

Prioritering av koronavaksine: Råd og prosess

Michael 2021; 18: Supplement 28: 49–59.

Høsten 2020 inviterte Folkehelseinstituttet oss til å delta i en ekstern gruppe som skulle gi råd om prioritering av koronavaksiner i Norge. Gruppens mandat var å utarbeide mål for det norske koronavaksinasjonsprogrammet, samt gi overordnede anbefalinger om prioriterte grupper i den første fasen av vaksinasjonen. Gruppen anbefalte å prioritere risikogruppen og helsepersonell og åpnet for geografisk prioritering avhengig av smitteutbredelsen i samfunnet. Gruppens rådgivende rapport var en del av et stort flerfaglig arbeid, som inkluderte epidemiologi, medisin, smittevern, datamodellering av koronavaksinens effekter og samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalyser. Prioritering betyr at noen får først, mens andre må vente. I samfunnet er det uenighet om verdier, prinsipper og mål for vaksineprioritering. I denne artikkelen belyser vi gruppens arbeidsprosess, råd, og begrunnelser nærmere, og peker på verdiavveininger som er særlig utfordrende.

«(D)ecisions about how to deploy limited COVID-19 vaccines should not be based on only public health considerations. Nor should they be driven by economics considerations alone» (WHO 2020:5).

I løpet av de første månedene i 2020 forårsaket det nye koronaviruset SARS-CoV-2 en verdensomspennende pandemi. Per 1. mars 2021 er totalt 113,8 millioner mennesker bekreftet smittet og 2,5 millioner bekreftet døde (1). Det ble satt i verk omfattende smittevernstiltak i de fleste land med store samfunnsmessige omkostninger.

Den 12. mars 2020 stengte Norge ned samfunnet. Uten vaksine og med begrensede behandlingsmuligheter for covid-19, ble det innført en rekke restriktive tiltak for å begrense smittespredningen. Disse smitteverntiltakene har hatt stor innvirkning på befolkningens personlige frihet, arbeidslivet og den økonomiske aktiviteten (2).

Sommeren 2020 skjøt kappløpet om å utvikle koronavaksine fart, og senhøstes var nær 50 vaksinekandidater under storskala-testing (3). Håpet var at det skulle utvikles vaksiner som var effektive nok til å kunne slå pandemien tilbake og lette byrden av alvorlig sykdom for den enkelte, for helsetjenesten og for samfunnet – og byrden av de omfattende smittevernstiltakene vi lever under. Norge gikk tidlig inn i et EU-samarbeid om innkjøp av vaksiner. Forventningen var at *etterspørselen* av vaksiner ville være større enn *tilbudet*, hvilket ville gjøre det nødvendig å prioritere i vaksinasjonskøen.

Høsten 2020 ble vi invitert til å delta i en ekstern ekspertgruppe som skulle gi etiske råd om prioritering av koronavaksiner. Denne gruppen – heretter kalt ekspertgruppen – ble oppnevnt av Folkehelseinstituttet (FHI) som ett av mange ledd i arbeidet med å utvikle det norske koronavaksinasjonsprogrammet. Mandatet var å utarbeide mål for programmet, samt å gi overordnede anbefalinger om prioriterte grupper i den første fasen av vaksinasjonen. Ekspertgruppens rapport ble levert den 15. november 2020 (3).¹

Den offentlige debatten som fulgte, har vist hvordan ulike hensyn står mot hverandre og krever prinsipielle avklaringer. I det følgende vil vi belyse ekspertgruppens råd og arbeidsprosess nærmere: Del 2 beskriver prosess. I del 3 presenterer vi gruppens interim-anbefalinger. Del 4 drøfter det normative rammeverket og noen av de empiriske premissene gruppen la til grunn for rådene, og i del 5 utdypes vi kort særlige etiske utfordringer. I del 6 avslutter vi med noen kommentarer.

Prosess

Helse- og omsorgsdepartementet gav FHI i oppdrag å etablere et koronavaksinasjonsprogram for Norge (figur 1). Programmet er organisert i fem hovedområder: *implementering, anbefaling og prioritering, overvåkning, kommunikasjon og forskning*. Den eksterne ekspertgruppen inngikk som en av flere grupper i området *anbefaling og prioritering*. FHI ble ansvarlig for tilpassingen og implementeringen av vaksinasjonsplanen og for den endelige prioriteringsrekkefølgen.

¹ Eli Feiring er en av de seks oppnevnte i den eksterne gruppen, og Carl Tollef Solberg hadde oppdrag i sekretariatet. Både Feiring og Solberg står oppført som forfattere av rapporten. Følgende personer ble oppnevnt: Eli Feiring (UiO), Reidun Førde (UiO), Søren Holm (UiO/University of Manchester), Ole Frithjof Norheim (UiB), Berge Solberg (NTNU) og Gry Wester (King's College London). Sekretariatet besto av: Jasper R. Littmann (sekretariatsleder, FHI), Trygve Ottersen (FHI) og Carl Tollef Solberg (UiO/FHI). Synspunktene i denne artikkelen står for artikkelforfatterens regning.

Hovedområder				
Tilpassing og implementering vaksinasjonsplan	Anbefaling og prioritering	Overvåkning og oppfølging	Kommunikasjon	Analyser og forskning
Undertema				
Vaksineavtaler	Etiske vurderinger	Tidsriktig registrering og bruk av registerdata	Kommunikasjonsstrategi	Effekt av vaksinasjon på covid-19 pandemien
Innkjøp / lager	Risikogrupper	Bivirkningsovervåkning og signaldeteksjon	Visuell profil og budskapsplattform	
Pakking / distribusjon	Vaksinekunnskap	Overvåkning av effekt og vaksinasjonsdekning	Kommunikasjons-tiltak	
Vaksinasjonsveileder	Epidemiologiske scenarier	Effekt av vaksinasjon på covid-19 pandemien	Mediehåndtering	
Kommunikasjon med aktørene	Samfunnsøkonomisk vurdering	E-helse integrasjon og samordning		

Figur 1. Denne figuren illustrerer organiseringen av det norske koronavaksinasjonsprogrammet. (4).

Det norske koronavaksinasjonsprogrammet

Ekspertgruppen besto av akademikere med bred kunnskap om og erfaring fra prioriteringsfeltet, og med faglig bakgrunn fra medisin, filosofi og statsvitenskap. Sekretariatet fra FHI bidro til å sikre samordning med koronavaksinasjonsprogrammet.

Det lå ikke i ekspertgruppens mandat å representere helsetjenesten, klinikere, risikogrupper eller kritiske samfunnsfunksjoner. Snarere ble gruppen bedt om å gi overordnede råd med utgangspunkt i det etiske rammeverket for helseprioriteringer i Norge, og ta hensyn til internasjonale interim-anbefalinger, inkludert WHO.

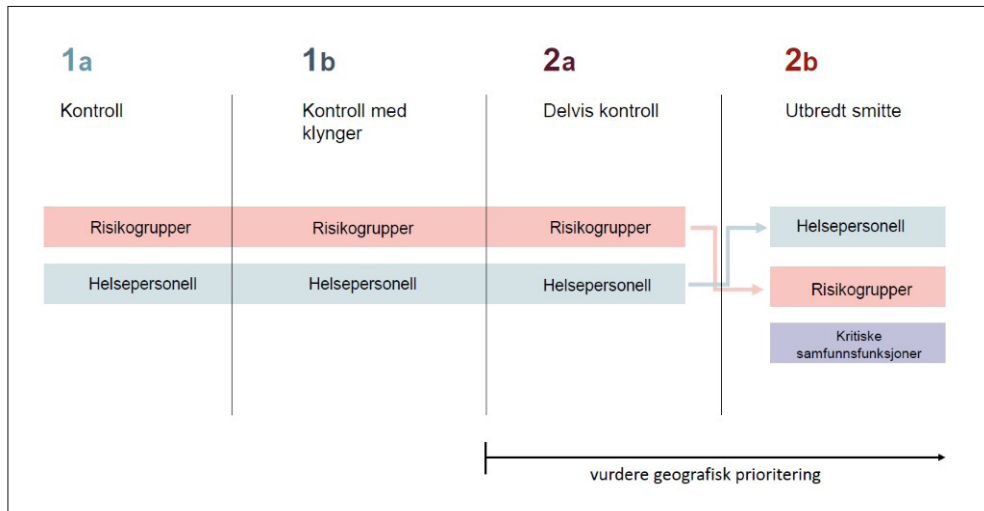
Ekspertgruppens arbeid ble utført fra slutten av september og frem til begynnelsen av november, og gruppen hadde 6 møter.

Interim-anbefalinger

Ekspertgruppen anbefalte en dynamisk prioriteringsmodell (figur 2). I en situasjon der smitten er under full eller delvis kontroll, tilrådet gruppen å prioritere risikogruppen og helsepersonell først. I en situasjon med økt smitte, ble det anbefalt at helsepersonell ble prioritert foran risikogruppen, og at kritiske samfunnsfunksjoner skulle kunne vurderes som en tredje prioriteringsgruppe. Hensikten var ikke at disse overordnede prioriteringene skulle være *leksikalske* – altså at *hele* risikogruppen skulle prioriteres før helsepersonellgruppen eller vice versa. Tanken var snarere at høyest overordnede prioriterte gruppe skulle *vektes* noe mer enn neste prioriterte gruppe. Videre var anbefalingen at man bør vurdere prioritering av geografiske områder med høyt smittetrykk i situasjoner med utbredt smitte.

Rådene om å prioritere risikogruppen og helsepersonell, samt vurdere dynamiske prioriteringer, ble i stor grad tatt til følge av norske helsemyndigheter (4).² I januar 2021 ble det gjort avtaler med flere vaksineprodusenter og vaksineringsen av den norske befolkningen startet.

Dynamisk prioritering



Figur 2. Denne figuren illustrerer ekspertgruppens forslag til dynamisk prioritering. Som figuren viser var tanken at en økt smitte i samfunnet vil gi et større rasjonale for å prioritere helsepersonell. Ved høy smitte foreslo gruppen derfor å prioritere helsepersonell foran risikogruppen (3).

Begrunnelser

I et samfunn (og ikke minst mellom samfunn) vil det være uenighet om verdier og om hvordan ulike hensyn skal vektet mot hverandre. Ofte er etisk usikkerhet drevet av empirisk usikkerhet: Faktagrunnlaget i en sak kan utgjøre substansiell etisk forskjell. I etisk analyse, der målet er å komme fram til en begrunnet beslutning, kan det derfor være nødvendig å skaffe tilveie informasjon om de ulike alternativenes konsekvenser, hvem som berøres, og på hvilken måte. Man må ha kunnskap til å vurdere denne informasjonen og bestemme hvilken relevans informasjonen har, og kunne avveie den mot ulike etiske hensyn.

2 FHI. Hvem kan få koronavaksine? <https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/hvem-kan-fa-koronavaksine/> (Sist besøkt 31.01.21).

Anbefalinger under empirisk usikkerhet

Arbeidet til ekspertgruppen tok utgangspunkt i det kunnskapsgrunnlaget som var tilgjengelig høsten 2020. Ved hjelp fra de andre gruppene ved FHI, hadde ekspertgruppen tilgang på oppdatert informasjon om koronavaksinene, risikogruppene, smittefare i yrkesgrupper og logistiske utfordringer knyttet til de ulike vaksinekandidatene som var på vei. Samtidig var informasjonen om en rekke andre forhold mangelfull på daværende tidspunkt. For eksempel var det knyttet usikkerhet til vaksinens effekt, mulige bivirkninger, hvilke grupper de ulike vaksinekandidatene ville være utprøvd på og godkjente for, befolkningens oppslutning om vaksinene, og ikke minst, pandemiens videre forløp.

Vaksinens forventede effekt ble et sentralt punkt. De aktuelle vaksinekandidatene viste seg effektive for å forhindre sykdom og død, mens graden av effekt på smittespredningen forble uavklart (4). Kunnskapsgrunnlaget i november 2020 tydet på at vaksinene vil kunne gjøre best *nytte* for seg som et virkemiddel for å hindre alvorlig sykdom og død hos den enkelte, heller enn å forhindre smitte i befolkningen.

Verdier, mål og prioriterte grupper

For å utvikle et etisk rammeverk, det vil si et sett av prinsipper og verdier som gir et fundament for politikktutforming, tok ekspertgruppen utgangspunkt i verdigrunnlaget for den norske helsetjenesten. Dette er diskutert i flere offentlige dokumenter (5–6). Norge har dessuten lang tradisjon for åpne helseprioriteringer, og både lovverk og retningslinjer er utformet med utgangspunkt i råd fra prioriteringsutvalg (7–11). Tre formelle kriterier benyttes for å veilede prioriteringer i den norske offentlige helsetjenesten: *Nyttekriteriet*, *ressurskriteriet* og *alvorlighetskriteriet*.

Forebyggende folkehelseiltak kan ikke uten videre sammenliknes med prioritering av individrettede og (potensielt) kurative helsetjenester. Derfor anbefalte da også Prioriteringsmeldingen at prioritering av folkehelseiltak måtte diskuteres spesielt (6, 12). Indirekte effekter er viktige: Nyttan av vaksinen tilfaller også andre enn den som har fått vaksinen, gitt at samfunnets smittespredning reduseres. I plandokumenter for alvorlige smittsomme sykdommer, som for eksempel pandemisk influensa, spesifiseres det flere prioriteringshensyn: Det legges til grunn at risikogrupper, utøvende helsepersonell og definerte nøkkelpersoner bør prioriteres foran resten av befolkningen (13).

Ekspertgruppen tok videre utgangspunkt i internasjonal litteratur om vaksineprioriteringer. En rekke publikasjoner har dokumentert ulike lands prioriteringsanbefalinger (3). Særlig WHO's verdirammeverk for prioritering

av koronavaksiner er ment som beslutningsstøtte for nasjonale strategier (14)

Ekspertgruppen argumenterte for at koronavaksinasjonsprogrammets utforming bør hvile på følgende verdier: *Likhet og likeverd, velferd, tillit og legitimitet*. I den norske konteksten er likhetsnormen særlig relevant og er både knyttet til formell likebehandling og lik tilgang til helsetjenester avhengig av behov, og til et mål om å redusere sosial ulikhet i helse. Videre er nyttehensyn sentrale: Knappe helsegoder bør fordeles slik at de gjør mest nytte av seg og øker den samlede (helserelaterte) velferden. Samtidig er prosedurale hensyn viktige. Koronavaksinasjonsprogrammet bør bygge på tillit mellom befolkningen og myndighetene, og fordelingen av vaksiner bør foregå på en måte som kan forsvares og begrunnes som legitim overfor hele befolkningen, også overfor dem som ikke får vaksine (15).

På bakgrunn av dette foreslo ekspertgruppen følgende mål for det norske koronavaksinasjonsprogrammet: Redusere risiko for alvorlig sykdom og død, opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur, beskytte sysselsetningen og økonomien og gjenåpne samfunnet.

Særlige etiske utfordringer

Den offentlige debatten som fulgte etter ekspertgruppens rapport, speilet på mange måter flere av diskusjonene innad i gruppen. Et eksempel er diskusjonen om vaksinasjonsprogrammets målsetning: Overordnet vil vaksinasjon være ett av flere tiltak mot pandemien, og nytten av koronavaksinasjonsprogrammet vil derfor avhenge av hvilke andre smitteverntiltak som samtidig er etablert. Det er ikke gitt hvordan programmets ulike mål bør avveies mot hverandre hvis ikke alle mål kan oppnås samtidig. Heller enn å prioritere relativ risikoreduksjon for alvorlig sykdom og død, kan det argumenteres for at vaksinasjonen bør ha en bredere målsetning: Målet må være å beskytte mot skadevirkninger av pandemien og smitteverntiltakene, og konsekvensene for liv og helse må avveies mot andre samfunnskonsekvenser som begrenset frihet og økonomiske tap.³ Et annet eksempel er diskusjonen om prioritering av sosioøkonomisk svake grupper. Sykdomsbyrden er ulikt fordelt. I en rekke land er sosiale helseulikheter forsterket av pandemien (16). De overgripende smitteverntiltakene har i stor grad rammet svake grupper hardt. Utvalget la vekt på at tidlig vaksinerings av risikogruppen vil kunne muliggjøre en raskere gjenåpning av samfunnet og

3 Steinar Holden i *DN* 19.11.2020/29.11.2020 <https://www.dn.no/okonomi/koronaviruset/koronadebatt/vaksine/kronikk-det-er-ikke-gitt-at-helse-og-alvorlig-sykdom-skal-ha-absolutt-prioritet-ved-vaksinerings/2-1-914022> (Sist besøkt 28.01.21), samt replikk-innlegg fra S. Holden i *DN* <https://www.dn.no/innlegg/koronaviruset/koronadebatt/helse/innlegg-malet-med-vaksinasjonsstrategien-er-a-reducere-alle-pandemiens-skadevirkninger/2-1-920556> (Sist besøkt 28.01.21).

derigjennom komme svake grupper til gode. Av plasshensyn kan vi ikke forfølge dette videre her. Vi retter heller søkelyset mot tre andre etiske utfordringer.

Vaksinere for å vinne leveår eller redde liv?

Den vanligste tilnærmingen innen helseprioriteringer er å måle tiltakets nytte i antall *kvalitetsjusterte leveår* (QALY-er). For vaksineprioriteringene var QALY-er aldri noe reelt alternativ på grunn av det manglende kunnskapsgrunnlaget.

Ekspertgruppen diskuterte om vaksinen skulle målrettes for å vinne leveår eller avverge dødsfall. Alt annet likt vil mange mene at det er viktigere å avverge dødsfall hos unge, sammenlignet med eldre. Dette trekker i retning av *leveår* som målestokk. Imidlertid er infeksjonsletaliteten, altså risikoen for å dø hvis man er smittet, svært lav blant yngre friske mennesker i Norge, men er høy blant de eldste. Den store aldersavhengige forskjellen i infeksjonsletalitet innebærer at det med rimelighet kan forventes at valget av *liv* eller *leveår* ikke vil utgjøre en signifikant forskjell for utmålingen av nytte⁴: Eldre bør prioriteres foran yngre både hvis leveår skal vinnes og dødsfall skal avverges ved å vaksinere store samfunnsgrupper.

Ekspertgruppen var delt i spørsmålet om å benytte *leveår* eller *liv* som målestokk, men endte til slutt på *liv* – under en viktig forutsetning av at *leveår* og *liv* ville gi en nokså lik prioritering av grupper. *Liv* er et transparent mål i den forstand at det er enkelt å forstå. *Liv* egner seg dessuten godt for datamodellering. *Leveår* som mål kan på sin side utformes på flere måter, og noen vil argumentere for leveårsmålet bærer i seg flere verditeoretiske antagelser (som eksempelvis hvor mange leveår vi normerer hver aldersgruppe til å tape). Ekspertgruppen åpnet samtidig for å endre til *leveår* vunnet hvis det skulle vise seg at sistnevnte ville gi et vesentlig bedre resultat for nyttefunksjonen av vaksinasjonsprogrammet.

Disse vurderingene ble gjort med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget på tidspunktet. Ekspertgruppen hadde ikke kunnskap om vaksinen effektivt reduserer smitte, og konkluderte med at dødsfall best vil kunne avverges ved å vaksinere risikogrupper først.

4 Se for øvrig Ole Frithjof Norheims regneeksempel. Regneeksemplet viser at valget mellom henholdsvis *liv* eller *leveår* ikke har noen vesentlig betydning i den overordnede prioriteringsstrategien mellom risikogruppen og helsearbeidere: «Slik valgte vi hvem som får vaksinen først» *Morgenbladet* 04.01.21. <https://morgenbladet.no/aktuelt-ideer/2020/12/slik-valgte-vi-hvem-som-far-vaksinen-forst> (Sist besøkt 01.03.21).

Bør helsepersonell prioriteres først, uansett?

Enkelte har tatt til orde for at helsepersonell bør prioriteres først for koronavirusvaksinen uavhengig av risikoprofilen, den totale smittesituasjonen og koronavirusvaksinens smittebegrensende effekt. Dette kan i prinsippet foregå på flere måter. For eksempel kan hele eller en utvalgt del av helsepersonellgruppen prioriteres *leksikalsk* – altså før første person i risikogruppen. Eller helsepersonell og risikogruppen kan prioriteres samtidig på (minst) to måter. Enten ved at helsepersonell sikres en større andel av vaksinedosene, eller ved at helsepersonell (mindre gruppe) har større sannsynlighet for å bli vaksinert enn personer i risikogruppen (større gruppe).

Det finnes mange grunner til å prioritere helsepersonell. Et argument er *gjensidighet* (eng. *reciprocity*): Samfunnet har bedt enkelte yrkesgrupper – som helsepersonell i fremskutte posisjoner – om å utsette seg selv og sine nærmeste for smitterisiko.⁵ Gjensidighetsargumentet tilsier at de som løper ekstra risiko, har krav på ekstra beskyttelse. De som yter noe ekstra *fortjener* noe ekstra tilbake. Ingen av de tre norske prioriteringskriteriene – *nytte*, *ressurs* eller *alvorlighet* – åpner i prinsippet for vektlegging av gjensidighetsargumentet. Samtidig kan det argumenteres for at helsepersonell i fremskutte posisjoner og med hyppig pasientkontakt bør beskyttes for smittsom sykdom av rene *nyttehensyn* – både av hensyn til sårbare pasienter og av hensyn til dem selv og nærmeste familie. Videre er det grunner til å prioritere dem som ellers vil være vanskelige å erstatte ved sykdom og karantene: En forsikring som gjør at helsevesenet ikke bryter sammen under pandemien. Disse sistnevnte forholdene kan i prinsippet ivaretas av nyttekriteriet, og ble vektlagt av ekspertgruppen.

Bør geografisk prioritering avvises?

Likhetsprinsippet står sterkt i den norske helsetjenesten og omfatter også hensynet til geografisk likhet. Pasient- og brukerrettighetsloven skal bidra til at befolkningen sikres *lik* tilgang til tjenester av god kvalitet. Ekspertgruppen vurderte det likevel slik at geografiske hensyn må kunne vektlegges for å prioritere områder med særlig høyt og vedvarende smittepress, både for å redusere risiko for sykdom hos den enkelte og overbelastning i helsetjenesten og for å redusere behovet for andre smittereduserende tiltak. Samtidig

5 Et gjensidighetsargument kan i prinsippet gjøre seg gjeldende for alle grupper i samfunnet som utsettes for vesentlig smitterisiko – det være seg butikkansatte, vaskepersonale på sykehus eller taxisjåfører. Foreløpige tall for Norge (for året 2020) viser at renholdere (1,66 %) og ambulanspersonell (1,71 %) var de gruppene med høyest insidens uten utenlandssmitte. Sykepleiere (1,55 %) og leger (1,39 %) hadde som forventet også noe høyere insidens (uten utenlandssmitte) enn norsk befolkning i yrkesaktiv alder (1,11 %). Helsearbeidere som psykologer (0,69 %) og fysioterapeuter (0,89 %) hadde imidlertid lavere insidens enn normalbefolkningen (16).

konkluderte gruppen som utførte den samfunnsøkonomiske lønnsomhetsanalysen av koronavaksinasjon: «Hvis vi ikke prioriterer befolkningen i de områdene som er mest rammet, må kostbare smittevernstiltak videreføres lenger enn strengt tatt nødvendig med følger for hele landets økonomi» (18: side 5).

Ekspertgruppen tok til orde for at geografisk prioritering bør vurderes under gitte betingelser.⁶ 2. mars 2021 anbefalte FHI en beskjeden geografisk skjevdeling.⁷

Vurderingen av geografisk prioritering er et eksempel på hvordan empirisk usikkerhet påvirker avveiningen mellom nytte og likhet: Er nytten av geografisk prioritering entydig, vil hensynet til geografisk lik tilgang på vaksine måtte vike.

Konklusjon

Prioriteringer vekker allment engasjement, koronavaksiner i særdeleshet. Koronavaksiner er et knapphetsgode som store deler av Norges, for ikke å nevne verdens, befolkning både ønsker, vil ha nytte av og ikke minst ha legitime grunner til å få. Videre er prioriteringer av koronavaksinen ikke noe som bare angår helse og helsevesenet, men snarere hele samfunnet.

Ekspertgruppens arbeid har vært en brikke i et stort utviklingsprosjekt som har engasjert en rekke medarbeidere i FHI. I sum har det store prosjektet lagt grunnlaget for de finjusterte prioriteringene FHI har anbefalt til regjeringen. Anbefalingene fra ekspertgruppen per november 2020 om å sette risikogrupper og helsepersonell først i køen, var interimanbefalinger og har hele tiden vært åpne for endringer. Prioriteringer av koronavaksiner er og bør være dynamiske, og FHI har av samme grunn hatt regelmessige møter med både Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Tannlegeforeningen, og KS, kommunesektorens organisasjon.

Store deler av befolkningen, samt en rekke politikere, ser ut til å ha erkjent at man må prioritere koronavaksinene. Vi avslutter derfor med tilhåp. Det ene er at offentlig debatt om vaksineprioriteringene vil bringe prioriteringsdiskursen i Norge fremover. Det andre er at diskusjoner omkring

6 Et lite vurdert spørsmål er hvem man egentlig ønsker å prioritere geografisk. Man kan forestille seg at både risikogrupperne (i.e., redusere morbiditet og mortalitet), helsepersonell (i.e., sikre kapasitet) og epidemiologiske tiltak for å slå ned smitte er tiltenkt ved geografisk prioritering.

7 Lenge vurderte FHI det slik at betingelsene for geografisk målretting ikke var oppfylt, dels fordi pandemien forløp er uforutsigbart og vaksinens virkninger først vil komme flere uker etter at den er gitt, og dels fordi FHIs avanserte datamodelleringer viste at nytten av vaksinen er størst i områder med særlig lite eller særlig stort smittepress (4). Sistnevnte resultat fremstår trolig som kontraintuitivt for mange ut fra en intuisjon om at vaksinen gjør mest nytte for seg i områdene med størst smittepress. En økende bruk og tillit til resultater fra avansert datamodellering kan gjøre prioriteringsdebatten mindre transparent.

vakseprioriteringer, smitteverntiltak, og redusert kapasitet på sykehus, har vært med på å gi folk en bedre forståelse av at vi må prioritere. Disse prioriteringene bør skje åpent, kunnskapsbasert og prinsipielt. Vi er optimistiske.

Litteratur

1. WHO. 2021. *WHO Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int> (31.01.21).
2. Holden S, Bjørnland H, von Brasch T et al. (2020) *Covid-19 – samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – andre rapport*. Rapport fra ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet. 22. mai 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19> (31.01.21).
3. Feiring E, Førde R., Holm S et al. (2020). *Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge: Ekspertgruppe i etikk og prioritering 15. november 2020*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2020/rad-om-prioriterte-grupper-for-koronavaksinasjon-i-norge/> (26.01.21).
4. Folkehelseinstituttet. *Koronavaksinasjonsprogrammet: Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2. 15. desember 2020*. FHI. <https://www.fhi.no/contentassets/d07db6f2c8f74fa586e2d2a4ab24dfdf/2020-12-v2-anbefalinger-og-prioriteringer-2-utgave-korrigert-forside.pdf> (31.01.21).
5. Folkehelseinstituttet. *Sosiale helseforskjeller*. I: Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/> (28.04.21)
6. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (26.01.21).
7. NOU 1987:23. *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*. Norges offentlige utredninger. Oslo: Sosialdepartementet, 1987.
8. NOU 1997:18. *Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*. Norges offentlige utredninger. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/> (31.01.21).
9. NOU 2014:12 *Åpent og rettferdig – prioritering i helsetjenesten*. Norges offentlige utredninger. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet, 2014. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/> (31.01.21).
10. NOU 2018:16 *Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester*. Norges offentlige utredninger. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/> (31.01.21).
11. Haldar M, Ødemark J, Engebretsen E. Helseprioriteringer i endring – en retorisk analyse. *Nytt Norsk Tidsskrift* 2020; 37: 225–237.
12. Norheim OF. *Verdigrunnlag og prioriteringskriterier for folkehelsearbeidet*. Notat utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/norheim_notat_om_verdigrunnlag_og_kriterier_for_prioritering_innen_folkehelsearbeidet_181112_0.pdf (31.01.21).

13. Folkehelseinstituttet. *Influenza – veileder for helsepersonell*. <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/influenza/> (31.01.21).
14. WHO. *WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination*. Genève: World Health Organization, 14 September 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/33429> (31.01.21).
15. Daniels N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
16. Kawachi I. COVID-19 and the «rediscovery» of health inequities. *Int Journal of Epidemiology* 2020;1-4. doi: 10.1093/ije/dyaa159
17. Molvik M, Danielsen A S, Grøslund M et al. SARS-CoV-2 blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2021. doi: 10.4045/tidskr.20.1048
18. Helsedirektoratet. *Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak (covid-19)*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsokonomisk-vurdering-av-smitteverntiltak-covid-19> (28.04.21)

Takk til Grete Synøve Botten, Siv Cathrine Høymork, Jasper Littmann, Ole Frithjof Norheim, Berge Solberg og Gry Wester for konstruktive kommentarer på en tidligere versjon av dette manuskriptet.

*Eli Feiring
eli.feiring@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1089 Blindern
0317 Oslo*

Eli Feiring er statsviter, førsteamanuensis og avdelingsleder ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo

*Carl Tollef Solberg
c.t.solberg@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo*

Carl Tollef Solberg er lege og filosof og forsker ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo