



6.5.2020

## Statsrådets förordning om fortsatt utövning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93 och 94 § i beredskapslagen

### 1. Inledning

#### 1.1. Ibruktagning av befogenheter enligt beredskapslagen och utövning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93 och 94 § i beredskapslagen

Coronaviruspandemin, vars lägesbild granskas närmare i avsnitt 1.2, har i enlighet med den författningsenliga normalitetsprincip som framgår av 4 § i beredskapslagen (1552/2011) till stor del hanterats med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar, restriktioner av rekommendationskaraktär samt genom ändring av ett stort antal lagar. Det har dock varit nödvändigt att också tillgripa befogenheter enligt beredskapslagen.

Syftet med dessa åtgärder har varit att skydda befolkningen mot följderna av en pandemi samt att trygga tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna under undantagsförhållanden. Målsättningen har varit att särskilt säkerställa att det finns tillräckligt med social- och hälsovårdspersonal och att kapaciteten inom intensivvården ska räcka till i en krissituation.

Den 16 mars 2020 konstaterade statsrådet i samverkan med republikens president att sådana undantagsförhållanden som avses i beredskapslagen råder i landet. Grundlagsutskottet konstaterade som sin egen uppfattning att det råder sådana undantagsförhållanden i landet som avses i 3 § 5 punkten i beredskapslagen (GrUB 2/2020, GrUB 8/2020 rd). Coronavirusjukdomen covid-19 (nedan även coronaviruset) är en sådan pandemi som till sina verkningar kan jämföras med en synnerligen allvarlig storolycka.

Den 17 mars 2020 utfärdade statsrådet två förordningar om ibruktagningen av befogenheter enligt beredskapslagen:

- statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93–95 och 109 § i beredskapslagen (125/2020), ändrad den 19 mars 2020 genom statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93, 94 och 109 § i beredskapslagen (130/2020),
- statsrådets förordning om omedelbar ibruktagning av befogenheter i enlighet med 87 § i beredskapslagen (124/2020).

Den 18 mars 2020 lämnade grundlagsutskottet betänkanden om ovannämnda förordningar (GrUB 2/2020 rd – Ö 1/2020 rd och GrUB 3/2020 rd – Ö 2/2020 rd) och riksdagen fattade beslut om dem i enlighet med betänkandena. Med anledning av riksdagens beslut ändrades statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93–95 och 109 § i beredskapslagen (ny rubrik: statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93, 94 och 109 § i beredskapslagen) och i förordningen upphäv-

des bestämmelsen om arbetsplikt för personalen inom hälsovården enligt 95 § 2 mom. i beredskapslagen.

Statsrådet utfärdade den 25 mars 2020 två nya förordningar:

- statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheten i enlighet med 95 § 2 mom. och tillämpning av 96–103 § i beredskapslagen (139/2020),
- statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheter i enlighet med 118 § i beredskapslagen (145/2020).

Den 27 mars 2020 lämnade grundlagsutskottet ett betänkande om statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheten i enlighet med 95 § 2 mom. och tillämpning av 96–103 § i beredskapslagen (GrUB 7/2020 rd – Ö 7/2020 rd). Den 27 mars 2020 beslutade riksdagen att den nämnda förordningen får förbli i kraft.

Statsrådet upphävde vid sitt allmänna sammanträde den 27 mars 2020 statsrådets förordning om ibruktagning av befogenheter i enlighet med 118 § i beredskapslagen (140/2020) och utfärdade en ny förordning om saken (145/2020).

Den 27 mars 2020 lämnade grundlagsutskottet ett betänkande (GrUB 8/2020 rd – Ö 9/2020 rd) och riksdagen har i enlighet med betänkandet beslutat att förordningen om ibruktagning av befogenheterna enligt 118 § i beredskapslagen (145/2020) får förbli i kraft.

Ovannämnda förordningar av statsrådet upphörde att gälla den 13 april 2020, med undantag för förordningen om ibruktagning av statsrådets befogenheter i enlighet med 118 § i beredskapslagen. Den förordningen upphävdes av statsrådet den 15 april 2020.

Den 31 mars 2020 utfärdade statsrådet följande förordningar om fortsatt utövning av de befogenheter som föreskrivs i beredskapslagen:

- statsrådets förordning om fortsatt utövning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93, 94 och 109 § i beredskapslagen (174/2020),
- statsrådets förordning om fortsatt utövning av befogenheter i enlighet med 87 § i beredskapslagen (175/2020),
- statsrådets förordning om fortsatt utövning av befogenheten i enlighet med 95 § 2 mom. och fortsatt tillämpning av 96–103 § i beredskapslagen (177/2020).

Den 2 april 2020 lämnade grundlagsutskottet ett betänkande om ovannämnda förordningar (GrUB 9/2020 rd – Ö 11/2020 rd – Ö 12/2020 rd – Ö 14/2020 rd) och riksdagen fattade beslut om dem i enlighet med betänkandena.

Den 31 mars 2020 utfärdade statsrådet dessutom en förordning om ibruktagning av befogenheter i enlighet med 87 § i beredskapslagen (176/2020). Den 6 april 2020 lämnade grundlagsutskottet ett betänkande om den förordningen (GrUB 12/2020 rd – Ö 13/2020 rd) och riksdagen fattade beslut om ärendet i enlighet med betänkandet.

De nämnda förordningar som statsrådet utfärdade den 31 mars 2020 är i kraft till och med den 13 maj 2020.

Det har utfärdats tre tillämpningsförordningar om befogenheter i enlighet med 86, 88, 93, 94 och 109 § i beredskapslagen:

- statsrådets förordning om temporära undantag vid tillämpningen av vissa bestämmelser i semesterlagen, arbetstidslagen och arbetsavtalslagen (128/2020),
- statsrådets förordning om temporära begränsningar av skyldigheten att ordna småbarnspedagogik samt undervisning och utbildning (126/2020, ändrad genom 131/2020),
- statsrådets förordning om kommunens rätt att avvika från tidsfristerna för icke brådskande hälso- och sjukvård och från bedömningarna av servicebehovet inom socialvården (127/2020).

Den 16 april 2020 lämnade grundlagsutskottet ett betänkande om ovannämnda förordningar (GrUB 13/2020 rd – Ö 16/2020 rd, GrUB 14/2020 rd – Ö 17/2020 rd och GrUB 15/2020 rd – Ö 18/2020 rd) och riksdagen fattade beslut om dem i enlighet med betänkandena.

De nämnda tillämpningsförfordningarna var i kraft till och med den 13 april 2020 och tillämpningen av dem har förlängts till den 13 maj 2020 genom förordningarna

- statsrådets förordning om temporära begränsningar av skyldigheten att ordna småbarnspedagogik samt undervisning och utbildning (191/2020),
- statsrådets förordning om temporära undantag vid tillämpningen av vissa bestämmelser i semesterlagen, arbetstidslagen och arbetsavtalslagen (190/2020),
- o statsrådets förordning kommunens rätt att tillfälligt avstå från att iaktta tidsfristerna för icke brådskande hälso- och sjukvård och för påbörjande av bedömning av servicebehovet inom socialvården (197/2020).

Den 15 april 2020 upphävde statsrådet statsrådets förordning om temporära begränsningar i rörelsefriheten som behövs för skyddande av befolkningen (146/2020), som med stöd av 118 § i beredskapslagen utfärdats av statsrådet den 27 mars 2020.

## 1.2. Epidemiologisk och medicinsk lägesbild

Den 11 mars 2020 fastställde Världshälsoorganisationen (WHO) att covid-19-epidemin, som har sitt ursprung i den kinesiska provinsen Hubei, är en pandemi. Det finns sammanlagt över 2,9 miljoner konstaterade fall av coronavirussmitta i världen. Över 200 000 dödsfall till följd av covid-19-sjukdomen har rapporterats. I Europa har det konstaterats över 1,3 miljoner coronavirusfall och över 120 000 dödsfall med koppling till sjukdomen.

En smittsam virusinfektion av typen covid-19, som i snitt har lindriga symtom, orsakar en snabbt växande epidemi hos en befolkning utan motståndskraft där antalet nya fall per dag kan öka exponentiellt i början. Denna ökning av fall fortsätter tills en tillräckligt stor del av befolkningen får smittan, varvid antalet fall åter börjar minska, eftersom en snabb spridning inte är möjlig när det inte längre finns tillräckligt med personer som är mottagliga för smittan.

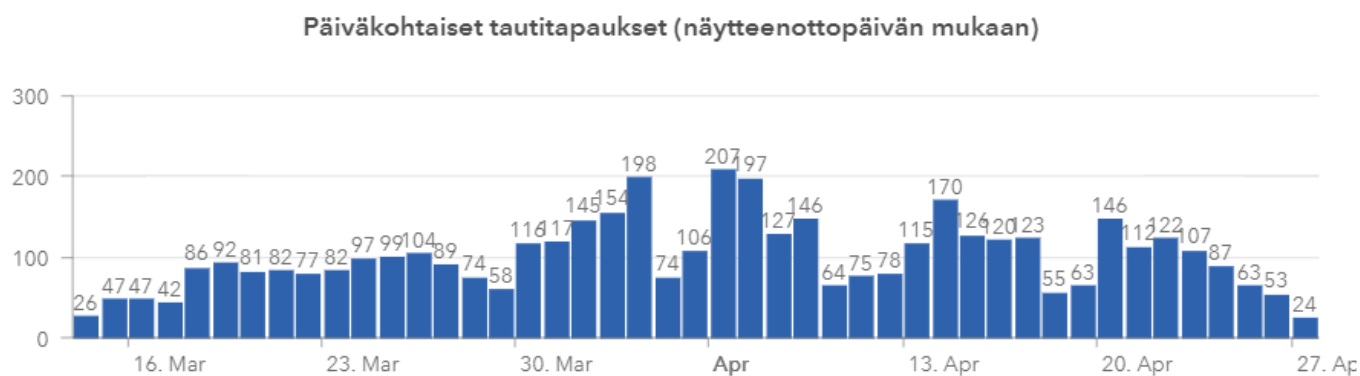
Hur snabbt epidemin sprids beror utöver på sjukdomsalstrarens egenskaper (smittförmåga) även på andra aspekter i samhällsstrukturen och kulturen (såsom samhällstäthet och kontakter mellan olika åldersgrupper samt sedvänjor hos befolkningen). I tätbefolkade samhällen där människor tillbringar mycket tid i stora grupper och umgänget mellan olika åldersgrupper är stort är potentialen för snabb spridning mycket större än i glesbefolkade

samhällen där samhällsstrukturen består av mindre familjeenheter. Utöver hög ålder ökar rökning, klar övervikt, dålig funktionsförmåga och vissa grundläggande sjukdomar som försämrar allmäntillståndet och immunförsvaret avsevärt risken för en allvarlig sjukdomsform och död. Antalet allvarliga fall ökar särskilt snabbt bland dem som fyllt 60 år.

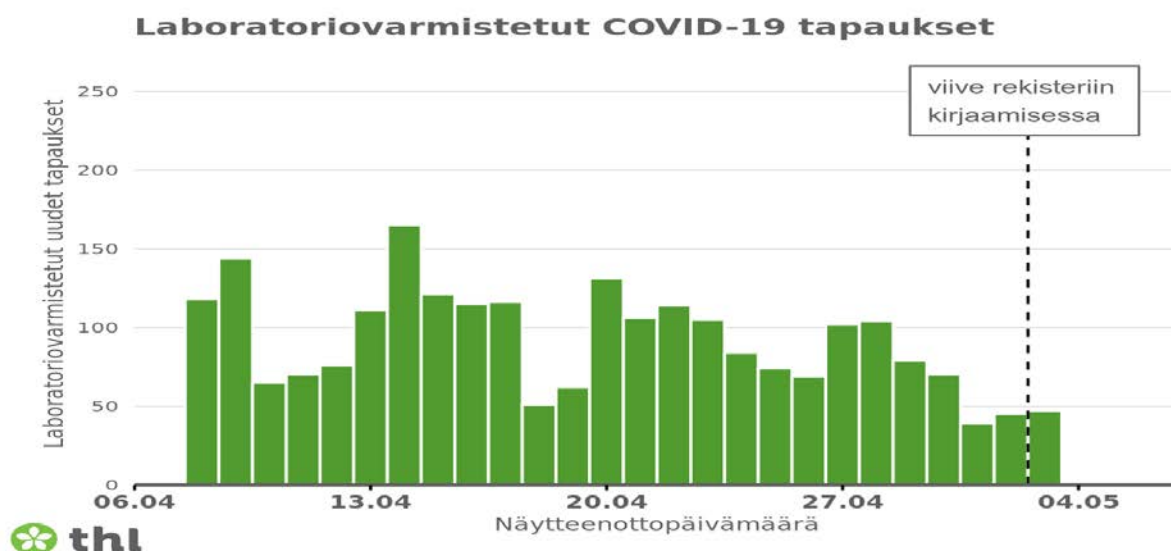
I Finland konstaterades det första fallet redan i slutet av januari hos en utländsk turist. Den egentliga epidemin började dock först i mars. I Finland hade det fram till den 4 maj 2020 konstaterats 5 327 bekräftade covid-19-fall (figur 1, uppgifterna till och med 28.4.2020, samt figur 2) (kumulativ incidens 96/100 000 invånare) och 240 dödsfall.

Det faktiska antalet smittade i Finland är sannolikt större än vad som uppgetts, eftersom personer med lindriga symtom eller inga symtom inte testats och det inte finns några uppgifter om antalet symtomfria personer. Målet är att i fortsättningen testa alla som misstänks vara smittade av coronaviruset.

Största delen av de konstaterade fallen av coronavirussmitta i Finland har varit lindriga. Den 4 maj 2020 fanns det i hela Finland totalt 197 covid-19-patienter intagna på sjukhus. Av dessa vårdades 153, det vill säga cirka 78 procent inom HUCS specialupptagningsområde. På motsvarande sätt var antalet patienter i intensivvård 49 i hela Finland och av dem vårdades 34, det vill säga cirka 69 procent, inom HUCS specialupptagningsområde. I de flesta av specialupptagningsområdena har antalet covid-19-patienter som får sjukhusvård ökat något. Antalet intensivvårdspatienter är oförändrat.



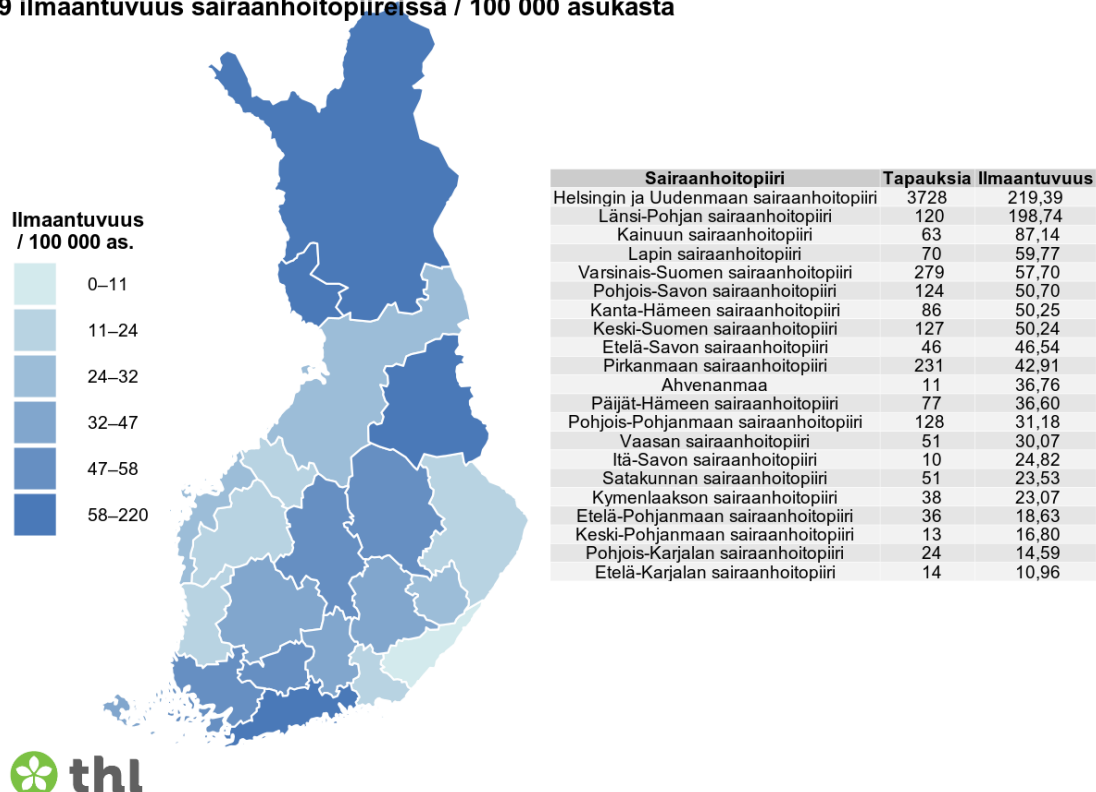
**Figur 1. Konstaterade covid-19-fall i Finland**



**Figur 2. Antal meddelade covid-19-fall per dag (THL, registret över smittsamma sjukdomar, 4.5.2020)**

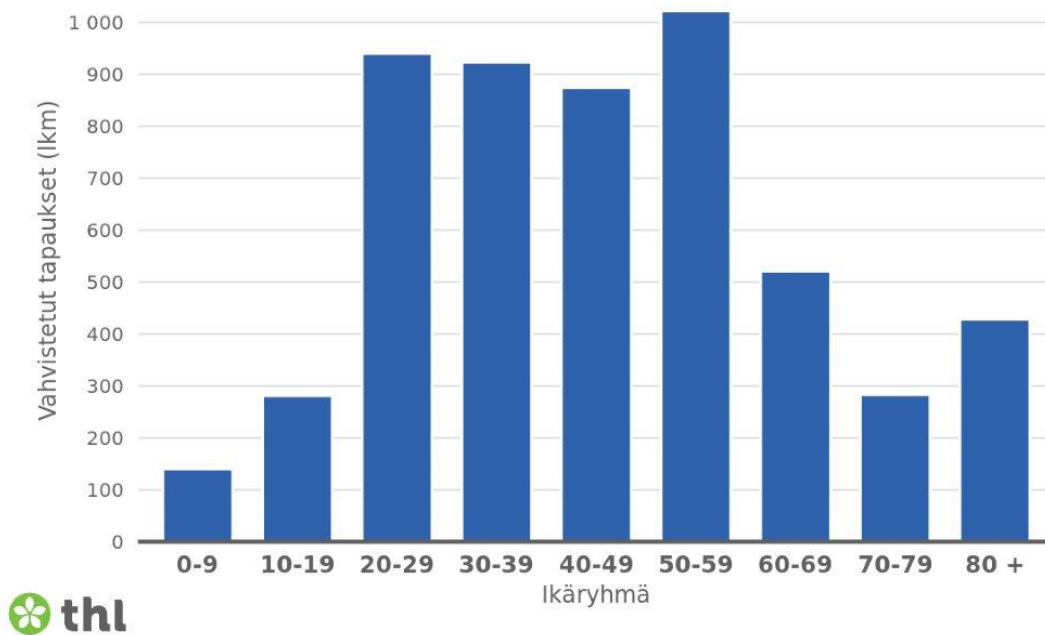
En stor del av covid-19-fallen har konstaterats inom det folkrika Helsingfors- och Nylands sjukvårdsdistrikt, men det finns fall inom varje sjukvårdsdistrikt och även på Åland. I flera landskap har den kumulativa incidensen närmast sig situationen i Nyland (figur 3).

**COVID-19 ilmaantuvuus sairaanhoitopiireissä / 100 000 asukasta**

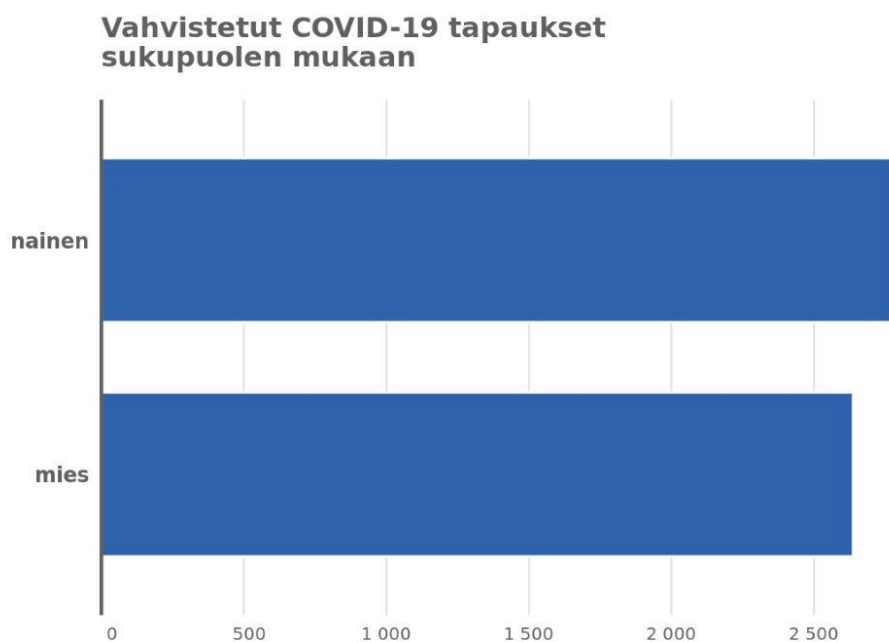


**Figur 3. Regional situation 27.4.2020**

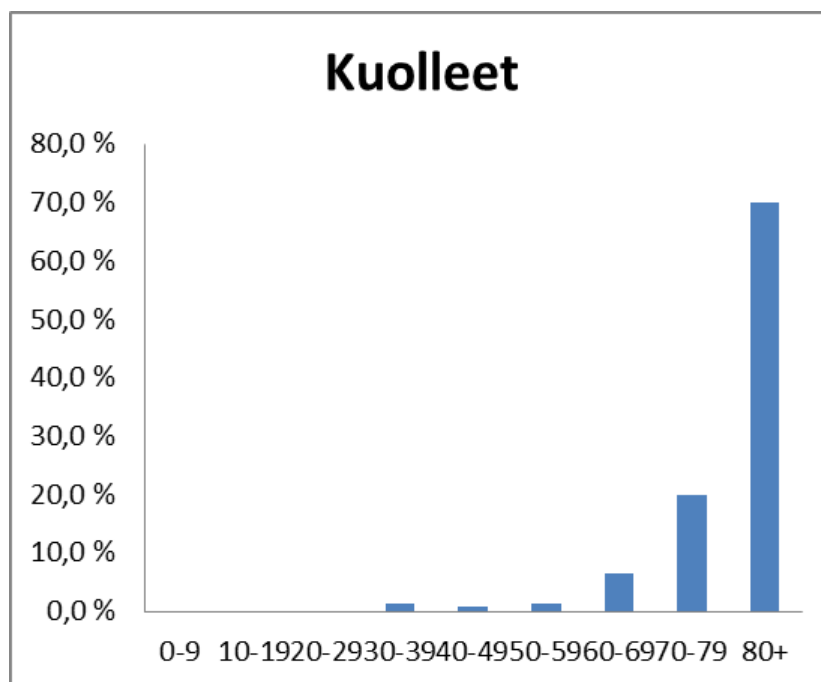
### COVID-19 -tapausten jakautuminen ikäryhmittäin



Figur 4. Åldersfördelning (4.5.2020)



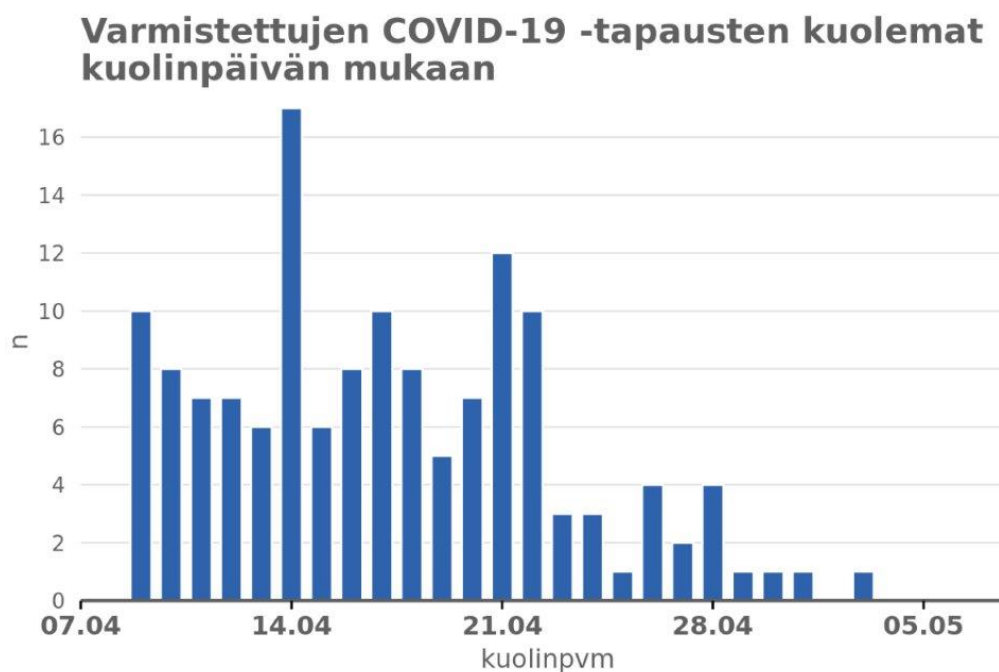
Figur 5. Covid-19-sjukdomens fördelning mellan könen (alla fall 4.5.2020)



Figur 6. Andelen avlidna per åldersgrupp (27.4.2020)

Antalet fall som konstateras dagligen har under nästan en månad hållit sig på en ganska jämn och relativt låg nivå. Detta tyder på en betydande fördröjning av epidemin.

I fråga om åldersfördelningen koncentreras fallen till personer i arbetsför ålder (figur 4). Dödligheten följer mycket exakt den internationella erfarenheten, enligt vilken den betydande letaliteten är koncentrerad till äldre och i synnerhet till multisjuka (figur 6; det handlar inte om letalitet per åldersgrupp utan om fördelningen av dödsfall mellan åldersgrupperna). Bland fallen finns det nästan lika många kvinnor och män (figur 5), men mäns andel av de avlidna är större. Sjukdomsförekomsten hos barn är liten, och deras symtom är mycket lindriga. Även om uppskattningarna av andelen lindriga fall är inexakta, är det sannolikt att andelen lindriga fall av alla covid-19-infektioner är betydande. I en situation av detta slag kan sällsyntare, allvarliga sjukdomsformer snabbt ackumuleras under en kort tid och leda till överbelastning inom hälso- och sjukvården.



**Figur 7. Dödsfall av bekräftad covid-19 indelade efter dödsdag.**

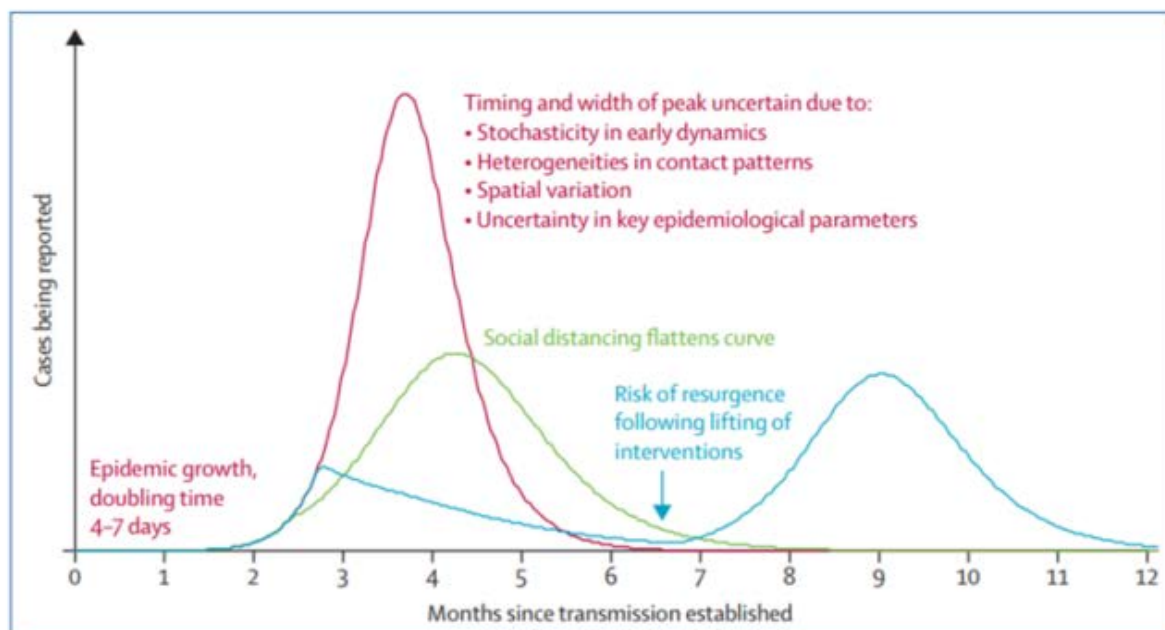
Den 15 mars 2020 utarbetade Institutet för hälsa och välfärd (THL) i samarbete med Åbo universitet för social- och hälsovårdsministeriet en modellering av den eventuella utvecklingen av epidemin hos befolkningen, av dess sjukfrekvens som kräver sjukhusvård och även av dess dödlighet. I modelleringen förutspåddes utifrån finländsk vårdpraxis och en kontaktmatris för olika åldersgrupper behovet av sjukhusvård och intensivvård.

Modelleringen visade att det finns risk för att epidemin i synnerhet överbelastar kapaciteten inom intensivvården under flera veckor. Detta hade vid samma tidpunkt uppenbarligen skett i Italien, och man ville undvika samma utveckling i Finland. Överbelastning inom hälso- och sjukvården kan leda till sådan överdödlighet som kan undvikas om överbelastningen inte inträffar. Därför beslutade regeringen den 16 mars 2020 att för att skydda befolkningens liv och hälsa införa omfattande samhällsliga restriktioner i syfte att minska de fysiska kontakterna mellan människor.

Genom åtgärderna strävade man efter att bromsa utvecklingen av epidemin så att hälso- och sjukvårdens kapacitet inte överbelastas (figur 8<sup>1</sup>). Syftet var att ändra epidemins förlopp så att man övergår från en röd kurva i figur 8 (okontrollerat epidemiförlopp, överbelastad hälso- och sjukvård) till en grön kurva (långsammare epidemi, tillräcklig hälso- och sjukvårdskapacitet). Den blå kurvan beskriver en situation där de fysiska kontakterna mellan människor minskar så mycket att epidemin nästan avstannar. I detta scenario är prognosen dock en snabb nystart av epidemin, om restriktionerna hävs.

<sup>1</sup>Roy Anderson, The Lancet, comment 6.3.2020



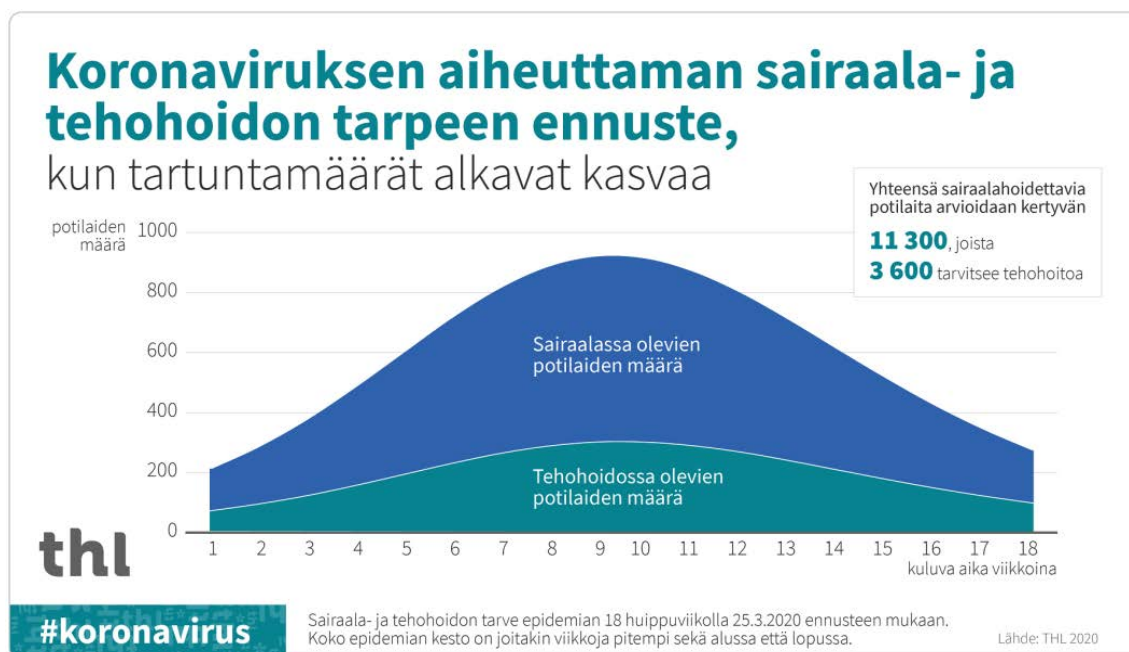


**Figure: Illustrative simulations of a transmission model of COVID-19**

A baseline simulation with case isolation only (red); a simulation with social distancing in place throughout the epidemic, flattening the curve (green), and a simulation with more effective social distancing in place for a limited period only, typically followed by a resurgent epidemic when social distancing is halted (blue). These are not quantitative predictions but robust qualitative illustrations for a range of model choices.

### Figur 8.

Enligt en ny prognos från Institutet för hälsa och välfärd och Åbo universitet, som gavs den 25 mars efter restriktionerna och i vilken åtgärderna beaktas, kommer cirka 11 300 personer att behöva sjukhusvård i Finland på grund av det nya coronaviruset. Av dem bedömdes 3 600 behöva intensivvård. Det maximala antalet intensivvårdsplatser uppskattades till cirka 300 (figur 7).



**Figur 9. Prognos av den 25 mars 2020 för förloppet av covid-19 epidemin – belastning av sjukhus och intensivvård.**

Under tiden före restriktionerna var epidemin i ett mycket snabbt spridningsskede där antalet fall nästan fördubblades varje dag. Efter det att begränsningarna blev införda stabiliserades antalet konstaterade fall per dag och har inte återgått till exponentiell ökning. Det antal fall som dagligen tas in på sjukhus och för intensivvård har utjämnats och följt den av Institutet för hälsa och välfärd och Åbo universitet tillsammans utarbetade och uppdaterade prognos för hur epidemin utvecklas under begränsningarnas giltighetstid och efter att kontakterna minskat. Epidemins spridning har sedan avstannat i hela landet på grund av restriktioner och hygienåtgärder. Reproduktionstalet är mindre än ett.

En nackdel med att epidemin avtar mycket kraftigt medan begränsningarna kvarstår är att den förlängs avsevärt och att det också uppstår stor risk för att epidemin till exempel på hösten börjar sprida sig betydligt. Genom begränsningarna har dock mycket tid vunnits, vilket gjort det möjligt att förbereda sig på ett större antal fall. Avvecklingen av begränsningarna bör ske stegvis och med noggrann uppföljning av effekterna på de epidemiologiska indikatorerna (känd prevalens, positiva resultat av test som påvisar virus och i fortsättningen även antikroppstester), så att man också kan reagera om epidemin blir för intensiv.

I Finland har coronavirusepidemins spridning avstannat tack vare restriktioner och klart förbättrade hygienrutiner. Även om epidemins framskridande för närvarande håller på att plana ut finns det fortfarande en risk för att den kan börja accelerera på nytt och nå en sådan nivå att hälso- och sjukvården överbelastas. Om hälso- och sjukvårdskapaciteten blir överbelastad, utsätts en del av befolkningen på grund av coronavirussmittan för en sådan risk för liv och hälsa som kunde undvikas om det inte var någon överbelastning.

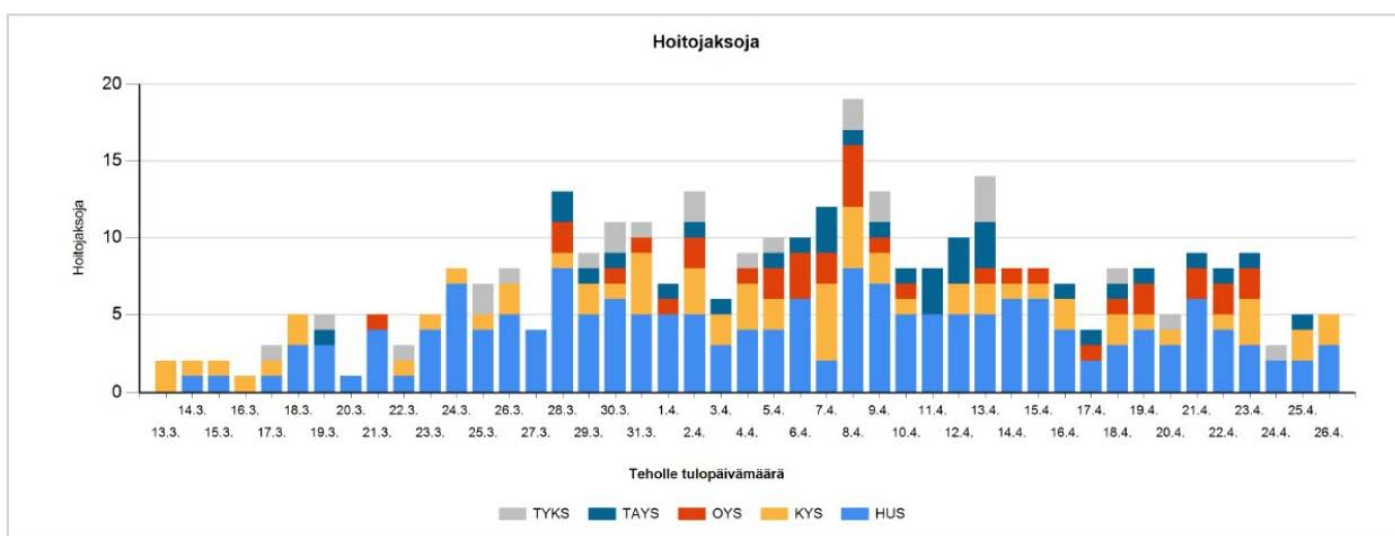
När restriktionerna gradvis avvecklas måste utvecklingen i fråga om antalet fall och belastningen på hälso- och sjukvården noggrant övervakas och bedömas. Det är nödvändigt att behålla möjligheten att återinföra restriktioner eller att besluta om nya åtgärder. Virusets cirkulerar fortfarande både i Finland och i stor utsträckning i resten av världen, och merpar-

ten av Finlands befolkning är fortfarande mottaglig för smitta. Därför finns det risk för att epidemin tar fart på nytt.

### *Utvecklingen av behovet av intensivvård*

En särskild utmaning för hälso- och sjukvården när det gäller covid-19-epidemin är andelen patienter som behöver intensivvård och krävande intensivvård bland dem som insjuknar allvarligt. I synnerhet inom den specialiserade sjukvården har man varit tvungen att koncentrera resurserna på vården av patienter med covid-19 och på annan brådskande vård. I fråga om intensivvården grundar sig informationen på de uppgifter som den nationella byrån för samordning av intensivvården (Kuopio universitetssjukhus) samlat in från sjukhusen samt på uppgifter från Suomen Tehohoitokonsortio, dvs. projektet för inbördes utvärdering av den finländska intensivvården (rapporteringen om inbördes utvärdering produceras av BM-ICU-tjänsten, TietoEvry).

På de finländska intensivvårdsavdelningarna hade det före den 26 april 2020 inletts sammanlagt 331 vårdperioder där patienten redan vid vårdperiodens början hade en bekräftad covid-19-infektion eller en misstänkt sådan. På både universitets- och centralsjukhusens intensivvårdsavdelningar har sådana vårdperioder förekommit. Av alla intensivvårdsperioder har hittills 53 procent varit inom HUS specialupptagningsområde. I figur 9 har vårdperioderna specificerats enligt begynnelsestidpunkten samt enligt specialupptagningsområde:



**Figur 10. Intensivvårdsperioder för de patienter som redan vid början av vårdperioden har haft en bekräftad covid-19-infektion eller en misstänkt sådan indelade efter vårdens begynnelsestidpunkt och specialupptagningsområde.**

Mest nya vårdperioder inleddes vecka 15 (6–12.4), då 19 nya vårdperioder inleddes den livligaste dagen (8.4). Därefter har trenden för nya vårdperioder per dag i huvudsak varit nedåtgående.

Den 26 april 2020 hade totalt 193 covid-19-infektioner bekräftats vid tidpunkten för intensivvård. I fråga om dessa var patienten i 101 fall (52 %) under 60 år och i 151 fall (78 %) under 70 år. Patienter i åldersgruppen 0–16 år har hittills inte behövt intensivvård på grund

av covid-19-infektion. I fråga om 136 (70 %) av vårdperioderna har patienten varit en man. I en del fall har samma patient på nytt hamnat på intensivvårdsavdelningen efter att redan ha flyttats tillbaka till en vårdavdelning, och i vissa fall har patienten överförs från en intensivvårdsavdelning till en annan. Det finns därför något fler vårdperioder än enskilda patienter. Enligt den uppdaterade redovisningen från den 27 april 2020 hade antalet patienter med bekräftad covid-19-infektion, som behövt intensivvård, fram till dess varit 169.

Fram till den 26 april 2020 hade 125 intensivvårdsperioder där patienten hade haft bekräftad covid-19-infektion avslutats. Totalt 12 patienter i intensivvård har avlidit (10 % av vårdperioderna). Av de intensivvårdsperioder där personen är över 70 år har 29 procent upphört till följd av att patienten har avlidit. Den genomsnittliga längden på avslutade vårdperioder har varit 8,6 dygn. Det finns skäl att komma ihåg att en del av de mycket långa perioderna av intensivvård fortfarande pågår, så vi vet inte ännu hela patientpopulationens dödlighet eller genomsnittliga vårdtid.

Antalet covid-19-patienter som behövde intensivvård började öka kraftigt på HUS sjukhus den sista veckan i mars. Under de tre första veckorna i april har det på HUS intensivvårdningar kontinuerligt funnits mer än 40 patienter samtidigt, men antalet samtidiga intensivvårdspatienter har hittills inte varit fler än 50, och under den senaste veckan har antalet varit något under 40. Den utökade intensivvårdskapaciteten har räckt till för att vårda dessa patienter.

I de övriga delarna av landet har patientvolymerna varit måttliga, och det har inte förekommit några problem i fråga om tillgången på intensivvård. Sammantaget kan det konstateras att åtgärderna för att begränsa spridningen av epidemin har varit effektiva och att det hittills inte har uppstått något sådant enormt behov av intensivvård som man befarade.

### *Prognoser för hur epidemin framskrider*

Epidemins spridning håller på och avstanna i hela landet på grund av restriktioner och hygienåtgärder. Det så kallade reproduktionstalet ( $R_0$ ) har minskat från uppskattningarna 2,4 i början av epidemin till 1,6 och därefter till under 1. Smittspridningen är sålunda långsam på befolkningsnivå, men risken för lokala sjukdomshårdar och därigenom för att epidemin blossar upp på nytt är dock fortfarande och på grund av denna orsak stor.

Merparten av befolkningen har inte smittats av viruset och är fortfarande utsatt för sjukdomen och även dess allvarliga följder. Epidemitoppen har ännu inte nåtts på riksnivå eller ens i Nyland, som i fråga om epidemins tidsmässiga utveckling är några veckor före de övriga landskapen. Situationen är sålunda fortfarande mycket riskfylld när det gäller hanteringen av epidemin och tryggandet av sjukhusvårdens kapacitet.

Regionala smittkedjor eller en större spridning i samhället har förekommit på olika håll i Finland. Det har inte varit möjligt att förutse förekomsten av dessa epidemihårdar i förväg. Ett betydande antal nya sjukdomsfall kan också fortsättningsvis uppstå inom kort tid i vilken kommun som helst i Finland. En sådan lokal epidemi kan omfatta tiotals eller hundratals nya fall inom några dagar. Till exempel i Lappland fanns det den 30 mars 2020 sammanlagt sex sjukdomsfall, medan antalet nya fall var 36 följande vecka och nästföljande 55.

Den epidemihämmande effekten uppstår som en boostereffekt av flera olika åtgärder i kombination. Epidemins varaktighet kan inte exakt uppskattas. Prognosen är mycket beroende av parametrarna för sjukdomens spridningsförmåga, andelen patienter med få symptom och restriktionernas effektivitet. Det är också möjligt att epidemin i och med restriktionerna kommer att komma i flera olika vågor under de närmaste åren.

I väldigt många länder startade epidemin obemärkt, eftersom symtomen hos de flesta infekterade är så lindriga att de inte kan särskiljas från vanlig förkylning. Eftersom pandemin är global, är risken för en ny upptrappning av epidemin verklig. Det är sannolikt att vi får vänta i flera år på ett vaccin, och det finns inga garantier för att utvecklingen av ett vaccin lyckas. Genom epidemiologisk forskning av infektionssjukdomar har det framgått att det är mycket svårt att bekämpa epidemier orsakade av infektioner av detta slag om det inte finns ett effektivt och tillgängligt vaccin. Detta bevisas av att covid-19-epidemin spred sig över hela världen på mindre än fyra månader.

När det gäller covid-19-epidemin går det inte att exakt förutspå hur pandemin kommer att utvecklas under våren, sommaren och början av hösten eller under den påföljande vintersäsongen och de kommande åren. Om epidemin liksom andra coronavirus följer säsongsvariationen, kan spridningen av den minska under sommaren och åter öka i något skede i slutet av hösten eller början av vintern.

#### *Bedömning av fortsatt utövning av befogenheter enligt beredskapslagen*

En utjämning av epidemins spridning ger möjlighet till att delvis och gradvis avveckla begränsningarna. Trots att spridningen av epidemin minskar, finns det fortfarande risk för en ny upptrappning av epidemin till en sådan nivå som skulle innebära en överbelastning av hälso- och sjukvården. Risken för en ny upptrappning av epidemin är hög och hotet är omedelbart och kan uppkomma snabbt. Sjukdomshärdar där smittkedjor inte kan spåras i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar kan uppkomma snabbt. Om hälso- och sjukvårdskapaciteten blir överbelastad, utsätts en del av befolkningen på grund av coronavirussmittan för en sådan risk för liv och hälsa som kunde undvikas om det inte var någon överbelastning.

När restriktionerna gradvis avvecklas måste utvecklingen i fråga om antalet fall och belastningen på hälso- och sjukvården noggrant övervakas och bedömas. Det är nödvändigt att behålla möjligheten att återinföra restriktioner eller att besluta om nya åtgärder för att kunna reagera om epidemin på nytt börjar spridas. Virusets cirkulerar fortfarande både i Finland och i stor utsträckning i resten av världen, och merparten av Finlands befolkning är fortfarande mottaglig för smitta. Därför finns det risk för att epidemin tar fart på nytt.

För närvarande är bedömningen att antalet smittfall sannolikt inte kommer att nå sin topp under de nuvarande befogenheternas och restriktionernas giltighetstid fram till och med den 13 maj 2020.

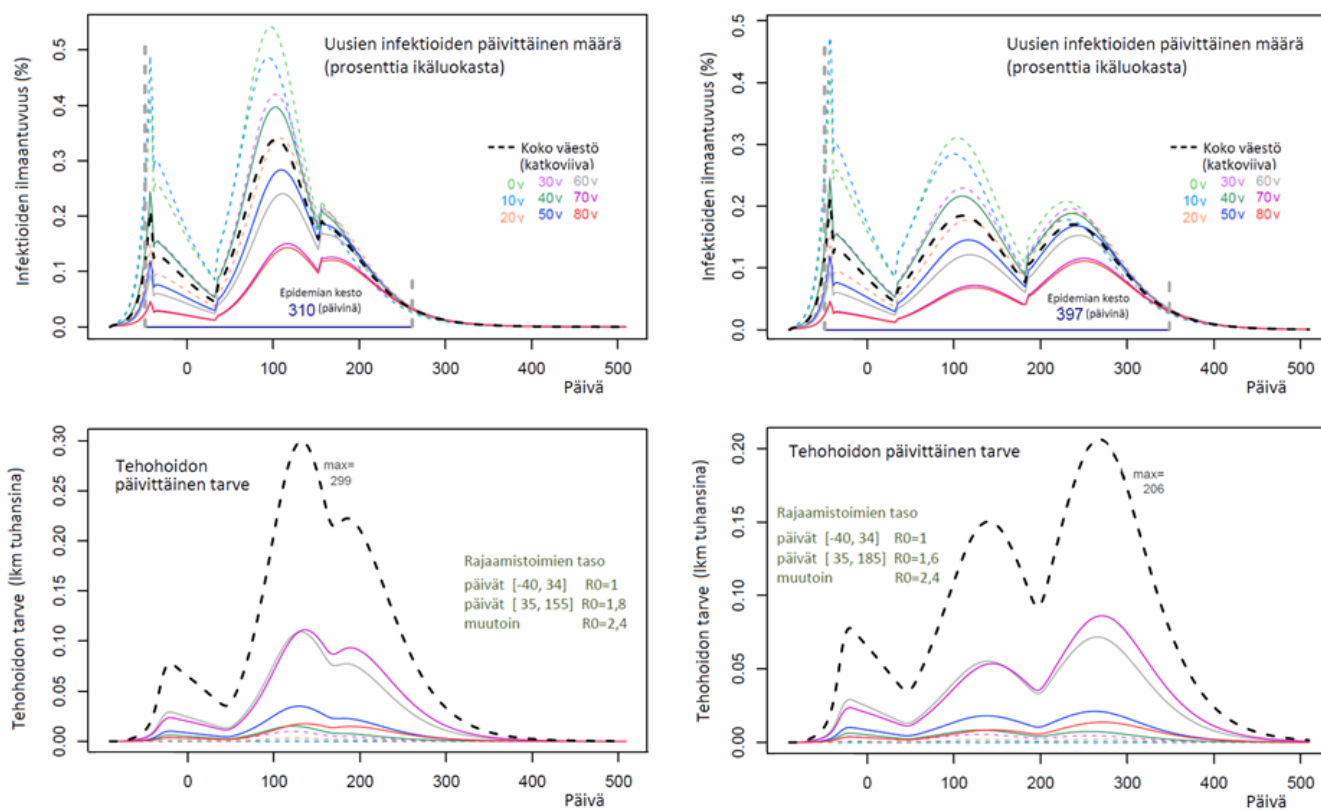
Prognosen för hur epidemin framskrider beror i väsentlig grad på hur mycket de sociala kontakterna mellan människor ökar till följd av den gradvisa och stegvisa avvecklingen av restriktioner. De epidemiologiska scenarierna baserar sig på antaganden om hur mycket avvecklingen av begränsningarna kan antas påverka reproduktionstalet för viruset jämfört med den grundläggande nivån under de följande 4–5 månaderna. Nedan presenteras de al-

ternativa scenarier för olika epidemiförlopp som utarbetats av THL:s grupp för coronavirusmodellering.

Om alla begränsningar avvecklas i mitten av maj eller i månadsskiftet maj-juni, börjar en kraftig smittvåg när restriktionerna upphör. Enligt prognosen blir det 5 100 perioder av intensivvård och det maximala behovet av intensivvård (957 platser) kommer att överskrida den tillgängliga kapaciteten för tung intensivvård.

Om å andra sidan de nuvarande restriktionerna gradvis avvecklas så att reproduktionstalet är något över ett ( $R_0 = 1,2$ ), kan epidemin avstanna inom cirka ett år. I det fallet antas det dock att begränsningarna kommer att gälla åtminstone under hela denna period. Om smittsamheten stiger från nivån i fråga, är en ny stark smittvåg mycket sannolik, eftersom befolkningens motståndskraft inte räcker till för att förhindra den.

Syftet med de två följande scenarierna (figur 9) är att åskådliggöra den förmodade epidemins förlopp, om effekterna på reproduktionstalet av att begränsningarna avvecklas är klart större från och med mitten av maj än vad som anges ovan. Liksom i de tidigare scenarierna antas det att reproduktionstalet ( $R_0 = 1,0$ ) har varit 40 procent av den grundläggande nivån ( $R_0 = 2,4$ ) under de första 2,5 månaderna av epidemin. I scenarierna antas det att avvecklingen av begränsningarna med en gång leder till ett reproduktionstal som är antingen en fjärdedel ( $R_0 = 1,8$ ) eller en tredjedel ( $R_0 = 1,6$ ) mindre. Restriktionerna måste fortsätta fyra månader (när  $R_0 = 1,8$ ) eller fem månader (när  $R_0 = 1,6$ ) för att det maximala behovet av intensivvård ska hållas under den högsta nivån på 300 enligt modelleringen av den 25 mars 2020. Epidemin varar cirka ett år.





**Figur 11. Incidensen av infektioner (övre diagram) och behovet av intensivvårdsplatser per dag (nedre diagram), om restriktionerna avvecklas i slutet av maj till nivå  $R_0 = 1,8$  (diagrammen till vänster) för en period på fyra månader eller till nivå  $R_0 = 1,6$  (diagrammen till höger) för en period på fem månader. Efter dessa perioder antas reproduktionstalet återgå till sin naturliga nivå  $R_0 = 2,4$ . De maximala behoven av intensivvårdsplatser (topparna av den svarta streckade linjen i nedre diagrammet) är 299 ( $R_0 = 1,8$ ) och 206 ( $R_0 = 1,6$ ).**

Vid tolkningen av resultaten bör det noteras att det är svårt att på förhand fastställa vilken inverkan en enskild begränsning har på förändringen i reproduktionstalet. Om en gradvis avveckling av begränsningarna leder till en kraftigare ökning av smittspridningseffekterna än väntat eller om rekommenderade skyddsåtgärder inte följs, kan det innebära att epidemin plötsligt trappas upp betydligt kraftigare än väntat. Även en relativt liten skillnad i reproduktionstalet påverkar i betydande grad höjden på epidemiens toppnivåer och därmed belastningen på servicesystemet. Detta framhäver den stora betydelsen av en gradvis avveckling av de begränsningar som statsrådet beslutade om den 6 maj 2020, avbrytandet av smittkedjor, hygienåtgärderna, skyddet för riskgrupper och en mycket noggrann uppföljning av epidemin, så att servicesystemets kapacitet inte överskrids. Strävan ska vara att särskilt omsorgsfullt försöka skydda de mest sårbara befolkningsgrupperna, såsom personer över 70 år, mot covid-19-infektion.

Största delen av de scenarier som presenteras ovan har utarbetats genom en modell vars prevalensparametrar har bedömts utifrån epidemidata från andra länder än Finland. I fortsättningen är det också möjligt att göra prognoser med hjälp av den så kallade inlärande SEIR-modellen, där till exempel nivån på reproduktionstalet kan bedömas utifrån inhemska uppföljningsdata.

### 1.3. Lägesbild av belastningen på servicesystemet för social- och hälsovården

*Konsekvenserna av undantagsförhållandena och de vidtagna åtgärderna för social- och hälsovårdens funktionsförmåga*

*Lägesbilden av basservicen inom socialvården*

Social- och hälsovårdsministeriet har i samarbete med regionförvaltningsmyndigheterna under fyra veckors tid sammanställt en lägesbild av socialvården. I fortsättningen kommer också uppgifter om primärvården att fås in i lägesbilden. Det kom in svar på ett heltäckande sätt från kommunerna och samkommunerna inom områdena för samtliga regionförvaltningsverk. Responsen visar att kommunerna i regel har god förmåga att producera basservice. När det gäller den brådskande socialservicen och behandlingen utkomststödsärenden är situationen i kommunerna god, likaså i regel situationen i fråga om institutionservicen och boendeservicen.

Kommunenkäten visar att det finns svårigheter med att producera sådana tjänster som tillhandahålls i hemmet och i synnerhet andra öppenvårdstjänster, och behovet av sådana tjänster har ökat klart. 17 procent av respondenterna ansåg att situationen i kommunen beträffande produktionen av andra öppenvårdstjänster var nöjaktig. Behoven har ökat särskilt inom det ekonomiska stödet, hemvården och hemservicen, mentalvårdsarbetet och missbrukararbetet samt barnskyddet. I några regioner rapporterades det dock också att servicebehovet har minskat, vilket även kan tyda på att tröskeln för att söka sig till social-

service kan ha stigit. Arbetstagarna har varit oroade över sin egen eller sina närståendes hälsa. Detta har ökat andelen distansarbete och förändringar i arbetsuppgifterna.

Frånvaron från arbetet har eventuellt ökat, dels på grund av att personal varit i karantän, dels på grund av sjukfrånvaro. Också tillgången till befintliga vikarieresurser och platser inom köpta tjänster har försvagats. Därför har utmaningarna med att säkerställa tillräckliga resurser för klientarbete och serviceproduktion inom socialvården ökat, även om det ännu inte i nämnvärd grad skulle finnas fall av coronasmitta i regionen. 19 procent av de kommuner som svarade på enkäten belyste utmaningar vid rekryteringen av vikarier vid frånvaro och under sommarsemestrar. Av de kommuner som svarade på enkäten bedömde 73 procent att invånarnas ensamhet och känsla av otrygghet har ökat, att barn och unga i ökad utsträckning mår dåligt (49 procent), att mentala problem har ökat (47 procent), att användningen av berusningsmedel har ökat (32 procent) och att våldet i nära relationer och familjerelationer har ökat (26 procent).

*Konsekvenserna för servicesystemet av slopandet av tidsfristen för inledande av bedömning av servicebehovet enligt 36 § 2 mom. i socialvårdslagen.*

Den i 88 § i beredskapslagen angivna rätten att avstå från tidsfristen för inledande av bedömning av servicebehovet enligt socialvårdslagen (103/2014) gäller enligt den tillämpningsförfordning som utfärdats med stöd av bestämmelsen personer över 75 år samt personer som får vårdbidrag med högsta belopp enligt 9 § 3 mom. 3 punkten i lagen om handikappförmåner (570/2007).

Eftersom slopandet av tidsfristerna enligt socialvårdslagen endast gäller dessa två grupper, påverkar tillämpningen av bestämmelsen i kommunen i regel endast de verksamhetsenheter som ordnar tjänster för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Behovet av brådskande hjälp ska dock i enlighet med 36 § 1 mom. i socialvårdslagen alltid bedömas omedelbart för alla klienter. Dessutom ska i fråga om alla klienter fortfarande beaktas första meningen i 36 § 2 mom., enligt vilken bedömningen av behovet av hjälp alltid ska påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Slopandet av tidsfristen för inledande av bedömningen av servicebehovet har således ingen nämnvärd betydelse för tjänsterna för barnfamiljer eller för bedömningen av servicebehovet inom socialarbetet bland vuxna. Också bedömningen av hurdant servicebehov ett barn som behöver särskilt stöd har ska inledas senast den sjunde vardagen efter det att ärendet har inletts, och bedömningen ska bli klar senast tre månader från inledningen. Enligt uppgifter från kommunerna har brådskande bedömningar av servicebehovet och tillhörande tjänster hittills kunnat ordnas väl i hela landet. Också det faktum att Folkpensionsanstaltens handläggningstider har hållits på en bra nivå (mindre än 4 dygn vecka 17) har främjat kommunernas beredskap att svara på akuta behov av hjälp i det sociala arbetet bland vuxna.

Däremot finns det till följd av det ökade antalet klienter och det ökade stödbehovet utmaningar i kommunerna i synnerhet när det gäller att ordna icke-brådskande bedömningar av servicebehovet och icke-brådskande tjänster. Ett ökat behov rapporterades i fråga om tjänster för barnfamiljer (rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor, hemservice, barnskydd), tjänster för de äldre samt allmän handledning och rådgivning, mathjälp och tillfällig inkvartering. I fråga om tjänsterna för äldre har man i någon mån använt sig av möjligheten enligt beredskapslagen att skjuta upp bedömningen av det icke-brådskande servicebehovet, och det bedöms finnas behov av detta även i fortsättningen.

*Användningen av primärvårdstjänsterna och tjänsterna inom den specialiserade sjukvården under normala förhållanden*



Tjänster som tillhandahålls av hälsovårdscentralerna inom den kommunala primärvården används årligen av mer än 2/3 av dem som bor i Finland. Det har dock funnits brister och regionala variationer i tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården. I Finland är andelen personer som anmält otillfredsställda behov av medicinsk vård (4 procent) större än i EU i genomsnitt och i de flesta andra nordiska länder. Orsakerna är ekonomiska eller geografiska eller också gäller de väntetiderna. Den sistnämnda är den överlägset vanligaste orsaken. År 2019 var väntetiderna till icke-brådskande vård på sjukvårdsdistriktens sjukhus i genomsnitt cirka 1–2 månader, men cirka 2 800 personer hade väntat över ett halvt år på att få icke-brådskande specialiserad sjukvård. Om den icke-brådskande vården fördröjs avsevärt under covid-19-pandemin, kommer detta att öka vårdskulden och värdköerna ytterligare.

#### *Användningen av och belastningen på primärvårdstjänsterna under undantagsförhållandena*

Inom primärvården har både antalet icke-brådskande mottagningsbesök och antalet brådskande mottagningsbesök minskat under pandemin. I många regioner försökte man i inledningsskedet hålla mottagningsverksamheten normal, men mottagningsbesöken inom den öppna sjukvården började dock klart minska fr.o.m. den 9 mars 2020. Kommunerna överförde delvis proaktivt resurser till den brådskande vården. Serviceutbudet minskades, men klienterna och patienterna började också på eget initiativ undvika att komma till mottagning. Samtidigt ökade andelen distansbesök i realtid, men de ersatte dock inte helt de uteblivna besöken inom den öppna sjukvården. Användningen av digitala bedömningar av symtom (Omaolo) har likaså ökat.

Eftersom det konstaterades att verksamheten i kommunerna delvis minskades i ett alltför tidigt skede, gav social- och hälsovårdsministeriet en anvisning om hur undantagsförhållandena till följd av covid-19-pandemin ska beaktas i verksamheten inom social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå (20.3.2020, uppdaterad 16.4.2020). I anvisningen betonas det att alla tjänster på basnivå, inklusive icke-brådskande vård, ska tillhandahållas också under pandemin.

På riksomfattande nivå minskade den icke-brådskande vården inom primärvården med i genomsnitt en femtedel (cirka 19 procent) mellan den 23 mars och den 19 april 2020. Ställvis minskade den icke-brådskande vården på hälsostationerna i avsevärd grad, med upp till flera tiotals procent. Oklarheten om vad som vore rätt tidpunkt att begränsa den normala mottagningsverksamheten kan också ha synats som s.k. tomgång i tjänsterna. Vid avgränsningen av besöken förlitade man sig på eventuella anvisningar om att undvika fysiska kontakter. På grund av smittrisen ville man inte ha patienter i väntutrymmena på hälsostationerna, och patienter med andningssymptom hänvisades direkt till sjukhus eller till särskilda coronahälsostationer som inrättats vid vissa hälsovårdscentraler.

I alla besökssiffror för icke-brådskande vård var den regionala variationen stor. De största nedgången i antalet besök märktes i sjukvårdsdistrikten Päijänne-Tavastland (-62%), Norra Savolax (-58%) och Mellersta Finland (-45%). Den minsta nedgången i antalet besök märktes i sydvästra Lappland (-3%) och på Åland (-10%), som är små områden om man ser till det totala antalet besök. Bland de stora sjukvårdsdistrikten var minskningen i antalet besök i Birkaland 15 procent, i Egentliga Finland 31 procent, i Södra Österbotten 15 procent och i Norra Österbotten 26 procent. Inom landets största sjukvårdsdistrikt, dvs. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HUS), minskade antalet icke-brådskande besök med cirka 14

procent (under veckorna 14–16).<sup>2</sup> Beträktat enligt yrkesgrupp minskade i hela landet under veckorna 13–16 allra mest antalet besök på icke-brådskande läkarmottagning (22 procent), medan motsvarande siffra för sjukskötare och hälsovårdare liksom också för terapeuter var 18 procent.

Inom den icke-brådskande vården har det inte uppstått några köer, vilket torde bero på minskad efterfrågan. Det är emellertid oroväckande om patienterna inte identifierar allvarliga symtom hos sig själva eller om de gör en felaktig bedömning av hur allvarliga symtomen är. Vissa långtidssjukdomar, exempelvis högt blodtryck, kan vara rätt symtomfria trots att sjukdomen framskrider och orsakar skador i kroppen. Om uppföljningsbesök skjuts alltför långt framåt kan det således öka hälsoriskerna. Symtomen på akut hjärtinfarkt kan vara sådana att patienten inte identifierar den underliggande orsaken till symtomen, och även exempelvis störningar i blodflödet i hjärnan kräver snabb bedömning för att behandlingen ska vara optimal. Om patienterna på grund av rädsla för infektionssjukdom undviker att söka vård, kan det medföra betydande olägenheter för hälsan och försvåra behandlingen av sjukdomen.

Hos vissa långtidssjuka och personer som anlitar mycket service kommer därför servicebehovet att vara stort under det kommande halvåret. Hälsokontroller av barn och unga måste i vilket fall som helst i framtiden genomföras, och i kombination med de köer som uppstår inom den icke-brådskande sjukvården kommer de att tära på resurserna långt in i framtiden. I en utdragen situation är det viktigt att sörja för tillgången till rehabilitering och terapi, exempelvis fysioterapi, för att undvika att människorna får nedsatt funktionsförmåga. Därför är det viktigt att också framöver informera befolkningen om att man inom hälso- och sjukvården ständigt sköter också andra akuta problem än sådana som har samband med coronavirusutbrottet.

#### *Användningen av och belastningen på tjänsterna inom den specialiserade sjukvården under undantagsförhållandena*

De nyaste och bästa tillgängliga modelleringarna visar fortfarande när de tillämpas på Finlands förhållanden och vårdpraxis att epidemin utgör en exceptionell belastning på den specialiserade sjukvården, i synnerhet på den tunga intensivvården. En särskild utmaning för hälso- och sjukvården när det gäller covid-19-epidemin är andelen patienter som behöver intensivvård och krävande intensivvård bland dem som insjuknar allvarligt. Tiden i intensivvård vid svår covid-19-infektion är i typiska fall klart längre än för andra patientgrupper. Hos cirka 80 procent av patienterna varar intensivvårdsperioden 10–14 dagar. I synnerhet inom den specialiserade sjukvården har man varit tvungen att koncentrera resurserna på vården av patienter med covid-19 och på annan brådskande vård.

Även om antalet covid-19-patienter i sjukhusvård och intensivvård i detta skede fortfarande är ganska måttligt, har man på sjukhusen behövt ändra verksamheten också proaktivt för att vid behov snabbt kunna utöka antalet intensivvårdsplatser. Detta har förutsatt att man minskar den icke-brådskande operationsverksamheten och att de lokaler som används för den verksamheten ändras så att de kan användas för intensivvård och intensivövervakning, eftersom covid-19-patienter som får intensivvård måste vårdas separat från andra intensivvårdspatienter. Den tunga intensivvården binder mycket vårdpersonal och arbetet kräver specialkompetens. Vid sjukhusen har vårdpersonalen fått introduktion till arbete inom intensivvården, och också detta har tagit bort resurser från den icke-brådskande vården.

---

<sup>2</sup> I HUS är statistikföringen av veckorna 11–13 bristfällig av systemtekniska skäl.

Eftersom vården av patienterna är krävande och man behöver använda skyddsdräkt ökar behovet av personal väsentlig jämfört med den normala, tunga intensivvården på så sätt att behovet uppskattas vara åtminstone 1,5 gånger den normala bemanningen. Dessutom minskar karantäner och isoleringar av dem som hör till personalen den mängd personal som står till förfogande. Merparten av de covid-19-patienter som behöver sjukhusvård finns inom området för Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, där det inte har varit möjligt att utbilda personalen på förhand, utan introduktionen till arbetet inom intensivvården har skett vid sidan av det egna arbetet.

Sedan början av pandemin har social- och hälsovårdsministeriet samlat en lägesbild av den specialiserade sjukvården, inklusive intensivvårdskapaciteten. På basis av de uppgifter som samlats in från sjukhusen konstaterades det den 15 april 2020 att det vid HUS sjukhus finns 82 intensivvårdsplatser och vid sjukhus utanför HUS 170–180 intensivvårdsplatser för patienter med covid-19. Sjukhusen hade således redan på mindre än en månad nästan fördubblat intensivvårdsplatserna enligt social- och hälsovårdsministeriets anvisningar.

Den snabba utökningen av intensivvårdskapaciteten har förutsatt en kraftig minskning av den icke-brådskande, dvs. elektiva operationsverksamheten. Figur 12 (Veckotrend för operationsverksamheten vid konsortiet) visar att den elektiva operationsverksamheten vid de finländska sjukhusen i mitten av april var lika låg som vad den normalt är under sommarsemesterperioden i juli (källa: Verksamheten för kollegial utvärdering vid konsortiet för operationsverksamhet, rapporten producerad av TietoEvry):



### Konsortion leikkaustoiminnan viikkotrendi (viimeiset 60 viikkoa)

Veckotrend för operationsverksamheten vid konsortiet (de senaste 60 veckorna)

### Leikkaussaleissa tehdyt toimenpiteet

Ingrepp som gjorts i operationssalar

### Lukumäärä

Antal

Viikot

Veckor

Elektiivinen

Elektiva ingrepp

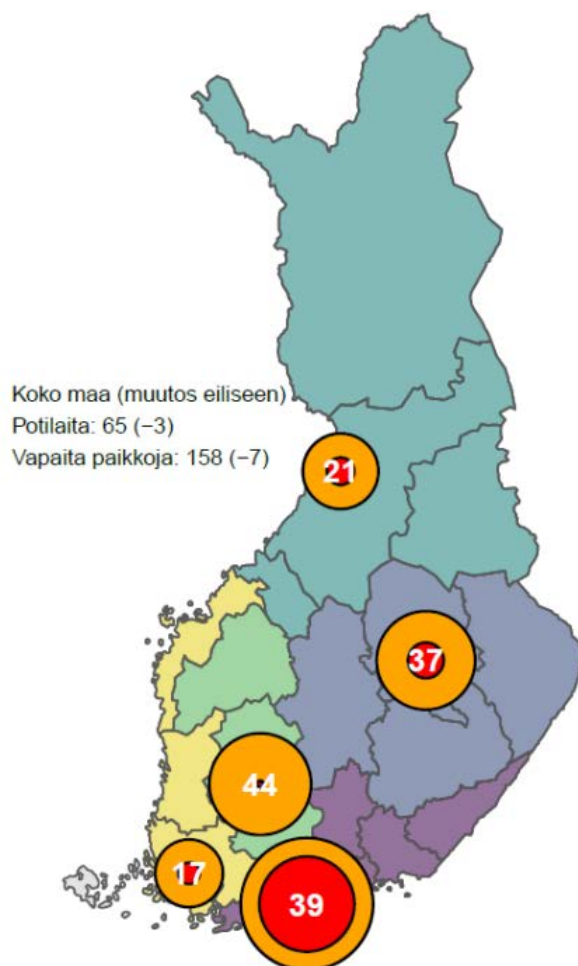
Päivystys

Jouringrepp

Antalet covid-19-patienter som behövde intensivvård började öka kraftigt på HUS sjukhus den sista veckan i mars. Under de tre första veckorna i april har det på HUS intensivavdelningar kontinuerligt funnits mer än 40 patienter samtidigt, men antalet samtidiga intensivvårdspatienter har hittills inte varit fler än 50, och under den senaste veckan har antalet varit något under 40. Den utökade intensivvårdskapaciteten har räckt till för att vårda dessa patienter.

I de övriga delarna av landet har patientvolymerna varit måttliga, och det har inte förekommit några problem i fråga om tillgången på intensivvård. Sammantaget kan det konstateras att åtgärderna för att begränsa spridningen av epidemin har varit effektiva, och att det inte har uppstått något sådant enormt behov av intensivvård som man befarade.

I hela landet har man sett en sjunkande trend bland antalet patienter under de senaste dagarna, och för närvarande finns det fler intensivvårdsplatser som lämpar sig för vård av covid-19-patienter till förfogande än vad som har behövts för behandlingen av sjukdomen. Figur 13 visar hur covid-19-kohorterna belastade intensivvårdsavdelningarna (antalet bekräftade och misstänkta fall) i förhållande till den tillgängliga kapaciteten enligt specialupptagningsområde den 27 april 2020. I siffrorna ingår kapaciteten och mängden patienter vid såväl universitetssjukhusens som centralsjukhusens intensivvårdsavdelningar. Cirkelns storlek beskriver den maximala intensivvårdskapacitet som står till förfogande för covid-19-patienter, den röda bollen inuti cirkeln antalet patienter som vårdades den 27 april 2020 och det vita siffertalet antalet lediga platser inom hela specialupptagningsområdet.



Kartta-aineisto: Tilastokeskus (<https://www.stat.fi/org/avoindata/paikkatietoaineistot.html>)

**Figur 13. Belastningen på intensivvårdsavdelningarna av covid-19-kohorterna**

Hela landet (förändring jämfört med gårdagen)

Patienter:

Lediga platser:

Kartmaterial: Statistikcentralen ([https://stat.fi/org/avoindata/paikkatietoaineistot\\_sv.html](https://stat.fi/org/avoindata/paikkatietoaineistot_sv.html))

Man planerar att minska kapaciteten alltmedan man noga följer situationen och har beredskap för en snabb kapacitetsökning. Den nationella samordningsgruppen för covid-19 sände den 23 april 2020 ett meddelande till intensivvårdsavdelningarna med följande anvisningar:

”Utifrån de uppgifter som vi dagligen samlar in från sjukhusen är det uppenbart att covid-19-epidemin för närvarande framskrider långsamt, och att det inte för hela landets del förväntas någon snabb ökning av behovet av intensivvård i anslutning till covid-19 under de närmaste dagarna. Lokala utbrott av sjukdomen kan dock förekomma.

När restriktionerna eventuellt hävs, kan behovet av intensivvård åter öka, men de största effekterna kommer sannolikt att uppstå med en fördröjning på flera veckor. Vi

anser alltså att någon plötslig och kraftig ökning av intensivvårdsbehovet i samband med covid-19-epidemin under de allra närmaste veckorna inte är sannolik, och att det därför i syfte att trygga vården av andra patienter som behöver sjukhusvård är förnuftigt att minska antalet intensivvårdsplatser från den högsta nivå som det utökats till. Man bör noga följa hur situationen utvecklas, och beredskapen att reagera snabbt och vid behov höja intensivvårdskapaciteten ska bevaras.”

Mer information om intensivvårdskapaciteten, vårdperioderna samt ålders- och könsfördelningen finns bakom denna länk: [Länk](#) (28.4.2020) (Byrån för samordning av intensivvården).

Sjukvårdsdistrikten har berett sig på att vårda coronapatienter och ställt in icke-brådskande operationer, i synnerhet sådana där det efter ingreppet kan behövas intensifierad vård eller långvarig uppföljning på sjukhus. Inom konservativa specialiteter har förändringen inte varit lika stor som inom operativa specialiteter. Inom den specialiserade sjukvården har också jourbesöken minskat. Även inom den specialiserade sjukvården har klienterna och patienterna själva i någon mån avbokats sina mottagningstider. Detta kan betraktas som ett oroväckande fenomen, om och när dröjsmålet med att söka sig till vård väsentligt förvärrar prognosen för och behandlingen av en sjukdom. Att besök avbokas ökar också vårdköerna inom den specialiserade sjukvården i framtiden.

Uppgifterna om läget i fråga om den specialiserade sjukvården och utsikterna inom den icke-brådskande vården i fråga om varje specialupptagningsområde har fått den 24 april 2020 från chefsöverläkarna för de fem universitetssjukvårdsdistrikten. I samtliga rapporter konstateras det att den icke-brådskande vården utvecklats i början av pandemin när man har förberedde sig på att den brådskande vården kommer att öka, och resurser har styrts till att skapa beredskap för detta. Det finns regionala variationer beträffande vilka verksamheter man skurit ned. Också antalet distansmottagningar har ökat, närmast som ersättning för polikliniska mottagningar. För närvarande utökar man de icke-brådskande verksamheterna, alltmedan man följer med läget enligt vad som anges ovan.

När situationen för den icke-brådskande vården inom den specialiserade sjukvården i hela landet jämförs med motsvarande tidsperiod under en månad i mars–april 2019, kan man konstatera att antalet patienter i den icke-brådskande vården minskade med 18 procent. Antalet patienter och vårdperioder inom den icke-brådskande vården i slutet vård minskade med 37 procent, medan antalet patienter som besökte mottagningar inom öppenvården (”fysiska besök”) minskade med 42 procent och antalet besök med 47 procent. Det totala antalet patienter inom öppenvården minskade dock med 17 procent och antalet besök (inkl. distansbesök) minskade med 26 procent. Detta tyder också på att mottagningsbesöken inom öppenvården (”fysiska besök”) delvis har ersatts med distansbesök.

Minskningen av antalet patienter i slutet vård och i öppenvård gäller i synnerhet följande sjukdomskategorier: ögon- och öronsjukdomar, sjukdomar i blodcirkulationsorganen, mag- och tarmsjukdomar, muskuloskeletal sjukdomar samt urogenitala sjukdomar. I synnerhet i fråga om följande icke-brådskande operationer har antalet operationer minskat: höft- och knäledsplastik, endoskopi av muskel- och skelettsystemet och av matsmältningssystemet, urogenitala ingrepp, ballongvidgning av kranskärl, bråckoperationer, tonsillektomi och adenoidektomi, mindre ortopediska ingrepp samt vissa operationer av matsmältningsorganen.

*Personalen*

Man strävar efter att säkerställa en tillräcklig personal i synnerhet inom intensivvården och anesthesiologin under pandemin. Eftersom yrkesområdet kräver specialiseringsutbildning finns det få möjligheter att snabbt överföra personal från andra uppgifter.

För närvarande har man inte tillgång till statistiska uppgifter om hur mycket personal inom den specialiserade sjukvården som har överförts till andra uppgifter på fältet och om hur överföringarna har gjorts. När man minskat mängden icke-brådskande vård har arbetsinsatsen för dem som därigenom tillfälligt frigjorts styrts exempelvis till att ta laboratorieprover i hemmet (hos patienter som fyllt 70 år och andra patienter som hör till riskgrupperna), spåra smittade och ringa in laboratorieresultat till patienterna, stärka jourtelefonsverksamheten, stärka personalresurserna för hemsjukhusverksamheten samt till att hänvisa patienter som kommer till sjukhuset till ett så kallat rent område eller till ett infektionsområde.

Än så länge har man inte tillgång till exakta uppgifter om huruvida det finns tillräckligt med personal inom social- och hälsovården och primärvården. Social- och hälsovårdsministeriet börjar samla in information inom primärvården, och svaren kommer sannolikt att vara tillgängliga den vecka som inleds den 4 maj 2020. I en enkät på basnivå som sänds till kommunerna och samkommunerna frågas det om personalbrist i öppenvården inom primärvården, den slutna vården, den förebyggande hälso- och sjukvården, mentalvårds- och missbrukartjänsterna samt mun- och tandvården. Genom denna enkät kommer man också att få information om personalens belastning och om sjukfrånvaron.

Verksamheter inom primärvården från vilka personal har överförts till andra uppgifter är till exempel skolhälsovården och studerandehälsovården, mun- och tandvården och rehabiliteringsverksamheten. Eftersom det inte har behövts så mycket insatser inom akutvården som man förutspådde i början av pandemin, görs det fler icke-brådskande insatser. Det finns inga sammanställda uppgifter om behovet av vikarier eller om hur väl man lyckats med att rekrytera behövlig personal. Sannolikt varierar detta beroende på hur svår pandemin är på regional nivå och beroende på tillgången till personal.

Även inom socialvården har man i någon mån flyttat personal inom den sociala servicen och delvis också överfört personal från andra kommunala tjänster (småbarnspedagogik, bibliotek osv.) till socialvården. Det finns inga exakta uppgifter om överföringarna. I enkäten om lägesbilden inom socialvården uttrycktes det oro över hur personalen ska räcka till under karantäner och sjukfrånvaro samt under sommarsemestrarna. Vecka 18 lyfte 19 procent av respondenterna fram utmaningar i samband med rekrytering av vikarier.

### *Tjänsterna för barn, unga och familjer*

I flera kommuner började man överföra personal från de förebyggande tjänsterna för barn och familjer omedelbart efter det att undantagsförhållandena inletts, trots att behovet av akut vård med anledning av covid-19 då ännu var litet. Rådgivningsbyråtjänsterna begränsades till att endast tillhandahållas gravida och spädbarn. Vecka 15 var antalet besök hos rådgivningsbyråerna för mödravård 27 procent och antalet besök hos rådgivningsbyråerna för barnavård 45 procent mindre än vid motsvarande tidpunkt föregående år. Den samtidiga begränsningen av verksamheten vid förlossningssjukhusen har dock ökat behovet av stöd för föräldrar vid rådgivningsbyråerna. Minskningen av besöken hos rådgivningsbyråerna för barnavård återspeglas i en oroväckande minskning av vaccinationstäckningen för 1,5-åringar, då vaccinationstäckningen för den första dosen av MPR-vaccin (mässling, pås-sjuka och röda hund) har sjunkit med 7,8 procent i hela landet jämfört med året innan (i Nyland och i Österbotten med över 10 procent).

Antalet besök hos skol- och studerandehälsovården minskade när läroanstalterna stängdes. Vecka 15 var antalet besök hos skolhälsovården endast 21 procent och antalet besök hos studerandehälsovården 32 procent jämfört med antalet besök föregående år vid motsvarande tidpunkt. I de flesta kommuner sköts skol- och studerandehälsovårdstjänsterna av ett fåtal hälsovårdare som centraliserad service. Kuratorerna och psykologerna inom elevvården betjänar i regel eleverna vid sina egna läroanstalter på ett mer heltäckande sätt, men också här finns det stora regionala skillnader.

När den förebyggande verksamheten minskar blir de som är i en sårbar ställning och de som behöver särskilt stöd utan de lågtröskeltjänster och den hjälp utanför hemmet som de behöver. Ingripandet i och behandlingen av problem fördröjs, liksom också det stöd som behövs. När det gäller barn och unga finns det särskild oro för de barn och unga som lider av psykisk ohälsa eller som behandlas illa. I enkäten om lägesbilden inom socialvården vecka 18 lyfte 49 procent av de kommunala respondenterna fram att allt fler barn och unga mår dåligt. Ett ökat servicebehov rapporterades särskilt i fråga om rådgivningen i uppfostrings- och familjefrågor, hemservicen för barnfamiljer och barnskyddet.

Situationen när det gäller barnskyddet varierar i de olika kommunerna. Enligt lägesbilden inom socialvården vecka 18 uppgav 22 procent av de kommunala respondenterna att servicebehovet inom barnskyddet hade ökat betydligt. De ökade behoven inom barnskyddet märks ställvis också i form av ökade barnskyddsanmälningar (bl.a. i anslutning till problem med distansundervisning), medan det på annat håll har rapporterats att anmälningarna har minskat. Det ringa antalet barnskyddsanmälningar bedöms vara ett dåligt tecken, som varslar om ackumulerande problem eftersom barnens symptom inte fångas upp av utomstående. Behovet av barnskydd kommer sannolikt att öka om situationen pågår en längre tid, och också antalet brådskande placeringar bedöms öka.

När det gäller barnsjukdomar förverkligas tillgången till icke-brådskande vård i regel fortfarande bra, även om antalet besök har minskat. De minskade fysiska kontakterna skyddar barnen även mot andra smittsamma sjukdomar än coronainfektion, och servicebehovet inom såväl den öppna sjukvården på basnivå som den specialiserade sjukvården minskar till dessa delar. Undantaget är barn- och ungdomspsykiatri, där det redan före undantagsförhållandena har varit svårt att få icke-brådskande vård. Inte heller när det gäller sådana åtgärder inom mun- och tandvården för barn som kräver anestesi är det möjligt att iaktta de maximala väntetiderna till icke-brådskande vård, eftersom anestesiläkare och anestesivårdare behövs för vård av personer med svår coronainfektion.

De ökade köerna inom barnpsykiatri och ungdomspsykiatri kan också medföra ett ökat behov av barnskyddets vård utom hemmet. Det har dessutom redan nu varit svårt för barn som får vård utom hemmet att få tillgång till tjänster inom barn- och ungdomspsykiatri.

#### *Mentalvårds- och missbrukartjänsterna*

Det har redan tidigare förekommit brister i tillgången till psykvård inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Enligt Institutet för hälsa och välfärds statistikrapporter ökade remisserna inom olika psykiatriska områden med 29-42 procent från 2015 till 2018. Tillgången till vård försämrades år 2019 jämfört med tidigare år, och de maximala väntetiderna till vård överskreds, i synnerhet inom barnpsykiatri (nästan 23 procent). Tillgången till vård varierade beroende på sjukvårdsdistriktet.



Som helhet betraktat har verksamheten inom de psykiatriska specialiteterna förblivit ganska oförändrad jämfört med den situation som rådde före epidemin. De största förändringarna är att de gruppbaseade verksamhetsformerna har avbrutits och ersatts med individuella möten eller distanskontakter. Mellan 30 och 80 procent av mottagningarna har genomförts genom distanskontakt. Smittskyddsåtgärderna har minskat vissa utredningar, behandlingar och ställvis antalet platser i slutenvård. Vid vårdavdelningarna har man i viss mån prioriterat akut vård framför icke-brådskande utrednings- och vårdperioder. Minskningen av de tjänster som kommunerna erbjuder i hemmet och minskningen av tjänsterna inom tredje sektorn (t.ex. mötesplatser, gruppbasead verksamhet) har i någon mån ökat behovet av psykiatritjänster.

Tjänsterna inom missbrukarvården och missbrukarrehabiliteringen har inte körts ner, utan man har strävat efter att fortfarande tillhandahålla dem med låg tröskel fastän med förändrade verksamhetssätt, såsom distanskontakter. Förändringarna i verksamhetssätten kan dock ha medfört att patienter har fallit bort från service eller att det varit utmanande för patienterna att använda servicen. De förändringar i lokaler som genomförts som smittskyddsåtgärder (t.ex. i fråga om lokaler för rehabilitering dygnet runt och nödinkvartering) har i vissa fall minskat antalet vårdplatser, vilket eventuellt har höjt tröskeln för patienter att få icke-brådskande missbrukarrehabilitering. Man har försökt ersätta minskningen av de etablerade nödinkvarteringsplatserna genom ökad anskaffning av ny nödinkvarteringservice.

Bland tjänsterna med låg tröskel har hälsorådgivningen för narkotikamissbrukare och det utbyte av injektionsverktyg som är väsentligt med tanke på förebyggandet av blodsmitta fortsatt, även om man har minskat utbudet av andra tjänster som tillhandahålls i samband med dem (exempelvis hepatittestning och vaccination mot hepatit). En klar försämring kan ses i de tjänster som avser nödboende, dagcentraler och mathjälp och som tillhandahålls med låg tröskel. Till följd av detta har det allmänna tillståndet för dem som använder dessa tjänster försämrats, i synnerhet i huvudstadsregionen. Även om till exempel andelen förankrande och uppsökande arbete har utökats och mathjälpstjänsterna tillhandahålls på ett mer decentraliserat sätt, har det inte räckt till för att kompensera för det stöd som lågröskeltjänsterna ger. I den kommunenkät som gällde socialvården noterade 29 procent av kommunerna under vecka 18 en betydande ökning av servicebehovet i fråga om mentalvårdsarbetet och alkohol- och drogarbetet.

Vid omfattande kriser är det vanligt att traumarelaterade störningar, depression, missbruksrelaterade störningar och andra psykiska störningar ökar hos hela befolkningen, även bland social- och hälsovårdspersonalen. Behovet av mentalvårds- och missbrukartjänster kommer att öka så länge situationen pågår och också därefter. En ökning av vårdbehovet har redan observerats på regional nivå. Om servicesystemet inte kan svara på det ökade behovet, kommer konsekvenserna att synas under de kommande åren i form av en försämring av de insjuknade personernas studieförmåga och i förlängningen deras arbets- och funktionsförmåga. Detta försämrar ytterligare den enskilda individens utbildningsnivå och produktivitet i arbetslivet och ökar risken för arbetsoförmåga samt belastningen på familjen och de närstående.

### *Mun- och tandvården*

Vid tandvård inom mun- och tandvården finns det en ökad risk för smitta. Mottagningstider för icke-brådskande vård har därför avbokats och skjutits upp, både på klienternas och på tjänsteproducenternas initiativ. I synnerhet i fråga om kunder över 70 år och andra kunder

som hör till riskgrupperna för allvarlig covid-19 har icke-brådskande mottagningstider skjutits upp för att begränsa smitta och skydda patienter och personal. Orsakerna till detta har varit ett stort antal smittfall i området, lokal oro över skyddsutrustningens tillräcklighet och inom den offentliga sektorn överföring av personal till kritiska uppgifter inom social- och hälsovården, exempelvis överföring av närvårdare till hemvården. Personal inom mun- och tandvården har också överfört till andra uppgifter.

Enligt uppgifterna i vårdanmälningarna för öppenvården inom primärvården har mottagningsbesöken inom tandvården inom den offentliga sektorn minskat sedan vecka 12 till cirka en tredjedel jämfört med den normala situationen i början av 2020. Mottagningsbesöken har minskat inom alla sjukvårdsdistrikt. Antalet besök har dock från och med vecka 17 (den vecka som börjar den 20 april) börjat öka efter att sjunkit under fem veckor; från vecka 16 till vecka 17 är ökningen 25 procent. Besöken inom den privata sektorn har minskat så att antalet besök är uppskattningsvis mindre än hälften av det normala. Eftersom behandlingar fördröjs kan det förväntas att behovet av brådskande vård kommer att öka. Situationen har dock tills vidare inte återspeglats i den maximala väntetiden i vårdgarantin för mun- och tandvård, som är sex månader, eftersom en del patienter själva har avbokat sina mottagningstider.

Eftersom behandlingar fördröjs kan det förväntas att behovet av brådskande vård kommer att öka. När det ekonomiska läget försämras kan man dock förvänta sig att efterfrågan på offentliga mun- och tandvårdstjänster kommer att öka i förhållande till de privata tjänsterna. Infektionssjukdomar i munnen har på många sätt samband med andra somatiska sjukdomar. Därför finns det en risk för att dröjsmål med att få mun- och tandvård kommer att synas på längre sikt inte bara som ett ökat behov av mun- och tandvårdstjänster utan också som ett ökat behov av annan hälso- och sjukvård.

### *Rehabiliteringen*

Utifrån individuell prövning bör man se till att klienten får nödvändig rehabilitering också under undantagsförhållandena.

Enligt Institutet för hälsa och välfärds rehabiliteringsstatistik för primärvården har antalet klienter och besök inom rehabiliteringen minskat med cirka 20 procent från vecka 14 till 16, dvs. under tre veckor. Situationen varierar i hög grad, mellan 10 och 40 procent, beroende på regionen. Detta visar att icke-brådskande rehabilitering fortfarande tillhandahålls i vissa regioner och att restriktionerna tolkas på mycket olika sätt i olika delar av landet. När rehabiliteringen har minskat har klienterna och deras anhöriga varit oroade över att funktionsförmågan försämras, möjligheterna att bo hemma äventyras eller att klienten måste flyttas till slutenvård.

Om det blir ett stort uppehåll i den rehabilitering som kommunen eller Folkpensionsanstalten ordnar, försämras personens arbets- och funktionsförmåga eller åtminstone fördröjs rehabiliteringen. Detta kan leda till att personens behov av andra tjänster ökar. Mängden distansrehabilitering har ökat avsevärt, och andelen sådana tjänster utökas hela tiden. Det samma gäller också den medicinska rehabilitering som Folkpensionsanstalten ansvarar för. Folkpensionsanstaltens rehabiliteringar vid inrättning och grupprehabiliteringar har skjutits upp. Samtidigt har klienterna själva avbokat sina hjälpmedelsbesök och terapibesök.

I kommunerna har man i endast ringa utsträckning överfört personer som arbetar med rehabilitering inom hälso- och sjukvården till andra uppgifter. Några kommuner har permitterat sina rehabiliteringsarbetare.

Den minskade rehabiliteringen har påverkat de privata serviceproducenternas (olika slags terapeuter) arbete, en del av dem har stängt sina verksamhetsställen och flera rehabiliteringsinrättningar har stängt ner och permitterat sin personal.

När det gäller socialvården är det arbetsverksamheten i rehabiliteringssyfte som mest berörs av ändringarna i servicesystemet. På grund av smittriskan har man i betydlig utsträckning minskat gruppverksamheterna inom arbetsverksamheten. På basis av social- och hälsovårdsministeriets anvisningar har man delvis börjat starta upp verksamheterna så att man tillämpar alternativa verksamhetsmodeller, men tillgången till tjänsterna är fortfarande sämre än normalt på grund av de rådande förhållandena. I den kommunenkät som gällde socialvården förutspår respondenterna allmänt att de sociala problemen hos den vuxna befolkningen kommer att förvärras, och att servicen kommer att bli överbelastad när sjukdomsläget lättar.

Inom hjälpmedelstjänsterna har icke-brådskande tjänster skjutits upp, och en del kommuner har helt stängt mottagningen av hjälpmedel. Trots det tillhandahåller alla kommuner hjälpmedel för patienter som kommer hem från sjukhuset samt nödvändiga hjälpmedel för dem som bor hemma. De bedömningar av hjälpmedelsbehov som nu skjutits upp kommer att överbelasta hjälpmedelstjänsterna, och patienterna kommer att bli tvungna att vänta längre på individuella hjälpmedel. Hjälpmedelsunderhållet fungerar i begränsad utsträckning.

### *Läkemedelsförsörjningen*

Tillgången på läkemedel i Finland har hittills inte i till väsentliga delar försämrats på grund av covid-19-pandemin. För att säkerställa att läkemedlen räcker till och fördelas på lika villkor har social- och hälsovårdsministeriet emellertid behövt vidta styrningsåtgärder. På grund av pandemin har läkemedelsmarknaden förändrats. Störningar i tillgången på olika preparat väntas öka under det kommande året. Läkemedel kommer således inte att kunna fås genom normala upphandlingsförfaranden. Man har redan kunnat observera att det råder global brist på bland annat sådana preparat som används inom intensivvården. Behövliga åtgärder har vidtagits för att trygga försörjningsberedskapen.

### *Sammanfattning*

Avsikten är att alla som bor i Finland ska garanteras tillräcklig och ändamålsenlig vård, omsorg och service. Covid-19-pandemin kräver en sådan beredskap som tar resurser från den övriga hälso- och sjukvården och socialvården. Tills vidare märks det inga ytterligare fördröjningar i tillgången till icke-brådskande vård inom de olika hälso- och sjukvårdssektorerna, trots att verksamheter har trappats ned på förhand och personal har överfört från icke-brådskande vård till andra uppgifter. Efterfrågan har minskat på grund av att patienterna själva har avbokat eller skjutit upp sina besök. Inom socialvården kan man redan se ett ökat behov av tjänster. Med hjälp av distanskontakter har man delvis kunnat ersätta fysiska mottagningar. Därför har man på många håll redan börjat öka mängden icke-brådskande vård, och patienterna uppmanas att söka sig till vård. Trots det rådande läget kommer beredskapen inför covid-19-pandemin och hanteringen av pandemin att bygga upp

en vårdskuld och ett eftersatt behov av tjänster som sannolikt senare kommer att överbelasta social- och hälsovårdens olika funktioner.

#### 1.4. Regeringens riktlinjer och mål

Finland har redan i ett mycket tidigt skede infört exceptionellt omfattande och hårda samhälleliga restriktioner på grund av coronaviruspandemin. Syftet med restriktionerna har varit att förhindra att sjukdomen sprids bland befolkningen, att trygga hälso- och sjukvårdens och särskilt den tunga intensivvårdens bärkraft i alla situationer och att särskilt skydda de människors liv och hälsa som hör till de riskgrupper för vilka sjukdomen kan vara mycket allvarlig. Vid fastställandet av restriktioner har olika grundläggande rättigheter vägts mot varandra och den grundläggande rätten till hälsa och liv samt den grundläggande rätten till social- och hälsovårdstjänster betonats.

De samlade restriktionerna baserar sig på rekommendationer, lagstiftningen under normala förhållanden och beredskapslagstiftningen. Syftet är att trygga den grundläggande rättigheten till hälsa och liv samt den grundläggande rättigheten till social- och hälsovårdstjänster. Dessutom är avsikten att begränsa de sociala, ekonomiska och samhälleliga olägenheter som restriktionerna orsakar. Framför allt de befolkningsgrupper för vilka sjukdomen är särskilt farlig måste skyddas mot virusinfektionen.

De ekonomiska, sociala och hälsomässiga konsekvenserna av coronavirusepidemin och restriktionerna i anknytning till den är omfattande och kan i många avseenden bli långvariga. För att minska de negativa konsekvenserna av epidemin och restriktionerna har man beslutat om ett flertal stödåtgärder för att hjälpa människor, sammanslutningar och företag.

Sjukdomssituationen har tack vare restriktionerna hållit sig måttlig i Finland, men situationen är fortfarande allvarlig. Sjukdomen är oberäknelig och det finns fortfarande mycket som man inte känner till om coronaviruset. Det har varit nödvändigt att fatta beslut under osäkerhet och hård tidspress. Det finns fortfarande ett hot om en ny upptrappning av epidemin till en nivå som skulle innebära en överbelastning av hälso- och sjukvården.

Statsrådet uppdaterade coronavirusstrategin den 22 april 2020 efter att ha tagit del av experters bedömningar av läget. Eftersom Finland hittills har lyckats väl med att bromsa epidemin är det möjligt att i Finland stegvis övergå till nästa fas i bromsandet av epidemin. Det innebär en kontrollerad övergång från omfattande restriktioner till allt mer riktade åtgärder än tidigare och en effektiviserad hantering av epidemin i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar, beredskapslagen och eventuella andra författningar. Målsättningen är att med hjälp av en hybridstrategi effektivt kunna bromsa epidemin på ett sätt som i så liten utsträckning som möjligt skadar människor, företag, samhället och tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna.

Genom att utnyttja internationella rekommendationer samt epidemiologisk uppföljningsinformation och forskningsdata om hur den globala pandemin och epidemin i Finland framskrider och effekterna av olika restriktioner kan en strategi utformas. Genom att iaktta kriterierna och principerna i denna strategi går det att på ett tryggt sätt steg för steg avveckla de restriktioner som ställts upp så att välfärden i samhället och medborgarnas hälsa trygkas. Dessutom ska erfarenheter och observationer från andra länder utnyttjas.

Hybridstrategin för hantering av epidemin grundar sig på kontinuerlig uppföljning och utnyttjande av insamlad forskningsdata. Det samlas hela tiden in mera forskningsdata om coronaviruset, om hur epidemin framskrider och om effekterna av restriktionerna. I samband med att ny information blir tillgänglig eller i händelse av en förändring i epidemiläget ska det vid behov gå att snabbt uppdatera beslut och rekommendationer så att epidemin kan hållas under kontroll med de medel som är effektivast med tanke på den övergripande välfärden i samhället.

När beslut om avveckling av restriktioner fattas ska de mest sårbara grupperna skyddas och avvecklingen av restriktionerna ske stegvis så att det är möjligt att följa hur besluten påverkar hur epidemin framskrider. WHO rekommenderar i sin coronastrategi att det ska förflyta minst två veckor mellan avvecklingen av olika restriktioner. Utöver inkubationstiden ska man beakta den tid som krävs för att sammanställa det informationsunderlag som behövs för att skapa en lägesbild, och en fungerande uppföljning förutsätter därför sannolikt en period på närmare tre veckor mellan avvecklingen av olika restriktioner. När restriktionerna avvecklas ska epidemins utveckling följas noga. Striktare restriktioner ska införas eller återinföras om antalet smittade ökar för mycket.

Vid hanteringen av epidemin ska hänsyn tas till de rättsliga ramarna för de restriktioner som använts, myndigheternas normala befogenheter och möjligheterna att föreskriva om behövliga nya befogenheter eller ändringar av befogenheter samt, i förekommande fall, befogenheterna enligt beredskapslagstiftningen. Tillfälliga undantag från de grundläggande fri- och rättigheterna under undantagsförhållanden ska enligt grundlagen och beredskapslagen vara nödvändiga, proportionerliga och förenliga med internationella förpliktelser avseende mänskliga rättigheter.

Avvecklingar av enskilda restriktioner kan stödjas genom bland annat rekommendationer och riktade åtgärder för att förhindra att epidemin förvärras när restriktionerna avvecklas. När restriktionerna avvecklas ska det också sörjas för internationell samordning, särskilt när det gäller sådana restriktioner som har direkta eller indirekta konsekvenser för andra länder. Enligt EU:s gemensamma färdplan kan restriktionerna för gränstrafiken avvecklas i samarbete med grannländerna när grannländernas epidemiologiska situation är likartad. Avvecklingen av restriktionerna för gränstrafiken ska ske stegvis och på ett kontrollerat sätt från nuvarande restriktioner till det normala med beaktande av såväl utgångspunkterna för folkhälsan som försörjningsberedskapsmässiga, näringsmässiga och andra samhällspolitiska dimensioner för att minimera negativa ekonomiska och samhällseliga konsekvenser.

I hybridstrategin stöder man sig förutom på hanteringen av restriktioner och den gradvisa avvecklingen även på genomförandet av principen om att testa, spåra, isolera och behandla. Genom omfattande testning, spårning av smittkedjor, isolering av personer som insjuknat och karantän för dem som exponerats går det att förhindra att sjukdomen sprids, dock inte endast med hjälp av dessa åtgärder. Funktionen hos modellen för att testa, spåra, isolera och behandla kan effektiviseras med hjälp av en mobilapplikation som baserar sig på frivillighet och respekterar integritetsskyddet. Det är dock viktigt att öppet informera om de osäkerhetsfaktorer som är förknippade med testning och ge tydliga anvisningar för hur risken för smitta minskas, hur de som insjuknat isoleras och hur de som exponerats sätts i karantän.

Statsrådet utfärdade i enlighet med sin strategi ett principbeslut den 30 april 2020 om en kontrollerad och successiv avveckling av begränsningarna under coronaviruspandemin inom småbarnspedagogiken och den grundläggande utbildningen.

Statsrådet fick social- och hälsovårdsministeriets och Institutet för hälsa och välfärds epidemiologiska bedömning av avvecklingen av begränsningarna i fråga om småbarnspedagogiken och skolorna, enligt vilken de begränsningar som gäller småbarnspedagogik och undervisning vid läroanstalter för personer under 16 år inte längre är nödvändiga i den utsträckning och på samma sätt som i samband med ibruktandet av befogenheterna enligt beredskapslagen. Således förelåg det inte längre något nödvändigt behov enligt konstitutionen att förlänga de begränsningar som grundar sig på beredskapslagen.

I fråga om småbarnspedagogiken och den grundläggande utbildningen begränsas spridningen av epidemin i samhället i fortsättningen med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar. Från och med den 14 maj 2020 återgår man på ett kontrollerat sätt och successivt till undervisning och småbarnspedagogik enligt lagen om grundläggande utbildning och lagen om småbarnspedagogik.

Undervisnings- och kulturministeriet och Institutet för hälsa och välfärd ger anvisningar om trygga arrangemang inom småbarnspedagogiken och den grundläggande utbildningen. Social- och hälsovårdsministeriet och undervisnings- och kulturministeriet har tillsammans förberett ett styrningsbrev till regionförvaltningsverken, som meddelar besluten med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar. Genom besluten strävar man efter att trygga elevernas lika rätt till undervisning och att samtidigt trygga hälsosäkerheten för eleverna och de vuxna som arbetar i skolan.

Statsrådet utfärdade den 6 maj 2020 ett principbeslut om en plan för en hybridstrategi för hanteringen av coronakrisen. Regeringens handlingsplan för hybridstrategin baserar sig på flera delar som stöder varandra. Vid beslutsfattandet har de epidemiologiska, juridiska och övriga samhällliga aspekterna av hanteringen av epidemin sammanjämkats på ett så hållbart sätt som möjligt. Enligt planen gäller följande:

- Genom de metoder som är möjliga att använda säkerställs det att social- och hälsovårdssystemet fungerar under alla förhållanden. När det gäller de metoder som kan användas med stöd av beredskapslagen är det i detta syfte enligt särskild prövning behövt och nödvändigt att genom förlängningsförordning förlänga utövningen av följande befogenheter i fråga om social- och hälsovårdens kapacitet och styrning till och med den 30 juni 2020:
  - a) 86 § i beredskapslagen (styrning av verksamhetsenheter för social- och hälsovård)
  - b) 87 § i beredskapslagen (annan styrning av hälso- och sjukvården)
  - c) 88 § i beredskapslagen (iakttagande av tidsfrister för icke brådskande vård, bedömning av servicebehovet inom socialvården)
  - d) 93 § i beredskapslagen (avvikelser från anställningsvillkor)
  - e) 94 § i beredskapslagen (begränsning av uppsägningsrätten)

## 1.5. Lägesbild av utövningen av befogenheter och bedömning av lägesbilden

*Hantering av situationen med myndigheternas normala befogenheter*

Mot bakgrund av den övergripande situationen kan det utifrån den epidemiologiska lägesbilden i avsnitt 1.2 och lägesbilden över servicesystemet i avsnitt 1.3 bedömas att bekämpningen av covid-19-pandemin, vården av sjuka och skyddet av befolkningen, särskilt när det gäller riskgrupper, såsom äldre och personer med flera sjukdomar samt personer med vissa underliggande sjukdomar, inte kan hanteras med myndigheternas ordinarie befogenheter.

Befogenheterna enligt lagen om smittsamma sjukdomar och annan lagstiftning om social- och hälsovården räcker inte till för att situationen ska kunna hanteras så att social- och hälsovården kan säkerställas i tillräcklig utsträckning under undantagsförhållandena. I lagen om smittsamma sjukdomar föreskrivs det inte om sådana befogenheter med stöd av vilka det på riksnivå kan beslutas om verksamheten och tjänsterna vid verksamhetsenheterna inom social- och hälsovården, om undantag från tidsfristerna för icke-brådskande vård eller bedömningen av servicebehovet inom socialvården eller om undantag från anställningsvillkoren.

#### *Metoder för begränsning av epidemier enligt lagen om smittsamma sjukdomar*

Syftet med lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) är att förebygga smittsamma sjukdomar och spridningen av dem samt deras negativa konsekvenser för människor och samhället. Den svåra infektion som orsakas av en ny typ av coronavirus lades till i förteckningen över allmänfarliga smittsamma sjukdomar genom en förordning som trädde i kraft den 14 februari 2020 (statsrådets förordning om ändring av 1 § i statsrådets förordning om smittsamma sjukdomar 69/2020).

Med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar kan omfattande åtgärder vidtas för att begränsa smittspridning. Med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar kan det bland annat fattas beslut om att den som insjuknat eller med fog misstänks ha insjuknat ska bli borta från sitt arbete, dagvårdsplatsen eller läroanstalten (57 §). I lagen föreskrivs också att det under vissa förutsättningar inom ett bestämt område kan fattas beslut om att stänga verksamhetsenheter inom socialvården och hälso- och sjukvården, läroanstalter, daghem, bostäder och motsvarande lokaler och förbjuda allmänna sammankomster eller offentliga tillställningar (58 §). I lagen föreskrivs också om rengöring av lokaler och produkter och förstöring av varor (59 §) samt om karantän (60–62 och 68 §) och isolering (63–67 och 68 §). Patienternas rätt att träffa personer utanför hälso- och sjukvårdsenheten kan också vid behov begränsas (69 §).

### *Anordnande och tillhandahållande av social- och hälsovård*

Social- och hälsovårdstjänster ordnas och tillhandahålls av kommuner, samkommuner och privata aktörer. De som har ansvar för att ordna hälso- och sjukvården bestämmer hur tjänsterna ska ordnas inom ramen för lagstiftningen.

En kommun kan ordna de uppgifter som hör till social- och hälsovården genom att sköta verksamheten själv, genom avtal tillsammans med en annan kommun eller andra kommuner, genom att vara medlem i en samkommun som sköter verksamheten, genom att anskaffa service från staten, en annan kommun, en samkommun eller någon annan offentlig eller privat serviceproducent eller genom att serviceanvändaren ges en service-sedel, med vilken kommunen förbinder sig att, upp till det värde som fastställts för sedeln enligt kommunens beslut, betala de tjänster som serviceanvändaren köper av en privat serviceproducent som kommunen godkänt (4 § i lagen om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården 733/1992).

Privata tjänsteleverantörer kan själva bestämma sin verksamhet och sina kundgrupper på företagsekonomiska grunder inom ramen för tillstånd och lagstiftning enligt lagen om privat socialservice (922/2011) eller lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990).

Om staten, kommunerna eller samkommunerna skaffar tjänster av privata tjänsteproducenter för produktion av verksamhet som omfattas av deras organiseringsansvar, iakttas lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016). Enligt 124 § i grundlagen kan offentliga förvaltningsuppgifter anförtros andra än myndigheter endast genom lag eller med stöd av lag, om det behövs för en ändamålsenlig skötsel av uppgifterna och det inte äventyrar de grundläggande fri- och rättigheterna, rättssäkerheten eller andra krav på god förvaltning. Uppgifter som innebär betydande utövning av offentlig makt får dock ges endast myndigheter.

Tung intensivvård, inklusive behandling med respirator, ordnas på universitetssjukhus och centralsjukhus. Kapaciteten för intensivvård kan ökas avsevärt genom att omvandla övervakningsplatser, operationssalar och uppvakningsrum till platser för intensivvård. Enheterna för intensifierad övervakning och uppvakningsrummen är försedda med respiratorer och annan vårdutrustning som behövs för att behandla patienter med andningssvikt, bland annat infusionsautomater. Dessutom är de nuvarande moderna anestesiventilatorerna i operationssalarna lämpliga för att i undantagsfall användas som andningsmaskiner vid behandling av patienter med andningssvikt. Ordnandet av lokaler, vårdutrustning, läkemedel och annan logistik samt underhåll kräver ändringar i den normala verksamheten samt sjukhus- och fastighetsspecifika avgöranden.

### *Styrning av social- och hälsovården*

Social- och hälsovårdsministeriet har en allmän styrningsuppgift inom sitt förvaltningsområde. Förvaltningen och regionförvaltningsverken, som lyder under ministeriet, styr kommunerna, samkommunerna och privata tjänsteproducenter samt andra organisationer inom branschen i enlighet med sitt uppgiftsområde och den speciallagstiftning som gäller området.

Tjänsteproducenter kan under normala förhållanden inte åläggas att ta emot vissa patientgrupper eller att annars ändra sin verksamhet. Statens metoder för att centraliserat styra social- och hälsovården är i huvudsak lagstiftningsstyrning och informationsstyrning. Lagstiftningen under normala förhållanden gör det inte möjligt för statsrådet eller social- och hälsovårdsministeriet att ålägga en verksamhetsenhet att handla på ett visst sätt.



### *Uppföljning och övervakning av tidsfristerna för tillgång till vård*

Bestämmelser om tidsfristerna för tillgång till icke-brådskande vård finns i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010). Inom primärvården ska en bedömning av vårdbehovet göras senast den tredje vardagen efter det att patienten tagit kontakt med hälsovårdscentralen. Behandling som i samband med bedömning av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska ordnas inom en skälig tid med beaktande av patientens hälsotillstånd och den förutsebara utvecklingen av sjukdomen, dock inom tre månader från det att behovet av vård har bedömts. Denna längsta väntetid på tre månader får överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård och i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.

Vid specialiserad sjukvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor efter det att remissen har anlänt till verksamhetsenheten. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård inom sjukvårdsdistriktet. Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändig ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast.

Övervakningen av tidsfristerna för tillgång till vård är en del av den laglighetsövervakning av verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården som utförs av regionförvaltningsverken och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Också de högsta laglighetsövervakarna riksdagens justitieombudsman och justitiekanslern i statsrådet övervakar iakttagandet av tidsfristerna. I enlighet med tillsynsprogrammet övervakar regionförvaltningsverken tillgången till icke-brådskande vård inom primärvården och inom specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård samt i tjänster som tillhandahålls av Studenternas hälsovårdsstiftelse. Valvira övervakar tillgången till icke-brådskande vård inom den specialiserade sjukvården. Valvira och regionförvaltningsverken övervakar förverkligandet av tillgången till vård i enlighet med det tillsynsprogram som de har utarbetat tillsammans. Valviras och regionförvaltningsverkens riksomfattande tillsynsprogram för social- och hälsovården 2020–2023 styr tillsynsmyndigheternas systematiska tillsyn över social- och hälsovården: tillsynen inriktas på de tjänster som har de största bristerna när det gäller tillgänglighet, kvalitet eller vård i rätt tid. Tyngdpunkten i myndighetstillsynen ligger på att främja, stödja och säkerställa verksamhetsenheternas egenkontroll. Kommunen eller sjukvårdsdistriktet ska minst var fjärde månad på internet offentliggöra uppgifter om väntetiderna för att få icke-brådskande vård. Tillsynsmyndigheten kan ingripa i upptäckta missförhållanden med hjälp av efterhandskontroll genom att ge administrativa anvisningar, föreskrifter om hur verksamheten ska rättas till och vid behov genom att förena föreskrifterna med vite eller förbjuda eller avbryta en organisations verksamhet eller en del av den.

Tidsfristerna för tillgången till vård är lagstiftning som är bindande för verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården, och det är inte möjligt att avvika från tidsfristerna med stöd av den lagstiftning som tillämpas under normala förhållanden. Under undantagsför-

hållanden kan man genom att införa befogenheter enligt 88 § i beredskapslagen tillfälligt slopa tidsfristerna för tillträde till vård, om det är nödvändigt för ordnande av brådskande vård och om patientens hälsa inte riskeras av att tidsfristen överskrids. Denna möjlighet kan tillgripas endast under undantagsförhållanden, men i praktiken leder inriktandet av hälso- och sjukvårdens resurser på brådskande vård till att de största förändringarna i ökningen av köerna till icke-brådskande vård och överskridandet av tidsgränserna för tillgången till vård märks först efter flera månader, sannolikt först efter att undantagsförhållandena har upphört. Då ska situationen skötas via den lagstiftning som tillämpas under normala förhållanden, t.ex. så att regionförvaltningsverken och Valvira fastställer enhetliga tillvägagångssätt för tillsynen över tillgången till vård och till exempel fastställer en tidsperiod under vilken servicesystemet ska kunna återhämta sig från undantagsförhållandena och genomföra vården inom tidsgränserna för tillgång till vård.

#### *Uppföljning och tillsyn över tidsfristerna inom socialvården*

Bedömningen av servicebehovet hör till kommunens lagstadgade uppgifter inom socialvården. I samband med detta utreds klientens behov av socialservice i den omfattning som klientens livssituation förutsätter. För bedömningen av servicebehovet svarar en sådan yrkesutbildad person inom socialvården enligt 3 § i lagen om yrkesutbildade personer inom socialvården (817/2015) som är ändamålsenlig för bedömningen, om inte något annat föreskrivs någon annanstans i lag. I enlighet med 15 § 1 mom. i lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012, nedan äldreomsorgslagen) kan även en sådan yrkesutbildad person enligt 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) som har omfattande sakkunskap svara för utredningen av en äldre persons servicebehov. Bedömningen av servicebehovet görs i samarbete med klienten och vid behov med klientens anhöriga och närstående samt andra aktörer. Bestämmelser om bedömning av servicebehovet finns i 36 § i socialvårdslagen och i speciallagstiftning, såsom barnskyddslagen (417/2007) och lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987, nedan handikappservicelagen).

I 36 § 1 mom. i socialvårdslagen föreskrivs det om brådskande bedömning av servicebehovet. Enligt den ska en anställd hos den kommunala socialvården när han eller hon i sitt arbete har fått kännedom om en person som behöver socialvård, se till att personens behov av brådskande hjälp omedelbart bedöms. Med stöd av bestämmelsen har en person dessutom rätt att få en bedömning av servicebehovet också i andra än brådskande fall, om det inte är uppenbart onödigt att göra en bedömning.

Bestämmelser om tidsfristerna för bedömning av servicebehovet finns i 36 § 2 och 3 mom. i socialvårdslagen. Enligt den första meningen i 2 mom. ska bedömningen av servicebehovet påbörjas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. Den egentliga tidsfristbestämmelsen finns i den andra meningen i 2 mom. Enligt den ska bedömningen påbörjas senast den sjunde vardagen efter det att klienten, en anhörig eller en närstående eller klientens lagliga företrädare har kontaktat den kommunala myndighet som ansvarar för socialservicen för att få service. Denna tidsfrist gäller enligt bestämmelsen personer över 75 år och personer som får vårdbidrag med högsta belopp enligt 9 § 3 mom. 3 punkten i lagen om handikappförmåner (570/2007).

Enligt 36 § 3 mom. i socialvårdslagen ska bedömningen av hurdant servicebehov ett barn som behöver särskilt stöd har på motsvarande vis inledas senast den sjunde vardagen efter det att ärendet har inletts, och bedömningen ska bli klar senast tre månader från in-

ledningen. För bedömningen av servicebehovet hos barn som behöver särskilt stöd och andra personer som behöver särskilt stöd ansvarar en socialarbetare i tjänsteförhållande.

Valvira och regionförvaltningsverken övervakar socialvårdens verksamhet inom sina egna verksamhetsområden enligt samma principer som beskrivs ovan i fråga om hälso- och sjukvården. Tillsynen baserar sig på det tillsynsprogram för social- och hälsovården som Valvira och regionförvaltningsverken har utarbetat tillsammans och på genomförandeplanerna för programmet. I planerna inriktas tillsynen också på tillsynen över speciallagstiftningen, såsom barnskyddslagen eller handikappservicelagen, i enlighet med särskilt fastställda prioriteringar för tillsynen.

Tillsynsmyndigheterna följer upp tidsfristerna för inledande av bedömningen av servicebehovet inom socialvården i enlighet med sina tillsynsprogram och skyldigheterna enligt lagstiftningen. I fråga om tidsfristerna enligt socialvårdslagen föreskrivs det inte i lagen om uppföljningsskyldighet, utan uppföljningen görs till denna del som en del av den övriga tillsynen över socialvården. Tidsfristerna i barnskyddslagen och lagen om utkomststöd (1412/1997) baserar sig däremot på de uppföljningsskyldigheter som ingår i lagarna i fråga och den datainsamling som följer av dem. I handikappservicelagen finns ingen motsvarande bestämmelse, men tillsynsmyndigheterna har också följt de tidsfrister för inledande av utredning av servicebehovet och för beslutsfattande som anges i handikappservicelagen.

Liksom tidsfristerna för tillgång till vård är också tidsfristerna i socialvårdslagen och speciallagstiftningen om socialvården lagstiftning som är bindande för verksamhetsenheter inom socialvården, och det är inte möjligt att avvika från dem med stöd av den lagstiftning som tillämpas under normala förhållanden. Under undantagsförhållanden kan ibruktagandet av befogenheterna enligt 88 § i beredskapslagen temporärt möjliggöra ett noggrant avgränsat slopande av tidsfristen för inledande av bedömning av servicebehovet inom socialvården för vissa klientgrupper. En förutsättning för detta är att sloandet av tidsfristen för inledande av bedömningen inte äventyrar personens oundgängliga försörjning och omsorg. Eftersom sloandet av den tidsfrist för inledande av bedömning av servicebehovet som avses i den aktuella bestämmelsen i socialvårdslagen (36 § 2 mom.) riktar sig till utsatta klienter, såsom personer över 75 år, ska man vid tillämpningen av den dock fästa särskild vikt vid en tillräckligt snabb bedömning av dessa klienters servicebehov. Liksom inom hälso- och sjukvården är det möjligt att avvika från tidsfristen enligt socialvårdslagen endast under undantagsförhållanden. Bestämmelsen tillämpas inte på tidsfristerna i barnskyddslagen och handikappservicelagen.

#### *De behöriga myndigheterna*

Institutet för hälsa och välfärd är nationell sakkunniginrättning för bekämpningen av smittsamma sjukdomar som med sin sakkunskap stöder social- och hälsovårdsministeriet och regionförvaltningsverken (7 § i lagen om smittsamma sjukdomar). Regionförvaltningsverken samordnar och övervakar bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sitt område (8 § i lagen om smittsamma sjukdomar). Regionförvaltningsverken har till exempel på grund av en allmänfarlig smittsam sjukdom som medför en omfattande smittrisk befogenhet att inom flera kommuners område stänga verksamhetsenheter inom socialvården och hälso- och sjukvården, läroanstalter, daghem, bostäder och motsvarande lokaler och förbjuda allmänna sammankomster och offentliga tillställningar, om det är nödvändigt för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom.

Inom sjukvårdsdistrikten hör beslutanderätten i fråga om begränsningsåtgärder till den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar. I kommunerna hör beslutanderätten förutom till den läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar även till det kommunala organ som ansvarar för smittsamma sjukdomar. En legitimerad läkare inom den offentliga hälso- och sjukvården kan i brådskande fall besluta att en person eller varor ska hållas i karantän eller en person hållas isolerad eller besluta om nödvändig hälso- och sjukvård, läkemedelsbehandling trots att personen motsätter sig det eller begränsning av kontakter under högst tre dagar. Beslutet ska så snart omständigheterna tillåter det föreläggas den läkare i tjänsteförhållande för fastställelse som i kommunen eller i samkommunen för sjukvårdsdistriktet ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Om snabba åtgärder behövs för att förhindra spridningen av en allmänfarlig smittsam sjukdom, kan social- och hälsovårdsministeriet samt regionförvaltningsverket och det kommunala organ som ansvarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar inom sitt verksamhetsområde fatta nödvändiga beslut om karantän (60 § i lagen om smittsamma sjukdomar), karantän för varor (61 § i lagen om smittsamma sjukdomar) och isolering (63 § i lagen om smittsamma sjukdomar).

Valvira har till uppgift att övervaka social- och hälsovården, alkoholfrågorna samt miljö- och hälsoskyddet. Valvira styr regionförvaltningsverken i syfte att uppnå enhetlig tillstånds-, styrnings- och tillsynspraxis på riksnivå.

#### *Anvisningar och beslut som utfärdats under undantagstillståndet*

Social- och hälsovårdsministeriet har med sina befogenheter som grundar sig på den allmänna styrningen av social- och hälsovården utfärdat ett flertal anvisningar om ordnande av icke-brådskande tjänster, förenhetligande av tillvägagångssätten, höjning av service-systemets kapacitet, avvikelser från anställningsvillkoren, genomförande av tjänsterna samt förbättrande av funktionsförmågan under undantagsförhållandena (SHM-anvisningar med anledning av coronavirusläget <https://stm.fi/stm-anvisningar>).

Dessutom har social- och hälsovårdsministeriet utfärdat följande beslut:

Social- och hälsovårdsministeriets beslut om förlängning av giltighetstiden för det beslut som fattats med stöd av 87 § i beredskapslagen för att säkerställa att läkemedlen räcker till och att läkemedelsdistributionen fungerar (9.4.2020)

Social - och hälsovårdsministeriets beslut enligt beredskapslagen om begränsning av försäljningen av salbutamolpreparat (9.4.2020)

Social- och hälsovårdsministeriets beslut om vidtagande av styråtgärder inom social- och hälsovården i enlighet med 86 § i beredskapslagen (1.4.2020).

SHM: s beslut om ibruktagande av det sjukvårdsmaterial och den skyddsutrustning som finns i statens säkerhetsupplag (23.3.2020)

SHM: s beslut om att säkerställa att läkemedlen räcker till och att läkemedelsdistributionen fungerar (19.3.2020)

De åtgärder som möjliggörs i beredskapslagen eller lagen om smittsamma sjukdomar under undantagsförhållanden undanröjer inte kommunens ansvar för ordnandet av social-

och hälsovårdstjänster. I anvisningarna betonas att målet bör vara att tjänsterna på basnivå ordnas så normalt som möjligt. Målet med en fungerande primärvård är att förhindra en överbelastning av den specialiserade sjukvården. Den som ordnar tjänsterna kan alltså inte helt lägga ned en enda social- eller hälsotjänst, utan tjänsterna ska anpassas till de pågående åtgärderna för bekämpning av en smittsam sjukdom. Behovet av service ska i sista hand bedömas separat för varje enskild person så att ingens rätt till försörjning och omsorg i sista hand eller till tillräckliga social- och hälsovårdstjänster äventyras.

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets anvisning den 19 mars 2020 inledde sjukhusen åtgärder för att öka kapaciteten för intensivvård: den icke-brådskande operationsverksamheten minskades, lämpliga lokaler ändrades för intensivvård och personalen gavs fortbildning. En tillräcklig tillgång på respiratorer och annan nödvändig vårdutrustning har kartlagts och det har konstaterats att tillgången på utrustning inte begränsar målet att fördubbla kapaciteten för intensivvård.

På basis av de uppgifter som samlats in från sjukhusen konstaterades det senare den 15 april 2020 att det vid HNS sjukhus finns 82 intensivvårdsplatser och vid sjukhus utanför HNS 170–180 intensivvårdsplatser för patienter med covid-19. Sjukhusen hade således på mindre än en månad nästan fördubblat antalet intensivvårdsplatser enligt social- och hälsovårdsministeriets anvisningar. Den snabba ökningen av intensivvårdskapaciteten har förutsatt en kraftig minskning av icke-brådskande, dvs. elektiv operationsverksamhet. Den ökade intensivvårdskapaciteten har räckt till för vården av patienterna. Antalet patienter har varit måttligt och det har inte förekommit några problem i fråga om tillgången på intensivvårdskapacitet.

Social- och hälsovårdsministeriet gav den 20 mars 2020 en anvisning om kommunernas basservice. Anvisningen uppdaterades när innehållet i de förordningar som hänför sig till beredskapslagen preciserades den 16 april 2020. I den uppdaterade anvisningen framfördes att bestämmelserna om bedömningen av servicebehovet inom socialvården har ändrats så att de gäller endast tidsfristen för inledande av bedömningen av servicebehovet i fråga om de grupper som nämns i 2 mom. I anvisningen konstaterades att kommunerna ska trygga klienternas rätt att få de social- och hälsovårdstjänster som de behöver enligt sina individuella behov.

I samband med mun- och tandvård uppstår det lätt saliv- och blodstänk och det bildas aerosoler i luften. Därför har aktörerna inom branschen under covid-19-epidemin fått anvisningar i ett omfattande myndighetssamarbete. Social- och hälsovårdsministeriet publicerade den 13 mars 2020 anvisningar för aktörer inom mun- och tandvården (kompletterade den 24 mars 2020), Institutet för hälsa och välfärd har publicerat anvisningar för tandvårdsklienter (senaste den 3 april 2020) och Arbetshälsoinstitutets anvisningar för mun- och tandvårdsenheter under COVID-19-epidemin publicerades den 3 april 2020 (uppdaterade den 22 april 2020).

Social- och hälsovårdsministeriet har dessutom gett kommunerna och andra tjänsteproducenter anvisningar om bland annat konsekvenserna av lagen om smittsamma sjukdomar och beredskapslagen för rörelsefriheten vid verksamhetsenheter inom socialvården, en smidigare behandling av utkomststöd under epidemin, beredskap inför coronavirusmitta och tillgodoseende av klienternas behov i fråga om tjänster i hemmet samt gett anvisningar om lämpligt skydd för arbetstagare som är utsatta för allvarigare former av coronavirussjukdomen covid-19. Dessutom har personalen inom social- och hälsovården fått anvisningar bland annat om användningen av skyddsutrustning i klientarbetet.

Målet har varit att ingripa i kategoriska förbud som gäller ordnandet av tjänster genom ministeriets anvisningar till kommunerna bland annat om att på ett behörigt sätt trygga nödvändiga tjänster och ersätta de funktioner som ska stängas. Social- och hälsovårdsministeriet ordnar också regelbundet informationsmöten på webben för kommunerna och upprätthåller ett nära samarbete med andra myndigheter inom förvaltningsområdet, såsom Institutet för hälsa och välfärd, regionförvaltningsverken och Valvira.

## 1.6. Förhållande till grundlagen och internationella förpliktelser

### 1.6.1. Grundläggande fri- och rättigheter och internationella förpliktelser

Enligt 23 § i grundlagen kan det genom lag, eller genom en förordning av statsrådet som utfärdas med stöd av ett sådant bemyndigande med exakt avgränsat tillämpningsområde som av särskilda skäl tagits in i lag, införas sådana tillfälliga undantag från de grundläggande fri- och rättigheterna som är förenliga med Finlands internationella förpliktelser avseende mänskliga rättigheter och som är nödvändiga om Finland blir utsatt för ett väpnat angrepp eller om det råder andra i lag angivna undantagsförhållanden som allvarligt hotar nationen. Grunderna för tillfälliga undantag ska dock bestämmas genom lag. Förordningar av statsrådet som gäller tillfälliga undantag ska utan dröjsmål föreläggas riksdagen. Riksdagen kan besluta om förordningarnas giltighet.

Bestämmelser som ingriper i rättigheter som tryggas i grundlagen ska bedömas med tanke på de allmänna villkoren för begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna, exempelvis med avseende på ett godtagbart syfte och bestämmelsernas proportionalitet (proportionalitetsprincipen) (GrUU 21/2004 rd, 37/2004 rd, 27/2004 rd och 5/2002 rd). Grundlagsutskottet har betonat att befogenheter enligt beredskapslagen inte ska tas i bruk på lättvindiga grunder eller för säkerhets skull och att befogenheter enligt beredskapslagen kan tas i bruk snabbt (GrUB 9/2020 rd).

I 7 § 1 mom. i grundlagen föreskrivs det om rätten till liv och i 19 § 3 mom. föreskrivs det att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social- och hälsovårdstjänster och främja befolkningens hälsa. Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg. Grundlagsutskottet har bedömt om ibruktagning av befogenhetsbestämmelserna i 2 kap. i beredskapslagen och de förordningar som utfärdats med stöd av dem är godtagbart utifrån principen att upprätthållandet av funktionsförmågan hos hälso- och sjukvårdssystemet under en pandemi med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna är en synnerligen vägande grund som har samband med det allmännas skyldighet enligt 7 § 1 mom. i grundlagen att trygga vars och ens rätt till liv samt att även under en pandemi tillförsäkra var och en tillräckliga hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa (19 § 3 mom. i grundlagen) och berättigar exceptionellt långtgående myndighetsåtgärder som också ingriper i människors grundläggande fri- och rättigheter (se GrUB 2/2020 rd, s. 4–5, GrUB 3/2020 rd, s. 3). Utskottet har framhållit att dessa aspekter som anknyter till de allmänna förutsättningarna för begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna fortsatt är av betydelse också inom tillämpningsområdet för undantagen från de grundläggande fri- och rättigheterna i 23 § i grundlagen (se GrUB 2/2020 rd, s. 5, GrUB 3/2020 rd, s. 4).

Enligt 23 § i grundlagen ska tillfälliga undantag från de grundläggande fri- och rättigheterna vara förenliga med Finlands internationella förpliktelser avseende mänskliga rättigheter. Vid tillämpningen av beredskapslagen ska enligt 5 § i beredskapslagen de internationella förpliktelser som är bindande för Finland och allmänt erkända folkrättsliga regler iakttas.

Finland har ratificerat flera internationella konventioner om mänskliga rättigheter där det föreskrivs om rätten till liv och rätten till skydd av hälsa. Det allmänna ska säkerställa genomförandet av de konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland. Bland annat i artikel 2 i Europakonventionen, som godkänts av Europarådet, föreskrivs det om rätten till liv och i artiklarna 11 och 13.1 i den reviderade europeiska sociala stadgan föreskrivs det om rätten till skydd för hälsa och till medicinsk hjälp. I artikel 12 i Förenta nationernas (FN) internationella konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen) erkänns rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Enligt bestämmelsen ska konventionsstaten vidta de åtgärder som är nödvändiga för att skapa förutsättningar som tillförsäkrar alla läkarvård och sjukhusvård i händelse av sjukdom.

Dessutom föreskrivs i artikel 6 i FN:s konvention om barnets rättigheter att rätten till liv, överlevnad och utveckling ska säkerställas så fullödigt som möjligt. Syftet med bestämmelsen är att skapa optimala förhållanden för barnets överlevnad och förutsättningar för barnets harmoniska utveckling. Konventionen om barnets rättigheter förpliktar konventionsstaterna att för barn tillförsäkra rätt till skydd och omvårdnad, till en andel av samhällets resurser samt rätt att delta i fattande av beslut som gäller barnet självt och i samhällslivet. De rättigheter som antagits i barnkonventionen ska tillgodoses för hela barnbefolkningen och i varje barns liv. Enligt artikel 3 i barnkonventionen ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av den offentliga eller privata socialvården, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ. Grundlagsutskottet understryker att barnets bästa ska beaktas med avseende på enskilda barn i varje förekommande fall eller situation också när bestämmelserna tillämpas (se även GrUU 18/2018 rd, s. 3 och GrUU 17/2018 rd, s. 3). I artikel 24 i konventionen föreskrivs det om rätten till hälso- och socialvård.

Även i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning föreskrivs det i artikel 10 om rätten till liv och i artikel 25 om rätten till hälsa. Vid tillämpningen av befogenheter som gäller arbetslivet ska dessutom de konventioner och rekommendationer om arbetslivet som utfärdats av Internationella arbetsorganisationen ILO, bestämmelserna om arbetslivet i den europeiska sociala stadgan samt de diskrimineringsförbud som ingår i människorättskonventionerna beaktas.

### 1.6.2. Nödvändighet och proportionalitet

Befogenheter enligt beredskapslagen får enligt dess 4 § utövas endast om situationen inte kan fås under kontroll med myndigheternas normala befogenheter. Myndigheterna kan dessutom under undantagsförhållanden bemyndigas att utöva endast sådana befogenheter som är nödvändiga för att syftet enligt 1 § i lagen ska kunna nås och som står i rätt proportion till detta syfte. Syftet med beredskapslagen är enligt dess 1 § att under undantagsförhållanden bl.a. skydda befolkningen samt trygga befolkningens försörjning och landets näringsliv, upprätthålla rättsordningen, de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna.

Enligt grundlagsutskottet ska detta anses innebära en mycket hög tröskel för ibruktagandet av befogenheter enligt beredskapslagen och de bör inte tas i bruk på lätta grunder eller för säkerhets skull (GrUB 2/2020 rd, s. 2, GrUB 3/2020 rd, s. 2, GrUB 7/2020 rd, s. 2, GrUB 8/2020 rd, s. 2).

Grundlagsutskottet har i sin bedömning av de statsrådsförordningar som utfärdats med stöd av beredskapslagen betonat att befogenheterna med stöd av beredskapslagen enligt dess 4 § endast får utövas på ett sådant sätt som är nödvändigt för att syftet med lagen ska kunna nås och som står i rätt proportion till det mål som eftersträvas genom utövandet av befogenheterna. Grundlagsutskottet har ansett att bestämmelserna i 4 § om principerna för att utöva befogenheterna spelar en viktig roll med tanke på proportionalitetskravet vid begränsningar i de grundläggande fri- och rättigheterna, och utskottet har framhållit att principerna inskränker dels möjligheterna att införa befogenheterna, dels rätten att utöva dem (GrUU 6/2009 rd, s. 4/I). Utskottet har betonat att begränsningar som gäller individer är primära i förhållande till summariska begränsningar som gäller större grupper (GrUB 11/2020 rd). Det har enligt grundlagsutskottet också varit uppenbart att en inskränkning i de grundläggande fri- och rättigheterna inte kan vara relevant för sitt syfte och därmed nödvändig, om den inte ens i princip kan nå upp till det godtagbara mål som den bygger på (se t.ex. GrUB 11/2020 rd; se även GrUU 40/2017 rd, s. 4, GrUU 55/2016 rd, s. 4–5 och GrUU 5/2009 rd, s. 3/II).

Utifrån grundlagsutskottets betänkanden ska det med tanke på bestämmelserna i 23 § i grundlagen granskas om åtgärderna är nödvändiga, proportionella och överlag tillåtna. Dessutom ska det bedömas och motiveras om begränsningen av de grundläggande fri- och rättigheterna är godtagbar och proportionell med tanke på de allmänna förutsättningarna för en begränsning av de grundläggande fri- och rättigheterna.

Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Det allmänna ska också stödja familjerna och andra som svarar för omsorgen om barn så att de har möjligheter att trygga barnens välfärd och individuella uppväxt. I enlighet med detta ska tjänsterna också under undantagsförhållanden tryggas i enlighet med gällande lagstiftning. Enligt 19 § 1 mom. i grundlagen har alla som inte förmår skaffa sig den trygghet som behövs för ett människovärdigt liv rätt till oundgänglig försörjning och omsorg under alla förhållanden.

Att bevara funktionsförmågan hos hälso- och sjukvårdssystemet under en pandemi är enligt grundlagsutskottet en synnerligen vägande grund med tanke på de grundläggande fri- och rättigheterna. Denna grund sammanhänger med det allmännas skyldighet att enligt 7 § 1 mom. i grundlagen trygga vars och ens rätt till liv och enligt 19 § 1 mom. till oundgänglig försörjning och omsorg. Det allmänna ska också enligt 19 § 3 mom. i grundlagen tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Detta berättigar till exceptionellt långtgående myndighetsåtgärder som även ingriper i människors grundläggande fri- och rättigheter (GrUB 2/2020 rd, s. 5, GrUB 3/2020 rd, s. 3, GrUB 7/2020 rd, s. 5)

Åtgärder som vidtas för att bekämpa följderna av en pandemi är till för att skydda befolkningen och trygga de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna. Med tanke på detta ändamål är det nödvändigt att åtgärderna är tillräckligt föregripande. Åtgärderna är alltid bundna till just de behov av att tillvarata i 1 § i beredskapsla-



gen avsedda skyddsintressen som framkommer under undantagsförhållandena i fråga. I fråga om smittsamma sjukdomar innebär detta nödvändiga metoder för att förhindra att sjukdomen sprids och för att avvärja de hot som spridningen medför. Då är det nödvändigt att utöva befogenheterna utifrån bästa tillgängliga kunskap om spridningen av den smittsamma sjukdom, om det sätt på vilket den sprids samt om de allmänna modellerna för hur motsvarande smittsamma sjukdomar sprids och vilken belastning deras spridning orsakar för servicesystemet.

I epidemins första skeden visade de bästa modeller som fanns att tillgå, när de tillämpades på Finlands förhållanden och vårdpraxis, att epidemin utan effektiva begränsande åtgärder skulle orsaka en aldrig tidigare skådad belastning på den specialiserade sjukvården, i synnerhet på den tunga intensivvården. Coronavirusepidemin, som det inte finns någon specifik behandling för, belastar under den första vågen av epidemin i hög grad också primärvården, socialservicen och sjukhusens bäddavdelningar. Vårdpersonalen är utsatt för sjukdomsrisk och arbetsfrånvaron kan öka av många orsaker. I det nuvarande skedet när epidemin kraftigt bromsas är det uppenbart att majoriteten av befolkningen saknar immunitet och därför fortfarande är mottaglig för smitta. Det finns således fortfarande en risk för överbelastning av servicesystemet och en allvarlig risk om en planmässig och stegvis avveckling av de begränsande åtgärderna trots alla försiktighetsåtgärder skulle leda till ökad smitta och oundvikligen till en risk för allvarliga insjuknanden. Å andra sidan binder upprätthållandet av begränsningsåtgärderna genom exceptionella verksamhetsmodeller social- och hälsovårdens resurser och medför utmaningar som väsentligt avviker från normala förhållanden när det gäller samordningen av behovet och tillgången till tjänster samt styrningen och ledningen av servicesystemet.

Genom denna förordning föreslås det att man fortsätter att tillämpa de bestämmelser i beredskapslagen som statsrådet fortfarande anser vara nödvändiga i nuläget och som står i rätt proportion till målet att bromsa framskridandet av covid-19-pandemin, i synnerhet för att skydda personer som löper risk att bli allvarligt sjuka till följd av coronavirussmitta och för att säkerställa kapaciteten inom intensivvård och annan social- och hälsovård samt tillräckliga personalresurser. Såsom det konstateras i avsnitt 1.2 fortsätter epidemin att spridas tills en tillräckligt stor del av befolkningen har exponerats för viruset. I en situation där restriktioner som riktas mot olika befolkningsgrupper avvecklas accentueras betydelsen av de åtgärder enligt beredskapslagen som syftar till att trygga social- och hälsovårdens funktionsförmåga.

En fortsatt utövning av befogenheterna kan också bedömas med utgångspunkt i de grundläggande fri- och rättigheterna. Å andra sidan har det i det rådande läget ansetts motiverat att lindra vissa begränsningar och rekommendationer som införts i början av pandemin och som ingriper i människors friheter. Då framhävs betydelsen av de befogenheter som syftar till att trygga social- och hälsovårdens funktionsförmåga och som hänför sig till befolkningens liv och hälsa samt de grundläggande sociala rättigheterna.

För att begränsningarna ska kunna avvecklas på ett kontrollerat och säkert sätt, ska det samtidigt finnas effektiva, snabba och rikstäckande metoder för att behandla ett eventuellt större antal patienter som insjuknat i covid-19 än tidigare. Samtidigt leder det faktum att den sjukdom coronaviruset orsakar sprids i ansamlingar enligt beskrivningen i avsnitt 1.2 till oförutsedd och eventuellt lokalt även omfattande sjukfrånvaro och frånvaro på grund av karantän för personalen, vilket förutsätter att såväl styråtgärderna inom social- och hälsovården enligt 86 och 88 § i beredskapslagen som befogenheterna i fråga om anställningsvillkoren enligt 93 och 94 § i beredskapslagen fortsätter att gälla. Vid en förläng-

ning av användningen av befogenheterna är det dessutom skäl att beakta den faktiska risken för att epidemin snabbt eskalerar (avsnitt 1.2 s. 7).

Befogenheterna får utövas endast på ett sådant sätt som är nödvändigt för att syftet med beredskapslagen ska kunna nås och som står i rätt proportion till det mål som eftersträvas med att utöva befogenheterna.

Av motiveringen till beredskapslagen framgår en mer allmän princip enligt vilken åtgärder vid en pandemi kan vidtas redan på förhand när en farlig smittsam sjukdom hotar, dvs. det förutsätts inte att sjukdomen redan sprids (se RP 3/2008 rd, s. 34).

Ordalydelsen i 23 § i grundlagen om undantagsförhållanden som allvarligt hotar nationen tillåter också åtgärder på förhand, förutsatt att de har en tillräckligt konkret grund.

I ljuset av den internationella jämförelseinformation som för närvarande finns tillgänglig har det visat sig vara väsentligt att åtgärderna för att bekämpa smittspridningen och att trygga servicesystemets funktionsförmåga vidtas vid rätt tidpunkt och på ett tillräckligt föregripande sätt för att de ska ha effekt. Detta är en väsentlig aspekt vid bedömningen av om åtgärderna är nödvändiga och proportionerliga. För detta ändamål ska åtgärderna under de ifrågakvarande undantagsförhållandena vara tillräckligt föregripande och snabbt kunna införas om situationen hastigt eskalerar.

Med beaktande av de ytterst vägande syftena för ibruktagandet av befogenheterna enligt beredskapslagen i en pandemisituation, det vill säga att trygga hälso- och sjukvårdssystemets funktionsduglighet och därigenom avvärja allvarliga hot mot människors liv och hälsa, har grundlagsutskottet inte ansett att befogenheterna i sig strider mot proportionalitetskravet (GrUB 2/2020 rd, s. 5, GrUB 3/2020 rd, s. 3, GrUB 7/2020 rd, s. 5).

Med tanke på regleringens proportionalitet är det av betydelse att giltighetstiden för befogenheterna enligt beredskapslagen inte föreslås bli förlängd med mer än sex veckor och att den totala giltighetstiden för befogenheterna fortfarande är relativt kort (se bl.a. GrUB 9/2020 rd, s. 4).

Den ovan konstaterade skyldigheten för det allmänna att trygga rätten till liv och hälsa samt tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster samt att trygga hälso- och sjukvårdens funktionsförmåga gäller kontinuerligt också i undantagsförhållanden (7 § i grundlagen och artikel 2 i Europakonventionen, 19 § 1 och 3 mom. i grundlagen samt artikel 12 i ESK-konventionen och artikel 11 i den reviderade europeiska sociala stadgan; FN:s konvention om barnets rättigheter och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning). Likaså gäller de övriga grundläggande fri- och rättigheter och de internationella mänskliga rättigheter som garanteras i grundlagen.

Statsrådet anser att det mot bakgrund av den aktuella kunskapen och situationen är nödvändigt och står i rätt proportion till de eftersträlvade målen att förlänga befogenheterna på det sätt som följer.

*De befogenheter att styra verksamhetsenheterna för social- och hälsovården som föreskrivs i 86 § i beredskapslagen kan tillämpas i hela landet.*

Enligt 86 § i beredskapslagen kan social- och hälsovårdsministeriet och inom sitt verksamhetsområde regionförvaltningsverket ålägga en verksamhetsenhet för social- och häl-

sovården att utvidga eller lägga om sin verksamhet, helt eller delvis flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller verksamhetsorten till någon annan ort eller att ordna verksamhet också utanför sitt distrikt, placera personer i behov av vård eller omvårdnad i sin verksamhetsenhet oberoende av vad som har bestämts, föreskrivits eller avtalats, och ställa en verksamhetsenhet eller en del av den till statliga myndigheters förfogande.

Befogenheterna enligt 86 § i beredskapslagen behövs för att skydda de rättigheter i fråga om liv, hälsa och omsorg som tryggas i 7 och 19 § i grundlagen för personer som omfattas av social- och hälsovårdstjänster. En del av dem som omfattas av dessa tjänster löper en ökad risk att bli allvarligt sjuka till följd av ett coronavirusangrepp. För att trygga i synnerhet dessa, men också andra människors, grundläggande fri- och rättigheter har man inom social- och hälsovården en särskild skyldighet att agera på det sätt som avses i 22 § i grundlagen.

Ordandet, produktionen och styrningen av social- och hälsovårdstjänsterna beskrivs ovan i avsnitt 1.5. Lagstiftningen under normala förhållanden gör det inte möjligt för statsrådet eller social- och hälsovårdsministeriet att ålägga en verksamhetsenhet att handla på ett visst sätt. För att trygga social- och hälsovårdens funktionsförmåga och rikta resurserna på ett ändamålsenligt sätt i en pandemisituation ska social- och hälsovårdsministeriet ha befogenheter att ålägga kommunala och privata tjänsteproducenter inom social- och hälsovården att ändra sin verksamhet. Det är nödvändigt att befogenheterna förlängs för att social- och hälsovårdsministeriet eller regionförvaltningsverket vid behov snabbt ska kunna fatta bindande beslut om ändring av verksamheterna i en situation där anvisningarna och styrningen inte räcker till för att trygga de ovannämnda rättigheterna.

Såsom framgår av lägesbilderna i avsnitt 1.2 och 1.3 har belastningen inom social- och hälsovården ännu inte överskridit servicesystemets bärkraft. Om antalet patienter som behöver sjukhusvård och intensivvård ökar oväntat, vilket är möjligt på grund av att viruset sprider sig i ansamlingar, är det nödvändigt att mycket snabbt kunna ändra sjukhusets verksamhet. I detta sammanhang måste man också ta hänsyn till det stegvisa och gradvisa avvecklandet av de nuvarande åtgärderna för att kraftigt begränsa smittspridning. En sådan situation kan uppstå t.ex. när hälso- och sjukvårdens bärkraft överskrids regionalt, varvid man vid behov snabbt ska kunna reagera på situationen genom bindande beslut, om situationen inte kan hanteras i rätt tid och effektivt med primära medel. Genom dessa ändringar kan brådskande tjänster och tjänster för personer i utsatt ställning tryggas på ett säkert sätt.

Vidare visar de lägesbilder som behandlas i avsnitt 1.2 och 1.3 samt social- och hälsovårdsministeriets styråtgärder som nämns i avsnitt 1.5 att sjukdomsläget har orsakat och orsakar att det i tjänsteproduktionen förekommer att servicesystemet inte i rätt tid ändrar sin servicestruktur på det sätt som klientens och patientens säkerhet och rättigheter förutsätter. För att komma till rätta med sådana situationer kan det krävas bindande styråtgärder, om man inte i rätt tid kan lösa frågan på något annat sätt. Å andra sidan har privata tjänsteproducenter också en betydande roll i produktionen av tjänster som omfattas av kommunens ansvar för att ordna tjänster, till exempel vissa socialtjänster (särskilt i fråga om tjänster för barn och äldre). Möjligheterna att snabbt ändra villkoren för den privata serviceproduktionen begränsas också av att tjänsterna är bundna till de tillstånd som beviljats dem under normala förhållanden. I takt med att servicebehovet ökar ytterligare och epidemin framskrider uppstår det situationer där det kan vara kritiskt att kunna göra snabba förändringar som säkerställer klientsäkerheten och tillräckliga tjänster genom bin-

dande beslut. Situationerna kan eskalera mycket snabbt, och då är inte heller de styrmedel som står till buds för de offentliga instanser som i grunden ansvarar för ordnandet av tjänsterna nödvändigtvis tillräckliga och rättidiga.

I ett läge där epidemin har spridit sig i hela landet insjuknar också en del av de yrkesutbildade personerna inom socialvården och hälso- och sjukvården. Det råder redan under normala förhållanden brist på socialvårdspersonal, och om någon i personalen insjuknar eller exponeras för smitta kan det leda till att nästan hela personalen hamnar i karantän t.ex. vid en vårdenhets. I detta sammanhang bör man också beakta den nationella testningsstrategin och den utökade testning, spårning av smittkedjor och karantän- eller isoleringsåtgärder enligt den som användningen av testningskapaciteten medför. Dessa kan för sin del påverka såväl belastningen på personalen och personalens tillräcklighet som de krav som ställs på det innehållsmässiga genomförandet av tjänsterna. Sjukdomssituationen har redan lett till betydande förändringar och belastning på personalen, i synnerhet när det gäller tillhandahållandet av tjänster för äldre. Utan möjligheten att i sista hand genom bindande styrmedel trygga kontinuiteten i dessa tjänster för klienterna kan det uppstå situationer där klientsäkerheten och klientens rätt till tjänster äventyras i betydande omfattning.

Hittills har man inte tvingats ta den privata socialvårdens eller hälso- och sjukvårdens kapacitet i bruk i någon större utsträckning. En utredning om den kapacitet som behövs och den kapacitet som finns att tillgå inom den privata sektorn pågår. Resurser kan överföras från t.ex. icke brådskande verksamhet till andra uppgifter inom sektorn. Från den offentliga sektorn kan andra patienter än sådana som har insjuknat i covid-19 styras till den privata sektorn, eller så kan enheter inom den privata sektorn omvandlas för att användas till behandling av patienter med ett lindrigare förlopp av covid-19. För att den privata sektorns kapacitet snabbt ska kunna tas i bruk i den aktuella situationen krävs ett beslut som grundar sig på beredskapslagen och en ersättning enligt 128 § i beredskapslagen. Också genom dessa ändringar kan brådskande tjänster och tjänster för utsatta personer tryggas på ett säkert sätt.

Vidare kan det vara nödvändigt att använda befogenheterna för att säkerställa att vissa förfaringsätt iakttas på riksnivå och genomgående i servicesystemet. Det allmänna ska säkerställa att klientens liv och hälsa skyddas med alla till buds stående och tillräckliga medel och grunda beslutsfattandet på bästa tillgängliga information. I detta avseende och för att säkerställa en jämlik behandling av klienterna är det av särskild betydelse att alla som producerar tjänsterna i fråga följer enhetliga tillvägagångssätt. Om anvisningarna följs på ett inkonsekvent sätt, är ett förpliktande, riksomfattande beslut det enda effektiva medlet för att uppnå detta syfte utan dröjsmål, eftersom en inkonsekvent tillämpning av anvisningarna allvarligt äventyrar t.ex. klient- och patientsäkerheten. Ett beslut enligt 86 § i beredskapslagen kan i ett sådant läge vara motiverat och nödvändigt i synnerhet med tanke på klienternas utsatta ställning, den ökade sjukdomsriskerna och de synnerligen allvarliga följderna, såsom allvarligt insjuknande eller dödsfall.

#### *Tillämpning av befogenheter enligt 86 § i beredskapslagen*

Social- och hälsovårdsministeriet har den 1 april 2020 fattat ett beslut om vidtagande av styråtgärder inom social- och hälsovården i enlighet med 86 § i beredskapslagen. Beslutet gällde hänvisning av sjukvårdsdistriktens personal till förhållanden som motsvarar karantänen o 14 dygn efter att ha återvänt från en utlandsresa samt till en covid-19-undersökning vid minsta misstanke om sjukdom. Beslutet var i kraft mellan den 1 och 13

april 2020 och det blev nödvändigt, eftersom man enligt de uppgifter som social- och hälsovårdsministeriet fått inte hade följt de tidigare anvisningarna på riksnivå, vilket allvarligt äventyrade möjligheterna att trygga befolkningens social- och hälsovård.

Social- och hälsovårdsministeriet håller som bäst på att utarbeta ett beslut med stöd av 86 § i beredskapslagen som innebär enhetlig användning av lämpliga skyddsanordningar i klientarbetet för att skydda klienter inom socialvården som löper ökad risk att bli allvarligt sjuka till följd av coronavirussmitta. Enligt de uppgifter som social- och hälsovårdsministeriet fått har det på riksnivå förekommit betydande skillnader i användningen av skyddsutrustning vid olika verksamhetsenheter, inom hemvården och vid lämnande av personlig assistans.

Det har tills vidare inte varit nödvändigt att meddela andra beslut med stöd av 86 § i beredskapslagen.

Beslut som social- och hälsovårdsministeriet och regionförvaltningsverket fattar i enlighet med 86 § i beredskapslagen är överklagbara. Det är därmed alltid möjligt att få dem behandlade vid domstol i enlighet med 21 § i grundlagen.

#### *Alternativ till användning av befogenheter enligt 86 § i beredskapslagen*

Lagstiftningen för normala förhållanden gör det inte möjligt för statsrådet eller ministeriet, eller någon annan myndighet, att ålägga en verksamhetsenhet för social- och hälsovård att ändra sin verksamhet. En sådan bindande styruddag förutsätter ny lagstiftning. Vid beredningen av den ska befogenheternas betydelse med tanke på grundlagen bedömas, i synnerhet i förhållande till den kommunala självstyrelsen, näringsfriheten och egendoms-skyddet.

*Kommunens i 88 § i beredskapslagen avsedda rätt att avstå från iakttagandet av i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivna frister vid ordnande av icke brådskande vård, bedömning av servicebehovet i enlighet med 36 § i socialvårdslagen (1301/2014), uppgifter som gäller anordnande av dagvård enligt lagen om småbarnspedagogik (540/2018) och uppgifter enligt hälsoskyddslagen (763/1994) kan tillämpas på det sätt som föreskrivs genom förordning av statsrådet.*

I bruktagandet av befogenheten enligt 88 § i beredskapslagen, enligt vilken tidsfristerna för icke-brådskande vård enligt hälso- och sjukvårdslagen temporärt kan frångås, har gjort det möjligt för verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården att överföra sina resurser från icke-brådskande vård till vård och brådskande vård av dem som insjuknat i covid-19 samt till annan brådskande vård. Enligt lagstiftningen under normala förhållanden är det inte möjligt att avvika från tidsfristerna för tillgång till vård, och det är därför nödvändigt att utöva befogenheter enligt beredskapslagen. Belastningen på servicesystemet har ökat till följd av att personalen insjuknat och förordnats i karantän och av att patienter som insjuknat eller misstänks ha insjuknat i covid-19 vårdas i andra lokaler och av annan personal än andra patienter.

Inom den specialiserade sjukvården kördes den icke-brådskande verksamheten ner i början av pandemin, när sjukvårdsdistriktet beredde sig på att den brådskande vården skulle öka och omdisponerade resurser för detta ändamål. Även om antalet patienter med covid-19 som vårdats på sjukhus har varit måttligt, finns det inom den specialiserade sjukvården fortfarande ett behov av att upprätthålla beredskapen att snabbt ta emot ett stort an-

tal patienter med covid-19, om infektionen snabbt sprider sig bland befolkningen. Det är därför nödvändigt att upprätthålla den icke-brådskande verksamheten inom den specialiserade sjukvården med en något mindre kapacitet än normalt ytterligare en tid, vilket leder till att tidsfristerna för tillgång till den icke-brådskande vården ökar.

Läkarbesöken inom den icke-brådskande vården inom primärvården och mun- och tandvården har minskat på grund av att den icke-brådskande verksamheten minskat samtidigt med efterfrågan, vilka beskrivs närmare i avsnitt 1.3. Avsikten med anvisningarna är att så småningom, när sjukdomsläget tillåter det, inom ramen för servicesystemets förmåga öka antalet icke-brådskande behandlingar inom primärvården, mun- och tandvården och den specialiserade sjukvården. Statsrådet har dessutom beslutat om en gradvis uppmjukning av begränsningarna för att förebygga smitta. På grund av dessa omständigheter kan man förvänta sig att befolkningen i allt större utsträckning börjar söka vård i icke-brådskande situationer, vilket kan leda till köer och fördröjningar i tillgången till vård. I det nuvarande skedet när epidemin kraftigt bromsas är det uppenbart att majoriteten av befolkningen saknar immunitet och därför fortfarande är mottaglig för smitta. En systematisk och gradvis avveckling av begränsningsåtgärderna torde leda till ökade infektioner både bland befolkningen och bland personalen inom social- och hälsovården. Det finns således fortfarande en risk för överbelastning av servicesystemet. Å andra sidan binder upprätthållandet av begränsningsåtgärderna genom exceptionella verksamhetsmodeller social- och hälsovårdens resurser och medför utmaningar som väsentligt avviker från normala förhållanden när det gäller samordningen av behovet och tillgången till tjänster samt styrningen och ledningen av servicesystemet.

Befogenheten enligt 88 § i beredskapslagen att inte iaktta tidsfristerna för icke-brådskande vård inom hälso- och sjukvården har varit i kraft i cirka två månader och kommer enligt förslaget att fortsätta gälla i ungefär en och en halv månad till, vilket ska beaktas vid bedömningen av begränsningens proportionalitet. En förutsättning för att befogenheten ska kunna utövas är att detta är nödvändigt för att trygga brådskande vård och att överskridandet av tidsfristen inte får äventyra patientens hälsa.

På basis av införandet av befogenheter enligt 88 § i beredskapslagen kan kommunen temporärt avstå från att iaktta de bedömningar gällande servicebehovet som avses i 36 § i socialvårdslagen. Befogenheten har preciserats genom den tillämpningsförfordning som utfärdades den 6 april 2020 (197/2020) så att kommunen endast kan avstå från den tidsfrist på sju vardagar för det inledande av bedömningen av servicebehovet som avses i 36 § 2 mom. i socialvårdslagen. Bestämmelsen har också i en mer begränsad form än den ursprungliga tillämpningsförfordningen (127/2020) gjort det möjligt att genom uppskjutande av den bedömningen få tilläggsresurser för det ökade behovet av bedömning av det brådskande servicebehovet på grund av covid-19-epidemin samt att förbereda sig på det redan ökade och fortsatt ökande servicebehovet den framskridande epidemin ger upphov till. Samtidigt har man kunnat ersätta den brist på personalresurser som uppstått till följd av epidemin bl.a. i fråga om tjänster som tillhandahålls i hemmet samt i handlednings- och rådgivningsuppgifter inom socialvården.

Vid bedömningen av bestämmelsens proportionalitet ska hänsyn tas till den relativt korta giltighetstiden för begränsningen, med beaktande av att bestämmelsen hittills har varit i kraft i knappt två månader och i enlighet med vad som här föreslås kommer att gälla i ytterligare en och halv månad. Den totala giltighetstiden för befogenheterna kan fortfarande anses vara relativt kort. Å andra sidan omfattas tillämpningen av bestämmelsen av skyldigheter som inskränker användningen av bestämmelsen. Vid tillämpningen av be-

stämelsen ska det beaktas att sloandet av tidsfristen för inledande av bedömningen av servicebehovet inte får leda till att personens oundgängliga försörjning och omsorg äventyras. Behovet av brådskande hjälp ska enligt 1 mom. alltid bedömas omedelbart. Dessutom ska också skyldigheten enligt den första meningen i 2 mom. fortfarande iakttas, vilket innebär att bedömningen av servicebehovet ska inledas utan dröjsmål och slutföras utan ogrundat dröjsmål. När bedömningen av servicebehovet skjuts upp ska man alltid också beakta att bestämmelsen gäller personer vars ställning redan har kunnat försämrats av de inskränkningar i servicen och andra åtgärder som undantagsförhållandena gett upphov till. När det gäller den föreslagna regleringen bör man också i fortsättningen beakta betydelsen av de internationella förpliktelser om mänskliga rättigheter som grundlagsutskottet betonat vid behandlingen av tidigare förordningar, i synnerhet konventionen om barnets rättigheter och konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt Europeiska sociala stadgan. Utskottet har också betonat de förbud mot diskriminering som ingår i grundlagen och i internationella människorättskonventioner vid tillämpningen av förordningen (GrUB 4/2020 rd, GrUB 9/2020 rd och GrUB 15/2020 rd).

Lägesbilden av belastningen inom socialvården beskrivs närmare i avsnitt 1.3. Man har kunnat konstatera ett ökat servicebehov i synnerhet i fråga om handlednings- och rådgivningstjänster inom socialvården, ekonomiskt stöd, tjänster för barnfamiljer samt tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning. Avsikten med anvisningarna har varit att styra skötseln av en stark basservice särskilt i fråga om utsatta klienter samt påmint om bedömningen av ett brådskande servicebehov, som ska göras omedelbart i fråga om alla klienter. I enlighet med vad som beskrivs ovan i fråga om läget inom hälso- och sjukvården och regeringens beslut om en gradvis uppmjukning av begränsningarna kan man också förvänta sig en ökning av servicebehovet inom socialvården, brist på personal samt ett behov av personalflyttningar. Denna situation kan uppstå t.ex. i fråga om tjänster för äldre personer, om personalen insjuknar i stor utsträckning.

En förutsättning för utövande av den befogenhet att bedöma servicebehovet inom socialvården som avses i 88 § i beredskapslagen är att det är nödvändigt för att trygga social- och hälsovårdens funktionsförmåga och att överskridandet av tidsfristen för inledande av bedömningen av klientens servicebehov inte äventyrar nödvändig försörjning eller omsorg. Möjligheten att tillfälligt avstå från den tidsfrist för inledande av bedömning av servicebehovet som avses i 36 § 2 mom. i socialvårdslagen är fortfarande nödvändig för att socialvårdens funktionsförmåga och resurser ska kunna tryggas och därmed också nödvändig omsorg och tillräcklig socialservice, särskilt i fråga om tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning.

*Befogenheterna enligt 93 § 2 mom. att avvika från arbetstidslagens (872/2019) bestämmelser om vilotider och övertidsarbete samt semesterlagens (162/2005) bestämmelser om givande av semester inom hälsovården, socialväsendet, räddningsväsendet och nödcentralernas verksamhet och i polisväsendet på de villkor som föreskrivs i 3 mom. i den paragrafen, och*

*rätten enligt 94 § 3 och 4 mom. att förlänga uppsägningstiden för en arbetstagare, tjänsteman eller kommunal tjänsteinnehavare inom hälsovården, socialväsendet, räddningsväsendet och nödcentralernas verksamhet.*

Enligt uppgifter från arbets- och näringsministeriet har ibruktagningsförordningens befogenheter att avvika från anställningsvillkoren och uppsägningstiderna tills vidare använts återhållsamt och då närmast endast inom social- och hälsovården. Semestrarna har an-

mälts med kortare tidsfrister än normalt, i viss mån har man varit tvungen att flytta fram och avbryta semestrarna. Undantagen från arbetstidsregleringen är koncentrerade till övertidsarbete utan arbetstagarens samtycke och i vissa fall har man tvingats förkorta vilotiderna. Förlängningen av uppsägningstiderna har använts i mycket begränsad utsträckning. Befogenheterna har använts endast när arbetsgivarsidan ansett att det har varit nödvändigt att tillgripa dem. I övrigt har man hållit sig inom ramarna för den normala lagstiftningen. Personalen har i enlighet med de möjligheter kollektivavtalet ger flyttats från en uppgift till en annan och utbildats för sådana uppgifter som enligt bedömningar ansetts kräva mer personal och personal med specialkompetens. Detta har kunnat leda till avvikande semesterarrangemang. Verksamhetsenheterna inom hälso- och sjukvården har också rapporterat att arbetstidsarrangemang har genomförts med iakttagande av arbetstidslagens bestämmelser utan att det har varit nödvändigt att använda undantagsfullmakter för dem.

Det finns inte några exakta uppgifter om vid hur många verksamhetsenheter inom social- och hälsovården eller andra verksamhetsenheter som arbetstagare har berörts av undantagsåtgärderna enligt förordningen och hur många arbetstagare de omfattat. Det finns regionala skillnader i utövandet av befogenheterna beroende på i vilket skede av epidemin området i fråga befinner sig. Om antalet sjukdomsfall varit litet har det inte varit nödvändigt att använda undantagsbefogenheterna, medan verksamheten i vissa regioner inte skulle ha kunnat upprätthållas utan de möjligheter att använda dem som förordningen ger. Befogenheterna och en förlängning av möjligheterna att använda dem har särskilt inom hälso- och sjukvården och äldreomsorgen ansetts vara nödvändiga för att man ska kunna förbereda sig inför det ökade service- och personalbehovet på grund av den ökade sjukfrekvensen, överraskande karantänsituationer och den kommande semesterperioden.

Enligt de uppgifter som social- och hälsovårdsministeriet fått har flexibiliteten i anställningsvillkoren använts i viss utsträckning inom social- och hälsovårdssektorn. Enligt den enkät om lägesbilden inom socialvården som social- och hälsovårdsministeriet genomfört i samarbete med regionförvaltningsverken och Institutet för hälsa och välfärd har servicebehoven inom socialvården uppvisat en omfattande ökning sedan fyra veckor tillbaka. Ökningen av servicebehovet har rapporterats särskilt i fråga om ekonomiskt stöd, hemservice och hemvård, barnskydd samt mentalvårdsarbete och alkohol- och drogarbete. Servicebehovet i anslutning till boendeservice hade ökat något under vecka 18, medan 23 procent av de kommunala aktörer som svarade rapporterar om ett ökat servicebehov i anslutning till bl.a. hemservice och hemvård. Kommunens förmåga att producera institutions- och boendeservice bedömdes vara tillfredsställande av 9 procent av respondenterna och dålig av 1 procent. I fråga om övriga öppenvårdstjänster ansåg 17 procent av respondenterna att situationen är utmanande och 1 procent att den är dålig. Kommunerna bedömer att situationen för privata tjänsteproducenter i området i genomsnitt är något bättre än så. I de öppna svaren i enkäten framfördes en stark oro över hur personalen ska räkna till med tanke på eventuell exponering eller insjuknande, problemen att rekrytera vikarier och sommaranställda samt möjligheterna att trygga personlig assistans inom närståendevården och tjänsterna för personer med funktionshinder i sjukdomsfall. Respondenterna oroades sig också för hur personalen ska orka i och med att arbetsmängden, klient- och patientfallen och den psykiska belastningen ökar.

Hittills finns det inte tillgång till någon numerisk information i fråga om personalens tillräcklighet inom primärvården. Den information social- och hälsovårdsministeriet samlat in inom primärvården kommer att vara tillgänglig den vecka som inleds den 4 maj 2020. I en enkät som kommer att sändas till kommuner och samkommuner kartläggs personal-



bristen i öppenvården inom primärvården, vården på bäddavdelning, den förebyggande hälso- och sjukvården, mentalvårds- och missbrukarservicen samt mun- och tandvården.

Grundlagsutskottet har i sitt betänkande GrUB 13/2020 rd om tillfälliga undantag vid tillämpningen av vissa bestämmelser i semesterlagen, arbetstidslagen och arbetsavtalslagen fäst uppmärksamhet vid målgruppen för tillämpningen av förordningen och konstaterat att det förblir oklart åtminstone i fråga om hälso- och sjukvården och socialväsendet vilka personkretsar regleringen ska tillämpas på. Social- och hälsovårdsministeriet har i sin anvisning den 6 april 2020 närmare definierat tillämpningsområdet för förordningen. När befogenheterna enligt 93 och 94 § i beredskapslagen förlängs kommer det i motiveringspromemorian till tillämpningsförordningen att ges en närmare redogörelse för det personrelaterade tillämpningsområdet för förordningen.

Inom social- och hälsovården som helhet betraktad vårdas i stor utsträckning befolkningsgrupper som har ett kontinuerligt och vitalt behov av tjänster för att trygga sina liv och sin hälsa. Allt eftersom servicesystemet inom social- och hälsovården blir allt mer belastat kan bristen på arbetskraft inom sektorn dessutom öka på grund av att social- och hälsovårdspersonal insjuknar. Smitta som har spridit sig till personal och boende hotar vården och omsorgen samt klient- och patientsäkerheten inom hemvården, vid olika boendeserviceenheter och vid vårdinrättningar. Bristen på arbetskraft kan på ett betydande sätt försvåra dessa kritiska tjänsters funktion och på så sätt äventyra befolkningens hälsa och klient- och patientsäkerheten.

Det bör inom servicesystemet för social- och hälsovården finnas möjligheter att vidta tillräckligt omfattande och snabbt tillgängliga åtgärder för att trygga servicesystemets funktionsförmåga och på så sätt säkerställa att människors grundlagsenliga rätt till liv och hälsa samt tillräckliga social- och hälsovårdstjänster tillgodoses och att allvarlig fara för liv och hälsa avvärjs genom ändamålsenliga tjänster. Genom de befogenheter som införs med stöd av beredskapslagen tryggas uttryckligen en tillräcklig funktionsförmåga med avseende på social- och hälsovårdstjänsterna för att säkerställa den övergripande tillgången till brådskande tjänster, tjänster för utsatta befolkningsgrupper och andra oundgängliga tjänster i rätt tid.

Virusepidemin kan leda till personalbrist i samhällets vitala funktioner på två sätt: För det första kan den personal som arbetar inom samhällets vitala funktioner insjukna i virus-sjukdomen eller bli försatt i karantän. För det andra kan servicebehovet inom dessa funktioner öka avsevärt under virusepidemin. Båda dessa faktorer kan leda till att det finns alltför lite personal i förhållande till behovet. Såsom konstateras i avsnitt 1.2 har Institutet för hälsa och välfärd bedömt att virusepidemin ännu inte har nått sin topp på riksnivå eller ens i Nyland, som i fråga om epidemins tidsmässiga utveckling befinner sig några veckor före de övriga landskapen.

I en pandemisituation är det nödvändigt att säkerställa att det finns tillräckligt med kompetent social- och hälsovårdspersonal. En förlängning av befogenheterna är nödvändig särskilt i fråga om personalen inom hälso- och sjukvården och socialvården

*Sammanfattning av nödvändigheten och proportionaliteten i utövningen av de föreslagna befogenheterna*

Betydande rättsfördelar eftersträvas med utövandet av de nämnda befogenheterna och sådana kan också uppnås så att klienternas och patienternas säkerhet och rätten till ser-

vice tryggas. De aktuella lägesbilderna såväl om hur epidemin framskrider när de nuvarande åtgärderna för att begränsa smittan avvecklas stegvis och gradvis som om belastningen i servicesystemet och de ändringar som systemet är föremål för visar allttjämt att det föreligger konkreta risker dels för att systemet ska överbelastas, dels för snabba och oförutsedda ändringsbehov. Dessa befogenheter får utövas och utövas endast om det är nödvändigt och proportionerligt i den aktuella situationen. Utövande av fullmakten ålägger inte parterna sådana skyldigheter som går utöver vad som annars vore nödvändigt för att trygga dessa rättsintressen vid tillämpningen av lagstiftningen om patientens och klientens rättigheter, ställning och tjänster. Bestämmelserna i beredskapslagen innehåller rätt till skälig kompensation med anledning av beslut. Således står ibruktagningen av befogenheterna också i rätt proportion till sitt syfte.

Såsom konstateras i avsnitt 1.2 om den epidemiologiska lägesbilden har smitta konstaterats i varje landskap och även på Åland. Även om största delen av fallen har konstaterats i Nyland, närmar sig den kumulativa förekomsten i flera landskap situationen i Nyland. Eftersom covid-19-epidemin sprids på ett oförutsebart sätt i ansamlingar klungor är det sannolikt att ett betydande antal sjukdomsfall kan uppkomma på kort tid i vilken kommun som helst i Finland. Eftersom det går att förutse uppkomsten av epidemihärdar på förhand och eftersom det enligt den epidemiologiska lägesbedömning som Institutet för hälsa och välfärd har gjort fortfarande finns en stor risk för att epidemin ska blossa upp på nytt, är det nödvändigt att föreskriva om en fortsatt utövning av befogenheterna inom hela riket och på Åland.

På grund av epidemins utvecklingsförlopp finns det fortfarande ett behov av de föreslagna bestämmelserna, i synnerhet om kulmen för den första epidemivågen i Nyland infaller mellan den 26 april och 25 maj 2020, för bäddavdelningarna mellan den 6 maj och 4 juni 2020 och för intensivvården mellan den 12 maj och 10 juni 2020. (Preliminärt modellarbete av Institutet för hälsa och välfärd, SHM:s utlåtande 14.4.2020). Det bör dock noteras att dessa prognoser från HNS och Institutet för hälsa och välfärd om behovet av intensivvård innehåller många antaganden och osäkerhetsfaktorer.

Följaktligen ska de föreslagna förordningarna om fortsatt utövning av befogenheterna i enlighet med beredskapslagen enligt förslaget gälla från den 14 maj till och med den 30 juni 2020.

#### *Konsekvensbedömning av åtgärder som vidtagits under undantagsförhållandena*

Covid-19-epidemin klassas som en pandemi som till sina verkningar kan jämföras med en synnerligen allvarlig storolycka. Utöver de befogenheter som förordningarna om ibruktagning av beredskapslagen möjliggör har statsrådet inlett en rad andra åtgärder som syftar till att minska kontakterna mellan människor för att bromsa spridningen av epidemin och säkerställa servicesystemets funktionsförmåga inom social- och hälsovården, så att det också under undantagsförhållandena kan ordnas tillräckligt med social- och hälsovårdstjänster.

En del av regeringens beslut har lett till ändringar i lagstiftningen och en del har gällt principbeslut om införande i olika funktioner av lagen om smittsamma sjukdomar. Dessutom har en del av regeringens principbeslut varit rekommendationer till olika aktörer. Detta åtgärdspaket som syftar till att bekämpa den smittsamma sjukdomen har haft olika följder för olika samhällssektorer. En helhetsbedömning av dessa spridningseffekter be-

hövs för att man i epidemins olika faser ska kunna bedöma de olägenheter som restriktionerna medför för samhället i förhållande till den nytta de medför.

För närvarande är det möjligt att bedöma konsekvenserna av olika åtgärder för hantering av coronaepidemin endast på ett ganska allmänt plan. Vid bedömningen ska de olika åtgärdernas samverkande effekter och spridningseffekter på ekonomin, myndigheternas verksamhet och samhället beaktas. De samhällsliga konsekvenserna har samband med tillgodoseendet av de grundläggande och de mänskliga rättigheterna samt med medborgarnas ställning, förhållanden och verksamhetsmöjligheter.

Institutet för hälsa och välfärd publicerade den 24 april 2020 sin första konsekvensanalys av effekterna av covid-19-epidemin på befolkningens servicebehov, servicesystemet och samhällsekonomin. (<https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/coronaepidemin-ger-langvariga-konsekvenser-for-manniskors-valfard-och-social-och-halsovardstjansterna>). Enligt analysen får epidemin långtgående konsekvenser för människors välfärd och för social- och hälsovårdstjänsterna. Ju längre situationen fortgår, desto mera hopar sig servicebehoven. Enligt rapporten kommer det att bli svårt att beta av köerna och det kommer att öka behovet av resurser inom social- och hälsovården. Enligt rapporten har kommunerna och samkommunerna befunnit sig i en ojämlig ställning i fråga om beredskapen för och förmågan att reagera på epidemin. De stora samkommunerna har bättre förutsättningar att leda personalen och fördela resurserna. Rapporten lyfter också fram de grupper vars förmåga att klara av vardagen och orka psykiskt påverkas särskilt av epidemin och restriktionerna. Utöver dem som hör till en riskgrupp omfattas även personer med psykisk ohälsa eller missbruksproblem och de bostadslösa som har hållits under armarna i vardagen av många olika stödformer i grupp som baserar sig på växelverkan. Också många barnfamiljer befinner sig i en ansträngd situation som förvärras ytterligare av de tilltagande utkomstproblemen. Särskilt sårbara är familjer som redan tidigare har haft problem eller begynnande problem.

Även den ekonomiska kris som eventuellt följer av undantagsförhållandena kan få betydande konsekvenser för befolkningens välfärd och hälsa. Enligt en bedömning av Institutet för hälsa och välfärd kan försämrade framtidsutsikter och konkretiserade utkomstproblem komma till synes som lägre sinnesstämning efter mars och senast i sommar. Olika tolkningar av restriktionerna har redan nu lett till spridningseffekter som kan öka hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna. I bedömningar som gjorts efter tidigare ekonomiska kriser har det konstaterats att de har konsekvenser för alkoholdödligheten, antalet självmord, ökningen i dödlighet på grund av våld, ett försämrat hälsobeteende och även ökad dödlighet bland annat på grund av cancer och hjärtsjukdomar. Dessutom har det konstaterats att ekonomiska kriser ökar hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna. För Finlands del är dessa risker betydande, eftersom det i EU:s senaste länderutvärdering konstateras att sådan dödlighet, som kunde ha förebyggts genom folkhälsoåtgärder, är något vanligare i Finland än i EU i genomsnitt.

Vid sidan av klient- och patientgrupperna är det viktigt att komma ihåg att följderna av epidemin och åtgärder som hänför sig till den är olika för olika arbetstagargrupper. Den exceptionella situationen är en stressfaktor för alla oberoende av arbetssituation. Personalen inom social- och hälsovården och andra som arbetar med kritiska uppgifter löper särskild risk för överbelastning.

Undantagsförhållandena ger effekter på hela befolkningens välfärd och hälsa, men effekterna fördelar sig ojämnt så att de sannolikt är större för människor i svagare ställning.

Till exempel hos äldre människor som är hemma i karantänliknande förhållanden kan funktionsförmågan försämrats snabbt för att de rör på sig mindre, har ett sämre näringsintag och färre sociala kontakter. Också en del barnfamiljer behöver i det här svåra läget mera stöd än andra för att hantera vardagen, eftersom familjernas eget stödnätverk inte kan ställa upp. Det finns många familjer med endast en vuxen som bär ansvaret för vardagen. Dessutom har det stöd i vardagen som skolan och småbarnspedagogiken tillhandahåller fallit bort. Tecken på ökat våld i nära relationer och inom familjen har observerats. Den samhälleliga osäkerheten och hotbilderna i anknytning till ekonomi och hälsa belastar befolkningen i allmänhet och ökar oron och frågorna om den egna utkomsten och hur man ska klara sig. Särskilt sårbara grupper är invandrare, personer med mentala störningar eller missbruksproblem, personer med funktionsnedsättning, bostadslösa och personer som behöver tillfälligt boende, mindre bemedlade och personer som inte har tillräckliga möjligheter att uträtta ärenden på nätet.

Inskränkningar i tjänsterna och införandet av restriktioner i rörligheten inom servicen för äldre, i synnerhet för dem som bor hemma, har lett till och kommer i ökande grad att leda till att bland annat äldre personers välbefinnande och funktionsförmåga försämrats. Detta trots att ministeriet och tillsynsmyndigheterna i sin styrning starkt betonar tryggheten av basservicen även under undantagsförhållandena. Bland annat har indragningen av dagverksamhetens gruppverksamhet med stöd av smittskyddslagen minskat interaktionen och de sociala kontakterna med andra människor avsevärt. I alla kommuner har det inte ordnats ersättande funktioner för dessa tjänster, såsom tjänster för främjande av välfärd på distans, eller så har de äldre inte kompetens och möjlighet att utnyttja dem. För närstående vårdare blir det svårare att orka när de servicealternativ som står till buds för vårdbehövande när närstående vårdaren ska vara ledig blir färre, vilket leder till att många låter bli att utnyttja sin ledighet. Åtminstone en del äldre som inte omfattas av regelbundna tjänster är i en särskild risk att falla utanför social- och hälsovårdstjänsterna och rådgivningen och handledningen i samband med det.

Enligt artikel 3 i konventionen om barnets rättigheter ska vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Dessutom åtar sig konventionsstaterna att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet.

Coronapandemin kan bedömas ha både direkta och långsiktiga konsekvenser för barnens välbefinnande. Konsekvenserna kommer sannolikt mest att drabba de barn som har haft en svagare ställning redan före coronapandemin. Utöver mindre bemedlade familjer känns de ekonomiska svårigheterna särskilt i de hushåll där det sker plötsliga förändringar i försörjningen. Före krisen uppskattades antalet barn i fattiga familjer enligt inkomstfördelningsstatistiken till cirka 119 000. Olika aktörer har uttryckt sin starka oro över de barns välbefinnande och möjligheter att få hjälp där de vuxna i familjen brukar allt mera rusmedel och tillgriper våld.

*Konsekvenser för äldre personer av slopandet av tidsfristen för inledande av bedömning av servicebehovet enligt 36 § 2 mom. i socialvårdslagen*

En specialbestämmelse om bedömning av servicebehovet för äldre personer finns i 36 § 2 mom. i socialvårdslagen, enligt vilket bedömningen av servicebehovet för personer över

75 år ska inledas senast den sjunde vardagen efter det att klienten, en anhörig eller en närstående eller klientens lagliga företrädare har kontaktat den kommunala myndighet som ansvarar för socialservicen för att få service. Också i 15 § 2 mom. i äldreomsorgslagen hänvisas det i fråga om utredning av äldre personers servicebehov till den bestämmelsen i socialvårdslagen.

Enligt anvisningarna om risken för coronavirussmitta hör dock även personer som är yngre än så, det vill säga personer över 70 år, till riskgruppen. Det finns inga exakta statistiska uppgifter om hur slopanDET av tidsfristen i enlighet med beredskapslagen har genomförts. Utifrån den allmänna lägesbilden från kommunerna är intrycket dock att man ännu inte har behövt tillämpa denna bestämmelse i någon större utsträckning, utan bedömningarna har i regel kunnat göras inom den tidsfrist lagen kräver genom att göra dem på distans per telefon eller på något annat sätt. I vissa fall kan det dock bedömas att avvikelser från tidsfristen på sju vardagar för bedömning av äldre personers servicebehov har kunnat fördröja kundernas tillgång till service i icke-brådskande fall. Hälstillståndet och behovet av hjälp för äldre och personer med flera sjukdomar kan förändras snabbt, vilket kan ha lett till att tillgången till hjälp har fördröjts för att bedömningen fördröjts. Också slopanDET av fysiska möten och övergången till kontakt på distans kan öka riskerna när det gäller att identifiera stödbehovet.

Anställda i kommunerna har överförts från den nedstängda dagverksamheten och från olika utvecklingsprojekt exempelvis till kundhandledning och till den utökade telefonrådgivningen. Telefonrådgivningen fördelas mellan olika aktörer, exempelvis i Vanda gör man så att social- och hälsovården svarar för rådgivningen till personer över 85 år medan kommuninvånarservicen och församlingen håller kontakt med personer under 85 år. Kundhandledningen har intensifierat kontakterna per telefon också med familjer med närstående vårdare, klienter inom personlig assistans, klienter inom stödtjänster för hemmaboende och klienter med minnessjukdom. Antalet orosanmälningar har ökat något.

Den sociala bärkraften och välmåendet kan försämrats av att äldre människor dragit sig tillbaka till sina hem och inte söker hjälp eller kommer till mottagningen när de har olika problem. Detta kommer framöver att försvåra behandlingen av kroniska sjukdomar och belasta servicesystemet på många sätt. Det är betydelsefullt och viktigt med tanke på det offentliga servicenätet att man tillämpar metoder för uppsökande arbete och utnyttjar organisationsaktörernas kapacitet och sätt att nå dem som är i behov av stöd. Det ökade samarbete mellan tredje sektorn och kommunala aktörer som den exceptionella situationen gett upphov till när det gäller att identifiera människors behov av hjälp kan i princip ses som en positiv följd av de handlingsmodeller som har tagits fram under undantagsförhållandena. Här föreligger dock en risk för att aktörernas roller blandas ihop och ansvaret fördunklas, om man inte tillräckligt tydligt har kommit överens om att de som är i behov av stöd ska hänvisas till socialvården.

Efter undantagsförhållandena kan efterfrågan på bedömning av servicebehovet i fråga om äldre servicen skjuta i höjden. Behovet av stödtjänster för äldre närståendevårdare och deras vårdbehövande kan också öka betydligt.

Något som kan försämra den sociala bärkraften är bland annat att antalet personer som får besöka en klient inom hemvården har begränsats, liksom också vid enheter för dygnetruntvård. Ett minskat antal kontakter med anställda ökar behovet av anställda och av overtidsförordnanden, vilket i sin tur ökar lönekostnaderna och därmed anstränger kom-

munernas ekonomi och ekonomiska stabilitet. Det kan också ha konsekvenser för hur bra eventuella förändringar i stöd- eller vårdbehovet i klientens situation observeras.

Vid bedömningen av de eventuella negativa konsekvenserna av de befogenheter som tagits i bruk med stöd av beredskapslagen och av de åtgärder som vidtagits med stöd av smittskyddslagen för bedömningen av äldre personers servicebehov och tillgång till tjänster samt för genomförandet av dem, bör dock beaktas att syftet med ibruktageandet av befogenheterna är att bromsa spridningen av coronaviruset och att skydda särskilt äldre personer över 70 år samt personer med flera sjukdomar mot smittorisker. Tillgängliga forskningsrön visar att coronavirus är en särskild risk för äldre personer och därför har skyddet av personer över 70 år mot smitta ansetts särskilt viktigt när spridningen av den smittsamma sjukdomen ska förhindras. Från aktörerna inom socialvården kommer dock ett starkt budskap om att även om man ännu inte i någon högre grad har varit tvungen att slopa tidsgränserna för bedömningen av servicebehovet, är det skäl att notera att epidemitoppen på de flesta ställen bara är i sin linda, vilket ökar trycket och utmaningarna inom socialvården med tanke på tidsfristerna. För att trygga den oundgängliga äldreservicen är det skäl att hålla kvar möjligheten till flexibilitet i fråga om tidsfristerna.

*Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning av slopandet av tidsfristen för inledande av bedömning av servicebehovet enligt 36 § 2 mom. i socialvårdslagen för personer med funktionsnedsättning*

Personer med funktionsnedsättning får ofta sådan specialservice inom socialvården som omfattas av kommunens organiseringsansvar och som tryggar deras rätt till oundgänglig omsorg, likabehandling och delaktighet. Slopandet av tidsfristen för bedömning av servicebehovet enligt 36 § 2 mom. i socialvårdslagen gäller inte utredning av servicebehovet enligt 3 a § 1 mom. i handikappservicelagen. Förordningen har således inga direkta konsekvenser för tillhandahållandet av nödvändig specialservice inom socialvården för personer med funktionsnedsättning. Det har dock observerats att förordningen har haft indirekta konsekvenser för praxisen vid bedömningen av servicebehovet hos personer med funktionsnedsättning samt för beviljandet och genomförandet av servicen.

Personer med funktionsnedsättning kan utöver service enligt handikappservicelagen också behöva socialservice där man med stöd av 3 mom. i den föreslagna förordningen kan slopa tidsfristen för bedömning av servicebehovet enligt 36 § 2 mom. i socialvårdslagen. I fråga om vissa tjänster kan detta också fördröja bedömningen av servicebehovet hos en person med funktionsnedsättning. Till exempel kan bedömningen av behovet av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte samt av mentalvårds- och missbrukartjänster senareläggas. I fråga om den föreslagna regleringen ska en nödvändighetsbedömning göras vad gäller åtgärdens syfte och verkningar. Vid bedömningen ska tillgodoseendet av de grundläggande fri- och rättigheterna beaktas, såsom rätten till liv enligt 7 § i grundlagen, rätten till oundgänglig omsorg enligt 19 § 1 mom. i grundlagen, rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. samt det allmännas skyldighet enligt 22 § att se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Dessa rättigheter ska bedömas i förhållande till utövandet av de befogenheter som behövs under undantagsförhållandena, för att säkerställa att det finns tillräckligt med personal och att den kan överföras till andra tjänster till exempel när det under undantagsförhållandena behövs mera personal i uppgifter inom den nödvändiga socialvården. Många personer med funktionsnedsättning kan också på grund av sin funktionsnedsättning eller sjukdom höra till riskgruppen för coronaviruset.

Enligt regionförvaltningsverkens sammanställning av kommunernas och samkommunernas lägesbild av socialvården veckorna 15–18 har det hittills inte skett några betydande förändringar i behovet av handikappservice. Cirka nio av tio kommuner anser att behovet av handikappservice är oförändrat. När det gäller personer med funktionsnedsättning bör man dock också beakta att deras behov av service framöver kan öka till följd av coronavirusinfektionen och de åtgärder som vidtagits för att bromsa dess spridning och att detta behov ska kunna tillgodoses på behörigt sätt. Till exempel i fall av sjukdom kan tillgången till personliga assistenter och personal vid verksamhetsenheter bli svår att hantera. De kommuner och samkommuner som ansvarar för ordnandet av tjänsterna ska bereda sig på dessa situationer på förhand och ge anvisningar till exempel till personer som får personlig assistans och deras assistenter, till personer som får närståendevård och deras närståendevårdare om den situation som coronavirusinfektionen orsakar och om hur de ska agera.

I bruktagandet av befogenheterna enligt beredskapslagen och åtgärder enligt lagen om smittsamma sjukdomar har observerats konsekvenser för kommunernas verksamhet i form av en mer omfattande minskning av tjänsterna och funktionerna än vad som avsetts. Felaktig tolkning av SHM:s anvisningar har gett upphov till felaktig praxis vid bedömningen av servicebehovet samt vid beviljandet och genomförandet av tjänster. Enligt uppgift har det skett ändringar i bedömningen av servicebehovet, även om de utfärdade förordningarna inte är tillämpliga på bedömningen av servicebehovet inom handikappservicen. I fråga om personlig assistans har service inte beviljats med hänvisning till coronavirussituationen eller så har personen inte haft möjlighet att använda den beviljade personliga assistansen till exempel i en boendeenhet. SHM har i sina anvisningar och sin styrning upprepade gånger betonat att det inte finns grunder för sådana ändringar utifrån undantagsförhållandena. Kortvariga vårdplatser för personer med funktionsnedsättning har stängts eller så har närståendevårdaren uppmanats att undvika att söka sig till dem under sin ledighet. Detta tär på närståendevårdarnas krafter när det gäller personer med funktionsnedsättning och kan öka behovet av och efterfrågan på tjänster på längre sikt.

Nedläggningen av dag- och arbetsverksamheten har inte alltid kunnat ersättas med alternativa verksamhetsformer och detta kan bli allt svårare om sjukfrekvensen bland personalen inom handikappservicen ökar. Att tjänster som erbjuder meningsfull sysselsättning stängs kan få personer med funktionsnedsättning att må sämre och göra det svårare för kommunerna att trygga kontakterna med personer med funktionsnedsättning. I vissa fall har anhöriga upplevt att det enda sättet att trygga vården och omsorgen för en person med funktionsnedsättning, när servicen har stängts, är att lämna förvärvsarbetet.

När det gäller besöksförbudet vid verksamhetsenheterna har det varit oklart vilka parter utanför enheterna förbudet gäller. Besöksförbudet har felaktigt utsträckts till att gälla även aktörer utanför enheten som tillhandahåller någon tjänst, såsom personliga assistenter eller personer som ger rehabilitering. Dessutom har det förekommit att personers rörelsefrihet in och ut från verksamhetsenheten har begränsats med hänvisning till besöksförbudet. Besöksförbudet berättigar dock inte till att begränsa rörligheten utanför verksamhetsenheten för personer med funktionsnedsättning, såsom till arbete eller hemledighet. På fältet har det observerats ovisshet om att en persons rörelsefrihet under undantagstillståndet som orsakas av coronavirussituationen endast får begränsas genom karantän och isolering i enlighet med lagen om smittsamma sjukdomar.

Vid ordnandet av service för personer med funktionsnedsättning ska artikel 11 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning beaktas även under undan-

tagsförhållanden. Enligt artikeln ska konventionsstaterna vidta alla åtgärder som är nödvändiga för att säkerställa skydd och säkerhet för personer med funktionsnedsättning som är i risksituationer.

*Konsekvenser för barn och socialservice för barn av slopandet av tidsfristen för inledande av bedömning av servicebehovet enligt 36 § 2 mom. i socialvårdslagen*

Enligt de kommunala aktörernas lägesbild rapporterar cirka 49 procent av kommunerna att illamåendet bland barn och unga ökar. Också de stödbehov som hänför sig till barnskyddet har ökat. Bland de kommuner och samkommuner som svarade rapporterar 23 procent om en ökning i detta avseende. Också en ökning jämfört med föregående vecka kunde skönjas. Slopandet av tidsfristen för bedömning av servicebehovet inverkar inte direkt på bedömningen av barnens eller barnfamiljernas servicebehov, om barnet inte har det högsta vårdbidraget enligt lagen om handikappförmåner. Servicebehovet för ett barn med funktionsnedsättning ska alltid utredas inom den tidsfrist på sju vardagar som anges i 3 a § 1 mom. i handikappservicelagen, vilket innebär att konsekvenserna utifrån tillämpningsförfordningen inte heller till denna del riktar sig till barn med funktionsnedsättning. Det kan dock förekomma situationer där ett barn får det högsta vårdbidraget enligt lagen om handikappförmåner, men av någon anledning inte alls är klient inom handikappservicen. Detta torde dock vara en mycket exceptionellt.

Bedömningen i enlighet med 36 § 3 mom. i socialvårdslagen av hurdan servicebehov ett barn som behöver särskilt stöd har ska alltjämt inledas senast den sjunde vardagen efter det att ärendet har inletts. Slopandet av tidsfristen för bedömning av servicebehovet sträcker sig inte heller till bedömning av servicebehovet enligt barnskyddslagen, men resursutmaningarna inom socialvården på grund av den exceptionella situationen kan fördröja tillgången till behovsrelaterad service för barnet och familjen, varvid barnets bästa och rätt till behovsrelaterad service kan äventyras. Målet är att barn och familjer i första hand ska få de tjänster de behöver med stöd av socialvårdslagen. Kommunerna har anpassat sina tjänster på olika sätt under undantagsförhållandena, men tryggheten av barnens välfärd förutsätter fungerande och lättillgängliga social- och hälsovårdstjänster på basnivå.

Barnskyddets tjänster för öppenvård, vård utom hemmet och eftervård omfattar cirka 73 000 barn och unga (uppgift för 2018). Sporadiska kommunspecifika uppgifter ger vid handen att antalet barnskyddsanmälningar har minskat under undantagsförhållandena. I och med att de sociala kontakterna minskar stannar familjernas problem i allt högre grad i det fördolda, och yrkesfolk får inte kännedom om iakttagelser som gäller barns välbefinnande. Den sociala isoleringen kan göra det svårare att genomföra skyddsutredningen.

Antalet brådskande placeringar av barn antas öka under undantagsförhållandena. Redan nu finns det tecken på att föräldrar som redan tidigare har haft det svårt att orka har blivit utmattade i den sociala isoleringen när samtidigt andra stödåtgärder minskar och småbarnspedagogiken och den grundläggande utbildningen sker hemma.

*Konsekvenser för sysselsättningen och arbetslivet*

De åtgärder som vidtagits för att stävja den smittsamma sjukdomen har lett till att olika tjänster lagts ned eller skurits ned på bred front. Till följd av det har antalet permitteringar och arbetslösa ökat, vilket återspeglas i människornas utkomst. Situationen syns också i företagets betalningssvårigheter och möjliga konkurser. Förmånsutgifterna kommer enligt Folkpensionsanstaltens uppskattning att stiga med cirka en miljard euro. I lägesbilds-



enkäten till socialvården i kommunerna rapporterar 37 procent av de svarande kommunerna om en ökning i servicebehovet som gäller ekonomiskt stöd.

### *Konsekvenser för säkerheten*

Varje ministerium svarar för tillgodoseendet av de grundläggande och mänskliga rättigheterna i lagberedningen och verkställandet inom sitt eget förvaltningsområde. Myndigheterna är skyldiga att vid behov ge anvisningar och övervaka verksamhet där offentlig makt utövas. Social- och hälsovårdsministeriet har utfärdat flera rekommendationer och anvisningar som ska följas vid epidemier. Det har funnits behov av särskild styrning från ministeriet, eftersom verksamheten i kommunerna kan ha minskats på ett sätt som det inte funnits grunder för med stöd av befogenheterna enligt beredskapslagen, lagen om smittsamma sjukdomar eller annan lagstiftning.

För att minska risken för smitta har en del kommuner avsevärt minskat sin tjänsteproduktion eller börjat sköta den på distans. För en del serviceuppgifter har detta sätt att sköta servicen fungerat väl och också motsvarat kundernas önskemål och behov. Med tanke på skötseln av serviceuppgiften är det dock inte möjligt med distansmottagning i fråga om alla tjänster och då kan tillgången till eller kvaliteten på tjänsteproduktionen ha blivit sämre. Alla klienter kan inte heller ta emot distans- eller telefonrådgivning och för deras del kan rätten till oundgänglig försörjning och omsorg enligt 19 § 1 mom. i grundlagen allvarligt ha äventyrats. Särskilt utmanande har situationen varit exempelvis för bostadslösa, för vilka de tillgängliga tjänsterna kan ha försämrats betydligt när lokaler har stängts med stöd av lagen om smittsamma sjukdomar.

## **2. Förslag till fortsatt utövning av befogenheter i enlighet med 86, 88, 93 och 94 § i beredskapslagen**

Med stöd av vad som anförts ovan föreslås det att befogenheterna enligt 86, 88, 93 och 94 § i beredskapslagen förlängs till att gälla från och med den 14 maj till och med den 30 juni 2020.

## **3. Specialmotivering och konsekvenser av utövningen av befogenheterna**

**1 §.** I den föreslagna paragrafen konstateras att förordningen innehåller bestämmelser om fortsatt utövning av befogenheter som tagits i bruk under undantagsförhållanden som avses i 3 § 5 punkten i beredskapslagen (1552/2011).

**2 §.** Enligt den föreslagna paragrafen fortsätts utövningen av de befogenheter att styra verksamhetsenheterna för social- och hälsovården som avses i 86 § i beredskapslagen. Befogenheterna får enligt förslaget utövas i hela landet. Enligt 86 § i beredskapslagen kan social- och hälsovårdsministeriet och inom sitt verksamhetsområde regionförvaltningsverket ålägga en verksamhetsenhet för social- och hälsovården att utvidga eller lägga om sin verksamhet, helt eller delvis flytta verksamheten från verksamhetsdistriktet eller verksamhetsorten till någon annan ort eller att ordna verksamhet också utanför sitt distrikt, placera personer i behov av vård eller omvårdnad i sin verksamhetsenhet oberoende av vad som har bestämts, föreskrivits eller avtalats, och ställa en verksamhetsenhet eller en del av den till statliga myndigheters förfogande.

I lagen om smittsamma sjukdomar finns bestämmelser om de åtgärder som är tillgängliga i arbetet med att bekämpa smittsamma sjukdomar, men de inbegriper inte möjligheten att ålägga offentliga eller privata verksamhetsenheter att ändra sin verksamhet.

Inom socialvården producerar privata serviceproducenter cirka hälften av tjänsterna för personer med funktionsnedsättning och äldre personer. Socialvårdslagstiftningen möjliggör t.ex. inte överföring av personal till kritiska funktioner. I en pandemisituation ska tilläggsresurser riktas särskilt till boendeservice för äldre och personer med svår funktionsnedsättning samt till service i hemmet. Det är inte lätt att få tillgång till personalresurser för att trygga hemvården, eftersom samma yrkesutbildade personers arbetsinsats behövs i allt högre grad också inom boendeservicen när epidemin framskrider. Personalen kan överföras från andra tjänster som ska reduceras eller från tjänster vars produktionssätt har ändrats, när personens utbildning möjliggör det (t.ex. dagcenterverksamhet, dagverksamhet, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, hemservice för barnfamiljer). Enligt tillstånds- och tillsynsmyndigheternas praxis finns olika klientgrupper för närvarande i olika boendeenheter. Med stöd av beredskapslagen kan klienter vid behov placeras på ett sätt som avviker från detta.

För att trygga social- och hälsovårdens funktionsförmåga och rikta resurserna på ett ändamålsenligt sätt i en pandemisituation ska social- och hälsovårdsministeriet fortfarande ha befogenheter att ålägga kommunala och privata tjänsteproducenter inom social- och hälsovården att ändra sin verksamhet. Enligt förarbetena till bestämmelsen är social- och hälsovårdsministeriets befogenhet nödvändig för samordningen av de regionala åtgärderna (RP 3/2008 rd s. 78).

Möjligheterna att tillämpa bestämmelsen är relativt omfattande. Tillämpningen är dock bunden till kraven på nödvändighet och proportionalitet. Syftet med dem är att fullgöra det allmännas allmänna skyldighet att trygga rätten till liv och hälsa samt tillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster samt att trygga hälso- och sjukvårdskapaciteten. Besluten kan gälla ändringar i såväl serviceverksamheten och servicestrukturen som innehållet. Genom att använda befogenheterna kan patienter och klienter också hänvisas till olika enheter så att deras rätt till tjänster som tillhandahålls på ett tryggt sätt säkerställs. Användningen av befogenheterna motiveras mer ingående ovan i avsnitt 1.6.2.

**3 §.** Enligt den föreslagna paragrafen fortsätts kommunens i 88 § i beredskapslagen avsedda rätt att avstå från iakttagandet av i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivna frister vid ordnande av icke-brådskande vård och bedömning av servicebehovet i enlighet med 36 § i socialvårdslagen (1301/2014). Bestämmelsen kan tillämpas i hela landet. Enligt 88 § i beredskapslagen kan för tryggnad av befolkningens social- och hälsovård under undantagsförhållanden som avses i 3 § 1, 4 och 5 punkten genom förordning av statsrådet föreskrivas att kommunen kan avstå från

- 1) iakttagandet av i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) föreskrivna frister vid ordnande av icke-brådskande vård, om det är nödvändigt för ordnande av brådskande vård och om patientens hälsa inte riskeras av att tidsfristen överskrids,
- 2) bedömningar av servicebehovet enligt 36 § i socialvårdslagen (1301/2014),
- 3) ansvaret för ordnande av barndagvård enligt lagen om barndagvård (36/1973) (numera lagen om småbarnspedagogik (540/2018), om barnets föräldrar eller andra vårdnadshavare kan ordna vården av barnen på annat sätt,

4) behandlingen av och beslutsfattande i fråga om anmälningar i anslutning till anmälningspliktig verksamhet enligt hälsoskyddslagen (763/1994) samt uppgifter i anslutning till utredning av bostäders hälsorisker.

Befogenheterna enligt 88 § i beredskapslagen togs i bruk från och med den 18 mars 2020 och ibruktageandet av befogenheterna har förlängts till den 13 maj 2020. Tillämpningsföreskrifter har med stöd av befogenheterna enligt 88 § i beredskapslagen utfärdats den 17 mars 2020 och den 6 april 2020. I avsnitt 1.5 beskrivs de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen som gäller tidsfrister för tillgång till icke-brådskande vård samt övervakningen av dem. Enligt förordningen har kommunen kunnat avstå från att iaktta de tidsfrister för tillgång till icke-brådskande vård som anges i 51–53 § i hälso- och sjukvårdslagen. Brådskande vård ska dock ges omedelbart. Också bedömningen av vårdbehovet ska enligt bestämmelsen göras inom utsatt tid. Inom den specialiserade sjukvården ska en remiss också bedömas inom utsatt tid. Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skäligen tid, och en avvikelse från tidsfristen får inte äventyra patientens hälsa.

Inom den specialiserade sjukvården har det på det sätt som beskrivs ovan varit nödvändigt att proaktivt vidta åtgärder för att öka antalet platser för intensivvård och intensifierad övervakning och för att öka antalet bäddavdelningsplatser för patienter med covid-19, vilket har krävt att resurserna omfördelas på bekostnad av icke-brådskande vård. Även om antalet patienter som vårdas på sjukhus på grund av covid-19 har varit måttligt, finns det inom den specialiserade sjukvården fortfarande ett behov av att upprätthålla beredskapen för att snabbt ta emot ett stort antal patienter med covid-19, om infektionen snabbt sprider sig i befolkningen. På grund av detta är det nödvändigt att upprätthålla den icke-brådskande verksamheten inom den specialiserade sjukvården med en kapacitet som är mindre än normalt ännu en tid, och därför blir tidsfristerna för tillgång till icke-brådskande vård längre.

Inom primärvården har antalet mottagningsbesök minskat under pandemin. Kommunerna har minskat serviceutbudet och samtidigt har patienterna sökt sig till vård i mindre omfattning. Användningen av digitala tjänster har ökat, men har dock inte helt ersatt uteblivna besök inom den öppna sjukvården. Social- och hälsovårdsministeriet har i sina anvisningar betonat att alla tjänster på basnivå, inklusive icke-brådskande vård, ska tillhandahållas också under pandemin. Inom den icke-brådskande vården har det inte uppstått några köer, vilket torde bero på minskad efterfrågan. Det är dock oroväckande om patienterna inte känner igen allvarliga symptom eller bedömer svårighetsgraden av sina symptom felaktigt och om de av rädsla för infektionssjukdom undviker att söka vård, vilket kan leda till betydande olägenheter för hälsan och försvåra behandlingen av sjukdomen. Därför är det viktigt att också framöver informera befolkningen om att man inom hälso- och sjukvården ständigt sköter också andra akuta problem än sådana som har samband med coronavirusutbrottet.

Vid tandvård inom mun- och tandvården finns det en ökad risk för smitta. Mottagningstider för icke-brådskande vård har därför avbokats och skjutits upp, både på klienternas och på tjänsteproducenternas initiativ. Enligt uppgifterna i vårdanmälningarna för öppenvården inom primärvården har mottagningsbesöken inom tandvården inom den offentliga sektorn minskat sedan vecka 12 till cirka en tredjedel jämfört med den normala situationen i början av 2020. Antalet besök har dock börjat öka fr.o.m. vecka 17 (den vecka som börjar den 20 april). Eftersom behandlingar fördröjs kan det förväntas att behovet av brådskande vård

kommer att öka. Situationen har dock tills vidare inte återspeglats i den maximala väntetiden i vårdgarantin för mun- och tandvård, som är sex månader, eftersom en del patienter själva har avbokat sina mottagningstider. När det ekonomiska läget försämras kan man förvänta sig att efterfrågan på offentliga mun- och tandvårdstjänster kommer att öka i förhållande till de privata tjänsterna.

Belastningsläget inom servicesystemet för hälso- och sjukvården beskrivs närmare i avsnitt 1.3. Avsikten med anvisningarna är att så småningom, när sjukdomsläget tillåter det, inom ramen för servicesystemets förmåga öka antalet icke-brådskande behandlingar inom primärvården, mun- och tandvården och den specialiserade sjukvården. Statsrådet har dessutom beslutat om en gradvis uppluckring av begränsningarna för att förebygga smitta. På grund av dessa omständigheter kan man förvänta sig att befolkningen i allt större utsträckning börjar söka vård i icke-brådskande situationer, vilket kan leda till köer och fördröjningar i tillgången till vård. I det nuvarande skedet när epidemin kraftigt bromsas är det uppenbart att majoriteten av befolkningen saknar immunitet och därför fortfarande är mottaglig för smitta. En systematisk och gradvis avveckling av begränsningsåtgärderna torde leda till ökade infektioner både bland befolkningen och bland personalen inom social- och hälsovården. Det finns således fortfarande en risk för överbelastning av servicesystemet. Å andra sidan binder upprätthållandet av begränsningsåtgärderna genom exceptionella verksamhetsmodeller social- och hälsovårdens resurser och medför utmaningar som väsentligt avviker från normala förhållanden när det gäller samordningen av behovet och tillgången till tjänster samt styrningen och ledningen av servicesystemet. Befogenheten enligt 88 § i beredskapslagen att inte iaktta tidsfristerna för icke-brådskande vård inom hälso- och sjukvården har varit i kraft i cirka två månader, vilket ska beaktas vid bedömningen av begränsningens proportionalitet. Därför är det nödvändigt att förlänga befogenheterna enligt 88 § i beredskapslagen för att trygga brådskande vård. En förutsättning för att befogenheten ska kunna utövas är att utövningen är nödvändig för att trygga brådskande vård och att överskridandet av tidsfristen inte får äventyra patientens hälsa.

I fråga om socialvården är det möjligt att med stöd av beredskapslagen avstå från att iaktta de tidsfrister för bedömning av servicebehovet som anges i 36 § 2 mom. i socialvårdslagen. Denna bestämmelse har preciserats jämfört med den tidigare förordningen i den gällande tillämpningsförordningen. Skyldigheten enligt inledningen av bestämmelsen att utan dröjsmål påbörja bedömningen av servicebehovet och slutföra den utan ogrundat dröjsmål är i kraft också i fortsättningen och den ska beaktas när bedömningen av servicebehovet görs, även om tidsfristen för påbörjandet av bedömningen av servicebehovet slopas. En förutsättning för att slopa tidsfristen för påbörjandet av bedömning av servicebehovet är fortfarande att personens nödvändiga försörjning och omsorg inte äventyras. Likaså ska 36 § 1 mom. i socialvårdslagen, som gäller bedömning av brådskande behov av hjälp, fortfarande tillämpas och ett sådant behov av hjälp ska bedömas utan dröjsmål.

En persons rätt till nödvändig omsorg och försörjning tryggas med stöd av 12 § i socialvårdslagen och rätten till tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster enligt 19 § 3 mom. i grundlagen genom service enligt socialvårdslagen och annan lagstiftning. Möjligheten att avstå från tidsfristerna för påbörjandet av en bedömning av servicebehovet upphäver dock inte tidigare klientkap och den fortsatta skyldigheten att ordna tjänster i fråga om dem. Slopandet av tidsfristen för påbörjandet av bedömning av servicebehovet gäller fortfarande inte de tidsfrister som föreskrivs i barnskyddslagen och handikappservicelagen. I fråga om dessa tjänster ska i enlighet med 23 § i grundlagen också förpliktelserna i de internationella människorättskonventionerna beaktas.

Enligt den lägesbild över serviceverksamheten inom socialvården som baserar sig på uppgifter som samlats in från kommunala aktörer har servicebehovet inom socialvården ökat för fjärde veckan i följd. Vecka 18 har det skett en ökning inom socialvården i synnerhet i anslutning till det ekonomiska stödet. Av de kommuner som besvarade enkäten rapporterade 37 procent om ökningen i anslutning till detta. Enligt den nuvarande socialvårdslagen är det inte möjligt att avvika från tidsfristerna i fråga om bedömningen av servicebehovet och därför krävs det fortsättningsvis befogenheter enligt beredskapslagen. Ju längre situationen fortgår, desto större blir det uppsamlade servicebehovet. Lägesbilden av belastningen inom socialvården beskrivs närmare i avsnitt 1.3 och i det kapitel som beskriver konsekvensbedömningen. Det kan ses ett ökat servicebehov i synnerhet i fråga om handlednings- och rådgivningstjänster inom socialvården, ekonomiskt stöd, tjänster för barnfamiljer samt tjänster för äldre och personer med funktionsnedsättning. Genom anvisningarna har strävan varit att styra skötseln av en stark basservice särskilt i fråga om utsatta klienter samt påmint om bedömningen av ett brådskande servicebehov, som ska göras omedelbart i fråga om alla klienter. I enlighet med vad som beskrivs ovan i fråga om hälso- och sjukvården och regeringens beslut om en gradvis uppluckring av begränsningarna kan man också förvänta sig en ökning av servicebehovet och antalet klienter inom socialvården, brist på personal samt ett behov av personalflyttningar och överbelastning av servicesystemet. Denna situation kan uppstå t.ex. i fråga om tjänster för äldre personer, om personalen blir sjuk i stor utsträckning.

Befogenheten enligt 88 § i beredskapslagen att inte iaktta tidsfristerna för påbörjande av bedömning av servicebehovet inom socialvården har varit i kraft i cirka två månader och det föreslås att den ska fortsätta ytterligare i cirka en och en halv månad, vilket ska beaktas vid bedömningen av begränsningens proportionalitet. En förutsättning för utövandet av befogenheten är att det är nödvändigt för att trygga social- och hälsovårdens funktionsförmåga och att överskridandet av tidsfristen för påbörjande av bedömningen av klientens servicebehov inte äventyrar nödvändig försörjning eller omsorg. Möjligheten att göra påbörjandet av bedömningen av servicebehovet mer flexibelt är fortfarande nödvändigt, i synnerhet för att trygga tillräckliga och nödvändiga tjänster för äldre personer. Regleringen har knappast någon större inverkan på andra klientgrupper. Utifrån uppgifterna från kommunerna och kontakterna från medborgare till social- och hälsovårdsministeriet kan man dock bedöma att behovet av service också för personer med funktionsnedsättning ökar när epidemin fortsätter. För att den flexibilitet i fråga om inledandet av bedömningen av servicebehovet som förordningen möjliggör ska kunna frigöra personalresurser t.ex. för bedömning av det ökade behovet av brådskande hjälp, är det fortfarande nödvändigt att slopa tidsfristen för inledande av bedömningen av servicebehovet inom socialvården.

Statsrådet är behörig myndighet och närmare bestämmelser finns i statsrådets förordning

om kommunens rätt att tillfälligt avstå från att iaktta tidsfristerna för icke brådskande hälso- och sjukvård och för påbörjande av bedömning av servicebehovet inom socialvården (197/2020). Avsikten är att tillämpningsförordningen ska utfärdas på nytt efter det att riksdagen har godkänt denna förlängningsförordning. Syftet är fortfarande att säkerställa att kommunerna i hela landet följer en enhetlig praxis i de situationer som avses i paragrafen.

**4 §.** Enligt den föreslagna paragrafen fortsätts utövningen av de befogenheter att avvika från anställningsvillkoren som föreskrivs i 93 § i beredskapslagen inom hälso- och sjukvården och socialväsendet. Befogenheterna får tillämpas i hela landet.

Enligt 93 § i beredskapslagen är det tillåtet att tillfälligt avvika från bestämmelserna om vilotider och övertidsarbete i arbetstidslagen (872/2019) och bestämmelserna om givande av semester i semesterlagen (162/2005) när tryggandet av befolkningens hälso- och sjukvård nödvändigtvis förutsätter förlängning av arbetstiden eller avvikande förläggning av arbetstiden under undantagsförhållanden som avses i 3 § 1 och 2 punkten. I 2 mom. i paragrafen anges att det i hälsovården, socialväsendet, räddningsväsendet och nödcentralernas verksamhet och i polisväsendet kan göras avvikelser från anställningsvillkoren på det sätt som avses i 1 mom. på grund av befolkningens hälsovård, försörjning eller säkerhet också under undantagsförhållanden som avses i 3 § 4 och 5 punkten. Enligt 3 mom. får avvikelserna från anställningsvillkoren inte orsaka fara för säkerheten i arbetet eller arbetstagarnas hälsa. Närmare bestämmelser om gränserna för avvikelserna utfärdas genom förordning av statsrådet.

Intensivvård kräver att en läkare som är förtrogen med intensivvård är närvarande dygnet runt. Både antalet läkare under dagtid vid intensivvårdsavdelningarna och jourarrangemangen måste ändras för att både patienter med covid-19-infektion och andra som behöver intensivvård ska kunna vårdas. Största delen av läkarna inom anesthesiologi och intensivvård arbetar under normala förhållanden i en operationssal, en mindre del på intensivvårdsavdelningar. I och med att operationsverksamheten reduceras frigörs anestesiläkarresurser för intensivvården. En del anestesiläkare arbetar redan nu regelbundet även på intensivvårdsavdelning. Övriga anestesiläkare behöver repetitionsutbildning i intensivvård, vilket kan ordnas. Läkarresurserna begränsar inte den här planerade temporära ökningen av kapaciteten inom intensivvården, men det krävs arbetstidsarrangemang för att stärka kapaciteten under kvällar, nätter och veckoslut.

Vården av intensivvårdspatienter kräver specialutbildad personal. Det finns ingen extra reserv av kompetenta sjukskötare för intensivvårdsavdelningar. Sjukskötarna vid avdelningarna för intensivövervakning kan dock efter kompletterande handledning arbeta inom intensivvården när handledning av en mera erfaren sjukskötare på intensivvårdsavdelningen finns att tillgå. Dessutom finns det många element i arbetet för anestesiskötare och skötare vid uppvakningsenheter som också ingår i intensivvårdsarbetet. Det är möjligt att introducera dem i intensivvårdsarbete. Intensivvård dygnet runt under normala förhållanden kräver i regel cirka fem skötare i treskiftsarbete per patientplats, dvs. cirka 40 skötare för en intensivvårdsavdelning med åtta platser.

Semester, sjukfrånvaro och annan frånvaro förutsätter vikarier. De särskilda vårdbehoven vid vård av patienter med covid-19 och behovet av infektionsskyddsdräkt ökar dock i hög grad behovet av skötare så att det bli uppskattningsvis 1,5–2 gånger så stort, dvs. mellan 7,5 och 10 skötare per intensivvårdsplats som används. För varje intensivvårdsplats som används behövs det i regel minst fem skötare som kan hantera respiratorvården, läkemedelsbehandlingen av intensivvårdspatienten och annat krävande intensivvårdsarbete. En del av de andra skötarna kan vara assisterande skötare som inte har omfattande kunnande i intensivvårdsarbete. Som assisterande skötare kan arbeta t.ex. operationssalsskötare som introduceras i sina uppgifter.

I arbetstidslagen (872/2019) ingår krav som gäller arbetstagarens vilotider och begränsningar som gäller övertidsarbete (maximiarbetstid). Bestämmelser om arbetstagarens vilotider finns i 6 kap. och kraven gäller dagliga raster, dygnsvila och veckovila. Bestämmelser om övertidsarbete finns i 5 kap. Begränsningarna i fråga om övertidsarbete gäller bland annat den maximala arbetstiden, det samtycke som krävs för övertidsarbete samt den ersättning som betalas för övertidsarbete.

Utgångspunkten är att arbetsgivaren dimensionerar antalet anställda så att verksamheten under normala förhållanden kan bedrivas i enlighet med kraven på vilotid och övertidsarbete. Normal sjukfrånvaro ger inte arbetsgivaren rätt att avvika från dessa krav. Arbetsgivaren får dock undantagsvis låta utföra nödarbete, om en oförutsedd händelse har orsakat avbrott i den regelbundna verksamheten eller medför överhängande fara för ett sådant avbrott, eller medför fara för skada på liv, hälsa, egendom eller miljön. En beordran att utföra nödarbete förutsätter att händelsen är oförutsedd. Om arbetet räknas som nödarbete ger detta arbetsgivaren rätt att avvika från begränsningen av nattarbete, samtycket till övertid och vilotiderna. Dessutom berättigar nödarbete till tillfällig avvikelse från den maximala arbetstiden. Nödarbete får utföras i högst två veckor.

Om virusepidemin leder till att ett stort antal anställda och tjänsteinnehavare inom hälso- och sjukvården insjuknar kan arbetskraftsbehovet som berör den arbetsföra personalen öka i sådan utsträckning att arbetstidslagens krav som gäller vilotid och begränsningar i fråga om övertidsarbete utgör hinder för att utföra arbetet. Denna effekt skulle också öka till följd av det ökade antalet patienter. Ett motsvarande behov kan uppkomma förutom inom hälso- och sjukvården även inom socialväsendet.

Semesterlagen (162/2005) tillämpas på arbete som utförs i ett arbetsavtals- eller tjänsteförhållande, om inte något annat föreskrivs. I lagen föreskrivs bland annat om intjäning av semester, hur semester ges samt om semesterlön eller semesterersättning som betalas till arbetstagaren.

Bestämmelser om hur semester ges finns i 5 kap. i semesterlagen. Arbetsgivaren bestämmer om tidpunkten för semestern med de begränsningar som föreskrivs i lag. Arbetsgivaren ska bevilja fyra veckors sommarsemester mellan den 2 maj och den sista september. Vintersemester, dvs. den femte semesterveckan, ska ges mellan ingången av oktober och utgången av april. Tidpunkten för semestern kan i stor utsträckning överenskommas genom ett avtal mellan arbetsgivaren och arbetstagaren. Utgångspunkten är att arbetsgivaren dimensionerar antalet anställda så att verksamheten kan bedrivas trots de semestrar som ges till arbetstagarna.

Eftersom sommarsemestern genom arbetsgivarens beslut kan förläggas till en period som sträcker sig till utgången av september, ges det inte längre i den tillämpningsförfordning som gäller sommaren befogenhet att avvika från tidpunkten då semestern ges.

Om virusepidemin skulle leda till att arbetstagare och tjänsteinnehavare som arbetar inom social- och hälsovården i stor utsträckning insjuknar kan beviljandet av semestrar leda till brist på arbetskraft för arbetsgivaren. Denna effekt skulle också öka till följd av det ökade antalet klienter eller patienter.

Om semestrarna redan har beviljats, är de i regel bindande för arbetsgivaren. Arbetsgivaren har inte rätt att ändra tidpunkten för en godkänd och meddelad semester utan arbetstagarens samtycke. Om arbetsgivaren ensidigt ändrar tidpunkten för en meddelad semester kan detta medföra skadeståndsskyldighet för arbetsgivaren. Genom riksomfattande tjänstekollektivavtal får avtal även ingås om den anmälningstid som ska iakttas när en tjänstemans eller tjänsteinnehavares semester flyttas fram eller avbryts samt om grunderna för avbrytandet av semestern i de situationer där flyttandet eller avbrytandet är påkallat av vägande skäl som hör samman med utövandet av offentlig makt eller nödvändigt för skötseln av ett offentligt samfunds lagstadgade uppgifter som hör samman med hälsa eller sä-

kerhet. Detta gäller inte anställda i arbetsavtalsförhållande inom hälso- och sjukvården. I en pandemisituation är det viktigt att säkerställa att det finns tillräckligt med kompetent social- och hälsovårdspersonal. Befogenheterna är nödvändiga särskilt i fråga om personalen inom hälso- och sjukvården och socialvården.

Genom att tillämpningen av bestämmelsen fortsätts tryggas i så stor utsträckning som möjligt de personalresurser som behövs i situationen. Detta innebär exempelvis reglering av vilotidernas minimilängder och den maximala mängden övertidsarbete.

Den föreslagna avvikelserna från kraven på vilotider och tidpunkten för semester gäller också de bestämmelser i arbets- och tjänstekollektivavtal som grundar sig på 34 § i arbetstidslagen och 30 § i semesterlagen. Om det genom kollektivavtal har avtalats på det sätt som föreskrivs i lag om avvikelse från lagen, förbigås dessa bestämmelser i kollektivavtalet på samma sätt som motsvarande bestämmelser i arbetstidslagen och semesterlagen. Beslut om avvikelse från anställningsvillkoren fattas i fråga om en enskild arbetstagare eller tjänsteman av arbetsgivaren eller den utnämmande myndigheten. Närmare bestämmelser om gränserna för undantag finns i statsrådets förordning om temporära undantag vid tillämpningen av vissa bestämmelser i semesterlagen, arbetstidslagen och arbetsavtalslagen (128/2020) som var i kraft från och med den 18 mars till och med den 13 april. Tillämpningsförförordningens giltighetstid har genom förordning förlängts till och med den 13 maj 2020 (190/2020). Avsikten är att tillämpningsförförordningens giltighet ska fortsättas när riksdagen har godkänt denna förlängningsförförordning.

**5 §.** Enligt den föreslagna paragrafen fortsätts utövningen av de befogenheter som gäller rätten att begränsa uppsägningsrätten som föreskrivs i 94 § 3 och 4 mom. i beredskapslagen. Befogenheterna får enligt förslaget fortfarande utövas i hela landet.

I 94 § 3 mom. i beredskapslagen anges att uppsägningstiden för en arbetstagare, tjänsteman eller kommunal tjänsteinnehavare som säger upp sitt anställningsförhållande för trygghet av förutsättningarna för produktion som är viktig för landets försvar, befolkningens hälsovård, försörjning eller säkerhet eller försörjningsberedskapen under undantagsförhållanden som avses i 3 § 1 och 2 punkten är minst en månad längre än den skulle vara enligt lag eller arbets- eller tjänstekollektivavtal, dock högst sex månader. Genom förordning av statsrådet föreskrivs närmare om uppsägningstiderna i olika uppgiftsgrupper. I 4 mom. anges att uppsägningsrätten inom hälsovården, socialväsendet, räddningsväsendet och nödcentralernas verksamhet kan begränsas enligt 1–3 mom. på grund av befolkningens nödvändiga hälso- och sjukvård, minimiförsörjning eller säkerhet också under undantagsförhållanden som avses i 3 § 4 och 5 punkten. I den föreslagna 5 § införs de befogenheter som föreskrivs i 94 § 3 och 4 mom. i beredskapslagen uttryckligen i fråga om förlängning av uppsägningstiden för arbetstagare, tjänstemän och kommunala tjänsteinnehavare inom hälso- och sjukvården och socialväsendet. I arbetsavtalslagen föreskrivs om de uppsägningstider som ska tillämpas när anställningsförhållandet upphör. Enligt 6 kap. 3 § i arbetsavtalslagen är, om inte något annat avtalas och anställningsförhållandet har fortgått utan avbrott, de uppsägningstider som arbetsgivaren ska iakttä

- 1) 14 dagar, om anställningsförhållandet har varat högst ett år,
- 2) en månad, om anställningsförhållandet har varat mer än ett men högst fyra år,
- 3) två månader, om anställningsförhållandet har varat mer än fyra men högst åtta år,
- 4) fyra månader, om anställningsförhållandet har varat mer än åtta men högst tolv år,
- 5) sex månader, om anställningsförhållandet har varat mer än tolv år.



Om inte något annat avtalas är uppsägningstiderna som arbetstagaren ska iaktta 14 dagar, om anställningsförhållandet har varat högst fem år och en månad, om anställningsförhållandet har varat mer än fem år. För att säkerställa tillräcklig personal i en krissituation föreslås det att de uppsägningstider som tillämpas kan förlängas genom förordning. Enligt förslaget gäller detta både uppsägningstider enligt lagen och uppsägningstider som överenskommit genom ett riksomfattande kollektivavtal enligt 13 kap. 7 § i arbetsavtalslagen.

Statsrådet utfärdade en förordning om temporära undantag vid tillämpningen av vissa bestämmelser i semesterlagen, arbetstidslagen och arbetsavtalslagen (128/2020), i vars 4 § det föreskrivs om uppsägningstider. Avsikten med att fortsätta utövningen av befogenheten är fortsättningsvis att trygga funktionsförmågan hos hälso- och sjukvården och socialväsendet genom att förlänga uppsägningstiden i en situation där en betydande del av personalen inte är arbetsför på grund av coronapandemin eller av andra orsaker.

Befogenheterna under normala förhållanden följer de uppsägningstider som anges i tjänstemannalagen (750/1994), arbetsavtalslagen (55/2001) och lagen om kommunala tjänsteinnehavare (304/2003) samt i kommunernas och statens tjänste- och arbetskollektivavtal.

**6 §.** I paragrafen föreslås en bestämmelse om förordningens ikraftträdande och giltighet. Det är nödvändigt att utan avbrott fortsätta utövningen av befogenheterna enligt förordningen omedelbart efter det att den gällande ibruktagningsförordningen upphör att gälla.

#### **4. Uppföljning av förutsättningarna för utövning av befogenheterna och upphävande av bestämmelserna**

Enligt 11 § 1 mom. i beredskapslagen ska den gällande ibruktagnings- eller förlängningsförordningen upphävas när undantagsförhållandena är över. Om förutsättningar för tillämpning av någon bestämmelse i II avdelningen inte längre finns, ska ibruktagnings- eller förlängningsförordningen enligt 11 § 2 mom. i beredskapslagen ändras på motsvarande sätt. Statsrådet följer noggrant upp att tillämpningsvillkoren för beredskapslagen och de fullmakter som ges i den uppfylls samt eventuella problem som uppdragas i samband med tillämpningen.

#### **5. Tillämpning på Åland**

Enligt 27 § 34 punkten i självstyrelselagen för Åland (1144/1991) har riket lagstiftningsbehörighet i fråga om beredskap inför undantagsförhållanden. Beredskapslagen och författningar som utfärdats med stöd av den gäller därmed också på Åland, även om samma uppgifter inte med stöd av självstyrelselagen eller landskapslagstiftning till alla delar handhas av motsvarande myndigheter som i riket och landskapets lagstiftning i fråga inte i samtliga avseenden motsvarar innehållet i den rikslagstiftning som omnämns i beredskapslagen och ibruktagandeförordningen samt förlängningsförordningarna.

#### **6. Beredningen av förordningen**

Förordningen har beretts vid statsrådets kansli i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet, arbets- och näringsministeriet, justitieministeriet och inrikesministeriet.

## 7. Ikraftträdande

Avsikten är att förordningen ska börja tillämpas den 14 maj 2020. Förordningen gäller till och med den 30 juni 2020.