

RAPPORT

2020

KORONAVAKSINASJONSPROGRAMMET

Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge

Ekspertgruppe i etikk og prioritering

15. november 2020

Koronavirusvaksinasjonsprogrammet

**Råd om prioriterte grupper
for koronavaksinasjon i Norge**

Ekspertgruppe i etikk og prioritering
15. november 2020

Eli Feiring
Reidun Førde
Søren Holm
Ole Frithjof Norheim
Berge Solberg
Carl Tollef Solberg
Gry Wester

**Utgitt av Folkehelseinstituttet
Koronavaksinasjonsprogrammet**

November 2020:

**Ekspertgruppe i Etikk og Prioritering.
Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge**

Forfatter(e):

Eli Feiring
Reidun Førde
Søren Holm
Ole Frithjof Norheim
Berge Solberg
Carl Tollef Solberg
Gry Wester

Sekretariat:

Jasper Littmann
Trygve Ottersen
Carl Tollef Solberg

Oppdragsgiver: Folkehelseinstituttet

Publikasjonstype: Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen og Grete Sjøimer

Grafisk design omslag:

Fete Typer

Emneord (MeSH): Etikk, prioritering, vaksinasjon, covid-19

Sitering: Feiring E, Førde R, Holm S, Norheim OF, Solberg B, Solberg CT, Wester G. "Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge" Rapport 2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Innhold

Sammendrag	4
Forord	5
1 Introduksjon	6
2 Helseprioriteringer	7
2.1 Rammeverket for helseprioriteringer i Norge	7
2.2 Eksisterende retningslinjer for prioriteringer av pandemivaksiner i Norge	7
2.3 Knapphet på hva?	8
2.4 Empiriske spørsmål som vil påvirke den endelige anbefalingen	9
3 Verdier	10
4 Mål	11
4.1 Mål	11
4.2 Relevante effektmål	11
5 Prioriterte grupper	13
5.1 Andre lands rangering	13
5.2 Etikk-rådgivningsgruppens forslag til prioritering	13
5.3 Dynamisk prioritering	15
6 Konklusjon	17
Referanser	18
Vedlegg 1	20
Tabell over prioriteringsgrupper for vaksinasjon av pandemisk influensa i Norge	20
Vedlegg 2	20
Tabell over foreløpige anbefalinger om prioriterte grupper fra andre land	20
Vedlegg 3 Mål i den nasjonale beredskapsplanen for en pandemi	21
Vedlegg 4 Ulike mål i norske dokumenter	21
Vedlegg 5 Forfattere	22

Sammendrag

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å organisere koronavaksinasjonsprogrammet. Som en delleveranse av oppdraget har Folkehelseinstituttet etablert en ekstern ekspertgruppe i etikk og prioritering. Denne etikk-rådgivningsrapporten beskriver den eksterne gruppens konklusjon om prioriteringsrekkefølgen av vaksiner i den første fasen av det norske koronavaksinasjonsprogrammet. Det overordnede målet med denne etikk-rådgivningsrapporten har vært å etablere klare mål for hva koronavaksinasjonsprogrammet skal oppnå, *samt* anbefale hvilke grupper som bør ha prioritet i den første fasen av koronavaksinasjonsprogrammet.

Rådgivningsgruppen har gått fra verdier, til mål, til kategorier for prioriteringer. Følgende fem verdier ble lagt til grunn: *Likeverd, velferd, likhet, tillit og legitimitet*. Fem rangerte mål ble deretter foreslått, nemlig: 1) Redusere risiko for død. 2) Redusere risiko for alvorlig sykdom. 3) Opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur. 4) Beskytte sysselsettingen og økonomien. Og 5) Gjenåpne samfunnet. I sum resulterte dette i tre prioriteringskategorier, nemlig *risikofaktorer for alvorlig sykdom og død, smittesituasjonen og yrke*. Rådgivningsgruppen har lagt til grunn dynamiske helseprioriteringer basert på Regjeringens landtidsscenario for pandemiens forløp og anbefalt at I. risikogrupper og II. helsepersonell bør prioriteres i pandemi-scenarior 1–2a, og at ved utbredt smitte (scenarior 2b–) bør prioriteringen være I. helsepersonell, II. risikogrupper og III. kritiske samfunnsfunksjoner. Disse tre prioriteringsgruppene er i tråd med verdiene, målene og kategoriene som rådgivningsgruppen har foreslått i dette dokumentet. Dette er foreløpige anbefalinger for koronavaksineprioriteringer i Norge, og etikk-rådgivergruppen har tatt høyde for at anbefalingen kan måtte endres hvis kunnskapsgrunnlaget skulle endre seg.

Forord

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag fra Helse og Omsorgsdepartementet å utarbeide en nasjonal plan for vaksinasjon som inkluderer å forberede, gjennomføre og følge opp vaksinasjon mot covid-19. Som en del av oppdraget skal Folkehelseinstituttet utvikle anbefalinger om prioritering av grupper for vaksinasjon og har i denne sammenheng etablert en ekspertgruppe for etikk og prioritering.

Medlemmene i gruppen ble oppnevnt av Folkehelseinstituttet, og de er alle fagekspertene innen etikk og prioritering. Fagekspertene er Eli Feiring, Reidun Førde, Søren Holm, Ole Frithjof Norheim, Berge Solberg og Gry Wester.

Gruppen har hatt seks møter og har utviklet anbefalingene beskrevet i denne rapporten. Folkehelseinstituttet har hatt en sekretariatsfunksjon der Jasper Littmann og Trygve Ottersen har bidratt med å fasilitere prosessen. I tillegg ble Carl Tollef Solberg engasjert for å bistå med skriving av rapporten. Han er derfor ført opp som medforfatter av rapporten sammen med de seks oppnevnte fagekspertene. De tre personene tilknyttet sekretariatet har deltatt i diskusjonene, men det er i alle tilfeller synet til de oppnevnte fagekspertene som er beskrevet i rapporten. Ingen av fagekspertene oppgir noen interessekonflikter, men det gjøres oppmerksom på at Ole Frithjof Norheim har en mindre bistilling ved Folkehelseinstituttet tilknyttet et annet prosjekt.

Denne rapporten har blitt brukt som underlag for Folkehelseinstituttets leveranse for å utvikle anbefalinger for prioriterte grupper. I tillegg har rapporten blitt overlevert HOD og publisert som en egen leveranse.

Ekspertgruppen understreker at deres anbefalinger vil kunne endres med ny kunnskap om epidemien og aktuelle vaksiner.

1 Introduksjon

Siden begynnelsen av 2020 har covid-19 pandemien medført betydelige utfordringer verden over. Per november 2020 er 291 mennesker døde, 1407 innlagt i sykehus og 26503 bekreftet smittet med SARS-CoV-2 viruset i Norge. Det har vært begrensede behandlingsmuligheter for covid-19. Norge har måttet innføre omfattende smitteforebyggende tiltak – slik som sosial distansering, karantene, skolestenging og reisestriksjoner. Slike smitteforebyggings tiltak er ikke bærekraftige på lengre sikt.

Bruk av effektive *SARS-CoV-2 vaksiner* (herfra forenklet omtalt som *koronavaksiner*) vil trolig være den beste strategien for å bringe samfunnet tilbake til en normaltilstand. Per november 2020 er mer enn 150 koronavaksinekandidater under utvikling, inkludert 47 i ulike faser av klinisk utprøving med storskalatesting (WHO 2020a). Per november 2020 er flere vaksinekandidater i den siste fasen av klinisk utprøving og to vaksiner sendt til godkjenning til Det europeiske legemiddelbyrået (EMA). Norge har sluttet seg til EUs innkjøpsavtale for vaksiner og er i gang med å inngå kjøpsavtaler med en rekke vaksineprodusenter. Når en vaksine blir godkjent av EMA blir den også godkjent i Norge, og produsenten kan begynne utsendingen.

Man forventer at etterspørselen i starten vil overstige antall vaksiner, hvilket gjør det nødvendig å prioritere. Hensikten med å prioritere er å sikre en effektiv og rettferdig bruk av vaksinen. Det overordnede målet med denne etikk-rådgivningsrapporten er følgelig å etablere klare mål for hva koronavaksinasjonsprogrammet skal oppnå, *samt* anbefale hvilke grupper som bør ha prioritet. Mye omkring koronavaksinene er fortsatt ukjent. Det medfører at anbefalingene i denne etikk-rapporten er foreløpige og kan måtte revideres ettersom mer kunnskap om koronavaksinene blir tilgjengelig.

Dette er en ekstern etikk-rådgivningsrapport som inngår i Folkehelseinstituttets anbefalinger for prioritering som leveres til Helse- og Omsorgsdepartementet. Rapporten er resultatet av grundige diskusjoner mellom seks ledende eksperter innen etikk og prioritering i Norge. Regjeringen treffer den endelige beslutning over prioriterte grupper og rekkefølgen.

Denne etikk-rådgivningsrapporten fremgår som følger: I del 2 kommer en kort introduksjon til norske helseprioriteringer, samt spesielle hensyn for covid-19. Del 3 presenterer fem verdier som Etikk-rådgivningsgruppen finner særlig relevante. I del 4 presenteres fem rangerte mål for vaksinasjonsprogrammet. Og i del 5 presenteres prioritetsgruppene.

2 Helseprioriteringer

2.1 Rammeverket for helseprioriteringer i Norge

I en ideell verden ville alle fått medisinske ressurser etter deres behov. Ressurser er imidlertid knappe og har alternative bruksområder. Ved knapphet på vaksiner, vil det å vaksinere noen samtidig kunne innebære at andre ikke får. Man blir altså tvunget til å prioritere. Under koronapandemien opplever selv mange høyinntektsland en reell mangel på helsearbeidere, medikamenter og utstyr (Emanuel et al. 2020), hvilket gjør det helt nødvendig med åpne og rettferdige helseprioriteringer.

Heldigvis har Norge lang tradisjon for åpne helseprioriteringer.¹ Er tiltaket dyrt? Virker det? Står kostnadene i et rimelig forhold til effekten? Og er tilstanden alvorlig? Å prioritere handler om å rasjonere de tilgjengelige ressursene slik at man får gjort det viktigste først. Norge benytter tre kriterier for å veilede prioriteringer i den offentlige helsetjenesten:

En, i henhold *til nyttekriteriet* bør man prioritere mer over mindre effektive tiltak.
 To, i henhold *til ressurskriteriet*, bør man prioritere rimeligere over dyrere tiltak.
 Tre, ifølge *alvorlighetskriteriet*, bør man prioritere mer over mindre alvorlige tilstander.

Disse tre kriteriene *skal* vurderes samlet (snarere enn hver for seg), og de gjelder både på gruppe- og individnivå. På gruppenivå og under visse betingelser uttrykker de to første kriteriene *kostnadseffektivitet*: Det vil si at kostnaden av et tiltak skal stå i et rimelig forhold til effekten. Det tredje kriteriet, alvorlighetskriteriet, innebærer at man enkelte ganger kan og bør prioritere mindre kostnadseffektive inngrep *hvis* alvorlighetsgraden tilsier det. Disse tre kriteriene er forankret i lovs form i *Prioriteringsforskriften* (Lovdata 2020), og de gir viktig veiledning i hvilke former for behandling, medikamenter og øvrige tiltak man bør kunne tilby i den nasjonale helsetjenesten.

2.2 Eksisterende retningslinjer for prioriteringer av pandemivaksiner i Norge

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer spesifiserer følgende ytterligere prioriteringshensyn under en pandemi:

Tilbud om behandling eller vaksine ved ressursknapphet bør følge de samme prinsipper som ellers, der man normalt prioriterer grupper som er spesielt i risiko for å få sykdommen eller har sterkest medisinsk indikasjon, utøvende helsepersonell og definerte nøkkelpersoner, og deretter resten av befolkningen (HOD 2019, 40).²

En slik prioriteringsrekkefølge reflekteres også i tidligere pandemisituasjoner. Mest nærliggende er svineinfluensapandemien i 2009–2010, hvor man prioriterte helsearbeidere og risikoindivider.³ Prioriteringsrekkefølgen utgjør også grunnlaget for *Den nasjonale vaksinasjonsplanen for pandemisk influensa* (se Vedlegg 1).

¹ See f.eks. NOU (1974); NOU (1981); Lønning et al. (1987), (1997); Norheim et al. (2014); Magnussen et al. (2015); Meld. St. 34. (2015–2016a); Blankholm et al. (2018); og Meld. St. 19 (2018–2019). Disse NOU-ene og Stortingsmeldingene foreligger på norsk. For en forklaring av det norske prioriteringssystemet på engelsk, se f.eks. Ottersen et al. (2016). Et sammendrag av den nyeste Stortingsmeldingen om prioriteringer foreligger også på engelsk, se Meld. St. 34 (2015–2016b).

² For ytterligere detaljer vedrørende beredskapsplanen, se Regjeringen (2014).

³ For videre refleksjoner omkring hvordan man kan definere risikogrupper, se f.eks. Littmann (2014).

Det er imidlertid noen viktige forskjeller mellom pandemisk influensa og pandemisk covid-19. Man har mye kunnskap om pandemisk influensa, det er sesongvaksinasjon og risikogrupperne er veletablerte (se f.eks. WHO 2004). Kunnskapen om pandemisk covid-19 er derimot fortsatt mangelfull. Videre er det ulike risikogrupper (det antas f. eks. at små barn er mindre utsatt for covid-19-smitte). Dessuten er Norge allerede langt inne i en covid-19 pandemi. Følgelig vil ikke koronavaksinasjonsprogrammet forhindre omfattende smitteforebyggingstiltak, men snarere få de langsomt opphevet.

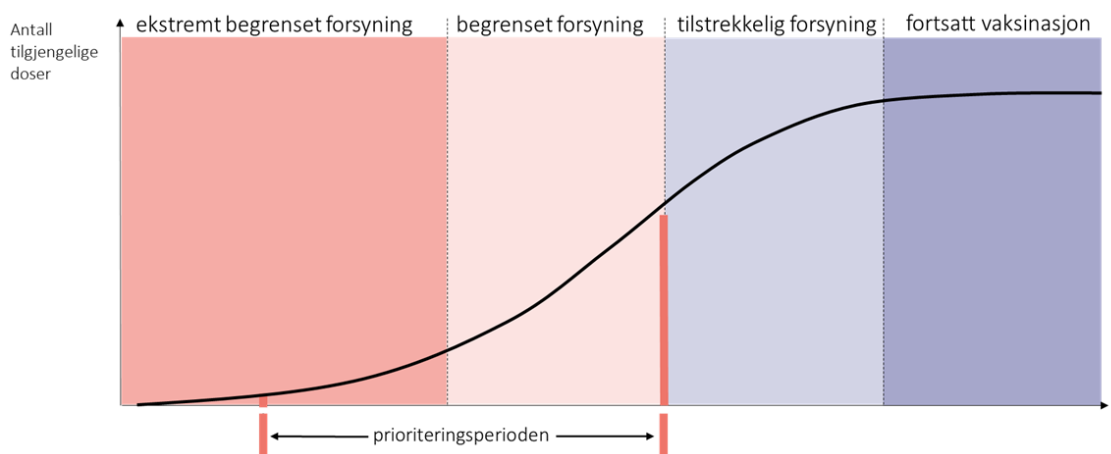
Overordnet er det også relevante forskjeller mellom prioriteringer av vaksiner, og øvrige prioriteringer. For vaksiner er det større fokus på samfunnsverdi. Vaksinasjon er dessuten forebyggende, og målene for et vaksinasjonsprogram er ofte bredere enn målene for et helsevesen og forutsetter en vurdering av indirekte nytte og velferd.⁴

I sum gir de tre norske prioriteringskriteriene (dvs. *nyttekriteriet*, *ressurskriteriet* og *alvorlighetskriteriet*) samt erfaringene med pandemisk influensavaksine et godt utgangspunkt.⁵ Likevel er det behov for noen selvstendige hensyn for de kommende koronavaksinene.

2.3 Knapphet på hva?

I begynnelsen av koronavaksinasjonsprogrammet forventes det knapphet på selve vaksinen.⁶ Man forventer at denne vaksinemangelen vil opphøre når flere vaksinedoser blir tilgjengelig.

Med tiden vil Norge fremskaffe nok vaksinedoser til alle som ønsker å bli vaksinert. Med andre ord er prioriteringssituasjonen *dynamisk* (se Figur 1 nedenfor).



Figur 1. Y-aksen viser mengden tilgjengelige doser, mens x-aksen viser tid. Det vil være en innledende knapphetsfase hvor man må prioritere.

⁴ I tråd med Prioriteringsmeldingen (Meld. St. 34 (2015–2015a)), påpeker den siste Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2018–2019)) at: «Departementet vil [...] vurdere nærmere hvordan metodikken for å prioritere mellom ulike folkehelseiltak i de to siste kategoriene kan videreutvikles. I denne sammenheng vil også departementet utrede et system for beslutninger om vaksineprogrammer.» (s. 54).

⁵ For en oversikt over etikk-litteraturen omkring pandemisk influensa, se Williams et al. (2020).

⁶ Covid-19-pandemien har resultert i knapphet på helseressurser over hele verden. I den norske helsesektoren er det imidlertid først og fremst smittevernsutstyr det har vært mangel på. I begynnelsen av denne pandemien var det også bekymringer omkring potensiell mangel på intensivsenger og respiratorer i Norge. Nødvendig infrastruktur for det kommende vaksinasjonsprogrammet kan også bli utsatt for knapphet. Se også Imperial College (2020).

2.4 Empiriske spørsmål som vil påvirke den endelige anbefalingen

Per november 2020 er det mye man ennå ikke vet: det er usikkerhet omkring utviklingen av pandemien, effekten av vaksinekandidatene, samt når og i hvilken mengde de blir tilgjengelige.

Den endelige prioriteringsrekkefølgen vil være påvirket av følgende forhold:

- Gruppene som vaksinen(e) først blir *godkjent for*
- *Effekten* av vaksinen(e) og evnen til å framkalle immunrespons i ulike alders- og risikogrupper
- *Tryggheten* i administreringen av vaksinen(e) for ulike alders- og risikogrupper
- Vaksinens evne til å *forebygge* infeksjon og smitte
- Hvilke grupper som har økt *risiko* for alvorlig sykdom eller død
- Smittefaren for visse yrkesgrupper
- De epidemiologiske og kliniske egenskapene til covid-19
- Pandemiens forløp og smittesituasjonen når vaksinen(e) blir tilgjengelig

I tillegg vil tilgjengeligheten til vaksinen påvirke hvor finmasket prioriteringsordningen blir. Dette vil avhenge av antall tilgjengelige doser i den første fasen og av behov for en eller to doser per person. Over tid forventer man at flere ulike koronavaksinekandidater blir tilgjengelige. Dermed vil det kunne bli nødvendig å sammenligne de forskjellige vaksinekandidatene og deres respektive effektivitet i ulike grupper over tid. Dette kan igjen gjøre det nødvendig å justere anbefalingene for prioriterte grupper.

Det er viktig at verdiene og målene i vaksinasjonsprogrammet er *godt definert på forhånd*. Det er dette denne etikk-rapporten gjør. Hvis den foreslåtte prioriteringsrekkefølgen skulle vise seg å ikke være gjennomførbart (f.eks. fordi koronavaksinen ikke skulle bli medisinsk godkjent for en bestemt aldersgruppe), kan det bli nødvendig å gjøre endringer i prioriteringsrekkefølgen før selve oppstarten av koronavaksinasjonsprogrammet. I tillegg vil rollen til å definere inkludering og eksklusjonskriterier for anbefalte prioriterte grupper være basert på den nyeste sikre kunnskapen og kan endres etter hvert som mer informasjon blir tilgjengelig. Imidlertid representerer disse justeringene ikke en prinsipiell endring av den foreslåtte prioriteringsrekkefølgen, men spesifiserer forholdene som bør tas i betraktning.

3 Verdier

Å bestemme hvem som skal få koronavaksinen først innebærer vanskelige valg. Man bør likevel gjøre disse valgene for å sikre at vaksinen blir brukt på best mulig måte. Koronavaksinasjonsprogrammet skal være kunnskapsstyrt. Man prioriteringene kan ikke styres etter kunnskap alene (WHO 2020b). Hvordan man *bør* håndtere covid-19 pandemien er dypest sett et etisk spørsmål. Det inkluderer en klar beskrivelse av de verdiene som veileder prioriteringene. Klare og tydelige verdier vil understøtte prioriteringene, samt gi tillitt i befolkningen.

Vaksineprioriteringer krever at man hele tiden avveier hensynet til individet og samfunnet mot hverandre. På den ene siden er enkeltmennesket den mest grunnleggende moralske enheten.⁷ Det er individer som kan føle smerte, glede seg, tenke, sette seg mål og lide. Samtidig kommer vaksiner ikke bare mottakeren til gode. Vaksiner beskytter også andre mot smitte, reduserer sykdomsbyrden og en koronavaksine vil kunne gi Norge muligheten til å gradvis gjenåpne samfunnet. Individ- og samfunnsperspektivet harmonerer ofte, men ikke alltid. Dermed er det desto viktigere å definere verdiene som skal styre prioriteringene. Etikk-rådgivningsgruppen har argumentert for at følgende fem verdier er av særlig betydning for koronavaksineprioriteringene: nemlig *likeverd*, *velferd*, *likhet*, *tillit* og *legitimitet* (se også St. Meld. 2015–2016; WHO 2020b; WHO 2020c).

For det første *bør* koronavaksineprioriteringene bygge på *likeverd*. Det innebærer at like tilfeller skal behandles likt. Kombinert med vår iboende verdi som mennesker, betyr likeverd derfor at alle mennesker teller like mye og fortjener lik respekt (WHO 2020b). I praksis betyr dette at man *bør* prioritere vaksiner i tråd med moralsk relevante kriterier og samtidig aktivt utelukke moralsk irrelevante eller diskriminerende kriterier. Kriterier som bryter med likeverd er for eksempel hudfarge, religion, inntekt og sosial status. Neste verdi er *velferd*. Å fremme velferd er begrunnet i en plikt om å gjøre andre godt, samt redusere skade. Det innebærer også at der det er mulig, *bør* man søke å vaksinere dem som har størst nytte av vaksinasjonen. En tredje verdi er *likhet*, hvilket innebærer at der det er mulig, *bør* man søke å redusere ulikhet i helse og velferd (WHO 2020b). For eksempel vil koronavaksinasjonsprogrammet være gratis for den norske befolkningen. Videre retter likhet oppmerksomheten mot dem som av ulike grunner er dårligst stilt i samfunnet, det vil si dem er i en mindre heldig eller fordelaktig posisjon på grunn av covid-19 pandemien eller de omfattende smittetiltakene for å motvirke den. For det fjerde *bør* vaksinasjonsprogrammet bygge på *tillit*. Tillit mellom alle parter er viktig. Tillit forutsetter frivillighet, noe som sin tur innebærer at folk *bør* få velge om de ønsker å bli koronavaksinert. Tillit kan ikke forutsettes eller kreves, men må snarere opptjenes ved å følge de andre verdiene som er skissert ovenfor. Avslutningsvis *bør* prioriteringene være *legitime* for å sikre at de er funderte på god kunnskap, felles verdier, åpenhet og tilstrekkelig med innspill fra de berørte partene (WHO 2020b). Det er akkurat dette en prioriteringsrekkefølge skal forsøke å gi oss.

Ved å foreslå at disse verdiene legges til grunn for eksplisitte prioriteringskriterier, søker man å fremme åpne og rettferdige prioriteringer og unngå at prioritetsgruppene blir rangert på bakgrunn av irrelevante, urettferdige, skjulte eller vilkårlige hensyn.

⁷ For et filosofisk argument for *metodologisk individualisme*, se f.eks. Elster (1982).

4 Mål

4.1 Mål

Som nevnt innebærer helseprioriteringer at man bør gjøre det viktigste først. Følgelig bør man være beredt til å svare på hva som er de viktigste målene for det norske koronavaksinasjonsprogrammet. Å sette slike mål er utfordrende fordi mange viktige individuelle og samfunnsmessige interesser står på spill samtidig (se f.eks. Vedlegg 3 og 4). På den ene siden vil en strategi som primært tar sikte på å forhindre smitte prioritere dem som mest sannsynlig vil smitte andre (de såkalte sykdomsvektorene). På den annen side vil en strategi for å redusere dødeligheten fokusere direkte på dem som er i fare for å dø. For covid-19 er disse to gruppene ikke helt overlappende (se også WHO 2020b).

Regjeringens langsiktige strategi for covid-19 pandemien tar sikte på å: «ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien» (Regjeringen 2020, 2), samt å unngå en overbelastning av helsevesenet.⁸ Etikk-rådgivningsgruppen foreslår fem mål og en ramme for koronavaksinasjonsprogrammet. Målene er rangert:

1. Redusere risiko for død
2. Redusere risiko for alvorlig sykdom
3. Opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur
4. Beskytte sysselsettingen og økonomien
5. Gjenåpne samfunnet

Rammen er at koronavaksineringsen, i tråd med de fem målene, ikke bør innebære diskriminering eller forverring av eksisterende ulikheter. Der det er mulig, bør alle de fem målene ivaretas samtidig. Etikk-rådgivningsgruppen foreslår imidlertid at når to eller flere av målene kommer i konflikt, så bør man prioritere det høyest rangerte målet.

De relevante effektene av koronavaksinasjonsprogrammet kan være både direkte (for den som blir vaksinert) og indirekte (for andre enn den som blir vaksinert). For eksempel kan en direkte reduksjon i risikoen for død ha den indirekte effekten at samfunnet gradvis kan komme tilbake til en normalfunksjon. På denne måten vil et direkte mål om å redusere risiko for død også indirekte hjelpe de dårligst stilte i samfunnet, som i sin tur har blitt hardest rammet av de gjeldende smitteverntiltakene.

4.2 Relevante effektmål

Måloppnåelsen og effekten av koronavaksinasjonsprogrammet kan estimeres og måles på mange ulike måter.⁹ Det gjelder både risiko for død, risiko for alvorlig sykdom, essensielle tjenester, kritisk infrastruktur, sysselsettingen, økonomi og graden av gjenåpning. Etikk-rådgivningsgruppen ser det ikke som sitt mandat å gå inn i detaljerte vurderinger av ulike effektmål for hver av de fem målene. Gruppen vil like fullt understreke at de valgte effektmålene bør være så enkle og forståelige som mulig, blant annet for sikre tillit og legitimitet i befolkningen.

⁸ Det bør også bemerkes at pandemiplaner i ulike land ikke alltid er konsistente. Snarere identifiserer disse forskjellige planene en rekke målsettinger for sine respektive vaksinasjonsprogrammer, så vel som anbefalte prioriterte grupper. Straetemans, M. et al. (2007).

⁹ Videre har valget av effektmål viktige implikasjoner for hvordan det nyttekriteriet kommer til uttrykk.

Først og fremst vil effektmålet være den relative risikoreduksjonen for alvorlig sykdom og død. Målet om å redusere risiko for død fortjener imidlertid en egen kommentar. Bør målet «Redusere risiko for død» forstås som å redusere *antall dødsfall* eller *tapte leveår*? Prioriteringsmeldingen fremhever gode leveår som et effektmål for både nytte- og alvorlighetskriteriet. Regjeringens gjeldende strategi for håndtering av pandemien fremhever dessuten at sykdomsbyrde kan måles i tapte leveår med god helse.

Etikk-rådgivningsgruppen mener at fordelingen av knappe helseressurser generelt bør ha som mål å redusere antall tapte leveår, med særlig prioritet til de dårligst stilte. Men i en pandemi som denne vil vaksinefordelingen påvirke atferd og velferd utover helse. Den indirekte verdien av unngåtte dødsfall er så stor for samfunnet at en justering til tapte leveår antagelig får liten betydning. Jo flere liv som reddes av vaksinen, desto raskere vil de andre fire målene nås.

Etikk-rådgivningsgruppen vil dermed tentativt anbefale å fokusere på antall dødsfall fremfor tapte leveår. Hvis ny kunnskap skulle vise at vaksinene har svært ulik effekt i ulike aldersgrupper – og det blir betydelig knapphet, og den indirekte effekten av unngåtte dødsfall på atferd og velferd blir liten – så anbefaler Etikk-rådgivningsgruppen at antall tapte leveår benyttes som effektmål.

5 Prioriterte grupper

5.1 Andre lands rangering

Norge har tidligere definert og rangert prioriteringsgrupper i den pandemiske beredskapsplanen (se Vedlegg 1). Som nevnt krever imidlertid covid-19 pandemien en selvstendig vurdering av prioriterte grupper. Per november 2020 har en rekke land gjort tilsvarende vurderinger for covid-19 (se Vedlegg 2). Normalt vil slike foreløpige anbefalinger endres i takt med ny kunnskap og revisjoner (se også oversikt over relevante empiriske spørsmål ovenfor).

De tilgjengelige foreløpige anbefalingene viser at gruppene som oftest blir foreslått prioritert er helsearbeidere, eldre mennesker og personer med underliggende medisinske risikofaktorer. Andre nevnte grupper er personell i samfunnskritiske funksjoner (se Vedlegg 2). Etikk-rådgivningsgruppen har diskutert hvilke grupper som bør vurderes i henhold til de fem målene som er satt.

5.2 Etikk-rådgivningsgruppens forslag til prioritering

I første omgang foreslår Etikk-rådgivningsgruppen tre kategorier: nemlig, *risikofaktorer for alvorlig sykdom og død*, *smittesituasjonen* og *yrke*. Disse er relevante fordi de påvirker forventet nytte av vaksinen og er i tråd med de fem målene. De tre kategoriene kan dessuten defineres tydelig, implementeres i praksis og de er i tråd med det overordnede nyttekriteriet i Prioriteringsforskriften.

5.2.1 Kategori 1: Risikofaktorer for alvorlig sykdom og død

Gitt mål 1 og 2 er risikofaktorer for alvorlig sykdom og død en god kategori for prioritering. Særlig er det to underkategorier av risikofaktorer som utpeker seg, nemlig: *direkte medisinsk relevante risikofaktorer* og *særskilte grupper*.

For den første underkategorien, nemlig medisinske risikofaktorer, vet man en god del. Høy alder gir høy risiko, og eldre mennesker er dem som har høyest sykkelighet og dødelighet for covid-19. I tillegg er personer med enkelte underliggende sykdommer utsatt for økt risiko for alvorlig sykdom og død. Ved å vaksinere personer med medisinske risikofaktorer først reduseres også risikoen for å overbelaste helsetjenesten. For å vurdere hvilke grupper er mest utsatt er det nødvendig med oppdaterte kunnskapsoppsummeringer.

Hva gjelder den andre underkategorien, nemlig særskilte grupper, ser man at visse sosioøkonomiske grupper er overrepresentert blant dem med alvorlig covid-19-forløp. I tillegg kan smitteverntiltakene ramme enkelte grupper hardere og medføre økt sosial ulikhet. Koronavaksinasjonsprogrammet kan ikke kompensere for økt sosial ulikhet alene, men det skal heller ikke øke den sosiale ulikheten ytterligere. Det gjelder for eksempel for grupper som papirløse immigranter, som i utgangspunktet har dårlig tilgang til det norske helsevesenet. Sosialt særskilte grupper foreslås foreløpig ikke som en egen prioriteringskategori, men det er viktig å legge til rette for at alle som er anbefalt koronavaksinasjon får tilpasset informasjon og tilgang til vaksinen.

En prioritering av medisinske risikogrupper er i tråd med målene fordi det antas at den vil kunne redusere dødelighet og alvorlig sykdom (mål 1 og 2). En bedre beskyttelse av risikogruppene vil dessuten gjøre det mulig å kunne fjerne gjeldene smitteverntiltak for å skjerme dem fra resten av samfunnet. En prioritering av risikogrupper oppfyller også alle de tre norske prioriteringskriteriene: nyttekriteriet fordi det antas at risikogruppen kan beskyttes godt

ved hjelp av vaksinasjon, ressurskriteriet fordi vaksinasjon er mer kostnadseffektivt enn inngripende smitteverntiltak og alvorlighetskriteriet fordi sistnevnte vektlegger dem med høyest risiko for sykdom og død.

Etikk-rådgivningsgruppen anbefaler derfor at medisinske risikofaktorer og alder anses som høyrisikofaktor og legges til grunn som en prioriteringskategori.

5.2.2 Kategori 2: Geografisk variasjon av smittesituasjonen

Det er vanskelig å forutsi hvordan smittesituasjonen vil se ut når koronavaksinene blir tilgjengelige, men så langt har pandemien rammet ulike deler av Norge på ulike måter. Mange større utbrudd har oppstått i tett bebodde områder. Følgelig kan det være aktuelt å vurdere en geografisk prioritering i henhold til graden av smittepress. Begrunnelsen for en slik geografisk prioritering er simpelthen at enkelte regioner opplever høyere smittepress enn andre. Områder med høyt smittepress er mer utsatt for en overbelastet helsetjeneste, smitteverntiltakene er strengest og mest tyngende i slike områder, og en vaksine vil gjøre størst nytte for seg der smitten er størst. Dette er i tråd med alle de fem målene for vaksinasjonsprogrammet. En slik prioritering vil kunne bidra til å redusere risikoen for alvorlig sykdom og død, samt motvirke en overbelastning av helsetjenesten. Ikke minst kan en geografisk prioritering bidra til at de mest inngripende smittetiltakene i områder med høyt smittepress kan løstes raskere, og vil dermed bidra til en beskyttelse av sysselsettingen og økonomien, samt en gjenåpning av samfunnet. Beslutningen om hvilke områder som prioriteres må tas i henhold til smittesituasjonen, og logistisk gjennomførbarehet.

Etikk-rådgivningsgruppen anbefaler følgelig at geografisk prioritering vurderes dersom smittepresset viser store forskjeller mellom ulike geografiske områder i Norge når vaksinen først blir tilgjengelig.

5.2.3 Kategori 3: Yrkesgrupper

Enkelte yrkesgrupper har økt risiko for å bli smittet og/eller for å smitte andre. I lys av målene for vaksinasjonsprogrammet er det minst tre spørsmål som bør vurderes for å bestemme om økt smitterisiko gir grunn til prioritering: (1) Har yrkesgruppen selv økt risiko for alvorlig sykdom og død? (2) Utgjør smitte fra yrkesgruppen en økt risiko for alvorlig sykdom og død blant andre? (3) Vil økt sykefravær i yrkesgruppen kunne påvirke kapasiteten i helsetjenesten eller i samfunnskritiske funksjoner? Basert på disse tre spørsmålene fremstår to grupper som særlig relevante: nemlig *helsepersonell* og *personer i kritiske samfunnsfunksjoner*.

Helsepersonell gir smitterisiko for risikogrupper gjennom direkte pasientkontakt, inkludert personer som er svært syke og personer som ikke vil tåle en vaksinasjon selv. Om dette er tilstrekkelig grunn til å gi helsepersonell prioritet vil til slutt avgjøres av vaksinens effekt på smittespredningen. Helsepersonell er også selv utsatt for smitte, hvilket kan ha alvorlige konsekvenser for dem selv, deres nærmeste familie, og samfunnet som sådan gjennom en redusert kapasitet i helsetjenesten. *Helsepersonell* bør her inkludere alle dem som *ofte* er i fysisk kontakt med risikogrupper i kraft av sitt yrke. Dette inkluderer også støttepersonell i helseinstitusjoner og pleiehjelp.

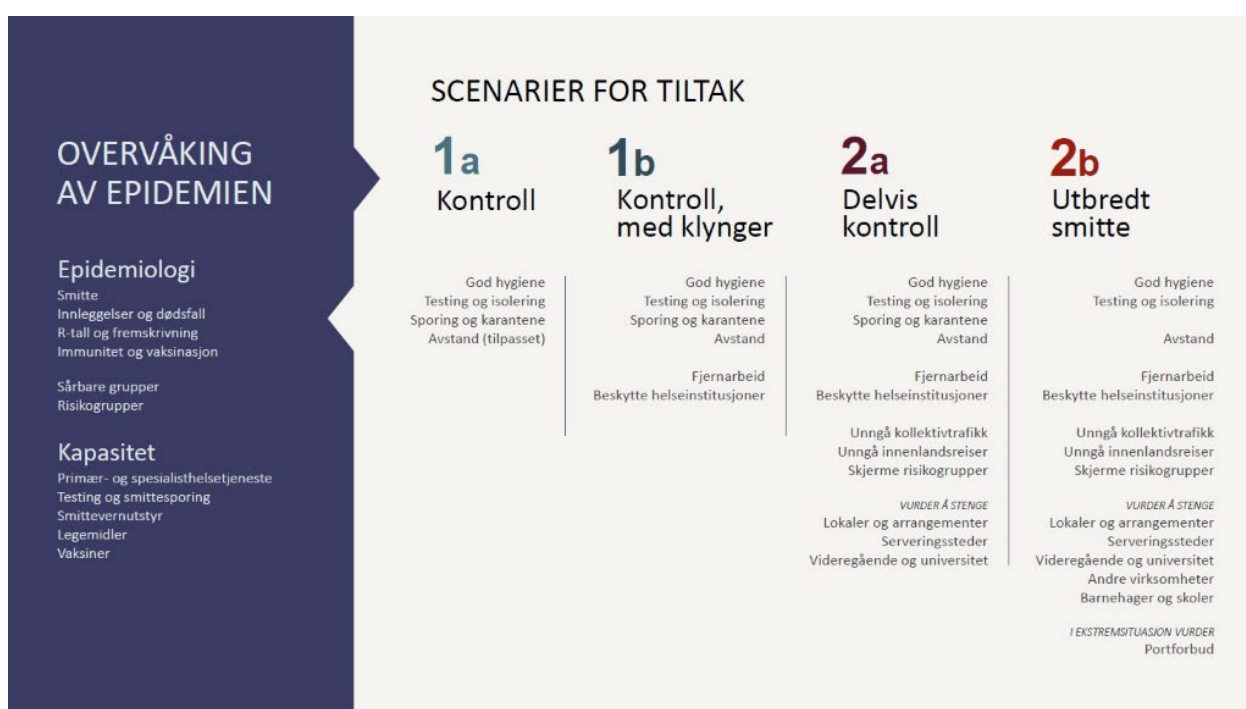
Under et alvorlig pandemiforløp kan man bli nødt til å prioritere personer i grupper som er kritiske for å sikre at essensiell infrastruktur og tjenester i Norge fortsetter å fungere. Det er utfordrende å fremme gode inklusjons- og eksklusjonskriterier for slike kritiske samfunnsfunksjoner. Etikk-rådgivningsgruppen foreslår derfor at eksisterende oversikter

over kritiske samfunnsfunksjoner vurderes i lys av vaksinasjonsprogrammets fem mål, og at personer med yrker som direkte vil påvirke risikoen for død og alvorlig sykdom i samfunnet vurderes for prioritering.

Etikk-rådgivningsgruppen anbefaler foreløpig at helsepersonell og personer i kritiske samfunnsfunksjoner prioriteres, i forbindelse med en vurdering av smittepresset.

5.3 Dynamisk prioritering

Det er viktig å merke seg at ikke alle gruppene er like aktuelle i alle faser av pandemien. Med andre ord må pandemiscenariet og prioriteringsrekkefølgen sees i sammenheng. Regjeringens langtidsstrategi for covid-19 pandemien legger opp til ulike scenarier som tilpasser anbefalte tiltak. Hensikten er at bare de tiltakene som er nødvendige introduseres, og at tiltaksbyrden holdes så høy som nødvendig men så lav som mulig (ref. Figur 2).



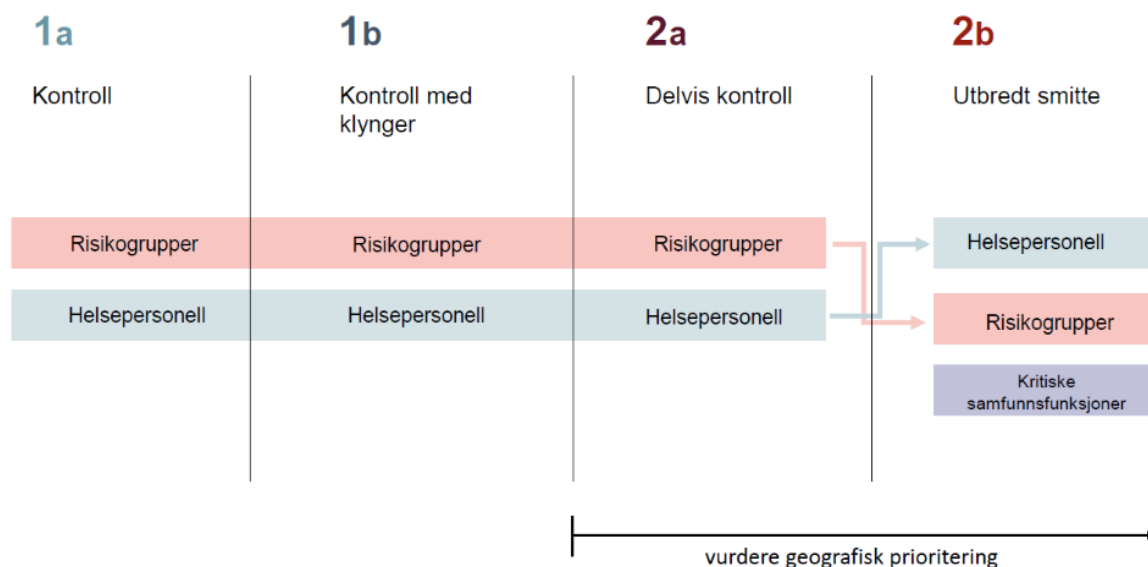
Figur 2. Scenarier for tiltak

Denne figuren viser fire ulike tiltaksscenarier for covid-19 pandemien. I scenario 1a er pandemien under kontroll og det er bare tale om milde smitteverntiltak. I scenario 2b derimot, foreslås tiltak som innebærer en nedstengning av samfunnet.

Etikk-rådgivningsgruppen anbefaler at vaksinasjonsstrategien inkludert prioriteringsrekkefølgen bør justeres i takt med pandemiens utvikling (les: dynamisk prioritering). En slik *dynamisk prioriteringsordning* tar hensyn til pandemiens forløp, vaksinenes egenskaper, og smittesituasjonen i Norge. Prioriteringsrekkefølgen bør tilpasses hvert enkelt scenario. (Det siste scenariet, scenario 3, anses per 6. november 2020 som lite sannsynlig og blir derfor ikke vurdert her).

I scenario 1a–2a, hvor det er lavere smittepress, vil FHI først og fremst anbefale vaksinasjonen til risikogrupper. Dessuten vil man prioritere helsepersonell som har nærkontakt med risikogrupper. Begrunnelsen er at helsepersonell utgjør en smitterisiko for egne pasienter i risikogrupper. Ved høyere smittepress, herunder forstått

som scenario 2b (og evt. 3), bør prioriteringsrekkefølgen endres. Jo høyere smittepresset er, desto større er faren for at kritiske samfunnsfunksjoner vil oppleve problemer. Ved utbredt smitte bør derfor kritiske samfunnsfunksjoner inngå som en tredje prioriteringsgruppe. I scenario 2b bør helsepersonell prioriteres først. Begrunnelsen er at en situasjon med utbredt smitte (altså 2b) vil kunne medføre kapasitetsproblemer for helsevesenet, som i sin tur kan gå utover hele befolkningen. Se Figur 3 nedenfor for en oppsummering av de prioriterte gruppene i tråd med de ulike pandemiske scenariene.



Figur 3. Dynamisk prioritering etter scenarier

Denne figuren illustrere Etikk-rådgivningsgruppens forslag til dynamiske vaksineprioriteringer. Under de tre første scenariene ser man at risikogrupper og helsepersonell skal få prioritet. Hvis Norge imidlertid skulle befinne seg i scenario 2b ved oppstarten av koronavaksinasjonsprogrammet, så bør helsepersonell rangeres over risikogrupper, og kritiske samfunnsfunksjoner bør inkluderes som en tredje prioritert gruppe.

6 Konklusjon

Det overordnede målet med denne etikk-rådgivningsrapporten har vært å etablere klare mål for hva koronavaksinasjonsprogrammet skal oppnå, *samt* anbefale hvilke grupper som bør ha prioritet i den første fasen av koronavaksinasjonsprogrammet. Etikk-rådgivningsgruppen gikk fra verdier, til mål, til hovedkategorier for prioriteringer. Følgende fem verdier ble lagt til grunn: *Likeverd, velferd, likhet, tillit og legitimitet*. Fem rangerte mål ble deretter foreslått, nemlig: 1) Redusere risiko for død. 2) Redusere risiko for alvorlig sykdom. 3) Opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur. 4) Beskytte sysselsettingen og økonomien. Og, 5) Gjenåpne samfunnet. I sum resulterte dette i tre hovedkategorier for prioritering, nemlig *risikofaktorer for alvorlig sykdom og død, smittesituasjonen og yrke*. Etikk-rådgivningsgruppen har lagt dynamiske helseprioriteringer til grunn og anbefaler at I. risikogrupper og II. helsepersonell bør har prioritert gitt pandemi-scenario 1–2a, og at ved utbredt smitte (scenario 2b–) bør prioriteringen være I. helsepersonell, II. risikogrupper og III. kritiske samfunnsfunksjoner. Disse prioriteringsgruppene er i tråd med verdiene, målene og kategoriene som etikk-rådgivningsgruppen har foreslått i dette dokumentet. Dette er en foreløpig anbefaling for koronavaksineprioriteringer i Norge, og etikk-rådgivergruppen har tatt høyde for at anbefalingen kan måtte endres hvis kunnskapsgrunnlaget endrer seg.

Referanser

- Blankholm, Aud., et al. (2018). Det viktigste først – Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansiert tannhelsetjenester. NOU. Norges offentlige utredninger. Oslo, Norway: Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/> (Sist besøkt 12.11.20).
- CDC. (2018). Allocating and Targeting Pandemic Influenza Vaccine During an Influenza Pandemic. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1–25. <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pdf/2018-Influenza-Guidance.pdf> (Sist besøkt 12.11.20).
- Deutscher Ethikrat. (2020). Empfehlungen für einen gerechten und geregelten Zugang zu einem COVID-19-Impfstoff. 09.11.2020.
- ECDC. (2020). ECDC technical report: Overview of current EU/EEA and UK deployment and vaccination plans. (29.10.2020).
- Elster, Jon. (1982). The Case of Methodological Individualism. *Theory and Society* 11, 4: 453–482. <https://www.jstor.org/stable/657101>
- Emanuel, E. J. et al. (2020). An ethical framework for global vaccine allocation. *Science* 369, 6509: 1309–1312. DOI: 10.1126/science.abe2803
- FHI. (2020). Vaksinasjon ved influensapandemi. <https://www.fhi.no/nettpub/veileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/strategier-for-vaksinasjon-ved-pandemi/vaksinetilgang/?term=&h=1> (Sist besøkt 12.11.20).
- Folkhälsmyndigheten. (2019). Pandemiberedskap: Tilgang til och användning av läkemedel – en vägledning. Folkhälsmyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/pandemiberedskap-tillgang-till-och-anvandning-av-lakemedel-en-vagledning/> (Sist besøkt 12.11.20).
- Folkhälsmyndigheten. (2020). Nationell plan för vaccination mot covid-19. Folkhälsmyndigheten. 2020.08.31. S2020/04550/FS. <http://www.motesplatssocialhallbarhet.se/contentassets/74cdc0cb9b3a4341827c65ba0c813a30/dnr-s202004550fs-delvis-nationell-plan-vaccination-covid-19-2020-08-31.pdf> (Sist besøkt 12.11.20).
- GOV.UK. (2020). JCVI: updated interim advice on priority groups for COVID-19 vaccination. Published September 25th, 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination> (Sist besøkt 12.11.20).
- HOD. (2019). Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer. The Norwegian Directorate of Health (HOD). https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/rapporterplaner/nasjonal_beredskapsplan_smittevern.pdf (Sist besøkt 05.10.20).
- Imperial College. (2020). Report 33: Modelling the allocation and impact of a COVID-19 vaccine. Imperial College COVID-19 response team. September 25th, 2020. <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-33-vaccine/> (Sist besøkt 12.11.20).
- Littmann, J. (2014). How high is a high risk? Prioritising high-risk individuals in an influenza pandemic. *Vaccine* 32, 52: 7167–7170. DOI: 10.1016/j.vaccine.2014.10.020
- Lovdata. (2020). Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208> (Sist besøkt 12.11.20).
- Lønning, I., et al. (1987). Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987:23. Norges offentlige utredninger. Oslo, Norway: Sosialdepartementet. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2007080600001 (Sist besøkt 12.11.20).
- Lønning, I., et al. (1997). Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997:18. Norges offentlige utredninger. Oslo, Norway: Sosial- og helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-18/id140956/> (Sist besøkt 12.11.20).

- Magnussen, Jon, et al. (2015). På ramme alvorlig: Alvorlighet og prioritering. Rapport for arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/pa-ramme-alvor/id2460080/> (Sist besøkt 12.11.20).
- Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/> (Sist besøkt 12.11.20).
- Meld. St. 34. (2015–2016a). Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (Sist besøkt 12.11.20).
- Meld. St. 34. (2015–2016b). Principles for priority setting in health care—Summary of a white paper on priority setting in the Norwegian health care sector. <https://www.regjeringen.no/en/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/?ch=1> (Sist besøkt 12.11.20).
- Norheim, O. F., et al. (2014). Åpent og rettferdig – Prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014:12. Norges offentlige utredninger. Oslo, Norway: Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/> (Sist besøkt 12.11.20).
- NOU. (1974). Effektiviseringsvirksomhet i sykehussektoren. Norges offentlige utredninger. Oslo: Universitetsforlaget. Nr. 59. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012062705050 (Sist besøkt 12.11.20).
- NOU. (1981). Medisinsk rasjonalisering. Norges offentlige utredninger. Oslo: Universitetsforlaget. Nr. 25. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2013080806038?page=1 (Sist besøkt 12.11.20).
- Regjeringen. (2014). Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. 23. Oktober 2014. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-pandemisk-influensa/id2354614/> (Sist besøkt 12.11.20).
- Regjeringen. (2020). Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19- pandemien og justering av tiltak. Vedtatt 7. Mai 2020. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/> (Sist besøkt 12.11.20).
- Robert Koch Institut. (2020). Epidemiologisches Bulletin. 35, 27.08.2020. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/35_20.pdf?blob=publicationFile (Sist besøkt 12.11.20).
- Straetemans, M., U. Buchholz, S. Reiter, W. Haas, and G. Krause. (2007). Prioritization strategies for pandemic influenza vaccine in 27 countries of the European Union and the Global Health Security Action Group: a review. BMC Public Health, 7, 236: e1–e12. Doi:10.1186/1471-2458-7-236
- WHO. (2004). WHO Guidelines on the Use of Vaccines and Antivirals during Influenza Pandemics. World Health Organization. Department of Communicable Disease Surveillance and Response. https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/ (Sist besøkt 12.11.20).
- WHO. (2020a). Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. 12 November 2020. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines> (Sist besøkt 12.11.20).
- WHO. (2020b). WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination, 14 September 2020. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299> (Sist besøkt 12.11.20).
- WHO. (2020c). WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines in the context of limited supply. Version 1, 20 October 2020. World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf?Status=Temp&sfvrsn=bf227443_2&ua=1 (Sist besøkt 12.11.20).
- Williams, J. H., and A. Dawson. (2020). Prioritising access to pandemic influenza vaccine: a review of the ethics literature. BMC Medical Ethics 21: 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00477-3>

Vedlegg 1









Tabell over prioriteringsgrupper for vaksinasjon av pandemisk influensa i Norge

Prioritet	Målgruppe
1	Smitteeksponert personell i helsetjenesten
2	Personer med økt risiko for komplikasjoner
3	Barn i alder 6–24 måneder
4	Gravide
5	Personell i kritiske samfunnsfunksjoner («nøkkelpersonell») etter en nærmere vurdering av situasjonen
6	Annet helse- og omsorgspersonell med pasientkontakt
7	Frivillige pleiere innen pleie- og omsorgstjenesten og andre med pasientkontakt
8	Barn i barnehage og barnehagepersonale
9	Barn i grunnskolen og skolens personale, inklusive skolefritidsordning
10	Sjåfører og andre med kundekontakt i kollektivtransport
11	Personell i servicenæring med stor publikumskontakt
12	Alle andre

Tabell 1. I denne tabellen ser man en rangering av prioriterte grupper for vaksinerings av pandemisk influensa i Norge. Vi ser at smitteeksponert personell i helsetjenesten er rangert på topp, fulgt av personer med økt risiko for komplikasjoner, barn i alderen 6–24 måneder, og gravide (FHI 2020).

Vedlegg 2

Tabell over foreløpige anbefalinger om prioriterte grupper fra andre land

Belgia	Estland	Frankrike	Tyskland	Luxembourg	Polen	Sverige	UK
							
<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell • Personer >65 • Personer 45-65 med underliggende sykdommer 	<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell • Sosialarbeidere • Personer med underliggende sykdommer • Personer > 65 	<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell • Sosialarbeidere • Personer > 65 • Personer med underliggende sykdommer 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med medisinske risikofaktorer • Personer > 65 • Helsepersonell • Samfunnskritisk personell 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer > 65 • Helsepersonell • Sårbare grupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell • Sosialarbeidere med nærkontakt til personer i risikogruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Personer > 70 • Risikogrupper for alvorlig sykdom • Helsepersonell (inkl. sykehjem) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sykehjemsbeboere • Personer > 80 • Personer > 75 • Personer > 70 • Personer > 65 • Høyrisikogrupper <65 • Moderate risikogrupper <65 • Personer >60 • Personer > 55 • Personer > 50 • Resten av befolkningen

Tabell 2. Denne tabellen oppsummerer foreløpige anbefalinger (per 11. november 2020) om prioriterte grupper for koronavaksinasjon for henholdsvis Belgia, Estland, Frankrike, Tyskland, Luxembourg, Polen, Sverige og UK. (ECDC 2020; Deutscher Ethikrat 2020; GOV. UK 2020; Folkehelsemyndigheten 2020).

Vedlegg 3 Mål i den nasjonale beredskapsplanen for en pandemi

Den norske nasjonale beredskapsplanen for en pandemi setter følgende tre overordnede mål for prioriteringer av vaksiner:

- Forebygge infeksjon, og redusere morbiditet og mortalitet
- Behandle syke og døende, både hjemme og på sykehjem
- Opprettholde nødvendige og essensielle helsetjenester over alle sektorer (HOD 2019, 40).

Disse tre målsettingene samsvarer godt med andre lands pandemiske planer.¹⁰

Vedlegg 4 Ulike mål i norske dokumenter

Ulike mål som verserer i andre pandemiplaner er følgende:

- Minimere mortalitet
- Minimere morbiditet
- Begrense sosial forstyrrelse
- Opprettholde helsevesenet
- Beskytte infrastrukturen
- Begrense økonomiske tap

(Folkehelsemyndigheten 2019, 2020, HOD 2019, Robert Koch Institut 2020, WHO 2004).

¹⁰ Se f.eks. USA (CDC 2018); Sverige (Folkehelsemyndigheten 2019); og Tyskland (Robert Koch Institut 2020).

Vedlegg 5 Forfattere

Ekspertgruppen i etikk og prioritering

Eli Feiring, statsviter, førsteamanuensis og leder av Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Har tidligere vært medlem av REK Sør-Øst i to perioder. Feiring har sittet i flere offentlige utredningsutvalg.

Reidun Førde, lege og professor emeritus i medisinsk etikk ved Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo. Førde har vært medlem av en rekke offentlige utvalg, inkludert to prioriteringsutvalg, NOU 1997 og NOU 2014. I 2019 ble hun utnevnt til kommandør av St. Olavs Orden for sitt arbeid for medisinsk etikk gjennom mange tiår.

Søren Holm, lege og filosof, professor i bioetikk ved Universitetet i Manchester og professor II ved Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo. Holm er tidligere medlem av Etisk Råd i Danmark og av Nuffield Council on Bioethics i Storbritannia.

Ole Frithjof Norheim, lege, professor i medisinsk etikk ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin og leder for Bergen senter for etikk og prioritering (BCEPS) ved Universitetet i Bergen, samt adjunkt professor ved Harvard T. H. Chan School of Public Health. Leder av Bioteknologirådet (2019-2023). Norheim ledet NOU 2014 om helseprioriteringer.

Berge Solberg, filosof, professor i medisinsk etikk ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Nestleder for den Nasjonale Forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM), og sekretær for KEK St. Olavs Hospital.

Gry Wester, filosof, førstelektor i bioetikk og global helseetikk ved King's College London. Fungerende direktør for masterprogrammet i Bioethics & Society samt assisterende direktør for masterprogrammet i Gerontology & Ageing.

Sekretariatet

Jasper R. Littmann (sekretariatsleder), filosof, Fagdirektør for Strategi og Utvikling, Folkehelseinstituttet.

Trygve Ottersen, lege, områdedirektør Område for helsetjenester, og førsteamanuensis II ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo.

Carl Tollef Solberg, lege og filosof, forsker II ved Senter for medisinsk etikk (SME), Universitetet i Oslo, og seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2020
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no