphautbrottet återinfördes eller skärptes flera åtgärder (se tabell 3). Samtliga högstadier stängdes under tre veckor 1.3-19.3 och distansundervisning bedrevs därmed från åk 7 och uppåt. När högstadierna öppnade för närundervisning igen infördes en rekommendation att använda munskydd för elever i årskurs 7 och uppåt. Munskyddsrekommendationen inom skolorna gällde till slutet av maj 2021. I slutet av maj 2021 hade incidensen igen sjunkit till mycket låga nivåer och var sedan kring 10-15/100 000 fram till slutet av juli. I slutet av juni 2021 avvecklades de flesta regionala restriktionerna, men vissa begränsningar av offentliga tillställningar inomhus kvarstod.

5.3. Juli - december 2021 (till och med vecka 51): Deltavarianten

Sista veckan i juli uppstod ett nytt större utbrott då 14-dagarsincidensen steg till 200/100 000. Detta visade sig ha orsakats av deltavarianten, som inte identifieras tidigare på Åland. Deltavarianten fortsatte att dominera helt fram till julen 2021. Utbrottet i juli startade främst bland tonåringar och unga vuxna och var främst kopplat till olika sommarevenemang och fester. Vaccinationstäckningen med första dosen bland personer under 25 år var ca 50% i slutet av juli. Smittspridningen fortsatte sedan främst inom familjer och nådde även äldre åldersgrupper. Utbrottet blev kortvarigt trots att få och mycket temporära åtgärder vidtogs på samhällsnivå. I slutet av augusti var det åter få fall och 14-dagarsincidens förblev under 20/100 000 fram till slutet av november. Från slutet av augusti till slutet av november fanns inga specifika restriktioner eller rekommendationer på Åland. I augusti togs rekommendationen om frivillig karantän efter inresa från riskområde i utlandet bort på Åland (se tabell 3). Avvecklingen av åtgärderna var i linje med den nationella strategin som rekommenderade succesivt minskade samhällsåtgärder efter att minst 80% av befolkningen över 12 år vaccinerats.

Resevolymerna under sommaren 2021 var betydligt högre än 2020 och särskilt turistande från övriga Finland var omfattande. Incidensen i övriga Finland, Sverige och de flesta länder i närregionen var fortsatt betydligt högre än på Åland. Pandemisituationen var inte alarmerande i början av sommaren i närregionerna, men i vissa delar av Finland, särskilt i Nyland, ökade incidensen kraftigt igen under sommaren och incidensen i Finland blev då för första gången under pandemin högre än i Sverige. Utbrottet på Åland i slutet av juli orsakades högst sannolikt av att en eller flera personer tog med sig smitta med deltavarianten från annan region i Finland och/eller utlandet.

12.7.2021 avvecklade Finlands regering inreseförbudet från Sverige och andra EU-länder. Detta ersattes av ett nytt temporärt tillägg till smittskyddslagen som innebar att alla (med vissa undantag) som reste till Finland (inklusive finska medborgare och personer folkbokförda i Finland) från ett högincidensland måste kunna visa ett covid-19 intyg (EUs covidintyg gällande vaccin och/eller test innan inresa) eller delta i covid-19 test efter ankomst. Liksom tidigare fanns inga intygs- eller testkrav eller rekommendation om frivillig karantän efter inrikes resor. Intygs- och testkravet vid inresa från utlandet utvärderades på Åland under perioden 12.7.2021-15.10.2021 som beskrivits i avsnitt 4.4.2. ovan. Då slutsatsen var att intygs- och testkravet inte haft någon identifierbar nytta och att införsel av smitta från utlandet inte bidragit signifikant till smittsituationen på Åland under perioden skickade landskapsregeringen flera skrivelser till SHM med förslag att avveckla intygs- och testkraven vid inresa från Sverige, utan att få gehör.

Vaccinationstäckningen med andra dosen ökade snabbt under hösten och i september hade mer än 85% av alla över 40 år vaccinerats två gånger. Detta hjälpte sannolikt till att fortsatt hålla smittspridningen på låga nivåer. Samtidigt blev genombrottsinfektioner med deltavarianten bland fullt vaccinerade allt vanligare under hösten 2021. Få av dem blev allvarligt sjuka. Kunskapsläget gällande vaccinskyddet mot deltavarianten hade i det skedet blivit mycket bra och det stod klart att vaccinskyddet mot lindrig men smittsam covid-19 minskade över tid, samt att särskilt personer i riskgrupp var i behov av en tredje dos vaccin två månader efter andra dosen för att ha optimalt skydd mot allvarlig covid-19. Vaccinering med tredje dosen startade för de äldsta och personer i riskgrupp på Åland i början av november 2021 (tabell 2).

I slutet av november steg 14-dagarsincidensen på nytt till över 100/100 000, men ingen ytterligare acceleration inträffade innan julen 2021. En munskyddsrekommendation infördes ånyo i början av december, men då endast vid offentliga tillställningar inomhus samt evenemang inomhus ordnade av skolor och barnomsorg. Samarbetsgruppen hade föreslagit att rekommendationen skulle gälla generellt på allmän plats inomhus och i kollektivtrafiken, men den politiska bedömningen blev att det var en oproportionerlig åtgärd. Restaurangernas öppettider och tider för alkoholförsäljning begränsades från 5.12.2021 genom förordning från Finland regering. Incidensen hade då stigit kraftigt i de flesta regionerna i Finland och en planerad succesiv lättning av nationella åtgärder hade skjutits på framtiden (se avsnitt 1.2.3.).

Finlands riksdag antog 16.10.2021 ett ytterligare temporärt tillägg till smittskyddslagen som innebar bland annat att restauranger inte behövde följa angivna begränsningar om de i stället krävde att kunderna visade ett så kallat "coronapass" (EUs covidintyg på att man erhållit minst två doser vaccin eller var nyligen testad för covid-19). Detta gällde på Åland då begränsningar av restaurangverksamheterna var i kraft mellan 5.12.2021 och 22.12.2021. De flesta restaurangerna utnyttjade denna möjlighet, vilket i praktiken innebar att det inte fanns några begränsningar av öppettider eller alkoholförsäljningstider i december. Knappt 90% av Ålands befolkning över 12 år hade vid den tidpunkten redan vaccinerats med 2 doser. Ingen identifierbar ökning i vaccinationstäckningen inträffade på Åland i samband med att lagen om vaccinpass trädde i kraft eller under perioden vaccinpass tillämpades på Åland (figur 10).

Begränsningarna av restaurangtiderna upphörde igen 22.12.2021 efter att arbetsgruppen på Åland bedömt att belastningen på sjukvården var så låg att det inte fanns skäl att ha strikta restriktioner i kraft. Dessutom föreföll det som att möjligheten att ersätta begränsade öppettider med krav på covidintyg skulle fortsätta. I detta skede stod det klart att smittrisen inte minskade nämnvärt genom att exkludera ovaccinerade personer eftersom genombrottsinfektioner blev allt vanligare, både med deltavarianten, och särskilt med omikronvarianten som från slutet av

november 2021 spred sig mycket snabbt i närregionerna. Evidensen talade i detta skede dessutom starkt för att omikronvarianten orsakade mindre allvarlig sjukdom än tidigare varianter. Utan varsel togs möjligheten att använda covidintyget temporärt bort 22.12.2021 genom en förordning från Finlands regeringen. På Åland blev innebörden att inga specifika begränsningar gällde för restaurangerna från och med 23.12.2021. Restaurangerna var dock fortsatt skyldiga att vidta allmänna försiktighetsåtgärder, inklusive att säkerställa att kunderna kunde hålla ett tillräckligt avstånd till varandra även därefter.

Vecka 52 år 2021 ökade incidensen dramatiskt på Åland. Under denna vecka konstaterades 513 av de 832 fallen 2021. Den snabba smittspridningen kopplades till nattklubbsbesök och fester under julhelgen kombinerat med omfattande inresa från närregioner med betydligt högre incidens där omikronvarianten redan snabbt tagit över. Senare konstaterades att så gott som alla fall på Åland i slutet av december orsakats av den ännu mer smittsamma omikronvarianten. I analysen av de olika epidemiperioderna har därför vecka 52 år 2021 räknats till omikronperioden (se nedan).

5.4. Sammanfattande bedömning av år 2021

Sammanfattningsvis karaktäriserades år 2021 av ökad smittspridning vars direkta hälsokonsekvenser emellertid blev mycket måttliga främst på grund av den gradvis ökade vaccinationstäckning samt särskilda skyddsåtgärder riktade till äldre och till vård och omsorg. Det var två distinkta perioder, vardera helt dominerad av en unik virusvariant. Analysen av incidens och sjuklighet under respektive period visar inga stora skillnader trots att deltavarianten i internationell forskning visat sig vara mer smittsam och förknippad med högre risk för allvarlig sjukdom än både ursprungsvarianten och alphavarianten. Detta förklaras sannolikt av att ökande vaccinationstäckningen kompenserade för ökad virulens.

Den direkta belastningen på sjukvården på grund av vårdkrävande covid-19 var fortsatt relativt låg under 2021 men verkställandet av olika beredskapsnivåer och tillhörande omställningar av vården var krävande såväl för sjukvården som äldre vården. Belastningen på primärvården blev mycket tung periodvis, på grund av ökat testande, smittspårning och poliklinisk handläggning av covid-19 fall. Kravet på sjukvården att göra stickprovskontroller av inresande från Sverige innebar en ytterligare börda.

Liksom under 2020 blev smittkedjorna snabbt begränsade genom rigorös smittspårning (se avsnitt 4.3.). Åtgärder på samhällsnivå varierade kraftigt under året i förhållande till smittsituationen, i linje med revideringar av handlingsplanen för Åland. Det är mycket svårt att bedöma värdet av varje enskild åtgärd på samhällsnivå samt att särskilja och jämföra dess effekter med effekter av smittspårning respektive ökande vaccinationstäckning. En rimlig slutsats är att samhällsåtgärderna sammantaget varit tillräckliga och att vissa av dem kan ha varit överdrivet kraftfulla. Det är möjligt att den rigorösa smittspårningen hade varit en tillräcklig åtgärd även om samhällsåtgärderna varit mer begränsade. Två åtgärder som beslutats om på riksnivå trots invändningar från landskapsregeringen – intyg- och testkrav för inresande från utlandet respektive möjligheten att använda covidintyg inrikes – bedöms inte ha haft någon effekt på covid-19 situationen på Åland.

År 2021 präglades av en allt intensivare samhällsdiskussion kring smittskyddsåtgärdernas proportionalitet och rimlighet. Acceptansen föreföll öka succesivt för en högre smittspridning allteftersom vaccinationstäckningsgraden steg och belastningen på sjukvården fortsatt var låg eller måttlig även under större utbrott. Samtidigt ökade kunskapen om att vaccinationsskyddet inte var

fullständigt och att det avtog efter hand. Mot slutet av året föreföll det som om vaccinationstäckningen hade uppnått sin maximala nivå och därmed att drygt 10% av den vuxna befolkningen skulle förbli ovaccinerade, med fortsatt risk för allvarlig sjukdom och därmed risk för hög belastning på vården om smittspridningen blev omfattande. En analys gjordes redan under våren 2021 för att försöka identifiera befolkningsgrupper med lägre vaccinationstäckning. Analysen av enkätundersökningen gällande vaccinationsvilja gav inga tydliga svar (se avsnitt 4.4.1.2.). En möjlig förklaring, vilken emellertid inte kunde bekräftas på grund av avsaknad av data, var att personer som inte hade svenska eller finska som modersmål hade lägre vaccinationstäckning, vilket noterats i övriga Finland. Med detta antagande ökades information kring vaccin på Åland via aktörer som arbetar nära dessa målgrupper samt vissa arbetsgivare. Dessa åtgärder hade ingen uppenbar effekt på vaccinationstäckningen. Det kan konstateras att vaccinationstäckningen i den vuxna befolkningen i slutet av 2021 blev nästan exakt samma som vaccinationsviljan som rapporterades i enkätundersökning i början av året, ca 90%.

En samhällsdebatt uppstod även om användning av covidintyg, såväl på Åland som i Finland och internationellt. På Åland var möjligheten att kräva covidintyg endast i kraft ett par veckor i december 2021 och gällde då endast restaurangerna, eftersom inga andra restriktioner fanns vid tidpunkten. Offentliga tillställningar begränsades igen på Åland från vecka 52 år 2021, men då hade Finlands regering pausat möjligheten att undgå restriktioner genom att kräva covidintyg. Att användningen på Åland skulle bli kortvarig och begränsad på Åland stod dock inte klart när debatten var som mest aktiv. Vissa upplevde möjligheten att kräva covidintyg som ett indirekt vaccintvång. Utöver att ofullständigt vaccinerade utestängdes från vissa delar av samhället upplevdes det också som att personer som valt att inte vaccinera sig blev belagda med skuld och skam och att självbestämmandet om den egna hälsan blev inskränkt. Allteftersom det blev uppenbart att vaccinering inte skyddade fullständigt mot att bli smittsam bärare av viruset kunde man konstatera att användning av covidintyg inte var en effektiv smittskyddsåtgärd. Tilliten till myndigheternas kommunikation och lagstiftarnas omdöme kan därmed ha skadats. Detta har inte närmare undersökts men insändare till media, offentliga manifestationer och personliga kontakter tagna med sjukvården och myndighetspersoner tyder på att åtminstone några av de som redan tidigare hade bristande myndighetstillit kan ha cementerat sin ståndpunkt ytterligare. Ingen positiv indirekt effekt på vaccinationsviljan kunde noteras på Åland. Sammantaget förefaller därför som den temporära lagen om covidintyg och dess tillämpning inte har haft någon nytta på Åland och kan ha orsakat skada.

I analysen av vilka åtgärder som var lämpliga i olika skeden blev dialogen med olika samhällsaktörer allt viktigare under 2021. I en hörandeprocess i slutet av våren 2021 fick flera samhällsaktörer berätta om sina intryck av pandemins konsekvenser. Hörandeprocessen kompletterade analyserna av enkätundersökningen och fokusgruppdiskussionerna (se avsnitt 4.4.1.2.), information erhållen genom landskapsregeringens coronakommission och andra analyser som gjorts bland andra av ÅSUB, Rädda barnen och skolorna.

De som deltog i hörandeprocessen framförde överlag stöd för hanteringen av pandemin på Åland men rapporterade samtidigt att många människor hade påverkats mycket negativt av åtgärderna, även om vissa rapporterade positiva upplevelser kopplade till bland annat distansarbete och mer egentid och tid för närmaste familjen. Äldre och riskgrupper hade drabbats särskilt hårt då många hade självisolerat sig och därmed avbrutit eller kraftigt begränsat föreningsverksamheter och sociala kontakter i allmänhet. Besöksförbudet inom vård och omsorg under våren och sommaren 2020, och senare de rigorösa skyddsåtgärderna vid besök till dygnetruntoenden, hade påverkat den sociala kontakten med anhöriga och vänner.

Konsekvenserna av begränsningar och rekommendationer var även negativa för befolkningen i stort, och gällde även kultur-, fritids- och idrottsaktiviteter. Detta bekräftades i Ålands statistik- och utredningsbyrås (ÅSUB) utredning om Ålänningarnas kultur- och fritidsvanor 2020, vilken publicerades 2021.³⁶ ÅSUB konstaterade tydlig minskning på fyra områden: 1) Sociala aktiviteter 2) Musik, dans och teater 3) Besök och övriga aktiviteter (exempelvis besökt marknad, auktion, loppmarknad, utställning) samt 4) Idrotts- och motionsutövning. Inom samtliga grupper hade kvinnorna i högre utsträckning upplevt en större negativ effekt av coronasituationen än männen. Samtidigt hade användning av medier och spel ökat.

Gymnasieskolorna hade haft mycket distansundervisning framför allt under våren 2020, men även en begränsad tid 2021. Detta hade varit påfrestande för många. Gymnasieskolornas utmaningar bekräftades i enkätundersökningar bland studerande i Ålands gymnasiums skolor som visade att distansundervisningen upplevts som tung och försvårande av många. Överlag var det mycket mer utmanande med praktiska ämnen, således framförallt vid Ålands Yrkesgymnasium. Bland studerande som gick årskurs tre vid Ålands lyceum våren 2022 och därmed upplevt alla skeden av distansstudier under pandemin svarade 48% att de upplevt distansstudierna positivt, 32% neutralt, 21% negativt och man kunde inte finna något ökat missnöje med studierna eller studietiden överlag jämfört med tidigare årskullar.³⁷

Trots att skolorna hade bedrivit närundervisning under i större delen av pandemin (med undantag för våren 2020) så var många barn och unga väldigt trötta på den inverkan som allmänna restriktionerna och försiktighetsåtgärder hade på deras liv inom och utanför skolan. Det fanns tecken på att det allmänna välbefinnandet, känsla av isolering, socialt stöd och skolprestationer hade påverkats på ett ojämlikt sätt. Distansundervisning var även belastande för skolpersonalen. Det som framkom i hörandeprocessen gällande barn och unga i allmänhet samt distansundervisning motsvarade väl vad som rapporterats från dels en utvärdering av lärares, rektorers, elevvårdspersonalens och vårdnadshavares uppfattning om distansundervisningen under vårterminen 2020^{38,39}, dels en rapport från barnkonventionspiloter inom Rädda barnen på Åland om barns och ungas upplevelser under pandemins första period på Åland.⁴⁰

Många som hade en situation som krävde rörelse över landsgränser eller hade sociala relationer med personer utomlands som inte haft rätta att resa till Åland hade haft en svår situation. Rekommendationen om karantän efter inresa samt krav på testning och karantän vid resa från Åland till vissa länder hade också varit belastande.

Pandemin och dess konsekvenser på sysselsättning hade också lett till socioekonomiska konsekvenser särskilt för familjer utan ekonomisk buffert. Allmänt var intrycket att de som var mest psykosocialt och ekonomiskt utsatta innan pandemin hade drabbats hårdast även under pandemin och att pandemin därför kan ha lett till ökade hälsoklyftor och ökade socioekonomiska skillnader. I

³⁶Ålänningarnas kultur- och fritidsvanor 2020. Mariehamn: Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2021.

<https://www.asub.ax/sv/utredning/alanningarnas-kultur-och-fritidsvanor-2020>

³⁷ Enkäter om distansstudier vid Ålands Lyceum och Ålands Yrkesgymnasium, 2020-2022

³⁸ Inger Eriksson & Viveca Lindberg. Distansundervisning eller självstudier- Utvärdering av lärares, rektorers och elevvårdspersonalens uppfattning om distansundervisningen under Coronapandemin vt 2020. Mariehamn: Living V&I Ab, 2021

³⁹ Inger Eriksson & Viveca Lindberg. Utvärdering av vårdnadshavares uppfattning om distansundervisningen under Coronapandemin vt 2020. Mariehamn: Living V&I Ab, 2021

⁴⁰ Barn, unga och Corona. Rapport från barnkonventionspiloter. Rädda barnen Åland, 2020.
<https://raddabarnen.ax/app/uploads/2021/07/officiell-sammanstallning-av-covidfragor.pdf>

hörandeprocessen och från enkätundersökningen och fokusgruppdiskussionerna fanns många indikationer på stress, oro, ensamhet och frustration över begränsningarna, men det är osäkert om detta lett till vårdkrävande psykisk ohälsa. Det som rapporterades vid dessa höranden motsvarade väl fynden i enkätstudien och fokusgruppdiskussionerna.

Socialvårdsbyråns löpande kartläggning av hur socialvårdsproducenterna på Åland påverkats (svarsfrekvens i medeltal 60 %)⁴¹ visade att socialvårdens funktionsförmåga som helhet bedömts som god men stora omställningar och specifika smittskyddsåtgärder ledde till att vissa socialvårdsproducenter rapporterade tidvis om brister i vissa serviceformer (framförallt äldreomsorgen) och att de i viss mån tvingats minska på servicen och/eller flytta personal från en uppgift till en annan eller om briser i tillgång på personal, vilket även påverkat situationen negativt för klienter. Jämfört med medeltalet i riket föreföll emellertid färre problem ha rapporterats av den åländska socialvården.

Liksom i slutet av 2020 föreföll befolkningen ändå i hög utsträckning fortsatt ha funnit åtgärderna någorlunda acceptabla och rekommendationerna möjliga att följa (se även avsnitt 4.4.1.2.). Emellertid fanns i mitten av 2021 tydliga tecken på uttrötning då de negativa samhällskonsekvenserna blev allt tydligare. Det bedömdes finnas en stor risk att acceptansen och möjligheterna att följa rekommendationer sviktade. Dessutom stod det klart att samhällsekonomin och sysselsättningsgraden hade påverkats dramatiskt på Åland, med ett BNP fall på 15% och en fördubbling av arbetslösheten jämfört med 2019⁴². Det framfördes tydliga önskemål om att lätta på restriktioner och rekommendationer och att säkerställa en bättre avvägning mellan åtgärdernas positiva effekter mot smittspridning och dess negativa effekter på samhället.

Denna återkoppling präglade både revideringen av handlingsplanen för Åland i juni 2021 (då gränsvärden för att tillgripa kraftiga åtgärder höjdes) och hantering av det stora utbrottet under sommaren 2021 (då få åtgärder togs i kraft). Den hade också betydelse för den fortsatta revideringen av handlingsplanen i oktober 2021, då tröskeln för åtgärder höjdes ytterligare efter att vaccinationstäckning på över 80% hade uppnåtts. Från oktober 2021 var inte längre covid-19 incidensen en central parameter för att bedöma epidemisituation. Fokus skiftade i stället till belastningen på sjukvården direkt orsakad av covid-19, vilken förblev relativt begränsad. En försiktighetsprincip med innebörden att endast i nödfall införa begränsningar blev succesivt dominerande från och med sommaren 2021.

5.5. År 2022 (inklusive vecka 52 2021): Omikronvarianten

Från vecka 52 2021 fortsatte incidensen öka kraftigt. Andra veckan år 2022 hade 14-dagarsincidensen nått över 5 000/100 000. Från vecka 52 år 2020 till 20 mars 2022 konstaterades 7 426 fall på Åland.

Selektiv sekvensering visade utslutande omikronvarianten, även om det initialt sannolikt även fanns en del fall orsakade av deltavarianten. I januari 2022 fanns det god nationell och

⁴¹ Resultatet från varje runda av enkäten kan fås från THL/Social- och hälsovårdsministeriet. Till den del resultatet delats med landskapsregeringen har det sparats av socialvårdsbyrån.

⁴² Konjunkturläget våren 2021. Rapport 2021:2. Mariehamn: Ålands statistik- och utredningsbyrå. 2021.
<https://www.asub.ax/sv/utredning/konjunkturlaget-varen-2021>

internationell evidens för att risken för allvarlig sjukdom var betydligt lägre med omikronvarianten än tidigare varianter av SARS-CoV-2 viruset, samt att tillgängliga vaccin gav ett gott skydd mot svår sjukdom och död, särskilt efter tre doser. Däremot stod det klart att vare sig tillgängliga vaccin eller tidigare genomgången covid-19 med annan virusvariant gav bra skydd mot lindrig men smittsam covid-19.

Dessa iakttagelser bekräftades även på Åland. De flesta som insjuknade med omikronvarianten var fullt vaccinerade och även personer som tidigare haft covid-19 återinsjuknade. Trots den mycket omfattande smittspridning behövde få personer sjukhusvård på grund av covid-19. Endast 0,55% av de bekräftade fallen behövde sjukhusvård och endast 0,07% behövde IVA vård. Andelen sjukhus- och IVA-krävande covid-19 var således (för all åldersgrupper sammantaget) ca en tiondel av vad som var fallet med tidigare virusvarianter. Detta trots att många äldre smittades under denna period (figur 15) och ett flertal utbrott skedde inom institutionsboenden.

Vaccinationstäckningen med tredje dosen hade i slutet av december 2021 nått över 80% bland personer 70 år eller äldre, och ökade till över 90% i slutet av januari. För personer över 40 år var täckningsgraden med tredje dosen 16% i slutet av december och steg till 66% i slutet av januari 2022 och vidare till 72% i slutet av februari (figur 10). Andelen av fallen som behövdes sjukhusvård var högre bland ovaccinerade eller ofullständigt vaccinerade än bland fullt vaccinerade, men ändå låg även i denna grupp. Detta kan förklaras med omikrovariantens lägre virulens jämfört med tidigare varianter.

Det första dödsfallet kopplat till covid-19 inträffade på Åland i januari 2022. Totalt inträffade 13 dödsfall bland personer som testats positivt för covid-19 under utvärderingsperioden (personer som avled inom 30 dagar från diagnos). Samtliga var över 80 år, eller hade grundsjukdom som kraftigt ökar risken för allvarlig covid-19, eller var ovaccinerade. De flesta var klienter på äldreboenden.

I januari 2022 trädde ett temporärt tillägg till smittskyddslagen i kraft, vilket innebar att personer som inte hade vaccinerats (eller inom högst sex månader haft genomgången covid-19) inte fick ha uppgifter inom social- och hälsovården som innebar smittrisk för klienter eller patienter i riskgrupp. Ett antal ovaccinerade personer inom social- och hälsovården på Åland fick då antingen sluta sitt arbete eller blev omplacerade, vilket ledde till ytterligare samhällsdebatt om vad som upplevdes som vaccintvång. Lagen trädde i kraft i ett skede då det stod klart att full vaccination eller genomgången covid-19 hade dåligt skydd mot lindrig men smittsam covid-19, särskilt mot omikronvarianten, vilket innebar att lagtilläggets effekt för att skydda sköra klienter och patienter var högst tveksamt.

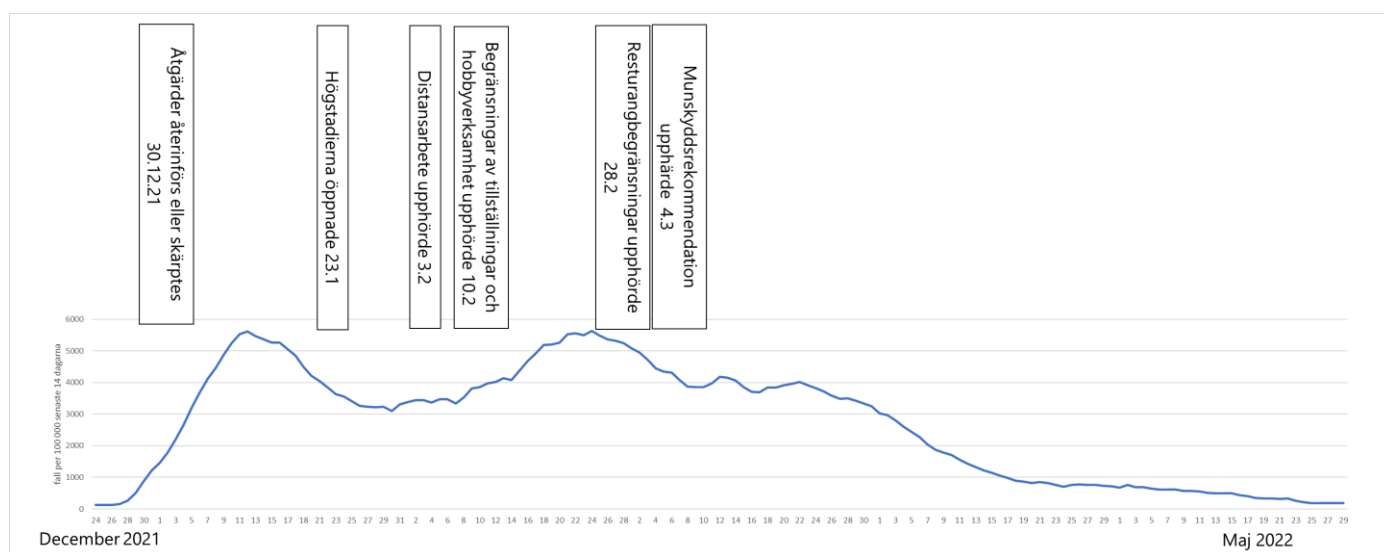
Den omfattande smittspridningen föranledde att de flesta smittskyddsåtgärderna på samhällsnivå snabbt återinfördes kring årsskiftet 2021-2022. Inledningsvis gjordes försök att använda samma smittspårningsprinciper som tidigare under pandemin. Testningen var då mycket omfattande (figur 13). Efter hand stod det klart, dels att det var svårt att upprätthålla tillräcklig test- och smittspårningskapacitet, dels att omikronvariantens höga smittsamhet och mycket korta inkubationstid innebar att effekterna av smittspårningen var mycket begränsad, dels att antalet personer som skulle behöva sättas i karantän skulle bli orimligt högt om tidigare principer användes. Testnings- och smittspårningsprinciperna ändrades därför radikalt från slutet av januari, och smittspårning och karantänbeslut upphörde förutom inom vård och omsorg. Test rekommenderades från och med februari 2022 endast för personer i riskgrupp (för att kunna monitorera kliniskt förlopp och sätta in sekundärpreventiv behandling vid behov) samt för personal och patienter och klienter inom vård och omsorg. Karantänbeslut utfärdades endast för

vårdanställda. För övriga gavs en rekommendation om att undvika kontakter i mån av möjlighet i minst fem dagar.

Ett principbeslut togs att inte utfärda isoleringsbeslut för andra än personal inom vård och omsorg. Detta orsakade emellertid att arbetsgivare inte längre kunde få ersättning via Folkpensionsanstalten (FPA) för sjukfrånvaro från första dagen, vilket krävde ett isoleringsbeslut enligt smittskyddslagen, samt att elever utan isoleringsbeslut inte fick rätt till formell distansundervisning. Dessutom fanns ett incitament att kunna registrera ett positivt PCR-test i sitt covidintyg. Efterfrågan på test utförda av sjukvården förblev därför hög även efter att testrekommendationerna ändrades. En stor del av testningen gjordes således från och med februari 2022 av administrativa skäl snarare än av smittskyddsskäl. Testningen minskade ändå successivt och hade halverats från början av januari till mitten av mars. Samtidigt steg andelen som testade positivt till ca 50% (se figur 13). Detta kan jämföras med mellan 0,7-3,5% under 2020 och 2021 och visar tydligt, dels att smittspridningen var mycket omfattande, dels att främst personer med tydliga symtom testade sig, många av vilka sannolikt redan testats positivt med hemtest.

Med den ändrade teststrategin blev tolkningen av incidensen alltmer problematisk. Mörkertalet antogs vara högt och sannolikt smittades en betydligt högre andel av Ålands befolkning än vad statistiken över bekräftade fall gav vid handen. Från slutet av februari slutade myndigheterna på Åland med att dagligen rapportera antalet fall. Fokus för uppföljningen av epidemisituationen sattes i stället helt på behovet av sjukhusvård.

I början av mars, efter två månader med låg belastning på sjukvården trots mycket hög incidens av bekräftad covid-19 orsakad av omikronvarianten och ett antaget stort mörkertal gjordes bedömningen att samtliga kvarvarande åtgärder på samhällsnivå kunde avvecklas. Med en kombination av snabbt ökande naturlig immunitet och mycket hög vaccinationstäckning bedömdes risken vara mycket låg för att vården skulle bli överbelastad även om samtliga breda smittskyddsåtgärder avvecklades. Efter det sjönk antalet bekräftade fall succesivt (figur 41) och belastningen på vården förblev låg.



Figur 41. Rullande 14-dagarsincidens av bekräftade fall under omikronperioden, samt datum för avslutade åtgärder.

Omikronperioden var den enda epidemiperioden på Åland som egentligen kan beskrivas i termer av en "våg" av smitta. Fram tills dess hade situationen präglats av kortvariga utbrott med längre eller kortare perioder däremellan av avsaknad av smittspridning eller ströfall och kortare smittkedjor som snabbt kom under kontroll. Tre av de tidigare utbrotten betraktades som omfattande då de inträffade, men i jämförelse med omikron-vågen var de bara små krusningar på epidemikurvan. Under omikronvågen var de ungefär lika många fall per vecka som det varit sammanlagt under hela pandemin fram till slutet av 2021 (ca 600 fall).

Smittvågens omfattning bedömdes vara ett resultat av omikronvariantens höga smittsamhet i kombination med snabbt utvecklade smittskyddsåtgärder och kanske även mindre följsamhet till de som var i kraft. Hälsoeffekterna blev begränsade som ett resultat av såväl virusets ändrade karaktär som den höga vaccinationstäckningen. Om en liknande smittspridning hade skett på Åland med en av de tidigare virusvarianterna och i ett skede utan vaccin eller med låg vaccinationstäckning hade hälsokonsekvenserna sannolikt blivit dramatiska på Åland, på ett sätt som upplevts på många andra håll i världen och vissa närregioner.

Vad Åland upplevde 2022 liknar det scenario som vissa experter målade upp i pandemins början: en snabb våg av mycket omfattande smittspridning men måttlig dödlighet, liknande en svår säsongsinfluensa. På många sätt var det en annan sjukdom som tagit över i slutet av denna utvärderingsperiod än den som fanns när pandemin började. Borde WHO kanske ge ett nytt namn till denna nya sjukdom, covid-21, och döpa om omikronvarianten till SARS-CoV-3?

6. Slutsatser och rekommendationer

De direkta negativa hälsoeffekterna orsakade av virussjukdomen covid-19 var begränsade under pandemins första två år på Åland. Epidemisituationen var liknande den som rapporterats för övriga Finland, med undantag för storstadsområdena, där smittalen och dödstalen var högre, men där pandemiutmaningarna också på många sätt var större än i mindre och mer glesbefolkade samhällen. Finland har haft låg sjuklighet och dödlighet i covid-19 i internationell jämförelse, och det samma kan därmed sägas om Åland.

För att uppnå detta fattades många pandemirelaterade beslut och stora resurser lades på att säkerställa sjukvårdens kapacitet, ställa om verksamheter inom vård, omsorg, skola, näringsliv och civilsamhället, organisera strukturer för pandemibekämpning inom landskapsregeringens förvaltning och andra myndigheter, samt upprätta en fungerande informationsstruktur. En rimlig övergripande slutsats är att dessa pandemibekämpningsåtgärder var tillräckliga för att hantera covid-19 på Åland.

Man kan förstås hävda att Åland kunde ha anammat en nollvision och haft en betydligt striktare linje med skarpare rekommendationer och fler lagbundna begränsningar, vilket varit den nationella strategin i ett flertal länder i världen. Nollvision eller utrotning av viruset var aldrig målsättningen vare sig på Åland eller i nationellt i Finland. Målsättningen var att covid-19 inte skulle leda till så omfattande ohälsa att vårdens kapacitet överskreds, samt att så långt som möjligt minimera hälsokonsekvenserna utan att de negativa effekterna av pandemibekämpningen blev värre än hälsokonsekvenserna av covid-19.

Man skulle å andra sidan också kunna hävda att Åland har haft en för strikt linje med för skarpa rekommendationer och för många lagbundna begränsningar och förbud. De negativa samhällskonsekvenserna av pandemibekämpningsåtgärderna är inte helt kartlagda, särskilt inte på lång sikt. Det samma kan sägas om covid-19 sjukdomens negativa effekter på lång sikt. En bredare och mer långsiktig utvärdering behövs för att avgöra om Åland haft en onödigt, eller till och med skadligt strikt linje.

Snarare än att försöka besvara frågan om Åland sammantaget har gjort lagom mycket, för lite eller för mycket, följer nedan ett försök till bedömning av vilka specifika åtgärder som varit framgångsrika och viktiga, vilka specifika åtgärder som eventuellt varit onödiga, samt vilka lärdomar man kan dra inför framtiden. En sammanfattning av bedömningen av effekterna av vissa specifika åtgärder på samhällsnivå ges i tabell 7.

Tabell 7. Bedömning av effekterna av specifika åtgärder på samhällsnivå

<p>Åtgärder på samhällsnivå enligt ursprungliga smittskyddslagen med teoretisk positiv effekt eller effektivitet påvisad i internationella studier, men vilka är svårutvärderade på Åland</p> <ul style="list-style-type: none">• Rekommendationer om att stanna hemma vid symtom, hålla avstånd, tvätta händer, etc.• Distansarbete/undervisning.• Besöksförbud och smittsäkra besök till sjukvård och dygnetruntboenden.• Begränsningar av offentliga tillställningar.• Rekommendationer om att begränsa privata tillställningar och hobbyverksamhet.• Munskyddsrekommendation.
<p>Exceptionella nationella åtgärder med teoretisk positiv effekt, vilka är svårutvärderade på Åland</p> <ul style="list-style-type: none">• Undantagsförhållande.• Inreseförbud.
<p>Temporära bestämmelser i smittskyddslagen med teoretisk positiv effekt, vilka är svårutvärderade på Åland</p> <ul style="list-style-type: none">• 58 a-b § Begränsningar av förplägnadsrörelsernas (restauranger m.fl.) öppettider och alkoholförsäljning.• 58 c-d § åtgärder för att förhindra smittspridning i deltagar- och kundutrymmen.• 43 §: Mobilapplikation för smittspårning.
<p>Temporära bestämmelser i smittskyddslagen utan påvisad effekt på Åland</p> <ul style="list-style-type: none">• 16 a-c § : intyg och test vid inresa• 58 i-m § : covidintyg inrikes (effekt på vaccinationsviljan)
<p>Temporära bestämmelser i smittskyddslagen som är teoretiskt ineffektiva, och svårutvärderade på Åland</p> <ul style="list-style-type: none">• 48 a § vaccinkrav för social- och hälsovårdspersonal• 58 i-m § : covidintyg inrikes (effekt på smittspridning)

6.1. Framgångsfaktorer

6.1.1. Medicinska åtgärder och vårdens smittskyddsåtgärder

Sjukvårdens snabba omställning möjliggjorde att kapaciteten snabbt blev tillräcklig för testning, isolering av smittade, smittspårning och karantän för kontakter. ÅHS primärvård omorganiserades för att säkerställa god tillgång till testning. Ett team av smittspårare med jourberedskap, inklusive extrainkallade eller omfördelade läkar- och sjukskötarresurser, etablerades snabbt, vilket möjliggjorde rigorös smittspårning och snabba isolerings- och karantänbeslut. Teamets storlek kunde snabbt anpassas till behovet i olika epidemifaser. Analyskapaciteten för covid-19 test som inledningsvis var obefintlig på Åland förbättrades successivt under våren 2020 genom samarbete mellan ÅHS och ett laboratorium inom privat sektor. En snabb upphandling av extra analysutrustning mångdubblade analyskapaciteten. Denna snabba omställning innebar att de basala smittskyddsåtgärder som smittskyddslagen ger möjlighet till kunde genomföras på effektivt och i det närmaste universellt sätt från och med slutet av våren 2020. Detta bedöms ha varit en hörnpelare i pandemibekämpningen genom hela pandemin, fram till omikronperioden då dessa smittskyddsåtgärder inte längre bedömdes effektiva.

ÅHS införde tidigt smittskyddsåtgärder inom sjukvården enligt en snabbt utvecklad intern plan med olika beredskapsnivåer. ÅHS ordnade även med utbildningar och operativt stöd till kommunerna och äldreomsorgen. ÅHS kunde snabbt upphandla behövlig utrustning för både sjukvården och socialvården. Vissa prioriteringar fick göras initialt samt under mer pressade perioder, men under större delen av pandemin har det inte varit brist på skyddsutrustning inom vård och omsorg. Den intensiva dialogen, utbildningar och kunskapsutbyten mellan ÅHS, landskapsregeringen och kommunerna lade grunden till att berörd personal inom äldreomsorgen fick kunskaper och möjligheter att i stor utsträckning följa de rekommendationer som gavs i de anvisningar som utvecklades gemensamt av ÅHS och landskapsregeringen. Ett kvitto på dessa

smittskyddsåtgärders sammantagna effektivitet var att ingen smittspridning skedde inom vård och omsorg under det första pandemiåret, och var mycket begränsad fram till omikronperioden.

När vacciner blev tillgängliga utvecklade ÅHS snabbt en plan för vaccineringar och informerade kontinuerligt befolkningen om vilka grupper som var aktuella för vaccinering i olika skeden. Massvaccinering möjliggjordes genom inrättande av ett vaccincentrum vid Åland Post. Detta kompletterades med decentraliserad vaccination av vissa riskgrupper i skärgårdskommuner. Fram till omikronperioden användes alla tillgängliga vaccindoser upp snabbt och efterfrågan var hela tiden högre än tillgången till vaccin. Hög vaccinationstäckning, särskilt bland äldre och i riskgrupper, bedöms ha varit helt avgörande för pandemihanteringen på Åland.

ÅHS uppdaterade snabbt och löpande sina riktlinjer för kliniskt omhändertagande vid såväl poliklinisk uppföljning av personer som insjuknat som vid slutenvård, vilket torde ha bidragit till att minska andelen patienter med allvarliga komplikationer av covid-19. Daglig uppföljning av personer vårdade i hemmet möjliggjorde dels tidiga polikliniska insatser vid behov, dels att personer som behövde sjukhusvård erbjöds detta utan fördröjning. Slutenvårdens omställning enligt beredskapsplanen för olika epidemifaser möjliggjorde optimerad behandling av sjukvårdskrävande fall.

6.1.2. God följsamhet till rekommendationer och åtgärder på samhällsnivå

Befolkningen behövde under en lång tid hantera en mycket utmanande situation med skiftande rekommendationer och begränsningar, vars effekt i slutändan var helt avhängiga befolkningens acceptans och följsamhet. Det mesta tyder på att följsamheten varit god på Åland, även om den säkert inte varit fullständig för hela befolkningen och för alla åtgärder och rekommendationer.

Effekterna av rekommendationerna till befolkning var helt beroende av individernas frivilliga beteenden under eget ansvar. Rekommendationer om att stanna hemma och undvika kontakter även vid lindriga symtom och snabbt söka sig till test, att hela tiden tänka på att minimera onödiga kontakter, försöka hålla avstånd, distansarbete periodvis, tvätta händerna, samt använda munskydd under perioder då detta rekommenderades var inte kopplade till tvång med risk för vite eller annan bestraffning. Det samma gällde rekommendationer om att begränsa privata tillställningar och hobbyverksamheter, samt rekommendationen att vara i frivillig karantän efter inresa från riskområde i utlandet.

Dessa rekommendationer förefaller ha följts i stor utsträckning. Kartläggningen av befolknings beteenden och attityder indikerade att en kombination av krismedvetenhet och tillit till myndigheternas information och rekommendationer spelade en betydande roll, även om gruppträck i ett litet ö-samhälle också kan ha bidragit. Det kan samtidigt noteras att de åländska myndigheterna inte hade tillgång till data som på ett övertygande sätt visade att alla vidtagna åtgärder var effektiva. Många av åtgärderna har sällan eller aldrig använts tidigare på det sätt och i den omfattning som skedde under denna pandemi, vare sig på Åland, i Finland eller internationellt. Evidensläget är fortfarande mycket svagt för de flesta av åtgärderna på befolkningsnivå, särskilt i jämförelse med evidensen för de medicinska åtgärderna på individnivå, där väletablerade principer för evidensbaserad medicinsk handläggning tillämpats. Preventiva åtgärder på befolkningsnivå är också betydligt svårare att utvärdera. Befolkningen fick därför lita på att de åländska myndigheterna gjorde rimliga sannolikhetsbedömningar om den teoretiska nyttan jämfört med teoretiska skadeverkningarna av olika åtgärder. Man kan spekulera att följsamheten var kopplad till

en hög grundläggande tillit till myndigheter. Möjligen stärktes tilliten ytterligare genom löpande intensiv information och dialog med medborgare och olika aktörer under pandemin.

Även ett stort antal lagbundna tvingande åtgärder vidtogs, vilka i huvudsak riktades till aktörer, såsom skolor, restauranger, arrangörer av offentliga tillställningar och verksamheter med kundtrymmen. Acceptansen och följsamheten förefaller ha varit hög även till dessa. Information om åtgärdernas syfte, från såväl myndigheterna som aktörerna själva, har sannolikt varit avgörande för att skapa hög acceptans. En del av de åtgärder som blev lagbundna i och med att smittskyddslagen kompletterades med nya paragrafer hade redan tidigare vidtagits av aktörer på Åland på eget initiativ, inte för att det var lagstadgade utan för att de var en logisk följd av antaganden om hur man kan skapa så smittsäkra möten mellan människor som möjligt.

Ett välfungerande välfärdssystem bedöms ha varit en förutsättning för att individer och aktörer har kunnat vidta behövliga beteendeförändringar. Socialförsäkringssystemet ger inkomstersättning vid isolering och karantän enligt smittskyddslagen. Anpassningar av detta till pandemins förutsättningar möjliggjorde även ersättning för förlorad arbetsinkomst från dag ett vid lindrig sjukdom utan sjukintyg, vilket underlättade för människor att följa rekommendationen att stanna hemma från arbete även vid minimala symtom, i väntan på testresultat. Olika ekonomiska stödåtgärder för individer och företag minskade i viss mån de negativa konsekvenserna av pandemiåtgärderna. Ett robust hälso- och sjukvårdssystem skapar förutsättning för god och jämlik vårdtillgång och snabba omställningar av vården.

6.1.3. Samordning, dialog och information

Flera mekanismer skapades tidigt för samordning och informationsutbyte mellan myndigheter. Informationskanaler upprättades mellan olika samhällsaktörer, näringsliv, civilsamhälle och direkt till medborgarna. Ledningscentralen koordinerade informationen till övriga myndigheter, media och allmänheten och regelbundna pressträffar ordnades. Lokalmedias rapportering bidrog till både korrekt informationsspridning och en konstruktiv samhällsdialog. Täta avstämningsmöten hölls med kommuner (särskilt skolor och äldreomsorgen). Den privata sjuk- och socialvårdssektorn involverades från start. Kontakt upprätthölls kontinuerligt med THL, nationella expertgrupper och andra sjukvårdsdistrikt. En hörandeprocess under 2021 bidrog till att fånga upp lärdomar från alla samhällssektorer.

Samarbetsgruppen för pandemiåtgärder på Åland gjorde kontinuerliga uppföljningar av epidemisituationen, försökte löpande utvärdera genomförandet och effekterna av olika åtgärder, koordinerade särskilda studier och analyser och rapporterade regelbundet om det lokala, nationella och internationella kunskapsläget till beslutsfattare, media och medborgare.

Kartläggningen av befolkningens beteenden och attityder visade att befolkningen hade hög tillit till samlad, samstämmig och tydlig kommunikation från de åländska myndigheterna och att de i regel kände sig välinformerade. Däremot fann man det problematiskt när informationen på Åland inte överensstämde med informationen i riket eller i Sverige.

Det fanns ingen färdig struktur etablerad för koordinering och kommunikation kring hälsohot innan pandemin, men erfarenheter från tidigare samhällskriser, t.ex. orkanen Alfrida 2019, bidrog sannolikt till att snabbt bygga upp en samordnings- och informationsstruktur. Samrådsdelegationen för beredskapsfrågor, som leds av Statens Ämbetsverk, var en viktig plattform för att utveckla dessa strukturer särskilt i pandemins inledningsskede.

6.2. Förbättringspotential

6.2.1. Lagändringar

Med utgångspunkt från de framgångsfaktorer som diskuterats ovan finns anledning att problematisera kring nödvändigheten av vissa lagbundna tvingande åtgärder, samt vissa av de temporärare tilläggen till smittskyddslagen. Det är möjligt att Åland kunde ha haft en effektiv pandemibekämpning baserad på omfattande information och tydliga rekommendationer i kombination med de fundamentala åtgärder som smittskyddslagen redan tidigare gett möjlighet till: isoleringsbeslut, smittspårning och karantän, samt riktade åtgärder på samhällsnivå vid behov.

De flesta lagbundna begränsningarna och tvången på Åland gällde aktörer inom restaurang- och evenemangsbranschen och aktörer med kund- eller deltagarutrymmen. Det är svårt att utvärdera dess effekter, jämfört med åtgärder tagna på eget initiativ eller baserat på rekommendationer.

Utöver isolering och karantän enligt smittskyddslagen tillämpades på Åland under pandemins första två år endast ett lagbundet tvång för individer; intyg- och testkrav vid inresa från utlandet. Den som inte visade intyg kunde utvisas (endast utländska medborgare). Den som enligt lag var tvungen att testa sig och inte gjorde det kunde bötfällas. Följsamheten till testkravet för inresande var låg. En delförklaring till detta är säkert att ÅHS inte gjorde systematiska kontroller vid gränserna, endast stickprovskontroller. En annan möjlig förklaring var att myndigheterna på Åland kommunicerade resultaten av utvärderingarna som inte kunde påvisa något påtaglig nytta av obligatoriska test av symtomfria resenärer. Data från Åland tydde på att rekommendationen om 7-dagars frivillig karantän efter resa var lika effektiv eller mer effektiv än intygs- och testkrav vid inresa. Följsamheten till den rekommendationen bedömdes vara hög.

Två förbud på individnivå var i kraft på Åland; besöksförbud inom sjukvården samt besöksförbud till dygnetruntoenden. Dessa förbud verkställdes av respektive verksamhet. Dess effekter har inte närmare utvärderats, men åtgärderna torde på teoretiska grunder haft viss effekt. Mycket låg förekomst av smittspridning i dessa miljöer tyder på att dessa förbud, i kombination med flera andra skyddsåtgärder sammantaget var effektiva. Besöksförbudet till dygnetruntoenden bedömdes emellertid av JO ej vara grundlagsförenligt och upphävdes från sommaren 2020.

Krav på att visa covidintyg respektive krav på vaccination för vårdanställda var inte några egentliga vaccin- eller testtvång, utan lagbundna förutsättningar för att besöka en specifik plats, respektive utföra vissa arbetsuppgifter inom vården. Dessa lagar upplevdes emellertid av vissa som indirekta vaccintvång. Det gick inte att på Åland avläsa att dessa lagar lett till ökad vaccintäckning och dess teoretisk effekt på smittspridning kan ifrågasättas (se nedan).

Ytterligare utvärdering och forskning behövs för att bedöma värdet av tvingande eller förbjudande lagstiftning jämfört med information och frivillighet under ansvar. Det är möjligt att tydlig information om vad som är syftet med en specifik åtgärd eller beteendeförändring i vissa situationer är mer effektivt än lagstiftning, åtminstone om lagstiftningen inte är tydligt evidensbaserad. Betydelse av lagstiftning är säkert avhängigt den sociala och kulturella kontexten. Möjligen kan ett litet ö-samhälle med hög nivå av social kontroll hantera en hälsokris av detta slag med mindre tvingande lagstiftning än andra samhällen.

6.2.2. Överdrivet fokus på flockimmunitet och att "vaccinerade sig för andras skull"

Vaccinationsviljan på Åland var från början hög, vilket avspeglades i en aktiv debatt om prioriteringsordningen när vaccinationstillgängligheten initialt var begränsad. Debatten präglades av rättvisaspekter gällande vaccinationstillgång. Eventuella behov att öka vaccinationsviljan i Ålands befolkningen blev inte ett framträdande debattämne förrän i slutet av 2021, och var då ganska stillsam, sannolikt på grund av att vaccinationstäckningen då var mycket god. Vaccinskeptiker och vaccinmotståndare framförde förvisso tidigt starka åsikter i debattinlägg i tidningar, sociala media och direkt till myndigheterna. Emellertid uppstod inte några större missnöjesmanifestationer förrän den nationella tillämpningen av covidintyg började gälla.

Informationen kring att tillgängliga vaccin var säkra och mycket effektiva för att förebygga allvarlig covid-19 förefaller ha övertygat den stora majoriteten att det var viktigt att låta sig vaccineras. Säkert påverkades människors beslut även av en förhoppning att vaccineringarna skulle hjälpa till att skydda andra, och eventuellt skapa flockimmunitet. Representanterna för hälsomyndigheterna på Åland försökte vara försiktiga och balanserade gällande kunskapsläget om huruvida vaccin skyddar bra mot risken att bli en smittsam bärare av viruset. Ändå framfördes av flera, inklusive av författare till denna rapport, den tydliga ståndpunkten (som också förmedlades av såväl THL, Finlands regering som internationella expertorgan) att vaccinering delvis är en solidaritetshandling eftersom det kan skydda även andras hälsa. Detta kommunicerades till Ålands befolkning särskilt i samband med att vaccinationerna startade, som ett led i att höja vaccinationsviljan.

Efterhand som kunskapsläget förbättrades stod det klart att tillgängliga vaccin hade dåliga förutsättningar för att skapa flockimmunitet mot detta virus och att även vaccinerade personer kunde smittas och smitta andra, särskilt med nya virusvarianter och efter att en viss tid gått från senaste vaccineringen. I och med detta upplevde säkert många att resonemangen kring värdet av vaccinering för att skydda andras hälsa var otydliga och motstridiga.

Det hade kanske varit bättre att från början fokusera helt på att vaccin ger den vaccinerade individen ett mycket gott skydd mot allvarlig sjukdom och död på grund av covid-19. Budskapet att en hög vaccinationstäckning är en förutsättning för att kunna avveckla restriktioner och succesivt kunna normalisera samhället skulle blivit det samma, men budskapets logik skulle blivit annorlunda: när befolkningen är väl skyddad mot allvarlig sjukdom kan vi acceptera högre smittspridning, vilket blev fallet under omikronperioden.

Uppmaningen att vaccinera sig för andras skull ledde till skuldbeläggande av personer som avstod att vaccinera sig. Åtgärder för att öka vaccinationsviljan bland dessa tog sig former som mer liknar bestraffning än smittskyddsåtgärd. När covidintyg och vaccinkrav för vårdanställda infördes på Åland stod det redan klart att smittskyddseffekterna av dessa åtgärder var teoretiskt små. Det är sannolikt att en onödig polarisering uppstått i samhället där syndabockar har utmålats på grunder som inte har vetenskapligt stöd. Allteftersom kunskapen om genombrottsinfektioner och vaccinernas begränsade skydd mot smittspridning ökade kom argumentationen för covidintyg i stället att skifta mot att de ovaccinerade måste styras mot vaccinering för att de själva inte skulle bli så sjuka att de skulle belasta vården. Det argumentet håller vetenskapligt, men kan i stället ifrågasättas på moraletiska grunder och utifrån den allmänna hälso- och sjukvårdens uppdrag att vårda sjuka personer oavsett om de själva bidragit till sin ohälsa.

Kommunikationen om värdet av "vaccinpass" försvårades ytterligare av att det blev internationellt allmänt vedertaget att ett sådant skulle krävas för att korsa nationsgränser. Detta kom periodvis att

gälla såväl i Finland som samtliga nordiska länder, och de flesta europeiska länder. Kontentan blev möjligen att en del valde att vaccinera sig och få boosterdos, inte för att skydda sin egen eller andras hälsa, utan för att få resa.

Det är svårt att spå om vaccinpolariseringens långsiktiga konsekvenser. Det är möjligt att de som var motståndare till vaccin har cementerat sin ståndpunkt ytterligare och att vissa av dem som var tveksamma valt sida mot vaccin. Det finns risk för att den frivillighetsprincip hotas, vilken underbygger de hittills mycket framgångsrika vaccinationsprogrammen på Åland, i Finland, och hela Norden.

6.2.3. För lite fokus på utsatta grupper

Pandemiplaneringen, genomförandet av åtgärder och även denna utvärdering kunde haft mer fokus på utsatta grupper. Det är ännu oklart hur sociala och ekonomiska faktorer på individnivå har varit kopplade till bland annat vårdtillgång, vaccinationstäckning och hälsoutfall på Åland. Under pandemins första år var det så få fall av covid-19 på Åland att det inte bedömdes meningsfullt att göra detaljerade analyser. En diskussion om vilka utsatta grupper som eventuellt hade lägre vaccinationstäckning ledde inte till några tydliga slutsatser. Vissa analyser gjordes inom ramen för antikroppsstudien och enkätundersökningen. Materialet var emellertid för litet för att kunna analysera hur socioekonomiska faktorer hänger samman med risk för smitta. Analyserna av hur dessa faktorer påverkar erfarenheter, beteende och attityder visade på små skillnader. Även om inga tydliga data finns som talar för att vårdtillgång, vaccinationstäckning och hälsoutfall på Åland var sämre i vissa samhällsgrupper, finns det tydliga data från Finland, övriga nordiska länder och globalt att socialt och ekonomiskt utsatta grupper har drabbats hårdast av covid-19.

6.2.4. Samordning och kommunikation på Åland

Samtidigt som bra samordning, dialog och informationsutbyte har identifierats som framgångsfaktorer kan man konstatera att vissa delar kunde ha etablerats och formaliserats tidigare under pandemin. Till exempel kunde en formell samarbetsgrupp med tydligt mandat inrättats tidigare. Många av analys- och beslutsprocesserna under pandemins första månader var ad hoc. Resultatet var ändå tillfredsställande, mycket tack vare existerande nära samarbeten mellan berörda myndigheter och aktörer och snabba beslutsvägar. Det finns ändå anledning att inför ett framtida liknande hälsohot se över beredskapsplaner för samordning, dialog och informationsutbyte.

Även om en väl fungerande informationsstruktur snabbt etablerades på Åland saknades en tydlig och samordnad ansats för snabbt få på plats vissa centrala komponenter i informationsstrukturen, som välstrukturerade hemsidor med synkroniserad information från Ålands landskapsregering, ÅHS och andra myndigheter. Mycket av ansvaret att uppdatera och harmonisera informationen på hemsidorna föll på tjänstemän utan speciell kommunikationskompetens. En kommunikationsexpert med övergripande ansvar för detta hade varit till hjälp.

6.2.5. Kommunikation och ansvarsfördelning mellan Åland, riket och Norden

Denna rapport har inte analyserat i detalj hur kommunikationen fungerat mellan, å ena sidan, åländska myndigheter och, å andra sidan, finska regeringen, ministerierna och THL. Det kan dock konstateras att processerna framför allt gällande nya lagförslag och förordningar var komplicerade

och ofta fick utföras under mycket stor tidspress. Dessutom var flera propositionsutkast som skickades till landskapsregeringen med begäran om utlåtande inte alls eller endast delvis översatta till svenska. Det ska enligt uppgift berott på att Finlands riksdag behövde stifta nya lagar i skyndsam ordning samt att översättningsenheterna inom statsrådet var underbemannade. Detta är förståeligt med tanke på pandemins snabba och skiftande utveckling, men minskar inte utmaningen för landskapsregeringen att hantera särskilt de lagförslag som innebar förändringar mot vilka landskapsregeringen hade invändningar och där landskapsregeringen bedömde att Finlands regeringen inte tillräckligt hade tagit hänsyn till särskilda omständigheter på Åland, eller självstyrelselagen. Då detaljmotiveringarna till lagförslagen inte översatts till svenska erbjöd SHM och andra ministerier informationsmöten, vilka var till viss hjälp. Ytterligare utvärdering behövs för att kartlägga hur kommunikation, lagstiftnings- och förvaltningsprocesser kan förbättras när åländska och finska myndigheter gemensamt behöver bereda och fatta pandemibekämpningsbeslut.

Brister i det Nordiska samarbetet och samordningen av pandemibekämpningen har belysts i ett flertal rapporter under pandemin.^{43,44} Denna rapport utvärderar inte heller denna del, men det kan konstateras att Åland haft, liksom andra gränsregioner, särskilda utmaningar kopplade till alla de gränshinder som upprättats under pandemin mellan de nordiska länderna. En särskild utvärdering behövs för att värdera om dessa gränshinder och hälsosäkerhetsåtgärder vid gränserna har haft något nytta och om nyttan i så fall övervägt skadeverkningarna och stått i rimlig proportion till kostnaderna. Data från Åland ger hittills inte något starkt stöd för detta.

6.3.1. Rekommendationer

- För att bibehålla de strukturer för att hantera en omfattande hälsokris som byggts upp eller vidareutvecklats under pandemin bör pandemiberedskapen på Åland formellt uppdateras baserat på lärdomar från covid-19 pandemins första två år.
- För att bättre avgöra om pandemibekämpningen varit välavvägd och om rätt prioriteringar gjorts, bör ytterligare utvärderingar av pandemins breda samhällseffekter på Åland genomföras. En sådan analys bör även inkludera nationella och internationella jämförelser.
- För att optimera hanteringen av framtida pandemier och liknande hälsokriser bör en analys göras av behörighetsfrågor kopplat till smittskydd och beredskap för andra hälsohot. En analys av möjligheter att förbättra lagstiftningsprocesser bör ingå. Analysen bör även inkludera en nordisk och europeisk dimension för att identifiera förbättringspotential gällande samverkan och harmonisering av strategier, särskilt gällande gränshinder och hälsosäkerhetsåtgärder vid gränserna. Sådana analyser har tidigare gjorts, men utan ett specifikt åländskt perspektiv.

⁴³ Katja Creutz, Sofie Berglund, Telli Betül Karacan, Alberto Giacometti, Kristin Haugevik, Ninna Nyberg Sørensen, Mari Wøien Meijer, Axa Lares. Nordic cooperation amid pandemic travel restrictions. Helsinki: Finnish Institute of International Affairs, 2021

⁴⁴ Jan-Erik Enestam. Strategisk genomlysning av nordisk civil beredskap. Nordiska ministerrådet, 2021
<https://pub.norden.org/nord2021-063/>

Källförteckning

Avellan-Jansson, Jenni & Jansson, Jennifer (2021:38). Social distansering och välbefinnande under covid-19-pandemin på Åland – att anpassa sig till en förändrad miljö. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård.

Creutz K, Berglund S, Betül Karacan T, Giacometti A, Haugevik K, Nyberg Sørensen N, Wøien Meijer M, Lares A. Nordic cooperation amid pandemic travel restrictions. Helsinki: Finnish Institute of International Affairs, 2021. <https://www.fii.fi/en/publication/nordic-cooperation-amid-pandemic-travel-restrictions>

Enestam J-E. Strategisk genomlysning av nordisk civil beredskap. Nordiska ministerrådet, 2021 <https://pub.norden.org/nord2021-063/>

Eriksson I, Lindberg V. Distansundervisning eller självstudier- Utvärdering av lärares, rektorers och elevvårdspersonalens uppfattning om distansundervisningen under Coronapandemin vt 2020. Mariehamn: Living V&I Ab, 2021

Eriksson I, Lindberg V. Utvärdering av vårdnadshavares uppfattning om distansundervisningen under Coronapandemin vt 2020. Mariehamn: Living V&I Ab, 2021

European center for disease prevention and control. COVID-19 situation update worldwide. <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>. Nedladdat 4.4.2022

European mortality monitoring: <https://euromomo.eu/>. Nedladdat 4.4.2022

Grunér M, Nordberg M, Lönnroth K. Problems associated with mass border testing of COVID-19. Scand J Public Health 2021; <https://doi.org/10.1177/14034948211023659>

Holmqvist, Elin. Hälsolitteracitet och covid-19-pandemin – En tvärsnittsstudie på Åland. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård. 2021:31

Institutet för hälsa och välfärd. Antal registrerade covid-19 fall per vecka i Finland till mars 2022. Källa: THL, <https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/epirapo>. Nedladdat 21.3.2022

Institutet för hälsa och välfärd. Trafikljusmodellen hjälper bedöma smittorisk i samband med utlandsresor. <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/trafikljusmodellen-hjalper-bedoma-smittorisk-i-samband-med-utlandsresor>. Nedladdad 15.4.2022

Jansson A, Söderlund M. Vaccinationsbenägenhet gällande covid-19-vaccin på Åland. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård. 2021:36

Karlsson E, Wikström S. Resiliens på Åland under covid-19-pandemin. Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård. 2021:32

Kinnunen, K. Utmaningar och resurser för välbefinnande under covid-19 pandemin – En rapport baserat på intervju- och enkätmaterial från forskningsprojektet "Ålands covidkohort". Proektrapport. Högskolan på Ålands publikationsserie 2021:1. ISBN 952-9735-35-9

Lönnroth K, Nordberg M, Grunér M, Pazhman O, Nagamori J, Westermark A. Ingen mätbar effekt av SARS-CoV-2 screening på Åland bland symptomfria resenärer till och från Sverige. Poster presenterad vid Svenska Läkarsällskapets covid-19 konferens, november 2021.

Lönnroth K, Nordberg M, Grunér M, Pazhman O, Nagamori J, Westermark A. Evaluation of screening international travellers for COVID-19. *Int J Tuberc and Lung Dis* 2021; 26: 292–293. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.21.0764>

Nordberg M, Grunér M, Boman E, Hammer C, Häggblom G, Olausson S, Lönnroth K. Begränsad dold covid-19 smitta på Åland: resultat av upprepad serologi- och PCR-screening i en populationskohort. Poster presenterad vid Svenska Läkarsällskapets covid-19 konferens, november 2021.

Nordregio. State of the Nordic Region 2022. DOI <http://doi.org/10.6027/R2022:2.1403-2503>

Olycksutredningscentralen. Coronaepidemins första fas i Finland år 2020. P2020-01. Olycksutredningscentralen. Utredningsrapport 6/2021. ISBN: 978-951-836-597-9. Helsingfors, 2020

Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Nedladdat 21.3.2022

Rädda Barnen Åland. Barn, unga och Corona. Rapport från barnkonventionspiloter. Rädda barnen Åland, 2020. <https://raddabarnen.ax/app/uploads/2021/07/officiell-sammanstallning-av-covidfragor.pdf>

Sandell M. Den saken är klar, vad som än sker så kommer samhället aldrig vara sig likt efter det här – Människors erfarenheter av coronapandemin. Examensarbete i folkhälsovetenskap, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, 2021..

Social- och hälsovårdsministeriet. Utredning om användningen av ansiktsskydd för förebyggande av coronavirussmitta, publicerad 29.5.2020 (på finska). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:21. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162266>

Social- och hälsovårdsministeriet. Handlingsplan för genomförande av rekommendationer och begränsningar enligt hybridstrategin för hantering av coronakrisen efter covid-19-epidemins första fas. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:27

Social- och hälsovårdsministeriet. Beredskapen inom servicesystemet för social -och hälsovården inför en eventuell ny epidemivåg. Arbetsgruppens rapport. Social- och hälsovårdsministeriets rapport 2022:11. Helsingfors, 2022

STATISTA: <https://www.statista.com/statistics/1111779/coronavirus-death-rate-europe-by-country/>. Nedladdad 13.3.2022

Statsrådet. Pressmeddelande 16.3.2020. <https://valtioneuvosto.fi/sv/-/10616/hallitus-totesi-suomen-olevan-poikkeusoloissa-koronavirustilanteen-vuoksi>

Statsrådet. Coronakrisens konsekvenser och en plan för en hybridstrategi för hantering av epidemin - Exit- och återuppbyggnadsarbetsgruppens rapport, fas 1. Statsrådets publikationer

2020:16 <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/aktuell-prognos-for-coronaepidemin-ungefar-11-300-personer-kommer-att-behova-sjukhusvard-och-3-600-av-dem-intensivvard>

Statsrådet. Coronaledarskap i Finland - Utvärdering av Covid-19 pandemins ledarskap och förvaltning från höst 2020 till höst 2021. Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2022:34. Helsingfors, 2022.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163995>

Ålands Lyceum och Ålands Yrkesgymnasium. Enkäter om distansstudier vid Ålands Lyceum och Ålands Yrkesgymnasium, 2020-2022

Ålands statistik- och utredningsbyrå. Ålänningarnas kultur- och fritidsvanor 2020. Mariehamn: ÅSUB, 2021. <https://www.asub.ax/sv/utredning/alanningarnas-kultur-och-fritidsvanor-2020>.

Ålands statistik- och utredningsbyrå. Undersökning av ålänningars alkohol-, narkotika och tobaksbruk samt spelvanor 2021.

https://www.asub.ax/sites/www.asub.ax/files/reports/andts_2021_10.6.2021.pdf

Ålands statistik- och utredningsbyrå. Ålänningarnas kultur- och fritidsvanor 2020. Mariehamn: Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2021. <https://www.asub.ax/sv/utredning/alanningarnas-kultur-och-fritidsvanor-2020>

Ålands statistik- och utredningsbyrå. Konjunkturläget våren 2021. Rapport 2021:2. Mariehamn: Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2021. <https://www.asub.ax/sv/utredning/konjunkturlaget-varen-2021>

Lista på landskapsregeringens beslut och utlåtanden finns i bilaga 1

Bilaga 1. Landskapsregeringens beslut, utlåtanden och skrivelser

Hyperlänk till dokument, där möjligt: klicka på datumet beslut trädde i kraft

Tabell A. Landskapsregeringens beslut

Landskapsregeringens beslut	Ärende nr	SHM styrningsbrev / anvisning	I kraft (datum)				
			2020		2021		2022
			Mars-juni	Juli-dec	Jan-juni	Juli-dec	Jan-mars
Handlingsplan för hantering av covid-19-epidemin på Åland	ÅLR 2020/8256		30.10 26.11		28.1 17.6	4.10 20.12	
Lagstadgade begränsningar av offentliga tillställningar							
Förbudande av offentliga tillställningar	ÅLR 2020/2173	12.3.2020	16.3-18.3.20				
Social- och hälsovårdsministeriets uppmaning om åtgärder enligt lagen om smittsamma sjukdomar för att begränsa offentliga sammankomster Ändrad rubrik på ärendet 3.2.2022: Begränsningar av offentliga tillställningar och allmänna sammankomster under covid-19-epidemin enligt lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2020/2268	VN/5772/2020	18.3-13.4 14.4-13.5 14.5-31.5 1.6-30.6	1.7-31.7 1.8-31.8 1.9-30.9 1.10-12.10 12.10-31.10 1.11-30.11 1.12-17.12 18.12-17.1	18.1-31.1 1.2-20.2 20.2-11.3 27.2-14.3 15.3-21.3 22.3-28.3 29.3-11.4 12.4-25.4 26.4-9.5 7.5-20.5 21.5-3.6 4.6-17.6	29.7-12.8 13.8-26.8	3.1-20.1 6.1-20.1 21.1- 3.2 3.2-10.2
Landskapsregeringens anvisningar för att förhindra coronavirussmitta vid offentliga tillställningar, vid allmänna sammankomster och vid användningen av offentliga lokaler	ÅLR 2021/3559				6.5 20.5 3.6 17.6		3.2
Landskapsregeringens anvisning om principer för anordnande av säkra evenemang	ÅLR 2021/3560				6.5-		3.2
Stängning av skolor							
Social- och hälsovårdsministeriets uppmaning om åtgärder enligt lagen om smittsamma sjukdomar för att stänga skolor	ÅLR 2020/2265	VN/5772/2020	18.3-13.4 / 26.3-13.4 14.4-13.5 14.5-13.6 / 14.5-13.6				
Statsrådets förordning om ändring av 3 § i statsrådets förordning om temporära begränsningar av skyldigheten att ordna småbarnspedagogik samt undervisning och utbildning	ÅLR 2020/2358		23.3-13.4				

Landskapsregeringens beslut om att stänga årskurs 7-9 i alla grundskolor på Åland	ÅLR 2021/1693				1.3-12.3 15.3-19.3		10.1-23.1.22
Begränsade besök till dygnetruntboenden							
Besöksförbud hos boendeserviceenheter för äldre och andra riskgrupper.	ÅLR 2020/2405	Social- och hälsovårdsministeriets anvisning 20.3.2020	24.3-13.4 16.4-13.5 14.5-30.6	1.7-31.7			
Landskapsregeringens rekommendation om besök i enheter för vård och omsorg dygnet runt under coronavirusepidemin	ÅLR 2020/5942			1.8-			
Rekommendation om frivillig karantän							
Ålands landskapsregerings rekommendation om frivillig karantän efter inresa till Åland från riskområde	ÅLR 2020/8257		30.10		7.1 4.3 24.5-	14.7 Upphörde 13.8	
Anvisningar till ÅHS							
Ålands hälso- och sjukvårds skyldighet att utfärda intyg under covid-19-pandemin	ÅLR 2021/1125				8.2 19.2	29.12	
Anvisning om rätten att avvika från tidsfristerna om icke brådskande vård	ÅLR 2020/2403		24.3-13.4				
Test och intyg vid inresa från utlandet							
Landskapsregeringens ställningstagande gällande rekommendation till alla transportföretag och rederier som är verksamma på Åland om åtgärder för att förhindra spridning av SARS-COV-2-varianter till Åland	ÅLR 2021/1388				18.2		
Rekommenderade begränsningar av restauranger / förplägnadsrörelser (tvingade begränsningar beslutades genom förordning från statsrådet)							
Landskapsregeringens rekommendation till restauranger om att begränsa öppettider och serveringstider för alkohol drycker	ÅLR 2021/1530				20.2-11.3	29.7-12.8	
Rekommendation om privata tillställningar, hobbyverksamhet							
Landskapsregeringens rekommendation om begränsningar av antal personer vid privata tillställningar respektive hobbyverksamheter under covid-19-epidemin	ÅLR 2021/402				18.1-31.1		
Landskapsregeringens rekommendation om begränsningar av antal personer vid privata tillställningar, hobbyverksamheter samt näringsverksamhet och offentliga utrymmen under covid-19-epidemin	ÅLR 2021/1531				20.2-11.3 27.2-14.3 15.3-21.3 22.3-28.3 29.3-11.4 12.4-25.4 26.4-9.5 7.5-20.5 21.5-3.6 4.6-17.6	29.7-12.8 13.8-26.8 30.12-20.1.2022	21.1-3.2 4.2-10.2

Lagstadgade förutsättningar för användningen av utrymmen avsedda för kunder och deltagare							
Landskapsregeringens beslut om förutsättningar för användningen av utrymmen avsedda för kunder och deltagare för att förhindra spridning av covid-19 epidemin.	ÅLR 2022/86						10.1-20.1 21.1-3.2 4.2-10.2 11.2-17.2 18.2-4.3
Rekommendation om distansarbete							
Landskapsregeringens rekommendation om distansarbete under covid-19 epidemin	ÅLR 2021/4716		Upphävdes 3.6				3.1-20.1 21.1-3.2
Rekommendation om och distribution av mun- och nässkydd för allmänheten							
Distribution av kostnadsfria mun- och nässkydd i kollektivtrafiken	ÅLR 2020/6701			3.9 22.10	25.2 3.6		5.1-20.1 21.1-3.2 4.2-10.2 11.2-17.2 18.2-4.3
Rekommendation om munskydd för alla över 15 år i kollektivtrafik då man inte kan hålla avstånd föreslås gälla i accelerationsfasen oavsett om samhällssmitta har konstaterats de senaste 14 dagarna eller ej.	ÅLR 2020/8256			26.11.2020			
Distribution och utdelning av kostnadsfria mun- och nässkydd till elever över 15 år i skolorna på Åland då mun- och nässkydd rekommenderas i kollektivtrafiken.	ÅLR 2021/6843					12.8.-27.8	
Rekommendation till allmänheten om användning av mun- och nässkydd på allmän plats	ÅLR 2021/6583					29.7-12.8 13.8-26.8	
Rekommendation till allmänheten om användning av mun- och nässkydd vid offentliga tillställningar inomhus samt evenemang inomhus ordnade av skolor och barnomsorg.	ÅLR 2021/6583					10.12-23.12	
Rekommendation till allmänheten om användning av mun- och nässkydd vid offentliga tillställningar inomhus.	ÅLR 2021/6583					24.12-13.1.2022	
Rekommendation till allmänheten om användning av mun- och nässkydd i kollektivtrafiken och på allmän plats inomhus	ÅLR 2021/6583					30.12-20.1.2022	21.1-3.2 4.2-10.2 11.2-17.2 18.2-4.3

Tabell B. Landskapsregeringens utlåtanden och skrivelser

Ärendemening	Ärendenr	Datum
Angående vidtagande av styråtgärder enligt 86 § beredskapslagen		
Utlåtande om utkast till beslut om vidtagande av styråtgärder inom socialvården i enlighet med 86 § i beredskapslagen (1552/2001).	ÅLR 2020/3006	21.4.2020
Angående tryggnad av och kostnader för hälso- och sjukvårdspersonal		
Kostnader för raserad personalförsörjning av hälso- och sjukvårdspersonal från Sverige till Ålands hälso- och sjukvård.	ÅLR 2020/2863	24.4.2020
Tryggnad av tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal.	ÅLR 2020/2863	9.4.2020
Angående gränsåtgärder		
Skärpningar av gränsåtgärderna och en förlängning av dem	ÅLR 2020/2719	6.4.2020
Regeringens riktlinjer 6.4 angående gränstrafiken	ÅLR 2020/2719	8.4.2020
Dialog gällande gränsrestriktioner	ÅLR 2020/6592	26.8.2020
Rapport om planeringsarbetet för åtgärder på Åland för att bekämpa coronaepidemin vid gränsövergångsställena, i enlighet med Institutet för hälsa och välfärds (THL) trafikljusmodell	ÅLR 2020/6722	1.9.2020
Begäran om att bli hörd gällande eventuella skärpningar i villkoren för gränstrafiken	ÅLR 2020/6592	20.1.2020
Undantag för Åland gällande SARS-Cov-2-screening i syfte att uppfylla inresekrav i Sverige.	ÅLR 2021/2498	30.3.2021
Utvärdering av obligatorisk covid-19 testning för vissa inresande från utlandet	ÅLR 2021/4460	19.8.2021
Skrivelse om skyldigheten att visa upp covid-19-intyg och delta i covid-19-test vid inresa till Finland	ÅLR 2021/4460	10.2.2022
Revidering av statsrådets förordning om undantag från skyldigheten att visa upp covid-19-intyg och delta i covid-19-test	ÅLR 2021/7297	26.8.2021
Angående statsrådets förordning om undantag från skyldigheten att visa upp covid-19-intyg och delta i covid-19-test (FFS 804/2021)	ÅLR 2021/7486	2.9.2021
Skrivelse gällande utkast till statsrådets förordning om undantag från skyldigheten att visa upp covid-19-intyg och delta i covid-19-test	ÅLR 2021/8893	14.10.2021
Skrivelse om social- och hälsovårdsministeriets promemoriautkast gällande hälsosäkerhetsåtgärder i trafiken mellan Åland och Sverige	ÅLR 2021/9876	18.11.2021
Skrivelse om skyldigheten att visa upp covid-19-intyg och delta i covid-19-test vid inresa till Finland	ÅLR 2021/4460	10.2.2022
Angående mobilapplikation för smittspårning		
Utlåtande gällande propositionen om ibruktageandet om kontaktspårningsapplikationen som stöd för hanteringen av covid-19-epidemin.	ÅLR 2020/3268	5.5.2020
Utlåtande om utkast till regeringens proposition med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar: ett system för identifiering av exponerade för att effektivisera spårning och brytande av coronavirusinfektionens smittkedjor.	ÅLR 2020/4149	1.6.2020
Utlåtande om utkast till regeringsproposition med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar: behandlingen av personuppgifter vid gränsöverskridande användning av informationssystemet.	ÅLR 2020/7949	30.10.2020
Angående begränsning av restaurangernas verksamhet		
Utlåtande till riksdagens social- och hälsovårdsutskott över regeringens proposition med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar RP 72/2020 rd.	ÅLR 2020/4096	26.5.2020
Utlåtande om förordningsutkast till statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelsers verksamhet i syfte att förhindra spridningen av smittsam sjukdom.	ÅLR 2020/4096	27.5.2020
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelsers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2020/4986	16.6.2020

Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2020/6345	20.8.2020
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2020/7221	22.9.2020
Utlåtande om temporär förlängning av nuvarande giltighetstid för 58 a § (400/2020) i lagen om smittsamma sjukdomar och i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra av en smittsam sjukdom (648/2020).	ÅLR 2020/7454	29.9.2020
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2020/7649	8.10.2020
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra smittspridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2020/7649	26.10.2020
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2020/9597	9.12.2020
Utlåtande om temporära begränsningar av förplägnadsrörelers verksamhet på Åland i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2020/10129	21.12.2020
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/353	19.1.2021
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/702	28.1.2021
Utlåtande om begränsningar som gäller förplägnadsverksamhet i 58 a § (727/2020) i lagen om smittsamma sjukdomar och i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/1526	24.2.2021
Utlåtande om begränsningar som gäller förplägnadsverksamhet i 58 a § (165/2021) i lagen om smittsamma sjukdomar och i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/1928	8.3.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av 58 a och 58 b § i lagen om smittsamma sjukdomar.	ÅLR 2021/2270	22.3.2021
Utlåtande om begränsningar som gäller förplägnadsverksamhet i 58 a § (304/2021) i lagen om smittsamma sjukdomar och i statsrådets förordning om temporära begränsningar av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/3161	27.4.2021
Skrivelse om begränsningar av förplägnadsverksamhet i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2021/3663	10.5.2021
Utlåtande om begränsningar som gäller förplägnadsverksamhet i 58 a § (304/2021) i lagen om smittsamma sjukdomar och i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom (166/2021; ändr. 195/2021,305/2021, 338/2021,357/2021, 373/2021, 402/2021)	ÅLR 2021/4226	26.5.2021
Utlåtande om begränsningar som gäller förplägnadsverksamhet i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom (FFS 166/2021).	ÅLR 2021/4958	8.6.2021
Utlåtande om begränsningar som gäller förplägnadsverksamhet i 58 a § (304/2021) i lagen om smittsamma sjukdomar och i statsrådets förordning om temporära begränsningar av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2021/5720	22.6.2021
Utlåtande om begränsningar som gäller förplägnadsverksamhet i 58 a § (304/2021) i lagen om smittsamma sjukdomar och i statsrådets förordning om temporära begränsningar av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/5968	24.6.2021
Utlåtande om begränsningar i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2021/6685	4.8.2021
Utlåtande om begränsningar i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/7143	24.8.2021
Begränsningar i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2021/7403	31.8.2021
Utlåtande om begränsningar i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/9144	26.10.2021
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/9517	8.11.2021
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/10251	1.12.2021
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2021/10692	20.12.2021
Skrivelse om ändring av statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.	ÅLR 2021/11203	30.12.2021
Skrivelse om ändring av statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelser verksamhet i syfte att förhindra spridning av smittsam sjukdom	ÅLR 2021/11203	3.1.2022
Utlåtande om statsrådets förordning om ändring av statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2022/155	10.1.2022
Utlåtande om statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelers verksamhet i syfte att förhindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 202/582	26.1.2022

Skrivelse om begränsningar av förplägnadsrörelser i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelserns verksamhet i syfte att hindra spridning av smittsam sjukdom	ÅLR 2022/792	2.2.2022
Skrivelse om begränsningar av förplägnadsrörelser i statsrådets förordning om temporär begränsning av förplägnadsrörelserns verksamhet i syfte att hindra spridning av en smittsam sjukdom	ÅLR 2022/792	8.2.2022
Angående karantän efter inresa		
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av lagen om transportservice (kontroll av negativt testresultat).	ÅLR 2020/7027	18.9.2020
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar och lagen om transportservice.	ÅLR 2020/7716	8.10.2020
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar.	ÅLR 2020/8785	23.11.2020
Angående samordning i EU		
Utlåtande gällande förslag till rådets rekommendation om en samordnad strategi för inskränkningar i den fria rörligheten med anledning av covid-19-pandemin.	ÅLR 2020/7495	29.9.2020
Angående temporära ändringar i smittskyddslagen		
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar samt om temporär ändring av 2 kap. 9 § i polislagen Ändras i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 3 § 1 mom. 5 punkten, 24 § 2–4 mom., 57, 60, 63, 67 och 68 §, 69 § 1 mom., 79 § 2 mom., 89 §, 91 § 1 mom. och 92 §, av dem 60 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 555/2020, samt fogas temporärt till lagen nya 9 a och 57 a §, 58 c–58 h §, 59 a–59 c § och 79 a §.	ÅLR 2020/7168	1.10.2020
Utlåtande till Ålandsdelegationen angående social- och hälsovårdsministeriets begäran om utlåtande gällande utkastet till regeringsproposition gällande temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar. Kompletterande synpunkter till Ålandsdelegationen med utgångspunkt i vad framfört genom ÅLR 2020/7168	ÅLR 2020/7168	9.10.2020
Uppgifter om åländska förhållanden gällande vårdkapacitet och smittskydd. Landskapsregeringen lämnade uppgifter utifrån social- och hälsovårdsministeriets frågeställningar om vårdkapacitet och smittskydd.	ÅLR 2020/8403	5.11.2020
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar samt om temporär ändring av 2 kap. 9 § i polislagen. Berör samma utkast till proposition som i ÅLR 2020/7168 men korrigeringar har gjorts vilket innebär att följande förändringar föreslås: <i>ändras</i> i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 3 § 5 punkten, 24 § 2–4 mom., 57 § 1 och 2 mom. och 68 § 2 och 3 mom., temporärt 91 § 1 mom. samt 92 §, av dem 91 § 1 mom. sådant det lyder i lag 727/2020, samt <i>fogas</i> temporärt till lagen nya 9 a, 58 c–58 h, 59 a–59 d och 79 a § som följer	ÅLR 2020/7168	3.12.2020
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Utlåtande till social- och hälsovårdsutskottet. Ändras i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 3 § 5 punkten, 24 § 2–4 mom., rubriken för 57 § samt 57 § 1 och 2 mom., 68 § 2 och 3 mom. och 89 §, temporärt 91 § 1 mom. samt 92 §, av dem 91 § 1 mom. sådant det lyder i lag 727/2020, samt fogas temporärt till lagen nya 9 a, 58 c–58 h, 59 a–59 d och 79 a §	ÅLR 2020/10055	7.1.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Utlåtande till grundlagsutskottet. Ändras i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 3 § 5 punkten, 24 § 2–4 mom., rubriken för 57 § samt 57 § 1 och 2 mom., 68 § 2 och 3 mom. och 89 §, temporärt 91 § 1 mom. samt 92 §, av dem 91 § 1 mom. sådant det lyder i lag 727/2020, samt fogas temporärt till lagen nya 9 a, 58 c–58 h, 59 a–59 d och 79 a §	ÅLR 2020/10097	7.1.2021
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med lagförslag om temporär ändring av artikel 58 g § i lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2021/2044	9.3.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av 58 g § i lagen om smittsamma sjukdomar.	ÅLR 2021/2267	22.3.2021
Utlåtande om förlängning av de temporära paragraferna 58 a-h och 59 a-e samt 91 1 mom i smittskyddslagen att gälla till om den 31 december 2021.	ÅLR 2021/3166	27.4.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av 58 d § i lagen om smittsamma sjukdomar och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2021/3570	11.5.2021

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av 58 d § i lagen om smittsamma sjukdomar och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2021/3612	11.5.2021
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar och temporär ändring av 44 kap. 2 § i strafflagen. Fogas temporärt till lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) en ny 16 a–g § och en ny 89 a §	ÅLR 2021/4460	1.6.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Hänvisar initialt till ÅLR 2021/4460 samt att man lämnar ytterligare synpunkter. Fogas temporärt till lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) nya 16 a–16 g, 87 a och 89 a § som följer.	ÅLR 2021/5717	22.6.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Utlåtande till grundlagsutskottet men innehållsmässigt samma som ÅLR 2021/5717	ÅLR 2021/5756	22.6.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Utlåtande till förvaltningsutskottet men innehållsmässigt samma som ÅLR 2021/5717	ÅLR 2021/5798	22.6.2021
Skrivelse om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2021/6079	30.6.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av 58 d § i lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2021/7538	3.9.2021
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Ändras i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 59 a § 1 mom., 59 c § 2 mom. och 59 e § samt fogas till lagen temporärt nya 58 i och 58 j §	ÅLR 2021/7800	15.9.2021
Komplettering till utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Kompletterande begäran på ovanstående begäran med ändringar i 16 a – 16 g §§ samt 89 § och 89 a §	ÅLR 2021/7800	17.9.2021
Utlåtande om regeringens proposition med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Utlåtande till grundlagsutskottet. Ändras i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 59 a § 1 mom., 59 c § 2 mom., 59 e § och 89 § 2 mom., av dem 59 a § 1 mom., 59 c § 2 mom. och 59 e § sådana de lyder i lag 447/2021 och 89 § 2 mom. sådant det lyder i 224/2021, samt fogas temporärt till lagen nya 16 a–16 g §, 58 i §, 58 j §, till 79 § ett nytt 3 mom. samt till lagen nya 87 a och 89 a §.	ÅLR 2021/8078	30.9.2021
Utlåtande om regeringens proposition med förslag till lagar om ändring och temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Utlåtande till social och hälsovårdsministeriet men samma ändringar och utlåtande som i ÅLR 2021/8078 ovan.	ÅLR 2021/8095	30.9.2021
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar och temporär ändring av lagen om transportservice Ändras temporärt i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 91 § 1 mom., sådant det lyder i lag 447/2021, samt fogas till lagen temporärt nya 16 a–16 g §, ett nytt 4 a kap., nya 58 a–58 k och 59 a–59 e §, till 79 § ett nytt 3 mom. samt till lagen nya 87 a och 89 a § som följer:	ÅLR 2021/10011	24.11.2021
Utlåtande om regeringens proposition med förslag till lagar om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar och temporär ändring av lagen om transportservice Begäran från riksdagens social- och hälsovårdsutskott gällande regeringens proposition. Annars ungefär samma utlåtande som ÅLR 2021/10011, vissa justeringar då någon paragraf tagits bort. Ändras temporärt i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) 91 § 1 mom., sådant det lyder i lag 447/2021, samt fogas till lagen temporärt nya 16 a–16 g §, ett nytt 4 a kap., nya 58 a–58 l och 59 a–59 e §, till 79 § ett nytt 3 mom. samt till lagen nya 87 a och 89 a § som följer	ÅLR 2021/10171	30.11.2021

Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar och temporär ändring av lagen om transportservice Utlåtande till grundlagsutskottet, berör samma utkast till proposition som i ÅLR 2021/10011 och, ÅLR 2021/10171.	ÅLR 2021/10250	3.12.2021
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar Utlåtande till social- och hälsovårdsministeriet. Utlåtandet berör 48 a § - skydd mot sjukdomen covid-19 för klienter och patienter i social- och hälsovården.	ÅLR 2021/10262	3.12.2021
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar (vaccination av personal) Utlåtande till social- och hälsovårdsutskottet. Landskapsregeringen fick ingen begäran om utlåtande över 48 a § som benämns i ÅLR 2021/10262. Har ändå i och med detta utlåtande skickat samma underlag till utskottet som skickades till ministeriet.	ÅLR 2021/10718	14.12.2021
Angående covid-19-vaccinationer		
Utlåtande om utkastet till ändring och temporär ändring av statsrådets förordning om frivilliga covid-19- vaccinationer	ÅLR 2021/2817	13.4.2021
Utlåtande om utkastet till ändring av 2 § i statsrådets förordning om frivilliga covid-19 vaccinationer.	ÅLR 2021/6332	29.7.2021
Angående EU:s digitala covidintyg		
Utlåtande om social- och hälsovårdsministeriets förordning om de funktioner som ska anslutas till medborgargränssnittet	ÅLR 2021/2370	8.4.2021
Utlåtande om utkast till regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om temporär ändring av lagen om smittsamma sjukdomar för mer omfattande bestämmelser om den nationella användningen av EU:s digitala covidintyg	ÅLR 2022/229	13.1.2022
Utlåtande om statsrådets temporära begränsningar gällande undantag för användning av covidintyg	ÅLR 2022/586	26.1.2022
Angående ändringar i smittskyddslagen		
Utlåtande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av 16 och 22 § i lagen om smittsamma sjukdomar	ÅLR 2021/1660	1.3.2021
Angående ersättningar för kostnader		
Utlåtande till riksdagens finansutskotts kommun- och hälsovårdsdelegation.	ÅLR 2020/8900	16.11.2020
Angående beredskap för undantagsförhållande i rikets lagstiftning		
Yttrande om regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av hälso- och sjukvårdslagen och socialvårdslagen RP 230/2020.	ÅLR 2020/9274	2.12.2020
Angående åtgärder om obligatoriska hälsokontroller		
Begäran om utredning	ÅLR 2021/2592	8.4.2021
Angående Finlands exitstrategi		
Utlåtande om regeringens utkast till promemoria om riktlinjer för en kontrollerad avveckling av de restriktioner och rekommendationer som införts till följd av covid-19-epidemin	ÅLR 2021/3026	16.4.2021
Utlåtande om regeringens årsberättelse 2020	ÅLR 2021/7343	9.9.2021

