

# Genmäle till Rodney Edvinsson

Finns det historiskt stöd för flockimmunitet genom infektion som coronastrategi?

FREDRIK CHARPENTIER LJUNGQVIST\* *Stockholms universitet*

Rodney Edvinsson har i detta nummer av *Historisk tidskrift*<sup>1</sup> missförstått delar av min populärvetenskapliga bok *Corona: Ett historiskt perspektiv på vår tids pandemi* (Stockholm 2020). Dessutom ställer jag mig tveksam till, och vill invända mot, en rad argument Edvinsson anför.<sup>2</sup> Att skriva om en pågående pandemi är oundvikligen att sikta mot ett rörligt mål. När boken publicerades i november 2020 var mutationerna av coronaviruset ännu inte kända. Det fanns inte heller något vaccin som godkänts i västvärlden. I fall boken kommit i tryck bara en månad senare skulle till exempel formuleringarna om ett "eventuellt effektivt vaccin" ha varit annorlunda.<sup>3</sup> Jag vill samtidigt tacka Edvinsson för hans inlägg eftersom ett vetenskapligt samtal av denna typ är värdefullt i en tid när känslor stormarna kring covid-19 är så kraftiga. Redan inledningsvis vill jag slå fast att Edvinsson och jag faktiskt är eniga på en rad punkter. På andra punkter har vi däremot delade meningar eller gör olika tolkningar av data. Vi har främst skilda uppfattningar avseende sjukdomens relativa dödlighet, möjligheten att stävja pandemin genom interventioner (ofta betecknade som "lockdowns") samt effekterna och skadeverkningarna av olika restriktioner, och därtill förstår vi begreppet "flockimmunitet"

\* Docent i både historia och naturgeografi

1. Rodney Edvinsson, "Finns det historiskt stöd för flockimmunitet genom infektion som coronastrategi?", *Historisk tidskrift* 141:2 (2021) s. 260–271.

2. Några av dessa invändningar bemöter jag också i "Vanliga frågor och svar om boken", publicerad på förlagets hemsida: <<https://www.dialogosforlag.se/bocker/historia-och-idehistoria/corona-ett-historiskt-perspektiv-pa-var-tids-pandemi.html>>.

3. Det första vaccinet, ryska Sputnik V, som fanns tillgängligt redan när boken publicerades, har visat sig vara sannolikt lika effektivt som de västerländska vaccinerna. Den skepticism mot vaccinet som jag då uttryckte delades emellertid av många. Kring Sputnik V, se bl. a. I. Jones & P. Roy, "Sputnik V COVID-19 vaccine candidate appears safe and effective", *The Lancet* 397 (2021) s. 642–643.

på olika sätt. Nedan diskuterar jag dessa frågor under samma rubriker som Edvinsson använder.

### *Hur hög är letaliteten i covid-19?*

Skiljelinjen mellan Edvinsson och mig gäller sjukdomens letalitet (*infection fatality rate*) i ett västerländskt sammanhang. Edvinsson tycks däremot vara överens med mig om att letaliteten understiger 0,1 procent i länder med en ung befolkning. Den understiger nämligen generellt 0,1 procent bland personer under 70 år.<sup>4</sup> Vidare tycks vi vara eniga om att letaliteten uppgår till flera procent bland personer över 70 år och att den varierar mellan länder i enlighet med frekvensen av underliggande sjukdomar.<sup>5</sup> Det leder tyvärr till en hög dödlighet i covid-19 i länder med en hög andel äldre befolkning. EU/EES hade en överdödlighet på nästan 600 000 mellan mars och december 2020 (jämfört med 2016–2019).<sup>6</sup>

Edvinsson hävdar att jag underskattat letaliteten och menar att den i Europa ligger på runt 1 procent. Han hänvisar främst till en egen skattning för Stockholm samt till en antikroppsstudie efter den första vågen i England. En mer omfattande antikroppsstudie för England från mars 2021 visar emellertid på en letalitet på 0,7 procent i befolkningen över 16 år.<sup>7</sup> Att försöka skatta letaliteten för svensk del, som Edvinsson gör, är behäftat med stora osäkerheter. Det saknas mer omfattande antikroppsstudier i Sverige av representativa tvärsnitt av befolkningen (blodgivare och besökare i primärvården kan inte betraktas uppfylla detta kriterium). Schweiz har emellertid gjort omfattande sådana antikroppsstudier. I februari 2021 hade ungefär 17 procent av landets befolkning på drygt 8,5 miljoner invånare antikroppar mot covid-19, vilket ger en letalitet på runt 0,6 procent.<sup>8</sup> Eftersom Schweiz och Sverige har likartad demografi, samma dödlighet per diagnosticerad infektion (*case fatality rate*, 1,7 procent) och ungefär lika många bekräftat avlidna med covid-19 är

4. C. Erikstrup m.fl., "Estimation of SARS-CoV-2 infection fatality rate by realtime antibody screening of blood donors", *Clinical Infectious Diseases* 72 (2020) s. 249–253.

5. J.P.A. Ioannidis, "Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data", *Bulletin of the World Health Organization* 99 (2021) s. 19–33.

6. Eurostat, 10 mars 2021, <[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess\\_mortality\\_-\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics)>.

7. "Coronavirus (COVID-19) Infection Survey antibody data for the UK: 2 March 2021", Office for National Statistics.

8. S. Stringhini m.fl., "Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies after the second pandemic peak", *The Lancet Infectious Diseases* (2021).

det svårt att tro att letaliteten ser annorlunda ut i Sverige. I Danmark är letaliteten, utifrån antikroppsstudier, skattad till 0,5 procent.<sup>9</sup> En större sammanställning utifrån antikroppstester från i huvudsak västerländska länder efter den första vågen indikerar likaledes att letaliteten ligger på runt 0,6 procent (konfidensintervall 0,42–0,77 procent).<sup>10</sup>

Antikroppstester ger en *övre* gräns för letalitet i covid-19. Dock överskattade jag måhända andelen infektioner som inte ger upphov till mätbara antikropps-nivåer, utan enbart ett t-cellssvar, utifrån en studie från Karolinska institutet.<sup>11</sup> Med tillförlitliga antikroppstester tycks 90 procent av alla laboratoriebekräftade infektioner ge mätbara antikropps-svar.<sup>12</sup> En högre andel asymtomatiska infektioner, som mer sällan blir laboratoriebekräftade än infektioner med symtom, missas emellertid eftersom gränsvärdena för ett positivt provsvar sätts för högt för att fånga upp låga antikropps-nivåer.<sup>13</sup> Därför är utifrån rådande kunskapsläge en rimlig skattning att storskaliga antikroppstester missar åtminstone 20 procent av alla genomgångna infektioner och att således letaliteten i covid-19 bör justeras ner.

I boken håller jag det för troligt att letaliteten i Europa i genomsnitt uppgår till högst 0,5 procent. Bara på ett ställe (s. 77) nämner jag en hypotetisk letalitet på 0,3 procent. Mina skattningar kommer inte huvudsakligen från Island och kryssningsfartyget *Diamond Princess*. Viktigare var den tidiga tyska antikroppsstudien från Gangelst, som gav en letalitet på 0,35 procent (konfidensintervall 0,28–0,45 procent).<sup>14</sup> Möjligens underskattade jag i boken sjukdomens letalitet något i västvärlden, men inte globalt, medan Edvinsson i stället överskattar den. En systematisk litteraturgenomgång i skrivande stund ger stöd för en trolig letalitet på runt 0,5 procent i Europa. Däremot hade den legat på runt 1 procent,

9. L. Simonsen m.fl., "Beregning af worst case scenario for COVID-19 i Danmark", Roskilde universitet (mars 2021).

10. G. Meyerowitz-Katz & L. Merone, "A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection fatality rates", *International Journal of Infectious Diseases* 101 (2020) s. 138–148.

11. T. Sekine m.fl., "Robust T cell immunity in convalescent individuals with asymptomatic or mild COVID-19", *Cell* 183 (2020) s. 158–168.

12. D. F. Gudbjartsson m.fl., "Humoral immune response to SARS-CoV-2 in Iceland", *The New England Journal of Medicine* 383 (2020) s. 1724–1734.

13. D.W. Eyre m.fl., "Stringent thresholds in SARS-CoV-2 IgG assays lead to under-detection of mild infections", *BMC Infectious Diseases* 21 (2021) 187.

14. H. Streeck m.fl., "Infection fatality rate of SARS-CoV2 in a super-spreading event in Germany", *Nature Communication* 11 (2020) 5829.

som Edvinsson anser, i fall smittspridningen hade varit jämn i alla åldersgrupper, vilket antikroppstester visat på de flesta håll inte är fallet.

### *Restriktioner*

Edvinsson tycks betrakta olika former av nedstängning som effektiva verktyg för att undvika dödsfall i covid-19, medan jag betraktar sådana åtgärder som ineffektiva annat än på kort sikt. En rad åtgärder, inklusive restriktioner, har dämpat en exponentiell ökning av smittspridningen som kunnat överbelasta sjukvårdssystemet (såsom skedde i Lombardiet). Med exemplet från Spanien ville jag inte hävda att åtgärderna helt saknade effekt, utan att effekten dröjde, något som Edvinsson framhåller, samt att det är tveksamt huruvida de extremt stränga åtgärderna var mer effektiva än vad mildare sådana hade varit.<sup>15</sup>

Studier som jämfört olika länders respons finner i regel inte någon skillnad i dödlighet mellan de länder som haft en hård nedstängning och de som vidtagit mindre ingripande åtgärder.<sup>16</sup> Det avgörande tycks i stället ha varit hur snabbt åtgärder överhuvudtaget kommit på plats.<sup>17</sup> Storskalig testning och kontaktsparning tycks också ha kunnat minska smittspridningen och sänka dödligheten.<sup>18</sup> Omfattande nedstängningar av till exempel detaljhandel och/eller begränsningar i rörelsefriheten har haft marginella effekter när redan begränsningar gällande större folksamlingar och högriskmiljöer genomförts.<sup>19</sup> Åtgärder som syftat till att reducera trängseln i butiker har haft nästan samma effekt som påtvingad stängning av dem.<sup>20</sup>

15. När det gäller effekten på smittspridning av skolstängningar är den svåranalyserad eftersom allt från förskolor till gymnasier klumpas ihop i studierna samtidigt som infekterade barn under cirka 10 år smittar ungefär hälften så mycket som både vuxna och tonåringar. Likväl kan det konstateras att lärare inte blivit smittade oftare än andra yrkesgrupper, se t.ex. Folkhälsomyndigheten, "Förekomst av covid-19 i olika yrkesgrupper inom skolan 13 mars – 19 oktober" (Stockholm 2020).

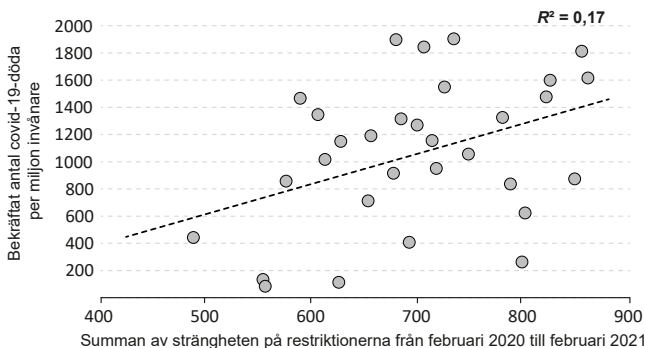
16. Se t.ex. R. Chaudhry m.fl., "A country level analysis measuring the impact of government actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes", *EClinicalMedicine* 25 (2020) 100464; E. Bendavid, "Assessing mandatory stay at home and business closure effects on the spread of COVID 19", *European Journal of Clinical Investigation* 51 (2021) e13484.

17. G. Loewenthal m.fl., "Covid-19 pandemic-related lockdown: Response time is more important than its strictness", *EMBO Molecular Medicine* 12 (2020) e13171.

18. C. Wei m.fl., "Correlation of population mortality of COVID19 and testing coverage: a comparison among 36 OECD countries", *Epidemiology and Infection* 149 (2021) s. 1–6.

19. J.M. Brauner m.fl., "Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19", *Science* 371 (2021) eabd9338.

20. S. Chang m.fl., "Mobility network models of COVID-19 explain inequities and inform reopening", *Nature* 589 (2021) s. 82–87.



FIGUR 1: Sambandet mellan bekräftad dödlighet per miljon invånare 28 februari 2021 och summan av strängheten på restriktionerna under perioden februari 2020–februari 2021 för länderna i EU/EES, Schweiz samt Storbritannien (enligt *Government Response Stringency Index* från University of Oxford). Länder med strängare restriktioner har alltså i regel haft en *högre* dödlighet.

Tillgängliga data stöder entydigt att strängare åtgärder inte ledde till färre dödsfall i Europa under pandemins första tolv månader (se figur 1). Samma resultat ger analyser av enskilda månader. Tvärtom hade länder med strängare restriktioner ofta en högre dödlighet. Det beror naturligtvis på att strängare restriktioner, åtminstone i Europa, var en reaktion på en redan hög dödlighet i covid-19, vilket Edvinsson också framhåller. Samtidigt är jag naturligtvis medveten om det grundläggande problemet med att separera korrelation från kausalitet.<sup>21</sup> En möjlig kausalitet kan emellertid bestå i att stränga åtgärder, som på kort sikt visserligen kan vara effektiva, generellt endast är möjliga att upprätthålla ett kortare tag än mildare åtgärder. När de släpps får viruset snart samhället i sitt grepp igen så fort de säsongsmässiga förutsättningarna är de rätta. Vidare har de flesta studier av restriktionernas effekter gällt den första vågen i Europa, vilket gör det svårt att skilja dem från säsongseffekten. Till skillnad från Edvinsson finner jag endast ett svagt samband mellan restriktioner och dödlighet och menar att skillnader i dödlighet mellan demografiskt jämförbara länder bättre förklaras med geografiskt läge, samhälleliga grundförutsättningar för smittspridning – och även ren tur och otur.

21. Detta problem diskuterar jag bl.a. i Fredrik Charpentier Ljungqvist m.fl., "Climate and society in European history", *Wiley Interdisciplinary Reviews Climate Change* 12 (2021) e691.

*Etniska minoriteter*

För både europeiska och icke-europeiska länder finns betydande empiriskt stöd för att såväl smittspridning som dödlighet i covid-19 varit högre bland socioekonomiskt utsatta delar av befolkningen.<sup>22</sup> På många håll utgörs socioekonomiskt utsatta grupper i hög grad av personer tillhörande etniska minoriteter. Detta bestrider inte Edvinsson, men hans jämförelse av andelen invandrare och avlidna i covid-19 ter sig irrelevant eftersom det primärt är socioekonomisk status, och inte etniskt ursprung, som är avgörande i sammanhanget.

Vi har olika uppfattning om huruvida den högre smittspridningen och dödligheten bland socioekonomiskt utsatta grupper har bäring för skillnaderna länder emellan. Jag menar att så måste vara fallet: eftersom socioekonomiskt utsatta grupper är större i vissa länder än i andra är andelen av befolkningen där smittspridning lättast sker olika stor. Inte bara vilka yrkeskategorier som personerna i fråga tillhör spelar in, utan även bland annat graden av trångboddhet (vilket ökar risken att många blir smittade när en i hushållet blivit det). Graderna av trångboddhet varierar kraftigt länder emellan, även i Europa. Därtill är det svårt att tro att kulturella normer, till exempel förekomsten av flergenerationshushåll, inte skulle spela in på smittspridning och dödlighet. Vad som är säkert är att på gruppnivå har socioekonomiskt utsatta en högre frekvens av medicinska riskfaktorer för covid-19.<sup>23</sup> Med fler socioekonomiskt utsatta i ett land ökar därmed även andelen med riskfaktorer för covid-19. Jag anser fortfarande att det finns stöd för argumentet att storleken på den socioekonomiskt utsatta delen av befolkningen i ett land har betydelse för pandemins förlopp där.<sup>24</sup>

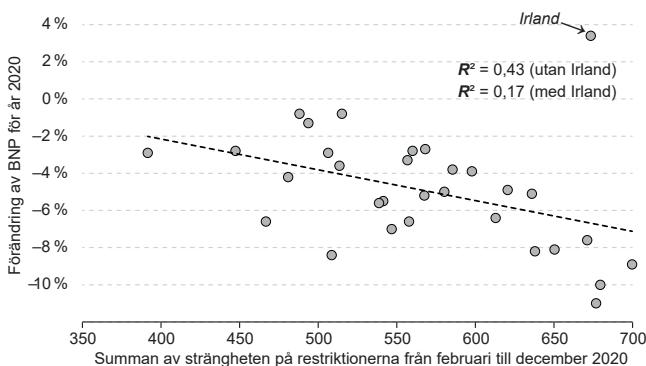
*Är kuren dödligare än sjukdomen?*

Det samband som Edvinsson presenterar mellan dödlighet och BNP i OECD-länder ter sig mindre relevant eftersom det är restriktionerna, och inte dödligheten, som påverkar ekonomin. En jämförelse mellan den

22. För en allmän översikt, se bl. a. S.E. Hayward m.fl., "Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: a systematic review", pre-print, <https://doi.org/10.1101/2020.12.21.20248475>.

23. J.T. Chen & N. Krieger, "Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US County versus Zip code analyses", *Journal of Public Health Management and Practice* 27 (2021) s. S43–S56.

24. Angående eventuell högre immunitet i Japan har det även i medicinsk litteratur spekulerats kring en genetisk förklaring.



FIGUR 2: Förändring av BNP under år 2020 och summan av strängheten på restriktionerna under perioden februari–december 2020 för länderna i EU/EES, Schweiz samt Storbritannien (enligt *Government Response Stringency Index* från University of Oxford). Strängare restriktioner har gett en större minskning av BNP än mildare restriktioner.

kumulativa strängheten i restriktionerna och BNP-tillväxten (eller snarare BNP-minskningen) under år 2020 i Europa visar ett starkt samband mellan strängare restriktioner och en större minskning av BNP:  $R^2 = 0,43$  (såvida Irland, det enda landet med BNP-tillväxt, inte tas med då ökningen sannolikt reflekterar omlokaliseringar till landet till följd av *Brexit* och den speciella ekonomiska strukturen i landet) (se figur 2). Däremot verkar Edvinsson ha rätt i att recessioner i sig inte är dödliga i höginkomstländer, även om de kan förstärka socioekonomisk ojämlikhet.<sup>25</sup>

Edvinsson tycks dela min uppfattning om att nedstängningar kan göra mer skada än nytta i låginkomstländer. Våra uppfattningar skiljer sig dock gällande rikare länder. Jag menar att åtgärderna, när och om de fungerat, främst skjutit upp pandemins förlopp – men inte stoppat den – samtidigt som jag bedömer de negativa sidoeffekterna vara avsevärt större än Edvinsson. De belägg han anför mot att nedstängningar skulle ha starka negativa effekter stämmer säkerligen i de enskilda fall han presenterar, men ändrar knappast helhetsbilden. Stränga restriktioner blir ännu mer skadliga i ljuset av att likartade effekter på smittspridningen verkar kunna uppnås genom mer riktade, och mindre ingripande, åtgärder och rekommendationer.

25. J. Ballester m.fl., "Effect of the Great Recession on regional mortality trends in Europe", *Nature Communication* 10 (2019) 679.

När jag i boken talar om att "kuren kan bli dödligare än sjukdomen" (kapitel 4) utgår jag primärt från ett globalt perspektiv. I mars 2021 beräknades ungefär samma antal människor i världen – 2,5 miljoner – direkt eller indirekt ha dött till följd av åtgärderna mot viruset som av själva viruset.<sup>26</sup> Världsbanken uppskattar att hela 150 miljoner människor drivits in i extrem fattigdom, med inkomster på under två dollar per dag, till följd av coronarestriktionerna. Världslivsmedelsprogrammet skattar därtill att 135 miljoner människor drabbats av undernäring eller ren svält – de flesta under 18 år – till följd av åtgärderna. I många delar av världen saknas tekniska möjligheter till distansundervisning, och skolstängningar innebär där inställd skolgång. Barn från fattiga förhållanden har drabbats hårdast av skolstängningar, och även i den rikare delen av världen finns denna socioekonomiska slagsida. För många kommer skolstängningarna att innebära minskade beräknade livsinkomster, och 11 miljoner barn beräknas inte återvända alls till skolan.<sup>27</sup> Den fattigaste delen av ett samhälles befolkning drabbas således mest negativt av åtgärderna, vilket förstärker ojämlikheten i samhället.<sup>28</sup> Överlag drabbas dessutom kvinnor hårdare än män.<sup>29</sup> Jag hävdar att det finns ett växande stöd för att åtgärderna mot viruset har haft minst lika skadliga effekter, även i förlorade människoliv och definitivt i förlorade levnadsår, som sjukdomen i sig.

### *Flockimmunitet*

Det är ett medicinskt faktum att en pandemi orsakad av ett virus som sars-cov-2 inte upphör förrän en tillräckligt stor del (ungefär hälften) av befolkningen blivit immun. Medan Edvinsson har rätt i att åtgärder på enskilda platser, även historiskt sett, har kunnat förhindra eller minimera smittspridning och dödsfall där har pandemier på en kontinental till global skala inte ebbat ut förrän flockimmunitet genom infektion

26. För en mer populärvetenskaplig sammanställning, se SVT:s Vetenskapens värld, "Coronakampens pris", sändt 1 mars 2021: <<https://www.svtplay.se/video/30291114/vetenskapens-varld/vetenskapens-varld-sasong-34-coronakampens-pris?start=auto>>.

27. UNESCO, <<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>>.

28. B.L. Perry & B. Aronson, "Pandemic precarity: COVID-19 is exposing and exacerbating inequalities in the American heartland", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 118 (2021) e2020685118.

29. H.-A.H. Dang & C.V. Nguyen, "Gender inequality during the COVID-19 pandemic: Income, expenditure, savings, and job loss", *World Development* 140 (2021) 105296.



uppnåtts.<sup>30</sup> Det är olyckligt om flockimmunitet – den naturliga konsekvensen av en pandemi – beläggs med någon politisk höger–vänstervärdering, och det är kontraproduktivt att förknippa begreppet med vare sig libertarianism, malthusianism eller socialdarwinism.<sup>31</sup> Fritt från ideologisering bör vi också kunna diskutera huruvida strävan efter en minimering av smittspridningen i ett större samhällsperspektiv verkligen är till det allmännas bästa och minimerar antalet dödsfall. Skillnaden mellan Edvinsson och mig ligger dock knappast så mycket i etik eller politisk åskådning som i skillnader i uppfattningen om huruvida viruset går att hålla i schack annat än i mer perifera och isolerade områden.

Jag ställer mig således frågande till att "[f]lockimmunitet genom infektion som strategi kan sägas avspegla en kapitalistisk etik", för att citera Edvinsson (s. 270). För det första är flockimmunitet mer av en oundviklig konsekvens av en pandemi än en aktiv strategi, och för det andra är det inte alls jämförbart med en *laissez faire*-inställning till arbetares rättigheter eller välfärdsfrågor. I mitt pågående Pro Futura Scientia- och Vetenskapsrådsprojekt "Disentangling socio-political and climatic factors for food insecurity in early modern Europe (c. 1500–1800)" lyfter jag just fram vikten av aktiva interventioner som en nyckel till att förhindra svält vid livsmedelsbrist under förmodern tid. En *laissez faire*-inställning var i stället en av de främsta riskfaktorerna för att livsmedelsbrist skulle utvecklas till svält. Såväl arbetarskydd, en rättvisare lönebildning, allmänna välfärdssystem som förhindrande av hungersnöd har varit, och är, realistiska mål att uppnå.

Min bedömning är emellertid att covid-19 inte går att hejda framgångsrikt på de flesta håll, annat än kortvarigt, genom vare sig strikta restriktioner eller andra åtgärder. Pandemin kommer att upphöra först när tillräcklig immunitet i befolkningen uppnåtts, antingen via genomgången infektion eller vaccinering (eller en kombination därav). När jag skrev boken räknade jag med att det skulle finnas effektiva godkända

30. För t.ex. flockimmunitet i ryska influensan 1889–1890 krävdes mellan 45 och 70 procent smittade i västvärlden, se A.-J. Valleron m.fl., "Transmissibility and geographic spread of the 1889 influenza pandemic", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 107 (2010) s. 8 778–8 781.

31. Ett exempel på detta är att den framstående professorn i kulturgeografi Mike Hulme vid University of Cambridge, förespråkare av att acceptera flockimmunitet genom infektion som pandemins naturliga slutpunkt, kände sig tvingad i en intervju att framhålla att han varit livslång och trogen Labourväljare, se <<https://reaction.life/why-the-old-normal-needs-to-be-fought-for-an-interview-with-professor-mike-hulme>>.

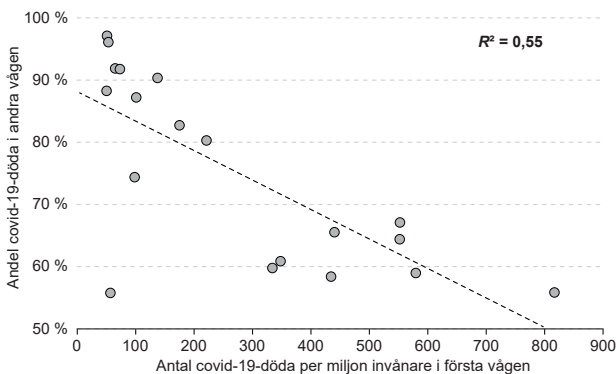
vaccin kanske först under vintern 2021/2022. Trots att vaccin blev tillgängliga snabbare än enligt de flesta prognoser har produktions- och distributionstakten varit så långsam att vaccinen inte kunnat förhindra en omfattande smittspridning, även i många tidigare förskonade områden, under vintern 2020/2021.

Interventionerna har överlag haft begränsad framgång. Det illustreras inte minst av att den brittiska mutationen blivit dominerande runt om i Europa på kort tid trots de hårdnackade försöken att stoppa den. Däremot har det på flera platser varit möjligt att hålla nere antalet som blir sjuka på en gång och därmed hålla antalet svåra sjukdomsfall under sjukvårdens maxkapacitet. Åtgärder inriktade mot att förhindra en överbelastning av sjukvården var också vad jag i boken argumenterade för som de mest pragmatiska.

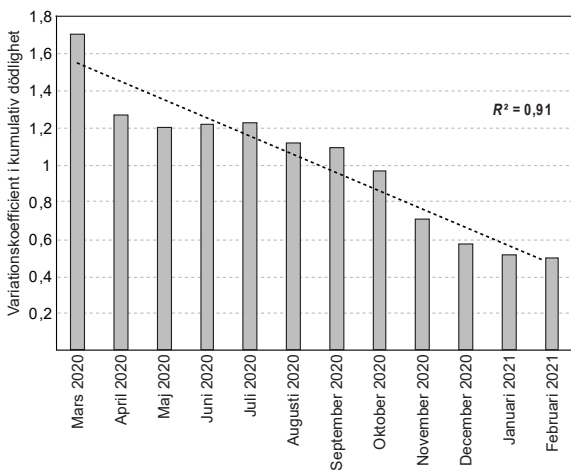
De invändningar som jag framför i boken mot försiktighetsprincipen rör främst att många katastrofscenarier målats upp under covid-19-pandemin på ett sätt som inte är vanligt i andra sammanhang. Att handla utifrån katastrofscenarier är inte nödvändigtvis detsamma som att handla försiktigt, eftersom konsekvenserna av det förstnämnda kan bli negativa i andra avseenden. Dessutom har somliga restriktioner som infördes i mars 2020 i en del länder funnits vara grundlagsstridiga och sakna rättslig kraft.<sup>32</sup> Det är däremot en missuppfattning att jag skulle betrakta Storbritannien eller USA som förebilder i hanteringen av covid-19-pandemin. Tvärtom är de varnande exempel på en rad punkter. Emellertid vill jag ge Edvinsson rätt i hans kritik att bristande krisberedskap och nedskärningar i många länder försvårat hanteringen av pandemin.

Mitt antagande att de områden som klarat en första våg lindrigt löper risken att drabbas hårdare av en andra våg tycks ha besannats – även om det finns undantag. För att exemplifiera kan vi se till europeiska länder som den 30 juni 2020 hade minst 50 bekräftade covid-19-dödsfall per miljon invånare. Länder som hade en förhållandevis hög dödlighet under den första vågen hade generellt en relativt sett lägre dödlighet under den andra vågen (före respektive efter halvårsskiftet 2020):  $R^2 = 0,55$  (se figur 3). Likaså har ett annat av mina antaganden besannats, nämligen att skillnaderna mellan länder i sjukdomsburda och dödlighet kommer att minska kraftigt ju längre pandemin pågår. Variationskoefficienten

32. Kanske mest flagrant i Europa i Österrike, se österrikiska författningsdomstolen VfGH 363/2020. Se även bl.a. tyska författningsdomstolen iBvR 828/20, iBvQ 44/20.



FIGUR 3: Andelen covid-19-döda under andra vågen (från 1 juli 2020) i förhållande till andelen covid-19-döda under andra vågen (fram till 30 juni 2020) jämfört med antalet covid-19-döda per miljon invånare under första vågen för länderna i EU/EES, Schweiz samt Storbritannien. Bara länder med mer än 50 avlidna per miljon invånare den 30 juni 2020 är medtagna. En låg dödlighet under den första vågen gav i regel en högre dödlighet under den andra vågen.



FIGUR 4: Variationskoefficienten för europeiska länder (EU/EES, Schweiz samt Storbritannien) i kumulativ covid-19-dödlighet per miljon invånare i covid-19 månad för månad från mars 2020 till februari 2021. Trenden mot den minskande variationen i dödlighet mellan länderna över tid är mycket stark ( $R^2 = 0,91$ ).

mellan europeiska länder i kumulativ bekräftad dödlighet per miljon invånare i covid-19 minskade från 1,70 den 31 mars 2020 till 0,49 den 28 februari 2021 (se figur 4).<sup>33</sup>

### *Slutord*

Avslutningsvis vill jag tacka Edvinsson, en forskare jag starkt respekterar, för hans inlägg som öppnar för denna diskussion. Mina huvudpånger med boken var, och är, följande: (1) Pandemin går inte realistiskt att stoppa på de flesta håll, och flockimmunitet genom infektion lär närmast oundvikligen uppstå på många håll innan omfattande vaccinering blir verklighet. (2) Åtgärderna mot viruset är på många håll mer skadliga, särskilt på längre sikt, än sjukdomen i sig, och åtgärderna är ofta inte heller ändamålsenliga för det man vill uppnå. (3) Panikrapporter och katastrofscenarier har fått ett alltför stort utrymme, samtidigt som ett samhälleligt helhetsperspektiv många gånger har saknats. (4) Ovanan att hantera pandemier, eller acceptera deras existens, bidrar till att agerandet inte alltid blir långsiktigt eller rationellt. (5) Pandemier pågår under flera år och måste därför hanteras med strategier präglade av uthållighet och långsiktighet. Bland de många farhågor jag har kring pandemiresponsen finns för det första en erodering av respekten för juridik och ett konstitutionellt förankrat beslutsfattande, och för det andra att den ökar fattigdom och förstärker socioekonomisk ojämlikhet. Jag befarar fortfarande att fler liv – och definitivt levnadsår – på global nivå går förlorade av restriktionerna än sjukdomen i sig förmår att skörda.

Med det sagt håller jag med Edvinsson om att nutidens etiska måttstock skiljer sig, och bör skilja sig, från den under historisk tid. Vi är numera långt mer vana vid att kunna hantera eller bota merparten sjukdomar. Skiljelinjen mellan mig och Edvinsson består i att jag menar att det tyvärr finns små realistiska förutsättningar att stoppa covid-19-pandemin, medan Edvinsson däremot verkar mena att det är möjligt. Låt oss vänta ett par år, tills pandemin är över och det heta debattklimatet lagt sig, och då se hur goda våra respektive prognoser varit. Måhända visar sig sanningen ligga mitt emellan mina och Edvinssons antaganden. Vid den tidpunkten kan coronapandemin bli ett ämne för verklig historieforskning.

33. En jämförelse av överdödlighet månad för månad europeiska länder emellan, av utrymmeskäl inte medtagen här, ger liknande resultat men trenden är ännu strakare.