

FÖRVALTNINGSPOLITISKA BETRAKTELSE

Expertis och politik – ekonomi och medicin

Anders Mellbourn

I sin memoarbok *Mellan forskning och politik* (Calmfors 2021. Anmäld av mig här i tidskriften nr 2022/1, Mellbourn 2022), ägnar Lars Calmfors coronakrisen ett helt eget kapitel. Nationalekonomen antyder där en måhända våghalsig men tankeväckande parallell mellan ekonomisk politik/ekonomisk vetenskap och folkhälsopolitik/medicinsk vetenskap, när han, liksom coronakommissionen i sitt slutbetänkande i februari 2022 (SOU 2022:10), efterlyser bättre politisk styrning och regeringsansvar i pandemibekämpningen.

Calmfors har ju varit en tillskyndare av utvecklingen inom den ekonomiska politiken de senaste årtiondena, där en alltmer självständig riksbank som expertorgan sköter penningpolitiken utanför de politiska församlingarna, medan regering och riksdag fortsatt ansvarar för finanspolitiken med dess tvister och beslut i frågor om skatter, fördelning, tillväxt och sysselsättning. Han lockas av att kunna göra en liknande ansvarsuppdelning i folkhälsopolitiken men avstår tyvärr från att utveckla resonemanget var i så fall epidemiologins motsvarande gräns mellan penning- och finanspolitik skulle gå.

Det är kanske klokt. Men tillåt mig ändå här att ta upp tanketråden. Förmodligen menar Calmfors – och där är det lätt att hålla med – att pandemier utgör ett så existentiellt hot mot medborgares liv och nationens ekonomiska och administrativa säkerhet och handlingsförmåga att de avgörande besluten måste fattas av politiskt ansvariga inom de ramar författningen ger. Lika självklart måste besluten vara grundade i och bestämda av vetenskaplig kunskap.

Smittskyddet borde med nationalekonomins begrepp motsvara det penningpolitiska ansvaret i riksbanken och höra hemma i en medicinskt expertstyrd självständig förvaltning, numera i Sverige som del av Folkhälsomyndigheten. Till den medicinska penningpolitiken hör då att ge bästa möjliga expertanalys av hur hotet till liv och lem ser ut och utvecklas, att bedöma spridning och smittsamhet och att verkställa bekämpningen av hotet genom vården. För allt

Anders Mellbourn är docent i statsvetenskap och journalist. Hans doktorsavhandling 1979 handlade om roll-uppfattningar hos svenska förvaltningstjänstemän.
E-post: anders@mellbournanalys.se

detta krävs exklusiv specialkunskap. Den betoning som folkhälsomyndigheten under pandemikrisen lade vid att säkerställa att alla åtgärder i pandemibekämpningen måste vara evidensbaserade kan sägas vara ett uttryck för expertansvarets kunskapsbaserade överväganden av penningpolitisk typ.

Huruvida de samlade pandemibekämpningsåtgärderna är proportionella, något som Folkhälsomyndigheten återkom till genomgående under pandemin, borde däremot rimligen räknas till finanspolitiken. Att följa proportionalitetsprincipen, att väga smittskyddsbehovets uppoffringar mot andra sjukvårdsbehov eller samhällsekonomisk skada, måste i grunden vara ett fördelningspolitiskt beslut som i sista hand tillhör det politiska beslutsansvaret.

Att iaktta en försiktighetsprincip, i det här fallet att i ett osäkert läge pröva och tillgripa alla rimligt tänkbara åtgärder i pandemibekämpning, som efterlysts i kritiska efteranalyser och utvärderingar, torde också närmast vara ett finanspolitiskt övervägande.

Att Folkhälsomyndigheten, FOHM, åtminstone det första pandemiåret ”höll i taktpinnen”, som den dåvarande generaldirektören tidigt uttryckte det i en tidningsintervju (*Dagens Nyheter*, 2020-03-15), är ovedersägligt. FOHM fick eller tog – om vi håller oss till nationalekonomins distinktioner – både den finanspolitiska och penningpolitiska rollen i epidemibekämpningen. (I en aktuell artikel hävdar tre statsvetare att folkhälsomyndigheten fick sin ledarroll genom avsiktlig delegering av politiska uppgifter från en på flera sätt svag statsminister och regering. Anderson m.fl. 2022). Kanske var det oundvikligt. På det medicinska området, i frågor om människors liv och hälsa, får självklart expertkunskap en särskild vikt. Men kanske kan de nationalekonomiska distinktionerna vara av litet hjälp för att ytterligare se på expertisens roll under krisen.

Litteraturen om den svenska pandemibekämpningen är redan omfattande. Vi har haft en offentlig utredning, coronakommissionen, som lämnat tre betänkanden (SOU 2022:10 och tidigare). Ett specialnummer förra året av denna tidskrift gav en närmast heltäckande mängd insiktsfulla analyser och resonemang om ”beslutsfattande under svåra förhållanden” (*Statsvetenskaplig tidskrift*, 2021, nr 5) av bestående relevans.

Syftet med dessa rader är inte att ge ett ytterligare bidrag till diskussionen om vad som var rätt och fel i den svenska pandemibekämpningen och folkhälsomyndighetens agerande och hur Sverige skött sig i internationell jämförelse. Fortfarande tycker jag att det saknas underlag för att riktigt avgöra huruvida de så uppmärksammade skillnaderna mellan Sveriges och närstående länders politik och praktik i kampen mot coronaviruset också är det som bäst förklarar skillnaderna i utfall i sjukdom och död. Men oavsett till vilken samlad slutsats om vad som hänt och gjorts vi kommit, finns uppenbara lärdomar om experters roll i beslutsfattande och hur den svenska förvaltningsmodellen fungerar, som det är viktigt att fortsatt begrunda, gärna i mindre upphetsat

tonläge. Här finns brister och oklarheter som överraskat under pandemiåren. De är inte så svåra att beskriva, måhända svårare att analysera och åtgärda men rimligen inte omöjliga att hantera.

Styrning

Coronakommissionen påminner i sitt slutbetänkande om att regeringen enligt regeringsformen styr riket (SOU 2022:10, kap 9). Det måste gälla också i kriser. Det är förstås självklart och det kan kännas litet märkligt att kommissionen känner sig föranlåten att påpeka det. När kommissionen uttalar detta är egentligen syftet att säga något om hur styrningen gått till eller fel. Den anses ha varit senfärdig och inte djärv nog. Men att regeringen styr, betyder ju inte att regeringen själv direkt i regeringskansliet ska hantera alla frågor utan att samhällsstyrningen på olika sätt utövas genom förvaltningen i stat och kommun.

Kritik har riktats mot coronakommissionen för att i sina skrivelser och förslag om den bristande styrningen vara alltför inriktad på regeringens handlande i stunden, för att regeringen i allmänna ordalag ”inte tog ledningen i krisen”. Kommissionen borde i stället mer ha uppmärksammat regeringens långsiktiga ansvar för och försummelser i den avgörande organisationsuppbyggnaden av i det här fallet folkhälsoarbetet (Jacobsson m.fl. *DN Debatt* 2022-03-6). Kommissionens tankar om att för framtiden inrätta en ny central instans för krishantering utanför den rådande myndighetsorganisationen bedöms också som ett ogenomtänkt avsteg från hittills gällande ansvarsprincip (att i första hand varje aktör upprätthåller sina normala åtaganden också under krishantering).

Att det egentliga problemet är att dagens politiker över lag brister i förmåga att styra genom organisation och att utkräva ansvar från förvaltningen är ingen ny synpunkt. Ett vanligt och viktigt påpekande är också att regeringens departement – med undantag för finansdepartement – är för splittrade och svaga för att utöva styrning och utkräva ansvar.

En mindre åtgärd för att stärka regeringens profil i krishantering är redan vidtagen efter statsministerskiftet senhösten 2021. Regeringens centrala krishanteringskansli som inrättades till följd av tsunamikatastrofen ligger åter direkt under statsministern i statsrådsberedningen. Efter utlokaliseringen till justitiedepartementet under regeringarna Löfven 2014-2021 är kansliet nu återfört till statsrådsberedningen i den nya regeringen Andersson (Regeringskansliet, hemsida).

I sammanhanget kan det vara motiverat att påminna om att statsförvaltningens centrala krismyndighet, MSB, som vi kort återkommer till, inte har styrande utan samordnande uppgifter på en rad krisberedskapsområden.

Den stora frågan kring regeringens uppdrag att leda och styra riket torde vara förutsättningarna, särskilt de konstitutionella, för krishantering i stort.

Erfarenheterna från pandemin och den sedan skrämmande snabbt uppblåsade säkerhetskrisen med Rysslands militära angrepp på Ukraina visar att vi måste få nya regler om befogenheter för riksdag och regering vid civila kriser och säkerhetsshot på liknande sätt som finns för ansvaret att möta krig och militära säkerhetsshot (Se särskilt Hirschfeldt & Petersson 2020, också Hydén 2021).

Det är också angeläget att påpeka, att det visserligen är viktigt att tydliggöra det yttersta politiska ansvaret hos regeringen i kriser men inte helt oproblematiskt. Här finns också en motsatt risk för politisering, att en opinionskänslig och publicitetsangelägen regering stjälar uppmärksamhet och trasslar till det genom att vilja styra och ställa, kanske för att vinna politiska poäng. Vikten av att värna och stärka inte bara domstolars utan också förvaltningens självständighet har alltmer betonats i den svenska allmänna debatten de senaste årtiondena. Det går då att hävda att det under pandemibekämpningen varit en styrka i den svenska förvaltningsmodellen att regeringen hållit sig undan den löpande verksamheten och inte stört de mer erfarna myndigheterna. Såväl stora demokratier som USA, Storbritannien och Frankrike som auktoritära stater som Ryssland och Kina kan anföras som motsatta exempel på att politiska bedömningar tagit över handläggningen. Att ge regeringen större handlingsutrymme på expertisens bekostnad skulle inte självklart ha givit en bättre politik, snarare kanske tvärtom (Anderberg 2021).

Dilemmat kvarstår hur arbetsfördelningen idealt ska utformas och uttryckas mellan en regering som "håller i taktpinnen" och bär det yttersta politiska ansvaret, medan expertmyndigheternas och de lägre förvaltningsnivåernas bedömningar och ansvar i grunden fortsatt tydligt präglar besluten.

Myndighetsorganisationen

Under pandemikrisens många mest intensiva månader vande sig svensk allmänhet att möta den offentliga sakkunskapen och makten vid TV-sända presskonferenser. I en ledarposition i centrum stod företrädare för Folkhälsomyndigheten, i början nästan alltid statsepidemiologen, men där fanns också Socialstyrelsen och MSB, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Kommuner och regioner var anmärkningsvärt nog inledningsvis inte företrädare men kom så småningom med genom sin intresseorganisation, SKR. Senare medverkade också Läkemiddelsverket när vaccination blev möjlig.

Regeringen var förvisso inte osynlig. Statsministern och socialministern underströk lägets allvar och meddelade rekommendationer vid särskilda tillfällen. Men det var myndigheterna som medborgarna skulle förlita sig på.

Intressant nog har egentligen inga av de här statliga myndigheterna som blev så synliga något givet uppdrag att styra och leda. De är kunskaps- och samordningsorgan. Folkhälsomyndigheten (FOHM) presenterar sig på sin hemsida som "en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för bättre

folkhälsa. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling. Folkhälsomyndigheten har ett nationellt ansvar för folkhälsofrågor. Vår uppgift är att främja en god och jämlik hälsa, förebygga sjukdomar och skador samt verka för ett effektivt smittskydd och skydda befolkningen från olika former av hälsohot...” (Folkhälsomyndigheten, hemsida). Socialstyrelsen presenterar sig som ”Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg” med uppdrag ”att ta fram föreskrifter, kunskapsstöd och statistik samt göra uppföljningar och utvärderingar” (Socialstyrelsen, hemsida).

Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, MSB, har i sin tur ”ansvar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret. Ansvaret avser åtgärder före, under och efter en olycka, kris, krig eller krigsfara (MSB, hemsida). Enligt sin förordning ska myndigheten bl.a. ”utveckla och stödja samhällets beredskap mot olyckor och kriser och vara pådrivande i arbetet med förebyggande och sårbarhetsreducerande åtgärder”.

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, är ingen myndighet utan en särskild intresse- och arbetsgivarorganisation för alla Sveriges kommuner och regioner, vilka är de organ som utför vård och omsorg i Sverige. SKR formulerar sin uppgift som ”att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet. Vi fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning. I vår roll ingår att ge service och professionell rådgivning inom alla de frågor som kommuner och regioner är verksamma inom” (SKR, hemsida).

Vårt att notera är att de här myndigheterna varit föremål för betydande organisationsförändringar, där syftet varit att inte bara samordna utan också sammanföra verksamheter som tidigare legat i mer snävt specialiserade organ för att vinna i både helhetssyn och effektivitet (även SKR är en jämförelsevis ny sammanslagning av de tidigare åtskilda landstings- och kommunförbunden).

Att svensk förvaltning med sina självständiga myndigheter är för uppsplittad i ett antal så kallade stuprör bredvid men oberoende av varandra har blivit ett populärt begrepp i den samtida förvaltningsdebatten. Sammanbindande hängrännor har enligt samma bildspråk setts som en eftertraktad löning på problemet. De myndigheter och organ som vi mött under pandemikrisen skulle alla kunna kallas sådana hängrännor.

Men frågan är om inte krishanteringen visat att de är hängrännor som fått fel konstruktion.

Till det mest allvarliga och anmärkningsvärda under pandemikrisen hör avslöjanden om hur det brast just i både kunskap och samordning mellan olika organ för att kunna göra rätt bedömningar och ge rätt vård i avgörande lägen. När det tidigt under pandemivåren 2020 framkom att boende inom äldreården drabbats hårt av covid-19 och att smittskyddet där inte fungerade blev det en överraskning för folkhälsomyndigheten och motsättningarna mellan regioner och kommuner blev tydliga. Och detta trots att folkhälsomyndigheten just ska

ha överblick och kunskap om hela folkhälsoområdet, inte bara sjukvården, och regioner och kommuner tillhör samma gemensamma organ, SKR, för att samordna beredskap och förhandla arbetsvillkor! Det kan synas lika obegripligt som allvarligt.

Problemen kan rimligen inte bara hänföras till bristande kunskap och kompetens hos enskilda individer och handläggare. En förklaring måste ligga i både organisation och roller. Intrycket har varit att vi har ett komplex av organisationer och myndigheter som förhandlar och samordnar. Men det finns ingen befälsordning och inget tydligt utkrävande av ansvar (jfr Brommesson 2021, Hedlund & Lönngren 2021).

Folkhälsomyndigheten ska alltså enligt direktiv och instruktion bringa sammanhang och ett förebyggande perspektiv till folkhälsoarbetet. Denna "hängrädda" sattes upp 1 januari 2014 genom en sammanslagning av dåvarande Smittskyddsinstitutet och Statens folkhälsoinstitut och en samtidig överföring av större delen av Socialstyrelsens arbete med miljöhälsa och miljö- och folkhälsoberedskap. Ett år senare fick FOHM det samordnande ansvaret för smittskyddsområdet, vilket tidigare hanterats av Socialstyrelsen.

På FOHM finns också en statsepidemiolog med uppdrag "att samordna arbetet med att övergripande följa och analysera utvecklingen av smittsamma sjukdomar och skyddet mot dessa nationellt och internationellt, analysera konsekvenserna av denna utveckling för samhället och den enskilde och andra smittskyddsåtgärder inom hälso- och sjukvården och andra berörda samhällssektorer".

Statsepidemiologen var tidigare en chefstjänst vid Smittskyddsinstitutet och innehavarna har också före pandemikrisen varit kända namn i den svenska offentligheten. Men det är en tjänst som tillsätts av och är underordnad FOHM:s generaldirektör. Att döma av myndighetens hemsida är statsepidemiologens roll och ställning i organisationen nu (försommaren 2022) oklar.

Det är tydligt att smittskyddet på FOHM inte längre har en särställning utan är en del av det samlade folkhälsoansvaret, vilket också framgick tydligt åtminstone under pandemibekämpningens första fas.

Om vi ska återknyta till de ekonomisk-politiska parallellerna, är smittskyddet uppenbart penningpolitik, en expertverksamhet som förutsätter innehav av exklusiv medicinsk fackkunskap. Begreppet folkhälsa breddar det medicinska perspektivet mot förebyggande hälso- och sjukvård. Men också mot icke direkt medicinska åtgärder och samhällspolitik. Det blir finanspolitik.

Dilemmat för FOHM under pandemin synes ha blivit att myndigheten å ena sidan varit fackmedicinskt uttunnad och kollegialt ifrågasatt i smittskyddsfrågor, å andra sidan i ledning och beslutsfattande likafullt förblivit präglad av traditionellt läkar- och sjukvårdsperspektiv.

FOHM är ett enrådighetsverk med en läkare som generaldirektör. Det finns ett insynsråd men det domineras av samhällsrepresentanter, inte av extern

medicinsk expertis. Ett verk som både ska stå för, eller hellre kanske bereda, bredare folkhälsoavgöranden och lämna tydliga medicinska fackbesked skulle sannolikt, särskilt om den ska vara en hängränna, ha en helt annan tyngd om beslut fattades mer kollegialt i en styrelse med både extern och intern sakkunskap företrädd.

Åtminstone hade det varit naturligt om det inom FOHM:s organisation uppenbart avlövsade smittskyddet hade kompletterats av konsultativa kontaktorgan med den aktuella akademiska forskningen. Om sådana informella kontakter förekommit har det inte blivit allmänt bekant. Och en så småningom i tonläge olustig, närmast ovärdig, offentlig konflikt om åtgärder och strategi med ledande forskare, senare organiserade inom Kungl Vetenskapsakademien, KVA, pekar snarare på motsatsen (Första inlägg Dagens Nyheter 2020-04-14). Att fler röster behövs för att få bästa vetenskapliga bedömningar har framhållits i utvärderingen av en danska pandemibekämpningen liksom i slutrapporten från Kungl Vetenskapsakademins expertgrupp om covid-19 (Dahlström & Lindvall 2021, KVA 2021).

Ändå är alltså FOHM fortsatt en läkardominerad organisation. Helt följdriktigt operationaliserades myndighetens folkhälsoansvar tidigt under pandemin till målet att kunna upprätthålla sjukvårdsapparaten, ”att platta till smittkurvan” som statsepidemiologens mantra löd. Men som tidigt uppdagades vid krisen i äldreboenden fanns inte motsvarande ansvar och folkhälsokunskap om vad som behövdes i den kommunala äldrevården. Måhända och förhoppningsvis bedömdes suboptimeringen om sjukvården vara det bäst beprövade medlet för att nå sjukvårdens högsta mål och ansvar – att rädda liv. Men det tydliggjordes i så fall dåligt för oss medborgare.

I denna strategi (oavsett om den fick kallas det eller inte) åberopade myndigheten dels proportionalitetsprincipen, dels evidenskravet. Smittskyddsåtgärderna skulle stå i proportion till det besvär och lidande på andra samhällsområden som skulle kunna uppstå om restriktioner och isolering infördes i alltför stor omfattning. Åtgärderna skulle också bygga på medicinsk evidens om att de skulle vara verkningsfulla. Att pröva sådant som inte tidigare visat sig effektivt för att stoppa smittspridning ansågs till och med kunna vara kontraproduktivt.

Behovet av att bära munskydd i offentliga miljöer blev här symbolfrågan. FOHM vidhöll länge hårdnackat att det saknades belägg för munskydds effektivitet, samtidigt som varianter av munskyddskrav spreds – och fortfarande gäller – i de flesta länder. Kritiskt hävdas att denna strikta inställning till vetenskaplig evidens bryter mot en lika viktig princip om försiktighet, om att vid osäkerhet hellre ta i för mycket än för litet, så länge det inte finns tydliga bevis på motsatsen. Sådan försiktighet, som begrepp taget från såväl miljöpolitik som revision, skulle också ha visat på handlingskraft, snarare än den passivitet och senfärdighet, som många kritiserat FOHM för (Jerneck 2021).

Om vi åter anknyter till Calmfors analogi med finans- och penningpolitiken skulle man här kunna hävda att avgöranden grundade på proportionalitet och försiktighet i grunden har en politisk karaktär, där regeringen tydligare borde vara delaktig och styrande. För den skull kan och bör naturligtvis regeringens ställningstagande vara grundat på och hänvisa till bedömningar från fackmyndigheten och de helst olika röster den kan förmedla.

Härtill visar erfarenheterna från pandemin på att just evidenskriteriet, som präglas av strikta facköverväganden, inte är oproblemiskt. Evidensprincipen kan synas vara en synonym till kravet att vård ska utgå från "vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet". Men som Lena Wahlberg påpekat här i tidskriften tidigare (Wahlberg 2020 och 2021) är evidensprincipen ett sent, snävare begrepp som söker formulera objektiva kriterier för rätt vård och hålla nere läkarens personliga erfarenhetsbedömningar. I ett fall med ett nytt virus som covid-19 blir evidenskriteriet mindre relevant, då de randomiserade studier som evidensvärderingen ofta omfattar av naturliga skäl inte kunnat göras tidigare och det inte finns någon klar tidigare evidens att utgå från. För smittskyddet i stort finns annars stor erfarenhet och kunskap från tidigare farsoter som präglar smittskyddslagen. Även med ett nytt virus som covid-19 som ingen inledningsvis hade erfarenhet av, måste vården agera. Frågan blev då om man skulle hålla sig till det man allmänt visste sedan tidigare eller tillgripa en "försiktighetsprincip" – pröva brett och hellre göra för mycket än för litet, vad gäller isolering, munskydd mm.

Smittskyddet blev här en osäker "penningpolitik" med splittrad expertis på myndighet och universitetsinstitutioner. Åsiktsskillnaderna inom den medicinska professionen framstod som besvärande stora, särskilt när skilda bedömningar förenades med uttalad personlig misstro mot kolleger. Härmed undergrävdes naturligtvis trovärdigheten i den medicinska penningpolitiken, vilket i sin tur i värsta fall kan locka allmänheten att söka och förlita sig på allehanda alternativa fakta.

Verkställare av vård och omsorg i Sverige är kommuner och landsting, inte statliga myndigheter. Som annan förvaltning har kommuner och regioner, som landstingen med något utvidgade befogenheter nu benämns, att följa grundläggande nationell lagstiftning men den kommunala självstyrelsen och beskattningsrätten ger vissa variationer i verksamheten. I gemensamma angelägenheter och i sina samlade kontakter med statsmakterna företräds regioner och kommuner som vi konstaterat av intresseorganisation Sveriges Kommuner och Regioner, SKR.

Vad SKR egentligen är och dess ställning i svensk offentlig politik och förvaltning, är ett (om än oregelbundet) återkommande tema i den förvaltningspolitiska diskussionen (Riksrevisionen 2011, Marcusson 2021, Bringselius & Rothstein 2022). Erfarenheterna från pandemibekämpningen understryker ytterligare det berättigade i frågan.

Att SKR inte har någon formell, reglerad ställning vet vi. Symptomatiskt syntes SKR och dess ansvar inte så mycket av i början av pandemin. SKR ska som vi refererat här tidigare vara ett samarbetsorgan mellan kommuner och regioner i gemensamma intressefrågor. Framför allt gäller det arbetsgivarrollen för icke-statligt offentligt anställda. Det ska också vara service- och utredningsorgan för gemensamma behov.

Under pandemin kom tidigt personalförsörjning och personalbelastning inom vården i centrum. Det avslöjades tidigt också brister i skyddsutrustning. Vårdkrav och vårdförutsättningar för äldre med hemtjänst och i särskilt boende framstod skrämmande oklara när den medicinska vården ligger under regionerna och socialtjänsten under kommuner, till och med så att läkare inte kan vara anställda av kommuner.

Förr i tiden fanns både kommun- och landstingsförbund. Men trots att det skapats en gemensam organisation för regioner och kommuner, visar pandemierfarenheterna att de två nivåerna fortsatt verkar agera oberoende och ovetande om varandras förmågor och brister. När sårbarheten för pandemin skrämmande tydligt visade sig i äldrevården, verkar de olika organen inte ha vetat vad de andra kunde, gjorde och hade för resurser och hur de kunde bistå varandra och samarbeta. Det är rimligen annars det minsta man kan förvänta sig av en gemensam organisation. I stället blev det konkurrens och köpslående om utrustningsinköp och behov som måste anses både genant och besynnerligt. Det gamla gemensamma varumärket LIC, som stod för landstingens inköpscentral, verkar ha försvunnit på allehanda utrustning under avreglering och upphandlingskrav.

Regionernas ställning som politisk och administrativ nivå är under pågående politisk diskussion. De här reflektionerna ligger vid sidan om den. Kommunalt självstyre i någon form kommer att bestå. Men ska SKR ha någon roll i framtida kriser, i beredskapsplanering för vård och omsorg, måste organisationens roll noggrant klargöras och tydliggöras. Om den inte tilldelas en lagreglerad rättslig ställning måste organisationen rimligen hållas borta från den löpande verksamheten. SKR verkar som förhandlingsorgan om både resursfördelning och utrustningskrav ha fått eller tagit sig ett betydande inflytande i ansvarskedjan från regering till kommuner, som också haft direkt betydelse för vårdens kvalitet, exempelvis i krav på munskydd hos äldrevårdspersonal. Men behov av skyddsutrustning i vården kan inte vara en ekonomisk förhandlingsfråga utan är ett medicinskt fackavgörande.

Som det nu ser ut går det inte att värja sig från intrycket att SKR mest verkar vara ett störande element som inte hör hemma i vare sig den epidemiologiska finans- eller penningpolitiken, om vi så småningom ska återknyta till de begreppen.

Professionell kunskap och etik

I mycket går de förvaltningspolitiska problemen vid pandemihanteringen tillbaka till den större frågan om experters och professionell kunskaps roll i den offentliga beslutsprocessen i stort.

Här är läkarvetenskapens ställning speciell. Läkaren som profession är äldre än den utveckling som expertis och professionell kunskap fått i de moderna industri- och servicesamhällenas sedan 1800-talet (för en både bred och fördjupad analys av professionernas roll i det moderna samhället se Brante 2014). Professioner gör praktik av vetenskaplig kunskap och betraktas som avgörande för att ett modernt samhälle ska fungera. Utövarna av en profession har nått och erkänns ha en särskild ställning i offentligheten genom det monopol på kunskap de besitter, den etik som styr deras verksamhet och deras härpå grundade anspråk på självständighet och självreglering i yrkesutövningen (Brante 2014, kap 3-4). Allt fler yrken gör idag anspråk på att vara professioner för att vinna legitimitet och status. Medicinen började visserligen utvecklas som empirisk vetenskap mot en modern profession först från 1800-talet. Men läkarvetenskapen har sin auktoritet långt före det moderna samhället genom att läkaren uppfattas besitta kunskaper och insikter rörande sjukdom och död, en professionell roll bara jämförbar med prästens, att förmedla möjlighet till frälsning och evigt liv. Sedan prästen med sekulariseringen förlorat sin ställning som auktoritativ kontakt med en Gud människor allt mindre tror på, är det bara läkaren som vi kan ty oss till i existentiella frågor om liv och död. Läkarprofessionen har sin kraft både i sin särskilda, väl dokumenterade och reglerade etik om att värna liv och i sin fackkunskap. Professionen har kunskap för att diagnosticera sjukdom och olycksfall i syfte att rädda liv, och det utifrån varje enskild människas behov. Här finns en grundläggande professionell identitet och ett ansvar som är speciellt för läkaren (Brante 2014, kap 7).

Läkaretiken är väl reglerad historiskt, alltifrån den hippokratiska eden från antiken till dagens olika vårdriktlinjer från socialstyrelsen. I utvärderingen av svensk coronastrategi har de etiska komponenterna kommit i skymundan, vilket påpekats i ett särskilt yttrande från en av coronakommissionens ledamöter (SOU 2022:10, s 685). Prioriteringar är det svåraste och mest tydliga etiska dilemmat vid kris eller brist på resurser. Enligt riktlinjer fastställda av en enig riksdag 1997 ska människovärdet, att alla har samma värde, vara utgångspunkten för all vård. Varje enskilds behov och solidaritet mellan medborgarna ska gå före efterfrågan och kostnadseffektivitet, som kommer lägre i värdehierarkin. Vid praktiska avgöranden om vilka insatser, om några, ska göras, kommer sjukdomens eller skadans allvar först, följt av en bedömning om patienten kan dra nytta av vård eller inte anses kunna överleva vad läkare och vården än gör (Engström & Sandlund 2020).

Tillämpningen av sådana etiska principer är naturligtvis svår men anses nog ha fungerat hyggligt under pandemins mest krävande skeden. Tankar

från våren 2020 om att sätta en allmän åldersgräns vid 80 för IVA-vård kom aldrig att åberopas. Hade så skett, hade det rimligen varit ett etikbrott. Att så många äldre drabbades hårt, isolerades och fick osäker vård, är illa nog och som coronakommissionen konstaterat det allvarligaste misslyckandet under pandemin.

Ett problem för den medicinska professionen är att den löpande både utvidgas och specialiseras. Därmed blir både kunskapen och etiken svårare att hålla samman och professionens ”penningpolitiska” självständighet och gemensamma omdöme svårare att upprätthålla. Det har under pandemin blivit tydligt med folkhälsomyndighetens vidgade uppdrag och organisation. Som vi sett förlorade smittskyddet sin starka, självständiga ställning vid tillkomsten av Folkhälsomyndigheten 2014. Den renodlade vetenskapliga kompetensen på området inordnades i en ny organisationen där det bredare folkhälsoperspektivet fått dominera (Stenqvist 2021 är ett exempel på stark kritik av denna utveckling). För att återknyta till de ekonomiska parallellerna: Den ”penningpolitiska” kompetensen och auktoriteten har försvagats.

I samtida läkarvetenskap betonas alltmer ett förebyggande folkhälsoansvar där läkandet inte bara är inriktat på enskilda utan på yttre omständigheter socialt och i miljö som i sin tur ska gynna den enskildes chanser att leva ett friskare, rikare och längre liv. Det finns en spänning här som för den enskilde medborgaren blir tydlig vid kriser. I Folkhälsomyndighetens uppbyggnad är det tydliga syftet att det bredare folkhälsoansvaret ska vara överordnat, med det specialiserade smittskyddet som en uppgift bland flera därunder. Många kände nog oro och olust när epidemiologerna under pandemin talade mycket om sina tillplattade kurvor, modelleringar av vårdbehov och vikten att beakta proportionalitet för olika åtgärder i pandemibekämpningen i syfte att upprätthålla samhällsfunktioner, och mindre om att stoppa sjukdomen och dämpa vår rädsla att förlora våra liv. Till läkarprofessionen hör ändå först och främst och omedelbart att se till att människor inte dör, inte att bedriva medicinsk finans- och fördelningspolitik.

Vikten av att vård bedrivs utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och tillgänglig evidens är grundläggande för läkarprofessionen. Medicinsk vetenskap är tung empiriskt präglad av kumulativt vetande om hur kroppen fungerar, hur och varför den blir sjuk eller skadad och vilka åtgärder som kan vidtas för att bota. Att ha och göra rätt är självklart helt avgörande för en profession som ansvarar för liv och hälsa. Fullt logiskt blev under coronakrisen hänvisningar till evidens nästan lika vanligt som strävan att ”platta till kurvan” i FOHM:s kommunikation till allmänheten. Evidenskravet är högst konkret också grundat i nödvändigheten att upprätthålla en skarp gräns mot kvacksalveri och vårdspekulation. Det måste vara ett särskilt ansvar för en folkhälsomyndighet, inte minst i en alltmer individualiserad och kroppsfixerad tid där många skaffar sig bestämda uppfattningar genom att scanna sociala medier. Så

tolkad blir FOHM:s fixering vid evidens och till och med debattslängarna om hobbyepidemiologer förstaeliga.

Vårdval utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och vikten av evidensbaserad vård måste vara epidemiologins penningpolitik och bör lämnas till professionens avgörande. Men just evidensbegreppet är som vi sett tidigare (Wahlberg op cit)) inte helt oproblematiskt i ett professionellt perspektiv. Den professionella kunskapen och rollen omfattar också en förvärvad auktoritet och personligt omdöme utöver vad evidens från randomiserade studier ger (Brante 2014: 252-253).

I vilket fall som helst borde rimligen annars möjligheterna att bli överens om "penningpolitiken" vara större bland läkarvetenskapens olika experter än vid ranteomröstningar i riksbankens direktion bestående av en sakligt svajigare professionell grupp som ekonomer.

Men ska den medicinska professionen upprätthålla respekt hos allmänheten och förståelse – vilket är nödvändigt med tanke på läkekonstens existentiella betydelse – måste den ha professionell sammanhållning. Den behöver inte vara en åsiktsgemenskap men den måste upprätthålla en gemenskap i respekt. Även kårsammanhållning har förstås en baksida av att skydda kolleger för kritik och efter begångna fel. Men den kollegiala respekten är central för tilliten. Den brast som vi konstaterat under pandemin mellan folkhälsomyndighetens experthandläggare och ledande akademiska forskare, så att vi mitt under det allvarligaste krisläge fått se både sorgliga misstänkliggöranden och personangrepp mellan professionella kolleger.

Expertisens begränsningar – politiskt och professionellt

Oavsett om vi försöker skapa och upprätthålla en åtskillnad mellan finans- och penningpolitik i vården, är det uppenbart att den svenska förvaltningsorganisationen uppvisat anmärkningsvärda egenheter under pandemi-bekämpningen. Rop på samordning har länge präglat den förvaltningspolitiska diskussionen och samordnande instanser har tillskapats och stärkts. Regeringen ska styra men oklart hur. Statliga myndigheter ska samordna mer och utföra mindre. Stuprör har skrotats och hängrännor satts upp. Utförarna i stat och kommun ska i sin tur samordnas och förhandla genom ett gemensamt organ med icke-offentligrättslig ställning, SKR. Befälsbefogenheter och ansvarsutkrävande blir oklara.

Vården är expertberoende av den starkaste, egentligen enda, professionen, läkaren. Det motiverar att sjukvården, i än högre grad än penningpolitiken i sin fristående riksbank, måste styras av professionens kunskaper och bedömningar. Men professionens verksamhetsområde och vårdansvar omfattar idag

både specialistoperationer och förebyggande folkhälsoarbete. Det utmanar professionens auktoritet på flera sätt.

Professionens självstyre, ansvar och tillit grundas i att den håller sig till läkaretikens vårdprioriteringar och följer beprövade vårdmetoder med belagd effekt. När professionen tar sig eller tilldelas ansvaret att besluta om åtgärders proportionalitet blir uppgiften egentligen (fördelnings-)politisk och tilliten hos allmänheten kan äventyras.

Det bredare professionella uppdraget med alltfler specialiteter tär på den inre solidariteten i läkarprofessionen. Konflikter inom professionen blir svårare att hantera inom den egna sfären. Kriget mellan olika smittskyddsexperter som utvecklades snabbt efter pandemiutbrottet är ett olustigt och för det fortsatta förtroendet farligt exempel.

Samtidigt har vi under pandemin sett den bestående kraften hos läkarprofessionen. Okunskapen om förhållandena inom äldreården på folkhälsomyndigheten återspeglade det glapp mellan sjukvård och äldreården, som folkhälsomyndigheten i sitt uppdrag rimligen borde ha kunskap om och förmåga att överbrygga. Det klarade inte den läkarpräglade myndigheten som i stället var koncentrerad på sin medicinska sjukvårdsuppgift. Statsepidemiologernas huvudinriktning att skydda och stödja sjukhusens vårdkapacitet under pandemin visar på läkarprofessionens bestående bestämmande roll i krishanteringen.

Oavsett om Sverige till slut gick igenom pandemin mer eller mindre hedervärt, trots eller på grund av de handlingslinjer som valdes, återstår förvaltningsfrågor att begrunda och åtgärda.

Referenser

BÖCKER OCH ARTIKLAR

- Anderberg, Johan, 2021. *Flocken: berättelsen om hur Sverige valde väg under pandemin*. Malmö: MTM.
- Andersson, Staffan, Aylott, Nicolas & Eriksson, Johan, 2022. "Democracy and Technocracy in Sweden's Experience of the COVID-19 Pandemic", *Frontiers of Political Science*, 09 May. Tillgänglig på <https://doi.org/10.3389/fpos.2022.832518>.
- Brante, Thomas, 2014. *Den professionella logiken*. Stockholm: Liber.
- Bringselius, Louise & Rothstein, Bo, 2022. "En dold maktstruktur i den svenska demokratin", *Dagens Nyheter* 26 mars. Tillgänglig på <https://www.dn.se/debatt/en-dold-maktstruktur-i-den-svenska-demokratin/>.
- Brommesson, Douglas, 2021. "Civil beredskap och offentlig styrning under pandemin 2020-2021", *Statsvetenskaplig tidskrift* nr 5. Tillgänglig på <https://journals.lub.lu.se/st/article/view/23302/20727>.
- Calmfors, Lars, 2021. *Mellan forskning och politik. 50 år av samhällsdebatt*. Stockholm: Ekerlids Förlag.

- Dagens Nyheter*, 2020. Nyhetsartikel 15 mars. Tillgänglig på <https://www.dn.se/nyheter/sverige/sa-gick-det-till-nar-regeringen-gav-taktpinnen-till-expertmyndigheten/>.
- Dagens Nyheter*, 2020. *DNDebatt* 14 april. Tillgänglig på <https://www.dn.se/debatt/folkhalsomyndigheten-har-misslyckats-nu-maste-politikerna-gripa-in/>.
- Dahlström, Carl & Lindvall, Johannes, 2021. "Sverige og covid-19-krisen", s. 505– 534 i *Håndteringen af covid-19 i foråret 2020 Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. håndteringen af covid-19*. Köpenhamn: Folketinget. Tillgänglig på <https://www.ft.dk/samling/20201/almDEL/SUU/bilag/237/2326610.pdf>.
- Engström, Ingemar & Sandlund, Mikael, 2020. Replik på DNDebatt. *Dagens Nyheter*, 30 mars. Tillgänglig på <https://www.dn.se/debatt/viktigt-att-prioriteringar-i-varden-gors-oppet-och-transparent/>. Härtill författarens anteckningar från anförande av Engström hos Immanuel Senior, Stockholm 2022-03-15.
- Hedlund, Erik & Lönngren, Camilla, 2021. "Fältsjukhuset" i Älvsjö – rekordbygget som ingen ville ha?: En fallstudie i aktörsgemensam samverkan. Stockholm: Försvarshögskolan. Tillgänglig på <http://fhs.diva-portal.org/smash/get/diva2:1554828/FULLTEXT01.pdf>.
- Hirschfeldt, Johan & Petersson, Olof, 2020. *Rättsregler i kris*. Stockholm: Dialogos Förlag.
- Hydén, Håkan, 2021. "Corona – en rättspolitisk utmaning!", *Statsvetenskaplig tidskrift* nr 5. Tillgänglig på <https://journals.lub.lu.se/st/article/view/23313/20736>.
- Jacobsson, Bengt, Lindvall, Johannes, Petersson, Olof, Sundström, Göran, 2022. "Coronakommissionens slutsatser leder fel", *Dagens Nyheter* 6 mars. Tillgänglig på <https://www.dn.se/debatt/coronakommissionens-slutsatser-leder-fel/>.
- Jerneck, Magnus, 2021. "Coronapandemin. Beslutsfattande under svåra förhållanden", *Statsvetenskaplig tidskrift* nr 5. Tillgänglig på <https://statsvetenskapligtidskrift.org/sarskild-utgava-coronapandemin-beslutsfattande-under-svara-forhallanden/>.
- Marcusson, Lena, 2021. "Staten och SKR – styrning och samarbete. En rättslig analys", *Förvaltningsrättslig tidskrift* nr 4. Tillgänglig på <http://www.forvaltningsrattslig.org/>.
- Mellbourn, Anders, 2022. Anmälan av Calmfors (ovan), *Statsvetenskaplig tidskrift* nr 1. Tillgänglig på <https://journals.lub.lu.se/st/article/view/24094/21243>.
- Stenqvist, Ola, 2021. "Återinför Smittskyddsinstitutet som fristående myndighet", *Dagens Nyheter* 19 november. Tillgänglig på <https://www.dn.se/debatt/aterinfor-smittskyddsinstitutet-som-fristaende-myndighet/>.
- Wahlberg, Lena, 2020. "Fri bevisprövning och evidensbaserad medicin. En jämförelse av två modeller för evidens och beslut", *Statsvetenskaplig tidskrift* nr 4. Tillgänglig på <https://journals.lub.lu.se/st/article/view/22357>.
- Wahlberg, Lena, 2021. "Om värdet av vetenskap och andra belägg vid pandemiskt beslutsfattande", *Statsvetenskaplig tidskrift* nr 5. Tillgänglig på <https://journals.lub.lu.se/st/article/view/23314>.

OFFENTLIG UTGIVNING

- Folkhälsomyndigheten, hemsida. Tillgänglig på <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/korta-fakta-om-oss/>.
- Kungl Vetenskapsakademiens expertgrupp om covid-19, 2021. Tillgänglig på <https://www.kva.se/sv/pressrum/pressmeddelanden/slutrapport-efterlyser-oberoende-expertenhet-vid-pandemier>.

Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, hemsida. Tillgänglig på <https://www.msb.se/sv/om-msb/vart-uppdrag/>.

Regeringskansliet, hemsida. Tillgänglig på <https://regeringen.se/regeringens-politik/krisberedskap/regeringskansliets-krishantering/>.

Riksrevisionen 2011:19. *Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg. Samverkan utan verkan*. Tillgänglig på <https://www.riksrevisionen.se/rapporter/granskningsrapporter/2011/ratt-information-vid-ratt-tillfalle-inom-var-d-och-omsorg--samverkan-utan-verkan.html>.

SOU 2022:10. *Sverige under pandemin*. Tillgänglig på <https://coronakommissionen.com/>. Delbetänkanden SOU 2020:80 och SOU 2021:89

Sveriges Kommuner och Regioner, hemsida. Tillgänglig på <https://skr.se/skr/omskr.409.html>.

Socialstyrelsen, hemsida. Tillgänglig på <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/>.