

Covid-19 som politisk balansekunst mellom rett til helse og rett til frihet

Michael 2021; 18: Supplement 28: 60–72.

Artikkelen diskuterer faktorer som påvirker styring og håndtering av pandemier generelt og covid-19-pandemien spesielt. Det er her viktig å skille mellom risikovurdering og risikohåndtering. Risikovurdering er den vitenskapelige og faglige komponenten i risikoanalysen, mens risikohåndtering er «policy»-komponenten, dvs. beslutninger om hvilke tiltak som skal iverksettes.

Pandemier preges normalt av stor usikkerhet og kompleksitet. Det er derfor vanskelig, for å ikke si umulig, å sette opp en fasit for riktig håndtering på forhånd. Ulike myndigheter vil dessuten kunne prioritere og vektlegge hensyn forskjellig ved valg av håndteringsstrategi, blant annet basert på kulturelle forskjeller og forventninger i befolkningen. Det er derfor viktig med en forståelse av politisk-institusjonelle kontekster for å forstå hva som ligger til grunn for styring og håndtering av covid-19-pandemien.

Covid-19-pandemien i 2020–2021 representerer en av de største globale helsekriser i moderne tid. Krisen kjennetegnes av mange syke og døde, inngripende tiltak overfor enkeltindivider og næringsliv, og omfattende virkninger – sosialt, økonomisk og politisk – på samfunn over hele verden. Denne artikkelen ser nærmere på ulike faktorer som har betydning for å forstå hvordan covid-19-pandemien styres og håndteres. Målsettingen er å avdekke ulike hensyn som inngår i håndteringen av covid-19 og å identifisere faktorer som påvirker håndteringen, med særlig fokus på sentralt statlig nivå i Norge. Ansvarsfordelingen mellom myndighetsnivåer (stat-fylkekommune) vil ikke bli diskutert.¹ Artikkelen bygger på en kvalitativ analyse

1 Det er viktig å understreke at særlig kommunene har et sentralt og viktig selvstendig ansvar ved smittebrudd i Norge, noe som blant annet følger av Smittevernloven (1994) og Helseberedskapsloven (2000). Samspillet mellom nasjonale og lokale myndigheter ved håndteringen av Covid-19 er derfor et viktig og interessant tema i seg selv, men er for omfattende til å bli diskutert her. Denne artikkelen fokuserer derfor på overordnede avveininger på statlig nivå som gjøres i skjæringspunktet mellom fag og politikk. Den prinsipielle diskusjonen er samtidig relevant også for det lokale myndighetsnivået.

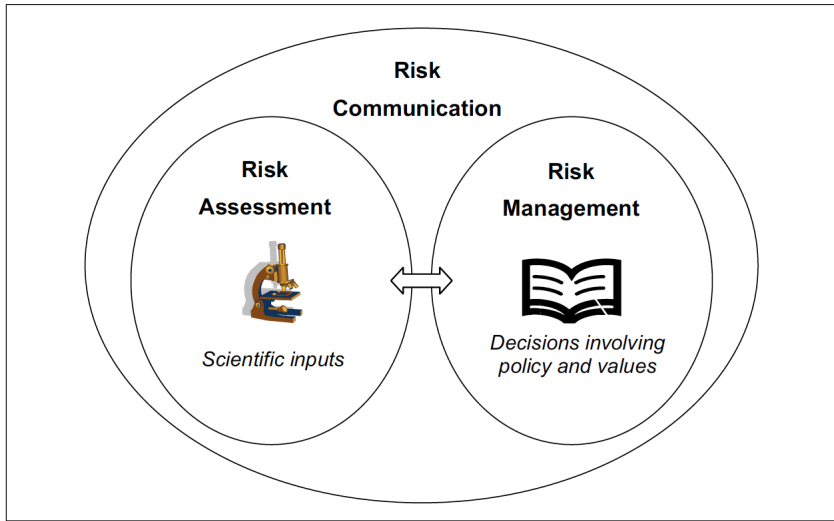
av relevant litteratur, herunder en gjennomgang av studier av covid-19 fra 2020, i tillegg til offentlige dokumenter, lover og regler, internasjonale avtaleverk, og taler og pressekonferanser fra Norge og Sverige under covid-19-håndteringen i 2020.

Bakgrunn – kort om hendelsesforløpet i Covid-19 pandemien

I begynnelsen av januar 2020 kom de første rapportene om dødsfall i Kina som følge av det som etter hvert ble betegnet som SARS-CoV-2 – også kalt koronaviruset. Sykdommen fikk navnet covid-19 (1). Kort tid etter ble det rapportert fra flere land om folk som var smittet av dette viruset. 30. januar 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) at verden står overfor en større helsekrise – en «Public Health Emergency of International Concern» (PHEIC) (1). I tråd med Det internasjonale helsereglementet (International Health Regulations – IHR) utløste denne erklæringen både en viktig rolle for WHO med tanke på å sikre en internasjonal koordinert oppfølging av smitteutbruddet, og et viktig ansvar for landene når det gjaldt å forberede seg på og eventuelt håndtere et smitteutbrudd (2–5). IHR er et sett av bindende internasjonale regler for smitteutbrudd administrert av WHO. Reglene har som formål å forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsomme sykdommer (6). 11. mars 2020 erklærte WHO at covid-19-utbruddet kunne karakteriseres som en ‘pandemi’, dvs. en «worldwide spread of a new disease», som innebar at det dreide seg om en global helsekrise (1). Utover i 2020 spredte covid-19 seg til alle deler av verden. I januar 2021 var det rapportert om over to millioner dødsfall som følge av pandemien. I mellomtiden var det i tråd med Erna Solbergs uttalelse på pressekonferansen 12. mars 2020 igangsatt «(...) de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid» i forsøk på å håndtere og begrense skadene av covid-19 pandemien (7, 8). Per januar 2021 var det registrert over fem hundre dødsfall i Norge som følge av covid-19 (7). Norge hadde dermed opplevd både lavere smittetrykk og færre dødsfall utfra innbyggertall, enn hva mange andre land hadde. Hvordan kan vi så forstå hvordan denne pandemien ble håndtert? Hvilke hensyn har ligget til grunn for valg av tiltak og strategier?

Politisk styring av Covid-19 pandemien: risikohåndtering versus risikovurdering

For å forstå valg av håndteringsstrategi under en pandemi, er det nyttig å ta utgangspunkt i de generiske elementene i en risikoanalyse, slik de er framstilt av WHO og FNs mat- og landbruksorganisasjon (FAO) (9) (figur 1).



Figur 1: Generiske elementer i en risikoanalyse (9, s.6)

Et viktig skille går mellom risikovurdering på den ene siden, dvs. input fra fagmiljøene basert på vitenskapelig kunnskap, og risikohåndtering på den andre, dvs. beslutninger om hvilke tiltak som skal iverksettes basert på en samlet vurdering av risiko, helsefare og andre relevante og legitime faktorer (som politiske, økonomiske og verdibaserte hensyn). Risikovurdering er den «vitenskapelige» og «faglige» komponenten i risikoanalysen, mens risikohåndtering er «policy»-komponenten: «(...) scientific information and other factors, such as economic, social, cultural and ethical considerations, are integrated and weighed in choosing the preferred risk management options» (9, s.7). Vi kan altså skille mellom vitenskap/fag (risikovurdering) og politikk/policy (risikohåndtering), noe som igjen vil gjenspeiles i det ansvar og den myndighet som er lagt til ulike offentlige myndighetsorganer ved krisehåndtering. I Norge har Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (Hdir) viktig ansvar for risikohåndtering under en nasjonal helsekrise som en pandemi, mens Folkehelseinstituttet (FHI) har et viktig ansvar for risikovurderinger og for å gi faglige råd (10). WHO & FAO understreker betydningen av å skille de to funksjonene – risikovurdering og risikohåndtering – fra hverandre, ikke minst for å skille vitenskap klart fra politikk (9). Risikovurderingene (og faglige råd) må framstå som nøytrale og legitime og være basert på anerkjente vitenskapelige prinsipper. Det er samtidig viktig å understreke at det også eksisterer uenighet om hva som er relevant, god og troverdig faglig kunnskap. Innenfor ulike fagmiljøer

er det ulike oppfatninger av hva som er «gullstandarden» for god vitenskap. Dette kan igjen føre til at beslutningstakere får sprikende faglige vurderinger og råd. Samtidig bør det framgå med tydelighet hvilke eventuelle hensyn i tillegg til faglig og vitenskapelig kunnskap, som inngår i valg av tiltak/risikohåndteringsstrategi. For at de vurderinger og hensyn som inngår i en risikoanalyse skal bli forstått og akseptert av involverte myndighetsaktører, næringsliv og befolkning for øvrig, vil risikokommunikasjonen stå sentralt. Effektiv håndtering forutsetter god og klar kommunikasjon i alle ledd av risikoanalysen; om risikovurderingene, om de hensyn som inngår i beslutningen om håndteringsstrategi, og om betydningen av å følge opp og etterleve tiltak. Under en krise som covid-19-pandemien, der tiden er knapp og kunnskapen usikker, kan det være hensiktsmessig å lempe noe på kravet om et skarpt skille mellom risikovurdering/vitenskap og risikohåndtering/politikk som ellers kan være ønskelig i en 'normalsituasjon' :

«Defining the available risk management options and choosing the most appropriate response may not be straightforward in situations where timelines are constricted and information may not be complete» (11, s.13) «(...) interactions between risk assessors and risk managers are likely to be much more rapid, frequent and may be initiated earlier than those that occur during non-emergency situations» (11, s.15).

Under en pandemi vil mange beslutninger måtte foretas under stor usikkerhet. Usikkerheten gjelder både den fare/risiko befolkningen står overfor, om alternative tiltak/håndteringsstrategier vil ha en positiv effekt eller ikke, og de samfunnsmessige konsekvenser av å gjennomføre eller ikke gjennomføre bestemte tiltak. Usikker og mangelfull kunnskap gjør at fagmiljøene gir få sikre svar. Myndighetene står dermed overfor en kompleks beslutnings-situasjon hvor ulike beslutningsvalg vil kunne ha alvorlige konsekvenser, for individ og samfunn, og der avveining av ulike hensyn ved valg av tiltak skjer under sterkt press – tidsmessig og politisk. WHO & FAO viser til at det i en krisesituasjon vil være hensiktsmessig å åpne prosessen og aktivere mer omfattende koordineringsmekanismer for å sikre at ulike myndighetsorganer og andre relevante aktører blir involvert i kalibreringen av alternative håndteringsstrategier (11). Prioritering av koordinering og dialog vil kunne styrke beslutningsprosessen og sikre at et bredt sett av relevante hensyn og konsekvenser blir vurdert og balansert som del av krisehåndteringen. Hvordan kan så håndteringen av covid-19-pandemien i Norge forstås ut fra rammeverket for risikoanalyse?

Diskusjon – krisehåndtering av covid-19 i Norge

Rettslige og politiske føringer

Håndteringen av covid-19-pandemien har foregått innenfor rammen av både internasjonal og norsk rett, så vel som av det politiske mulighetsrommet. Norge er forpliktet av Det internasjonale helsereglementet (IHR 2005) som innebærer at Norge skal samle inn og dele informasjon om en pandemi med WHO og andre land (6). Norge er videre forpliktet av internasjonale menneskerettigheter som har betydning ved håndtering av en pandemi (12). FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter (13) pålegger Norge å respektere innbyggernes rett til grunnleggende rettigheter, som personlig frihet. Norge er også forpliktet til å ivareta sivile rettigheter gjennom Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen. FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (14) pålegger Norge å ivareta innbyggernes rett til helse. Den norske Menneskerettsloven (1999) gjør Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter, Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen med tilleggsprotokoller gjeldende som norsk rett (konvensjonene inngår i sin helhet som vedlegg til loven). Rettighetene under de to konvensjonene står ikke i noe hierarkisk forhold til hverandre (4, 12). Det er med andre ord ikke gitt hvordan en eventuell konflikt mellom retten til personlig frihet under Den europeiske menneskerettskonvensjonen og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter, og retten til helse under FNs konvensjon om økonomiske og sosiale rettigheter, skal håndteres. Vurderingene av hva som er nødvendig av inngrep for å beskytte folks helse, må dessuten foretas innenfor de rammer Grunnloven (1814) setter, herunder rett til bevegelsesfrihet (§ 106), rett til privatliv (§ 102), forsamlingsfrihet (§ 101), og barns rettigheter (§ 104). Det blir samtidig opp til ansvarlige myndigheter å balansere de ulike rettighetene opp mot hverandre for å identifisere det som kan betraktes som legitime og forholdsmessige restriksjoner, innenfor gjeldende rettslige rammer. Under covid-19-pandemien ser vi at tolkninger av og oppfatninger om legitime, nødvendige og forholdsmessige restriksjoner varierer mellom land. For eksempel har flere land gjennomført portforbud som et tiltak for å redusere smittespredning, mens andre land, som Norge, synes å ha hatt en høy politisk terskel for så inngripende tiltak. Det er betegnende at regjeringen i februar 2021 valgte å legge bort forslaget om å innføre et hjemmelsgrunnlag i Smittevernloven for portforbud. Dette ble gjort etter sterk motstand fra faglig og politisk hold. Høringssvaret fra Den norske legeforening til lovforslaget er illustrerende:

«Både innføringen av en hjemmel om et portforbud og bruken av denne adgangen vil kunne bidra til å undergrave befolkningens tillit, og potensielt også befolkningens etterlevelse av myndighetenes råd og pålegg. Etter Legeforeningens syn er dette en skjør verdi som må forvaltes klokt. Det er videre vanskelig å se for seg at *anvendelsen* av et slikt tiltak vil være nødvendig og forholdsmessig.» (15).

Det må legges til at det relativt lave smittetrykket i Norge nok har dempet behovet for (og dermed kravet om) å innføre såpass inngripende tiltak som portforbud.

Helseberedskapsloven og Smittevernloven står sentralt som rettslige rammer for håndteringen av en helsekrise (10). Smittevernloven (1994) fordeler ansvar og oppgaver til ulike myndighetsorganer og myndighetsnivåer ved smitteutbrudd, og åpner for gjennomføring av inngripende tiltak i samfunnet for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. I tråd med § 7-12 vil regjeringen kunne bli tillagt særlige fullmakter for å håndtere en pandemi:

«Når et utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen, eller når det er fare for et slikt utbrudd og det på grunn av disse forhold er fare ved opphold, kan Kongen gi bestemmelser av lovgivningsmessig innhold for å trygge folkehelsen, og for at det kan settes inn tiltak til vern om befolkningen. Om nødvendig kan Kongen gjøre avvik fra gjeldende lovgivning».

Slike fullmakter åpner for at regjeringen kan innføre inngripende tiltak for å sikre folkehelsen, om nødvendig også uten å gå via lovgiver (Stortinget). Helseberedskapsloven (2000) gir vidtrekkende fullmakter til regjering og departement:

«(...) ved kriser eller katastrofer i fredstid etter beslutning av Kongen. Dersom det er nødvendig for å sikre liv og helse, kan departementet treffe en foreløpig beslutning om anvendelse. En slik beslutning skal bekreftes av Kongen så snart som mulig. En beslutning om anvendelse gis for et begrenset tidsrom og maksimalt for 1 måned. Beslutningen kan gjentas for inntil 1 måned av gangen» (§ 1-5).

Det er her blant annet snakk om fullmakt til rekvisisjon av fast eiendom, rettigheter og løsøre (§ 3-1), tjenesteplikt og beordring (§4-1), pålegg om å ta imot og gi helse- og omsorgstjenester (§ 5-1) og pålegg til virksomheter om å endre driften (§ 5-2). Ved utbrudd av en pandemi åpnes det dermed for at regjeringen kan innføre omfattende restriksjoner overfor både individer og organisasjoner gitt at formålet er «å verne befolkningens liv og helse» (Helseberedskapsloven § 1-1; jf. også Smittevernloven § 1-1). Her kommer dilemmaet inn: hvordan vurdere hvilke tiltak som er «nødvendige» for å kunne håndtere pandemien, ikke minst i en situasjon med stor usikkerhet? Balansering av ulike hensyn står sentralt. Det vil i siste instans være politiske myndigheter, dvs. myndigheter med overordnet ansvar for risikohåndtering, og ikke fagmyndigheter med ansvar for risikovurdering og fag-

lige råd, som beslutter og dermed også må stå til ansvar for denne balanseringen. I Norge betyr dette i praksis at regjeringen har hatt et overordnet ansvar for krisehåndtering under covid-19-pandemien, HOD/Hdir har hatt et sentralt ansvar for krisehåndtering i helsesektoren, mens FHI har hatt ansvar for det helsefaglige grunnlaget. Covid-19-forskriften (2020), som ble kunngjort av HOD 27. mars 2020, åpner for en rekke inngripende tiltak regjeringen kan gjennomføre med helse- og smittevern hensyn som begrunnelse (jf. rett til helse i Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturell rettigheter). Flere av disse tiltakene griper samtidig direkte inn i befolkningens personlige frihet (jf. Grunnloven, Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter, Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen), som for eksempel krav om karantene og isolasjon, forbud om arrangementer, stengning av virksomheter, og krav om testing. Forskriften er senere revidert flere ganger for å kunne tilpasse tiltakene til utviklingen i smittesituasjonen.

Organisering av krisehåndteringen – ansvar og myndighet

Overordnede prinsipper for krisehåndtering på helseområdet er fastsatt i Nasjonal helseberedskapsplan (10), mens detaljerte retningslinjer for smitteutbrudd er fastsatt i Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (16). Det er regjeringen som har det øverste ansvaret for beredskap i Norge, herunder «det overordnede politiske ansvaret for styring og håndtering av kriser» (10, s.37). Den enkelte statsråd har samtidig konstitusjonelt ansvar for krisehåndtering i sin sektor på grunnlag av de føringer Stortinget har gitt (jf. «ministeransvarlighet»). HOD har det nasjonale ansvaret for beredskap i helsesektoren. Som regel delegeres myndigheten til å koordinere helseinnsatsen under kriser til Helsedirektoratet som igjen forvalter regelverket og iverksetter vedtatt politikk. Under en krise vil det samtidig være viktig å avklare og koordinere tiltak som har betydning for flere sektorer. På administrativt nivå er Kriserådet opprettet til dette formål (10). De fem faste medlemmene av dette rådet er Regjeringsråden ved statsministerens kontor, Utenriksråden i Utenriksdepartementet og departementsrådene i Justisdepartementet, Finansdepartementet og HOD. Andre kan innkalles etter behov. Kriserådet foretar strategiske vurderinger, sikrer koordinering av tiltak i ulike sektorer, og sørger for politisk avklaring av saker som krever det. Kriserådet er med andre ord viktig som del av risikohåndteringen, ikke minst når en krise berører mange sektorer og har stor nasjonal og politisk betydning. Med utgangspunkt i Nasjonal helseberedskapsplan har HOD opprettet Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser. Formålet med utvalget er å «oppnå koordinert nasjonal håndtering

av biologiske hendelser» ved å «koordinere informasjonsinnhenting, situasjonsforståelsen samt beslutning og gjennomføring av tiltak med deltakere i utvalget så langt det passer» (17, s. 1-2). Utvalget ledes av Helsedirektoratet, som har det administrative sekretariatet, mens FHI har det smittevern faglige sekretariatet, og består ellers av representanter fra Oslo Universitetssykehus, Mattilsynet, Statens legemiddelverk, Politidirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Forsvarsstaben, Utenriksdepartementet, og Miljødirektoratet.

Når det gjelder innsamling og vurdering av faglig kunnskap som ligger til grunn for håndtering av en pandemi, har FHI som nasjonal kunnskapsinstitusjon en sentral rolle. FHI skal «bistå Helsedirektoratet med faglig råd ved beredskap og kriser» (10, s. 14) og har, i tillegg til det smittevern faglige sekretariatet for Beredskapsutvalget, også sekretariatet for Pandemi- og epidemikomiteen. Denne komiteen er et rådgivende organ for Hdir og FHI, ledes av Hdir, og har en bred sammensatt deltakelse av eksperter på smittevernberedskap, pandemisk influensa og generell beredskap. Pandemi- og epidemikomiteen «skal gi råd om tiltak før, under og etter utbrudd av pandemisk influensa og andre, alvorlige epidemier» – dette for å «få et bredt tilfang av faglige innspill, kommentarer og råd til håndteringen» (...) (18). Det er viktig å merke seg at komiteen kun er et rådgivende organ og ikke et besluttsende organ. Funksjonen kan med andre ord sies å primært ligge innenfor «risikovurderingen», dvs. et organ som skal spille inn fagkunnskap som deretter kan benyttes som grunnlag for risikohåndteringen, dvs. beslutning om tiltak. Pandemi- og epidemikomiteen syns ikke å ha vært aktiv under covid-19 pandemien, men illustrerer at skillet mellom risikohåndtering og risikovurdering blir mindre tydelig under en krise – komiteen har medlemmer som både er involvert i risikohåndtering og policy-beslutninger (som Hdir), så vel som i risikovurderinger og faglige råd (som FHI). Komiteen formidler dessuten ikke bare fagkunnskap, men gir også råd om tiltak. Det er imidlertid viktig å merke seg at de som er ansvarlige for risikohåndteringen – Hdir, HOD og regjeringen – står fritt med hensyn til å følge rådene (også de faglige råd FHI gir). Det er den enkelte statsråd og regjeringen som i siste instans må avveie ulike hensyn og stå politisk ansvarlig for gjennomførte tiltak. Under håndteringen av covid-19 har vi en rekke ganger sett at det kan oppstå sprik mellom fagkunnskap og faglige råd på den ene siden og de tiltak myndighetene velger å gjennomføre på den andre. Noen ganger går myndighetene lenger enn hva fagkunnskapen skulle tilsi som ved regjeringens innføring av hytteforbud 19. mars 2020. Andre ganger velger myndighetene å holde mer tilbake på restriksjoner enn hva fagkunnskapen skulle tilsi, som manglende restriksjoner overfor importsmitte vår

og sommer 2020 er eksempel på (7). Diskusjonen om skolestengning viser også hvordan det kan være sprik mellom faglige råd og innføring av restriksjoner, så vel som sprik mellom ulike råd. I alle tre eksemplene over kan myndighetenes handlemåte forstås ut i fra en avveining og balansering av ulike hensyn.

Betydning av kontekst – covid-19 og beslutninger under usikkerhet

Håndteringen av covid-19-pandemien har skjedd innenfor ulike økonomiske, kulturelle og organisatoriske kontekster i ulike land. Samtidig har håndteringen hatt flere fellestrekk: Den har skjedd i en situasjon med både stor kompleksitet og stor usikkerhet. I tillegg, og delvis som følge av denne usikkerheten, har faglige vurderinger og råd ofte pekt i ulike retninger – både mot mer restriktive og mindre restriktive tiltak. Mangelfulle og usikre risikovurderinger og usikkerhet om hvilke tiltak «som virker», åpner for variasjon i risikohåndteringen, dvs. variasjon i de vurderinger som gjøres ved valg av tiltak: Hvor inngripende kan man akseptere at tiltakene skal være? Hvordan vurdere hensynet til å verne og sikre befolkningens helse (jf. 'retten til helse' i Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter) opp mot hensynet til å beskytte den enkelte (inkludert den enkelte næringsutøver) mot inngripende tiltak fra statens side (jf. rett til 'personlig frihet' i Grunnloven, Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen)? Her spiller både politiske, kulturelle, institusjonelle og økonomiske faktorer inn. For eksempel bidrar en solid økonomi til stort handlingsrom for Norge med hensyn til å kompensere økonomisk både den enkelte arbeidstaker og næringslivet for inngripende tiltak (19). I Sverige har fagmyndigheten med sentralt ansvar for håndtering av covid-19 – Folkhälsomyndigheten – hatt ansvar for både faglige råd og innhenting av fagkunnskap (risikovurdering/faglige råd) og valg av tiltak (risikohåndtering/policy). Folkhälsomyndigheten har tradisjonelt hatt stor faglig autonomi, noe som har bidratt til en særlig sentral rolle under covid-19-pandemien (20–22). Det er også verdt å merke seg at i motsetning til Norge, står Folkhälsomyndigheten som fagmyndighet kun ansvarlig overfor den svenske regjeringen som et kollektiv og ikke overfor sitt overordnede departement. I tråd med dette har ikke den enkelte statsråd anledning til å instruere fagmyndigheten i enkeltsaker. Dette hever terskelen for politisk inngripen. I Norge er tilsvarende ansvar som det Folkhälsomyndigheten har, fordelt på to myndighetsorganer: Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Dessuten har Norge en tradisjon for sterkere politisk styring av underliggende fagmyndigheter, blant annet gjennom muligheten for den enkelte statsråd til å instruere fagmyndigheten i enkeltsaker (jf. også minister-

ansvarlighet). I tråd med dette preges håndteringen i Sverige, spesielt i første fase fram til høsten 2020, av at Folkhälsomyndigheten var i 'førersetet', at den svenske regjeringen holdt seg på armlengdes avstand, og at det var en høyere terskel for å revurdere mulige virkninger av både tiltak og mangel på tiltak som Folkhälsomyndigheten stod ansvarlig for. I Norge har det organisatoriske skillet mellom risikohåndtering (HOD/Hdir) og risikovurdering (FHI) vært tydeligere, samtidig som organiseringen har sikret både sterkere politisk involvering og en mer åpen og kontinuerlig dialog og koordinering mellom ulike myndighetsorganer med ulike ansvarsområder. Pressekonferansene om covid-19 i Norge og Sverige illustrerer forskjellen mellom de to landene med tanke på pandemihåndteringen (8, 23, 24). I Sverige var pressekonferansene lenge fullstendig dominert av Folkhälsomyndigheten. I Norge deltok flere aktører fra starten av – statsministeren og andre statsråder, HOD, Hdir og FHI. Norge har innført langt strengere formelle restriksjoner på folks frihet enn Sverige. Uten å vite mye om konkrete effekter av ulike tiltak, ser vi samtidig at det i Sverige er registrert langt flere covid-19 dødsfall og smittede enn i Norge, befolkningsstørrelse tatt i betraktning (22). Norge har gått lenger i å vektlegge 'retten til helse' foran 'retten til frihet' enn det Sverige har gjort, i det minste med tanke på hvor inngripende tiltak man har valgt å iverksette gjennom formelle vedtak og 'tvang'. Samtidig er det stor usikkerhet knyttet til effektene av hvordan covid-19 pandemien er håndtert. Det kan oppstå virkninger på lengre sikt av strenge restriksjoner, som for eksempel restriksjoner på bevegelsesfrihet og skoletilbud, som har negative helseeffekter og som dermed i praksis undergraver helsebegrunnelsen for restriksjonene. Her er usikkerheten stor.

Konklusjon – håndtering av covid-19-pandemien som politisk balansekunst

Håndteringen av covid-19-pandemien har foregått i en kompleks beslutningssituasjon preget av stor usikkerhet, der myndighetene har hatt ansvar for å ivareta ulike hensyn, rettigheter, og interesser. Kompleksiteten skaper store utfordringer med tanke på å vurdere nødvendigheten av inngripende tiltak, sikre legitimitet og aksept for tiltak i befolkningen, og samtidig kommunisere konsistente begrunnelser ut til samfunnet. Det er viktig i denne situasjonen å skille mellom på den ene siden faglig kunnskap og faglige råd (risikovurderinger), og på den andre siden avveining av ulike hensyn ved valg av tiltak (risikohåndtering). I risikohåndteringen skal man ivareta en rekke legitime hensyn. Samtidig må de som har det endelige ansvarlige for å håndtere en nasjonal krise – i Norge regjeringen – stå til politisk ansvar overfor Stortinget og velgerne for de avveininger som er gjort ved gjen-

nomføring av tiltak. I Norge finnes det en 'fasit' for *hvordan* disse prosessene skal foregå – i stor grad nedfelt i lovverk, Nasjonal helseberedskapsplan og Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. Det finnes imidlertid ingen oppskrift for hvordan man enkelt kan balansere hensynet til befolkningens helse opp mot folks rett til å bli beskyttet mot tiltak som griper inn i den personlige friheten. Det finnes heller ingen fasit på forhånd for hvilke tiltak det er riktig og nødvendig å iverksette. I en beslutningssituasjon preget av usikkerhet og mangelfull vitenskapelig kunnskap kan man legge til grunn et føre-var prinsipp. Dette innebærer at når det er fare for alvorlige skadevirkninger, kan myndighetene fatte beslutninger som skal sikre befolkningens helse, selv om fagkunnskapen for å fatte slike beslutninger er usikker og mangelfull. Problemet er at heller ikke føre-var-prinsippet gir svar på nøyaktig hvilke beslutninger myndighetene kan og bør gjøre. Det er derfor både viktig og nødvendig å forstå den politisk-institusjonelle konteksten krisehåndteringen skjer i, dvs. de politiske, rettslige, økonomiske, kulturelle og organisatoriske rammene håndtering av covid-19-pandemien skjer innenfor, og de ulike hensyn, interesser, og konsekvenser som må vurderes og avveies ved valg av tiltak. Selv om håndteringen av pandemien skjer på grunnlag av tilgjengelige faglige råd og vurderinger, vil gjennomføring av tiltak som har konsekvenser for hele samfunnet, være resultat av avveininger, der flere, ulike legitime hensyn skal og må ivaretas. Valg av håndteringsstrategi kan ikke (og bør vel heller ikke) i denne situasjonen bli diktert av fagmiljøer og faglige råd alene, men må nødvendigvis skje som resultat av komplisert politisk balansekunst.

Litteratur

1. WHO. *Listings of WHO's response to COVID-19*. 29. juni 2020. <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline> (10.1.2021)
2. Clift C. *The Role of the World Health Organization in the International System*. Centre on Global Health Security Working Group Papers – Working Group on Governance – Paper 1. London: The Royal Institute of International Affairs, 2013. <https://www.chathamhouse.org/2013/02/role-world-health-organization-international-system> (4.5.2021)
3. Gostin LO, Sridhar D. Global Health and the Law. *New England Journal of Medicine* 2014; 370:1732–1740. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1314094>
4. Bogdandy A, Villareal P.) *International Law on Pandemic Response: A First Stocktaking in Light of the Coronavirus Crisis*. Research Paper No. 2020-07. Heidelberg: Max Planck Institute for Comparative Public Law & International Law (MPIL), 2020. <https://ssrn.com/abstract=3561650> eller <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561650> (4.5.2021)

5. Gostin LO; Moon S, Meier BM. Reimagining Global Health Governance in the Age of COVID-19. *American Journal of Public Health* 2020; 110: 1615–1618. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2020.305933>
6. FHI. *Hva er det internasjonale helsereglementet (IHR 2005)*. <https://www.fhi.no/kk/internasjonalt/global-helseberedskap/global-helseberedskap2/det-internasjonale-helse-reglementet/> (10.1.2021)
7. Regjeringen.no. *Tidslinje: myndighetenes håndtering av koronasituasjonen*. [https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/\(10.1.2021\)](https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/(10.1.2021))
8. Regjeringen.no. *Pressekonferanser og andre nett-tv-sendinger*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nett-tv/id2000007/?topic=2692388> (10.1.2021)
9. WHO, FAO. *Food Safety Risk Analysis. A Guide for National Food Safety Authorities. Food and Nutrition Paper 87*. Roma: Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization, 2007. <http://www.fao.org/3/a0822e/a0822e00.htm> (9.1.2021)
10. Helse- og omsorgsdepartementet. *Å verne om liv og helse. Nasjonal helseberedskapsplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2018. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/planer/helseberedskapsplan_010118.pdf (10.1.2021)
11. WHO, FAO. *FAO/WHO Guide for Application of Risk Analysis Principles and Procedures during Food Safety Emergencies*. Roma: Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization, 2011. 2011. <http://www.fao.org/3/ba0092e/ba0092e00.pdf>
12. WHO. *Human Rights and Health*. World Health Organization, 29 December 2017. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (10.1.2021)
13. United Nations. *International Covenant on Civil and Political Rights*. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 23 March 1976, in accordance with Article 49. <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx> (10.1.2021)
14. United Nations. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27. <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (10.1.2021)
15. Den norske legeforening. *Legeforeningens høringsvar – forslag om endringer i smittevernloven (portforbud)*. Høringsvar fra Den norske legeforening til Justis- og politidepartementet, 29. januar 2021. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/95627119681a47a0a9aac51dcade3c67/legeforeningens-hoeringssvar-forslag-om-endringer-i-smittevernloven-portforbud.pdf> (4.5.2021)
16. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/rapporterplaner/nasjonal_beredskapsplan_smittevern.pdf (9.1.2021)
17. Helse- og omsorgsdepartementet. *Mandat for og sammensetning av Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser med rådgivere, samt koordinering på regionalt nivå*. Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med alle departementene, 28.03.2019. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering> (9.1.2021)

18. FHI. *Pandemi- og epidemikomiteén*. <https://www.fhi.no/sv/influensa/influensapandemier/pandemi--og-epidemikomiteen/> (12.1.2021)
19. Christensen, T., Lægread P. Balancing governance capacity and legitimacy-how the Norwegian government handled the COVID-19 crisis as a high performer. *Public Administration Review* 2020; 80: 774-779. doi: 10.1111/puar.1324
20. Karlsson C-J. Sweden's Coronavirus Failure Started Long Before the Pandemic. *Foreign Policy* June 23, 2020. <https://foreignpolicy.com/2020/06/23/sweden-coronavirus-failure-anders-tegnell-started-long-before-the-pandemic/> (10.1.2021)
21. Pierre J. Nudges against pandemics: Sweden's COVID-19 containment strategy in perspective. *Policy and Society* 2020; 39: 478-493. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14494035.2020.1783787> (4.5.2021)
22. Conyon MJ, He L, Thomsen S. *Lockdowns and COVID-19 deaths in Scandinavia*. SSRN Research Paper, 2020. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3616969 (4.5.2021)
23. Folkhälsomyndigheten.se. *Folkhälsomyndighetens arbete med covid-19*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/folkhalsomyndighetens-arbete-med-covid-19/> (10.1.2021)
24. Regeringen.se. *Regeringens arbete med coronapandemin*. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/regeringens-arbete-med-coronapandemin/> (10.1.2021)

lover og forskrifter

Covid-19 forskriften (2020) *Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften)*. FOR-2020-03-27-470

Helseberedskapsloven (2000) *Lov om helsemessig og sosial beredskap*. LOV-2000-06-23-56

Grunnloven (1814) *Kongeriket Norges Grunnlov*. Lov-1814-05.17

Menneskerettsloven (1999) *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett*. LOV-1999-05-21-30

Smittevernloven (1994) *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. LOV-1994-08-05-5

Frode Veggeland

frode.veggeland@medisin.uio.no

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Postboks 1089 Blindern

0318 Oslo

Frode Veggeland er professor ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han har doktorgrad i statsvitenskap fra 2004 og har i en årrekke arbeidet med ulike aspekter ved nasjonal og internasjonal regulering av helsespørsmål. I 2006 var han sekretariatsleder for utvalget som evaluerte norske myndigheters håndtering av det nasjonale E.coli-utbruddet.