FOLKETINGET

Håndteringen af covid-19 i foråret 2020

– Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. håndteringen af covid-19

Håndteringen af covid-19 i foråret 2020

Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. håndteringen af covid-19

Januar 2021

Kolofon

Håndteringen af covid-19 i foråret 2020
Rapport afgivet af den af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen nedsatte udredningsgruppe vedr. håndteringen af covid-19

Folketinget
Januar 2021

Layout:
Rosendahls a/s

Tryk:
Rosendahls a/s

Oplag:
2.500

Fotos:
David Kahr
Christian Lindgren/Ritzau Scanpix
Ólafur Steinar Rye Gestsson
Ólafur Steinar Rye Gestsson/Ritzau Scanpix
Anders Wiklund/TT/Ritzau Scanpix

ISBN: 978-87-7982-205-4
ISBN: 978-87-7982-206-1 (e-udgave)

Indhold

Forkortelser **11**

Kapitel 1. Indledning **15**
Udredningsgruppens nedsættelse og opdrag 15
Udredningsgruppens sammensætning 19
Udredningsgruppens arbejde og arbejdsform 19

Kapitel 2. Sammenfatning **23**
Covid-19 og de politiske valg 24
Politisk og faglig rådgivning af ministre og regering 24
Danske myndigheders håndtering af covid-19 i januar-april 2020 25
Udredningsgruppens vurderinger 28
- Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19 28
- Covid-19-håndteringens administrative organisering 33
- Covid-19-håndteringens retlige aspekter 38
- Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet 40
- Samspillet mellem regeringen og Folketinget under covid-19-krisen 43

Udredningsgruppens anbefalinger og forslag 46
- Den sundhedsfaglige rådgivning 47
- Den administrative organisering 48
- Retlige aspekter 51
- Påvirkningen af sundhedsvæsenet 52
- Samspillet mellem Folketinget og regeringen 52

Kapitel 3. Covid-19: fra ukendt sygdom til pandemi **55**
Perioden fra den 31. december 2019 til den 30. januar 2020 55
- Verden hører for første gang om det nye sygdomsudbrud 55
- Den nye virus identificeres og kategoriseres 56
- Sars-udbruddet i 2002-03 57
- Mers 58
- Covid-19: Viden om sygdomsforløb og smitte i januar 2020 58
- Reproduktionstallet for covid-19 58
- Covid-19: Dødelighed 60
- Smittespredning i januar 2020 61
- Organiseringen af det danske beredskab ved udbruddet i Kina i januar 2020 62

Internationalt samarbejde 63
Reaktioner og udmeldinger fra de danske sundhedsmyndigheder i januar 2020 63
WHO erklærer virusudbruddet en international nødsituation 65
Perioden fra den 31. januar 2020 til den 10. marts 2020 65
Smittespredningen – globalt og nationalt 65
Udmeldinger fra WHO 67
Udmeldinger fra ECDC 68
Sundhedsstyrelsens retningslinjer for håndtering af covid-19 69
Pressemeddelelser og nyhedsbreve fra de danske sundhedsmyndigheder 72
Covid-19 tilføjes liste B 72
Pressemøde i Statsministeriet den 6. marts 2020 73
Sundhedsstyrelsens notat offentliggjort den 10. marts 2020 74
Pressemøde i Statsministeriet den 10. marts 2020 75
Fra ukendt virus til handlingskrævende sygdom 78

Kapitel 4. Fra delvis nedlukning til delvis genåbning 81
Den delvise nedlukning af Danmark 81
Pressemøde i Statsministeriet den 11. marts 2020 81
WHO erklærer covid-19-udbruddet for en pandemi 83
Første ændring af epidemiloven 84
Hjælpepakker 85
Omlægning af sundhedsvæsenet 86
Grænsekontrol indføres, og rejsevejledninger skærpes 88
Ny trepartsaftale indfører lønkompensation 90
Forsamlingsforbuddet skærpes, og dele af forretningslivet skal lukke ned 91
Sundhedsstyrelsen udarbejder prognose og redegør for kapaciteten i sundhedsvæsenet 92
Tiltagene forlænges 93
Behov for mere offensiv teststrategi 93
Tiltag i andre europæiske lande 94
Danskernes holdninger og adfærd i marts og april måned 95
Udviklingen i antal smittede, indlagte og døde i Danmark fra den 1. marts til den 1. maj 2020 97
Gradvis og delvis genåbning 102
Stabil udvikling og gradvis, kontrolleret genåbning 102
Anden ændring af epidemiloven og øvrige ændringer af lovgivningen 102
Planen for genåbningen skitseres 104
Noget at glæde sig over 106
Fra delvis nedlukning til delvis genåbning 106

Kapitel 5. Udredningens form, afgrænsning og kildegrundlag **109**
Baggrund 109
Udredningsgruppens opgaver 110
Udredningens hovedsigte og afgrænsning 111
Udredningens kildegrundlag 116
Genskabelse af beslutningssituationen 121

Kapitel 6. Covid-19-indsatsens organisering og retlige rammer **125**
Normalorganisationen 127
Det nationale kriseberedskab 129
Organisering af covid-19-håndteringen 133
Fra normalorganisationen til covid-19-organiseringen 137
Retlige rammer 138
Sundhedsloven 138
Epidemiloven 141

Kapitel 7. Overvågningsfasen: den 1. januar til den 26. februar 2020 **147**
Sundhedsmyndighedernes overvågning og udvikling af sygdomsforståelse i januar 2020 148
Statsministeriet får hurtigt interesse for den nye sygdom 151
Sundheds- og Ældreministeriets departement og sundheds- og ældreministeren 156
Sundhedsmyndighedernes sygdomsforståelse, kommunikation og beslutninger i februar 2020 159
Covid-19 som liste A- eller liste B-sygdom 163
Pandemiplanen findes frem 166
NOST-aktiviteter i januar og februar 2020 169
Udenrigsministeriet og Den Internationale Operative Stab (IOS) 171
Sammenfatning 172

Kapitel 8. På vej mod nedlukning: den 27. februar til den 9. marts 2020 **175**
Mødet i regeringens sikkerhedsudvalg den 27. februar 175
Krisehåndteringen ændrer tempo og tyngdepunkt 176
AC-gruppens rolle 177
Fra NOST til NOST+ 179
Justitsministeriets rolle i denne fase 185
En presset og frustreret Sundhedsstyrelse 186
Statusopdateringer, risikovurderinger, retningslinjer og test 192
Landelisten 194
Udenrigsministeriet får mere central rolle i krisehåndteringen 195
Rejsevejledningerne 195
Udenrigsministeriets daglige landeorienteringer 196

Sundheds- og Ældreministeriet i krydspres mellem Statsministeriet og Sundhedsstyrelsen 198
Sammenfatning 200

Kapitel 9. Beslutningen om den delvise nedlukning den 11. marts 2020 203
Det 48. møde i Sundhedsstyrelsens kriseledelse 203
Pressemøde i Statsministeriet den 10. marts kl. 11.00 204
NOST-indstillingen til en afbødningsstrategi 205
Et Danmark, der går langsommere 207
Statsministeriets forståelse af situationen den 10. og 11. marts 2020 210
NOST-mødet den 11. marts 2020 213
Sundhedsstyrelsens og Statens Serum Instituts indstilling den 11. marts 2020 214
Revideret oplæg til nedlukning den 11. marts 2020 217
Ambassadeindberetninger den 10. marts 2020 219
ECDC's risikovurdering den 12. marts 2020 221
Pressemøde i Statsministeriet den 11. marts kl. 20.30 222
Sammenfatning 223

Kapitel 10. Hastelovgivning og grænselukning 227
Den første revision af epidemiloven 228
Midlertidig lukning af de danske grænser 231
Forlængelse af nedlukningen og anden revision af epidemiloven 234
Udmøntning af den reviderede epidemilov 237
Bekendtgørelsen om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af covid-19 239
Bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) 244
Sammenfatning 250

Kapitel 11. Testkapacitet, testaktivitet og teststrategi 253
Udviklingen i covid-19-test i perioden fra januar til maj 2020 253
Fra inddæmning til afbødning 255
WHO og de andre nordiske lande 259
Reviderede retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen den 18. marts 2020 262
Europa-Kommissionens anbefalinger for teststrategier den 18. marts 2020 264
Testning af flere i Danmark 265
Udviklingen af TestCenter Danmark 267
Regeringen træffer beslutning om teststrategien 273

Etableringen af TestCenter Danmark offentliggøres 276
En ny teststyrelse 277
Frem mod offentliggørelse af teststrategi den 12. maj 2020 278
Covid-19-antistoftest 281
Sammenfatning 282

Kapitel 12. Retlige aspekter 285
Ændringerne af epidemiloven 285
Ændringerne i hovedtræk 286
Solnedgangsklausul 286
Formålet med ændringerne 288
Udvalgte ændringer 289
Overførsel af kompetence fra epidemikommissionerne til sundheds- og ældreministeren 289
Inddragelse af sundhedsmyndighederne 289
Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren 291
Bemyndigelse til administrativt at fastsætte regler, der fraviger loven 292
Delegation til andre myndigheder 295
Delegation til private 295
Forholdet til almindelige regler og principper 297
Hjemmelskravet 297
Grundlovens § 71 om frihedsberøvelse 298
Grundlovens § 72 om boligens ukrænkelighed 299
Grundlovens § 73 om ekspropriation 299
Grundlovens § 79 om forsamlingsfrihed og grundlovens § 77 om ytringsfrihed 300
Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) 302
Sundhedslovgivningen 302
Retssikkerhed 303
Udvalgte beslutninger, der giver anledning til overvejelser af retlig karakter 305
Sundheds- og ældreministerens beslutning af 28. februar 2020 om udvidelse af epidemilovens anvendelsesområde 305
Beslutninger vedrørende domstolene 308
Sammenfatning 315

Kapitel 13. Påvirkningen af sundhedsvæsenet 317
Optakten 318
Hvilke prognoser arbejder man med? 319
Hvordan estimerer man kapacitetsbehovet? 321
Beslutningen om nedlukning af aktiviteter i sundhedsvæsenet 325
Prioritering på sygehusene 327

Prioritering i almen praksis 328
Kommunikation til befolkningen 328
Hvilke konsekvenser har forårets prioriteringer for aktiviteten i sundhedsvæsenet? 329
Sammenfatning 335

Kapitel 14. Hjælpepakkerne 337
Oversigt over hjælpepakkerne 338
Ministeriernes forberedelse 342
Samspillet med organisationerne 347
Den ministerielle forvaltning 352
Sammenfatning 353

Kapitel 15. Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen 357
Lovgivning om covid-19 358
Covid-19-relaterede lovforslag fremsat i marts og april 2020 358
Normalprocedure for behandling af lovforslag 360
Hastebehandling af lovforslag om covid-19 364
Finansudvalgets behandling af covid-19-relaterede aktstykker 372
Parlamentarisk kontrol 374
Regeringens inddragelse af Folketingets partier 377
Generelt om inddragelsen af Folketingets partier 377
Følgegruppen bestående af Folketingets sundhedsordførere 379
Sammenfatning 384

Kapitel 16. Covid-19-håndteringen i nabolandene 387
Covid-19: oversigt over udviklingen januar-maj 2020 388
Oversigt over regerings- og myndighedsstrategier 392
Beslutningsgrundlag og rådgivningsstruktur 396
Håndteringens retlige aspekter 399
Påvirkningen af sundhedsvæsenet 402
Parlamentarisk inddragelse 404
Sammenfatning 405

Kapitel 17. Udredningsgruppens vurdering af håndteringen af covid-19-krisen 409
Vurderingens begrænsninger 410
Beslutningssituationen: en hidtil ukendt virus 412
Covid-19 og de politiske valg 414
Politisk og faglig rådgivning af ministre og regering 415
Danske myndigheders håndtering af covid-19 januar-april 2020 416

Udredningsgruppens vurderinger 420
Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19 421
Covid-19-håndteringens administrative organisering 427
Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet 437
Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen 440
Fra vurdering til læring 444

Kapitel 18. Udredningsgruppens anbefalinger og forslag 447
Covid-19-krisen: Læringens grundforudsætninger 449
Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19 450
Covid-19-håndteringens administrative organisering 452
Covid-19-håndteringens retlige aspekter 455
Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet 456
Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen 457

Bilag 1. Beretning nr. 4 om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19 461

Bilag 2. Retningslinjer for ekspertgruppens adgang til brug af materiale fra myndighederne i forbindelse med den kommende udredning om håndteringen af covid-19 465

Bilag 3. Norge og covid-19-krisen 469

Bilag 4. Sverige og covid-19-krisen 505

Bilag 5. Tyskland og covid-19-krisen 535

Bilag 6. Tidslinje over udviklingen og håndteringen af covid-19 577

Bilag 7. Udskrift af statsministerens tale på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020 591

Forkortelser

AC-gruppen:	Tværministeriel ad hoc-gruppe, hvori en bred kreds af ministerier er repræsenteret med typisk én eller flere afdelingschefter
AMK:	Akut Medicinsk Koordinering
ASAP:	As soon as possible/hurtigst muligt
BM:	Beskæftigelsesministeriet
CFR:	Case fatality ratio
covid-19:	Coronavirus disease 2019
DA:	Dansk Arbejdsgiverforening
DE:	Dansk Erhverv
DI:	Dansk Industri
DR:	Danske Regioner
DCOK:	Det Centrale Operative Kommunikationsberedskab
E-SIK:	Det forberedende embedsmandsudvalg for sikkerhedsudvalget
ECDC:	European Centre for Disease Prevention and Control
EM:	Erhvervsministeriet
EMRK:	Den Europæiske Menneskerettighedskonvention
EPIS:	Epidemic Intelligence Information System
EU:	Den Europæiske Union
EWRS:	Early Warning and Response System
EØS:	Det Europæiske Økonomiske Samarbejdsområde
FH:	Fagbevægelsens Hovedorganisation
FM:	Finansministeriet
FMN:	Forsvarsministeriet
FT:	Folketinget
HORESTA:	Hotel-, restaurant- og turisterhvervets hovedorganisation
HSC:	Health Security Committee
IFR:	Infection fatality ratio
IHR:	Det Internationale Sundhedsregulativ
ILI:	Influenza-like Infections
IOS:	Den Internationale Operative Stab
JM:	Justitsministeriet
K-udvalget:	Regeringens koordinationsudvalg
KL:	Kommunernes Landsforening
KM:	Kirkeministeriet

KU:	Regeringens koordinationsudvalg
KUM:	Kulturministeriet
MEDST:	Medarbejder- og Kompetencestyrelsen
mers:	Middle East Respiratory Syndrome
NOST:	Den Nationale Operative Stab
NOST+:	Særlig operationsstab under NOST
O-staben:	Operationsstaben, som hører under Den Nationale Operative Stab (NOST)
PCR:	Polymerase Chain Reaction
PLAN:	Specialeplan – opfølgning
PLO:	Praktiserende Lægers Organisation
Q/A-notat:	Notat med foruddefinerede spørgsmål og svar til et givent emne
Re:	Det effektive reproduktionstal
RH:	Rigshospitalet
RKI:	Robert Koch Institut
rna:	SARS-CoV-2's arvemasse
Ro:	Det basale reproduktionstal
R_t:	Det effektive reproduktionstal på et givet tidspunkt kaldet t
SARI:	Severe Acute Respiratory Infections
SARS-CoV:	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus
SIM:	Social- og Indenrigsministeriet
SSI:	Statens Serum Institut
SST:	Sundhedsstyrelsen
STM:	Statsministeriet
STPS:	Styrelsen for Patientsikkerhed
SUM:	Sundheds- og Ældreministeriet
TBST:	Trafik-, Bygge- og Boligstyrelsen
TCD:	TestCenter Danmark
TESSy:	The European Surveillance System
TRM:	Transport- og Boligministeriet
U:	Ugeskrift for Retsvæsen
UIM:	Udlændinge- og Integrationsministeriet
UFG:	Uden for folketingsgrupperne
UM:	Udenrigsministeriet
WHO:	Word Health Organization
Ø-udvalget:	Regeringens økonomiudvalg

Kapitel 1

Indledning

Udredningsgruppens nedsættelse og opdrag

Udvalget for Forretningsordenen besluttede på sit møde den 27. maj 2020 at nedsætte et underudvalg til at overveje og forberede en udredning om covid-19 og håndteringen heraf. Baggrunden for nedsættelsen af underudvalget er nærmere beskrevet i kapitel 5.

Underudvalget besluttede i sit møde den 18. juni 2020 at give indstilling til Udvalget for Forretningsordenen om, at dette skulle afgive en beretning om gennemførelse af en udredning om håndteringen af covid-19. I indstillingen anførte et flertal i underudvalget:

> »Et *flertal* i underudvalget (S, V, DF, RV, SF, KF og LA) ønsker en udredning efter følgende retningslinjer:
>
> *Formålet med udredningen: Læring af covid-19*
>
> Flertallet anerkender, at Danmark står i en helt ekstraordinær situation på grund af covid-19. Ikke tidligere har Danmark oplevet en krise som denne. Derfor har regeringen, Folketinget og befolkningen på meget kort tid skullet tage et stort ansvar og træffe vigtige beslutninger af væsentlig betydning for både befolkningens sundhed og samfundsøkonomien.
>
> Det rejser naturligvis spørgsmålet, om Danmark var godt nok forberedt på covid-19, og om der blev truffet de rigtige beslutninger i forbindelse med nedlukningen af Danmark. For selv om krisen langtfra er ovre, bør vi allerede nu evaluere indsatsen og lære af, hvordan den indledende fase af coronakrisen blev håndteret. Det handler om at blive klogere og dermed sikre en retvisende beskrivelse og læring for eftertiden, så vi står stærkere, hvis en lignende krise og pandemi igen rammer Danmark.
>
> *Periodemæssig afgrænsning*
>
> Flertallet foreslår konkret, at der i første omgang søges opbakning til en udredning, der evaluerer perioden fra den 1. januar 2020, hvor det stod klart, at covid-19 spred-

te sig i Kina, og frem til, at Danmark gik fra nedlukningsfase til genåbningsfase i april 2020.

Undersøgelsesform: Ekspertudredning

Det er flertallets vurdering, at en uvildig ekspertudredning vil være det bedste og mest effektive redskab til at evaluere og opnå denne læring. En ekspertudredning vil samtidig kunne sikre grundighed og hastighed og dermed også den fornødne aktualitet.

Samme undersøgelsesform blev brugt i forbindelse med den historiske udredning af Danmarks militære engagement i Kosovo, Afghanistan og Irak. Der henvises til den politiske aftale, der lå til grund herfor.

Med en uvildig ekspertudredning vil et hold af sundhedsfaglige eksperter med indsigt i virologi og epidemiologi, samfundsvidenskabelige eksperter i form af jurister og politologer med speciale i henholdsvis offentlig ret og forvaltning og økonomer skulle kortlægge det materiale, der lå til grund for regeringens håndtering af krisen.

Herudover skal ekspertudredningen i fornødent omfang kunne inddrage dansk og international ekspertise, der kan bistå med at afdække håndteringen af covid-19 i lande som Norge, Sverige og Tyskland.

Ekspertgruppen skal bestå af fem personer, og det forudsættes, at de udpegede eksperter frikøbes til opgaven. Flertallet ønsker, at underudvalget vælger en formand for ekspertgruppen, der efterfølgende kommer med indstilling til underudvalget om, hvem de øvrige fire eksperter kunne være. Formanden vil blive bedt om at indstille to til tre forskellige personer til hver af de øvrige poster i ekspertgruppen. Med denne udpegningsprocedure sikres et godt og effektivt samarbejdsklima i gruppen og et højt fagligt niveau.

Flertallet ønsker, at eksperterne får adgang til alle relevante akter og dokumenter, herunder det materiale og den information, der tilgik Statsministeriet i den indledende fase fra andre ministerier og styrelser, med særligt fokus på henholdsvis Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, Lægemiddelstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Justitsministeriet og Finansministeriet. Det vil naturligvis være op til regeringen at vurdere, hvilket materiale den ønsker at udlevere, da der kun findes lovhjemmel til at tvinge regeringen hertil, hvis en kommission nedsættes med ophæng i lov om undersøgelseskommissioner.

Flertallet ønsker som med krigsudredningen, at eksperterne selv tilrettelægger deres arbejdsform og metode.

Det er flertallets klare mål, at ekspertudredningen skal bringe viden om forløbet til brug for læring. Det er ikke flertallets ønske at placere et politisk eller retligt ansvar over for hverken embedsmænd eller politikere.

Det er flertallets ønske, at udredningen skal være færdig og offentliggjort senest i januar 2021. Alle involverede myndigheder skal medvirke til, at udredningsarbejdet fremmes hurtigst

muligt, men bør gives rimelige frister til at fremfinde og udlevere materiale. Skulle epidemien blusse op igen, bør der udvises forståelse for, at myndighederne også skal anvende ressourcer til at bekæmpe epidemien.

Ekspertgruppen skal løbende orientere underudvalget om fremdriften i sit arbejde, jf. nedenfor. Flertallet noterer sig, at nedsættelsen af ekspertudredningen ikke er til hinder for, at andre myndigheder, herunder Folketingets Ombudsmand, Rigsrevisionen eller Statsrevisorerne, igangsætter deres egen undersøgelse.

Ekspertudredningens omfang og indhold

Flertallet anerkender, at såfremt det skal være muligt at foretage en evaluering inden for den afsatte tid, er det afgørende med et snævert afgrænset kommissorium. Til brug for at drage de bedste erfaringer og dermed lære mest muligt af den indledende fase af forløbet omkring covid-19 er der behov for, at udredningen bl.a. afdækker, hvilke forudsætninger sundhedsvæsenet og beredskabet havde for at håndtere en pandemi som covid-19, herunder om tidligere regeringers prioriteringer på sundhedsområdet har haft betydning herfor, og hvilke forudsætninger de nu nedlagte epidemikommissioner havde. Ydermere skal udredningen afdække, hvad beredskabet var, herunder hvilke foranstaltninger der blev truffet for at inddæmme smitten fra eksempelvis hjemvendte borgere, og afdække myndighedernes testkapacitet og sygehusenes behandlingskapacitet samt i forlængelse heraf vurdere regeringens strategi, herunder baggrunden for strategiskiftene undervejs og beredskabets betydning for regeringens valg af teststrategi. Udredningen skal i forlængelse heraf også kortlægge grundlaget for den hastelovgivning, der blev gennemført i forbindelse med nedlukningen, herunder redegøre for og vurdere karakteren af det sundhedsfaglige og fagøkonomiske grundlag for forslagene til hastelovgivning. Flertallet ønsker svar på, om faglige indsigter hos embedsmænd og myndigheder kunne formidles frit til Folketinget og offentligheden i overensstemmelse med den danske tradition for en centraladministration, som udvikler sin faglighed i et samspil med landets førende forskningsmiljøer, og som stiller sine indsigter til rådighed for Folketinget og offentligheden, når det af embedsmænd og myndigheder skønnes relevant, eller når det efterspørges af Folketinget og offentligheden.

Endelig skal udredningen – i forlængelse af ovenstående – afdække, hvilke muligheder Folketinget havde for at føre kontrol med regeringens ageren og samspil under nedlukningen.

Udredningen vil også i relevant omfang og under hensyntagen til den tidsmæssige ramme skulle klarlægge den danske håndtering sammenlignet med lande som Tyskland, Norge og Sverige. Udredningen skal ud over en evaluering af den indledende fase af forløbet omkring covid-19 indeholde anbefalinger til, hvordan man bedst håndterer en lignende krise.

Som nævnt indledningsvis foreslås det, at udredningen skal evaluere

perioden fra primo januar 2020, hvor det stod klart, at covid-19 spredte sig i Kina, og frem til genåbningen i april 2020, hvor Danmark gik fra nedlukningsfase til genåbningsfase.

Når udredningen foreligger, ønsker flertallet, at der skal afholdes en offentlig høring i Folketinget, hvor Folketingets medlemmer vil få mulighed for at spørge eksperterne bag udredningen nærmere ind til indhold, konklusioner og anbefalinger.

På samme måde vil det ligeledes være muligt at kalde regeringen i samråd m.v. på baggrund af udredningen.«

Et mindretal bestående af Enhedslistens medlem af underudvalget støttede flertallets forslag til udredning, men fremførte i en mindretalsudtalelse yderligere ønsker til udredningen.

Udvalget for Forretningsordenen afgav den 23. juni 2020 beretning nr. 4 om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19, der er optrykt som bilag 1 til rapporten, hvori underudvalgets indstilling omtalt ovenfor er gengivet. I beretningen anfører Udvalget for Forretningsordenen:

»**3. Udvalget for Forretningsordenens konklusioner**

Udvalget for Forretningsordenen konstaterer, at et flertal i underudvalget, som modsvarer et flertal i Udvalget for Forretningsordenen og i Folketinget, står bag et ønske om en udredning efter de nærmere angivne retningslinjer i flertallets udtalelse ovenfor. Udvalget tilslutter sig på den baggrund, at en sådan udredning iværksættes.

Udvalget finder, at det nedsatte underudvalg bør følge udredningsarbejdet tæt og således fungere som følgegruppe for udredningen, herunder varetage dialogen med forskerne bag udredningen og søge at sikre, at arbejdet fremmes hurtigst muligt. Folketingsgrupperne bør på almindelig vis have mulighed for at udskifte deres medlemmer af underudvalget permanent eller midlertidigt.

Udvalget konstaterer, at der i underudvalget er ønske om, at professor emeritus Jørgen Grønnegård Christensen, Aarhus Universitet, udpeges som formand for ekspertgruppen og anmodes om at give indstilling om udpegning af ekspertgruppens øvrige medlemmer. Udvalget tilslutter sig dette ønske.

Udvalget konstaterer, at der vil være behov for fastsættelse af nærmere retningslinjer for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale fra myndighederne, på samme måde som der f.eks. blev fastsat retningslinjer for arbejdet med udredningen om baggrunden for Danmarks militære engagement i Kosovo, Afghanistan og Irak. Af retningslinjerne skal bl.a. fremgå, at alene ekspertgruppen skal have adgang til materialet fra myndighederne, og at materialet skal opbevares under betryggende forhold. Udvalget anmoder underudvalget om at fastsætte sådanne retningslinjer og forudsætter i den forbindelse, at det i relevant omfang sker i dialog med regeringen.«

Udredningsgruppens sammensætning

I Udvalget for Forretningsordenens beretning af 23. juni 2020 anføres om udredningsgruppens sammensætning:

> »Med en uvildig ekspertudredning vil et hold af sundhedsfaglige eksperter med indsigt i virologi og epidemiologi, samfundsvidenskabelige eksperter i form af jurister og politologer med speciale i henholdsvis offentlig ret og forvaltning og økonomer skulle kortlægge det materiale, der lå til grund for regeringens håndtering af krisen.
>
> [...]
>
> Ekspertgruppen skal bestå af fem personer, og det forudsættes, at de udpegede eksperter frikøbes til opgaven. Flertallet ønsker, at underudvalget vælger en formand for ekspertgruppen, der efterfølgende kommer med indstilling til underudvalget om, hvem de øvrige fire eksperter kunne være. Formanden vil blive bedt om at indstille to til tre forskellige personer til hver af de øvrige poster i ekspertgruppen. Med denne udpegningsprocedure sikres et godt og effektivt samarbejdsklima i gruppen og et højt fagligt niveau.«

Endvidere anføres i beretningen:

> »Udvalget konstaterer, at der i underudvalget er ønske om, at professor emeritus Jørgen Grønnegård Christensen, Aarhus Universitet, udpeges som formand for ekspertgruppen og anmodes om at give indstilling om udpegning af ekspertgruppens øvrige medlemmer. Udvalget tilslutter sig dette ønske.«

Udvalget for Forretningsordenen nedsatte den 3. juli 2020 på baggrund af indstillinger fra Jørgen Grønnegård Christensen udredningsgruppen bestående af:

- Professor emeritus Jørgen Grønnegård Christensen (formand), Aarhus Universitet.
- Professor, ph.d. Jostein Askim, Universitetet i Oslo.
- Professor, ph.d. Dorte Gyrd-Hansen, Syddansk Universitet.
- Professor, dr.jur. Helle Bødker Madsen, Aarhus Universitet.
- Professor og ledende overlæge, dr.med. Lars Østergaard, Aarhus Universitet og Aarhus Universitetshospital.

Udredningsgruppens sekretariatet har bestået af:

Folketingets Administration
- Folketingssekretær og vicedirektør Torben Jensen (leder af sekretariatet).
- Chefkonsulent Kasper Ullerup Bach.
- Chefkonsulent Peter Riis.
- Fuldmægtig Hella Møller Gregersen.
- Ekspeditionssekretær Lise Dahl.
- Studentermedhjælper Celine la Cour.
- Studentermedhjælper Malte Frey Lyshøj Hansen.
- Studentermedhjælper Ulrik Alexander Tønnesen.

Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet
- Professor, ph.d. Peter Bjerre Mortensen.

Udredningsgruppens arbejde og arbejdsform

Udredningsgruppen har i alt afholdt syv møder. Første møde blev afholdt den 12. august 2020, og sidste møde blev afholdt den 7. og 8. januar

2021. Møderne blev gennemført som fysiske møder med mulighed for onlinedeltagelse.

Udredningsgruppen har, jf. nærmere i kapitel 5, gennemført udredningen på grundlag af det materiale, der er stillet til rådighed af nedenfor nævnte myndigheder m.v. Udredningsgruppen har i den forbindelse været underlagt »Retningslinjer for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale fra myndighederne i forbindelse med den kommende udredning om håndteringen af covid-19«, der den 2. juli 2020 blev godkendt af underudvalget, der afgav indstilling om nedsættelsen af udredningsgruppen. Retningslinjerne er optrykt som bilag 2 til rapporten.

Udredningsgruppen har indhentet dokumenter fra følgende myndigheder m.v. om deres håndtering af covid-19:

Tabel. 1.1. Myndigheder m.v., der har bidraget med dokumenter til udredningen

Domstolsstyrelsen	Lægemiddelstyrelsen	Styrelsen for Patientsikkerhed
Erhvervsministeriet	Rigspolitiet	Sundheds- og Ældreministeriet
Finansministeriet	Statens Serum Institut	Sundhedsstyrelsen
Justitsministeriet	Statsministeriet	Udenrigsministeriet

Udredningsgruppens formand har, jf. kapitel 5, afholdt møder på embedsmandsniveau med størstedelen af de nævnte myndigheder m.v. vedrørende udlevering af dokumenter til brug for udredningen. Udredningsgruppens formand har derudover afholdt møder med den øverste administrative ledelse i enkelte af de nævnte myndigheder m.v. med henblik på at opnå en overordnet forståelse af tilrettelæggelsen af myndighedernes covid-19-håndtering, hvilket har suppleret den skriftlige dokumentation, som udredningen bygger på.

Udredningsgruppens formand og medlem af udredningsgruppen Dorte Gyrd-Hansen har den 25. august 2020 holdt et møde med Danske Regioner, der efterfølgende fremsendte enkelte dokumenter, der er indgået i udredningen.

Udredningsgruppens formand har holdt møder med Folketingets sundhedsordførere og formanden for Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg om inddragelse af den følgegruppe, der blev nedsat af sundheds- og ældreministeren i forbindelse med ændringen af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven) den 17. marts 2020.

Udredningsgruppens formand og medlem af udredningsgruppen Lars Østergaard har den 23. oktober 2020 holdt et møde med

- professor, dr.med. Thomas Benfield, Københavns Universitet og Hvidovre Hospital,
- professor, dr.med. Jens Lundgren, Københavns Universitet og Rigshospitalet,
- professor, dr.med. Søren Riis Paludan, Aarhus Universitet,
- professor, ph.d. Lone Simonsen, Roskilde Universitet, og
- professor, dr.med. Allan Randrup Thomsen, Københavns Universitet.

Formålet med mødet var at få en uforpligtende sundhedsfaglig vurdering af rapportens kapitel 3, »Covid-19: fra ukendt sygdom til pandemi«, som inden mødet i udkast blev tilsendt mødedeltagerne. Kapitlet blev efterfølgende revideret i lyset af bemærkningerne på mødet, men eventuelle fejl og mangler skal alene tilskrives udredningsgruppen.

Det følger af Udvalget for Forretningsordenens beretning af 23. juni 2020, at udredningsgruppen i fornødent omfang skal »kunne inddrage dansk og international ekspertise, der kan bistå med at afdække håndteringen af covid-19 i lande som Norge, Sverige og Tyskland«.

Endvidere anføres i beretningen:

> »Udredningen vil også i relevant omfang og under hensyntagen til den tidsmæssige ramme skulle klarlægge den danske håndtering sammenlignet med lande som Tyskland, Norge og Sverige.«

Til brug for denne del af udredningen har udredningsgruppen fået udarbejdet rapporter, der belyser håndteringen af covid-19 i henholdsvis Norge, Sverige og Tyskland. Rapporterne er oversat til dansk og optrykt som bilag 3-5 til rapporten.

Rapporten for Norge, »Norge og covid-19-krisen«, er udarbejdet af professor, ph.d. Jostein Askim, Universitetet i Oslo, og professor, ph.d. Eirik Holmøyvik, Universitetet i Bergen.

Rapporten for Sverige, »Sverige og covid-19-krisen«, er udarbejdet af professor, ph.d. Carl Dahlström, Göteborgs Universitet, og professor, ph.d. Johannes Lindvall, Lunds Universitet.

Rapporten for Tyskland, »Tyskland og covid-19-krisen«, er udarbejdet af professor, dr.rer.pol. habil. Jochen Franzke, Universität Postdam, og professor, ph.d. Sabine Kuhlmann, Universität Postdam.

Udredningsgruppen har endvidere været i dialog med den norske Koronakommisjon, den svenske Coronakommission og den franske Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques.

Det fremgår af Udvalget for Forretningsordenens beretning af 23. juni 2020, at udvalget finder, at underudvalget, der afgav indstilling om nedsættelsen af udredningensgruppen, »bør følge udredningsarbejdet tæt og således fungere som følgegruppe for udredningen, herunder varetage dialogen med forskerne bag udredningen og søge at sikre, at arbejdet fremmes hurtigst muligt.«

Udredningsgruppens formand gav på denne baggrund på møder i underudvalget den 16. september og den 18. november 2020 en status for udredningen og besvarede spørgsmål fra underudvalgets medlemmer.

Udgifterne til udredningen er afholdt af Folketinget.

corona | covid-19
Hold afstand
Hold god afstand til andre. Gå derfor et andet sted hen, hvis ikke det er muligt her.
Keep a safe distance
Keep a safe distance to other people. If it is not possible here, find another spot.
Hotline: +45 7020 0233
coronasmitte.dk
POLITI

Kapitel 2

Sammenfatning

Ved indgangen til 2020 er det erkendt, at en ny virussygdom er i udbrud i dele af Kina. Det er også på det tidspunkt erkendt, at den virus, som forårsager sygdomsudbruddet, ikke er identisk med allerede kendte virusser. Mindre end 2 uger inde i 2020 deler de kinesiske myndigheder gensekvensen for den nye virus med resten af verden. Fra dette tidspunkt ved man, at der er tale om en ny coronavirus, som har lighedstræk med SARS-CoV, der forårsager sygdommen sars. Den nye virus, der forårsager sygdommen covid-19, navngives SARS-CoV-2.

Forskere og sundhedsmyndigheder må over en lang periode med mellemrum tilpasse sygdomsforståelsen i takt med opbygningen af mere viden om sygdommens karakteristika, og der er tidligt i 2020 forskellige vurderinger af, hvordan den nye sygdom skal forstås.

Der er også andre væsentlige usikkerheder i forståelsen af sygdommen. Det er således først den 19. januar 2020, at man med sikkerhed kan fastslå smitte mellem mennesker som årsag til spredning af covid-19. På samme måde er der betydelig usikkerhed med hensyn til sygdommens smitsomhed, smittens spredning i befolkningen og dødeligheden blandt patienter med covid-19.

Covid-19 er i starten af januar 2020 begrænset til Kina. I løbet af måneden spreder sygdommen sig til andre lande, og i slutningen af januar konstaterer man de første tilfælde af covid-19 i Europa. Sygdomsudviklingen i de europæiske lande tager først fart fra og med sidste uge af februar, hvor det første tilfælde konstateres i Danmark. Derefter stiger antallet af konstaterede nye covid-19-tilfælde i Danmark kraftigt frem mod den 10. marts 2020. Udviklingen er på dette tidspunkt særlig dramatisk i Italien.

Udviklingen bliver i løbet af januar og februar 2020 fulgt på flere planer. WHO rapporterer løbende om udviklingen og skærper den 30. januar 2020 vurderingen ved at erklære en international nødsituation, hvorefter covid-19 udgør en international trussel mod folkesundheden, og derfor kræves øjeblikkelig reaktion. Den 11. marts 2020 erklærer WHO covid-19 for en global pandemi.

Fra og med den 15. januar 2020 udsender Sundhedsstyrelsen regelmæssigt opdaterede retningslinjer rettet mod sundhedsvæsenet med anvisninger på, hvorledes man skal forholde sig til den nye sygdom. De løbende revisioner af retningslinjerne udvider gradvis de anbefalede forholdsregler, ligesom Sundhedsstyrelsen udvider casedefinitionen

og informerer om sygdommens udvikling i forskellige dele af Europa. Endelig går styrelsen fra og med den 2. marts 2020 over til at inddrage Statens Serum Instituts løbende risikovurderinger i retningslinjerne.

Der hersker hen over vinteren og i det tidlige forår en betydelig uvished med hensyn til karakteren af den nye virus og dens sygdoms- og sundhedsmæssige konsekvenser. Hverken forskere eller sundhedsmyndighederne har i situationen, som den udvikler sig hen over vinteren og foråret 2020, et sikkert grundlag for at vurdere den nye sygdom og dermed heller ikke for at yde sundhedsfaglig rådgivning til de politiske og administrative beslutningstagere.

Covid-19 og de politiske valg

Uvisheden om virustruslens karakter og potentielle skadevirkninger og om mulighederne for effektivt at sætte ind over for den indebærer efter udredningsgruppens vurdering, at der i dansk sammenhæng tidligt er tale om et samfundsmæssigt problem, som man ikke kan overlade til de sundhedsfaglige myndigheder alene. De sundhedsfaglige myndigheder er i den sammenhæng de statslige styrelser og institutioner, som overvåger sundhedstilstanden, fører tilsyn med sundhedsvæsenet og er inddraget i sundhedsfaglig rådgivning af ministre og regering.

Givet den nye sygdoms potentielle alvor og den videnskabelige uvished, som omgærder sygdommen og dens konsekvenser, er det i løbet af kort tid en sag, som kræver politisk stillingtagen. Andre aspekter af udviklingen bidrager yderligere til at løfte covid-19 op på et niveau, der forudsætter politisk stillingtagen og afvejning. Bliver samfundet ramt af en alvorlig pandemi som covid-19, har det sociale og økonomiske konsekvenser, uanset hvordan og hvor hårdt man griber ind for at håndtere den. Alt efter hvilke valg der bliver truffet i indsatsen mod covid-19, er der dernæst problemer af retlig karakter, hvor spørgsmålet er, hvad myndighederne har hjemmel til, herunder også, hvor langt de kan gå uden at krænke de grundlovsmæssige rammer og grundlæggende retsstatslige principper.

Tilsammen indebærer det afvejninger af mange forskellige forhold over for hinanden – afvejninger, som må tages op til fornyet overvejelse, når og hvis situationen skifter. Sådanne afvejninger er i sidste ende en politisk opgave.

Politisk og faglig rådgivning af ministre og regering

Beslutningernes politiske karakter forudsætter rådgivning. I centraladministrationen er det departementerne, der rådgiver regeringen og dens ministre. Departementerne kan selv formulere rådene, men deres ledelse og medarbejdere har ikke dybere faglig, f.eks. sundhedsfaglig, indsigt, i de problemer, hvorom der skal træffes en politisk beslutning. I deres rådgivning indgår derfor en formidling af den faglige rådgivning, som departementerne modtager fra og ofte vil have rekvireret hos ministeriernes styrelser; i Sundheds- og Ældreministeriets tilfælde navnlig Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og Statens Serum Institut.

Selv de specialiserede sundhedsmyndigheder på styrelsesniveau råder som udgangspunkt kun over en generel sundhedsfaglig viden. Det samme var tilfældet for deres fagfæller i andre lande. Det er først efterhånden i forløbet, at sundhedsmyndighederne og den medicinske og mikrobiologiske forskning gradvis får opbygget en specifik indsigt i covid-19's karakter og konsekvenser.

Departementet skal både vurdere kvaliteten og relevansen af den faglige rådgivning og holde den op imod andre sider af beslutningssituationen og imod de politiske tilkendegivelser, som regeringen og ministeren har givet udtryk for. Det er altså ikke sådan, at departementet i sin rådgivning af ministeren og i sit bidrag til rådgivning af regeringen alene skal holde sig til den faglige rådgivning, som de faglige styrelser har bidraget med. Derimod er der en forventning til departementet om loyalt at formidle faglige vurderinger videre til ministeren og i givet fald regeringen.

Det danske regeringssystem bygger på kombinationen af ministerstyre, hvor ministrene er politiske forvaltningschefer, og parlamentarisme, hvor regeringen og ministrene er politisk ansvarlige over for Folketinget. Ministeriernes embedsmænd i departementer og styrelser er underlagt ministrenes politiske ledelse, og de står ikke til ansvar over for andre institutioner. Folketinget må derfor holde sig til ministrene, hvis det som led i lovgivningsarbejdet og den parlamentariske kontrol søger oplysninger om et bestemt sagskompleks, og hvis det ønsker at gøre et politisk ansvar gældende over for regeringen og dens enkelte ministre. Det er en væsentlig præmis for vurderingen af regeringens og de administrative myndigheders håndtering af covid-19-krisen.

Danske myndigheders håndtering af covid-19 i januar-april 2020

Danske myndigheders håndtering af covid-19 i vinteren og foråret 2020 løber gennem tre faser. Den første fase (indtil den 26. februar 2020) er baseret på en systematisk overvågning og i sidste del af fasen smitteopsporing blandt hjemvendte fra særligt udpegede risikoområder.

I anden fase (den 27. februar til den 10. marts 2020) er covid-19 nået Europa, og specielt situationen i Italien vækker bekymring. Den 27. februar 2020 diagnosticerer man den første danske patient med covid-19. Samtidig rykker covid-19 op på toppen af regeringens og myndighedernes dagsorden. Udredningsgruppen konstaterer, at regeringen og myndighederne erkender situationens alvor og dens handlingskrævende karakter. Regeringens konklusion er, at det er klogt at sætte tidligt ind, men det er først i den tredje fase, at man for alvor sætter handling bag. I den anden fase opruster man til gengæld kraftigt den organisatoriske kapacitet til håndtering af covid-19, og regeringen igangsætter de første forberedelser til økonomiske hjælpepakker.

Tredje fase starter den 11. marts 2020, hvor statsministeren bebuder en delvis nedlukning af landet. Myndighederne erstatter hermed en relativt kortvarig inddæmningsstrategi med en afbødningsstrategi, hvis sigte er at begrænse og forsinke smittens spredning. Det sker bl.a. med det formål at undgå et sammenbrud inden for sygehusvæsenet, hvor der er en begrænset fysisk og mandskabsmæssig kapacitet inden for specielt det infektionsmedicinske område og tillige et begrænset antal intensivsengepladser og respiratorer. Samtidig lancerer regeringen de første økonomiske hjælpepakker.

Som det er vist i tabel 2.1, udvikler håndteringen af covid-19 sig gennem de tre faser fra at være en ressortsag for Sundheds- og Ældreministeriet til at være et omfattende sagskompleks, som involverer mange ministerier. I den første fase er der klar myndighedsopmærksomhed på covid-19 og dens spredning. Det sker inden for rammerne af den normale tilrettelæggelse af regeringsarbejdet og ministeriernes departement-styrelse-organisering. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, som er tillagt ansvaret for overvågningen, følger situationen

og rapporterer dens udvikling. Sundhedsstyrelsen informerer også internt i sundhedsvæsenet gennem retningslinjer for, hvordan specielt sygehusene skal forholde sig. Sundheds- og Ældreministeriet, som løser de departementale opgaver på feltet, følger situationen på et mere overordnet niveau.

Statsministeriet er dog meget tidligt engageret i covid-19-håndteringen. Internt i Statsministeriet er der allerede i januar opmærksomhed på, at en potentielt meget risikabel udvikling kan være undervejs, og ministeriets departementschef udfordrer tidligt sundhedsmyndighedernes mere optimistiske vurdering af situationen. Sundhedsmyndighedernes vurdering er i første fase, at risikoen for smittespredning til Danmark er lav, og at covid-19 vil have få mindre alvorlige konsekvenser for Danmark.

Tabel 2.1. Håndteringen af covid-19-krisen i vinteren og foråret 2020

Covid-19-krisens faser	Hoved-aktørerne	Organisering	Koordination	Overordnet strategi	Covid-19-situationen	Inddragelse af Folketinget
Fase 1 31. december 2019- 26. februar 2020	SST SSI SUM	Normal regerings- og ministeriel organisering.	STM SST	Overvågning – internationalt og nationalt.	Begrænset global smittespredning. Forventning: få og mindre alvorlige konsekvenser for Danmark.	Nej.
Fase 2 27. februar- 10. marts 2020	STM JM EM SUM SST SSI FM UM	Covid-19-organisation bygges op. Funktionsdygtig inden for få dage.	STM + regeringen JM AC-gruppen NOST+ IOS EM	Inddæmning – opsporing og isolation. Forberedelse af hjælpepakker.	Covid-19 når Europa. Vurdering: Situationen er handlingskrævende, men delvis divergerende opfattelser af, hvad den rette indsats er.	Nej.
Fase 3 11. marts-midten af april 2020	STM JM EM SUM SSI SST FM UM	Covid-19-organisation danner rammen for krisestyring.	STM + regeringen JM AC-gruppen NOST+ IOS EM	Nedlukning, afbødning og genåbning kombineret med økonomiske hjælpepakker.	Efter nedlukningen falder smittetal, og gradvis genåbning forberedes og forhandles.	I forbindelse med hastelovgivning, hjælpepakker og genåbning.

Overgangen til anden fase indebærer ikke blot et strategiskift fra overvågning til inddæmning. Man iværksætter nu en række foranstaltninger, som bliver bærende for håndteringen af covid-19 gennem hele forløbet. For det første sker der en udvidelse af aktørkredsen. Statsministeriet træder mere tydeligt ind i en central koordinerende og initiativtagende rolle. Sundheds- og Ældreministeriets departement kommer som forventet også til at spille en aktiv rolle.

Krisens internationale karakter kombineret med vanskeligheder med at samle og sikre information om udviklingen i andre lande indebærer yderligere, at Udenrigsministeriet og de danske ambassader i udlandet får tildelt en væsentlig rolle. Endelig får Justitsministeriet tildelt opgaven med at samle trådene mellem de forskellige grene af centraladministrationen.

I anden fase sætter regeringen og Statsministeriet den særlige covid-19-organisation op. Det indebærer for det første en aktivering af Den Nationale Operative Stab (NOST), der er det nationale koordinationsforum i krisesituationer og placeret i Rigspolitiets regi med repræsentation af alle myndighedsgrene. Det indebærer også hurtigt etableringen af det, der bliver kaldt NOST+, en snæver koordinationsgruppe, som får til opgave at koordinere den operative indsats i forhold til covid-19 og at fungere som forbindelsesled til Justitsministeriet og AC-gruppen.

AC-gruppen er en tværministeriel ad hoc-gruppe sammensat af én eller flere afdelingschefer fra departementerne i en bred kreds af ministerier. Formanden er en afdelingschef i Justitsministeriet. AC-gruppen bliver det forum, hvorigennem ministerierne samarbejder og leverer på de bestillinger, der tilgår dem i forbindelse med forberedelsen af de mange politiske og administrative tiltag, som bliver iværksat fra månedsskiftet februar/marts 2020 og i løbet af foråret. Erhvervsministeriet får i øvrigt allerede på dette tidspunkt en koordinerende opgave med hensyn til forberedelse af økonomiske hjælpepakker, som grundlæggende svarer til Justitsministeriets rolle i forhold til den direkte covid-19-indsats.

Fra og med den anden fase er der tydeligvis tale om en meget omfattende politisk og administrativ indsats. Den involverer mange forskellige myndigheder og rådgivning af såvel sundhedsfaglig som departemental karakter. Det er i denne fase fortsat sådan, at der hersker betydelig usikkerhed med hensyn til karakteren, alvoren og konsekvenserne af covid-19. Hvor de sundhedsfaglige vurderinger hos Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut i den første fase var sammenfaldende, om end præget af stor usikkerhed, ser man i den anden fase tegn på indbyrdes divergerende vurderinger mellem de to myndigheder, med hensyn til hvordan og i hvilket omfang man skal sætte ind over for covid-19, og hvilke afvejninger man i denne sammenhæng bør foretage.

I den anden fase er kriseindsatsen således klart et regeringsanliggende. Den er dermed politisk drevet og rettet mod såvel sundhedskrisen som dens økonomiske følgevirkninger. Folketinget er ikke inddraget i overvejelserne, om end sundheds- og ældreministeren får enkelte spørgsmål fra Sundhedsudvalget i Folketinget.

Den tredje fase står primært som nedluknings-fasen med bl.a. hjemsendelse af størstedelen af offentligt ansatte, lukning af restauranter, butikker og kulturliv, forbud mod større forsamlinger og udskydelse af en række aktiviteter i sundhedsvæsenet. Håndteringen af covid-19 sker inden for rammerne af den særlige covid-19-organisering beskrevet ovenfor. Den danner nu den institutionelle ramme om det meget hektiske forløb, hvor ministerierne inden for få dage forbereder en omfattende hastelovgivning, herunder en vidtgående revision af epidemiloven, og i forlængelse heraf et meget stort antal bekendtgørelser, der udmønter de bemyndigelser, som er indsat i epidemiloven og i de andre love, som tilsammen udgør covid-19-lovpakken. I de samme dage forbereder ministerierne også de økonomiske hjælpepakker. Det hele sker, så tiltagene kan træde i kraft endnu i marts 2020.

Der er en glidende overgang til den gradvise genåbning. Den bliver annonceret og politisk aftalt, da smittetallet og antallet af indlæggelser falder fra og med månedsskiftet marts/april 2020. Det er samtidig ved overgangen fra delvis nedlukning til gradvis genåbning, at der bliver sat ind for at intensivere testningen og covid-19-test på sygehusene (sundhedssporet) bliver udvidet med etableringen af TestCenter Danmark under Statens Serum Institut (samfundssporet).

Folketinget bliver først aktivt inddraget i håndteringen af covid-19 fra og med den 12. marts 2020. Inddragelsen er nødvendig, da indsatsen kræver lovgivning og bevillingsmæssig hjemmel til at afholde de afledte udgifter. De tiltag, der forudsætter lovgivning, bliver efter statsministerens anmodning til Folketingets formand behandlet som hastelovforslag. Tilsvarende bliver de mange aktstykker, som skal sikre bevillingsmæssig hjemmel for udgifterne til finansiering af først og fremmest de økonomiske hjælpepakker, behandlet meget hurtigt i Folketingets Finansudvalg. Regeringen får i alle tilfælde bred, som oftest enstemmig, tilslutning til de enkelte lovgivningsmæssige og økonomiske tiltag. Der opstår dog nu diskussion om Folketingets rolle og vilkårene for parlamentarisk overvågning og kontrol. I løbet af den tredje fase er der også tilløb til et skifte i regeringens inddragelse af Folketinget. Hvor statsministeren først orienterer partilederne om fremsættelsen af en række hastelove, umiddelbart før det sker, er der en vis forudgående inddragelse af partierne omkring de økonomiske hjælpepakker og fastlæggelsen af takten for og omfanget af den gradvise genåbning.

Udredningsgruppens vurderinger

Udvalget for Forretningsordenen har i beretning nr. 4 af 23. juni 2020 fastlagt udredningsgruppens opgaver. Med afsæt heri sammenfatter dette afsnit udredningsgruppens vurderinger af håndteringen af covid-19. Det sker tematisk. For hvert af de fem temaer er der stillet tre spørgsmål. De fulde svar herpå fremgår af kapitel 17, som også tema for tema præciserer rammerne for besvarelsen af spørgsmålene. Svarene er sammenfattet nedenfor.

Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19

Modtager regeringen omstændighederne taget i betragtning en tilstrækkelig kvalificeret rådgivning med hensyn til de sundheds- og samfundsmæssige konsekvenser?

Sundhedsmyndighederne modtager igennem hele det forløb, som rapporten dækker, en efterspørgsel på sundhedsfaglig rådgivning. Efterspørgslen kan som oftest føres tilbage til Statsministeriet. Efterspørgslen kommer typisk til udtryk ved, at der afgives en bestilling til Sundheds- og Ældreministeriet, som herefter videreformidler bestillingen til som hovedregel Sundhedsstyrelsen. En væsentlig del af den sundhedsfaglige rådgivning leveres i de notater, der tilbagesendes som svar på bestillingerne. Dertil kommer de vurderinger, der formidles i de daglige opdateringer, som Sundhedsstyrelsen udarbejder fra og med slutningen af januar, og som delvis bygger på risikovurderinger fra Statens Serum Institut. Endelig indgår der igennem hele perioden fagligt baserede råd og vurderinger i de mange e-mail, styrelserne udveksler med Sundheds- og Ældreministeriets departement, og på de møder, der afholdes på tværs af ministerier med deltagelse af både ministre, departementschefer og repræsentanter for Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Hvad der bliver sagt på disse møder, og hvad der bliver givet af anden mundtlig rådgivning,

kan udredningsgruppen ikke afdække på det skriftlige grundlag, som er udleveret til den.

Vurderingen er, at rådgivning fra de sundhedsfaglige myndigheder er både efterspurgt og leveret. Videre er det udredningsgruppens vurdering, at de i forhold til covid-19-håndteringen to centrale rådgivende myndigheder på sundhedsområdet, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, i høj grad har tilstræbt at levere en rådgivning, som i videst muligt omfang er i overensstemmelse med relevant tilgængelig viden om epidemiens udvikling. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut har i den forbindelse især støttet sig til de udmeldinger og anbefalinger, der undervejs kommer fra WHO og ECDC. Først fra og med den 10. marts 2020 bliver Sundhedsstyrelsens retningslinjer for håndtering af covid-19 fremlagt i den nyetablerede faglige covid-19-arbejdsgruppe, som har deltagelse af relevante faglige eksperter fra universiteter og sygehuse. Udredningsgruppen bemærker, at der ikke bliver formuleret en klar og udtrykkelig opgavebeskrivelse for gruppen.

Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut har desuden i betydelig grad baseret rådgivningen på viden fra tidligere influenzaepidemier og taget afsæt i de pandemiplaner, som er udarbejdet før covid-19 krisen. Sundhedsstyrelsen trækker i sine anbefalinger og indsatser bl.a. på de anvisninger, der ligger i planen for pandemisk influenza fra 2013. Man skulle således i håndteringen af covid-19 ikke starte på bar bund. Svagheden er omvendt, at Sundhedsstyrelsen og til dels Statens Serum Institut derved tager afsæt i en sygdomsforståelse, som ikke er dækkende for den nye sygdom.

Der er i forløbet fra januar til april efterspurgt og givet sundhedsfaglige vurderinger og råd, og udredningsgruppens vurdering er, at rådene er udarbejdet med omhu, tidspresset og den store usikkerhed taget i betragtning.

På trods heraf er der begrænsninger ved den sundhedsfaglige rådgivning, som er vigtige i et læringsøjemed. Sundhedsmyndighederne og dermed også Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut er og bliver en integreret del af centraladministrationen og dermed det politisk-administrative system. Rådgivningen havde ikke nødvendigvis været bedre, hvis den var givet af mere uafhængige myndigheder. Uafhængige eksperter kæmpede og kæmper stadig med at forstå covid-19. Ligeledes er der ikke grundlag for at konkludere, at den faglige rådgivning, der er leveret, har været underlagt stærk politisk styring. I det forløb, der afdækkes i denne rapport, er der adskillige eksempler på, at især Sundhedsstyrelsen over for regeringen og ministrene gør opmærksom på manglende faglig støtte til regeringens tiltag. Det er helt i overensstemmelse med kravene til den faglige rådgivning af regeringen og ministrene.

Styrelsens og instituttets integration i det politisk-administrative system viser sig snarere ved, at deres rådgivning ofte fremstår som en skønsom blanding af vidensbaserede, praktiske og driftsmæssige hensyn. For Sundhedsstyrelsens vedkommende kommer det eksempelvis til udtryk, ved at styrelsen undervejs er tilbageholdende med at ændre vurderinger og anbefalinger. En sådan tilbageholdenhed kan alt andet lige være fornuftig i forhold til ikke at miste troværdighed og opbakning i det sundhedsfaglige bagland, og i lyset af at ethvert kursskifte kan give betydelige problemer i de udførende led i sundhedsvæsenet. Men det gør det svært for regeringen og omgivelserne at vurdere, på hvilket grundlag der rådgives.

Tilsvarende gælder Statens Serum Institut. Instituttets arbejde med landelisten, som registrerer information om covid-19-status i en

række lande, er præget af tilsvarende pragmatiske hensyn. Instituttet er i begyndelsen af marts nølende over for en væsentlig udvidelse af antallet af risikoområder, som på det tidspunkt vil være praktisk umulig at administrere, og som vil sætte inddæmningsstrategien under pres. Sidstnævnte er formodentlig en korrekt vurdering, men instituttets opgave i situationen er at give en nøgtern vurdering af den smitterisiko, der er forbundet med at rejse til andre lande. Om denne risikovurdering betyder, at der skulle bruges langt flere ressourcer på inddæmningsstrategien, må være op til regeringen eller andre myndigheder at tage stilling til.

De internationale organisationer WHO og ECDC, som de danske sundhedsmyndigheder i meget høj grad orienterer sig efter, er i øvrigt hver især vævet ind i mange forskellige interesser. Derfor yder de en sundhedsfaglig rådgivning, hvori der ved siden af sundhedsvidenskabelig viden indgår praktiske, økonomiske og politiske hensyn. Den parallelle inddragelse af mange forskellige hensyn gør ikke i sig selv rådgivningen dårligere. De mange hensyn gør det bare vanskeligt for regeringen og omgivelserne at vide, hvornår de leverede råd bygger på det ene eller det andet hensyn, og hvordan disse hensyn er vægtet i forhold til hinanden.

I det lys gavner det kvaliteten af beslutningsgrundlaget og dermed kvaliteten af beslutningerne, hvis beslutningstagerne søger information fra en bred vifte af kilder. Det er netop, hvad regeringen med Statsministeriet som den drivende kraft gør. Tidligt i forløbet udfordrer Statsministeriet med departementschefen i spidsen Sundhedsstyrelsens normale monopol på sundhedsfaglig rådgivning af regeringen. I løbet af februar udbygges og systematiseres indsamlingen af alternativ information i kraft af ambassadeindberetningerne fra en lang række især europæiske og asiatiske lande.

Det er udredningsgruppens klare indtryk, at regeringen og Statsministeriet i tidsrummet fra årsskiftet til og med marts 2020 har et meget stærkt fokus på de folkesundhedsmæssige konsekvenser af covid-19. Rådgivning om krisens og krisetiltagenes bredere samfundsmæssige konsekvenser, herunder deres økonomiske konsekvenser og de retlige problemstillinger, som med de meget stærke indgreb opstår, er i mindre grad genstand for opmærksomhed. Det er også sådan, at regeringen samtidig med de første aktive tiltag til inddæmning og siden afbødning af epidemien indleder arbejdet med at forberede og forhandle de store økonomiske hjælpepakker. Det ligger imidlertid i regeringens klare forsigtighedsprincip (se nedenfor), at hensynet til folkesundheden har førsteprioritet, og hjælpepakkerne fremstår i denne situation som den nødvendige følgeforanstaltning og følgeomkostning ved den valgte og klart prioriterede strategi. Det er efter udredningsgruppens vurdering baggrunden for, at regeringen først i maj måned nedsætter en økonomisk ekspertgruppe, som skal vurdere de økonomiske aspekter af den valgte strategi.

Hvordan og i hvilket omfang inddrager regeringen den sundhedsfaglige rådgivning i sine beslutninger, og hvordan kommunikerer den det beslutningsgrundlag, som den påberåber sig, til Folketinget og offentligheden?
Det er udredningsgruppens klare vurdering, at man i regeringen og Statsministeriet ikke blot efterspørger rådgivning fra sundhedsmyndighederne, men også inddrager den rådgivning, man modtager herfra, i beslutningsprocessen. Man er blot på afgørende punkter uenig i den retning, som i den første fase af forløbet bliver udstukket af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Statens Serum Institut.

Regeringen formulerer tidligt et forsigtighedsprincip, som myndighederne skal kommunikere ud fra og handle efter. Der er her en parallel til

miljølovgivningen, hvor et forsigtighedsprincip er styrende for beslutningerne i sammenhænge, hvor der hersker videnskabelig usikkerhed med hensyn til det problem, som man står over for. Regeringen vælger med henvisning til et forsigtighedsprincip at placere sig op ad de mest pessimistiske vurderinger og at indarbejde worst case-scenarier i sin planlægning og opbygning af beredskabet. Det er vurderinger udarbejdet på regeringens foranledning. Samtidig bliver den faglige rådgivning også tydeligt påberåbt af regeringen, da den på pressemøder over for offentligheden skridt for skridt bekendtgør sin politik.

Sundhedsstyrelsen fastholder heroverfor et proportionalitetsprincip. Som styrelsens direktør, Søren Brostrøm, formulerer det, må det indebære en afvejning af gevinsterne ved specifikke tiltag over for en vurdering af de konsekvenser, de har for såvel andre dele af sundhedsvæsenet som samfundet som helhed.

I praksis afhænger også afvejningen af proportionalitet af, hvor alvorligt man vurderer de enkelte alternativer, og det er efter udredningsgruppens vurdering en afvejning af grundlæggende politisk karakter, som man i et folkestyre i sidste ende må henlægge til folkevalgte politikere.

Intet i forløbet tyder på, at regeringen i sine tiltag og indgreb har afstået fra en proportionalitetsovervejelse. Man kunne have gennemført en langt mere vidtrækkende nedlukning af landet, hvis det alene handlede om at forhindre smittede og døde med covid-19. Omvendt er der heller ikke noget, der tyder på, at Sundhedsstyrelsen ikke har taget covid-19 særdeles alvorligt. Det er i den forbindelse værd at understrege, at Sundhedsstyrelsens manglende støtte til den delvise nedlukning den 11. marts 2020 primært knytter sig til nedlukningen af daginstitutioner, skoler og uddannelsesinstitutioner, herunder til, hvornår en nedlukning her bør komme på tale. Det er altså ikke en fundamental uenighed om, hvorvidt der på dette tidspunkt skal skrues ned for aktiviteten i samfundet.

Den uenighed, som hersker omkring dette væsentlige aspekt af den delvise nedlukning den 11. marts 2020, bliver imidlertid ikke kommunikeret klart til offentligheden på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020. Tværtimod bliver det på pressemødet af regeringen med statsministeren i spidsen fremstillet sådan, at nedlukningen af aktivitet i bl.a. daginstitutioner, skoler og uddannelsesinstitutioner sker på myndighedernes anbefaling. Den redegørelse for forløbet op til nedlukningen, som er givet i rapportens kapitel 9, giver ikke støtte til den formulering, som statsministeren bruger på pressemødet den 11. marts 2020. Tilsvarende bliver Sundhedsstyrelsens forbehold over for revisionen af epidemiloven ikke tydeligt nok videreformidlet til Folketinget i forbindelse med behandlingen af forslaget til første ændring af epidemiloven den 12. marts 2020 (jf. kapitel 10).

Udredningsgruppen har overvejet, om Sundhedsstyrelsens direktør med sin blotte tilstedeværelse på pressemødet den 11. marts 2020 og med sin deltagelse i en række andre covid-19-relaterede pressemøder er placeret i en position, hvor hans rolle som regeringens øverste sundhedsfaglige rådgiver bliver brugt som led i en politisk legitimeringsstrategi. Der er i det udleverede materiale flere eksempler på, at Sundhedsstyrelsens direktør har forsøgt at undslå sig deltagelse i regeringens pressemøder.

Det må efter udredningsgruppens vurdering i et system, der som det danske bygger på ministerstyre, nødvendigvis være sådan, at embedsmænd deltager på pressemøder, hvis de bliver bedt om det. Deres deltagelse på de

covid-19-relaterede pressemøder kan dog ikke tages som indtægt for, at de har anbefalet de tiltag, der meldes ud. De deltager på regeringens vegne.

Tilrettelægger regeringen håndteringen på en måde, som sikrer en effektiv, hensigtsmæssig og rettidig indsats over for covid-19-krisen?
De første faser af covid-19-håndteringen er kendetegnet ved stor usikkerhed i myndighedernes viden om sygdommen og et betydeligt tidspres. Der går knap 2 måneder, fra nyheden om smitteudbruddet i Kina når de danske sundhedsmyndigheder, til myndighederne registrerer første smittetilfælde.

Udredningsgruppen anerkender de svære betingelser. Tiden fra midten af januar og frem til slutningen af februar 2020 kunne efter udredningsgruppens vurdering imidlertid være brugt mere hensigtsmæssigt. Statsministeriet er allerede den 21. januar 2020 opmærksom på den nye sygdom og erkender pandemipotentialet. Det giver mulighed for en tidlig og koordineret indsats. Statsministeriet med departementschefen i spidsen handler med det samme på den alvor, hvormed man ser situationen, og får sendt bestillinger af sted til Sundheds- og Ældreministeriet. Det sker i en bestræbelse på at få ministeriet til at gøre mere, end Statsministeriet oplever sundhedsmyndighederne gør på tidspunktet.

På trods af tilløbet til tidlig indsats ender regeringen alligevel med det, som tager sig ud som en dramatisk redningsaktion forberedt og udført over ganske få døgn op til den 11.-12. marts 2020. Det rejser spørgsmålet, om de mange dag til dag-bestillinger var den mest hensigtsmæssige brug af sundhedsmyndighedernes rådgivning og ressourcer. Udredningen viser, at de mange bestillinger om stort og småt presser Sundhedsstyrelsen. Samtidig inviterer arbejdsformen ikke til refleksion og analyse, men snarere til genbrug og marginale tilpasninger på tværs af daglige notater. Rutineprægede reaktioner af denne art bliver således forudsætningen for, at Sundhedsstyrelsen kan leve op til de skrappe tidsfrister og idelige krav om opdateringer.

Tilsvarende er de hyppige, daglige statusopdateringer ikke nødvendigvis velegnede til at identificere tendenser og til at tegne et dækkende situationsbillede.

Endelig er der i de mange bestillinger, der udgår fra Statsministeriet, ikke nogen klar skelnen mellem væsentligt og mindre væsentligt. Det er bl.a. illustreret ved adskillige spørgsmål til sundhedsmyndighederne om placering af flyers, plakater og spritstandere m.v. i danske lufthavne. Det er udtryk for en tidlig detailkontrol og -styring af sundhedsmyndighedernes indsats. Det er svært at se, hvilken strategi der ligger bag, og det centraliserede og detailstyrende bestillingsregime bidrager efter udredningsgruppens vurdering ikke til at skabe en fælles forståelse af covid-19-situationen på tværs af regering og sundhedsmyndigheder.

Også Sundhedsstyrelsens forvaltning af sit mandat påkalder sig kritisk refleksion. Styrelsen konkluderer øjensynligt meget tidligt i forløbet, at det primære ansvar for at håndtere covid-19-situationen ligger hos styrelsen selv. Hvis man alene ser på den centrale rolle, som Sundhedsstyrelsen indtager i de gældende beredskabs- og pandemiplaner, der er udarbejdet for sundhedsområdet, er det ikke en helt skæv opfattelse. Det er blot ikke situationen, efterhånden som man opsamler viden om spredningen og alvorligheden af covid-19. Sundhedsstyrelsen synes her ganske længe at fastholde denne opfattelse af situationen, på trods af at krisen allerede i begyndelsen af februar udvikler sig til en højt prioriteret politisk

sag, der naturligt skal håndteres på regeringsniveau og på tværs af en række myndigheder. I modsat fald ville regeringen have placeret sig i en meget kritisabel situation over for Folketinget og offentligheden.

Sundhedsstyrelsen kunne formodentlig have fået et mere konstruktivt og frugtbart samspil med regeringen, Statsministeriet og andre myndigheder, hvis styrelsen tidligere i forløbet havde anerkendt, at håndteringen af covid-19 ikke primært er en sag for Sundhedsstyrelsen – og Statens Serum Institut – alene, men at styrelsen indgår i et større myndighedsapparat, hvis effektivitet i sammenhængen beror på evnen til samarbejde på tværs af myndighedsgrænser.

Den organisatoriske konsekvens af, at der i den første fase aldrig bliver skabt en fælles forståelse af covid-19-situationen, som har dækning hos såvel Statsministeriet som Sundhedsstyrelsen, bliver draget sidst i februar, hvor regeringen og Statsministeriet sætter den særlige covid-19-organisering op. Som redegjort for i næste afsnit, må denne organisatoriske ændring til dels ses som en reaktion på de divergerende vurderinger mellem især Statsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Ud over en voldsom opskalering af de administrative ressourcer i covid-19-håndteringen indebærer den særlige covid-19-organisering således, at Sundhedsstyrelsen ikke længere er den centrale aktør og drivkraft i processen. Sundhedsstyrelsen forbliver i den nye og midlertidige organisation det centrale bindeled til sundhedssektoren, ligesom regeringen og andre myndigheder fortsat efterspørger råd og vejledning fra styrelsen. Sundheds- og Ældreministeriet med departementschefen i spidsen får i løbet af udredningsperioden desuden en tiltagende vigtig rolle som bindeled mellem Sundhedsstyrelsen og regeringen/Statsministeriet.

Covid-19-håndteringens administrative organisering

Har centraladministrationen den fornødne kapacitet og den fornødne evne til at omstille kapaciteten, da den med kort varsel får til opgave at bidrage til håndtering af covid-19-krisen?

Ministerierne og deres styrelser bliver inden for ganske få dage stillet over for en ny og meget omfattende opgave. Krisens karakter og omfang hæver samtidig opgaven fra et administrativt rutine- og overvågningsniveau til et politisk regeringsniveau. Det stiller store krav. Ministerierne skal i løbet af få dage løse tunge opgaver i forbindelse med forberedelsen af ny lovgivning, udstedelsen af bekendtgørelser, forberedelsen af økonomiske hjælpepakker og tilrettelæggelsen af deres administration. De skal også servicere regeringen og dens ministre med bistand og rådgivning i relation til krisetiltag, som involverer et intenst og tidsmæssigt presset samspil med Folketinget.

Krisen er som udgangspunkt en sundhedskrise. Det gør, at Sundheds- og Ældreministeriet og dets styrelser står centralt i forløbet. Dette forløb udsætter fra slutningen af februar og i løbet af foråret hele ministeriet for et voldsomt arbejdspres. Udredningsgruppen konstaterer, at embedsmænd i departement og styrelser arbejder under et stort tidspres i et længere tidsrum, og at de i hvert fald på ledelsesniveau indgår i et tæt og tidsmæssigt presset samspil med især Justitsministeriet og Statsministeriet. Det samme gælder for især Sundhedsstyrelsen i forhold til det generelle kriseberedskab i regi af NOST.

Det er udredningsgruppens vurdering, at Sundheds- og Ældreministeriet mobiliserer ministeriets ressourcer, således at de bliver sat ind i håndteringen af covid-19. Det er imidlertid også udredningsgruppens vurdering, at der er spændinger mellem styrelsernes sundhedsfag-

lige rådgivning og den politiske rådgivning, som er departementets opgave. Udredningsgruppen ser det som en afledt konsekvens af samspillet mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Statsministeriet og beslutningsprocessen på regeringsniveau.

Sundheds- og Ældreministeriet er ikke og kunne ikke være bemandet med henblik på håndteringen af en sundhedskrise som den, der udvikler sig i slutningen af vinteren og det tidlige forår 2020. Der bliver derfor på regeringsniveau, sandsynligvis efter indstilling fra Statsministeriet, etableret en særlig covid-19-organisering. På departementalt niveau indebærer den tre tiltag:

1. Etableringen af AC-gruppen under Justitsministeriets formandskab.
2. Inddragelsen af Justitsministeriets departement i en koordinerende rolle i forhold til specielt udarbejdelsen af lovforslag og udmøntningen af bemyndigelserne i den vedtagne lovgivning.
3. Justitsministeriets praktiske bistand til specielt Sundheds- og Ældreministeriet i forbindelse med lovforberedelse og udmøntning af bemyndigelser i den reviderede lovgivning og i forbindelse med samspillet med Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg.

De tre tiltag sikrer i løbet af få dage en udvidelse af sagsbehandlingskapaciteten på det sundhedspolitiske område, hvad der demonstrerer en betydelig fleksibilitet i allokeringen af ressourcer på tværs af ministerierne. Det sker også ved ret enkle procedurer, hvis fokus er tværdepartemental koordination og en række tosidige samarbejder mellem ministerierne og særlig mellem Sundheds- og Ældreministeriets og Justitsministeriets departementer. Kortlægningen af arbejdsgangen indikerer, at samarbejdet på departementalt niveau i det tætte forløb foregår smidigt og uden alvorlige spændinger.

I forhold til forberedelsen af hjælpepakkerne er problemstillingen den samme. Den overordnede tilrettelæggelse har igen AC-gruppen som samordningsforum og knudepunkt i koordinationen. De departementale opgaver bliver løst inden for de samme knappe tidsfrister, som karakteriserer den sundhedsmæssige indsats. I stedet for Justitsministeriet optræder Erhvervsministeriets departement som tværgående koordinator af politikforberedelsen. Det sker i et tæt samarbejde med specielt Finansministeriet, som bl.a. varetager Finansministeriets opgave som overordnet bevillingsmyndighed forud for fagministrenes fremsendelse af aktstykker til Folketingets Finansudvalg.

Også i forbindelse med hjælpepakkerne er fleksibiliteten i den departementale indsats stor, og ministerierne lykkes igen med at etablere et smidigt samarbejde om opgaverne. Det er kun i forbindelse med de beslutninger, der ligeledes med kort varsel må træffes om administrationen af hjælpepakkerne, at man sporer spændinger. Det gælder særlig i forholdet mellem Kulturministeriet og Erhvervsministeriet. Den betydelige fleksibilitet i mobiliseringen af administrative ressourcer kommer desuden frem i den hurtige etablering af udlånsordninger, som åbner for udstationering af medarbejdere fra andre ministerier i administrativt belastede styrelser.

Den administrative forberedelse finder både for kriselovgivningen og hjælpepakkerne sted inden for rammer fastlagt politisk på regeringsniveau. Hvordan og hvornår det sker, kan udredningsgruppen ikke altid afdække helt præcist. Det gælder således for beslutningen om, at sundheds- og ældreministeren vil fremsætte et forslag til en vidtgående revision af epidemiloven, hvor det oprindelige oplæg fra Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen er en mere begrænset revision. Det

samme gælder regeringens beslutninger om de økonomiske rammer for hjælpepakkerne.

Der er imidlertid en grundlæggende forskel i Statsministeriets rolle i de to parallelle forløb. Når det gælder de sundhedsmæssige tiltag gennem nedlukningen og de lovgivningsmæssige foranstaltninger, der bliver taget for at sikre dens hjemmelsmæssige grundlag, er Statsministeriet en stærk og udfarende aktør.

Statsministeriet er som nævnt tidligt opmærksom på de risici, som covid-19 rummer for det danske samfund, og ministeriet udfordrer forløbet igennem sundhedsmyndighederne på deres faglige vurderinger og indstillinger. Ligeledes etablerer Statsministeriet sig som drivende kraft i den bestillingsdrevne organisering, der udvikler sig fra og med slutningen af februar.

Statsministeriet optræder yderligere som den opfølgende instans, der overvåger og kontrollerer andre ministeriers indsats. Det indebærer i forhold til Sundheds- og Ældreministeriet, at Statsministeriet involveres direkte i samspillet med især Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Det sætter Sundheds- og Ældreministeriets departement i en svær position, hvor det er placeret i et krydspres mellem Statsministeriets krav og især Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, som i fasen omkring nedlukningen ikke er helt på linje med hinanden i deres rådgivning om krisetiltagene.

Endelig kommer Statsministeriets stærke involvering frem gennem den centrale kontrol af al kommunikation til medierne og offentligheden, når det gælder covid-19-tiltagene.

Statsministeriet, hvis egen organisatoriske kapacitet er begrænset, kan kun påtage sig den beskrevne meget aktive og stærkt styrende rolle, fordi det lykkes med etableringen af AC-gruppen og med mobiliseringen af Justitsministeriets departement, således som det er beskrevet ovenfor. Rigtig meget peger i retning af AC-gruppen som det administrative knudepunkt i den tværministerielle forberedelse af de mange covid-19-tiltag.

Det aflaster i den sammenhæng også Statsministeriet og formentlig regeringen, at tilgangen er anderledes i forbindelse med forberedelsen af de økonomiske hjælpepakker. Løsningen er som nævnt også her baseret på placeringen af det overordnede koordinationsansvar hos ét af fagministerierne, i dette tilfælde Erhvervsministeriet i samvirke med Finansministeriet. Men til forskel fra de direkte covid-19-rettede tiltag, som i meget høj grad er underlagt statsministeriel samordning og kontrol, sker forberedelsen af hjælpepakkerne uden tilsvarende uophørlig intervention fra Statsministeriets side. Så vidt udredningsgruppen har kunnet afdække, indebærer det imidlertid ikke, at hjælpepakkerne er forberedt uden politisk autorisation fra regeringens side.

Forskellen på Statsministeriets rolle i de to parallelle forløb rejser spørgsmålet om, hvorvidt Statsministeriets stærke og centraliserede koordination og efterfølgende kontrol af covid-19-tiltagene har været nødvendig. Sammenligningen med forberedelsen af hjælpepakkerne indikerer ikke samarbejds- og effektivitetssvigt i den mere decentraliserede model, som regeringen her forlader sig på. Spørgsmålet er også, om der er noget, der i højere grad taler for en stærk centralisering i forbindelse med nedlukningen end på hjælpepakkernes område. Efter udredningsgruppens vurdering er det ikke entydigt, at denne del af covid-19 håndteringen krævede mere tæt kontrol og centralisering end hjælpepakkerne. Det synes derfor nærliggende, at regeringsarbejdet og den ministerielle forberedelse kunne befries for en del af det pres, som i perioden fra slutningen af februar og i løbet af marts kendetegner processen.

I den normale ministerielle arbejdstilrettelæggelse omkring forberedelsen af ny lovgivning, udmøntning af bemyndigelser i form af ministerielle bekendtgørelser og forberedelsen af udgiftskrævende tiltag er der indlagt en række arbejdsgange i form af institutionelle tjekmekanismer. Det gælder typisk i form af uformelle præhøringer, hvor det ansvarlige ministerium indhenter og modtager information og politiske og teknisk-administrative vurderinger fra eksterne organisationer, institutioner og myndigheder, og offentlige høringer, hvor ministerierne tilsvarende indhenter synspunkter og vurderinger fra eksterne interessenter, som ønsker at bidrage til processen. Høringer i disse to former er suspenderet under forberedelsen af covid-19-lovgivningen.

Det samme gælder forberedelsen af hjælpepakkerne. Det sker dog med den afgørende forskel, at hjælpepakkerne bliver forhandlet i en form for inviteret samspil mellem en række ministerier under Erhvervsministeriets koordination og erhvervslivets og arbejdsmarkedets hovedorganisationer. Disse forhandlinger foregår i lighed med andre dele af forberedelsen under stort tidspres.

Det er samtidig efter udredningsgruppens vurdering en ret ureguleret proces, som i praksis viser sig åben for fremsættelsen af ønsker om økonomisk bistand, uden at der i processen er indlagt egentlige prioriteringsmekanismer, f.eks. i form af en eller flere økonomiske og bevillingsmæssige rammer, som er fastlagt i form af udmeldinger fra regeringen. Tidspresset kombineret med den usikkerhed, som også økonomisk kendetegner krisen, gør, at Finansministeriet ikke udarbejder og næppe var i stand til at udarbejde fagøkonomiske analyser, som kunne understøtte processen. En sådan analyse bliver først tilvejebragt, da regeringen i maj 2020 rekvirerer rapporter fra et hold økonomer fra Aarhus Universitet. Udredningsgruppen tolker forløbet sådan, at opgaven politisk er hurtigt at sikre aftaler om økonomiske hjælpepakker med erhvervslivets og arbejdsmarkedets organisationer. Den er også, at ministerierne leverer på denne opgave som formuleret af regeringen.

Hvordan spiller centraladministrationens normalorganisation sammen med kriseberedskabet, og viser der sig uhensigtsmæssigheder i samspillet mellem dem og i samspillet med den særlige covid-19-organisering?
Rapporten sondrer mellem tre sider af den centrale administrations organisering. Der er normalorganisationen med dens ministerier og styrelser og etablerede procedurer for bistand til regeringen og ministeren. Der er dernæst det hvilende beredskab, som Rigspolitiet koordinerer i regi af NOST. Endelig er der den særlige covid-19-organisering, som bliver etableret i de første dage af marts 2020.

Det hvilende kriseberedskab bygger på et sektoransvarsprincip, hvor den eller de myndigheder, der i den daglige forvaltning har ansvaret for et givet opgaveområde, også har ansvaret, hvis der pludselig udbryder en krise på det ene eller det andet område. De kriser, der er tale om, og som man har erfaringer med, er typisk mere begrænsede og af kortere varighed. De kan dermed ikke fuldt ud sammenlignes med covid-19-krisen. Det er udredningsgruppens vurdering, at sektoransvarsprincippet generelt er hensigtsmæssigt, og at det fungerer hensigtsmæssigt under covid-19-krisen i vinteren og foråret 2020. Det sikrer en fleksibilitet i kriseindsatsen, som også er fornøden under covid-19-krisen. Krisens omfang og varighed indebærer dog situationsbestemte tilpasninger af princippet, hvad der efter udredningsgruppens vurdering ligger i det generelle koncept bag beredskabsplanlægningen.

Beredskabsorganisationen, inklusive NOST, tager sigte på samfundsmæssigt og tidsmæssigt mere begrænsede kriser. Den omfattende og langvarige sundhedskrise, som covid-19 udløser, rejser derfor spørgsmålet om en tilpasning af NOST til den særlige situation. Man vælger i denne situation efter et oplæg fra rigspolitichefen og beslutning på regeringsniveau at etablere NOST+, som er en ad hoc-gruppe med repræsentation af de mest berørte myndigheder. Rigspolitichefen udpeger en politidirektør til leder af gruppen. Opgaven for NOST+ bliver at koordinere kriseindsatsen, og gruppen kommer især til at spille en rolle i forbindelse med sikringen af forsyningen med værnemidler og i bestræbelserne på først at sikre og siden at udbygge en testkapacitet i henholdsvis et sundheds- og et samfundsspor. Lederen af NOST+ bliver samtidig bindeleddet mellem den operative krisestab og Justitsministeriet og AC-gruppen og kommer også i et vist omfang til at indgå i samspillet med Statsministeriet, der som nævnt er stærkt involveret i selve covid-19-håndteringen.

Det er udredningsgruppens vurdering, at såvel nedsættelsen af NOST+ som udpegningen af lederen af NOST+ til bindeled i forhold til beslutningsmiljøet på departementalt niveau bidrager positivt til, at man fra og med begyndelsen af marts kan sætte hurtigt ind i håndteringen af covid-19.

Det er samtidig udredningsgruppens vurdering, at den parallelle eksistens af både AC-gruppen på tværdepartementalt niveau og NOST og NOST+ på tværministerielt myndighedsniveau i unødig grad beslaglægger administrative ressourcer i de mest berørte ministerier. Problemet opstår, fordi både AC-gruppen, NOST og de enkelte ministerier og deres styrelser forbereder oplæg, der udgør grundlaget for beslutningstagen på regeringsniveau. Belastningen som følge af disse overlappende samordningsprocedurer rammer især Sundheds- og Ældreministeriet og ikke mindst Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen er Sundheds- og Ældreministeriets faste repræsentant i NOST, idet styrelsen har det overordnede ansvar for det nationale sundhedsberedskab. Som krisehåndteringen udvikler sig, har Sundhedsstyrelsen også en væsentlig arbejdsbelastning som konsekvens af bestillinger fra ministeriets departement, som i vidt omfang videreformidler rekvisitioner fra Statsministeriet til Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut og Styrelsen for Patientsikkerhed. Det tids- og arbejdspres, som er et vilkår for de forskellige myndigheder, er således ikke alene en konsekvens af objektive omstændigheder omkring epidemiens udvikling, men også af den måde, hvorpå man centralt detailstyrer indsatsen.

Hvilke sårbarheder og kilder til fejl er der indbygget i den måde, covid-19-håndteringen er organiseret på?

Den usikkerhed, som især i starten, men i praksis langt hen i kriseforløbet præger myndighedernes viden om covid-19 er naturligt nok en kilde til sårbarhed og usikkerhed i krisehåndteringen. Nøjagtig den samme usikkerhed knytter sig til vurderingen af de økonomiske og sociale konsekvenser af krisen. Myndighederne har i ingen af de to henseender noget solidt analytisk grundlag, hvorpå de kan bygge deres rådgivning af regeringen og ministrene. Det er det, som statsministeren efter udredningsgruppens vurdering med rette henleder opmærksomheden på, da hun på pressemødet den 10. marts 2020 siger:

> »Men jeg vil da gerne allerede nu sige, at jeg tror ikke på, vi kommer til at kigge ind i et forløb heller i den danske håndtering af corona, hvor vi ikke kommer til at begå fejl undervejs, og hvor der ikke ville være rig lejlighed til

> at diskutere det, fordi vi reagerer, og vi navigerer i en virkelighed, vi ikke 1) har prøvet før, og 2) som flytter sig eksplosivt hurtigt.«[1]

Så realistisk denne selverkendelse end er, er det i et læringsperspektiv vigtigt at identificere de sårbarheder og fejlkilder, som er indbygget i den måde, som ministerierne i vinteren og foråret håndterer covid-19-krisen på. Udredningsgruppen vil her pege på to forhold.

Det ene er, at tidspresset har været umådelig stort. Det skaber i sig selv en risiko for fejl og uhensigtsmæssigheder. At sådanne fejl og uhensigtsmæssigheder faktisk indtræffer, kommer bl.a. til udtryk ved de ganske mange revisioner, som finder sted efter vedtagelsen af den første hastelov den 12. marts 2020 og efter udmøntningen af lovgivningens mange bemyndigelser i form af bekendtgørelser. På tilsvarende måde skaber den hurtige etablering af en organisation, som kan forvalte hjælpepakkerne, risiko for fejl i udbetalingen, hvorfor opbygningen af et tilstrækkelig stærkt kontrolregime omkring de store udbetalinger er et problem. Udredningsgruppen er her opmærksom på betydningen af at handle hurtigt med de karakteristika, som covid-19 har, og opmærksom på, at tidspresset ikke tillader en mere grundig overvejelse af, hvad der skal ske nu og her, og hvad der kan afvente en senere og mere grundig forberedelse. Udredningsgruppen er imidlertid ikke overbevist om, at det tidspres, som gælder i dagene op til den 12. marts, har samme styrke senere i forløbet, f.eks. da regeringen den 26. marts 2020 fremsætter forslag til endnu en hastebehandlet revision af epidemiloven.

Det andet forhold knytter sig til den meget vidtgående centralisering, som præger specielt beslutningsforberedelsen af den sundhedsmæssige indsats over for covid-19. Selv om udredningsgruppen anerkender den positive rolle, som Statsministeriet i forløbet spiller som initiativtager og kritisk indpisker, er der en risiko for, at en så vidtgående centralisering, som omfatter alle faser af håndteringen, skaber flaskehalse og blokerer for bidrag til beslutningsforberedelsen, som kan styrke beslutningsgrundlaget. Udredningsgruppen undlader i denne sammenhæng ikke at henlede opmærksomheden på, at erfaringerne fra Norge og Tyskland ikke indikerer, at en håndtering i et mere decentraliseret regi i sig selv fører til en mindre effektiv håndtering.

Covid-19-håndteringens retlige aspekter

I hvilket omfang er der opmærksomhed på de problemer af retlig art, som knytter sig til den hastelovgivning, som regeringen fremlægger og Folketinget vedtager som led i håndteringen af covid-19?

Regeringen fremsætter i marts og april 2020 20 lovforslag som led i indsatsen over for covid-19. Forslagene behandles af Folketinget på ganske kort tid. Det er kun muligt, ved at Folketinget for hvert enkelt lovforslag fraviger de almindelige frister for behandling af lovforslag fastsat i Folketingets forretningsorden. Blandt lovforslagene er to revisioner af den gældende epidemilov.

Første revision af epidemiloven indeholder vidtrækkende bemyndigelser til især sundheds- og ældreministeren. Bemyndigelserne giver bl.a. adgang til at fravige anden lovgivning (stærk derogation), herunder til at fravige lovbestemte patientrettigheder, og til at foretage vidtgående indgreb i borgernes retsforhold, herunder også

1 Udskrift af pressemøde den 10. marts 2020, Statsministeriet.

i frihedsrettigheder. Der kan f.eks. gøres indgreb i forsamlings- og bevægelsesfriheden og erhvervsrettigheder ved forbud mod adgang til eller restriktioner på erhvervsdrivendes anvendelse af forretningslokaler. Endvidere fraviger bestemmelserne grundlæggende principper om individets selvbestemmelsesret i forbindelse med sygdomsbehandling og om individets fysiske integritet og privatlivets fred, f.eks. adgangen til tvangsbehandling og tvangsvaccination, jf. kapitel 12. Endelig kan ministeren efter loven overlade myndighedsopgaver til private aktører uden krav om, at de private aktører skal følge offentligretlige regler til sikring af borgernes retsbeskyttelse.

Forberedelsesproceduren indebærer med sikkerhed, at embedsmændene arbejder under et stærkt tidspres. Det bliver ikke mindre af, at ambitionsniveauet på et tidspunkt i marts 2020 hæves væsentligt i forhold til Sundheds- og Ældreministeriets oprindelige forslag til en revision af epidemiloven. Den pressede interne proces i de to ministerier betyder bl.a., at normale høringsprocedurer er fraveget.

Man er nok opmærksom på en række retlige problemstillinger i forbindelse med udarbejdelse af lovforslaget. Men man har ikke særligt fokus på problemstillinger i relation til retsbeskyttelse og retssikkerhed og på, at hjemmelskravet generelt er skærpet, når der er tale om så vidtgående indgreb, som det er tilfældet med ændringen af epidemiloven. Det er således udredningsgruppens vurdering, at der ikke er opmærksomhed på alle aspekter, der giver anledning til overvejelser af retlig karakter, herunder sammenhængen med almindelige regler på området. Dette gælder f.eks. de sundhedsretlige, jf. kapitel 6, og de almindelige forvaltningsretlige regler, jf. kapitel 12.

Det er endelig ud fra de kilder, som udredningsgruppen har haft til rådighed, vurderingen, at der i rådgivningen af regeringen ikke er fokus på at gøre ministrene opmærksom på de nævnte problemstillinger og på den fravigelse fra gængse lovgivningsmæssige standarder, som lovændringen er udtryk for. Det er dermed også uvist, i hvilket omfang man på regeringsniveau har været opmærksom på dem.

I hvilket omfang har covid-19-håndteringen konsekvenser for borgernes og virksomhedernes retssikkerhed?

Forårets reviderede epidemilov indeholder bemyndigelser til navnlig sundheds- og ældreministeren, der giver adgang til at iværksætte vidtgående indgreb i bestående rettigheder for borgerne, herunder til administrativt at fravige lovgivningen i form af stærk derogation, der er sjældent forekommende i dansk lovgivning.

Med lovens karakter af en rammelov med brede bemyndigelser til ministeren har borgerne kun i meget ringe omfang mulighed for at forudse og indrette sig på de foranstaltninger, som man administrativt måtte beslutte sig for at sætte i værk. Dermed rører forslaget ved helt grundlæggende principper om retssikkerhed og retsbeskyttelse over for offentlige myndigheder.

Det er udredningsgruppens vurdering, at epidemiloven og de ændringer, der foretages den 17. marts 2020, kun i meget begrænset omfang indeholder retssikkerhedsgarantier sammenlignet med, hvad der er almindeligt. Således er der ikke indarbejdet særlige procedureregler, som myndighederne skal følge forud for beslutning om og ved iværksættelse af foranstaltninger for at begrænse smittespredning, f.eks. i forbindelse med tvangsbehandling og tvangsindlæggelse. Tilsvarende er der ikke fastsat regler om en nem klageadgang, hvilket er en væsentlig retsgaranti til sikring af, at borgerne får den ret, der tilkommer dem.

Hvilke konsekvenser har den valgte håndtering af covid-19 for sikringen af, at de trufne beslutninger er retligt korrekte?
Kombinationen af de mange og omfattende lovændringer, de mange bemyndigelser i den nye lovgivning og den omfattende og hurtige udmøntning af bemyndigelserne i form af bekendtgørelser bidrager i sig selv til at skabe et usædvanligt tids- og arbejdspres i de ministerier, som sammen forbereder den covid-19-relaterede retlige regulering. Det skaber uundgåeligt en sårbarhed over for administrative fejl og uhensigtsmæssigheder.

Det slår også igennem i forhold til covid-19-håndteringens retlige aspekter. Som det er afdækket i kapitel 12, er sundheds- og ældreministerens beslutning af 28. februar 2020 om udvidelse af den hidtidige epidemilovs anvendelsesområde til at omfatte covid-19 næppe lovlig. Beslutningen er desuden uden retsvirkninger for borgerne, da den aldrig bliver kundgjort i Lovtidende.

Endvidere kan det fremhæves, at nedlukningen af den offentlige sektors myndigheder og institutioner også fører til en delvis nedlukning af domstolene. Domstolene nyder imidlertid en grundlovssikret uafhængighed, ligesom de administrativt er sikret en form for selvstyre, idet Domstolsstyrelsen, der refererer til en bestyrelse, ikke indgår i det ministerstyrede hierarki under Justitsministeriet. Domstolene har således adgang til selv at træffe beslutninger, som indebærer en delvis nedlukning.

Der kan imidlertid efter udredningsgruppens vurdering sættes spørgsmålstegn ved, om de meddelelser, som er tilgået de enkelte retter fra Domstolsstyrelsen, og som for nogles vedkommende er sket på foranledning af Justitsministeriets departement, harmonerer med domstolenes grundlovssikrede uafhængighed. Udredningsgruppen er her bekendt med, at en arbejdsgruppe nedsat af Domstolsstyrelsen den 4. december 2020 har afgivet en redegørelse om håndtering af fremtidige kriser af lignende karakter som covid-19-krisen. I en af arbejdsgruppens anbefalinger hedder det: »Krisestaben bør alene have besluttende kompetence inden for de områder, hvor Domstolsstyrelsen i dag kan træffe beslutninger. Herudover kan krisestaben komme med anbefalinger, opfordringer og vejledninger.«

Domstolsstyrelsen har efter udredningsgruppens vurdering med redegørelsen, som er tiltrådt af Domstolsstyrelsens bestyrelse, draget en relevant læring af forløbet i foråret 2020.

Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet

På hvilket grundlag vurderer man behovet for covid-19-relateret kapacitet i sundhedsvæsenet?
Regeringens vurdering af behovet for covid-19-relateret kapacitet på sygehusene bygger på en prognosemodel udfærdiget af Statens Serum Institut. En sådan model er nødvendig, idet der er brug for at forudsige et fremtidigt behov og planlægge derefter. Der udarbejdes dog tilsyneladende kun én prognose og foretages ikke følsomhedsanalyser. Prognosen er ovenikøbet en pessimistisk prognose baseret på et worst case-scenarie, hvor man ikke efterspørger en vurdering af sandsynligheden for et sådant scenarie. Prognosemodellen tager heller ikke højde for en mulig effekt af den nedlukning af samfundet, der begynder den 11. marts.

Der bliver således taget en række beslutninger undervejs, der øger sandsynligheden for, at den igangsatte aktivitetsreduktion vil blive uhensigtsmæssigt stor. Regeringen vælger ud fra et forsigtighedsprincip at styre efter en worst case-prognose, der bygger på epidemiens forventede udvikling, såfremt ingen afbødnings-

tiltag iværksættes, og såfremt ingen frivillige adfærdsændringer finder sted.

Der er i praksis en stor afvigelse mellem det faktiske behov for intensivkapacitet og den prognose, man styrer efter i de kritiske uger i marts måned. Prognosen afviger væsentligt fra det faktiske behov, idet behovet for covid-19-relateret kapacitet er markant lavere end forventet. Sygehusene er uden tvivl belastede i perioden, men behovet for intensivpladser med respirator overstiger aldrig på nationalt plan i væsentlig grad den eksisterende ledige kapacitet. Epidemien udvikler sig altså ikke så drastisk som forventet i prognoserne fra Statens Serum Institut.

I en efterfølgende vurdering fremstår det klart som uhensigtsmæssigt, at myndighederne træffer beslutninger, som lukker så stærkt ned for sygehusaktiviteten, når behovet viser sig ikke at have været der. Udredningsgruppen er i den sammenhæng fuldt opmærksom på, at beslutningen bliver taget under stor usikkerhed om epidemiens forløb, og at man i den sammenhæng politisk vælger at basere den på et forsigtighedsprincip.

Derfor kan man ikke sige, at beslutningen er forkert. Men man kan diskutere, om beslutningsgrundlaget i situationen er tilstrækkelig nuanceret, og om man forholder sig fuldt ud hensigtsmæssigt til usikkerheden, som knytter sig til beslutningen. Herudover er det udredningsgruppens vurdering, at beslutningsgrundlaget ikke i tilstrækkelig grad belyser de mulige omkostninger i form af konsekvenser for andre patientgrupper, der er knyttet til beslutningen om at lukke ned for aktiviteten på sygehusene.

I hvilket omfang inddrager man vurderinger af covid-19-indsatsens konsekvenser for andre patientgrupper under covid-19-krisen?
Der er i covid-19-håndteringen opmærksomhed på at minimere konsekvenserne for andre patientgrupper. Hensynet til andre patienter er dog tydeligvis sekundært til hensynet til covid-19-patienter, idet man i prognosemodellen ikke forsøger at handle efter så retvisende prognoser som muligt for derved at undgå at lukke mere ned for aktiviteten end nødvendigt.

I beslutningen om at sikre tilstrækkelig kapacitet til covid-19-patienter ligger nødvendigvis en prioriteringsøvelse. Der skal afvejes mellem risikoen for ikke at have tilstrækkelig kapacitet til covid-19-patienter og omfanget af reduktionen i adgangen til behandling for andre patientgrupper. Regeringens forsigtighedsprincip indebærer en stærk prioritering til fordel for at sikre adgang til behandling for covid-19-patienter. Der synes ikke i beslutningsprocessen at være fokus på at skalere eller time aktivitetsreduktionen under hensyntagen til andre patienter.

Regeringen vælger at iværksætte lukning af sygehusaktiviteterne allerede den 13. marts 2020. Det sker på trods af prognoser, der den 12. marts 2020 viser, at der kan oprettes de nødvendige covid-19-intensivpladser, selv om man venter til den 23. marts 2020 med nedlukning af sygehusenes normale aktiviteter. Samtidig bliver den elektive aktivitet først genoptaget efter påske, på trods af at man allerede den 26. marts 2020 erkender, at udviklingen ikke følger den prognose, som var lagt til grund for beslutningen. Det samlede forløb betyder en markant reduktion af aktiviteterne i sundhedsvæsenet i 3-4 uger.

Når efterspørgslen efter ydelser i sundhedsvæsenet falder, er det sandsynligvis delvis drevet af adfærdsændringer hos borgere kombineret med dispositioner truffet af de sundhedsprofessionelle i form af utilsigtede og uhensigtsmæssige reaktioner på myndighedernes beslutninger om aktivitetsreduktioner og deres kommunikation til såvel borgere som sundhedsprofessionelle. Ikke mindst i starten af epidemien er der ikke tilstrækkelig opmærksomhed på, at kontakt til almen praksis først og fremmest sker på initiativ af borgeren, og at borgerens oplevelse af situationen derfor er yderst vigtig. Der er sandsynligvis borgere, som i denne periode afholder sig fra at kontakte deres læge, fordi de ikke vil belaste sundhedsvæsenet, eller fordi de vil undgå smitte. Det kan betyde, at borgere, der bør tilses af en læge, ikke får den nødvendige behandling og udredning. Det er udredningsgruppens vurdering, at handlingsanvisninger vedrørende sygdom, der ikke relaterer sig til covid-19, er utilstrækkelige i denne første periode af pandemien.

Afspejler det beslutningsgrundlag, som man politisk påberåber sig i tilstrækkelig grad den information, der er til rådighed?
Når regeringen vælger at planlægge aktivitetsreduktionen i sundhedsvæsenet alene ud fra information om et worst case-scenarie og ikke inddrager andre mulige scenarier i det beslutningsgrundlag, som den påberåber sig, kan det tages som udtryk for, at man vælger at følge et udpræget forsigtighedsprincip. Udredningsgruppen finder det dog i den sammenhæng bemærkelsesværdigt, at regeringen tilsyneladende ikke udbeder sig vurdering af andre scenarier, på trods af at Statens Serum Institut kan levere det og aktivt tilbyder at gøre det. Der efterspørges heller ikke en konkret vurdering af sandsynligheden for worst case-scenariet stillet over for sandsynlighederne for andre, mere optimistiske og også mere realistiske scenarier.

Beslutningen om at lukke ned for sygehusaktiviteten i stor målestok synes heller ikke baseret på en mere nuanceret og grundig vurdering af, hvordan ikke-covid-19-patienter vil blive berørt i takt med en stigende aktivitetsreduktion. Der er tilsyneladende ikke foretaget overvejelser over forskellige modeller for aktivitetsreduktioner, hvad angår omfang og timing. Det er derfor udredningsgruppens vurdering, at regeringen ikke har truffet denne beslutning på et tilstrækkeligt fyldestgørende grundlag. Selv hvis der handles ud fra et forsigtighedsprincip, bør en sådan prioritering være velbegrundet og baseret på relevante afvejninger. Udredningsgruppen er i den sammenhæng opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning faktisk rejser disse problemstillinger.

Der er efter udredningsgruppens vurdering megen læring at udlede af det beslutningsgrundlag og de beslutningsprocesser, der fører frem til nedlukningen af sundhedsvæsenet i marts 2020. Det vigtigste budskab er, at myndighederne i deres rådgivning i fremtidige lignende situationer har øje for alle patienter, når en epidemi rammer. Heri ligger også, at de politiske beslutningstagere ikke anvender et forsigtighedsprincip på en måde, hvor de for det første udelukkende fokuserer på epidemiens patienter, men også viser opmærksomhed over for alle andre patienter, som måtte blive berørt. For det andet er det vigtigt, at politikerne ikke kun rekvirerer prognoser, som lægger op til at understøtte deres implementering af et forsigtighedsprincip til ulempe for udsatte patientgrupper, som indirekte bliver berørt af en nedlukning. Beslutningsgrundlaget bør derfor så vidt muligt eksplicitere det fulde sæt af mulige scenarier, dets konsekvenser og sandsynlighederne herfor.

Samspillet mellem regeringen og Folketinget under covid-19-krisen

Hvilke konsekvenser har fravigelsen fra normale lovgivningsprocedurer for det grundlag, som Folketinget tager stilling til lovforslagene på?

Fravigelser fra Folketingets normale procedurer i samme omfang som i marts og april 2020 er meget sjældne. Samtidig sker fravigelsen i foråret 2020 i en sag af vidtrækkende betydning. Den første ændring af epidemiloven fremsætter regeringen for Folketinget den 12. marts 2020, og det lovforslag får samme dag Folketingets enstemmige tilslutning. Den anden ændring af epidemiloven sker sidst i marts og her foreligger Folketingets enstemmige tilslutning inden for 6 dage.

Med hastebehandlingen fastholder man ikke den tidsmæssige adskillelse mellem de tre behandlinger af lovforslagene og mellem udvalgenes afgivelse af betænkning og Folketingets forhandling i plenum af lovforslaget og heller ikke kravet om, at der skal gå mindst 30 dage fra fremsættelse af et lovforslag til 3. behandling.

De tidsmæssige krav til lovgivningsproceduren er begrundet i, at Folketinget skal have den fornødne tid til at sætte sig ind i de lovforslag, som bliver fremsat. Det gælder ikke mindst i udvalgene. De stående udvalg i Folketinget har en vigtig opgave med gennemgang af lovforslagene, og de betænkninger, som udvalgene afgiver efter gennemgangen af hver enkelt lovforslag, rummer konklusionerne på udvalgets gennemgang af forslaget og partiernes stillingtagen til det. De opsummerer altså partiernes politiske vurderinger og er på den måde det centrale led i flertalsdannelsen forud for Folketingets afstemninger om hvert enkelt forslag.

Den umiddelbare konsekvens af hastelovgivningen er, at Folketinget og specielt partiernes medlemmer af det stående udvalg og deres ordførere har begrænset tid til at sætte sig ind i forslaget og vurdere det grundlag, som det bygger på såvel som dets forventede konsekvenser. Det gælder særlig, hvis det enkelte forslag indgår i en større pakke af forslag, hvis forslaget berører væsentlige retsprincipper, og hvis forslagets samfundsmæssige konsekvenser er vidtgående.

Den normale lovgivningsprocedure letter Folketingets arbejde på to måder. For det første vil Folketinget til sin rådighed have ikke bare ministerens lovforslag med bemærkninger, men også adgang til de betænkninger og rapporter, som måtte være gået forud for forberedelsen og fremsættelsen af lovforslaget. Det er ikke muligt ved fremsættelsen af regeringens forslag til hastelovgivning. For det andet har ministeren forud for fremsættelsen af lovforslag sendt forslaget i høring.

Der er ofte kritik af knappe høringsfrister. Det er ikke desto mindre sådan, at høringssvarene udgør et væsentligt supplerende grundlag for partiernes vurdering af et lovforslag. Det er således i høj grad høringssvarene, der inspirerer udvalgsmedlemmernes spørgsmål til ministeren i forbindelse med udvalgets gennemgang af lovforslaget, ligesom høringssvarene sammen med ministerens besvarelse af spørgsmål indgår i grundlaget for partiernes endelige stillingtagen.

I forbindelse med forberedelsen af hastelovspakkerne i marts 2020 suspenderer regeringen den normale høringsprocedure, som er forudsat i Justitsministeriets vejledning vedrørende lovkvalitet. Det er i situationen en logisk foranstaltning, men den bidrager i væsentligt omfang til forringelse af de vilkår, som Folketinget arbejder under ved behandlingen af lovpakken.

Fravigelsen fra den normale procedure har også på anden vis negative konsekvenser for Folketingets arbejde. Der bliver stillet mange spørgsmål, men fristerne for besvarelse er knappe, og ministeriernes kapacitet begrænset. På tilsvarende vis gennemfører Sundheds- og Ældreudvalget et samråd under udvalgsbehandlingen, men udvalget er inden for de stramme frister ikke i stand til at sikre et samspil mellem drøftelserne under samrådet og besvarelserne af de spørgsmål, som udvalget har stillet til skriftlig besvarelse. Resultatet er, at Folketinget må træffe sine beslutninger på et grundlag, som er afgørende forringet sammenlignet med forholdene under Folketingets normalprocedure.

Folketinget er ikke kun involveret i håndteringen af covid-19 som følge af hastelovgivningen. De økonomiske hjælpepakker til erhvervslivet og arbejdsmarkedet forudsætter indhentning af bevillingsmæssig hjemmel gennem ministrenes fremsendelse af aktstykkeansøgninger til Folketingets Finansudvalg. Der er også her i normalproceduren frister, som definerer den tid, der skal være mellem Finansudvalgets modtagelse af et aktstykke og det tidligste tidspunkt, hvorpå udvalget kan give sin tilslutning. Finansudvalget fraviger disse frister under behandlingen af de aktstykker, der fremsættes i marts og april 2020. Konsekvenserne er de samme som for lovproceduren, hvortil kommer, at antallet af aktstykker er meget stort, og at de hver for sig rummer ansøgninger om meget store tillægsbevillinger.

Udredningsgruppen anerkender, at der kan være behov for at fravige Folketingets normale procedurekrav med hensyn til antal behandlinger, udvalgsbehandling og tidsfrister. Men udredningsgruppen er i lyset af erfaringerne fra foråret 2020 ikke overbevist om, at tidspresset, der begrundede fravigelsen fra de normale procedurekrav, gør sig gældende med samme styrke, da man når frem til slutningen af marts 2020. Der må efter udredningsgruppens vurdering være overordentligt tvingende grunde til at afvige Folketingets normale procedurekrav.

I hvilket omfang og hvordan har fravigelserne fra de normale procedureforskrifter konsekvenser for lovgivningens kvalitet og demokratiske legitimitet?
Fravigelsen fra normalproceduren har efter udredningsgruppens vurdering konsekvenser for lovgivningens kvalitet. Det samme gælder for de aktstykkebevillinger, som Finansudvalget meddeler. Disse kilder til forringelse af lovkvaliteten hænger nøje sammen med hastetiltagenes demokratiske legitimitet. For udredningsgruppen handler det her om, i hvilket omfang borgerne oplever de besluttede og iværksatte tiltag som retmæssige og dermed som foranstaltninger, som de er indstillet på at efterleve.

For en første betragtning er problemet i den givne situation ikke stort. Det begrunder udredningsgruppen med, at regeringens lovforslag trods fravigelsen fra normale parlamentariske spilleregler opnår tilslutning fra et meget stort flertal i Folketinget, ja, ofte bliver vedtaget enstemmigt. Det samme gælder helt overvejende bevillingerne til finansiering af de økonomiske hjælpepakker. Udredningsgruppen finder tilsvarende støtte for denne vurdering i de målinger af danskernes accept af covid-19-tiltagene, som løbende er gennemført af det såkaldte HOPE-projekt. Målingerne viser imidlertid også, at tilslutningen ikke nødvendigvis er given, og at der kan opstå et legitimitetsproblem i den forstand, dette er defineret ovenfor.

Udredningsgruppen vurderer endelig, at der i udformningen af hastelovgivningen og specielt den helt centrale epidemilov ligger kimen til et alvorligt demokratisk legitimitetsproblem. Problemet opstår på fire måder, selv om indføjelsen af en solnedgangsklausul i lovgivningen, der

indebærer, at loven ophæves den 1. marts 2021, i et vist omfang modererer det.

For det første er lovgivningen en rammelovgivning med mange og vidtrækkende bemyndigelser til ministrene. Bemyndigelserne er vide, hvilket betyder, at ministeren kan fastsætte regler, som ikke har været igennem parlamentarisk behandling. I et repræsentativt folkestyre savner disse administrative regler dermed den processuelle legitimitet, som man tillægger formel lovgivning.

For det andet giver bemyndigelserne den ansvarlige minister adgang til at udstede bekendtgørelser, som er indgribende i forhold til borgernes friheder og rettigheder, hvad der ud fra normale demokratiske og retlige standarder skærper hjemmelskravet.

For det tredje indebærer de vidtgående bemyndigelser sammen med ministrenes meget hurtige – og forudsatte – udnyttelse af dem, at man ikke gør brug af høringer og tilsvarende uformelle inddragelser af berørte grupper, hvad der i praksis kan kompensere for en del af det tab af demokratisk legitimitet, der ligger i fravigelsen fra normale lovgivningsprocedurer.

For det fjerde skaber den hurtige procedure, som dispensationen fra den normale lovgivningsprocedure i Folketinget åbner for, en risiko for, at der sker fejl, som ikke får opmærksomhed, før forslaget er vedtaget. Det samme gælder den hurtige udnyttelse af de bemyndigelser, der indgår i lovgivningen. Udredningsgruppen har rapporten igennem vist, hvordan sådanne fejl, mere eller mindre alvorlige, opstår hen igennem foråret, og hvordan de fører til kritik og hyppige fejlrettelser. Det er vurderingen, at sådanne kvalitetssvigt på det lange sigt risikere at bidrage til undergravning af tiltagenes demokratiske legitimitet i borgernes øjne.

I hvilket omfang kompenserer den politiske følgegruppe for fravigelsen fra Folketingets normale procedurer for parlamentarisk kontrol?

Folketinget er under behandlingen af de to forslag til ændringer af epidemiloven henholdsvis den 12. marts og den 26. marts til den 3. april 2020 på mange måder opmærksom på de problemer, der er trukket frem ovenfor. Det fører først til en aftale mellem regeringen og de politiske partier om nedsættelsen af en politisk følgegruppe bestående af samtlige partiers sundhedsordførere, dernæst til et løfte fra regeringen om at konsultere partilederne forud for en eventuel udmøntning af bemyndigelsen til at fastsætte et forsamlingsforbud for helt ned til flere end tre personer.

I begge tiltag ligger en bestræbelse på at imødegå nogle af de alvorlige problemer, som udredningsgruppen har trukket frem i dette afsnit. Efter udredningsgruppens vurdering er der her især grund til at pege på følgegruppen.

Følgegruppen er en nydannelse. Det er, så vidt udredningsgruppen er bekendt, første gang en sådan følgegruppe bliver nedsat i forbindelse med vedtagelsen af lovforslag, som ikke er omfattet af forlig indgået mellem regeringen og et eller flere af Folketingets partier.

Det er i den sammenhæng iøjnefaldende, at følgegruppens mandat ikke er præcist formuleret, ligesom der ikke er fastlagt præcise, skriftlige procedurer for dens arbejde og for samspillet med ministeren. Den adskiller sig dermed fra Folketingets stående udvalg, som arbejder på grundlag af et sæt faste procedureregler. Heri ligger også, at følgegruppen ikke har adgang til sekretariatsbistand. Den er helt afhængig af den information, som tilgår den fra ministeren og ministeriets departement og styrelser.

Det er udredningsgruppens vurdering, baseret på samtaler med medlemmer af følgegruppen, at gruppen havde adgang til information, og at den uhindret kunne indhente information hos embedsfolk i de relevante styrelser. Det er imidlertid også udredningsgruppens vurdering, at følgegruppen er et forum for ministerens information af Folketinget og hverken for forelæggelse af og forhandling om f.eks. udmøntningen af bemyndigelserne i lovgivningen eller for en parlamentarisk kontrol, som kan supplere den kontrol, som foregår under almindelig del på Sundheds- og Ældreudvalgets dagsorden.

Udredningsgruppens vurdering er således, at følgegruppen i den periode, som udredningen dækker, yder et beskedent bidrag til at udbedre de demokratiske og parlamentariske mangler, der er en følge af hastelovsproceduren.

Udredningsgruppens anbefalinger og forslag

Udredningsgruppens anbefalinger og forslag i kapitel 18 bygger på fire grundlæggende antagelser. De trækker på den viden, som eksisterer, om, hvordan politiske og administrative institutioner fungerer, og i høj grad også på, hvad forudsætningerne for demokratisk-politisk styring og parlamentarisk kontrol er i en dansk sammenhæng.

Den første forudsætning knytter sig til betingelserne for effektiv demokratisk styring og kontrol. Udredningsgruppens afsæt er her værdien af, at den demokratiske kontrol, den være sig direkte eller indirekte, sætter ind, før de politiske og administrative beslutninger er truffet. I et læringsperspektiv er det således væsentligt, at man i lyset af erfaringerne fra covid-19-krisen dels udvikler procedurer, der i fremtidige krisesituationer sikrer mulighederne for forudgående parlamentarisk inddragelse og kontrol, dels etablerer rammer for det efterfølgende samspil mellem Folketinget og regeringen, der så godt som muligt kompenserer for det tab, der opstår, når procedurerne for forudgående parlamentarisk inddragelse og kontrol ikke lader sig benytte.

Den anden forudsætning er, at alvorlige kriser, sådan som covid-19 har været det, er præget af en betydelig vidensmæssig usikkerhed. Da krisen samtidig forudsætter hurtig handling, er der en risiko for, at der bliver truffet beslutninger, som viser sig forhastede. Den eneste måde, man kan kompensere for disse problemer på, er ved at sikre en betydelig åbenhed omkring beslutningsgrundlag og beslutningsproces. Det drejer sig derfor om at skabe de bedste vilkår for, at forskellige faglige vurderinger kommer frem, således at de kan indgå i både øjeblikkets hastebeslutningsproces og i den sideløbende og efterfølgende demokratiske proces.

Den tredje forudsætning, som ligger til grund for udredningsgruppens anbefalinger, er, at de skal være enkle, således at de hverken forudsætter store reorganiseringer, nye og omfattende regelsæt eller bevilling af merudgifter og mernormeringer af personale i en situation, hvor ingen kan overskue de langsigtede behov. Det er i den sammenhæng for det første antagelsen, at det snarere drejer sig om at udarbejde forslag, som umiddelbart er forenelige med den form for ministerstyre, som man kender i Danmark, og som grundlæggende er velfungerende. Det er for det andet antagelsen, at forslagene skal være forenelige med og understøtte parlamentarisk medinddragelse i beslutningsprocessen.

Den fjerde forudsætning følger af samspillet mellem vidensmæssig usikkerhed og presset for hurtige beslutninger. Udredningsgruppen lægger derfor med sine forslag vægt på, at det skal være tiltag, som lader sig realisere, uden at deres gennemførelse stiller urealistiske krav

til beslutningstagerne og deres rådgivere med hensyn til informationsindhentning og bearbejdning af information, som de under de givne betingelser er ude af stand til at honorere.

Den sundhedsfaglige rådgivning

Den sundhedsfaglige rådgivning er traditionelt indbygget i Sundheds- og Ældreministeriets organisation. Den er i den nuværende organisation forankret i forskellige styrelser med Sundhedsstyrelsen som den generelle sundhedsfaglige myndighed og med Statens Serum Institut som den institution, der i det danske infektionsberedskab er ansvarlig for overvågning af infektioner og beredskabsunderstøttende specialdiagnostik og referencefunktioner, som indgår i rådgivningen af sundhedsvæsen og myndigheder. Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed har tilsvarende opgaver med hensyn til rådgivningen om henholdsvis værnemidler og vacciner og om smitteopsporing. Intet i erfaringerne fra covid-19-håndteringen taler imod at opretholde denne flerstrengede organisation. Dens styrke har bl.a. vist sig, ved at der i forløbet er skabt åbenhed om de usikkerheder, som har været et vilkår for beslutningstagerne i kriseforløbet.

Udredningsgruppen peger dog på tre tiltag, som kan understøtte den sundhedsfaglige rådgivning af regeringen såvel som af Folketinget, hvis og når en ny sundhedskrise rammer landet:

Etablering af et permanent råd for iværksættelse af epidemi- og pandemitiltag

Udredningsgruppen noterer sig, at aftalen om en ny epidemilov mellem regeringen og de politiske partier af 18. december 2020 forudsætter oprettelsen af en national epidemikommission. Kommissionen skal afgive indstilling, før der kan udstedes regler efter de bemyndigelser, der indgår i den reviderede epidemilov, og som er underlagt parlamentarisk kontrol. Kommissionen skal kunne fremsætte forslag efter anmodning fra ministeren, efter anmodning fra det folketingsudvalg, som nedsættes i henhold til den reviderede epidemilov, og af egen drift. Den skal have en bred sammensætning af sagkundskab og interesserepræsentanter. Aftalen retter således op på en af svaghederne i covid-19-håndteringen i 2020, hvor der ikke eksisterede en formaliseret procedure for inddragelse af ekstern sagkundskab i rådgivningen.

Etablering af et eksternt sundhedsfagligt rådgivningspanel

Den nationale epidemikommission bidrager til at løse nogle af de problemer, som opstod i foråret 2020 i forbindelse med håndteringen af covid-19. Den er imidlertid fagligt og myndighedsmæssigt en meget bredt sammensat kommission. Det skaber en risiko for, at den ikke i tilstrækkelig grad er i stand til at udføre sine rådgivningsopgaver hurtigt og specifikt. Samtidig er det sådan, hvad covid-19-forløbet viser, at der i takt med indhentningen og opbygningen af sundhedsvidenskabelig viden skal tages stilling til meget specifikke problemstillinger, som kræver specialiseret indsigt. Da situationen under forløbet fortsat er præget af usikkerhed, kan man ikke alene forlade sig på den faglige kapacitet, som sundhedsmyndighederne selv er i besiddelse af. Der er behov for at trække på relevant sagkundskab fra sundhedsvæsenet og fra universiteterne. Der er ikke noget nyt heri. Det skete med etableringen af Sundhedsstyrelsens faglige covid-19-arbejdsgruppe den 10. marts 2020. Udredningsgruppens forslag er at gøre denne konstruktion permanent. Dermed er den også fleksibel forstået på den måde, at sammensætningen først bestemmes, når sundhedsberedskabet varsler, at en epidemisk eller pandemisk trussel udgør en konkret fare, som man må forberede sig på.

Sikring af åbenhed om den sundhedsfaglige rådgivning af regeringen i krisesituationer
Udredningsgruppen har ovenfor understreget den særlige betydning af åbenhed om beslutningsgrundlag og beslutningsprocesser, når regeringen og myndighederne i en krisesituation skal håndtere sundhedsmæssige risici præget af stor usikkerhed, og som forudsætter hurtig indgriben og hurtig administrativ gennemførelse heraf. Under disse vilkår stiger risikoen for fejl, ligesom der i processen er en risiko for myndighedsindgreb, som ud fra accepterede retsstatslige standarder er problematiske. Udredningsgruppen er af den opfattelse, at en høj grad af åbenhed kan bidrage til minimering af disse ulemper. Dens forslag er derfor, at man på epidemiområdet indfører de samme regler om offentlighed som i henhold til et EU-direktiv gælder for miljøområdet. Udredningsgruppens betragtning er, at de vilkår, hvorunder der gøres myndighedsindgreb på epidemiområdet, er af en karakter, som gør åbenhed om det faktiske grundlag, hvorpå beslutningerne træffes, overordentlig væsentlig. Der ligger i den åbenhed en fejlsikring af beslutningsprocessen.

Udredningsgruppen tilslutter sig på dette punkt Ytringsfrihedskommissionens betænkning, der balancerer hensynet til fortrolighed i den politiske beslutningsproces over for hensynet til demokratisk åbenhed og legitimitet og på denne baggrund generelt anbefalede, at:

> »offentlighedsloven revideres med henblik på at give hensynet til informationsfriheden større vægt i mødet med andre hensyn. Det forekommer i den forbindelse mest nærliggende at overveje en indskrænkning af ministerbetjeningsreglen i offentlighedslovens § 24 og folketingspolitikerreglen i offentlighedslovens § 27, nr. 2, så der sikres øget adgang til faktuelle oplysninger. Det kan i den forbindelse overvejes, hvordan princippet om meroffentlighed kan tillægges større betydning, ligesom det kan overvejes, hvordan myndighederne kan tilskyndes til i højere grad klart at adskille faktiske oplysninger fra politiske overvejelser mv. Formålet med en ændring er ikke at gribe ind i behovet for fortrolige, politiske drøftelser, men at sikre indsigt i de faktiske oplysninger, der ligger til grund for de politiske beslutninger. En sådan ændring vil efter kommissionens vurdering kunne øge adgangen til aktindsigt og sikre legitimitet omkring de reviderede regler.«[2]

Den administrative organisering

Centraladministrationen oplevede fra slutningen af februar 2020 og hen igennem foråret 2020 en sjælden belastning. En række af ministerierne og deres styrelser skulle i løbet af kort tid bistå regeringen med rådgivning med hensyn til håndteringen af covid-19 og yderligere iværksætte og overvåge den administrative implementering af de mange og omfattende beslutninger, som blev truffet. Det er, som det fremgår ovenfor og af kapitel 17, udredningsgruppens vurdering, at centraladministrationen i det store og hele løste denne opgave effektivt og smidigt og på denne måde bidrog til håndteringen af covid-19.

Udredningsgruppen hæfter sig i denne sammenhæng ved, at ministerierne under Statsministeriets koordination i løbet af kort tid fik

2 »Ytringsfrihedens rammer og vilkår i Danmark – del 1«, Betænkning nr. 1573/2020 afgivet af Ytringsfrihedskommissionen, s. 50.

sat en særlig covid-19-organisation op, som etablerede et tæt samarbejde på tværs af ministerierne, og som byggede på en betydelig grad af fleksibilitet i allokeringen af administrative ressourcer.

Det er imidlertid, som det er fremgået ovenfor, også udredningsgruppens vurdering, at den stærke centralisering og den detailstyring og -kontrol, som ledsagede den, gør beslutningsprocessen sårbar over for fejl, ligesom en høj grad af centralisering kombineret med det massive tidspres, der var, risikerer at skabe flaskehalse og unødig belastning af de myndigheder, som ressortmæssigt er mest belastet i situationen.

Disse iagttagelser af forløbet, som er dokumenteret i rapportens analyser, leder frem til en række anbefalinger:

Sikring af balancen mellem decentrale ressortmyndigheder og central koordination
Statsministeriet spiller i den danske tilrettelæggelse af regeringsarbejdet traditionelt rollen som den overordnede proceskoordinator. Det overvåger og bidrager på statsministerens og regeringens vegne til, at ministrene og ministerierne i en regeringssammenhæng bidrager til at løse de opgaver, som de politisk er tildelt ved dannelsen af den siddende regering.

Under kriseforløbet i foråret trådte Statsministeriet ind i en rolle, der gik ud over rammerne for Statsministeriets normale virksomhed. Det bidrog utvivlsomt positivt til, at den danske regering tidligt og hurtigt var beredt til at træffe foranstaltninger mod covid-19, da sygdommen var konstateret i Danmark. Men det trak samtidig Statsministeriets ret beskedne ressourcer ind i løsningen af forberedelses-, gennemførelses- og kontrolopgaver, som ellers ligger hos og under fagministerierne. Det er samtidig en udvidet rolle for Statsministeriet, som ikke er fuldt ud i overensstemmelse med det sektoransvarsprincip, som ellers gælder for kriseberedskab og krisestyring i en dansk sammenhæng. På grund af risikoen for fejl og flaskehalse i krisestyringsprocessen er det udredningsgruppens anbefaling, at Statsministeriet i fremtidig krisestyring finder tilbage til rollen som initiativtager og politisk-administrativt center for procesovervågning på statsministerens og regeringens vegne.

Sektoransvarsprincippet og NOST's rolle i krisestyringen
Det er generelt udredningsgruppens vurdering, at sektoransvarsprincippet er smidigt og velgennemtænkt, og at det viste sit praktiske værd under håndteringen af covid-19-krisen. I denne vurdering ligger også, at NOST løste opgaven som koordinationsknudepunkt for den operative del af krisehåndteringen, ikke mindst i forbindelse med styrkelsen af testkapaciteten. Det er også vurderingen, at etableringen af NOST+, som den enhed, der i det daglige havde ansvaret for den operative koordination under krisen, og hvis leder var forbindelsesled til specielt Justitsministeriet og AC-gruppen, viste sig velbegrundet og i praksis velfungerende.

Det er samtidig udredningsgruppens vurdering, at det i unødigt omfang belastede koordinationen mellem myndighederne, at forberedelsen af oplæg til krisetiltag i afgørende situationer blev kanaliseret gennem både AC-gruppen på tværdepartementalt niveau og NOST på styrelsesniveau. Udredningsgruppens forslag er på denne baggrund, at man justerer organiseringen af NOST, således at NOST i fremtiden kan koncentrere sig om samordningen af den operative planlægning og indsats. Med etableringen af AC-gruppen viste centraladministrationen på Statsministeriets initiativ, at ministerierne er i stand til inden for endog meget kort tid at etablere en fungerende strategisk koordination. Med udredningsgruppens forslag vil man adskille

den strategiske og operative koordination og samtidig bidrage til reduktion af myndighedsbelastningen i en fremtidig krisesituation.

NOST sikrer i sin konstruktion, at i princippet alle grene af den statslige forvaltning er repræsenteret. Man har på den måde draget den organisatoriske konsekvens af sektoransvarsprincippet, idet man på forhånd har sikret sig, at den forvaltnings- og ressortmæssige specialviden, som man kan få behov for at trække på i en krisesituation, hvis præcise karakter er uvis, er integreret i det hvilende beredskab. Når krisen så kommer, er det selvsagt kun en mindre del af disse myndigheder, som det er nødvendigt og hensigtsmæssigt at trække ind i krisestyringen. De typiske situationer, hvor NOST bliver aktiveret, er dernæst geografisk og tidsmæssigt begrænsede.

Covid-19-krisen afviger fra disse krisesituationer i kraft af sit samfundsmæssige omfang og sin varighed. NOST+ var i den situation en hensigtsmæssig videreudvikling af den eksisterende struktur. Men den havde som konsekvens, at nogle af de styrelser og andre myndigheder, som er repræsenteret i NOST, delvis blev skudt til side, hvad der gav anledning til spændinger. Udredningsgruppen foreslår derfor, at man med henblik på den fremtidige indretning af NOST nøje overvejer, hvordan samspillet skal være mellem en snæver og handlekraftig NOST+-enhed og den generelle NOST-organisation.

Kvalitetssikring af den økonomisk-politiske styring i en krisesituation

Covid-19 truede ikke bare folkesundheden. Den truede også samfundsøkonomien og dermed den sociale velfærd i bredeste forstand. Ligesom de sundhedsmæssige konsekvenser af covid-19 var uvisse, gjaldt det også de økonomiske konsekvenser. De økonomiske ministerier med Finansministeriet i spidsen havde et yderst spinkelt grænsende til et ikke-eksisterende grundlag for at vurdere konsekvenserne og også for at vurdere, hvordan og hvor massivt man skulle sætte ind med økonomisk-politiske foranstaltninger. Heraf fulgte også, at den traditionelle rammestyring, som den offentlige udgiftspolitik ellers bygger på, og som er blevet styrket siden vedtagelsen af budgetloven i 2012, var mindre relevant.

Der blev under krisen, som det er nævnt i kapitel 14, af regeringen iværksat to fagøkonomiske evalueringer af krisehåndteringen med det sigte at styrke beslutningsgrundlaget for de politiske forhandlinger om den gradvise genåbning. Det skete imidlertid først, efter at de økonomiske effekter af covid-19 og den delvise nedlukning var ved at vise sig, og efter at de første hjælpepakker var forhandlet og under implementering.

Udredningsgruppens forslag er, at Finansministeriet nedsætter et fagøkonomisk rådgivningspanel, som skal aktiveres i en situation, hvor en epidemi eller pandemi igen truer med at ramme landet. Det skal på grund af de stramme tidsfrister ikke inddrages i den direkte politiske rådgivning af regeringen, men det skal parallelt med den politiske beslutningsproces i en offentligt tilgængelig rapport vurdere de besluttede og aftalte økonomisk-politiske krisetiltag.

Udredningsgruppen ser et sådan specialiseret fagøkonomisk rådgivningspanel som et nødvendigt supplement til den nationale epidemikommission, hvis sammensætning og mandat er meget bredt.

Et fagøkonomisk rådgivningspanel supplerer forslaget nedenfor om indførelse af en høringsprocedure, der er tilpasset de tidsmæssige pres, der kendetegner beslutningssituationen ved udbrud af epidemier og pandemier.

Inddragelse af organisationer og civilsamfund
I den normale lovforberedelsesprocedure er der indbygget offentlige høringer og forudgående præhøringer af de mest berørte organisationer og institutioner. Det samme gælder i vidt omfang forud for udmøntningen af bemyndigelser i lovgivningen til at regulere ved bekendtgørelser. Høringsreglerne var, som der er redegjort for i rapporten, suspenderet under covid-19-krisen i foråret 2020.

Især i dagene umiddelbart op til den 12. marts 2020, hvor den første hastelovspakke blev fremsat i og vedtaget af Folketinget, var der efter udredningsgruppens vurdering gode grunde hertil. Suspensionen skaber imidlertid både et kvalitetstab og et demokratisk legitimitetstab. Udredningsgruppen noterer sig i den sammenhæng, at den politiske stemmeaftale om epidemiloven af 18. december 2020 forudsætter, »at bekendtgørelser, der udstedes i medfør af epidemiloven, sendes i høring i videst muligt omfang.« Udredningsgruppen understreger vigtigheden heraf.

Retlige aspekter

Hastelovgivningen i foråret 2020, særlig de to hastelove, som ændrede epidemiloven, indebar, som der er redegjort for ovenfor, en række problemer af retlig, herunder retssikkerhedsmæssig, karakter. De opstod til dels, fordi der blev handlet meget hurtigt.

Udredningsgruppen noterer sig også her, at den politiske aftale om epidemiloven af 18. december 2020 er opmærksom på mange af disse retlige problemer, og at den også indeholder en række tiltag, som bidrager til at mindske de problemer af retlig art, som blev tydelige i forbindelse med vedtagelsen og gennemførelsen af hastelovgivningen. Udredningsgruppen fremhæver i den sammenhæng:

- det aftalte automatiske udløb af bekendtgørelser,
- begrænsningerne af mulighederne for anvendelse af tvang,
- automatisk domstolsprøvelse ved påbud, der har karakter af frihedsberøvelse,
- obligatorisk administrativ efterprøvelse af tvangsforanstaltninger
- og parlamentarisk kontrol med udvidede fravigelsesbestemmelser (stærk derogation) i henhold til bemyndigelserne i epidemiloven.

Også flere af de beslutninger, som blev truffet af myndighederne i forbindelse med håndteringen af covid-19, giver, som det fremgår af kapitel 12 og 17, anledning til overvejelser af retlig karakter. Udredningsgruppen noterer sig i den forbindelse, at bestyrelsen for Domstolsstyrelsen, som er det øverste ledelsesorgan for den administrative drift af Danmarks Domstole, har truffet en række beslutninger, for så vidt angår domstolenes håndtering af fremtidige kriser, som aktualiserer stillingtagen til nedlukning af retterne.

Det er udredningsgruppens vurdering, at disse tiltag på relevant vis imødegår de problemer, der opstod i forbindelse med nedlukningen af domstolene i foråret 2020.

Retlig kvalitetssikring af indgreb over for borgere og virksomheder i fremtidige krisesituationer
Selv om mange af de problemer af retlig karakter, som opstod i forbindelse med håndteringen af covid-19, således ser ud til nu at have vundet opmærksomhed og enten har fundet eller antagelig vil finde deres løsning, foreslår udredningsgruppen, at der på samme måde som vedrørende den sundhedsfaglige og den økonomiske rådgivning etableres en faglig rådgivningsgruppe bestående af jurister fra advokatbranchen, tænketanke, organisationer og universiteterne. Den skal fungere på samme

vilkår som det sundhedsfaglige og det fagøkonomiske rådgivningspanel.

Udredningsgruppen henleder i den sammenhæng opmærksomheden på, at den norske regerings tiltag over for covid-19 i foråret 2020 var genstand for en sådan fagjuridisk vurdering, og at konklusionerne fra denne vurdering indgik i den politiske debat om myndighedshåndteringen. Denne gruppe af jurister, som blev nedsat på foranledning af Stortinget, blev i øvrigt også hørt forud for revisionen af den norske epidemilov. I Tyskland fungerede de tyske domstole som en effektiv kontrolinstitution i forhold til nogle af de indgreb, som politisk blev besluttet som led i indsatsen mod covid-19 i de tyske delstater.

Påvirkningen af sundhedsvæsenet

I lyset af udredningsgruppens vurdering af prioriteringen af de covid-19-relaterede opgaver over for andre opgaver i sundhedsvæsenet er det naturligt at overveje, hvordan man i fremtidige sundhedsmæssige kriser kan sikre et bedre styrings- og prioriteringsgrundlag, som kan sikre mod ubalancer i påvirkningen af sundhedsvæsenet. Udredningsgruppens forslag til styrkelse af den sundhedsfaglige rådgivning vil bidrage hertil. Men udredningsgruppen anbefaler derudover tre andre tiltag:

Etablering af en procedure for inddragelse af regionerne og sygehusene
Håndteringen af covid-19 medførte en uundgåelig belastning af sygehusene. Det samme kan ske i en fremtidig epidemi- og pandemisituation. Der er allerede et beredskab for imødegåelse af pandemier. Der er imidlertid behov for, at regionerne og de enkelte sygehuse, som er i besiddelse af den præcise kapacitets- og driftsinformation, bliver tæt og systematisk inddraget i den konkrete prioritering af kapaciteten, når en sådan situation på ny opstår. Det skete ikke i tilstrækkeligt omfang i foråret 2020. Forslaget er derfor, at der etableres en forud fastlagt procedure, f.eks. i form af lynhøring af regionerne og relevante sygehuse og i særdeleshed af ledelsen af de særlig relevante specialer.

Nedsættelse af et eksternt panel, som løbende følger sundhedsvæsenets drift, når det er udsat for ekstraordinære belastninger
Et alvorligt problem i forhold til sygehusene i foråret 2020 var som nævnt den manglende opdatering af prognoserne for belastningen af sygehusene. Det er relativt enkelt at imødegå dette problem. Udredningsgruppen foreslår derfor, at der som led i sundhedsberedskabet oprettes et eksternt panel, som løbende overvåger udviklingen i belastningen af sygehusene og sundhedsvæsenet i øvrigt. Panelet skal bestå af personer med henholdsvis sundhedsfaglig, administrativ og sundhedsøkonomisk indsigt.

Åbenhed og offentlighed om følsomhedsantagelser og -analyser i forhold til den forventede belastning af sundhedsvæsenet
Udredningsgruppen har ovenfor redegjort for, hvorledes tiltagene over for sygehusene var baseret på antagelser, som var ganske ekstreme i deres forventninger til belastningen. I overensstemmelse med udredningsgruppens forslag om at sikre en udvidet offentlighed om beslutningsgrundlaget og rådgivningen i forbindelse med den politiske håndtering af epidemier og pandemier foreslår udredningsgruppen, at der sikres fuld offentlighed om de følsomhedsanalyser, som foretages forud for politiske og administrative beslutninger om prioriteringen af kapaciteten på sygehusene under kriseforløbet.

Samspillet mellem Folketinget og regeringen

Udredningsgruppen er fuldt ud opmærksom på, at der kan opstå krisesituationer, hvor det er nødvendigt og forsvarligt at fravige såvel de normale procedureforskrifter for behandlingen af lovforslag som at forskyde balancen mellem

den lovgivende og den udøvende magt, således som det sker, når reguleringen sker ved udmøntning af bemyndigelser indsat i lovgivningen. Udredningsgruppen er i den sammenhæng også opmærksom på, at forårets mange og vidtrækkende hastelove er vedtaget enstemmigt af Folketinget. Udredningsgruppen finder det alligevel overordentligt væsentligt at overveje institutionelle tiltag, som kan kompensere for det demokratiske underskud, som opstod med vedtagelsen af denne hastelovgivning, og den finder, at det er muligt at gøre dette, uden at man svækker den politiske handlekraft i fremtidige situationer, hvor der er behov for at foretage meget hurtige indgreb, som ikke lader sig gennemføre inden for rammerne af de normale procedurer for behandling af lovforslag.

Udredningsgruppen har ikke mindst i denne sammenhæng noteret sig indholdet af den aftale, som den 18. december 2020 er indgået mellem regeringen og et flertal af partierne i Folketinget om en ny epidemilov. Aftalen forholder sig i meget høj grad til de grundlæggende demokratiske problemer, som er kortlagt i kapitel 15 og vurderet i kapitel 17. Resultatet er,

- at der i den nye epidemilov indføres særlige bestemmelser om parlamentarisk kontrol af tiltag, som besluttes i henhold til loven,
- at kontrollen henlægges til et nyt stående udvalg i Folketinget med 21 medlemmer,
- at ministeren skal forelægge udkast til nye regler i henhold til bemyndigelserne i loven for udvalget og ikke kan udstede disse, hvis et flertal i udvalget er imod,
- at den reviderede epidemilov udtømmende opregner de ministerbemyndigelser, hvor denne kontrolprocedure skal anvendes,
- at der dog indføres en procedure for særlig hastende tilfælde, hvor der foreligger en overhængende eller akut fare for eller trussel mod folkesundheden, hvor de pågældende tiltag først efterfølgende forelægges for udvalget,
- at bekendtgørelser udstedt med hjemmel i loven fremover sendes i høring i videst muligt omfang, og
- at bekendtgørelser udstedt med hjemmel i loven får automatisk ophør.

Udredningsgruppen har på denne baggrund intet at tilføje. Den ser aftalen som et klart eksempel på, hvordan der i det parlamentariske folkestyre er indbygget mekanismer, som effektivt kan bidrage til sikring af relevant læring i lyset af de erfaringer, der er gjort i et forudgående alvorligt kriseforløb.

Organisation
mondiale de la Santé

Kapitel 3

Covid-19: fra ukendt sygdom til pandemi

I slutningen af 2019 bliver de kinesiske myndigheder bekendt med et nyt sygdomsudbrud i den kinesiske by Wuhan. Dette og det efterfølgende kapitel giver en beskrivelse af udviklingen i hovedtræk – i Danmark og internationalt – i perioden fra sidst i december 2019 og frem til midten af april 2020, som er den periode, denne udredning omfatter. Dette kapitel dækker perioden frem til den 10. marts 2020, mens kapitel 4 dækker perioden fra og med den 11. marts 2020. Sidstnævnte dag er en markant dag i hele forløbet. Den dag annoncerer statsminister Mette Frederiksen den delvise nedlukning af Danmark på et pressemøde i Statsministeriet.

Kapitel 3 og 4 er alene baseret på offentlige kilder, og de giver et billede af, hvad man ifølge de offentlige kilder ved på forskellige tidspunkter i perioden, hvad man kommunikerer til offentligheden, og hvilke betydende beslutninger der bliver meldt ud. Efterfølgende kapitler vender tilbage til afgørende faser og beslutninger i denne periode og giver en dyberegående analyse af de interne beslutningsprocesser i centraladministrationen og regeringen baseret på det kildegrundlag, som kapitel 5 redegør for. Et væsentligt formål med kapitel 3 og 4 er at danne baggrund for analyserne i de næstfølgende kapitler.

Redegørelsen i dette kapitel er inddelt i to hovedafsnit. Det første dækker perioden fra den 31. december 2019 til den 30. januar 2020. Det er den fase, hvor sygdomsudbruddet stadig primært er afgrænset til Kina. Det næste hovedafsnit dækker perioden fra den 31. januar 2020 til og med den 10. marts 2020. Det er i den fase, den nye sygdom breder sig til Europa, og hvor danske myndigheder registrerer de første sygdomstilfælde i Danmark.

Perioden fra den 31. december 2019 til den 30. januar 2020

Verden hører for første gang om det nye sygdomsudbrud

Den 5. januar 2020 udsender verdenssundhedsorganisationen, WHO, en nyhedsrapport[1] om, at organisationens kontor i Kina er blevet

1 »Pneumonia of unknown cause – China«, Disease outbreak news, WHO, den 5. januar 2020.

bekendt med en pressemeddelelse[2] fra den lokale sundhedskommission i den kinesiske by Wuhan, som har ca. 19 millioner indbyggere og er hovedstad i den kinesiske provins Hubei med i alt ca. 58 millioner indbyggere. Ifølge pressemeddelelsen er der i byen identificeret tilfælde af lungebetændelse med ukendt årsag. Det oplyses, at der i alt er 27 indlagte, hvoraf 7 er i kritisk tilstand. Den 5. januar er der ifølge WHO identificeret 44 patienter, hvoraf de 11 er alvorligt syge, mens tilstanden hos de resterende 33 patienter karakteriseres som stabil.

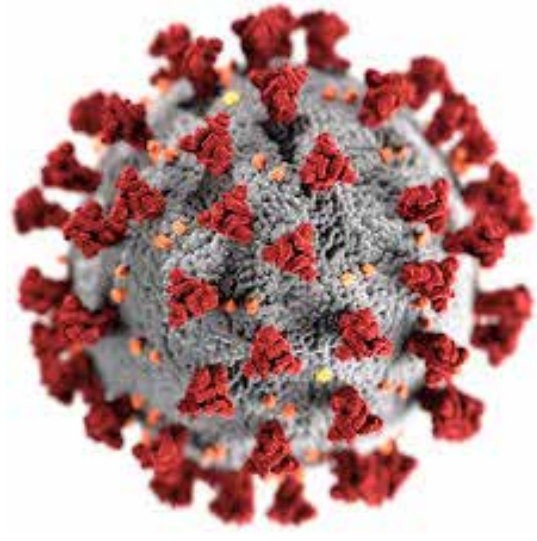
Symptomerne hos de indlagte er feber, vejrtrækningsproblemer og tegn på lungebetændelse. Ifølge myndighederne har man undersøgt patienterne for en række kendte luftvejsvirusser, bl.a. de kendte infektionssygdomme sars og mers. Det lykkes imidlertid ikke på dette tidspunkt at stille en diagnose.

Den første udmelding fra de kinesiske myndigheder knytter sygdomsudbruddet til Huanan Seafood Wholesale Market i Wuhan. På dette marked bliver der solgt fisk, men også andre levende vilde og opdrættede dyr. Markedet blev lukket ned ultimo december 2019 med henblik på desinfektion. WHO oplyser endvidere, at de foreløbige oplysninger fra Kina ikke tyder på væsentlig smitte mellem mennesker.

Den nye virus identificeres og kategoriseres

Den 7. januar 2020 oplyser de kinesiske myndigheder til WHO, at udbruddet i Wuhan er forårsaget af en ny coronavirus. Coronavirus er betegnelsen for en gruppe af rna-virusser,[3] som kan forårsage sygdomme blandt mennesker og dyr. Den første coronavirus blev opdaget i 1930'erne og forårsagede bronkitis blandt kyllinger. De første coronavirusser i mennesker blev opdaget i 1960'erne. De forskellige typer af coronavirusser er alle kendetegnet ved at have en rund struktur med kronelignende (deraf det latinske navn »corona«) pigge, der stikker ud fra virussens overflade (se figur 3.1).

Figur 3.1. Coronavirus med den karakteristiske kronelignende overflade



2 »27 cases preliminarily named as viral pneumonia in Central China's Wuhan«, People's Daily, den 31. december 2019.

3 Hos mange virusser består arvemassen af rna, mens den hos alle andre virusser og levende organismer består af dna.

Coronavirusser klassificeres normalt i tre typer baseret på deres gensekvens: alfacorona-, betacorona- og gammacoronavirusser. De coronavirusser, som er påvist i mennesker, findes inden for kategorierne alfa- og beta-coronavirusser. Med den nye coronavirus er der aktuelt syv kendte coronavirusser, som kan gøre mennesker syge. Gruppen af alfa-coronavirusser inkluderer virusser, som typisk giver sæsonbetingede luftvejsinfektioner hos mennesker, og de vil i langt de fleste tilfælde kun give milde sygdomsforløb. I den anden gruppe af coronavirusser, som kan gøre mennesker syge, betacoronavirusser, er der både varianter, der er årsag til milde til moderate luftvejsinfektioner, men også virusser, som kan forårsage alvorlige sygdomme som sars og mers. Den 11. januar 2020, hvor de kinesiske sundhedsmyndigheder deler gensekvensen på den nye coronavirus med omverdenen, står det klart, at der er tale om en betacoronavirus, som er 80 pct. identisk med SARS-CoV. Det er den virus, som forårsager sygdommen sars. Det er baggrunden for, at den nye virus får navnet SARS-CoV-2.[4]

Sars-udbruddet i 2002-03

Sars, der står for Severe Acute Respiratory Syndrome (alvorligt akut luftvejssyndrom), blev første gang påvist i Kina i november 2002. De første tilfælde blev opdaget i byen Foshan i den sydkinesiske Guangdongregion. Mange af de første patienter blev behandlet på hospitaler i provinshovedstaden Guangzhou, og smitten spredte sig hurtigt fra inficerede patienter til hospitalspersonale, der ikke brugte personlige værnemidler. Da WHO blev orienteret om udbruddet i februar 2003, var der registreret 305 smittede og fem dødsfald i Guangdongregionen, deriblandt mange ansatte i sundhedsvæsenet. I marts 2003 var der registreret sars i 13 lande, dog langt de fleste tilfælde i Kina og Hongkong. Det er efterfølgende blevet påvist, at en læge, der behandlede sars-patienter i Kina, på et familiebesøg smittede ikke mindre end 23 gæster på et hotel i Hongkong. Flere af disse gæster bragte efterfølgende smitten videre til lande som Canada, Taiwan, Singapore og Vietnam.[5] I april 2003 fik man isoleret den virus, der forårsager sars, og kunne på grundlag af gensekvensen konstatere, at der var tale om en coronavirus.

Der er flere lighedspunkter mellem sygdommen sars og covid-19. Inkubationstiden, som betegner den periode, der går, fra man bliver smittet, til man viser symptomer på sygdommen, er i begge tilfælde typisk 5-6 dage, men kan variere mellem 2 og 14 dage. Symptomer som feber, muskelsmerter og infektion i de nedre luftveje er karakteristiske for begge sygdomme. Den afgørende forskel på sars og covid-19 er imidlertid, at sars-patienter først smittede, når de havde fået lungebetændelse og typisk feber, og at smittekilden hos sars-patienter sad i lungerne. Det er årsagen til, at sars ikke blev en stor pandemi, for det gjorde det relativt nemt at identificere de smittede personer og få dem isoleret, før de smittede videre. Covid-19-patienter derimod kan smitte, 2-3 dage før de får symptomer, nogle får slet ikke symptomer, og virussen sidder primært i de øvre luftveje hos patienter med lettere sygdom.

Sars nåede på ganske kort tid at sprede sig til knap 30 lande verden over. Ikke desto mindre kunne WHO den 9. juli 2003 erklære udbruddet for værende under kontrol. Siden 2004 har der ikke været rapporteret om nye tilfælde af sars. Der har på intet tidspunkt været impor-

4 Den nye virus blev i første omgang betegnet »2019-nCoV.«

5 Raul Rabadan, »Understanding Coronavirus«, Cambridge University Press, 2020.

terede sars-tilfælde i Danmark, men der blev registreret enkelte tilfælde i Finland, Sverige og Tyskland.

Mers

Mers står for Middle East Respiratory Syndrome og er betegnelsen for den sygdom, som coronavirussen MERS-CoV forårsager. Det er påvist, at kameler og flagermus kan være reservoirer for denne coronavirus, og der er mistanke om, men ikke evidens for, at mennesker kan blive inficeret med MERS-CoV ved direkte eller indirekte kontakt med kameler af dromedartypen. Derfor har sygdommen også fået tilnavnet kamelfeber. Spredning mellem mennesker kræver som hovedregel tæt kontakt med en inficeret person, og smittespredning er derfor usædvanlig uden for hospitaler og uden for familier til inficerede.

Mers blev første gang påvist i 2012 blandt personer, der havde opholdt sig på Den Arabiske Halvø, og langt de fleste tilfælde af sygdommen er registreret her. I 2015 var der dog et større udbrud i Sydkorea. Typiske symptomer på mers er feber, hoste, diarré og åndenød, men tilsvarende covid-19 kan sygdommen udvikle sig til akut respiratorisk syndrom. Dødeligheden ved mers har vist sig at være ca. 35 pct. af de personer, der er blevet diagnosticeret med sygdommen. Dødeligheden er dog væsentlig højere hos indlagte patienter, som er svækket af anden underliggende sygdom. Der er endnu ikke udviklet en specifik vaccine eller behandling mod sygdommen. På verdensplan er der pr. januar 2020 registreret ca. 2.500 tilfælde af mers, og der registreres stadig nye tilfælde. Der er ikke konstateret importerede mers-tilfælde i Danmark.

Covid-19: Viden om sygdomsforløb og smitte i januar 2020

Covid-19 er betegnelsen for den sygdom, som infektion med SARS-CoV-2 kan forårsage. I løbet af januar 2020 øges forståelsen af den nye sygdom. Den 14. januar 2020 afholder WHO et pressemøde, hvor organisationen meddeler, at de kinesiske myndigheder ikke har fundet entydigt bevis for, at virussen smitter mellem mennesker, men at smitte mellem mennesker er en mulighed. Den 19. januar 2020 står det ifølge WHO klart, at der er bevis for smitte mellem mennesker. Det bekræftes den 21. januar baseret på covid-19 infektioner hos sundhedspersonale, som har behandlet patienter med covid-19.[6]

Det kliniske billede af covid-19 er på dette tidspunkt, at sygdommen manifesterer sig med feber, tør hoste og åndenød, og at lungebetændelse er hyppigt forekommende. Ligeledes står det klart, at sygdommen kan forårsage svigtende lungefunktion, som opstår akut, og multiorgansvigt med dødelig udgang. Der er også indikationer på, at dødeligheden er lavere end ved sars og mers, og at der er flere milde sygdomsforløb, men den store variation i covid-19-sygdomsbilledet erkender man først senere.

Reproduktionstallet for covid-19

Når man skal beskrive, hvor smitsom en infektionssygdom er, bruger man typisk to begreber: Det basale reproduktionstal og det effektive reproduktionstal, se boks 3.1. Det basale reproduktionstal er et mål for, hvor mange personer én smittet person i gennemsnit vil smitte videre i en befolkning, hvor ingen har mødt infektionen før, og hvor alle derfor er modtagelige, og hvor der ikke er indført indgreb for at begrænse virussmitten.

6 »Timeline of WHO's response to COVID-19«, WHO, den 29. juni 2020.

Boks 3.1. Definitioner af reproduktionstal, kontakttal og smittetryk[1]

Reproduktionstallet

- Det basale reproduktionstal, Ro, er det gennemsnitlige antal af nye smittede fra en smittet. Det er i en situation, hvor hele befolkningen er modtagelig, og hvor der ikke er indført indgreb af nogen art.
- Det effektive reproduktionstal, Re, er det gennemsnitlige antal af nye smittede fra en smittet i situationer, hvor befolkningen er delvis immun, og/eller hvor der er indført indgreb.

Kontakttallet

- Det samme som reproduktionstallet, og man kan derfor også skelne mellem det basale og det effektive kontakttal.

Smittetrykket

- Angiver risikoen pr. tidsenhed for at blive smittet. I forbindelse med covid-19 har man typisk beregnet smittetrykket som et mål for smitterisikoen pr. 100.000 indbyggere pr. uge.[2] Det vil sige, at hvis der i en uge er gennemsnitligt 500 smittede pr. dag i en population som den danske, hvor der er 5,8 millioner indbyggere, vil smittetrykket i den uge være = (500*7 dage/5.800.000)*100.000 = 60,3 pr. 100.000.

[1] Tak til lektor Viggo Andreasen og professor Lone Simonsen, Roskilde Universitet, for hjælp til disse definitioner.

[2] I praksis stabiliserer man ofte beregningerne ved bl.a. at beregne 14 dages gennemsnit.

Der er flere faktorer, som påvirker det basale reproduktionstal for en given infektionssygdom. Luftbårne virusinfektioner er f.eks. typisk langt mere smitsomme end partikelbårne, men der er også andre faktorer, der påvirker det basale reproduktionstal, Ro.

Konkret beregnes Ro som produktet af tre faktorer: 1) Sandsynligheden for, at en smittet person giver smitten videre til en anden person, som vedkommende er i kontakt med (ß), 2) antallet af personer, den smittede er i kontakt med pr. tidsenhed (k), og 3) tidsperioden, hvor den smittede er smitsom (D). Når det sættes på formel, kan reproduktionstallet, Ro, beskrives ved følgende funktion:

$$Ro = ß * k * D$$

Heraf følger, at reproduktionstallet falder, hvis risikoen for smitteoverførsel pr. kontakt (ß) falder. Afhængigt af egenskaber ved den pågældende virus kan det være tiltag som brug af håndsprit, håndvask og mundbind, der får ß til at falde. Reproduktionstallet falder ligeledes, hvis man kan reducere antallet af personer, den smittede er i kontakt med pr. tidsenhed (k). Det kan eksempelvis ske ved karantænesætning eller isolation af smittede, ved begrænsning af større arrangementer, ved nedlukning af institutioner og arbejdspladser og ved opfordringer til befolkningen om ændret adfærd. Endelig kan den tredje faktor, tidsperioden, hvor den smittede er smitsom (D), reduceres ved hurtig diagnosticering og behandling, ved screening for sygdommen og ved systematisk opsporing og karantæne af nære kontakter til den smittede.

Det basale reproduktionstal blev først estimeret til at være mellem 2 og 6[7] for covid-19, men er senere justeret ned til mellem 2 og 4. Til sammenligning er Ro for mæslinger, skoldkopper og fåresyge estimeret til at være omkring 3.[8] Ro for sars blev også estimeret til at ligge omkring

7 Rahman, B., Sadraddin, E., & Porreca, A., »The basic reproduction number of SARS-CoV-2 in Wuhan is about to die out, how about the rest of the World?«, Reviews in medical virology, 2020;30(4), e2111.

8 Lipsitch et al., »Transmission Dynamics and Control of Severe Acute Respiratory Syndrome«, Science, 2003, vol. 300, issue 5627, s. 1966-1970.

3.[9] Hvis Ro er under 1, giver én smittet person i gennemsnit sygdommen videre til færre end én person, og sygdommen vil på sigt uddø. Er Ro over 1, kan sygdommen sprede sig i befolkningen, og jo højere Ro er, desto hurtigere og mere voldsomt kan sygdommen spredes.

Mere relevant under et virusudbrud er imidlertid det effektive reproduktionstal, Re, som typisk også er det tal, der omtales som det effektive kontakttal (se boks 3.1). Re er et forsøg på at beskrive det antal personer, som en smittet faktisk smitter i den aktuelle befolkning på et givet tidspunkt. Det er dette tal, som tager højde for folks faktiske adfærd, og som viser, hvorvidt en epidemi er voksende eller aftagende i befolkningen på et givet tidspunkt. Hvordan det effektive reproduktionstal, Re, udvikler sig, da covid-19 kommer til Danmark, vender vi tilbage til i kapitel 4.

Covid-19: Dødelighed

Det er særdeles svært at opgøre dødeligheden for en ny infektionssygdom som covid-19. Dødelighed er et mål for sygdommens alvor og kan derfor være nyttig viden, når myndighederne og sundhedsvæsenet skal beslutte og iværksætte tiltag mod en ny sygdom som covid-19. Man benytter typisk to mål for dødeligheden af en infektionssygdom. Det ene mål, »case fatality ratio« (CFR), beregnes som:

> CFR (i procent) = Antal bekræftede døde af sygdommen/Antal bekræftede sygdomstilfælde*100

Det andet mål kaldes »Infection fatality ratio« (IFR) og beregnes som:

> IFR (i procent) = Antal døde af sygdommen/Antal smittede personer*100

Forskellen på de to mål er, at hvor CFR kun medtager de faktisk registrerede sygdomstilfælde, bygger IFR-målet på antagelser om »det sande« antal smittede personer, ofte baseret på repræsentative stikprøvemålinger af befolkningen. Sidstnævnte kan være omkostningsfulde at indsamle, og det kan være svært at få et repræsentativt antal personer, hvoraf mange ikke føler sig syge, til at deltage i disse stikprøvemålinger. Ikke desto mindre udføres der efterhånden en del sådanne studier rundtom i verden. De tyder foreløbig på, at IFR for covid-19 ligger mellem 0,3 og 1 pct.[10] De første studier af IFR for covid-19 blev offentliggjort i midten af februar og byggede alene på kinesiske data. De studier estimerede IFR til lidt under 1 pct.[11]

I den første fase af en epidemi vil man ofte kun have mulighed for at regne på CFR, og der knytter sig derfor stor usikkerhed til beregningerne. Det gjaldt også for covid-19. For det første blev man tidligt klar over, at der er smittede med ingen eller kun milde symptomer, som ikke kommer i kontakt med sundhedsvæsenet og derfor ikke bliver testet. For det andet var der i mange lande begrænset testkapacitet, hvorfor kun særlige risikogrupper blev tilbudt en test for covid-19. Som konsekvens underestimere-

9 »Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS)«, WHO/CDS/CSR/GAR/2003.11, s. 12.

10 »Mørketallet for COVID-19 – hvad ved vi, hvorfor er det vigtigt, og hvor er udfordringerne?«, Statens Serum Institut, den 24. august 2020.

11 Dorigatti, I. et al., »Report 4: Severity of 2019-novel coronavirus (nCoV)«, Imperial College London, 2020. ; Jung, S. et al. »Real-Time Estimation of the Risk of Death from Novel Coronavirus (COVID-19) Infection: Inference Using Exported Cases«, J. Clin. Med. 2020, 9(2), 523. Famulare, M. »2019-nCoV: preliminary estimates of the confirmed-case-fatality-ratio and infection-fatality-ratio, and initial pandemic risk assessment«, Institute for Disease Modeling, 2020.

de beregningerne det sande antal smittede i samfundet. Dertil kom usikkerheder som følge af fejldiagnosticering og underestimering af antal døde med sygdommen på grund af den tid, der gik, fra en patient blev syg med covid-19, til patienten eventuelt døde af sygdommen. Endelig var der på tværs af lande forskellige måder at registrere, om en patient døde som følge af covid-19, bl.a. fordi mange af de alvorligt syge patienter også led af andre alvorlige sygdomme.

Den 28. februar 2020 offentliggør WHO et studie, der viser, hvordan CFR udvikler sig i løbet af januar og februar 2020 i Kina.[12] CFR falder fra et gennemsnit på over 17 pct. for de registrerede smittede i Kina, der fik symptomer i perioden den 1.-10. januar til et gennemsnit på 0,7 pct. for dem, der fik symptomer efter den 1. februar. Tilbage i januar, hvor covid-19 primært hærgede i Kina, er der altså stor usikkerhed om dødeligheden af den nye infektionssygdom. Et andet studie estimerer på det tidspunkt CFR for covid-19 til mellem 5,3 og 8,4 pct.[13]

De estimater viser, hvorfor man på dette tidspunkt tager udviklingen særdeles alvorligt. Hvis det udvikler sig til en pandemi, vil en så høj dødelighed kunne føre til flere døde end i 1918 under den spanske syge. Et udbrud sidst i januar 2020 på krydstogtsskibet »Diamond Princess« får stor international opmærksomhed og giver også mere viden om især forekomsten af asymptomatiske tilfælde, se boks 3.2 nedenfor.

Boks 3.2. Covid-19-udbruddet på krydstogsskibet »Diamond Princess«

En af de mest omtalte smittespredninger sker på krydstogtsskibet »Diamond Princess.« Den 20. januar 2020 kommer en 80-årig passager fra Hongkong om bord på skibet, og han forlader det igen den 25. januar. Seks dage efter, den 1. februar, bliver han testet positiv for covid-19. Den 4. februar, da skibet er i japansk farvand, får 10 passagerer konstateret covid-19. Samme dag bliver skibet sat i karantæne i havnen i den japanske by Yokohama. Den 27. februar er 705 ud af i alt 3.711 passagerer og besætningsmedlemmer blevet testet positive for covid-19, og 6 er døde. Den 14. april er 14 ud af i alt 712, der var testet positive, døde, hvilket giver en CFR på lidt under 2. Den høje CFR skal dog ses i lyset af, at passagernes gennemsnitsalder var højere end i resten af befolkningen. Studier af covid-19-udbruddet på »Diamond Princess« har bidraget til at forstå forekomsten af asymptomatiske tilfælde. Det viser sig, at 58 pct. af de passagerer, der blev testet positive for covid-19 var asymptomatiske, dvs. havde ingen symptomer på sygdommen på det tidspunkt, hvor de blev testet positive (Sakurai et al., »Natural History of Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection«, New England Journal of Medicine, 2020, vol. 383, nr. 9, s. 885-886).

Smittespredning i januar 2020

Byen Wuhan er et transportknudepunkt med en stor lufthavn, hvorfra der på tidspunktet for udbruddets start er direkte fly til bl.a. Italien, England og Frankrig. Den 13. januar oplyser den thailandske sundhedsminister, at Thailand har registreret det første importerede tilfælde af ny coronavirus uden for Kina. Den 16. januar 2020 bliver der registreret et tilfælde i Japan hos en rejsende fra Wuhan, og den 19. januar konstateres det første tilfælde i Sydkorea. Den 24. januar oplyser Frankrig om tre tilfælde af coronavirus,

12 »Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)«, WHO, den 28. februar 2020.
13 Jung, S. et al. »Real-Time Estimation of the Risk of Death from Novel Coronavirus (COVID-19) Infection: Inference Using Exported Cases«, J. Clin. Med. 2020, 9(2), 523.

de første i Europa. Samme dag er der ifølge WHO i alt registreret 835 smittede i Kina. Der er på dette tidspunkt registreret smittede i alle kinesiske regioner på nær én. Det kinesiske nytår fejres sidst i januar, og rejseaktiviteten i den forbindelse bidrager formodentlig til udbredelsen af covid-19.[14] I slutningen af januar bliver det anslået, at mere end 300.000 personer rejser på direkte flyvninger mellem Europa og Kina i løbet af en enkelt måned.[15] Den 27. januar indlægges en patient på Aarhus Universitetshospital i Skejby til undersøgelse for ny coronavirus, men patienten er ikke smittet.

Organiseringen af det danske beredskab ved udbruddet i Kina i januar 2020

Den overordnede koordination af sundhedsberedskabet i Danmark varetages af Sundhedsstyrelsen, der er national sektoransvarlig myndighed på sundheds- og ældreområdet. Sundhedsstyrelsen har bl.a. til opgave at vejlede og rådgive sundhedsvæsenet om planlægning af beredskabet, og styrelsen informerer og giver handlingsanvisninger til befolkningen både løbende og i akutte situationer.

Sundhedsberedskabet aktiveres, når der opstår en sundhedstruende situation, som det almindelige sundhedsvæsen ikke kan håndtere. I en situation med udbrud af en ny smitsom sygdom som covid-19, arbejder Sundhedsstyrelsen tæt sammen med Statens Serum Institut, Styrelsen for Patientsikkerhed og Lægemiddelstyrelsen om varetagelsen af sundhedsberedskabet på nationalt niveau. Statens Serum Institut overvåger forekomsten af smitsomme sygdomme og er kontaktpunkt i relation til det internationale meldesystem. Instituttet er Danmarks nationale klinisk-mikrobiologiske laboratorium. Statens Serum Institut foretager løbende risikovurderinger og har ansvar for vaccineforsyningen i beredskabet. Styrelsen for Patientsikkerhed varetager bl.a. kontakt- og smitteopsporing og sørger for information til muligt eksponerede raske personer, herunder i lufthavne m.v. Lægemiddelstyrelsen overvåger tilgængeligheden af lægemidler og medicinsk udstyr, herunder værnemidler, og understøtter, at tilgængelig medicin distribueres til de steder, hvor der er størst behov.

Regioner og kommuner varetager i det dagligе behandlings- og plejeopgaver og er ifølge sundhedslovens[16] § 210 forpligtet til at have sundhedsberedskabsplaner, som sikrer, at behandlings- og plejekapaciteten kan udvides og omstilles ved større hændelser. Planerne for håndtering af alvorlige smitsomme sygdomme omfatter bl.a. foranstaltninger i forhold til isolationskapacitet, karantænefaciliteter, værnemidler, psykosocial støtte, bemanding m.v. Sundheds- og ældreministeren kan i alvorligere beredskabssituationer pålægge regioner og kommuner at løse en opgave på en bestemt måde, jf. sundhedslovens § 211.[17]

Ud over sundhedsloven er sundhedsberedskabet reguleret ved bekendtgørelse nr. 971 af 28. juni 2016 om planlægning af sundhedsberedskabet og ved lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven). Epidemiloven beskriver bl.a. rammerne og forudsætningerne for de tvangsforanstaltninger, som helt ekstraordinært kan

14 »Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)«, WHO, den 28. februar 2020.

15 »Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China: first local transmission in the EU/EEA – third update«, ECDC, den 31. Januar 2020.

16 Sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019).

17 »COVID-19. Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark«, Sundhedsstyrelsen, den 10. marts 2020 s. 14.

tages i brug. Senere kapitler beskæftiger sig nærmere med lovgivningen på området og de ændringer, der bliver vedtaget af Folketinget i løbet af marts måned 2020.

Sundhedsmyndighederne er repræsenteret på alle niveauer i det samlede nationale beredskab. Sundhedsstyrelsen er således fast repræsenteret i den nationale krisestyringsorganisation Den Nationale Operative Stab (NOST), som Rigspolitiet leder, og som varetager den tværgående myndighedskoordination i tilfælde, hvor Danmark rammes eller påvirkes af større kriser og hændelser, som f.eks. ekstremt vejr, brand, eksplosioner, strømafbrydelser, ulykker, angreb eller pandemier.

Sundhedsstyrelsen er desuden fast medlem af Den Internationale Operative Stab (IOS), som Udenrigsministeriet koordinerer, og som varetager den tværsektorielle koordination ved hændelser, som påvirker personer med bopæl i Danmark. Endvidere er der nedsat en tværsektoriel epidemikommission i hver region med henblik på effektuering af de foranstaltninger, der er nævnt i epidemiloven. Organiseringen af kriseberedskabet, herunder de tilpasninger af organiseringen, som bliver besluttet i regeringen og centraladministrationen for at styrke håndteringen af covid-19-krisen, beskrives nærmere i kapitel 6.

Internationalt samarbejde

Danmark har tilsluttet sig og implementeret Det Internationale Sundhedsregulativ (IHR) under WHO, som har til formål at hindre spredning af alvorlige sygdomme mellem lande. IHR stiller krav til robustheden og kapaciteten i landene, for så vidt angår evnen til at opdage, vurdere og rapportere sundhedsmæssige trusler over landegrænser.

Danmark indgår endvidere i det europæiske varslingssystem, Early Warning and Response System (EWRS), hvor der sker varsling ved tilfælde af smitsom sygdom hos flypassagerer og andre, hvor det har relevans over landegrænser.

Endelig deltager Danmark i det internationale samarbejde, der finder sted i regi af WHO og EU, f.eks. under EU-agenturet European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) i Stockholm. Agenturets kerneopgaver omfatter overvågning og risikovurdering af infektionssygdomme. Derudover indgår Danmark i samarbejdet i EU's Health Security Committee (HSC), som rådgiver om sundhedsberedskab, og hvor der sker erfaringsudveksling mellem og rådgivning af medlemsstaterne m.v. Boks 3.3 giver yderligere information om det globale og det europæiske samarbejde.

Reaktioner og udmeldinger fra de danske sundhedsmyndigheder i januar 2020

Den første offentlige reaktion kommer den 8. januar 2020. Statens Serum Institut udsender den dag en kortfattet nyhed om, at der i Kina er udbrudt lungebetændelse med ukendt årsag.[18] Både Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut følger i ugerne efter op med flere orienterende nyhedsbreve. Den 15. januar udsender Sundhedsstyrelsen den første retningslinje for diagnosticering og håndtering af patienter med mistanke om ny coronavirus.[19] Retningslinjerne er efterfølgende blevet revideret mere end 30 gange (november 2020).

18 »Udbrud af lungebetændelse med ukendt årsag i Kina«, Statens Serum Institut, den 8. januar 2020.

19 »Case definition, diagnostik og håndtering af patienter ved mistanke om ny coronavirus (nCoV) fra Wuhan, Hubei-provinsen, Kina«, Sundhedsstyrelsen, den 15. januar 2020.

Boks 3.3. Organisationerne WHO og ECDC

World Health Organization (WHO)
Verdenssundhedsorganisationen
Oprettet som FN-særorganisation i 1948. Hovedkvarter i Genève, seks regionalkontorer, hvoraf det europæiske ligger i København. 194 medlemslande, 150 landekontorer, mere end 7.000 medarbejdere. Øverste ansvarlige: Generaldirektør Tedros Adhanom Ghebreyesus, valgt i 2017 af WHO's medlemslande for en 5-årig periode. Han er tidligere etiopisk udenrigsminister.

WHO's erklærede formål er at sikre den højeste sundhedsstandard for alle uanset race, religion, politisk overbevisning eller økonomiske eller sociale baggrund.

WHO bistår regeringer, især i ulande, med at styrke nationale sundhedsvæsener. Dertil kommer kampen mod smitsomme sygdomme, f.eks. malaria, tuberkulose, hiv/aids, influenza og virusepidemier som covid-19. Efter sars-epidemien i 2003 blev det internationale samarbejde omkring bekæmpelse og kontrol af epidemier/pandemier styrket gennem vedtagelse af et internationalt sundhedsregulativ i 2005.

Øvrige opgaver for organisationen: Koordination af børnevaccinationsprogrammer mod bl.a. polio, difteri og mæslinger. WHO har desuden en ledende rolle i koordinationen af indsatsen for FN's verdensmål, især mål 3 om et sundt liv for alle.

Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC)
EU-agentur oprettet i 2005. Hovedsæde i Stockholm. Agenturet har ca. 300 medarbejdere. Medlemmerne udgøres af EU-landene og de tre EØS-lande, Norge, Island og Liechtenstein. Øverste ansvarlige: Direktør Andrea Ammon, udnævnt i 2017 for en 5-årig periode af ECDC's bestyrelse. Andrea Ammon er bl.a. tidligere vicedirektør i ECDC og er tysk statsborger.

ECDC's erklærede formål er at styrke Europas forsvar mod smitsomme sygdomme. Agenturet identificerer, vurderer og formidler oplysninger om eksisterende og nye sundhedsrisici fra smitsomme sygdomme og bistår med at koordinere EU-landenes beredskabs- og indsatskapacitet.

ECDC giver overvågningsdata og videnskabelig rådgivning om de p.t. 52 anmeldelsespligtige overførbare sygdomme og tilstande, udbrud af sygdomme og trusler mod folkesundheden. Agenturet henter ekspertise og viden fra egne eksperter, fælleseuropæiske sygdomsnetværk og nationale offentlige organer.

ECDC driver tre centrale systemer, der dækker forskellige områder inden for sygdomskontrol:
1. Early Warning and Response System of the European Union (EWRS) – tidlig identifikation af nye trusler.
2. Epidemic Intelligence Information System (EPIS) – information om epidemier.
3. Surveillance and Disease Data (TESSy) – sygdomsovervågning.

Udmeldingerne i sidste halvdel af januar 2020 signalerer, at de danske sundhedsmyndigheder på det tidspunkt ser med alvor på virusudbruddet i Kina. Kommunikationen i hele denne fase er dog samtidig, at sandsynligheden for spredning af smitten til Danmark er lav, og at man i Danmark er parat til at håndtere situationen og hindre, at der sker smittespredning i Danmark, hvis smitten skulle sprede sig hertil. Den 28. januar skriver Sundhedsstyrelsen i en pressemeddelelse, at »Sundhedsstyrelsen vurderer fortsat, at der er lille sandsynlighed for, at sygdommen kommer til Danmark, men følger situationen nøje og er klar, hvis der skulle

komme et tilfælde til Danmark.«[20] Den 27. januar fraråder Udenrigsministeriet alle ikke-nødvendige rejser til provinsen Hubei i Kina.[21]

WHO erklærer virusudbruddet en international nødsituation

WHO erklærer den 30. januar 2020, at der er tale om en folkesundhedsmæssig krise af international betydning.[22] Tilsvarende erklæringer blev udmeldt ved influenzapandemien i 2009, udbruddene af ebolavirus i 2014 og 2018 og zikaudbruddet i 2016. WHO definerer – i kort form – en sådan krise som en ekstraordinær begivenhed, der udgør en international trussel mod den offentlige sundhed, og som derfor kræver øjeblikkelig international reaktion.

Ved at erklære en folkesundhedsmæssig krise af international betydning opnår WHO bedre muligheder for at sikre en koordineret indsats mellem medlemslandene for at inddæmme udbruddet. WHO vil også bedre kunne hjælpe lav- og mellemindkomstlande til at styrke deres beredskab. Derudover kan WHO sikre midler til støtte til forskning i behandling og udvikling af en vaccine.

WHO's generaldirektør, dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, fastslår på pressemødet den 30. januar 2020, at baggrunden for erklæringen ikke er udviklingen i Kina, men udviklingen i andre lande og bekymringen for, at lande med relativt svagt udbyggede sundhedssystemer vil være dårligt rustet til at håndtere udbruddet. På verdensplan er der på dette tidspunkt ifølge WHO registreret 7.834 bekræftede smittetilfælde, heraf 7.736 i Kina. 170 er registreret døde med covid-19 – alle i Kina.

Sundhedsstyrelsen i Danmark udsender den 30. januar 2020 en pressemeddelelse om WHO's beslutning om at erklære situationen for en folkesundhedsmæssig krise af international betydning og gør i den forbindelse opmærksom på, at beredskabet i Danmark er på plads.[23]

Perioden fra den 31. januar 2020 til den 10. marts 2020

Smittespredningen - globalt og nationalt

Figur 3.2 viser udviklingen på verdensplan i registrerede smittetilfælde i perioden fra den 31. december 2019 til den 10. marts 2020. Langt de fleste smittetilfælde findes i denne periode stadig i Kina, og de store udsving, der sker i perioden, skyldes primært, at de kinesiske myndigheder flere gange ændrer kriterierne for, hvilke patienter der medtages i statistikken. I slutningen af januar og begyndelsen af februar sker der en hastig smittespredning i Kina, men fra midten af februar falder antallet af smittede, og det ser ud til, at smittespredningen er ved at komme under kontrol. Herefter accelererer smittespredningen dog uden for Kina, og der registreres i slutningen af februar smittespredning i Sydkorea, Japan, Singapore, Hongkong, Iran og den nordlige del af Italien.

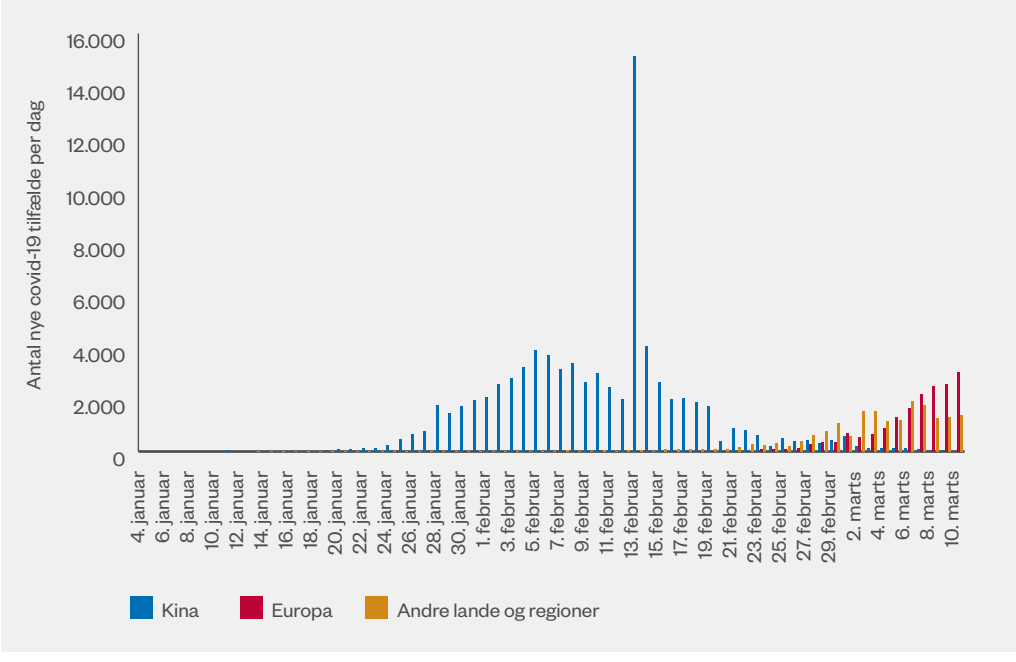
20 »Ny Coronavirus – fortsat kun lav risiko i Danmark«, Sundhedsstyrelsen, den 28. januar 2020.

21 »Udenrigsministeriet fraråder alle ikke-nødvendige rejser til provinsen Hubei i Kina på grund af udbrud med ny coronavirus«, Statens Serum Institut, den 27. januar 2020.

22 »Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)«, WHO, den 30. januar 2020.

23 »WHO erklærer global nødsituation på baggrund af ny coronavirus«, Sundhedsstyrelsen, den 30. januar 2020.

Figur 3.2. Nye covid-19-tilfælde i Kina, Europa og andre lande, fra den 1. januar til den 10. marts 2020



Kilde: WHO. Data downloaded fra https://covid19.who.int/table. Den dramatiske stigning i de registrerede tilfælde i Kina den 13. februar skyldes, at man i Kina ændrer de diagnostiske krav for at have covid-19 og derefter efterregistrerer flere tilfælde.

Den 31. januar 2020 suspenderer den italienske regering alle fly til og fra Kina. Det sker, efter at kinesiske turister i Rom er testet positive for covid-19. En uge senere testes en italiensk mand positiv for covid-19 efter at være hjemkommet fra Wuhan. Den 22. februar rapporterer de italienske myndigheder om lokale smitteudbrud i regionerne Lombardiet, Piemonte og Veneto. I de følgende dage konstaterer man også større smitteudbrud i den italienske region Emilia-Romagna. Vurderingen er, at der foregår lokal smittespredning i disse regioner og altså ikke kun smitte importeret af personer hjemvendt fra lande med smittespredning.

I den sidste uge af februar 2020 registrerer myndighederne stigende smittetilfælde i de europæiske lande, og den 2. marts er der i alt registreret mere end 2.000 smittede i EU, EØS-landene og Storbritannien, heraf 38 døde med covid-19. 77 pct. af de smittede er registreret i Italien, og 92 pct. af dødsfaldene er registreret i Italien. Samtidig er der registreret smittede i alle de italienske regioner, og på verdensplan er der registreret smittetilfælde i 66 lande.

Den 4. marts er der i Italien registreret 100 døde med covid-19, og den 8. marts beslutter den italienske regering at indføre karantæneregler og nedlukninger i hele Lombardiet og 14 andre norditalienske provinser. To dage senere, den 10. marts, udvides nedlukningen, der bl.a. inkluderer rejserestriktioner og forbud mod offentlige forsamlinger, til hele Italien.

Den første dansker bliver testet positiv for covid-19 den 27. februar 2020. Den pågældende er få dage før kommet hjem fra skiferie i Norditalien. Inden da har Statens Serum Institut gennemført 88 test, som alle var negative. Dagen efter testes endnu en person positiv for covid-19, efter at vedkommende er kommet hjem fra en konference i München. Styrelsen for Patientsikkerhed oplyser den 3. marts, at antallet af bekræftet smittede personer, der opholder sig i Danmark, nu er oppe på 10. Den 5. marts er det tal steget til 20 personer.[24] Den 9. marts oplyser styrelsen, at det samlede antal smittede i Danmark nu er oppe på 59, og at 770 personer er i karantæne som led i kontakt- og smitteopsporingsarbejdet. Samtidig udsender styrelsen i disse dage advarsler om, at der har været en smittet til stede på Søpavillonen i København og til en fredagsbar på Panum Instituttet i København. Den 8. marts lukker Rysensteen Gymnasium i København midlertidigt på grund af to tilfælde af coronasmitte. Det samme gør Malling Skole nær Aarhus den 10. marts efter to konstaterede tilfælde af coronasmitte. Den 10. marts er der i Danmark registreret 156 smittede.

Udmeldinger fra WHO

Siden den 20. januar 2020 har WHO på omtrent daglig basis udgivet situationsrapporter med aktuel information om covid-19's udbredelse og håndtering på tværs af landene. Den 3. februar udgives en 28 siders rapport med titlen »2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan.« I rapporten opfordres landene til kraftigt at opskalere deres beredskaber, herunder at styrke beredskabet til hurtig identifikation, diagnose og behandling af smittede med covid-19, styrke beredskabet til kontaktopsporing med særligt fokus på beskyttelse af sundhedsfaciliteter, indføre sundhedstiltag over for rejsende og at skabe øget bevidsthed i befolkningerne gennem risikokommunikation og lokale indsatser. Samtidig konstaterer rapporten (side 4):

> »Der rapporteres fortsat internationalt om importerede smittetilfælde, heriblandt adskillige tilfælde af sekundær smitte uden for Kina. Hurtig smitteopsporing kompliceres af mange faktorer, bl.a. begrænset testkapacitet globalt, ikke-specifikke symptomer på sygdommen og den samtidige cirkulation af andre luftvejssygdomme.«

Den 16. februar 2020 sender WHO en international ekspertgruppe til Kina for sammen med kinesiske eksperter at vurdere alvoren i den nye sygdom, herunder lære mere om, hvordan den smitter, og hvilken effekt de kinesiske tiltag har haft. Den 24. februar fremlægger lederne af gruppen deres konklusioner på en pressekonference.[25] De advarer om, at mange lande hverken mentalt eller materielt er klar

24 Ifølge WHO's situationsrapporter er der »local transmission« i Danmark allerede fra den 2. marts 2020, men den 7. marts er der ifølge Styrelsen for Patientsikkerhed endnu ingen verificerede smittetilfælde i Danmark, der ikke kan relateres tilbage til udlandet.

25 »Press Conference of WHO-China Joint Mission on COVID-19 – Date: February 24th, 2020 (evening)«, WHO, den 24. februar 2020.

til at tage de tiltag, som er gennemført for at inddæmme og kontrollere smitten i Kina. Det kræver ifølge ekspertgruppen vidtgående og omfattende ikke-farmaceutiske tiltag såsom smitteopsporing, kontaktopsporing, isolation, monitorering og overvågning samt brug af karantæneforanstaltninger. Og hvis sådanne tiltag skal virke, kræver det ifølge ekspertgruppen en exceptionelt høj grad af folkelig forståelse og accept af tiltagene. WHO opfordrer lande med importerede smittetilfælde til øjeblikkelig at iværksætte det højeste niveau af nationalt beredskab. Succes er ifølge ekspertgruppen afhængig af hurtig beslutningstagning, en konsekvent og grundig indsats af sundhedsmyndighederne og aktivering og inddragelse af civilsamfundet.

WHO offentliggør selve den 40 sider lange rapport fra ekspertgruppen den 28. februar 2020. Rapporten giver på en række punkter mere sikker viden om, hvordan covid-19 smitter, hvor der sker mest smittespredning, effekten af systematisk test og smitteopsporing, typiske symptomer og sygdomsforløb, særlige risikogrupper, dødelighed m.v.[26] I forhold til de kinesiske myndigheders kontroltiltag konkluderer rapporten, at nedlukningen siden den 23. januar af Wuhan og byens nabokommuner effektivt har forhindret yderligere smitte til andre områder i Kina. Endvidere advarer ekspertgruppen om den risiko, der kan ligge i at indrette sine strategier og tiltag ud fra det kendskab, man har til lignende, tidligere infektionssygdomme (side 18):

> »Covid-19-virus er et nyt og meget smitsomt patogen, som kan sprede sig hurtigt og forårsage enorme helbredsmæssige, økonomiske og samfundsmæssige skader. Det er hverken sars eller influenza. Hvis vi kun lægger velkendte patogener til grund for vores bekæmpelsesstrategi, risikerer vi, at vi ikke udnytter alle de midler, der er til rådighed for at forhindre eller reducere smittespredningen og dermed redde liv.«

Udmeldinger fra ECDC

Det europæiske agentur ECDC udgiver risikovurderinger om covid-19 med ca. 10-14 dages mellemrum begyndende den 22. januar 2020. De første vurderinger er præget af den forholdsvis store usikkerhed, som på det tidspunkt hersker om mange aspekter af den nye sygdom, men indeholder også klare opfordringer til medlemslandene om at tage forebyggende tiltag. Den fjerde risikovurdering, offentliggjort den 14. februar 2020, er en anelse mere optimistisk end de forudgående risikovurderinger fra ECDC.[27] Det afspejler tilsyneladende det fald i kurven over smittede, som indtræder omkring dette tidspunkt – se figur 3.2 ovenfor. Den næste risikovurdering, der kommer fra ECDC den 2. marts, er til gengæld temmelig dyster læsning. Hvor risikoen for smitte blandt befolkningerne i EU, EØS-landene og Storbritannien i den forrige rapport blev vurderet som lav, bliver risikoen i rapporten fra den 2. marts vurderet som moderat til høj.[28]

26 »Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)«, WHO, den 24. februar 2020.

27 »Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): increased transmission beyond China – fourth update«, ECDC, den 14. februar 2020.

28 »Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update«, ECDC, den 2. marts 2020.

I samme rapport fra den 2. marts beskriver ECDC fem scenarier for udviklingen af covid-19-udbrud i Storbritannien, EU- og EØS-landene. Især tre af scenarierne er relevante for den situation, de europæiske lande ifølge ECDC står i på det tidspunkt.[29] De fleste europæiske lande befinder sig på det tidspunkt i det, ECDC betegner som scenarie 1, som beskriver en situation med flere uafhængige smitteudbrud, hvor der foregår begrænset spredning af smitte inden for landet. I den situation anbefaler ECDC en inddæmningsstrategi, hvor målet er at blokere smitteveje gennem tidlig opsporing i forsøg på at undgå eller forsinke smittespredning og den belastning af sundhedsvæsenet, som deraf følger.

Samtidig advarer ECDC om, at situationen i mange lande meget hurtigt kan skifte til scenarie 2, der er karakteriseret ved et stigende antal nysmittede og med adskillige smitteudbrud, hvor der foregår lokal smitte blandt befolkningen. Også i dette scenarie anbefaler ECDC, at landene fokuserer på smitteinddæmning i det omfang, det er praktisk muligt. I det tredje scenarie, som ECDC ikke på daværende tidspunkt finder i noget EU-land, smelter lokale smitteudbrud sammen til større smitteområder, og der er vedvarende smitte i samfundet og et stigende pres på sundhedssystemerne. I den situation må målet ifølge ECDC være at afbøde effekterne af smitten ved primært at afhjælpe presset på sundhedsvæsenet og beskytte de mest udsatte risikogrupper i befolkningen. Rapporten fra den 2. marts indeholder samtidig en væsentlig udvidelse af de responsmuligheder, som ECDC anbefaler myndighederne at overveje. Responsmulighederne er gengivet i boks 3.4.

Boks 3.4: De responsmuligheder, som de nationale myndigheder ifølge ECDC bør overveje

- Iværksæt nationalt alarm- og pandemiberedskab for at inddæmme og begrænse spredningen af covid-19 ved hjælp af ikke-farmaceutiske sundhedstiltag.
- Sørg for, at befolkningen er klar over, hvor farlig en virus covid-19 er. Folkeoplysning, lokal indsats og accept af de virusbegrænsende tiltag er afgørende for at forhindre smittespredning.
- Følg de anbefalede procedurer for covid-19, hvad angår laboratorietest, diagnosticering, overvågning og behandling.
- Hav fokus på overvågning, epidemiologisk undersøgelse, kontaktopsporing, håndtering af nære kontakter til smittede personer og øjeblikkelig påvisning og isolation.
- Implementer tiltag, der kan skabe fysisk afstand med henblik på at bryde smittekæder (f.eks. lokale forbud mod større forsamlinger og lokale, proaktive nedlukninger af skoler og arbejdspladser, hvis der er lokale smitteudbrud).
- Sørg for relevant folkeoplysning om virussen, at sundhedspersonalet har adgang til værnemidler, og at sundhedsvæsenet iværksætter strikse, virusforebyggende tiltag og fører kontrol med samme.
- Sørg for, at sundhedsvæsenet har kapacitet til at isolere, støtte og behandle patienterne.

Kilde: »Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update«, ECDC, den 2. marts 2020.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer for håndtering af covid-19

Sundhedsstyrelsen opdaterer løbende sine retningslinjer for håndtering af covid-19. I de første to udsendte retningslinjer for håndtering af covid-19 er udmeldingen fra Sundhedsstyrel-

29 De to resterende scenarier er scenarie 4 i ECDC-rapporten, som beskriver en situation, hvor kapaciteten i sundhedssystemet ikke kan følge med, og scenarie 0, hvor der ikke er nogen identificerede smittetilfælde i landet, men til gengæld smitteudbrud andre steder i Europa.

sen (den såkaldte casedefinition), at man skal mistænke covid-19 hos personer, der opfylder følgende kriterier:[30]

- Ophold i Wuhan, Hubeiprovinsen, inden for de sidste 14 dage før symptomdebut
- eller inden for de seneste 14 dage har haft kontakt med en person, som er mistænkt for eller har fået påvist infektion med 2019-nCoV,
- og har akut, alvorlig, nedre luftvejsinfektion med feber[31] eller anden alvorlig infektion.

Fra og med den tredje opdatering af retningslinjerne, som styrelsen foretager den 5. februar, bliver det geografiske kriterium udvidet, sådan at covid-19 skal mistænkes hos personer, der inden for de sidste 14 dage før symptomdebut har opholdt sig i områder, »hvor der formodes at være pågående transmission af 2019-nCoV«, og der er herefter i retningslinjerne indsat et link til ECDC's liste over områder, hvor der antages at være lokal smittespredning. På det tidspunkt betyder det, at det geografiske risikoområde bliver udvidet til at omfatte hele Kina.

Samtidig er der nu i retningslinjerne angivet en bredere vifte af symptomer, som kan give anledning til mistanke om covid-19. Den 24. februar 2020 tilføjes de fire norditalienske regioner til listen over særlige risikoområder. Fra og med den 2. marts henvises der i retningslinjerne ikke længere til ECDC's liste over risikoområder, men derimod til Sundhedsstyrelsens egen liste, som bygger på risikovurderinger fra Statens Serum Institut. Sideløbende udgiver WHO sine daglige situationsrapporter, og i situationsrapporten fra den 1. marts er der ifølge WHO registreret lokal smittespredning i en række europæiske lande. Tabel 3.1 viser WHO's opgørelse for de ti europæiske lande med flest registrerede smittetilfælde pr. 1. marts 2020.

Sundhedsstyrelsen udvikler og præciserer fra februar måned 2020 retningslinjerne for kontaktopsporing, karantæne og selvisolering. I de retningslinjer, der udsendes den 4. marts udvides casedefinitionen yderligere til at omhandle: »Indlagte patienter med symptomer på svær, nedre luftvejsinfektion og som er svært klinisk påvirket, herunder behov for fx ilttilskud, uden kendt ætiologi, uanset rejseanamnese.« I denne retningslinje giver Sundhedsstyrelsen desuden en beskrivelse af den strategi, man på dette tidspunkt arbejder efter:

> »Myndighederne i Danmark arbejder ud fra en inddæmningsstrategi, hvor man forsøger at opspore smittede og deres kontakter for derved at undgå videresmitte til samfundet. Det må ud fra den nuværende internationale situation, med stadig flere tilfælde i de europæiske lande, forventes, at vi i nær fremtid kan komme i en situation med vedvarende person-til-person smitte i Danmark. Inddæmningsstrategien vil i en sådan situation kunne forhale epidemiens start og medvirke til at holde antallet af smittede nede.«[32]

30 De første retningslinjer udsendes den 15. januar (»Case definition, diagnostik og håndtering af patienter ved mistanke om ny coronavirus (nCoV) fra Wuhan, Hubei-provinsen, Kina«). De næste retningslinjer den 23. januar (»Retningslinjer for håndtering af ny coronavirus »2019-nCoV««) med revisioner udsendt den 30. januar (»Tillæg til Sundhedsstyrelsens retningslinje vedrørende håndtering af »ny coronavirus««).

31 Feber defineres i retningslinjerne som højere end 38 °C.

32 »Retningslinjer for håndtering af covid-19«, Sundhedsstyrelsen, den 4. marts 2020, s.2.

Tabel 3.1. De ti europæiske lande med flest laboratoriebekræftede covid-19-tilfælde pr. 1. marts 2020

Land	Registrerede tilfælde i alt (nye)	Antal døde (nye)	Smittespredning
Italien	1.128 (240)	29 (8)	Lokal smittespredning
Frankrig	100 (43)	2 (0)	Lokal smittespredning
Tyskland	57 (0)	0 (0)	Lokal smittespredning
Spanien	45 (13)	0 (0)	Lokal smittespredning
Storbritannien	23 (3)	0 (0)	Lokal smittespredning
Schweiz	18 (8)	0 (0)	Kun importerede tilfælde
Norge	15 (9)	0 (0)	Lokal smittespredning
Sverige	13 (1)	0 (0)	Kun importerede tilfælde
Østrig	10 (5)	0 (0)	Kun importerede tilfælde
Kroatien	7 (2)	0 (0)	Lokal smittespredning

Kilde: »Coronavirus disease 2019 (COVID-19) – Situation Report – 41«, WHO, den 1. marts 2020.
Note: »(nye)« henviser til ændringen i forhold til dagen før.

Dagen før, den 3. marts, har Sundhedsstyrelsen anbefalet alle borgere, der siden 2. marts 2020 er kommet hjem fra et af de særlige risikoområder, at holde sig hjemme i 2 uger efter hjemkomsten. For personale på sundheds- og ældreområdet, som har direkte kontakt til borgere og patienter, er det et krav, at de skal blive hjemme i 2 uger, hvis de er kommet hjem fra et af de særlige risikoområder.[33]

I begyndelsen af perioden er det kun Hvidovre Hospital og Aarhus Universitetshospital (Skejby), der kan tage imod patienter med mistanke om covid-19, men efter retningslinjerne udsendt den 24. februar kan patienter også modtages på Rigshospitalet (Blegdamsvej), Aalborg Universitetshospital (Syd), Sjællands Universitetshospital (Roskilde) og Odense Universitetshospital. Af disse retningslinjer fremgår det desuden, at test fremover ikke kun kan foretages af Statens Serum Institut, men også kan udføres på klinisk mikrobiologiske afdelinger på Rigshospitalet (Blegdamsvej), Hvidovre Hospital, Aarhus Universitetshospital (Skejby), Aalborg Universitetshospital (Syd) og Odense Universitetshospital (Odense).

I de retningslinjer, der udsendes den 12. marts, er feber hos patienten ikke længere angivet som en del af casedefinitionen på covid-19.

33 »Covid-19: Nye krav til sundhedspersonalet«, Sundhedsstyrelsen, den 3. marts 2020.

Pressemeddelelser og nyhedsbreve fra de danske sundhedsmyndigheder

De danske sundhedsmyndigheder udsender i perioden fra den 31. januar til og med den 10. marts 2020 ganske mange covid-19-relaterede nyheder og pressemeddelelser. Det gælder især Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, men også Styrelsen for Patientsikkerhed og i mindre grad Sundheds- og Ældreministeriet. I slutningen af januar og begyndelsen af februar handler de fleste om modtagelse og testning af de danskere, som myndighederne beslutter sig for at hjælpe hjem fra Hubeiprovinsen. Derefter handler de fleste nyheder om håndtering af og information til passagerer i danske lufthavne.

Statens Serum Institut udgiver et nyhedsbrev, EPI-Nyt, som formidler viden om overvågning og forebyggelse af smitsomme sygdomme, herunder aktuelle udbrud som covid-19-udbruddet. Den 19. februar 2020 er det en relativt optimistisk status på covid-19-udbruddet, man kan læse i EPI-Nyt. Der kan på det tidspunkt konstateres en aftagende smittespredning i Kina, og samtidig er der ikke tegn på ukontrolleret smittespredning uden for Kina (jf. også figur 3.2 ovenfor). Det konstateres i nyhedsbrevet, at epidemien toppede i Kina fra den 23. til den 27. januar. I EU og Storbritannien har der på dette tidspunkt været påvist 45 smittede og et enkelt dødsfald, men ifølge nyhedsbrevet er der ikke tegn på pågående smittespredning: »Der er derfor grund til forsigtig optimisme i forhold til den aktuelle inddæmningsstrategi i Kina«, vurderes det med den tilføjelse, at der stadig er risiko for, at virussen kan sprede sig yderligere til lande med svage sundhedssystemer og manglende ressourcer til at gennemføre omfattende smitteopsporing og karantæneforanstaltninger over for raske kontakter til smittede.[34] På grund af virussens smitsomhed vurderer Statens Serum Institut covid-19 til at have »pandemisk potentiale«, men da de fleste smittede kun vil opleve et mildt forløb, vurderer seruminstituttet i dette nyhedsbrev, at covid-19 bedre kan sammenlignes med andre luftvejsvirusser som eksempelvis influenza end med sars og mers.

I dagene derefter går udviklingen dog den forkerte vej, og den 22. februar bekræfter det italienske sundhedsministerium, at man har haft mere end 130 tilfælde med covid-19. Der har desuden været flere tilfælde af lokal smittespredning i lande som Iran, Sydkorea, Japan og Singapore. I det næste nummer af EPI-Nyt, den 26. februar, vurderer Statens Serum Institut nu, at der i takt med den tiltagende globale spredning af covid-19 er øget sandsynlighed for, at der også vil optræde smittetilfælde i Danmark. Det er samtidig grunden til, at Sundhedsstyrelsen 2 dage før, den 24. februar, udsender nye retningslinjer for håndtering af covid-19. Det er i disse retningslinjer, Sundhedsstyrelsen udvider kredsen af risikoområder, udvider antallet af hospitaler, der kan modtage patienter med mistanke om covid-19, og giver mulighed for at udføre test for covid-19 andre steder end hos Statens Serum Institut (jf. ovenfor).

Covid-19 tilføjes liste B

Lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme – i daglig tale epidemiloven – udgør den retlige ramme for danske myndigheders forebyggelse af alvorlige smitsomme sygdomme. De sygdomme, der er dækket af loven, fremgår af lovens bilag, liste A og B.

34 Nyhedsbrevet EPI-NYT nr. 7/8 - 2020: »Udbrud af lungebetændelse med ny coronavirus (COVID-19) – status«, Statens Serum Institut, den 19. februar 2020.

Liste A vedrører sygdomme, der er defineret som »alment farlige« såsom kopper, sars, ebola og pest. De alment farlige sygdomme er sygdomme med en stor smitterisiko, et sædvanligvis alvorligt forløb og ofte en høj dødelighed. Liste B vedrører smitsomme sygdomme såsom kolera, tyfus, mæslinger, influenza m.v. Ved bekendtgørelse nr. 157 af 27. februar 2020 udstedt af sundheds- og ældreministeren bliver covid-19 tilføjet liste B med virkning fra den 29. februar 2020.

Epidemilovens anvendelsesområde er opdelt, således at en del af de foranstaltninger, som myndighederne kan iværksætte, kun kan anvendes på liste A-sygdomme, medmindre sundheds- og ældreministeren efter indstilling[35] fra Sundhedsstyrelsen i medfør af lovens § 10 beslutter, at disse foranstaltninger tillige kan anvendes på en liste B-sygdom, der optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning. Denne bemyndigelse anvender sundheds- og ældreministeren den 28. februar 2020, da ministeren bestemmer, at de foranstaltninger, der kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, også kan bringes i anvendelse over for covid-19 i visse konkrete situationer.[36] Det ville herefter i konkrete tilfælde være muligt at isolere borgere ved tvang, jf. dog kapitel 12.

Pressemøde i Statsministeriet den 6. marts 2020

Den 6. marts 2020 indkalder Statsministeriet til pressemøde om covid-19-situationen. På pressemødet oplyser statsministeren, at regeringen følger udviklingen tæt. De danske myndigheders strategi handler grundlæggende om at forsinke spredningen af virus mest muligt og således om at begrænse antallet, der bliver syge i Danmark. Derudover tilkendegiver statsministeren, at det også er en strategi

> »… der er valgt for at afbøde de negative konsekvenser for det omkringliggende samfund - altså os alle sammen. Det handler om arbejdspladser, det handler om danske virksomheder, eksporten, det handler om kapaciteten - den samlede kapacitet i vores sundhedsvæsen, og dermed også andre patientgrupper, vores dagligdag, men det handler også i stigende grad om vores samlede samfundsøkonomi.«[37]

På pressemødet opfordrer statsministeren til, at alle arrangementer med 1.000 eller flere deltagere aflyses eller udskydes, foreløbig indtil slutningen af marts. For det andet kommer Sundhedsstyrelsen repræsenteret på pressemødet ved direktør Søren Brostrøm med anbefalinger om, hvordan borgerne fremover omgås hinanden. Det gælder opfordringer til »god hosteetikette« og opfordringer til at holde afstand, holde igen med kram, kindkys og håndtryk, og at man ikke besøger eksempelvis et plejecenter, et sygehus eller ens ældre pårørende, hvis man selv er syg eller smittefarlig. For det tredje opfordres borgerne på pressemødet til at ajourføre sig med ændrede rejsevejledninger, og der annonceres en ny hjemmeside, www.coronasmitte.dk, hvor oplysninger om covid-19 fremover vil blive samlet.

35 Dette var reglen indtil revisionen af epidemiloven den 31. marts 2020, jf. nedenfor om beslutningsprocessen i forbindelse med revisionen af liste A og B og den tidsbegrænsede revision af epidemiloven.

36 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 8.

37 Udskrift af pressemøde den 6. marts 2020, Statsministeriet.

Sundhedsstyrelsens notat offentliggjort den 10. marts 2020

Den 10. marts 2020 offentliggør Sundhedsstyrelsen notatet »COVID-19 Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark.« I notatet giver Sundhedsstyrelsen en aktuel risikovurdering og en række anbefalinger til, hvilken strategi man i Danmark bør forfølge, og hvilke tiltag der bør bringes i anvendelse. Hvad angår risikovurderingen, er budskabet i notatet, at situationen i Italien og udviklingen i smittespredningen i landene omkring Danmark gør, at risikoen for en lignende udvikling i Danmark stiger.

Sundhedsstyrelsens notat indeholder en fasemodel, gengivet i figur 3.3, og det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at Danmark på dette tidspunkt befinder sig i fase 1. Samtidig er vurderingen dog, at fase 2 og 3 vil indtræffe på et tidspunkt. I takt med yderligere smittespredning i Danmark er det ifølge notatet Sundhedsstyrelsens opfordring, at de centrale prioriteter i indsatsen skal skifte fra smitteopsporing og inddæmning i befolkningen til en afbødningsstrategi, hvor fokus er på forebyggelse af smittespredning til de mest sårbare grupper og at sikre behandlingskapaciteten på sygehusene.

Ved tiltagende smittespredning i samfundet og flere tilfælde uden klare smittekæder vil der ifølge notatet skulle iværksættes en betydelig mobilisering og prioritering af ressourcer for at begrænse komplikationsraten for behandlingskrævende patienter. Samtidig vil diagnosticering og udredning af mulige tilfælde primært skulle rettes mod patienter med behandlingskrævende sygdom for at undgå overbelastning af kapaciteten på sygehusene. I den situation, skriver Sundhedsstyrelsen, vil tiltag som kontaktopsporing og karantænesætning være meget ressourcekrævende og uden den store effekt.

Figur 3.3. Gengivelse af Sundhedsstyrelsens fasemodel

Kilde: Gengivet efter figur s. 6 i »COVID-19 Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark«, Sundhedsstyrelsen, den 10. marts 2020.

Sundhedsstyrelsen sætter i notatet tal på antallet af forventet smittede i epidemiens første angrebsbølge:

> »Det er således Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Instituts samlede vurdering, i lyset af de tiltag der har været iværksat i Danmark, at man bør tage udgangspunkt i en angrebsrate på 10 pct., når man skal opstille et realistisk planlægningsscenarie for håndteringen af en epidemi med COVID-19 i Danmark.«

På den baggrund regner Sundhedsstyrelsen sig frem til en forventet sygdomsbyrde ved en første bølge af covid-19 i Danmark, som indebærer, at 10 pct. af befolkningen bliver smittet (580.000), 10 pct. af disse får behov for sundhedsvæsenet (58.000), og 15 pct. af disse vil få behov for indlæggelse (8.700), og 5 pct. vil blive kritisk syge (2.900). Samtidig opererer Sundhedsstyrelsen på dette tidspunkt med en estimeret dødelighed for covid-19 på 0,3-1 pct. varierende over aldersgrupper. Det betyder ifølge Sundhedsstyrelsens notat, at: »covid-19 estimeres at kunne medføre en overdødelighed i størrelsesordenen 1.680-5.600 patienter.« Det er dog styrelsens forventning, »at det danske sundhedsvæsen vil kunne iværksætte særdeles effektive tiltag, der gør at dødeligheden forventes at være i den lave ende af spektret.«

Hvad angår tidshorisonten, vurderes det i notatet,

> »at det nu er et spørgsmål om tid, formentlig dage til uger før de nordiske lande, herunder Danmark står i en tilsvarende situation som de øvrige lande i Europa [...] Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut vurderer derfor, at Danmark er på vej ind i en ny fase, hvor der overordnet er 4 hovedprioriteringer af tiltag i forbindelse med en afbødningsstrategi.«

De fire hovedprioriteringer af tiltag er gengivet i tabel 3.2. Et fællestræk er, at der er tale om opfordringer til ændret adfærd, ikke påbud.

Pressemøde i Statsministeriet den 10. marts 2020

Den 10. marts afholdes det andet covid-19-relaterede pressemøde i Statsministeriet. Statsministeren indleder med at konstatere, at antallet af smittede siden pressemødet den 6. marts er steget fra 21 i Danmark til nu 156. Samtidig gør hun opmærksom på, at Italien aftenen forinden »bogstaveligt talt« lukkede ned. Senere samme dag er der indkaldt til hastemøde i Det Europæiske Råd. Ifølge statsministeren arbejder myndighederne først og fremmest med at inddæmme og forsinke spredningen af virussen og dermed afbøde så mange af konsekvenserne som muligt. Hun advarer om, at der kan opstå kapacitetsproblemer i sundhedsvæsenet – både hvad angår respiratorer, og hvad angår sundhedspersonale. Sundheds- og ældreministeren følger op og viser på pressemødet de to grafer, som er gengivet i figur 3.4. Ministeren præsenterer graferne som to forskellige smittescenarier, hvor den orange graf viser scenariet, hvis der ikke gøres foranstaltninger til at begrænse og kontrollere smittespredningen:

Tabel 3.2. De fire hovedprioriteringer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler i notat af 10. marts 2020

Forebygge smittespredning i samfundet	Nedbringe antallet af sociale kontakter	Beskytte ældre og sårbare grupper	Håndtering i sundhedsvæsenet
• Fortsætte borgerrettet kommunikation om god håndhygiejne, hosteetikette m.v. • Obligatorisk håndsprit i offentlige rum, f.eks. arbejdspladser både i det private og det offentlige, togstationer, metro og S-tog. • Obligatoriske hygiejneplakater alle steder i det offentlige rum.	• Opfordring til at benytte alternative transportformer i stedet for tætpakket metro, busser og S-tog, f.eks. cykel. • Opfordring til at undgå offentlig transport i myldretid. • Henstillinger til, at der i den offentlige færdsel sikres afstand eksempelvis i tog, bus m.v. • Opfordring til hjemmearbejde, hvis muligt, særlig ved symptomer på luftvejsinfektion i alle brancher. Sårbare medarbejdere med kroniske sygdomme kan tilbydes hjemmearbejde eller orlov under epidemiens toppunkt. • Forlænge ferie og weekender. • Opfordre til ændret mødekultur på arbejdspladser, f.eks. færre og afkortede møder med øget fysisk afstand mellem mødedeltagere, flere telefonmøder m.v. • Opfordre til at undgå mange mennesker i supermarked, eksempelvis gennem brug af nethandel.	• Øget opmærksomhed i forhold til at forebygge smitte af ældre og sårbare. Indsatsen skal løfte kompetenceniveauet hos især fagpersoner, der har med ældre og sårbare grupper at gøre. Det kan være personer ansat i kommunal hjemmepleje med fokus på, hvordan man undgår at tage smitte med hjemmefra til klienterne. Indsatsen skal også omfatte taxachauffører, der kører flekstrafik, og personer, herunder frivillige, der medvirker til at aktivere de ældre i forsamlinger, klubber osv. • Begrænsning af besøg til plejehjem og sygehuse ved eksempelvis besøgstider og fokus på styrket hygiejne ved besøg. Dette gælder særlig, hvis pårørende har været ude at rejse, eller hvor nære kontakter til de pårørende har været syge. Der bør udarbejdes en konkret vejledning i forhold til besøgspolitik. • Venteværelse med mulighed for afstand og opdeling. • Kommunikation om at være ekstra opmærksom på symptomer ved kontakt til sårbare grupper og opfordring til sårbare grupper om at overveje afbud til sociale arrangementer med mange deltagere.	• Ændre prioritering til fortrinsvis at teste alvorligt syge. • Ophør med geografisk casedefinition, idet det ikke giver mening at fokusere testaktivitet på bestemte geografiske områder i en situation, hvor der allerede er udbredt smitte i det danske samfund. • Liberal testning af medarbejdere i sundheds- og ældresektoren samt deres symptomatiske familiemedlemmer. Testning af sundhedsarbejdere inden raskmelding. • Fortsat telefonvisitation. • Generelt et særligt fokus på, at personale i sundheds- og ældresektoren opfordres til en lavere tærskel for at blive hjemme ved symptomer. • Nedbringe antallet af møder mellem personalet i sundhedssektoren. • Opsporing og karantænesætning nedskaleres. • Patienter, der ikke indlægges, opfordres til hjemmeisolation – uanset om sygdommen er påvist i laboratoriet eller selvdiagnosticeret.

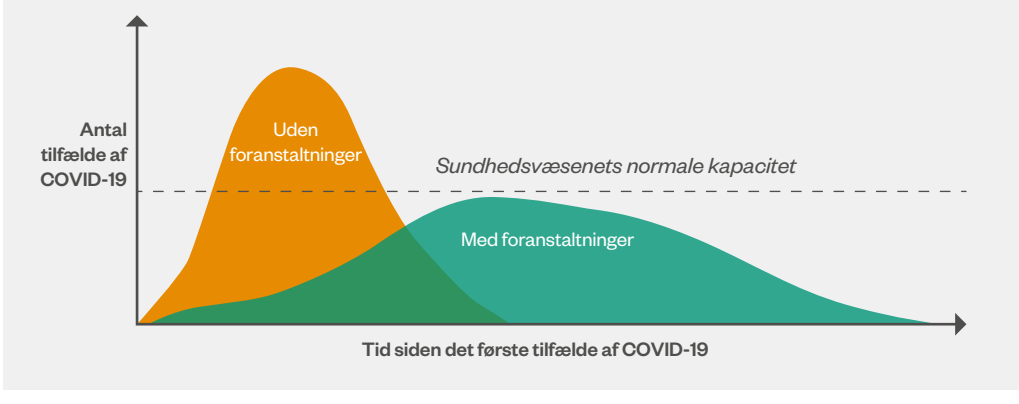
Kilde: »COVID-19 Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark«, Sundhedsstyrelsen, den 10. marts 2020, s. 11-12.

»... hvis ikke vi gør alt, hvad vi kan nu for at mindske og forsinke smitten, så vil vores sundhedsvæsen ikke kunne håndtere situationen. Så vil vi se patienter, der har behov for intensivsenge og respiratorer, ligge på gangene på overfyldte sygehuse. Vi vil se patienter med kroniske sygdomme, lungeproblemer, kræftpatienter, der ikke i tide får den behandling, de har brug for, og det er jo den situation, vi skal gøre alt, hvad vi kan for at undgå. Vi kan også risikere at se gamle mennesker fanget i eget hjem uden den pleje, de har behov for og brug for.«[38]

Den grønne graf illustrerer derimod forløbet, hvor der er truffet effektive foranstaltninger til at bremse epidemien.

På pressemødet annoncerer regeringen herefter en række foranstaltninger, som primært retter sig imod at begrænse rejseaktiviteten ind og ud af Danmark og at hæve kapaciteten i den kollektive trafik.

Figur 3.4. Den grafik, som sundheds- og ældreministeren viser på pressemødet den 10. marts 2020



Statsministeren oplyser desuden på pressemødet den 10. marts, at de andre partiledere er blevet varslet om, at der i de næste dage bliver behov for hastelovgivning, bl.a. af epidemiloven, og at man i de kommende dage må forvente yderligere tiltag og initiativer fra regeringens side.

Senere samme dag på et pressemøde i Finansministeriet introducerer finansminister Nicolai Wammen, erhvervsminister Simon Kollerup og beskæftigelsesminister Peter Hummelgaard en hjælpepakke.[39] Det oplyses, at arrangører kan søge om kompensation for aflyste arrangementer med flere end 1.000 deltagere, og at

38 Udskrift af pressemøde den 10. marts 2020, Statsministeriet.

39 »Corona-virus: Regeringen iværksætter en række initiativer som hjælp for dansk økonomi«, Finansministeriet, den 10. marts 2020.

virksomheder får lov til at udskyde betaling af moms, arbejdsmarkedsbidrag og indkomstskat. Der vil desuden blive oprettet en coronaenhed, som sammen med erhvervslivet skal drøfte yderligere tiltag.

Fra ukendt virus til handlingskrævende sygdom

Dette kapitel har givet en beskrivelse af, hvordan covid-19 fra at have været koncentreret i først og fremmest dele af Kina spreder sig til andre dele af verden. Flere europæiske lande konstaterer de første tilfælde i slutningen af januar (Frankrig den 24. januar og Tyskland den 28. januar 2020), mens det første større europæiske udbrud bliver konstateret i Italien i februar. I løbet af februar spreder smitten sig til andre europæiske lande, og det første tilfælde i Danmark konstateres den 27. februar 2020. Mens myndighederne både nationalt og internationalt til en begyndelse er afventende i deres vurderinger af den nye sygdom, ændrer de i løbet af og i særdeleshed i slutningen af februar deres kommunikation om sygdommen og de risici, den rummer, i en mere ildevarslende og handlingskrævende retning.

I takt med denne skærpelse af risikovurderingen ser man også, hvordan covid-19 og de foranstaltninger, myndighederne kan træffe for at håndtere den nye sygdom, flytter højt op på regeringernes dagsorden. Det er i dette kapitel vist, hvordan det i slutningen af februar også sker i Danmark, og hvordan det fra begyndelsen af marts får regeringen til over for offentligheden at markere, med hvilken alvor den ser situationen, og til at annoncere de første handlingskrævende tiltag for at inddæmme sygdommen. Det følgende kapitel beskriver den videre udvikling med afsæt i pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020, hvor statsministeren annoncerer den delvise nedlukning af Danmark.

corona | covid-19
Politiet kan lukke området
Mange små grupper bliver hurtigt til én stor. Søg væk fra området, hvis det ikke er muligt at holde afstand til andre.
The Police may close this area
Many small groups can easily become one large group. Please leave the area if it is not possible to keep a distance to other people.
STOP
POLITI
Politiet kan indføre et midlertidigt opholdsforbud i området, hvis det vurderes, at smitterisikoen er for stor på grund af for mange personer på samme sted. Også selv om de udgør mange små grupper.
Overvej derfor, om I skal finde et andet sted at opholde jer.
The Police may impose a temporary exclusion area if it is considered that the risk of infection is too high because of too many people assembling in the same place. Even if they constitute many small groups.
In that case please consider to go elsewhere.
Hotline: +45 7020 0233
coronasmitte.dk
POLITI

Kapitel 4

Fra delvis nedlukning til delvis genåbning

Dette kapitel dækker perioden fra den 11. marts 2020 og frem til midten af april 2020. I denne periode sker der en kraftig stigning i antallet af registrerede smittede i Danmark. Det er samtidig i denne periode, at der i Danmark bliver truffet vidtrækkende politiske og administrative beslutninger for at imødegå smittespredning. Sidst i perioden bliver de første skridt taget til en lempelse af de restriktioner, der bliver indført i marts måned.

Kapitlet er inddelt i to hovedafsnit:

1. Den delvise nedlukning, annonceret den 11. marts og gennemført i dagene derefter.
2. Den gradvise og delvise genåbning, annonceret den 30. marts og efterfølgende præsenteret den 6. april med henblik på gradvis iværksættelse i løbet af april.

Tilsvarende kapitel 3 er også dette kapitel alene baseret på offentlige kilder og skrevet med det primære formål at redegøre for væsentlige udviklinger og tiltag i perioden. Senere kapitler vender tilbage til flere af disse begivenheder baseret på det kildemateriale, som der redegøres for i kapitel 5.

Den delvise nedlukning af Danmark

Pressemøde i Statsministeriet den 11. marts 2020

Onsdag den 11. marts 2020 om aftenen afholdes det tredje covid-19-relaterede pressemøde i Statsministeriet. Det er på dette pressemøde, den delvise nedlukning af Danmark bliver annonceret. Samme dag er antallet af danskere, der er testet positive for covid-19 steget til 514. Dagen før var tallet 156. Statsministeren nævner på pressemødet, at Italien nu er lukket ned, og at de italienske hospitaler mangler respiratorer og personale. Den forestående opgave formulerer statsministeren sådan: »Vi har som myndigheder, borgere og som land lige nu én opgave, der er vigtigere end alle andre: Vi skal undgå, at for mange danskere bliver smittet på én gang, som det er sket i Italien.« Videre siger statsministeren, at

> »... den sundhedsfaglige smitteanalyse er, at der er én ting, der virker imod smitten. Og det er, at vi mennesker ikke omgås hinanden for meget. [...] Og det

> er vores klare overbevisning, at vi hellere skal handle i dag end at fortryde i morgen. Vi skal sætte ind, hvor det virker. Der, hvor smitten spredes mest, Og det er, hvor mennesker forsamler sig. Der, hvor mange mennesker er samlet - daginstitutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, aktivitetstilbud, arrangementer, kollektiv trafik. Og derfor er det myndighedernes anbefaling, at vi lukker al unødvendig aktivitet ned på de områder i en periode. Vi anlægger med andre ord et forsigtighedsprincip.«[1]

Herefter opridser statsministeren en række skridt, som vil blive iværksat af myndighederne:

- Elever og studerende på alle uddannelsesinstitutioner sendes hjem nu. Og foreløbig 2 uger fra fredag.
- Alle indendørs kulturinstitutioner, biblioteker, fritidstilbud m.v. lukker nu. Og foreløbig 2 uger fra fredag.
- Alle private institutioner, frivillige foreninger, trossamfund opfordres kraftigt til at gøre det samme.
- Alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, sendes hjem fra arbejde fra fredag og foreløbig 2 uger frem.
- Alle skoler og dagtilbud lukkes fra på mandag og 2 uger frem.
- Alle private arbejdsgivere opfordres kraftigt til at sikre, at flest mulige medarbejdere også kan arbejde hjemmefra. At der afspadseres og afholdes ferie om muligt.

Hensigten med de nævnte tiltag er ifølge statsministeren at minimere aktiviteten i samfundet mest muligt uden at sætte Danmark i stå og dermed uden at kaste Danmark ud i en økonomisk krise. Ændringerne i den offentlige sektor skal med statsministerens ord understøtte, at den private sektor kan fortsætte bedst muligt i længst mulig tid. Der skal produceres, transporteres og sælges varer, og statsministeren understreger, at der ikke er tale om en fødevarekrise.

Herefter fremhæver statsministeren en række yderligere tiltag i forhold til den kollektive trafik og adgang til sygehuse og plejehjem:

- Anvendelsen af den kollektive trafik skal begrænses. Det omfatter bl.a. initiativer, der skal sikre, at passagererne ikke står for tæt, og der indføres pladsbilletkrav hos DSB på alle afgange på regional-, intercity- og lyntog.
- Sygehuse og plejehjem opfordres til at begrænse besøgende med øjeblikkelig virkning.

I forhold til forsamlinger siger statsministeren:

> »Myndighederne har på et tidligere tidspunkt opfordret til, at man ikke samles mere end 1.000 mennesker. Nu lyder opfordringen herfra til, at man ikke samler flere end 100 mennesker indendørs. Og til, at natklubber, diskoteker, værtshuse mv. holder lukket i en periode.«

Statsministeren gør opmærksom på, at der er tale om opfordringer, men at regeringen dagen efter vil bede Folketinget vedtage hastelovgivning, således at der fra starten af den efterfølgende uge kan udstedes egentlige forbud. Statsministeren bemærker desuden, at hun samme aften har holdt møde med alle partiledere og Folketingets formand om

1 Udskrift af pressemøde den 11. marts 2020, Statsministeriet.

hastelovgivningen på en række områder. Ifølge statsministeren er der »... fuld opbakning til, at vi går i gang med det for at sikre, at vi har de nødvendige redskaber f.eks. på epidemilov og anden lovgivning.«

På pressemødet bliver det oplyst, at Udenrigsministeriet vil skærpe rejsevejledningerne yderligere. Der er på dette tidspunkt i forvejen en række steder, som Udenrigsministeriet fraråder rejser til (jf. kapitel 3). Nu bliver en række lande og regioner – både europæiske og oversøiske – tilføjet listen. Videre oplyser statsministeren, at regeringen overvejer muligheden for at indføre yderligere restriktioner ved indrejse til Danmark, f.eks. tvungen helbredsundersøgelse, før man kan komme ind i landet. Skærpelserne bliver på samme pressemøde nærmere gennemgået af direktøren for Udenrigsministeriets Borgerservice, Erik Brøgger Rasmussen.

Direktør for Sundhedsstyrelsen Søren Brostrøm deltager også på pressemødet. Han redegør bl.a. for, hvordan der nu ændres strategi i sundhedsvæsenet. Hidtil har der været fulgt en inddæmningsstrategi, hvor hovedfokus har været på opsporing af personer smittet med covid-19. Men i en situation, hvor der er flere og flere smittede i Danmark, giver denne strategi ifølge Sundhedsstyrelsen ikke længere mening. Derfor er strategien nu at fokusere på dem, der har allermest behov, oplyser Søren Brostrøm, som henviser til, at Sundhedsstyrelsen dagen efter vil udsende nye retningslinjer og information til borgerne. Samtidig oplyser han, at fra og med næste dag kan patienter med covid-19 modtages og indlægges på alle akutsygehuse i Danmark.

WHO erklærer covid-19-udbruddet for en pandemi

Samme dag som statsministeren annoncerer nedlukningen af Danmark, den 11. marts 2020, erklærer WHO, at udbruddet af covid-19 nu kan betegnes som en pandemi (se boks 4.1). Sidst, WHO erklærede en pandemi, var under influenzaudbruddet i 2009.

Boks 4.1. Forskellen på en epidemi og en pandemi

En epidemi kan defineres som en hurtig og ukontrollabel udbredelse af en smitsom sygdom til et stort antal mennesker inden for et vist område og inden for en forholdsvis kort periode.

En pandemi kan defineres som en smitsom sygdoms ukontrollerbare udbredelse over en hel verdensdel eller flere verdensdele. Visse epidemiologer klassificerer først en situation som en pandemi, hvis sygdommen i de nyligt inficerede områder sker gennem lokal smittespredning inden for området.

Kilde: »Pandemi, epidemi eller udbrud: Hvad er forskellen?« Epidemiolog ved Texas A&M University Rebecca Fischer, Videnskab.dk, den 11. marts 2020.

Den 13. marts 2020 bliver Europa erklæret epicenteret for covid-19.[2] Tabel 4.1 viser udviklingen i udbruddet af covid-19 i Europa og globalt i dagene omkring den delvise nedlukning af Danmark. Den 11. marts kommer der også en markant udmelding fra Tysklands forbundskansler, Angela Merkel. Hun oplyser på et pressemøde, at ifølge eksperter kan 60-70 pct. af tyskerne (ca. 58 millioner mennesker) forventes at blive smittet med covid-19.[3] Tyskland kan den 11. marts notere sammenlagt

2 »WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 13 March 2020«, WHO, den 13. marts 2020.

3 »Pressekonferenz von Bundeskanzlerin Merkel, Bundesgesundheitsminister Spahn und RKI-Chef Wieler – Thema: Coronavirus«, Bundesregierung.de, den 11. marts 2020.

1.296 bekræftede smittetilfælde og to covid-19-relaterede dødsfald. På samme tidspunkt bliver Italien det første land, som på grund af covid-19 gennemfører en landsdækkende nedlukning. Italien har den 11. marts sammenlagt registreret 10.149 smittede med covid-19. Der er tale om en stigning på 10,7 pct. i forhold til dagen før, og samme dag registrerer Italien 168 covid-19-relaterede dødsfald inden for det seneste døgn. Det er en stigning på 36 pct. i forhold til dagen før, og det samlede antal covid-19-relaterede dødsfald i Italien er på det tidspunkt 631.

Tabel 4.1. Udviklingen af covid-19 i Europa og globalt fra den 9. marts til den 13. marts 2020

	Antal smittede, Europa	Antal døde med covid-19, Europa	Antal smittede, hele verden	Antal døde med covid-19, hele verden
Den 9. marts 2020	11.998	399	109.695	3.811
Den 10. marts 2020	15.356	536	114.243	4.023
Den 11. marts 2020	18.042	716	118.628	4.292
Den 12. marts 2020	22.894	951	125.518	4.616
Den 13. marts 2020	29.405	1.201	133.921	4.967

Kilde: Europa-Kommissionen baseret på oplysninger fra bl.a. ECDC og WHO. Datoerne i skemaet angiver tidspunktet for offentliggørelse. Tallene gengiver dermed opgørelsen for dagen forinden.

Første ændring af epidemiloven

I dagene efter den 11. marts 2020 bliver der i Danmark truffet mange vidtrækkende politiske og administrative beslutninger. Folketinget hastebehandler et lovforslag om ændring af epidemiloven (lovforslag nr. L 133), der fremsættes den 12. marts og vedtages enstemmigt sent om aftenen samme dag.[4] I sin skriftlige fremsættelse af lovforslaget fastslår sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke, at den gældende lovgivning på en række områder efter regeringens opfattelse ikke er tilstrækkelig til at sikre myndighedernes handlemuligheder og en effektiv ressourceudnyttelse. Det gælder selve forebyggelsen og inddæmningen af smitsomme sygdomme, men også det ekstraordinære pres, som smitsomme sygdomme kan medføre for samfundet, herunder sygehusvæsenet, socialvæsenet og andre områder, hvor der for det offentlige er fastsat forpligtelser og krav til behandling og serviceydelser m.v.

Ændringen af epidemiloven den 12. marts 2020, som træder i kraft den 17. marts, samler de beføjelser, der tidligere tilkom de regionale epidemikommissioner, hos sundheds- og ældreministeren. Denne får samtidig bemyndigelse til at overlade disse beføjelser til andre myndigheder

4 Folketingsåret 2019-20, lovforslag nr. L 133. Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. Denne ændring af epidemiloven og den anden ændring i form af lovforslag nr. L 158, som kort præsenteres senere i kapitlet, vil blive mere grundigt behandlet i udredningens kapitel 6.

og i et vist omfang private aktører. Sundheds- og ældreministeren gives endvidere bemyndigelse til at fastsætte regler om nye former for indgreb for at inddæmme og begrænse smitte med alment farlige sygdomme, mens flere eksisterende indgrebsmuligheder udvides. Ændringerne indebærer bl.a., at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om forbud mod at afholde eller deltage i større forsamlinger, arrangementer og begivenheder og regler om forbud mod adgang til eller restriktioner for adgangen til offentlige institutioner, offentlige og private plejehjem m.v., transportmidler og lokaler, som fysiske eller juridiske personer råder over, og hvortil offentligheden har adgang.

Herudover får sundheds- og ældreministeren bemyndigelse til at fastsætte regler om at fravige visse forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige, når det er nødvendigt for at sikre kapacitet til behandling af personer, der er smittet med en alment farlig sygdom. Eksempelvis kan der være tale om en begrænsning af retten til hurtig udredning eller retten til frit sygehusvalg for at sikre, at de behandlings- og personalemæssige ressourcer kan prioriteres til at bekæmpe en smitsom sygdom og til at behandle patienter med akutte og livstruende sygdomme. Lovforslaget giver også myndighederne øgede opsporingsmuligheder, bl.a. ved at give sundheds- og ældreministeren mulighed for at fastsætte regler om oplysningsforpligtelser. Blandt andre ændringer er ændring af reglerne om erstatning, nye regler om straf ved overtrædelse af epidemiloven og regler udstedt i medfør heraf, og ændring af personkredsen, der kan pålægges at lade sig isolere, lade sig indlægge og blive behandlet.

Ændringen af epidemiloven indeholder en såkaldt solnedgangsklausul, som indebærer, at epidemiloven i sin helhed vil blive ophævet den 1. marts 2021, medmindre et flertal i Folketinget inden beslutter at forlænge gyldigheden eller ophæve solnedgangsklausulen. Det følger af Sundheds- og Ældreudvalgets betænkning over lovforslaget, at sundheds- og ældreministeren i november 2020 vil fremsætte forslag til en revision af den nye epidemilov.

Sundheds- og ældreministeren giver under Sundheds- og Ældreudvalgets behandling af lovforslaget den 12. marts tilsagn om at etablere en følgegruppe bestående af samtlige sundhedsordførere, der løbende kan drøfte aktuelle spørgsmål i forhold til håndteringen af covid-19. Følgegruppen skal følge udviklingen i smittespredningen og vil blive inddraget i forbindelse med tiltag, der er på vej, herunder i form af udmøntning af bemyndigelser. I forbindelse med akutte hastesager med behov for hurtig handling vil følgegruppen blive inddraget hurtigst muligt.

Sundheds- og ældreministeren udsteder som nærmere omtalt nedenfor efter ændringen af epidemiloven en række bekendtgørelser i marts og april om bl.a. forsamlingsforbud for flere end 10 personer, begrænsninger i adgangen til lokaler, som erhvervsdrivende råder over, og som offentligheden har adgang til, herunder bl.a. butikslokaler og restauranter m.v., og suspension af patientrettigheder.

Hjælpepakker

Regeringen præsenterer ligeledes den 12. marts en række nye initiativer til at understøtte danske arbejdspladser i forlængelse af de tiltag, som allerede er meldt ud den 10. marts (jf.

kapitel 3).[5] I de følgende dage træffer regeringen en række beslutninger og indgår aftaler om hjælpepakker til dele af erhvervslivet, og den indgår aftaler med KL og Danske Regioner om tiltag, som skal understøtte økonomien. Regeringen fremsætter også lovforslag i Folketinget, som skal afhjælpe de økonomiske konsekvenser af covid-19-udbruddet. Bl.a. vedtager et enigt Folketing den 17. marts en hastelov,[6] der i forlængelse af regeringens første hjælpepakke udskyder momsbetalinger for små og mellemstore virksomheder. Derudover vil betalingen af B-skat, som indbetales af mange mindre virksomheder, blive udskudt.

Rigsrevisionen udarbejdede i august 2020 en oversigt over hjælpepakkerne, som viser, at der indtil det tidspunkt er vedtaget i alt 64 hjælpepakker på tværs af 11 ministerier til et samlet beløb af 406 mia. kr.[7] Af samme oversigt fremgår, at langt hovedparten af disse midler administreres af Skatteministeriet og Erhvervsministeriet. Tabel 4.2 giver en bearbejdet oversigt over bevillinger til hjælpepakker m.v. i den første fase frem til den 5. april.

Omlægning af sundhedsvæsenet

Den 12. marts 2020 opdaterer Sundhedsstyrelsen retningslinjerne for, hvordan covid-19 skal håndteres i sundhedsvæsenet. »Baggrunden er, at vi går fra en inddæmningsstrategi til en afbødningsstrategi«, fremgår det af styrelsens pressemeddelelse udsendt den 12. marts.[8] Ifølge pressemeddelelsen vil de forebyggende tiltag for at undgå smitte i samfundet fortsætte, men der vil fremover være fokus på dem, der bliver så syge af coronavirus, at de får brug for sundhedsvæsenet. Det betyder bl.a., at Styrelsen for Patientsikkerhed ikke længere skal opspore og karantænesætte personer, som har været i kontakt med smittede.

Den 13. marts 2020 får alle sygehuse i Danmark besked på at lukke ned for al normal aktivitet i sundhedsvæsenet.[9] Det bliver fastslået af statsministeren på et pressemøde i Statsministeriet den 13. marts 2020, og det bliver fulgt op af et notat om reduktion af hospitalsaktivitet i forbindelse med covid-19 fra Sundhedsstyrelsen samme dag. Notatet er en del af Sundhedsstyrelsens myndighedsrådgivning til regionerne i forbindelse med covid-19-epidemien. Notatet fastslår, at der er behov for at frigøre kapacitet på landets sygehuse som følge af et forventet stort patientvolumen med covid-19 med behov for sygehusbehandling, heraf en stor del med behov for intensiv terapi. Sundhedsstyrelsen ser behov for »en national rammesætning af denne aktivitetsreduktion, så denne foretages relativt ensartet på tværs af regionerne samt fagligt mest hensigtsmæssigt i forhold til at tage hensyn til særlige patientgrupper.«

5 »Nye initiativer til at holde hånden under danske arbejdspladser«, Finansministeriet, den 12. marts 2020.

6 Folketingsåret 2019-20, lovforslag nr. L 134. Forslag til lov om midlertidig udskydelse af betalingsfrister for indeholdt A-skat og arbejdsmarkedsbidrag, B-skat og foreløbigt arbejdsmarkedsbidrag samt midlertidig udskydelse af angivelses- og betalingsfrister og forlængelse af afgiftsperioder for moms m.v.

7 Statsrevisorerne har til covid-19-udredningens orientering sendt en oversigt over overblik over hjælpepakker pr. 7. august 2020. Oversigten er udarbejdet af Rigsrevisionen. Statsrevisorerne modtog oversigten i forbindelse med en orientering om Rigsrevisionens arbejde med revisioner af covid-19-revisioner. Oversigten er Rigsrevisionens interne dokument, som løbende ajourføres til brug for planlægning af revisionsarbejdet. Oversigten er således ikke kvalitetssikret hos de ansvarlige ministerier, og oversigten er ikke offentliggjort.

8 »Opdaterede retningslinjer har fokus på at sikre god behandling til dem, der bliver syge med COVID-19«, Styrelsen for Patientsikkerhed, den 12. marts 2020.

9 Udskrift af pressemøde den 13. marts 2020, Statsministeriet.

Tabel 4.2. Oversigt over bevillinger til hjælpepakker m.v. i perioden fra den 11. marts 2020 til den 5. april 2020

Målgruppe	Samlet beløb (mio. kr.)	Heraf støtteform	Beløb (mio. kr.)
Private virksomheder i alt	114.010	Tilskud	54.625
		Garantier	59.385
Specifikt til små og mellemstore virksomheder	27.385	Tilskud	0
		Garantier	27.385
Specifikt til store virksomheder	32.000	Tilskud	0
		Garantier	32.000
Specifikt til selvstændige, freelancere, iværksætteri og innovation	10.000	Tilskud	10.000
		Garantier	0
Kommuner, regioner og anden offentlig virksomhed og uddannelses- og forskningsinitiativer	518	Tilskud	518
		Garantier	0
Arrangementer, foreninger, interesse-organisationer, ngo'er og kunst- og kulturaktiviteter	720	Tilskud	720
		Garantier	0
Turisme-, rejse- og transportindustri	0	Tilskud	0
		Garantier	0
Selvejende og delvis offentlige institutioner	141	Tilskud	141
		Garantier	0
Internationalt samarbejde	100	Tilskud	100
		Garantier	0

Kilde: Oversigt udarbejdet på grundlag af oplysninger fra de enkelte aktstykker, jf. Folketingets hjemmeside.

Samlet set vurderer Sundhedsstyrelsen, at det vil

> »... være fornuftigt at prioritere således, at patienter med sygdomme, hvor der ikke er behov for behandling af akutte og livstruende tilstande, eller tilstande, hvor forsinket behandling medfører risiko for tab af førlighed, og hvor det er fagligt forsvarligt at udskyde behandlingen, ikke behandles under covid-19 epidemien. Hvorvidt en konkret patient bør tilbydes udredning eller behandling under covid-19 epidemien vil og skal derfor stadig bero på en konkret og individuel lægefaglig vurdering og stillingtagen på relevant fagligt kompetenceniveau.«

Herefter følger et afsnit om Sundhedsstyrelsens tilgang til den overordnede prioritering, og der opstilles en tabel med eksempler på operationer m.v. der kan/ikke kan udsættes. Notatets sidste afsnit, der omhandler implementeringen af anbefalingerne, understreger,

> »... at sygehusene beholder behandlingsansvaret i forbindelse med udsættelse af kontroller, operationer mv. Sygehusene skal derfor oprette ventelister, og alle patienter, der får udsat deres planlagte tid skal have information om baggrunden for udsættelse. Endvidere skal der gives information om, at de senest den 1. juli 2020 vil få besked i forhold til en ny tid. De skal endvidere have oplysninger om, hvordan de skal forholde sig ved forværring af symptomer mv.«

Endelig bemærkes det afslutningsvis:

> »For patienter, hvor det vurderes, at tiden ikke kan udskydes på ubestemt tid, bør det overvejes i hvilket omfang, det i så fald er fagligt forsvarligt at udskyde tiden.«[10]

Reduktionen af aktiviteten i sundhedsvæsenet er beskrevet nærmere i kapitel 13 i denne rapport.

I en pressemeddelelse fra Sundhedsstyrelsen den 14. marts anslås, at omkring 10 pct. af befolkningen vil blive smittet i løbet af en første bølge af covid-19 over foråret 2020, og at der planlægges ud fra, at omkring 11.000 patienter med coronavirus vil få brug for sygehusbehandling, heraf op mod 2.900 kritisk syge, som vil få behov for intensiv behandling (jf. også Sundhedsstyrelsens strateginotat af 10. marts 2020 som beskrevet i kapitel 3).[11]

Grænsekontrol indføres, og rejsevejledninger skærpes

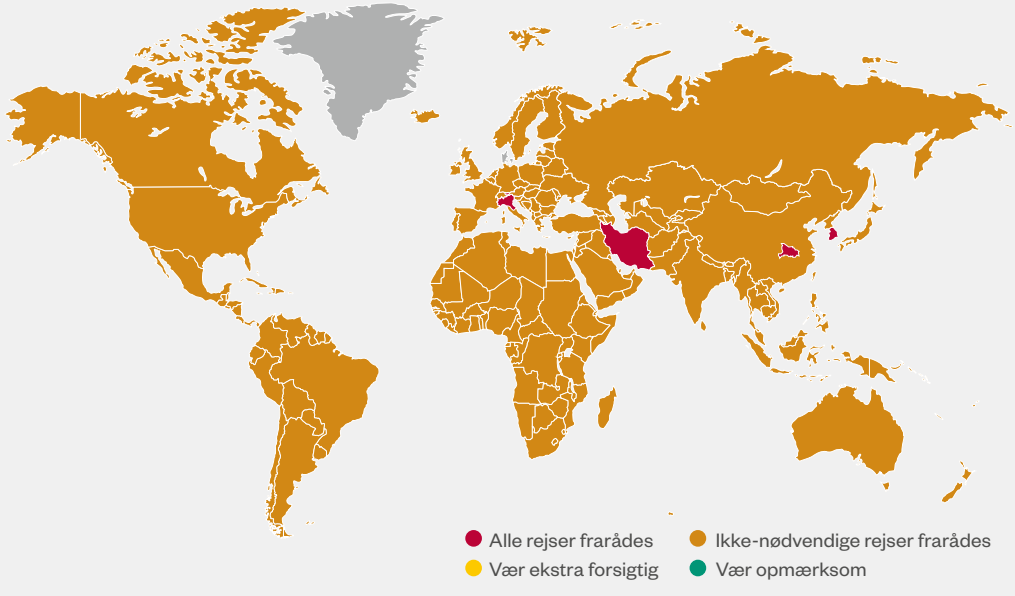
På pressemødet den 13. marts bliver det også annonceret, at grænserne fra lørdag den 14. marts kl. 12.00 lukkes midlertidigt – foreløbig til og med den 13. april 2020.[12] Udenrigsministeren deltager også på pressemødet og meddeler, at rejsevejledningerne tidligere samme dag er blevet skærpet yderligere. Regeringen fraråder nu alle ikke-nødvendige rejser til alle lande til og med den 13. april 2020. Udenrigsministeren kommer i den forbindelse med denne opfordring: »Og lad mig sige det meget klart, enkelt og tydeligt: Lad være med at rejse ud, medmindre det er absolut nødvendigt. Og er du på rejse i udlandet, bør du komme hjem snarest muligt.«

Udmeldingen betyder, at alle rejsemål – som i forvejen ikke er røde – gives farven orange i Udenrigsministeriets rejsevejledninger (se figur 4.1). Ifølge sikkerhedsniveauerne i Udenrigsministeriets rejsevejledninger betyder den orange farve, at man bør »... genoverveje, da vi fraråder alle ikke-nødvendige rejser, da risiciene forbundet med rejser til disse steder er alvorlige. Hvis du kommer hjem fra et orange område, opfordres du til at blive hjemme i 14 dage.« For lande og regioner, der er markeret med rødt, gælder, at Udenrigsministeriet fraråder alle rejser. Under spørgerunden på pressemødet gør udenrigsministeren det klart, at rejsevejledningerne afspejler et forsigtighedsprincip. Han peger i den forbindelse på risikoen for, at

10 »Notat om reduktion af hospitalsaktivitet ifm COVID-19«, Sundhedsstyrelsen, den 13. marts 2020.
11 »Prioritering bliver nødvendig under en coronavirus epidemi«, Sundhedsstyrelsen, den 14. marts 2020.
12 Udskrift af pressemøde den 13. marts 2020, Statsministeriet.

man ved udrejse af Danmark kan havne i en situation, hvor man strander i et land under meget alvorlige restriktioner. Det handler derfor ifølge udenrigsministeren ikke alene om, hvor smitten kan konstateres. Det handler også om »... hvad det er for en verden, vi kigger ind i i den kommende tid.«

Figur 4.1. Regeringen fraråder alle ikke-nødvendige rejser til hele verden



Iran: Hele landet
Italien: Emilia-Romagna, Lombardiet, Piemonte, Veneto, Valle d'Aosta og Marche
Kina: Provinsen Hubei
Sydkorea: Byen Daegu og provinsen Gyeongbuk
Østrig: Tyrol (herunder Ischgl)

Kilde: Udenrigsministeriet den 13. marts 2020.

Nationale beslutninger om at lukke grænserne/indføre grænsekontrol bliver mødt med kritik af formanden for Europa-Kommissionen, Ursula von der Leyen.[13] Samtidig med Danmark indfører flere andre EU-medlemslande imidlertid også grænselukninger, herunder Tjekkiet, Østrig og Litauen. I de følgende dage indfører bl.a. Norge, Portugal og Tyskland grænselukninger. Europa-Kommissionens formand, Ursula von der Leyen, beklager disse ukoordinerede tiltag.

13 »Remarks by President von der Leyen at the joint press conference with Executive Vice-Presidents Vestager and Dombrovskis to present the economic response to the Coronavirus crisis«, Europa-Kommissionen, den 13. marts 2020.

Den 16. marts fremlægger Europa-Kommissionen retningslinjer for medlemsstaterne for sundhedsrelaterede foranstaltninger til grænseforvaltning i forbindelse med covid-19-nødsituationen.[14] Formålet er at beskytte borgernes sundhed, sikre rimelige forhold for personer, der er nødt til at rejse, og sørge for, at vigtige varer og tjenesteydelser fortsat vil være tilgængelige. Dagen efter, den 17. marts, vedtager Det Europæiske Råd på en videokonference Kommissionens retningslinjer. Det Europæiske Råd vedtager i den forbindelse også en koordineret midlertidig restriktion for ikke-væsentlige rejser til EU i en periode på 30 dage.[15]

Ny trepartsaftale indfører lønkompensation

Hovedtemaet for det femte covid-19-relaterede pressemøde i Statsministeriet, som bliver afholdt søndag den 15. marts 2020, er annonceringen af en ny trepartsaftale mellem staten, arbejdsgivere og arbejdstagere om en ny lønkompensationsordning. På pressemødet deltager – ud over statsministeren – finansminister Nicolai Wammen, administrerende direktør for DA Jacob Holbraad, formand for Fagbevægelsens Hovedorganisation Lizette Risgaard, administrerende direktør i Dansk Industri Lars Sandahl Sørensen og direktør i Dansk Erhverv Brian Mikkelsen. Aftalen betyder bl.a., at private virksomheder under bestemte forudsætninger kan få dækket en stor del af deres lønudgifter af staten for medarbejdere, som ellers vil være i fare for at blive fyret. Samtidig vil virksomhederne skulle love, at de ikke varsler fyringer i den periode, hvor de modtager lønkompensation. Boks 4.2 viser et uddrag af indholdet i trepartsaftalen.

Boks 4.2. Uddrag af indholdet i trepartsaftalen

> Regeringen har indgået en trepartsaftale om en lønmodtagerpakke, der skal holde hånden under danske arbejdspladser og sikre, at lønmodtagerne får løn som normalt. Virksomheder, der står overfor at skulle varsle afskedigelser for minimum 30 pct. af medarbejderstaben eller mere end 50 ansatte, kan med ordningen få lønkompensation. Lønkompensationen fra staten er 75 pct. af de pågældende medarbejderes løn, dog maksimalt 23.000 kr., hvis de vælger at hjemsende medarbejdere i stedet for at afskedige dem. For timelønnede kan lønkompensationen udgøre 90 pct., dog maksimalt 26.000 kr. pr. måned pr. fuldtidsansat. Virksomheden kan højest få lønkompensation i 3 måneder fra den 9. marts og frem til den 9. juni. Den enkelte lønmodtager, som virksomheden søger lønkompensation til, skal anvende ferie og/eller afspadsering på i alt fem dage i tilknytning til kompensationsperioden. Hvis medarbejderen ikke har optjent ferie, afspadsering mv. svarende til fem dage, skal der afholdes tjenestefri uden løn eller anvendes dage fra det nye ferieår.

Kilde: Beskæftigelsesministeriets faktaark, den 15. marts 2020.

Statsministeren orienterer på pressemødet om, at aftalen er blevet forhandlet på plads i løbet af de 2 foregående dage (fredag og lørdag). Folketingets partier bliver ifølge statsministeren orienteret om forhandlingerne fredag eftermiddag (den 13. marts).[16] Efterfølgende udmøntes aftalen i den lov, som beskæftigelsesminister Peter Hummelgaard fremsætter den 19. marts: Forslag til lov om arbejdsgiveres og lønmodtageres retsstilling ved lønkompensation af virksomheder i forbindelse med covid-19

14 »Retningslinjer for grænseforvaltningsforanstaltninger for at beskytte sundheden og sikre adgangen til varer og vigtige tjenesteydelser (C (2020) 1753))«, Europa-Kommissionen, den 16. marts 2020.

15 »Konklusioner fra Det Europæiske Råds formand efter videokonferencen med medlemmerne af Det Europæiske Råd om covid-19«, den 17. marts 2020.

16 Udskrift af pressemøde den 15. marts 2020, Statsministeriet.

(lovforslag nr. L 141). Forslaget vedtages den 24. marts enstemmigt i Folketinget.

Forsamlingsforbuddet skærpes, og dele af forretningslivet skal lukke ned

Den 17. marts 2020 afholdes det sjette covid-19-relaterede pressemøde i Statsministeriet. »Kampen mod corona spidser til, og situationen bliver mere og mere alvorlig,« indleder statsministeren med at konstatere. I Danmark er der denne dag i alt 82 indlagte patienter med covid-19, heraf 18 på intensiv. Der er ifølge statsministeren brug for yderligere initiativer og tiltag, og det understreges, at antallet af patienter på intensivafdelinger er næsten fordoblet det seneste døgn. »Regeringen har, som jeg har sagt det tidligere, valgt den tilgang, at vi hellere handler hurtigt end for sent, at vi hellere går for langt end for kort,« fastslår statsministeren på pressemødet. De nye tiltag, som lanceres på pressemødet den 17. marts og vil gælde indtil den 30. marts, er:[17]

- Forsamlingsforbuddet skærpes, således at det ikke længere vil være tilladt at samles mere end ti personer til offentlige arrangementer, begivenheder og aktiviteter.[18] Statsministeren opfordrer samtidig til, at kravet også bliver efterlevet i forbindelse med private arrangementer.
- Alle indendørs sports- og idrætsfaciliteter skal lukke, herunder også alle fitnesscentre, solcentre og lign.
- Alle frisører, massører, tatovører og andre virksomheder, hvor der er tæt kundekontakt, skal lukke, medmindre de udfører sundhedsfaglig betjening.
- Alle natklubber, diskoteker, barer, værtshuse, vandpibecafeer m.v. skal lukke.
- Alle storcentre, overdækkede arkader og andre større shoppingsteder skal lukke. Det gælder dog ikke for centrenes dagligvarebutikker, hvor man køber mad.
- Alle restauranter, caféer og spisesteder skal lukke for gæster. Det gælder ikke takeaway.

Endvidere oplyser statsministeren, at finansministeren den næstfølgende dag vil indkalde Folketingets partier til forhandlinger om yderligere hjælpepakker.

Sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke fremhæver i sit indlæg på pressemødet bl.a., at sundhedsvæsenet arbejder målrettet på at opruste på kapacitet. Det omfatter bl.a. respiratorer, medarbejdere, værnemidler og testkapacitet. Desuden påpeger ministeren, at det nu er nødvendigt at sætte restriktioner på besøg på plejehjem og sygehuse. Det sker ifølge ministeren både for at beskytte sårbare personer, men også for at beskytte sundheds- og plejepersonalet.

Dagen efter, den 18. marts, udsteder Styrelsen for Patientsikkerhed et påbud til kommunalbestyrelserne om omgående at udstede midlertidigt forbud mod besøgendes adgang til plejehjem, kommunale og private bosteder m.v. for at forebygge eller inddæmme udbredelsen af covid-19 og et påbud til regionsrådet om at udstede forbud mod besøgendes adgang til sygehuse m.v.[19]

17 Udskrift af pressemøde den 17. marts 2020, Statsministeriet.

18 På dette tidspunkt gælder forsamlingsforbuddet dog ikke begravelser og bisættelser og forsamlinger med et politisk eller andet meningsbefordrende øjemed. Undtagelserne bliver senere udbygget.

19 »Påbud til kommunalbestyrelsen om at udstede forbud mod besøgendes adgang til kommunale og private plejehjem, kommunale og private bosteder mv.«, Styrelsen for Patientsikkerhed, den 18. marts 2020, og »Påbud til regionsrådet om at udstede forbud mod besøgendes adgang til sygehuse mv.«, Styrelsen for Patientsikkerhed, den 18. marts 2020.

Sundhedsstyrelsen udarbejder prognose og redegør for kapaciteten i sundhedsvæsenet

I et 11 sider langt notat offentliggjort den 22. marts 2020 gennemgår Sundhedsstyrelsen kapaciteten i det danske sundhedsvæsen og opstiller prognoser for sygdommens udvikling i Danmark, bl.a. baseret på udviklingen i Kina og Italien.[20] Det fremgår af notatet, at det er udarbejdet i samarbejde med Statens Serum Institut. Prognoserne i notatet tager ikke højde for effekten af de politiske tiltag, der er gjort for at afbøde pandemien, ligesom prognoserne heller ikke tager højde for forhold som befolkningens alderssammensætning. Det forventes, fremgår det af notatet, at en pandemi med covid-19 under alle omstændigheder vil medføre et betydeligt pres på sygehusene i Danmark og på kapaciteten på de intensive afdelinger.

Ifølge notatet forventes epidemien at udvikle sig over de næste ca. 3 måneder med de fleste smittede i den midterste måned. Fra influenzaepidemier ved man ifølge notatet, at ca. 10 pct. af de smittede vil få kontakt med sundhedsvæsenet. Ved en angrebsrate på 10 pct. ved en covid-19-epidemi i Danmark forventer man således, at 1 pct. af den samlede befolkning vil udvikle et så alvorligt sygdomsforløb, at de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. Dette vil svare til, at omkring 60.000 patienter vil skulle håndteres i sundhedsvæsenet, oplyses det i notatet. Prognosen er med andre ord den samme, som i Sundhedsstyrelsens notat fra den 10. marts (jf. kapitel 3).

Tabel 4.3 gengiver det estimerede behov for intensivpladser med respirator. Det estimerede behov skal sættes i forhold til den aktuelle kapacitet. Inden for det offentlige sundhedsvæsen anslås det ifølge notatet, at der på landsplan findes 1.242 intensivpladser med respirator, hvoraf 925 kan frigøres til covid-19-patienter. Det vil sige, at ved prognosen baseret på data fra Kina vil det offentlige sundhedsvæsen have behov for at mobilisere yderligere 66 intensivpladser med respirator. Ved prognosen baseret på data fra Italien, som Sundhedsstyrelsen i øvrigt anser som den mest sandsynlige, vil der være tilstrækkelig kapacitet til at imødekomme det anslåede maksimale behov.

Der findes imidlertid yderligere 116 respiratorer uden for det offentlige sundhedsvæsen, fremgår det af notatet. De findes bl.a. på privathospitaler, i Forsvaret og beredskabet og på universiteterne. Sundhedsstyrelsen er ifølge notatet på det tidspunkt i færd med at sikre yderligere kapacitet og er i dialog med bl.a. universiteter om at inddrage flere respiratorer. Derudover oplyses det, at både regioner og staten er i gang med at købe ekstra respiratorer.

Afslutningsvis fastslår notatet, at sygehusene vil komme under et meget stort pres, når epidemien topper, særlig i forhold til at sikre tilstrækkeligt personale med tilstrækkelige kompetencer. Dette vil blive den helt store udfordring, særlig fordi antallet af speciallæger og specialsygeplejersker i intensiv terapi er begrænset, og fordi der er tale om flerårige specialuddannelser. Hvordan man søger at opnå den fornødne kapacitet beskrives i kapitel 13.

20 »Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi«, Sundhedsstyrelsen, den 22. marts 2020.

Tabel 4.3. Estimeret behov for intensivpladser og intensivpladser med respirator

Prognose baseret på data fra:	Peak antal patienter med covid-19-indlagte på intensivpladser	Peak antal patienter med covid-19-indlagte på intensivpladser med respirator (80 pct.)
Kina	1.231	991
Italien	1.034	827

Kilde: Gengivet efter tabel 2, s. 6 i »Håndtering af COVID-19: Prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi«, Sundhedsstyrelsen, 22. marts 2020.

Tiltagene forlænges

Mandag den 23. marts 2020 afholdes igen pressemøde i Statsministeriet. Dagen markerer indgangen til den tredje epidemiuge. Samme dag gør Sundhedsstyrelsen status for epidemiens første bølge. Der er på det tidspunkt 254 indlagte covid-19-patienter i Danmark, heraf 55 på intensiv og 47 i respirator, hvilket svarer til, at ca. 22 pct. af de indlagte har behov for intensiv behandling og ca. 18,5 pct. for respiratorbehandling. På det tidspunkt er 24 covid-19-patienter døde. Sundhedsstyrelsen oplyser, at den først forventer at kunne se en effekt af regeringens tiltag hen imod slutningen af kalenderuge 13 – dvs. i slutningen af marts måned.

Statens Serum Institut anbefaler samme dato yderligere forlængelse af de tiltag, som er iværksat for at nedsætte kontakten i samfundet. Det sker med den begrundelse, at instituttet forventer, at reproduktionstallet (jf. kapitel 3), som på det tidspunkt er beregnet til 2,1, ved en forlængelse kan reduceres med 30-50 pct. Dermed vil epidemikurvens form flade ud, hvilket vil få en betydelig positiv effekt på den forventede belastning af sundhedssystemet, vurderes det af Statens Serum Institut.[21]

Ifølge statsministeren er det vigtigt at holde fast i de allerede vedtagne tiltag, og på pressemødet den 23. marts meddeles det, at regeringen har besluttet sig for at forlænge alle igangværende tiltag frem til og med anden påskedag, altså den 13. april 2020. Statsministeren oplyser, at hun tidligere på dagen har været i kontakt med partilederne, og at der er opbakning til forlængelsen.[22]

Behov for mere offensiv teststrategi

På samme pressemøde den 23. marts 2020 annoncerer sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke, at der er behov for en mere offensiv teststrategi. Mens der i de 2 foregående uger blev testet ca. 1.000 personer pr. døgn, falder dette tal i dagene op til den 23. marts. Testaktiviteten er udfordret af en global mangel på testudstyr, og opgaven er ifølge sundheds- og ældreministeren at udvide kapaciteten på testudstyr og testkit i samarbejde med både offentlige og private parter – både i Danmark og i udlandet. I den forbindelse beklager og undskylder ministeren, at de danske sundhedsmyndigheder i nogle tilfælde ikke har reageret hurtigt nok på de tilbud om hjælp, myndighederne har fået fra bl.a. Sydkorea. Ministeren

21 »Vurdering af det aktuelle smittetryk i Danmark i forhold til covid-19 den 23. marts 2020«, Statens Serum Institut, den 23. marts 2020.

22 Udskrift af pressemøde den 23. marts 2020, Statsministeriet.

havde allerede dagen inden givet Folketingets sundhedsordførere den undskyldning, meddeler han.

Ugen inden, den 16. marts, afholdt WHO's generaldirektør, Tedros Adhanom Ghebreyesus, et pressemøde, hvor han kom med en anbefaling til at teste mere. Han sagde bl.a.:

> »I den forløbne uge har vi konstateret en voldsom stigning i antallet af covid-19-tilfælde. Der er nu registreret flere smittede og døde i resten af verden end i Kina. Vi har ligeledes set en voldsom stigning i brugen af fysisk afstand, såsom nedlukning af uddannelsesinstitutioner og aflysning af sportsbegivenheder og lignende arrangementer. Fikspunktet i virusbekæmpelsen - testning, isolering af smittede og kontaktopsporing - har derimod haltet bagefter. Fysisk afstand kan mindske smitteoverførsel og give sundhedsvæsenet tid til at reagere. Man kan nedsætte smitterisikoen for sig selv og andre ved hjælp af hyppig håndvask og ved at hoste i ærmet. I sig selv er det dog ikke nok til at bekæmpe pandemien. Det er kombinationen af ovennævnte tiltag, der gør hele forskellen. Som jeg tidligere har nævnt, er det afgørende, at alle lande bekæmper virussen med alle tænkelige midler. Men den mest effektive måde at forebygge smitte og redde liv på er nu engang at bryde smittekæden. Og det kan kun gøres ved at teste og isolere. Man kan ikke slukke en brand med bind for øjnene. Og vi kan ikke stoppe denne pandemi, hvis vi ikke ved, hvem der er smittet. Vores besked til alle lande er utvetydig: Test, test, test.«[23]

Sundhedsstyrelsen udgiver den 18. marts 2020 opdaterede retningslinjer for håndtering af covid-19 i sundhedsvæsenet.[24] I den forbindelse udtaler direktør Søren Brostrøm, at med de nye retningslinjer vil styrelsen forvente at se en yderligere udvidelse af antallet af patienter, der bliver testet. Ifølge Søren Brostrøm vil der snart blive testet mere end 1.000 mennesker dagligt, og tallet forventes at stige yderligere.

Tiltag i andre europæiske lande

Det er ikke kun i forhold til grænselukninger, at der i marts måned på tværs af de europæiske lande træffes beslutninger tilsvarende de tiltag, som gennemføres i Danmark. En række europæiske lande lukker ned for børnepasning, skoler, ungdomsuddannelser og videregående uddannelser. Varianter af forbud mod offentlige forsamlinger indføres ligeledes i mange europæiske lande, og de fleste lande indfører begrænsninger på eller lukker for adgang til offentlige områder såsom restauranter, forlystelsessteder, butikscentre, sportshaller, museer m.v. I nogle europæiske lande indføres der i en periode udgangsforbud. Hverken i Danmark eller de andre nordiske lande bliver der indført udgangsforbud.

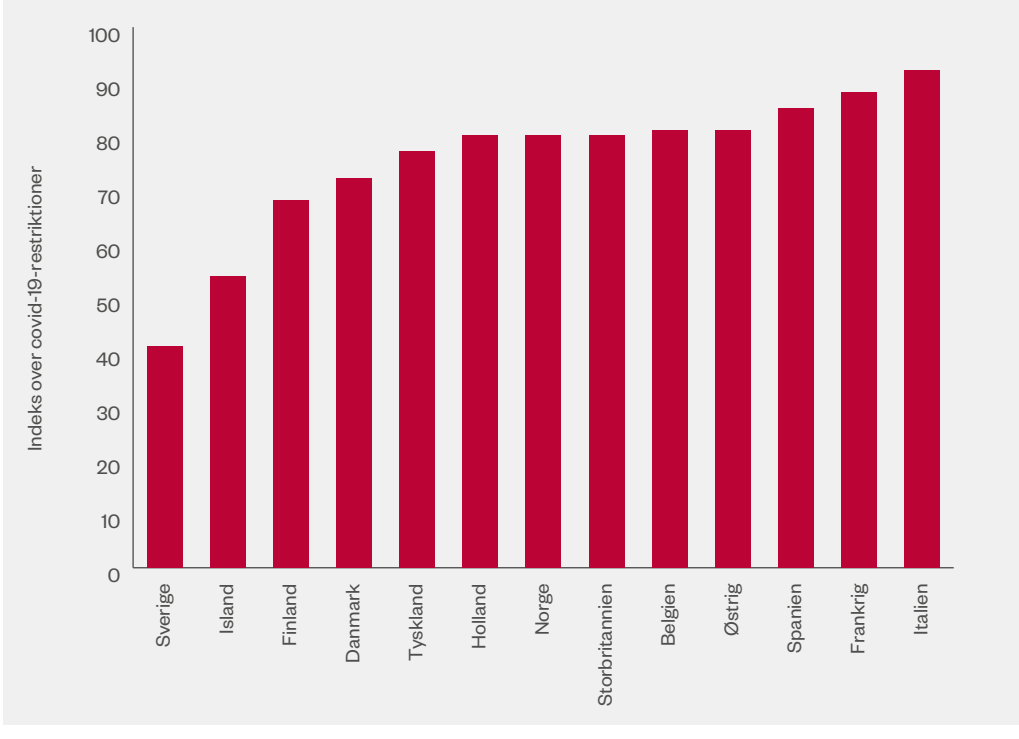
Figur 4.2 viser for udvalgte europæiske lande, hvor indgribende covid-19-restriktioner der den 1. april 2020 var indført på nationalt niveau. Tallene er hentet fra det såkaldte »Oxford

23 »WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 16 March 2020«, WHO, den 16. marts 2020.

24 »Sundhedsstyrelsen har opdateret retningslinjerne for håndtering af covid-19 i sundhedsvæsenet«, Sundhedsstyrelsen, den 18. marts 2020.

Stringency Index«, som er sammensat af en lang række indikatorer såsom nedlukning af skoler og ungdomsuddannelser, forbud mod offentlige forsamlinger og udgangsforbud. Indekset går fra 0 til 100, hvor 100 repræsenterer den mest restriktive politik. Danmark har den 1. april 2020 en score på 72 og placerer sig, som det fremgår af figur 4.2, tæt på de andre europæiske lande. Ud af disse europæiske lande er det Spanien, Frankrig og Italien, der har den mest restriktive politik. Island og ikke mindst Sverige skiller sig ud med den mindst restriktive politik.

Figur 4.2. Indeks over udvalgte landes covid-19-restriktioner pr. 1. april 2020



Kilde: Hale et al., »Oxford COVID-19 Government Response Tracker«, Blavatnik School of Government, 2020.

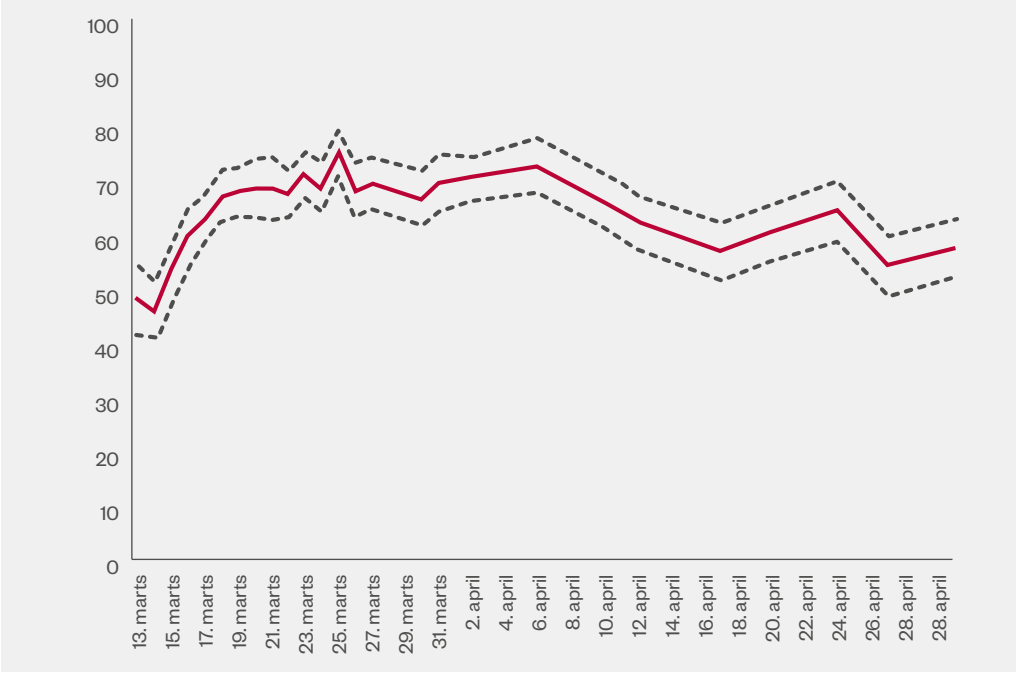
Danskernes holdninger og adfærd i marts og april måned

Det såkaldte HOPE-projekt, som er finansieret af Carlsbergfondet, har ved brug af repræsentative spørgeskemaundersøgelser fulgt ændringerne i danskernes holdninger og adfærd under covid-19-krisen. Ser vi på perioden marts-april tyder disse undersøgelser på, at danskerne i meget høj grad efterlever de påbud og henstillinger, som i denne periode kommer fra regeringens og myndighedernes side. Figur 4.3 viser den procentdel blandt de adspurgte, som på det givne tidspunkt svarer, at de i høj grad føler, at de har ændret adfærd for at undgå at sprede smitte. Den procentdel stiger fra lidt under 50 i dagene umiddelbart efter den 11.

marts til et niveau på ca. 70 pct. frem til den 6. april, hvorefter den frem mod den 1. maj falder gradvis til et niveau på godt 55 pct. I de efterfølgende måneder stabiliserer det sig på omkring 40 pct. af de adspurgte, der i høj gad oplever, de har ændret adfærd.

HOPE-projektet har igennem perioden også spurgt til danskernes opfattelse af den førte politik. Resultatet er, at et klart og nogenlunde stabilt flertal af de adspurgte i perioden marts-april mener, at »Regeringen fører en politik, der er positiv for Danmark« og at »Regeringen har ført den nødvendige politik for at håndtere corona-virussen.« Omkring 30 pct. giver i samme undersøgelse udtryk for, at »Regeringen fører en politik, der skader dansk økonomi«, og ca. 20 pct. mener, at »Regeringens reaktion på corona-virussen har været for vidtgående.«[25]

Figur 4.3. Procent af befolkningen, der oplever høj grad af ændret adfærd



Note: Grafen angiver procentdelen, som svarer, at de i høj grad føler, at de har ændret adfærd for at undgå at sprede smitte. De stiplede linjer angiver den statistiske usikkerhed ved et 95 pct. konfidensinterval omkring det enkelte målepunkt.
Kilde: Gengivet efter Michael Bang Petersen og Andreas Roepstorff, »Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemi – resultater fra HOPE-projektet (www.hope-project.dk)«, den 5. maj 2020.

25 Michael Bang Petersen og Andreas Roepstorff, »Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemi – resultater fra HOPE-projektet (www.hope-project.dk)«, den 5. maj 2020.

Udviklingen i antal smittede, indlagte og døde i Danmark fra den 1. marts til den 1. maj 2020

Statens Serum Institut har siden den 12. marts 2020 dagligt offentliggjort epidemiologiske overvågningsrapporter om covid-19 i Danmark. I den første overvågningsrapport fra den 12. marts fremgår det, at der på det tidspunkt i Danmark er i alt 615 laboratoriebekræftede covid-19-patienter. 23 pct. af disse er smittet i Østrig, 16 pct. i Danmark, og knap 5 pct. i Italien.[26] Den 16. marts er det stadig Østrig, der dominerer som smitteland. Ud af på det tidspunkt i alt 898 laboratoriebekræftede covid-19-patienter viser smitteopsporingen, at 32 pct. er blevet smittet i Østrig, 23 pct. er blevet smittet i Danmark, og 7 pct. i Italien.

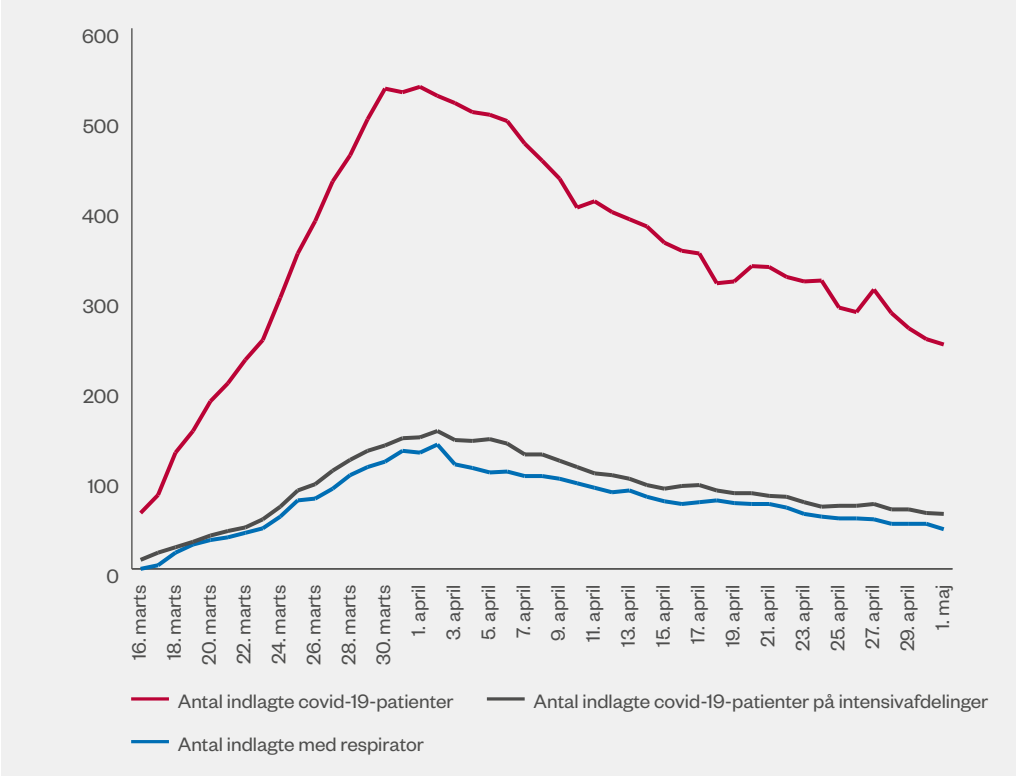
Fra og med den 16. marts indeholder overvågningsrapporterne dag til dag-oplysninger om udviklingen i antallet af indlagte patienter med covid-19 på danske hospitaler. Baseret på disse oplysninger viser figur 4.4 for perioden fra den 16. marts til den 1. maj antallet af indlagte patienter med covid-19, hvor mange af disse der er indlagt på en intensiv afdeling, og hvor mange af sidstnævnte der har behov for respirator. Som det fremgår af figur 4.4, stiger antallet af indlagte patienter frem til den 1. april, hvor det topper med 535 indlagte patienter med covid-19. Derefter aftager antallet af indlagte patienter, og den 1. maj er der i alt 249 indlagte patienter med covid-19. Antallet af indlagte covid-19-patienter på de intensive afdelinger topper den 2. april med 153 patienter. Samme dag er der 138 covid-19-patienter, der har behov for respirator. Det er i dagene den 1.-3. april, der registreres flest døde med covid-19 med et gennemsnit på 20 dødsfald om dagen. I alt registreres 474 personer døde med covid-19 frem til og med den 1. maj 2020.[27] Den 1. maj er der indlagt i alt 61 covid-19-patienter på de intensive afdelinger, heraf 44 med behov for respirator.

Figur 4.4 er en opgørelse af, hvor mange covid-19-patienter der en given dag er indlagt i mere end 12 timer. Langt flere har dog været indlagt, hvis man tæller dem med, som har haft brug for indlæggelse i mindre end 12 timer. Det fremgår af figur 4.5, der dag for dag viser antallet af nyindlæggelser og det kumulerede antal covid-19-patienter, som i perioden fra den 1. marts til den 1. maj har haft brug for kortere eller længere indlæggelse på et hospital. I dagene fra den 23. marts til den 28. marts er der i gennemsnit registreret 84 nyindlæggelser om dagen, hvorefter antallet af daglige nyindlæggelser falder og i april måned stabiliseres omkring 30 nyindlæggelser om dagen. Den 1. maj har i alt 2.204 covid-19-patienter i Danmark været indlagt i kortere eller længere tid.

26 For 173 af de bekræftede covid-19-smittede manglede Statens Serum Institut stadig den 12. marts oplysninger om smitteland.

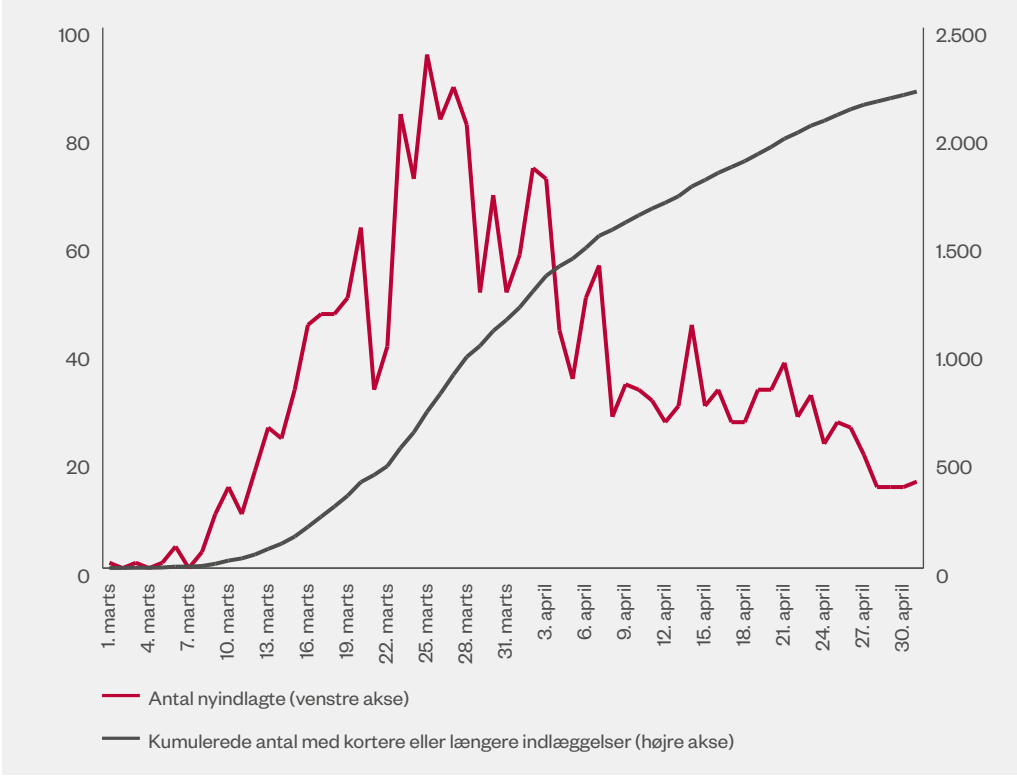
27 Opgørelsen omfatter dødsfald, der er registreret inden for 60 dage efter påvist covid-19-infektion.

Figur 4.4. Udviklingen i antal indlagte covid-19-patienter fra den 16. marts til udgangen af april 2020



Kilde: Epidemiologiske covid-19-overvågningsrapporter fra Statens Serum Institut fra den 16. marts til den 1. maj 2020.

Figur 4.5. Antal nyindlæggelser og indlagte covid-19-patienter i alt fra den 1. marts til udgangen af april 2020



Kilde: Epidemiologiske covid-19-overvågningsrapporter fra Statens Serum Institut fra den 16. marts til den 1. maj 2020.

Statens Serum Institut har igennem perioden løbende offentliggjort estimater på det effektive reproduktionstal (Re) på et givet tidspunkt, R_t, (se forklaring på Re i kapitel 3). Det effektive reproduktionstal er et forsøg på at beskrive det antal personer, én smittet person i gennemsnit smitter på et givet tidspunkt. Hvorvidt en epidemi er voksende eller aftagende i befolkningen, afhænger af, om det effektive reproduktionstal er over eller under 1. Hvis tallet er 1, er udviklingen stabil, men om den er stabil på et højt eller lavt niveau af smitte, kan ikke vurderes ud fra det effektive reproduktionstal.[28]

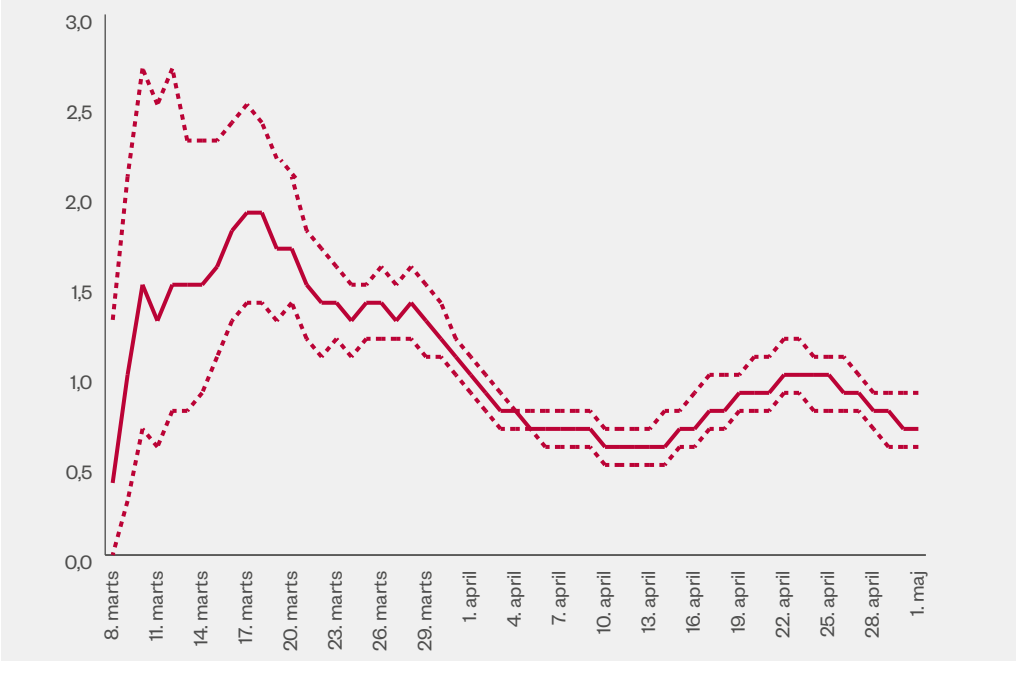
Det effektive reproduktionstal kan beregnes på flere måder. Hvordan man mest hensigtsmæssigt kan gøre det, afhænger af datakvaliteten. Hvis man har gode data på antallet af dagligt

28 Dette er ifølge Statens Serum Institut også grunden til, at man undervejs i perioden gik væk fra at omtale det effektive reproduktionstal som et udtryk for »smittetrykket« i samfundet.

smittede personer, vil det give det mest præcise estimat, hvis man beregner reproduktionstallet på grundlag af disse data. Det havde Statens Serum Institut imidlertid ikke i den første periode af udbruddet i Danmark. Instituttet valgte i stedet at basere beregningen af reproduktionstallet på antallet af indlagte med covid-19, hvilket ifølge instituttet får som konsekvens, at det estimerede reproduktionstal vil beskrive resultatet af en udvikling, der ligger 9-14 dage tilbage i tid.[29]

Figur 4.6 viser Statens Serum Instituts estimat på dag til dag-udviklingen i det effektive reproduktionstal (R_t) i perioden fra den 1. marts til den 1. maj. Den 10. marts er R_t estimeret til 1,5, og tallet ligger over 1 i hele marts måned. Derefter falder R_t til under 1 og kommer ikke igen over 1 frem til den 1. maj. Der er ikke i den grafiske fremstilling eller i de bagvedliggende beregninger af R_t taget højde for den forsinkelse på 9-14 dage, som er nævnt ovenfor.

Figur 4.6. Udviklingen i det effektive reproduktionstal fra den 8. marts til udgangen af april 2020



Kilde: Data fra Statens Serum Institut. De stiplede linjer angiver den statistiske usikkerhed ved et 95 pct. konfidensinterval omkring det enkelte målepunkt. Hvis konfidensintervallet er bredt, er usikkerheden tilsvarende stor.

29 »Epidemiologisk trend og fokus – kontakttal«, Statens Serum Institut, den 11. juni 2020, s. 3.

I den epidemiologiske oversigtsrapport fra den 1. maj 2020 gøres der status over den hidtidige fordeling af covid-19-patienter, der har været indlagt i mere end 12 timer. Oversigten er gengivet i tabel 4.4.

Tabel 4.4. Indlagte covid-19-tilfælde fordelt på alder, køn og antal med underliggende sygdom

		Indlagte*			
				Køn	
Aldersgrupper (år)	Bekræftede covid-19 tilfælde	Antal (pct af bekræftede tilfælde)	Antal med komorbiditet (pct. af antal indlagte)**	Kvinder	Mænd
0-9	135	12 (9)	***		
10-19	336	11 (3)			
20-29	1.227	48 (4)	10 (21)	27	21
30-39	1.284	77 (6)	28 (36)	47	30
40-49	1.706	178 (10)	61 (34)	89	89
50-59	1.733	299 (17)	122 (41)	122	177
60-69	1.137	340 (30)	209 (61)	126	214
70-79	848	517 (61)	384 (74)	204	313
80-89	682	411 (60)	323 (79)	207	204
90+	223	117 (52)	103 (88)	79	38
I alt	9.311	2.010 (22)	1.243 (62)	916	1.094

Kilde: Tabel 10A, s. 15 i »Covid-19 i Danmark – epidemiologisk overvågningsrapport«, Statens Serum Institut, den 1. maj 2020.
Noter: *Indlæggelser er baseret på tal fra Landspatientregisteret og omfatter patienter, der er eller har været indlagt mere end 12 timer. En relevant indlæggelse er defineret som en indlæggelse inden for 14 dage efter prøvetagningsdato for en positiv SARS-CoV-2 prøve. Der er en vis forsinkelse i indberetningerne til Landspatientregisteret.
** Komorbiditet er defineret som hospitalskontakt inden for de sidste 5 år med bl.a. følgende diagnoser: diabetes, cancer, kronisk lungesygdom, hjerte-kar-sygdomme og hæmatologisk sygdom.
*** Tomme celler betyder ingen tilfælde eller små tal, som ikke præsenteres af diskretionshensyn i forhold til patienterne.

Gradvis og delvis genåbning

Stabil udvikling og gradvis, kontrolleret genåbning

Mandag den 30. marts 2020 afholdes det ottende covid-19-relaterede pressemøde i Statsministeriet. Statsministeren meddeler, at der denne dag er 537 indlagte, heraf 137 på intensiv. Der er registreret 77 døde covid-19-patienter.

Der er imidlertid ifølge statsministeren tegn på, at tiltagene har bidraget til at forsinke udbredelsen af covid-19 i Danmark. Statsministeren åbner derfor for en gradvis og kontrolleret åbning af samfundet igen på den anden side af påsken (tirsdag den 14. april), under forudsætning af at tallene fortsat vil se stabile ud i de følgende 2 uger. Regeringen er ifølge statsministeren ikke i stand til at lægge en detaljeret plan frem. Statsministeren vil de følgende dage tale med partilederne i Folketinget med henblik på at fremlægge en plan for genåbningens første fase.

Parallelt med en gradvis genåbning vil regeringen indføre et andet testspor, således at det vil blive muligt at gennemføre langt flere test for covid-19. Det oplyses på pressemødet, at Statens Serum Institut samarbejder med regioner og forskellige private aktører for at kunne tilbyde både antistoftest og test for virus.

»Flere test er i det hele taget en forudsætning for, at vi igen kan åbne Danmark,« udtaler statsministeren på pressemødet den 30. marts.[30] Direktør for Sundhedsstyrelsen Søren Brostrøm henviser til, at regionerne har meldt ud, at de vil øge kapaciteten til 5.000 test om dagen, og Søren Brostrøm tilkendegiver samtidig, at ambitionen er at øge kapaciteten yderligere og dermed også give mulighed for at udvide kriterierne for, hvem der skal testes.

Faglig direktør Kåre Mølbak fra Statens Serum Institut bekræfter på pressemødet den relativt positive udvikling i Danmark, og bemærker, at smittetrykket i Danmark nu er halveret sammenlignet med smittetrykket i midten af marts.

Boks 4.3. Test for virus og antistoffer

En virustest viser, om den testede aktuelt har en infektion med SARS-CoV-2, som er navnet på den virus, der fører til sygdommen covid-19 (jf. kapitel 3). Virustesten udføres på materiale fra en svælgpodning med en såkaldt PCR-test. PCR står for Polymerase Chain Reaction, og er en test, der påviser SARS-CoV-2's arvemasse (rna) i prøven.

Er testen positiv, har den testede person den virus i kroppen, som forårsager covid-19. Kroppen begynder i så fald at danne antistoffer, som bekæmper virus. Man kan måle antistoffer i en blodprøve. Fordi SARS-CoV-2 stadig er en meget ny virus, ved man endnu ikke, hvor længe antistofferne bliver i kroppen og beskytter mod smitte.

Kilde: Statens Serum Institut, »Virustest«, den 21. oktober 2020.

Anden ændring af epidemiloven og øvrige ændringer af lovgivningen

Den 31. marts 2020 vedtager Folketinget enstemmigt den anden ændringslov til epidemiloven efter fremsættelsen den 26. marts 2020 og efterfølgende hastebehandling (lovforslag nr. L 158).[31] Loven træder i kraft den 4. april 2020. Ifølge sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke er der behov for at føje nye redskaber til myndighedernes værktøjskasse, hvis der op-

30 Udskrift af pressemøde den 30. marts 2020, Statsministeriet.

31 Folketingsåret 2019-20, lovforslag nr. L 158. Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love.

står behov for at handle hurtigt for at tage nye initiativer for at begrænse smittespredningen. Til støtte herfor henvises i ministerens skriftlige fremsættelse af lovforslaget den 26. marts til udviklingen i en række øvrige europæiske lande.

Loven indebærer yderligere ændringer og justeringer af epidemiloven og retter samtidig op på visse uhensigtsmæssigheder som følge af den første ændring af epidemiloven. Med lovændringen gives sundheds- og ældreministeren bl.a. mulighed for at fastsætte regler om forbud mod forsamlinger m.v. ned til tre personer. Endvidere gives sundheds- og ældreministeren mulighed for at fastsætte regler om forbud mod at tage ophold på et bestemt sted, hvortil der er almindelig adgang, uanset om der er tale om en forsamling, et arrangement eller en begivenhed m.v.

Lovændringen indebærer desuden en udvidelse af sundheds- og ældreministerens mulighed for at regulere adgangen til offentlige institutioner m.v. til også at omfatte udendørs idrætsanlæg, legepladser og lignende faciliteter, der frembyder smittefare. Tilsvarende udvides muligheden for at regulere adgangen til lokaler, som erhvervsdrivende råder over, og som offentligheden har adgang til, til at omfatte lokaler og andre lokaliteter, som enhver fysisk eller juridisk person råder over, og som offentligheden har adgang til. Det vil f.eks. give sundheds- og ældreministeren mulighed for at regulere adgangen til forlystelsesparkers udendørsarealer eller museer m.v., som hverken er offentlige eller erhvervsmæssigt drevet.

Lovændringen er omfattet af den solnedgangsklausul, der indgik i første ændring af epidemiloven, og som medfører, at loven med ændringerne foretaget den 17. marts og den 4. april 2020 ophæves den 1. marts 2021, hvis ikke et flertal i Folketinget inden da vedtager at videreføre loven.

Ud over de to ændringer af epidemiloven vedtager Folketinget i marts-april 2020 en række ændringer af anden lovgivning inden for sundheds- og ældreministerens ressorter og øvrige ministres ressort som led i myndighedernes håndtering af covid-19. Tabel 4.5 giver en forenklet skematisk oversigt over den covid-19-relaterede lovgivning i form af vedtagne lovforslag fremsat i marts og april 2020 og en oversigt over bemyndigelser i disse love til at fastsætte regler på et givet område. Medtaget i tabellen er også en optælling af de bekendtgørelser og ændringsbekendtgørelser, som bliver udstedt i marts og april 2020.

Ud over de to ændringer af epidemiloven, som falder under sundheds- og ældreministerens ressort, bliver der som tidligere nævnt vedtaget en række lovforslag inden for andre ministres ressortområder. Følgende eksempler giver et indtryk af bredden i de fremsatte lovforslag:

- Forslag nr. L 134 (fremsat den 13. marts) til lov om midlertidig udskydelse af betalingsfrister for indeholdt A-skat og arbejdsmarkedsbidrag, B-skat og foreløbigt arbejdsmarkedsbidrag samt midlertidig udskydelse af angivelses- og betalingsfrister og forlængelse af afgiftsperioder for moms m.v.
- Forslag nr. L 140 (fremsat den 17. marts) til lov om midlertidige foranstaltninger på børne- og undervisningsområdet og folkehøjskoleområdet og for den frie folkeoplysende virksomhed til forebyggelse og afhjælpning i forbindelse med covid-19.
- Forslag nr. L 145 (fremsat den 24. marts) til lov om ændring af lov om en rejsegarantifond (Udvidet dækningsområde for Rejsegarantifonden i ekstraordinære situationer).
- Forslag nr. L 157 (fremsat den 26. marts) til lov om ændring af straffeloven, retsplejeloven og udlændingeloven (Skærpet straf for lovovertrædelser med baggrund i eller sammenhæng med covid-19 og blokering

Tabel 4.5. Oversigt over covid-19-relateret lovgivning marts-april 2020

Lovgivning	Epidemiloven	Anden lovgivning relateret til covid-19
Vedtagne lovforslag	2[1]	20[2]
Bemyndigelser[3]	23	28
Bekendtgørelser[4]	33	14
Ændringsbekendtgørelser	20	3

[1] Forslag nr. L 158 til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.). Forslaget ændrer både i epidemiloven og anden lovgivning og er derfor talt med i begge kolonner.
[2] I opgørelsen er både forslag nr. L 168 A til lov om bemyndigelse til midlertidig fravigelse af virksomheders pligter på selskabs- og regnskabsområdet i forbindelse med covid-19 og forslag nr. L 168 B til lov om bemyndigelse til midlertidig fravigelse af reglerne om begrænsning af butikkernes åbningstider i forbindelse med covid-19 talt med i modsætning til forslag nr. L 168 til lov om bemyndigelse til midlertidig fravigelse af virksomheders pligter på selskabs- og regnskabsområdet og af reglerne om begrænsning af butikkernes åbningstider i forbindelse med covid-19 fremsat af erhvervsministeren den 31. marts 2020, der ved 2. behandling blev opdelt i de to førstnævnte forslag.
[3] Ved bemyndigelser forstås i denne henseende bemyndigelser til at fastsætte regler på et givet område, dog med undtagelse af bemyndigelse til at fastsætte overgangsregler. Som eksempel herpå i lovgivning relateret til covid-19 kan nævnes § 7, stk. 4, i lov nr. 359 af 4. april 2020 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.).
[4] Ophævelsesbekendtgørelser er ikke medtaget i opgørelsen.

af hjemmesider, hvorfra der begås visse lovovertrædelser, som har baggrund i eller sammenhæng med covid-19).
- Forslag nr. L 168 B (fremsat den 31. marts) til lov om bemyndigelse til midlertidig fravigelse af reglerne om begrænsning af butikkernes åbningstider i forbindelse med covid-19.

Planen for genåbningen skitseres

På pressemødet i Statsministeriet den 6. april 2020 meddeler statsministeren, at udviklingen i antal patienter med covid-19 er stabil. 503 patienter er indlagt, heraf 139 på intensivafdelinger, mens 187 er afgået ved døden.32 Situationen er fortsat alvorlig, men tallene for indlæggelser går den rigtige vej, påpeger statsministeren. Det giver grundlag for, at regeringen nu kan præsentere en plan for en gradvis og kontrolleret åbning, som ifølge statsministeren er baseret på myndighedernes faglige vurdering.

Herefter skitserer statsministeren rammerne for en gradvis åbning af vuggestuer, børnehaver og 0.-5. klasse fra onsdag den 15. april 2020. Alle elever fra 6.-10. klasse skal stadig gå i skole hjemmefra – foreløbig frem til den 10. maj 2020. Regeringen vil, bliver det oplyst, gå i dialog med lønmodtager- og erhvervsorganisationer om, hvordan privatansatte, der på dette tidspunkt arbejder hjemmefra, kan møde på arbejde igen, forudsat at det foregår sundhedsfagligt forsvarligt. Offentligt ansatte skal fortsat arbejde hjemmefra. Samtidig bliver en lang række restriktioner forlænget foreløbig frem til den 10. maj. Eksempelvis vil grænserne stadig være luk-

kede, de skærpede rejsevejledninger forlænges, og forsamlinger på over ti personer vil fortsat ikke være tilladt. De videregående uddannelser, kirker, biblioteker, foreningslivet, biografer og storcentre – alt det, som er lukket på dette tidspunkt, vil stadig være lukket, meddeler statsministeren.

Faglig direktør Kåre Mølbak fra Statens Serum Institut fremhæver i sit indlæg på pressemødet, at den beslutning, som regeringen har taget, er begrundet i en matematisk model, som viser, at den kontrollerede, forsigtige og gradvise genåbning er forsvarlig, så den kan gennemføres, uden at sundhedsvæsenet knækker over. Det er forventeligt, at der vil ske en stigning i forekomsten af sygdom og også i antallet af indlæggelser, men det er noget, der kan håndteres inden for de eksisterende rammer, lyder vurderingen fra Statens Serum Instituts faglige direktør.

Den forbedrede situation i Danmark afspejler ikke umiddelbart den generelle situationen i det øvrige Europa. Det europæiske sundhedsagentur ECDC meddeler i en opdateret risikovurdering den 8. april, at der generelt er en stor stigning i antallet af smittede og covid-19-relaterede dødsfald i Europa. I enkelte lande, herunder Østrig og Italien, er der tegn på, at smitten er toppet, men generelt er der ifølge ECDC ingen indikation på, at epidemien er toppet. Globalt er smittespredningen også stigende, fremgår det af WHO's situationsrapport af 4. april 2020, se tabel 4.6. Det gælder især for Europa og Nord- og Sydamerika. Antallet af bekræftede smittetilfælde i verden runder på det tidspunkt 1.000.000 mennesker. Den 6. april er til gengæld første dag, hvor Kina kan rapportere om nul nye covid-19-relaterede dødsfald siden udbruddet i slutningen af 2019.

Tabel 4.6. Antal bekræftede smittetilfælde og covid-19-relaterede dødsfald fordelt på regioner i verden og udvalgte europæiske lande pr. 4. april 2020

	Antal bekræftede smittetilfælde	Covid-19-relaterede dødsfald
Europa	583.141 (41.333)	42.334 (5.231)
Tyskland	85.778 (6.082)	1.158 (141)
Sverige	6.078 (612)	333 (51)
Danmark	3.757 (371)	139 (16)
Norge	5.208 (273)	44 (2)
Island	1.364 (45)	4 (0)
Amerika (Nord og Syd)	279.543 (32.070)	6.802 (1.202)
Den vestlige Stillehavsregion	110.362 (1.432)	3.809 (49)
Den østlige Middelhavsregion	65.965 (3.729)	3.593 (155)
Sydøstasien	6.528 (647)	267 (22)
Afrika	5.446 (183)	170 (6)
Globalt	1.051.697 (79.394)	56.986 (6.665)

Kilde: »Situation Report 75 – Coronavirus disease 2019 (COVID-19)«, WHO, den 4. april 2020. Tallene i parentes markerer antal nyregistrerede tilfælde over det seneste døgn.

Noget at glæde sig over

Pressemødet den 14. april 2020 er det tiende covid-19-relaterede pressemøde i Statsministeriet. Statsministeren giver udtryk for, at der på trods af den alvorlige baggrund er noget at glæde sig over. Tallene i Danmark går den rigtige vej. Det går ifølge statsministeren bedre end forventet. Statsministeren beskriver det sådan: »Den kontrakt, vi danskere er lykkedes med at indgå med hinanden, den ser ud til ikke alene at have nyttet, den har virket.« »Vi har stået sammen ved at holde afstand. Det har de mindste og de ældste taget til sig. Og det nytter« konstaterer statsministeren. På den baggrund præsenterer statsministeren nyheden om, at dele af sundhedsvæsenet nu kan genåbne. Det vil bl.a. betyde, at flere almindelige aktiviteter i sundhedsvæsenet vil kunne blive genoptaget. Dermed vil fase 1 af genåbningen af Danmark kunne blive en smule større end forventet, og det er i overensstemmelse med sundhedsmyndighedernes vurdering, oplyser statsministeren: »Derfor er idéen nu at åbne en lille smule mere op. Det er vurderingen fra sundhedsmyndighederne, at vi kan det i Danmark.« [32]

Sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke tager tråden op og konstaterer på pressemødet, at kurven er fladet ud, og at den fortsat er et fornuftigt stykke under kapacitetsloftet i sundhedsvæsenet. Denne »gunstige situation« har ifølge ministeren betydet, at regeringen den 13. april kunne indgå en aftale med Danske Regioner og KL og med de praktiserende læger om igen at skrue gradvis op for aktiviteten i sundhedsvæsenet. Ministeren udtrykker i den forbindelse bekymring over, at der i de sidste par uger har været et stort fald i antallet af henvendelser til de praktiserende læger. Han slutter sit indlæg af med en opfordring til borgerne om at bruge de praktiserende læger, hvis de har sygdom eller symptomer, som de har behov for at få undersøgt. Også her er en tidlig indsats helt afgørende, understreger han.[33]

Den 14. april er 380 patienter indlagt med covid-19, hvoraf 93 er i intensiv behandling. Sammenlagt er 299 covid-19-patienter på det tidspunkt afgået ved døden.

Fra delvis nedlukning til delvis genåbning

Der er i dette kapitel redegjort for de restriktioner og tiltag, som bliver udmeldt og iværksat fra den 11. marts og frem til den delvise genåbning midt i april 2020. Det er også vist, hvordan covid-19-smitten i Danmark udvikler sig i denne periode sammenlignet med en række andre europæiske lande. Dette og det forrige kapitel har alene baseret sig på offentlige kilder. I det følgende kapitel gives en redegørelse for, hvilke faser og hvilke beslutninger analyserne og vurderingerne i de efterfølgende kapitler vil fokusere på. Kapitel 5 giver desuden en redegørelse for det kildegrundlag, hvorpå de efterfølgende analyser og konklusioner baserer sig.

32 Udskrift af pressemøde den 14. april 2020, Statsministeriet.
33 Udskrift af pressemøde den 14. april 2020, Statsministeriet.

Folketingets formand
Folketinget
Christiansborg
København, den 11. marts 2020
Kære folketingsformand

Kapitel 5

Udredningens form, afgrænsning og kildegrundlag

Baggrund

I løbet af foråret 2020 opstod der en politisk debat om grundlaget for regeringens beslutninger i forbindelse med håndteringen af covid-19. Der blev rejst tvivl om, hvorvidt der havde været åbenhed i forhold til Folketinget og offentligheden om data og øvrige informationer, hvorpå regeringen i perioden frem til maj havde baseret sine beslutninger. Det førte bl.a. til, at et flertal uden om regeringen den 7. maj 2020 offentliggjorde et såkaldt åbenhedsmanifest.[1] Partierne bag manifestet krævede heri »fuld åbenhed om alle data og alle beslutninger, der træffes i coronakrisen.« I forlængelse heraf opstod der en diskussion om gennemførelse af en evaluering af håndteringen af covid-19-krisen i de tidlige faser af dens forløb, dvs. fra begyndelsen af 2020 til den første fase af genåbningen, som statsminister Mette Frederiksen annoncerede på et pressemøde den 6. april 2020.

Overvejelserne herom foregik i Folketingets Udvalg for Forretningsordenen, der den 20. maj 2020 behandlede et baggrundsnotat om udredning vedrørende covid-19 (det indledende forløb).[2] Udvalget for Forretningsordenen henlagde herefter, efter et ønske fra et flertal i udvalget, forberedelsen af en eventuel sådan udredning til nærmere forhandlinger i et underudvalg med repræsentation af samtlige partier. Underudvalget forelagde sit udkast til beretning for Udvalget for Forretningsordenen den 22. juni 2020, hvori et flertal i underudvalget (S, V, DF, RV, SF, KF og LA) ønskede den foreslåede undersøgelse, mens et mindretal (EL) tilsluttede sig forslaget med en tilføjelse om, at udredningen skulle dække perioden fra den 1. januar 2015 til den 1. september 2020, ligesom undersøgelsen skulle indebære mulighed for afhøring af vidner med de fornødne retssikkerhedsmæssige garantier.[3] Udvalget for Forretningsordenen tilsluttede sig på et møde den 23. juni 2020 flertallets ønske om iværksættelse af udredningen.

1 »Efter hård kritik: Flertal vil nu tvinge regeringen til øget åbenhed«, Berlingske, den 6. maj 2020.

2 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 112.

3 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, beretning nr. 4 om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19.

Beslutningen om at iværksætte en undersøgelse i Folketingets regi repræsenterer en nydannelse. En sådan undersøgelsesform adskiller sig fra undersøgelser foretaget af faste kontrolorganer som Folketingets Ombudsmand og Rigsrevisionen og Statsrevisorerne såvel som af undersøgelseskommissioner, hvis nedsættelse og virksomhed m.v. er reguleret i lov nr. 357 af 2. juni 1999 om undersøgelseskommissioner med senere ændringer. Der er ganske vist i lighed med undersøgelseskommissioner tale om et ad hoc-organ nedsat for at granske et konkret hændelsesforløb. Men i modsætning til en undersøgelseskommission er undersøgelsen nedsat og sekretariatsbetjent af Folketinget, ligesom udredningen ikke har et retligt sigte, men derimod sigter mod at kortlægge et hændelsesforløb med henblik på læring, jf. nedenfor. Betænkning nr. 1571 om undersøgelseskommissioner og parlamentariske undersøgelsesformer redegør nærmere for de forskellige undersøgelsesformer. Folketingets Udvalg for Forretningsordenen afgav i forlængelse heraf en beretning om parlamentariske undersøgelser.[4] Den er siden fulgt op af en beretning om etablering af en undersøgelsesform med særlig parlamentarisk forankring.[5]

Udredningsgruppens opgaver

Beretningen af 23. juni 2020 fra Udvalget for Forretningsordenen fastlægger udredningsgruppens opgaver, der er forudsat at dække perioden fra begyndelsen af 2020 frem til genåbningen i april 2020. Hovedopgaverne er herefter følgende:

- Afdække sundhedsvæsenets og beredskabets forudsætninger for at håndtere en pandemi som covid-19.
- Afdække beredskabet, herunder inddæmningsforanstaltninger, test- og behandlingskapacitet og udviklingen i indsatsstrategien inden for perioden.
- Kortlægge grundlaget for den hastelovgivning, der blev gennemført i forbindelse med nedlukningen, herunder redegøre for og vurdere karakteren af det sundhedsfaglige og fagøkonomiske grundlag for forslagene til hastelovgivningen.
- Undersøge, om faglige indsigter hos embedsmænd og myndigheder kunne formidles frit til Folketinget og offentligheden.
- Afdække Folketingets muligheder for at føre kontrol med regeringens ageren og samspil under nedlukningen.
- I relevant omfang klarlægge den danske håndtering sammenlignet med lande som Norge, Sverige og Tyskland.

Beretningen fra Udvalget for Forretningsordenen pålægger udredningsgruppen med afsæt i denne kortlægning af de tidlige faser i covid-19-forløbet dels at evaluere håndteringen af pandemien, dels at komme med anbefalinger til, hvordan man bedst håndterer en lignende krise i fremtiden. Det følger af beretningen, at udredningsgruppen selv tilrettelægger sin arbejdsform og metode. Beretningen understreger, at formålet med udredningen er at tilvejebringe viden til brug for læring, og tilføjer i den sammenhæng, at det ikke er ønsket »at placere et politisk eller retligt ansvar over for hverken embedsmænd eller politikere.«

4 Folketingsåret 2018-19, 1. samling, beretning nr. 9 afgivet af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen den 10. april 2019 om parlamentariske undersøgelser.

5 Folketingsåret 2020-21, beretning nr. 3 afgivet af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen den 21. december 2020.

Selv om udredningen omfatter et forholdsvis kort tidsforløb, gjorde covid-19-krisens karakter og omfang, at udredningsgruppen for det første stod over for et problem præget af betydelig kompleksitet og uvished med hensyn til dens konsekvenser og med hensyn til mulighederne for effektivt at håndtere den, ikke mindst i den tidlige fase af covid-19-forløbet. For det andet var de foranstaltninger, der fra og med nedlukningen i marts 2020 blev truffet såvel administrativt af regeringen og myndighederne som politisk af regeringen og Folketinget, meget vidtspændende. Det gjaldt med hensyn til foranstaltningernes antal, deres indhold og karakter og også med hensyn til det tempo, hvori de blev forberedt, besluttet og iværksat. For det tredje vedrørte foranstaltningerne i praksis væsentlige dele af den offentlige og den private sektor. Det indebar igen, at adskillige ministerier og deres styrelser og underliggende myndigheder var inddraget i forberedelsen og iværksættelsen af de foranstaltninger, der blev truffet til imødegåelse af covid-19-krisen.

De tre forhold gør tilsammen en fuldstændig kortlægning og evaluering af håndteringen særdeles omfattende. Samtidig pålægger beretningen udredningsgruppen at afslutte sit arbejde med henblik på offentliggørelse senest i januar 2021. Opgavens omfang i samspil med den særdeles stramme frist for afgivelsen af rapporten gør, at udredningsgruppen har fundet det fornødent at foretage en mere præcis afgrænsning af denne kortlægning.

Udredningens hovedsigte og afgrænsning

Den centrale problemstilling for udredningen er at kortlægge det grundlag, herunder ikke mindst af sundhedsfaglig karakter, som myndighederne og regeringen havde til rådighed på de tidspunkter i covid-19-forløbet, hvor de traf beslutninger om håndteringen af krisen. Da det især er beslutningen om at gennemføre en delvis nedlukning af landet i foråret 2020, som har givet anledning til diskussion af det grundlag, hvorpå denne og en række opfølgende beslutninger blev truffet, har udredningsgruppen i lyset af den stramme tidsfrist, der er sat for gennemførelsen af udredningen, besluttet at koncentrere sig om en kortlægning af grundlaget for og beslutningsprocessen forud for iværksættelsen af følgende tiltag:

- Beslutningerne om nedlukning op til den 11.-12. marts 2020.
- Beslutningerne om ændring af først og fremmest lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven) den 17. marts 2020 efterfulgt af en ny revision af loven den 4. april 2020.
- Beslutningerne om styrkelse af den nationale teststrategi, der blev forberedt i marts-april 2020.

Nedlukningens form og omfang var undervejs i forløbet genstand for en række tilpasninger. Der er her fortrinsvis tale om administrative beslutninger, som blev annonceret af statsministeren på en serie af pressemøder under deltagelse af andre ministre samt embedsmænd fra de myndigheder og institutioner, som havde været stærkest involveret i håndteringen af krisen. Udredningsgruppen har ikke kortlagt forberedelsen af disse tilpasninger i de senere faser af forløbet.

Den gradvise genåbning, der foregår i perioden april-maj, bliver besluttet i en serie af forhandlinger mellem regeringen og Folketingets partier. Der er her tale om et langstrakt forløb med glidende overgange fra den ene fase til den næste. Det er samtidig et forløb, hvor beslutningerne, så vidt udredningsgruppen er i stand til at skønne, er baseret på samspillet mellem udmeldinger fra regeringen og udmeldinger

fra de politiske partier under inddragelse af rådgivning fra sundhedsmyndighederne. På dette grundlag er der herefter truffet aftaler om genåbningens præcise omfang og karakter i forskellige faser. Det er dermed et forløb, som strækker sig fra de første dage i april til ind i forsommeren 2020. En kortlægning af grundlaget for denne serie af beslutninger og aftaler ville for det første række langt ud over den undersøgelsesperiode, som er forudsat i beretningen fra Udvalget for Forretningsordenen. For det andet ville den være meget omfattende, da der ikke er naturlige skæringspunkter, som tillader en tidsmæssig opdeling af dette lange forløb. Udredningsgruppen har derfor valgt ikke at beskæftige sig med genåbningen.

Udredningen er således tidsmæssigt begrænset til perioden fra årsskiftet 2019/2020 til og med foråret 2020. Den ofte glidende overgang fra en fase til en anden fase i nedlukningsforløbet har yderligere gjort det hensigtsmæssigt at arbejde med variable sluttidspunkter for delanalyserne. Endelig har det på enkelte punkter været hensigtsmæssigt at inddrage oplysninger om forhold, der tidsmæssigt klart ligger uden for udredningsperioden. Det er sket for at sikre et dækkende helhedsbillede af den konkrete problemstilling.

Med udredningens fokus på grundlaget for beslutningerne er opgaven at afdække den viden først og fremmest af sundhedsvidenskabelig art, som på tidspunktet for de enkelte beslutninger var til rådighed, og i forlængelse heraf også at afdække, i hvilket omfang og på hvilken måde den blev formidlet videre til de ministre og embedsmænd, som traf de enkelte beslutninger. I afdækningen af beslutningsgrundlaget indgår derfor også en analyse af, hvilke myndigheder og institutioner m.v. der bidrog til tilvejebringelse af grundlaget. Det følger heraf, at udredningen også afdækker den arbejdsgang, som lå til grund for bearbejdningen og sorteringen af de informationer, som indgik i det endelige beslutningsgrundlag. Udredningen tilstræber endvidere at afdække, i hvilket omfang der blev truffet beslutninger, uden at der forelå et formelt beslutningsgrundlag. Et sådant formelt beslutningsgrundlag kan have form af sundhedsfaglig information, anden faglig information, f.eks. af samfundsøkonomisk, adfærdsvidenskabelig og juridisk art, og af en afvejning af sundhedsfaglig information over for anden faglig information.

Mens kortlægningen af regeringens og myndighedernes beredskab og beslutninger med henblik på imødegåelsen af covid-19 i begyndelsen af 2020 i vidt omfang lader sig afdække med udgangspunkt i offentligt tilgængelige kilder, først og fremmest meddelelser, rapporter og retningslinjer, som er tilgængelige på henholdsvis Sundhedsstyrelsens og Statens Serum Instituts hjemmesider, forholder det sig anderledes med de beslutninger, der blev truffet i perioden fra slutningen af februar og i de følgende måneder. Krisen udviklede sig i denne periode på en måde, som hurtigt placerede håndteringen højt på regeringens dagsorden. For at belyse grundlaget for beslutningerne truffet på dette niveau og for at belyse beslutningsgangen er det nødvendigt at inddrage dokumenter fra de ministerier og myndigheder, som var inddraget i beslutningsforberedelsen. Udredningsgruppen har haft adgang til disse akter.

Dette materiale er af to grunde meget omfattende. For det første var en stor del af ministerierne og deres underliggende myndigheder i et eller andet omfang inddraget i forløbet. For det andet blev der i processen udarbejdet et meget stort antal dokumenter, som redegjorde for og udviklede de tiltag, der var under forberedelse. De tog form af beslutningsoplæg såvel som rapportering af de trufne beslutninger. Ved siden af sagsakter af denne karakter er der imidlertid et stort antal dokumenter i form af e-mail mellem

de forskellige ministerier og myndigheder og internt i de enkelte myndigheder, der rummer relevant information om beslutningsprocessen. Udredningsgruppen er opmærksom på, at dokumenterne ikke fuldt ud afspejler det fulde hændelses- og beslutningsforløb, idet en del af forberedelsen er sket på møder og i mundtlige drøftelser, som ikke er rapporteret i mødereferater. Det er normalt, men det tidspres, som kendetegnede nogle faser i forløbet, har formentlig yderligere bidraget hertil.

Det skal samtidig tilføjes, at det betydelige antal e-mailudvekslinger, som fandt sted som led i mødeforberedelsen, efter udredningsgruppens vurdering giver en indsigt i, hvilke emner der var til drøftelse, og i denne sammenhæng også, hvilke vurderinger der indgik i grundlaget for drøftelserne. Det er dog fortsat sådan, at dokumenterne i nogle tilfælde ikke har muliggjort en fuldstændig kortlægning af, hvad der førte frem til de enkelte og i visse tilfælde ret vidtrækkende beslutninger, da disse beslutninger er truffet på møder, hvorfra der ikke foreligger referater. I rapporten er det noteret, når dokumentationen ikke rækker til at give en dækkende kortlægning af beslutningsforløb og beslutningsgrundlag.

Trods sådanne huller i dokumentationen bygger rapporten på et overordentlig omfattende dokumentarisk materiale. De udleverede dokumenter udgør ifølge en optælling pr. 14. december 2020 i alt godt to millioner dokumentsider. Det er udredningsgruppens konklusion, at den på basis af de udleverede dokumenter har kunnet tegne et dækkende helhedsbillede af den del af covid-19-forløbet, som udredningen koncentrerer sig om.

Dokumentationens omfang kombineret med udredningsgruppens kapacitet og den tidsfrist, som Udvalget for Forretningsordenen har sat for dens arbejde, har som nævnt ovenfor gjort det nødvendigt at afgrænse dokumentgranskningen. Omdrejningspunktet i håndteringen af covid-19-krisen fra og med beslutningen om nedlukning den 11. marts 2020 var afbalanceringen af sundhedsmæssige foranstaltninger og indgreb over for sociale, ordens- og sikkerhedsmæssige og samfundsøkonomiske hensyn. Et hovedspørgsmål for granskningen er derfor at kortlægge, hvilket grundlag i form af situationsvurderinger og forslag eller indstillinger, der forud for de enkelte hovedbeslutninger forelå fra de sundhedsfaglige myndigheder m.v. Det andet hovedspørgsmål er i forlængelse heraf tilsvarende at kortlægge, hvilke forslag og indstillinger og hvilke konsekvensvurderinger der forud for disse hovedbeslutninger forelå vedrørende især de sundhedsmæssige, sociale og økonomiske konsekvenser af indgrebene.

Beslutningerne om nedlukningen involverede som nævnt en lang række ministerier og deres styrelser m.v., enten fordi man skulle tage stilling til nedlukningernes omfang og tidsfølge inden for deres ressort, eller fordi der skulle tages stilling til, i hvilket omfang de hjælpepakker, der iværksattes til at afbøde virkningerne af nedlukningen, skulle omfatte institutioner og virksomheder inden for deres område. Det ville være umuligt for udredningsgruppen at gennemføre en dokumenteret granskning af bidraget til beslutningerne herfra.

Der er i beretningen afgivet af Udvalget for Forretningsordenen den 23. juni 2020 taget stilling til dette afgrænsningsspørgsmål, idet den udtrykker et ønske om:

> »at eksperterne får adgang til alle relevante akter og dokumenter, herunder det materiale og den information, der tilgik Statsministeriet i den indledende fase fra andre ministerier og styrelser, med særligt fokus på henholdsvis Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut,

Lægemiddelstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Justitsministeriet og Finansministeriet«

Udredningsgruppen har i overensstemmelse hermed valgt at foretage følgende afgrænsning af de ministerier og myndigheder, som indgår i granskningen:

- Sundheds- og Ældreministeriet med Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut samt i mindre omfang Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Ministeriets styrelser og Statens Serum Institut har direkte eller gennem Sundheds- og Ældreministeriets departement stået for den sundhedsfaglige rådgivning, som er indgået i grundlaget for håndteringen af covid-19.
- Justitsministeriet med Rigspolitiet og Den Nationale Operative Stab (NOST). Justitsministeriet forberedte i samspil med Sundheds- og Ældreministeriet de to revisioner af epidemiloven, ligesom udredningsgruppen undersøger, i hvilket omfang Justitsministeriet har bidraget med fagligt-juridisk rådgivning i forbindelse med de mange tiltag, som indgik i nedlukningen. Udredningsgruppen undersøger yderligere, hvilken rolle Rigspolitiet og Den Nationale Operative Stab (NOST), som er henlagt under Rigspolitiet, har spillet i tilvejebringelsen af et beslutningsgrundlag for nedlukningen og i forbindelse med opbygningen af TestCenter Danmark.
- Erhvervsministeriet, som forberedte økonomiske hjælpepakker rettet mod erhvervslivet m.m., som blev aftalt fra og med marts 2020.
- Finansministeriet, som dels koordinerede beslutningsprocessen omkring de aktstykker, hvorpå bevillinger til finansiering af nedlukningen og hjælpepakkerne var baseret, dels havde ansvaret for de samfundsøkonomiske analyser, som måtte have indgået i beslutningsgrundlaget.
- Udenrigsministeriet, hvis Borgerservice rutinemæssigt offentliggør rejsevejledninger med oplysninger om eventuelle risici ved rejser til andre lande, reviderede inden for undersøgelsesperioden løbende sine vejledninger, og hvis ambassadeindberetninger løbende indgik i beslutningsgrundlaget.
- Statsministeriet som fra og med begyndelsen af marts og igennem hele undersøgelsesperioden har fremstået som den centrale instans, hvorfra håndteringen af covid-19 udgik, og som koordinerede rådgivningen af statsministeren og regeringen.

Der er derudover indhentet oplysninger fra Domstolsstyrelsen og Danske Regioner. I forhold til Domstolsstyrelsen vedrører det dokumenter vedrørende beslutning om nedlukning og genåbning af domstolene. I forhold til Danske Regioner vedrører det oplysninger, der kan belyse kapaciteten og aktiviteten i sundhedsvæsenet gennem hele perioden.

Udredningsgruppens granskning er endelig i overensstemmelse med beretningen af 23. juni 2020 fra Udvalget for Forretningsordenen afgrænset til at omfatte en række problemstillinger, som er afgørende for den evaluering af håndteringen, som udredningsgruppen skal foretage. Udgangspunktet er som nævnt at få belyst, hvordan specielt den sundhedsfaglige rådgivning indgik i beslutningsforløbet fra begyndelsen af året. Det er igen en meget vidtspændende problemstilling, hvor udredningsgruppen har været nødsaget til at foretage en indsnævring til en række mere præcise spørgsmål. Det drejer sig om følgende:

- Indholdet af den sundhedsfaglige viden og rådgivning, som lå til grund for regeringens og myndighedernes reaktion på covid-19 i løbet af januar og februar 2020, med en vurdering af den faglige usikkerhed, der knyttede sig til den, og i forlængelse heraf eventuel

formidling af denne viden til dels sundheds- og ældreministeren, dels statsministeren og regeringen.
- Indholdet af den sundhedsfaglige viden og rådgivning, som lå til grund for regeringens beslutninger om nedlukning fra og med begyndelsen af marts, herunder udformningen af hjælpepakkerne.
- Indholdet af den sundhedsfaglige viden og rådgivning vedrørende tilpasningen af teststrategier og testkapacitet, herunder den politiske beslutning i april 2020 om etablering af TestCenter Danmark som organisatorisk overbygning for det såkaldte samfundsspor i covid-19-teststrategien.
- Inddragelsen af anden faglig rådgivning i grundlaget for den politiske beslutningsproces. Det drejer sig om vurderinger af de samfundsøkonomiske konsekvenser og af de retlige problemer, som måtte været knyttet til de usædvanlig vidtgående indgreb, her ikke mindst gennemførelsen af en hastelovgivning, som i to trin grundlæggende ændrede epidemiloven.
- Indgrebenes konsekvenser for kapaciteten og aktiviteten på sygehusene og vægtningen af disse konsekvenser dels i den sundhedsfaglige rådgivning, dels i beslutningsprocessen på regeringsniveau.

Af denne afgrænsning følger, at udredningsgruppens fokus er rettet mod forberedelsen og tilvejebringelsen af de beslutninger, der blev truffet på regerings- og ministerniveau med udgangspunkt i den rådgivning, som blev ydet af embedsmænd i de ministerier, styrelser m.v., som var stærkest involveret i forberedelsen af nedlukningen. De dispositioner, der blev truffet i ministerierne og især deres underliggende myndigheder for administrativt at implementere beslutningerne, indgår derimod ikke i udredningen. Det samme gælder selvsagt de dispositioner, som regioner og kommuner traf for at gennemføre de covid-19-tiltag, der blev besluttet af regeringen og Folketinget.

I overensstemmelse med opdraget fra Udvalget for Forretningsordenen er udredningsgruppens opgave at kortlægge og vurdere den måde, regeringen og myndighederne valgte at håndtere covid-19-forløbet på hen over vinteren og foråret 2020. Det indgår således ikke i opgaven at vurdere enkeltpersoners rolle i forløbet. Rapportens fokus er rettet mod de roller, som er defineret i de enkelte ministeriers og styrelsers organisation, og de institutionelle relationer, som forbinder ministre og embedsmænd med hinanden inden for og på tværs af de forskellige myndigheder. Det er her sådan, at nogle ministre og embedsmænd er tildelt en så central rolle, at de uundgåeligt figurerer stærkt og tydeligt i fremstillingen. Disse få og identificerbare enkeltpersoner er i nogle sammenhænge nævnt ved navn i rapporten.

Med dette klare udgangspunkt in mente er det værd at opholde sig ved de rammer, der gælder for samspillet mellem regeringen og ministeriernes politiske ledelse på den ene side, og det faste embedsværk på den anden side. Man skal her være opmærksom på, at der i dansk centraladministration er en arbejdsdeling mellem ministeriernes departementer, som fungerer som sekretariater for ministrene, og ministeriernes styrelser, som har specialiserede administrative opgaver, men som ofte er medinddraget i den politiske rådgivning under koordination af det departement, hvortil de refererer. Organiseringen lægger op til en sondring mellem styrelsernes faglige rådgivning og departementernes oversættelse og indpasning af den i en politisk rådgivning af regeringen og ministrene, som inddrager andre end eksempelvis de rent sundhedsfaglige eller samfundsøkonomiske og sociale aspekter. Med denne organisering er der således lagt op til, at der ikke er og ikke kan være et en til en-forhold

mellem den faglige rådgivning, som den typisk kommer til udtryk i analyser, sagsfremstillinger og indstillinger fra en styrelse til departementet, og den rådgivning, som departementet bl.a. med afsæt heri leverer til ministeren, og som i nogle sager går videre til regeringen.

Det er en kompliceret problemstilling, som har været behandlet i en række betænkninger og rapporter.[6] I 2015 offentliggjorde regeringen det såkaldte KODEX VII med titlen »Syv centrale pligter for embedsmænd i centraladministrationen.«[7] Det sammenfatter de pligter, som gælder for embedsmænds bistand til og rådgivning af regeringen og ministrene, hvad enten de er retligt normeret eller har karakter af normer, som ledelsesmæssigt og organisatorisk udgør forudsætningen for en ministerstyret forvaltning, hvis ministre politisk og retligt er ansvarlige over for Folketinget, og hvis embedsmænd udgør et permanent embedsværk. Af de syv pligter er i denne sammenhæng særlig pligterne til lovlighed, faglighed, sandhed samt ansvar og ledelse relevante. I sidstnævnte pligt ligger, at

> »Embedsmænd skal aktivt medvirke til at realisere de opgaver, strategier og mål, som ministeren og den administrative ledelse har fastlagt. Og de skal inden for lovgivningens rammer efterleve de instruktioner, som de modtager fra overordnede i overensstemmelse med ansvarsfordelingen i deres organisation.«[8]

Af henvisningen til KODEX VII følger, at den politiske og faglige rådgivning af ministre og regeringen er indrammet af et sæt af pligter, som indgår i et samspil med hinanden. I deres helhed indebærer de, at der er sat en række pligtmæssige rammer for embedsmændenes bistand og rådgivning, som sætter grænser for, hvad de må medvirke til, og som også forpligter dem til at gøre ministrene og regeringen opmærksomme på det, hvis de er på vej til at overskride deres beføjelser. Men disse rammer berøver altså ikke regeringen og ministrene friheden til at disponere ud fra deres politiske program og en vurdering af den politiske situation, og de afskærer heller ikke regeringens og ministrenes adkomst til at rekvirere embedsværkets bistand til virkeliggørelsen af deres politik i konkrete situationer.

Udredningens kildegrundlag

Udvalget for Forretningsordenen har i beretningen af 23. juni 2020 udtrykt ønske om, at udredningsgruppen »får adgang til alle relevante akter og dokumenter, herunder det materiale og den information, der tilgik Statsministeriet i den indledende fase fra andre ministerier og styrelser, med særligt fokus på henholdsvis Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, Lægemiddelstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Justitsministeriet og Finansministeriet.«

Udvalget konstaterer i forlængelse heraf, at »der vil være behov for fastsættelse af nærmere retningslinjer for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale fra myndighederne, på samme måde som der f.eks. blev fastsat retningslinjer

6 »Embedsmænds rådgivning og bistand«, Betænkning nr. 1443 fra Udvalget om embedsmænds rådgivning og bistand til regeringen og dens ministre, 2004, Bo Smith-Udvalget, »Embedsmanden i det moderne folkestyre«, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2015.

7 Finansministeriet, »Syv centrale pligter for embedsmænd i centraladministrationen – KODEX VII«, 2015.

8 Finansministeriet, »Syv centrale pligter for embedsmænd i centraladministrationen – KODEX VII«, 2015, s. 40.

for arbejdet med udredningen om baggrunden for Danmarks militære engagement i Kosovo, Afghanistan og Irak.« Udvalget for Forretningsordenen anmodede under henvisning hertil underudvalget, som forestod forarbejdet forud for beslutningen om at iværksætte udredningen, »om at fastsætte sådanne retningslinjer« og forudsatte, »at det i relevant omfang sker i dialog med regeringen.«

Forudsætningen for gennemførelsen af udredningen er således, at udredningsgruppen får adgang til dokumenter fra de centrale myndigheder, som var inddraget i forberedelsen af regeringens tiltag til imødegåelse af covid-19-krisen og dens følgevirkninger. Udredningsgruppen har imidlertid ikke hjemmel til at kræve sådanne oplysninger udleveret til brug for udredningen. En gennemførelse af udredningen forudsætter derfor velvilje fra regeringen.

I et svar til Udvalget for Forretningsorden på udvalgets spørgsmål 32 tilkendegav statsministeren, at regeringen »vil samarbejde med den kommende ekspertgruppe og i den forbindelse stille relevant skriftligt materiale til rådighed for ekspertgruppen inden for de rammer, der er beskrevet i Udvalget for Forretningsordenens beretning af 23. juni 2020.«[9] Der blev i forlængelse heraf efter aftale med statsministeren den 15. juli 2020 fastlagt retningslinjer for medlemmerne af ekspertgruppen (forskerne) og de personer, der bistår dem, når det gælder adgangen til og brugen af materiale hos danske myndigheder, og heri anføres bl.a. følgende:

> »Forskerne får adgang til at gennemgå som udgangspunkt alt foreliggende skriftligt materiale, som de finder relevant, hos de relevante myndigheder. Materialet stilles alene til rådighed for forskerne og skal opbevares under betryggende forhold.
>
> Det er endvidere en forudsætning for forskernes adgang til materialet, at de accepterer tavshedspligt i henhold til et pålæg herom. Der vil således gælde tavshedspligt svarende til straffelovens § 152 og §§ 152 c-152 f. Tavshedspligten gøres i det fornødne omfang løbende til genstand for konkret drøftelse med myndighederne.
>
> Oplysninger i det udleverede om myndighedernes interne overvejelser og om regeringsinterne overvejelser bør alene gengives i ekspertgruppens udredning, i det omfang de er relevante for udredningens konklusioner.«[10]

De fastsatte retningslinjer er trykt som bilag 2 til rapporten.

Det følger af Udvalget for Forretningsordenens beretning af 23. juni 2020 og af Folketingets retningslinjer for adgangen til og brugen af materiale fra myndighederne, at udredningsgruppens granskning skal ske på et skriftligt grundlag. Udredningsgruppen kan altså ikke gennemføre interview med embedsmænd og ministre med henblik på at afdække deres rolle i forløbet.

Udredningsgruppen skrev den 16. juli 2020 til de nedenfor nævnte myndigheder m.v. og anmodede om at få udleveret »alle de dokumenter, som skønnes af betydning for udredningens gennemførelse, herunder

9 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – svar på spørgsmål 32.
10 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 132.

- breve til og fra [myndigheden],
- interne og eksterne e-mail,
- notater,
- pressemeddelelser,
- mødereferater og telefonnotater
- samt andre relevante dokumenter.«

De myndigheder m.v., som udredningsgruppen rekvirerede de nævnte dokumenter hos, var Statsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed samt Statens Serum Institut, Justitsministeriet med Rigspolitichefen, Finansministeriet og Udenrigsministeriet. Den 17. august 2020 sendte udredningsgruppen en tilsvarende forespørgsel til Domstolsstyrelsen, og den 8. oktober 2020 en sådan forespørgsel til Erhvervsministeriet.

Udredningsgruppen satte en frist for tilbagemelding fra de først nævnte ministerier, styrelser m.v. til den 10. august 2020. Samtlige ministerier, styrelser m.v. erklærede sig villige til at samarbejde med udredningsgruppen, ligesom adskillige af dem i deres svarbreve i oversigtsform beskrev de sagsakter, som de var i besiddelse af, og som de med baggrund i udredningsgruppens henvendelse til dem skønnede relevante for udredningen. De erklærede sig yderligere alle villige til i en drøftelse med udredningsgruppen nærmere at foretage en afgrænsning af de dokumenter, som de herefter ville overgive til udredningsgruppens sekretariat. Der blev i forlængelse heraf holdt møder med repræsentanter for flere af de nævnte ministerier, styrelser m.v. i perioden fra den 17. august 2020 til den 26. oktober 2020.

Overgivelsen af dokumenter blev indledt primo september 2020 og skete trinvis, således som det fremgår af oversigten i tabel 5.1.

Tabel 5.1. Oversigt over tidspunktet for modtagelsen af dokumenter fra ministerier og styrelser

Ministerium styrelse m.v.	Dato for udredningsgruppens anmodning	Dato for første og sidste leverance	Antal leverancer
Domstolsstyrelsen	17.08.2020	01.10.2020	1
Erhvervsministeriet	08.10.2020	13.11.-18.12.2020	4
Finansministeriet	16.07.2020	15.09.-22.10.2020	2
Justitsministeriet	16.07.2020	09.09.-13.11.2020	4
Lægemiddelstyrelsen	16.07.2020	21.09.-02.10.2020	2
Rigspolitiet	16.07.2020	03.09.-29.09.2020	4
Statens Serum Institut	16.07.2020	11.09.-05.10.2020	**3**
Statsministeriet	16.07.2020	11.09.-07.10.2020	3
Styrelsen for Patientsikkerhed	16.07.2020	11.09.-25.09.2020	2
Sundheds- og Ældreministeriet	16.07.2020	11.09.-23.09.2020	6
Sundhedsstyrelsen	16.07.2020	11.09.-05.10.2020	3
Udenrigsministeriet	16.07.2020	17.09.-02.11.2020	2

Foruden de i tabel 5.1 nævnte leverancer har udredningsgruppen fra flere af de nævnte myndigheder m.v. modtaget enkeltstående dokumenter, som på grund af det begrænsede omfang ikke er medtaget i tabellen som egentlige leverancer.

Udredningsgruppen er i samarbejdet med myndighederne m.v. om udlevering af de rekvirerede dokumenter blevet mødt med velvilje. Fremfindingen af dokumenter har medført et betydeligt arbejde for de berørte myndigheder m.v. i en periode, hvor myndighederne m.v. generelt har været stærkt belastet af den fortsatte håndtering af covid-19.

Udredningsgruppen er opmærksom på, at de udleverede dokumenter ikke nødvendigvis dækker alle enkeltheder i forløbet. Der er flere grunde hertil.

For det første er det i ethvert beslutningsforløb sådan, at en del overvejelser forud for beslutningen ikke er dokumenteret skriftligt, men indgår i en mundtlig drøftelse mellem de involverede. I et tidsmæssigt presset forløb som det, der er genstand for udredningsgruppens granskning, har ministerier og styrelser m.v. gjort opmærksom på, at dette var tilfældet i endnu højere grad end normalt.

For det andet er den skriftlige dokumentation som fremhævet ovenfor meget omfattende. Udredningsgruppen har derfor selv og efter drøftelse med de nævnte myndigheder m.v. foretaget en afgrænsning, som begrænser dokumentmængden. Man kan ikke udelukke, at der ved denne afgrænsning er frasorteret dokumenter, som ville have kastet yderligere lys over den måde, hvorpå covid-19-krisen blev håndteret.

For det tredje er de udleverede dokumenter så mange og så omfattende, at udredningsgruppen ikke har haft praktisk mulighed for en egentlig læsning af alle dokumenterne i deres helhed. Et stort antal dokumenter er gennemgået manuelt og læst i sin helhed. Ved granskningen af dokumenterne er der også benyttet en søgeportal, som er blevet anskaffet og sat i drift i september 2020. Kvaliteten og fuldstændigheden af den dokumentation, hvorpå rapporten er baseret, afhænger derfor til dels af relevansen af de søgninger, som udredningsgruppen har foretaget. Den afhænger endelig også af ministeriers og styrelsers fremfinding af materiale til brug for undersøgelsen. Materialet er som nævnt meget omfattende, og dertil kommer, at journaliseringen under det arbejdsmæssigt pressede forløb i foråret 2020 efter det oplyste var ramt af betydelige forsinkelser. Derudover er der foretaget målrettet sporing af dokumenter ud fra bl.a. dato og afsender/modtager.

For det fjerde kan man ikke se bort fra, at afskæringen af muligheden for at interviewe embedsmænd, ministre og andre politikere begrænser kildegrundlaget for granskningen på samme måde, som det f.eks. er tilfældet med advokatundersøgelser, som også gennemføres på skriftligt grundlag. Men hvor advokatundersøgelser har til formål at foretage retlige vurderinger med henblik på placeringen af et eventuelt retligt ansvar, har gennemførelsen af en udredning af denne type til formål at foretage en organisatorisk og institutionel kortlægning af forløbet med henblik på en afdækning af eventuelle uhensigtsmæssigheder i forløbet med det sigte at opnå en læring med henblik på fremtiden.

I en udredningssammenhæng som denne eksisterer der ikke noget behov at afdække enkeltpersoners rolle i forløbet, ligesom der ikke er noget fokus på eventuelle fejl og forsømmelser, der lader sig henføre til enkeltpersoner. Der er imidlertid forhold af faktuel art, som udredningen ikke er i stand til tilfredsstillende

at afdække alene på grundlag af den skriftlige dokumentation. Derfor har udredningsgruppen i forståelse med ledelsen i de enkelte ministerier afholdt en række møder, hvor den mundtligt har fået belyst en række spørgsmål vedrørende tilrettelæggelsen af covid-19-håndteringen. De oplysninger, som er søgt og blevet givet på disse møder, vedrører i alle tilfælde organisatoriske og processuelle problemstillinger på et mere overordnet niveau og har således ikke berørt enkeltpersoners rolle i forløbene. Møderne har været værdifulde for udredningsgruppen, da de har været egnet til at belyse den virkelighed, hvorunder der blev truffet en række meget vidtgående og indgribende beslutninger under et stort tidspres.

I lyset af udredningens sigte og de vilkår, der er fastsat for udredningen, indeholder den trykte rapport ingen henvisninger til interne dokumenter. For at sikre dokumentationen har udredningsgruppen imidlertid udarbejdet en klausuleret version af rapporten, som indeholder noter med identificerbare henvisninger til de dokumenter, hvorpå den enkelte oplysning bygger, og som ligger til grund for rapportens tolkning af det forløb, hvori oplysningen indgår som dokumentation. Udredningsgruppen har også undladt at trække navnene på enkelte embedsmænd frem i teksten. En undtagelse er dog gjort for en række embedsmænd på allerøverste niveau, da deres identitet alligevel lod sig slutte ud fra sammenhængen.

For det femte har en stor del af den praktiske og administrative gennemførelse af de tiltag, som politisk og administrativt blev truffet til imødegåelse af covid-19-krisen, været udført af kommuners og regioners forvaltninger og deres institutioner såsom ældreplejen, tandplejen, sygehusene og skolerne. Det samme gælder i staten, eksempelvis universiteterne og gymnasierne og det lokale politi, som har haft væsentlige opgaver i relation til covid-19. Da udredningsgruppen ikke beskæftiger sig med den administrative og praktiske gennemførelse af de mange tiltag, der blev sat i værk i marts-april 2020, har udredningsgruppen ikke indhentet oplysninger fra lokale og regionale myndigheder og institutioner. Der er dog en undtagelse, idet udredningsgruppens kortlægning af kapacitetsmæssige og aktivitetsmæssige forhold inden for sygehusvæsenet forudsætter information fra regionerne og deres sygehuse. Udredningsgruppen rettede derfor henvendelse til Danske Regioner med en anmodning om bistand herfra. Danske Regioner tog positivt imod henvendelsen, og udredningsgruppen har den 25. august 2020 holdt møde med Danske Regioner om tilvejebringelsen af data.

For det sjette er det væsentligt for udredningsgruppen at understrege, at dens opgave ikke har været at vurdere, i hvilket omfang håndteringen af covid-19-krisen i dens tidlige fase ud fra en helhedsbetragtning fremstår som vellykket. Tilsvarende understreger udredningsgruppen, at den ikke har haft til opgave at foretage vurderinger af retspolitisk karakter, som de mange og stærke indgreb kan aktualisere. Derimod indgår det i udredningsgruppens opgaver at kortlægge de foranstaltninger, som regeringen og myndighederne traf for at imødegå krisen, afdække det grundlag, hvorpå de blev truffet, og kortlægge den beslutningsproces, hvorigennem det skete. I denne kortlægning indgår også en analyse af de umiddelbare konsekvenser og problemer af kapacitets- og aktivitetsmæssig art, som indgrebene forårsagede i sundhedsvæsenet, og af de retlige problemer, der knyttede sig til de omfattende og hastigt besluttede indgreb. Det gælder i forhold til borgernes retssikkerhed og i forhold til sikringen af lovkvaliteten, herunder brugen af en bemyndigelseslovgivning, som blev udmøntet i et betydeligt antal bekendtgørelser.

Genskabelse af beslutningssituationen

Udredningen af håndteringen af covid-19-krisen har karakter af en efterfølgende kortlægning og vurdering af myndighedernes indsats. Målet for Folketingets Udvalg for Forretningsordenen er som nævnt tilvejebringelse af »viden om forløbet til brug for læring.« Sagt med andre ord indebærer det, at udredningsgruppen identificerer styrker og svagheder i forløbet og i forlængelse heraf vurderer, hvordan man kan udbedre dem, hvis der i fremtiden opstår kriser af lignende karakter og alvorlighed. Opgaven er altså, jf. ovenfor, som fremhævet i udvalgets beretning af 23. juni 2020 ikke bidrag til placering af et politisk og retligt ansvar, idet det i indstillingen til Udvalget for Forretningsordenen er understreget, at »[d]et ikke [er] ønske[t] at placere et politisk eller retligt ansvar over for hverken embedsmænd eller politikere.«

Der er en risiko forbundet med gennemførelsen af en sådan læringsfokuseret kortlægning og vurdering af myndighedernes indsats, som udredningsgruppen hermed henleder opmærksomheden på. Den består i, at man i en granskning som den foreliggende ikke kan leve sig ind i de situationer for de sundhedsfaglige sagkyndige, ministerielle embedsmænd, ministre og andre politikere, som bidrog til tilvejebringelsen af beslutningsgrundlaget og medvirkede i beslutningsprocessen på de tidspunkter i løbet af vinteren 2020 og i særdeleshed fra ultimo februar til primo april 2020, hvor de afgørende beslutninger blev truffet, for så vidt angår de indledende faser af covid-19-krisen. Der er specielt fire forhold, som udredningsgruppen er opmærksom på i denne sammenhæng:

1. Den viden, der var til rådighed på de enkelte tidspunkter kan have lidt under alvorlige begrænsninger med hensyn til dens omfang og præcision.
2. Såvel de embedsmænd, der stod for den sundhedsfaglige rådgivning, som de ministerielle embedsmænd, der bidrog til og koordinerede rådgivningen af regeringen og ministrene, arbejdede ofte under et ekstremt tidspres.
3. Regeringen, ministrene og Folketingets medlemmer var underlagt et tilsvarende ekstremt tidpres.
4. De endelige beslutninger, der politisk blev truffet på kritiske tidspunkter i løbet af perioden, har som nævnt ovenfor involveret en afvejning af en række forskellige faglige vurderinger over for hinanden. De har også involveret en afvejning af faglige vurderinger over for politiske prioriteringer af, hvor man ville og ikke ville sætte ind i håndteringen af covid-19-krisen. Det samme gælder ved udformningen og fordelingen af de økonomiske hjælpepakker. Denne politiske prioritering er relevant både for udformningen af de konkrete tiltag og for deres indpasning i en samlet pakke af tiltag rettet mod covid-19-situationen, som den tog sig ud på forskellige tidspunkter i forløbet. Denne politiske prioritering er utvivlsomt en forudsætning for sikringen af politisk accept af indgrebene i befolkningen og hos bl.a. erhvervslivet, arbejdsmarkedets parter og andre grupper, som har været berørt af de indgreb, der blev iværksat over for covid-19-pandemien.

Udredningsgruppen understreger, at forudsætningen for at drage læring af forløbet med henblik på fremtidige kriser af en tilsvarende, men sandsynligvis ikke fuldstændig tilsvarende karakter er, at kortlægningen og vurderingen af håndteringen sker i en realistisk erkendelse af de vilkår, som gjaldt i de enkelte beslutningssituationer.

De efterfølgende kapitler tilstræber derfor så godt dokumenteret, som det har været muligt, at genskabe et billede af beslutningssituation-

en, som den så ud forud for hvert enkelt af de konkrete skridt, der blev taget for at håndtere covid-19-krisen. Den vurdering, som er foretaget i kapitel 17, og de forslag, der fremgår af kapitel 18, er blevet til i respekt herfor, idet det er udredningsgruppens udgangspunkt, at vurderingerne og forslagene kun har praktisk relevans og dermed et forbedringspotentiale, hvis de bygger på en realistisk erkendelse af de vilkår, hvorunder regering, myndigheder og Folketinget handlede under krisen.

Kapitel 6

Covid-19-indsatsens organisering og retlige rammer

Covid-19 udviklede sig i løbet af vinteren 2020 temmelig dramatisk. Det gjaldt også i Danmark. Hvor virus i den første del af vinteren var på sundhedsmyndighedernes observationsliste, blev covid-19 i løbet af februar og i særdeleshed marts til et sundhedsmæssigt problem af en sådan størrelsesorden, at epidemien/pandemien rykkede ind på den politiske dagsorden. Tre spørgsmål var centrale på tværs af de europæiske lande. For det første, hvordan man kunne begrænse sygdommens spredning blandt befolkningen, for det andet, hvordan man kunne forhindre, at den bragte sundhedsvæsenet på sammenbruddets rand, og for det tredje, hvordan man kunne imødegå, at covid-19 i samspil med de sundhedsmæssige foranstaltninger, som man valgte at træffe, udløste en alvorlig økonomisk og social krise.

De følgende kapitler gennemgår og analyserer de politiske og administrative beslutningsforløb, som finder sted på nationalt niveau i Danmark i perioden januar-marts 2020. Der ligger heri, at der er tale om forløb, som i løbet af perioden skifter karakter, i takt med at vurderingen af sygdommens karakter og alvor ændrer sig. Derfor er analysen faseopdelt, således at kapitel 7 gennemgår den første fase af forløbet til og med den 26. februar 2020. Kapitel 8 gennemgår forløbet i fase 2 fra den 27. februar til og med den 9. marts 2020. Kapitel 9 kortlægger beslutningen om den delvise nedlukning den 11. marts 2020. Kapitel 10 gennemgår tilsvarende tilblivelsen af hastelovgivningen og grænselukningen, som fulgte efter nedlukningsbeslutningen. I sidstnævnte fase vedtager regeringen og Folketinget en række lovændringer, herunder af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven). Loven bliver hermed udvidet med et stort antal ministerbemyndigelser til regulering af covid-19-indsatsen ved bekendtgørelser.[1]

En særskilt problemstilling knytter sig til opbygningen af testkapacitet. Regeringen beslutter i den tredje fase af

1 Lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1444 af 1. oktober 2020.

forløbet at udbygge testkapaciteten væsentligt. Kapitel 11 analyserer dette beslutningsforløb.

Regeringen og centraladministrationen har en organisation med rimelig faste karakteristika. De sætter rammerne for myndighedernes pasning af såvel de løbende forretninger af politisk og administrativ karakter som deres håndtering af pludseligt opståede situationer, som kræver hurtig handling. Der er derudover et permanent beredskab i form af forlods fastlagte koordinationsfora og -procedurer, som myndighederne kan aktivere, hvis der opstår en krisesituation f.eks. i form af storm og stormflod og terrorhandlinger. Dette hvilende beredskab omfatter også situationer, hvor der opstår sundhedsmæssige kriser som følge af sygdomsudbrud, eller trussel om alvorlige sygdomsudbrud med konsekvenser for folkesundheden.

Det særlige ved covid-19-krisens forløb er, at man igennem fase 1 arbejder inden for rammerne af den permanente organisation, hvad enten det drejer sig om regeringen og centraladministrationen eller om det hvilende kriseberedskab. Ved overgangen til fase 2 bliver der imidlertid truffet en række beslutninger, som afgørende ændrer tilrettelæggelsen af regeringens og myndighedernes håndtering af covid-19. Det gælder såvel på regerings- og centraladministrativt niveau som i forhold til kriseberedskabet. I dette kapitel 6 gennemgås og analyseres de organisatoriske tilpasninger, som bliver besluttet og gennemført. De er, som det fremgår af kapitel 7-11, centrale for forståelsen af covid-19-håndteringen.

Der gælder retlige rammer for regeringens og de centrale sundhedsmyndigheders beslutninger i relation til sundhedsvæsenet. Det drejer sig i denne sammenhæng dels om sundhedsloven, som regulerer sundhedsmyndighedernes pligter og patienternes rettigheder, dels drejer det sig om epidemiloven (lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme), som regulerer myndighedernes opgaver og kompetence i tilfælde af udbrud af visse alment farlige og øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme m.v. Hvor sundhedsloven kan siges at sætte de retlige rammer for sundhedsvæsenets virksomhed under normale forhold, danner epidemiloven de retlige rammer, når en af de i loven nævnte sygdomme er på spil.

Med henblik på at forklare den situation, som opstod, da regeringen og myndighederne stod over for et alvorligt udbrud af covid-19, beskriver dette kapitel såvel de organisatoriske som de lovgivningsmæssige rammer for håndteringen af den nye sygdom. Det er nødvendigt at sondre mellem tre situationer:

- Normalorganiseringen, der karakteriserer regeringsarbejdets tilrettelæggelse og centraladministrationens virksomhed.
- De organisatoriske rammer for det nationale kriseberedskab.
- En ad hoc-situation skabt af covid-19-udbruddet. Organisatorisk indebærer det en tilpasning af regeringens og centraladministrationens organisation og arbejdsgange til den krise, der hen over nogle uger udvikler sig. Lovgivningsmæssigt indebærer det tilsvarende, at man i løbet af foråret forbereder og får vedtaget en lovgivning, som kommer til at udgøre det retlige fundament for håndteringen af covid-19.

Kapitlet redegør først for de organisatoriske tilpasninger og deres samspil med normalorganiseringen, dernæst for de retlige rammer, som de tog sig ud efter lovændringerne i marts og april 2020.

Normalorganisationen

Centraladministrationen er organiseret efter ret få og temmelig stabile principper. De er ikke mere faste, end at der er variation fra ét område til et andet. De er heller ikke mere stabile, end at der over tid er sket ændringer, ligesom der løbende sker reorganiseringer og organisationstilpasninger. I denne sammenhæng er det dog de helt fundamentale træk ved centraladministrationens og regeringsarbejdets organisation, som det er relevant at trække frem. Tabel 6.1 giver en skematisk og forenklet oversigt over regeringsarbejdets og centraladministrationens organisering.

Tabel 6.1. Skematisk oversigt over regeringsarbejdets normalorganisation

Fagministerier	Ministerstyre med ressortautonomi	Departement som sekretariat for ministeren. Styrelser med ansvar for drift og forvaltning under departementets overvågning og ministerens ansvar.
Tværgående koordination	Finansministeriet Justitsministeriet	Bevillings- og udgiftspolitik. Lovteknisk vejledning og rådgivning i retlige anliggender.
Regeringsarbejdet	Ministermødet under statsministerens forsæde	Statsministeriet sekretariat.
Regeringsudvalg	Koordinationsudvalget	Statsministeren formand. Statsministeriet sekretariat.
	Økonomiudvalget	Finansministeren formand. Finansministeriet sekretariat.
	Sikkerhedsudvalget	Statsministeren formand. Statsministeriet sekretariat.
Administrativ støtteorganisation	Forberedende koordinationsudvalg, forberedende økonomiudvalg, E-SIK (forberedende sikkerhedsudvalg)	Departementscheferne for udvalgenes medlemmer forbehandler sager til forelæggelse for regeringsudvalg; E-SIK har en bredere medlemskreds

Centraladministrationens organisation bygger på en kombination af et ministerialsystem og et ministerstyre. Deres historiske rødder går tilbage til de administrative og forfatningsmæssige reformer i 1848-1849. I et ministerialsystem er centraladministrationen inddelt i en række ministerier, hvis forretningsområder er fastlagt ved statsministerens politiske beslutning. I ministerstyret ligger, at ministrene er politiske forvaltningschefer for hver deres ministerium. Ministrene indgår altså ikke i et hierarki med statsministeren eller andre ministre som deres overordnede, hvortil de refererer. Ikke desto mindre udgør regeringen en politisk-organisatorisk helhed. Sådan fremtræder den også i kraft af parlamentarismen i forhold til Folketinget. Statsministerens kompetence til at udnævne og afskedige ministre og til at fastlægge ressortfordelingen mellem dem understreger det yderligere.

Konsekvensen er en regering og en centraladministration, hvor hvert enkelt ministerium har en betydelig selvstændighed. Det gælder også Sundheds- og Ældreministeriet. Det er i lighed med andre ministerier opbygget med et departement, der fungerer som ministerens sekretariat, og som tager sig af koordinationen af ministeriets styrelser og institutioner. Departementet er bemandet med generalister, og det beskæftiger således ikke selv medarbejdere med sundhedsfaglig uddannelse. Tre af ministeriets styrelser er relevante i denne sammenhæng. Det er Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og Lægemiddelstyrelsen. Mens sundhedslovens kapitel 66[2] regulerer de to førstnævnte styrelsers opgaver, er Lægemiddelstyrelsens virksomhed reguleret ved lov om lægemidler.[3] Sundhedsstyrelsen har opgaver knyttet til den centrale forvaltning af sundhedssektoren og den sundheds- og plejefaglige indsats på ældreområdet og fungerer i den sammenhæng som rådgiver for sundheds- og ældreministeren, hvor de andre styrelser har mere specialiserede opgaver som tilsyns- og forvaltningsmyndigheder i forhold til såvel offentlige institutioner og myndigheder som private institutioner og virksomheder. De har alle opgaver, som blev relevante, da covid-19-krisen opstod.

Statens Serum Institut, som er reguleret i sundhedsloven, er i lighed med de tre styrelser underlagt Sundheds- og Ældreministeriets departement. Det har i modsætning til andre sektorforskningsinstitutter således ingen bestyrelse. Statens Serum Institut er i henhold til sundhedslovens § 222 landets centrallaboratorium for diagnostiske analyser, men det driver som sektorforskningsinstitut også forskning og yder myndighedsrådgivning. Statens Serum Institut har imidlertid også myndighedsopgaver som ansvarlig for forsyning med vacciner og beredskabsprodukter, ligesom det indgår i det operationelle beredskab mod smitsomme sygdomme og biologisk terrorisme.[4]

I daglig politik og forvaltning arbejder Sundheds- og Ældreministeriet og dets styrelser med en udstrakt selvstændighed. Hverken det eller andre fagministerier står dog helt frit. De arbejder inden for en ramme, som sætter grænser for, hvad dets minister og ministeriet politisk kan og må, ligesom det ikke er beskyttet mod ad hoc-intervention, hvis regeringens ledelse finder det hensigtsmæssigt eller nødvendigt i en konkret politisk situation. Ministerierne, inklusive sundheds- og ældreministeren og Sundheds- og Ældreministeriet, møder således den overordnede regeringskoordination i tre situationer.

Den ene er, når den årlige finanslov er under forberedelse og forhandling, og når ministeriet har bevillingssager, som i løbet af finansåret kræver forelæggelse for Folketingets Finansudvalg, hvilket forudsætter Finansministeriets godkendelse. Den anden er, når ministeriet har lovforslag, som er optaget på regeringens lovprogram, og som ministeriet forbereder til ministerens fremsættelse i Folketinget. Der er endelig en tredje kategori af sager, hvor et fagministerium som Sundheds- og Ældreministeriet møder regeringskoordinationen. Det kan være, når regeringen planlægger større politiske udspil på området. Det kan imidlertid også være, når der uforudset opstår problemer og sager af en sådan karakter, at de beslaglægger opmærksomhed på regeringsniveau,

2 Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 med senere ændringer.
3 Lov om lægemidler, jf. lovbekendtgørelse nr. 99 af 16. januar 2018 med senere ændringer.
4 Bekendtgørelse nr. 207 af 12. marts 2018 om sektorforskningsinstitutioner, jf. lovbekendtgørelse nr. 581 af 1. juni 2014.

og som kan resultere i lovgivning, selv om den ikke er optaget på lovprogrammet. Covid-19 viste sig i ekstrem grad at være et sådant problem, men typisk vil det være sager af mindre rækkevidde og forbigående karakter, som ikke desto mindre bliver placeret på regeringens dagsorden.

Selv om normalorganiseringen understreger ministeriernes ressortautonomi, har der over de seneste årtier været en udvikling, som indebærer, at koordinationen på regeringsniveau er styrket. Det er sket på to måder.[5] For det første har Finansministeriet styrket sin position som tværgående koordinator. Denne koordination stiller det både stærkere i budget- og udgiftsstyringen og i koordinationen af politikudviklingen inden for specielt de udgiftstunge ressorter. For det andet har regeringerne over en årrække udbygget og styrket den koordination, der som vist i tabel 6.1 er henlagt til en række faste regeringsudvalg. De to vigtigste er regeringens koordinationsudvalg (K-udvalget) og regeringens økonomiudvalg (Ø-udvalget). Der er imidlertid også andre faste udvalg, deriblandt regeringens sikkerhedsudvalg.
Regeringsarbejdet er tilrettelagt på en måde, som sikrer den form for koordination, der er beskrevet ovenfor. Sundheds- og Ældreministeriet vil således typisk møde den i skikkelse af Finansministeriet og i de to centrale regeringsudvalg, koordinationsudvalget og økonomiudvalget. Hvor Ø-udvalget behandler sager, der knytter sig til den økonomiske politik, herunder udgiftspolitikken, behandler K-udvalget andre sager, som tiltrækker sig politisk opmærksomhed. Det gælder udenrigssager og EU-politiske sager og sager, hvor det økonomisk-politiske aspekt ikke er det fremtrædende. Der er andre faste regeringsudvalg, f.eks. regeringens sikkerhedsudvalg, som får forelagt sager, som i bred forstand vedrører landets indre og ydre sikkerhed, og således også sager med et folkesundhedsmæssigt aspekt såsom en epidemi eller pandemi. Sundheds- og ældreministeren har normalt ikke sæde i de nævnte regeringsudvalg, men deltager i møderne, hvis ministeriet har sager på dagsordenen.

Alle regeringsudvalg er bakket op af et forberedende embedsmandsudvalg, hvis medlemmer er departementscheferne i de ministerier, hvis ministre er faste medlemmer af udvalgene. Det forberedende embedsmandsudvalg for regeringens sikkerhedsudvalg har som faste medlemmer tillige en række myndighedschefer. Endelig ser man udvidelser af deltagerkredsen på både minister- og embedsmandsniveau i konkrete krisesituationer.

Det nationale kriseberedskab

Det nationale kriseberedskab er rettet mod enhver form for kriser og katastrofer. Det har form af en hvilende organisation, som myndighederne i tilfælde af en truende eller pludseligt opstået kritisk situation aktiverer: »Det kan være menneskeskabte eller naturskabte hændelser, uforudsete eller varslede. Fælles er, at der er tale om situationer, der skaber et behov for ekstraordinær indsats.«[6] Figur 6.1. viser en oversigt over beredskabets organisation.

Beredskabet bygger på et sektoransvarsprincip, hvor »den myndighed, der har ansvaret

5 Jørgen Grønnegård Christensen, Peter Munk Christiansen og Marius Ibsen, »Politik og forvaltning«, 4. udg., Hans Reitzels Forlag, 2017, s. 108-121. Jørgen Grønnegård Christensen og Peter Bjerre Mortensen, »Overmod og afmagt – historien om det nye SKAT«, Djøf Forlag, 2018, s. 244-246.

6 »Retningslinjer for krisestyring«, Beredskabsstyrelsen, 2019, s. 5.

for en opgave til daglig, bevarer ansvaret for opgaven i en krisesituation.«[7] I relation til sundhedsmæssige kriser betyder det, at Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen har ansvaret. Tilsvarende har regionerne og kommunerne i medfør af sundhedslovens kapitel 65 ansvaret for sundhedsberedskabet inden for deres områder. Sundhedsloven bemyndiger imidlertid sundheds- og ældreministeren til at fastsætte nærmere regler herfor, og bekendtgørelsen om sundhedsberedskabet giver Sundhedsstyrelsen en central placering i beredskabet og beredskabsplanlægningen.[8]

Samspillet mellem sektoransvarsprincippet og den danske offentlige sektors opbygning indebærer, at beredskabet som udgangspunkt er stærkt decentraliseret. Der er imidlertid forudsat en aktivering af den nationale del af krisestyringssystemet, når en »ekstraordinær hændelse ikke kan håndteres tilstrækkeligt effektivt eller tilstrækkeligt hurtigt i det daglige myndighedsberedskab, eller når der er behov for tværgående koordination og gensidig orientering mellem myndigheder.«[9]

Som organisatorisk ramme for denne koordination er der etableret en National Operativ Stab (NOST). NOST henhører under Rigspolitiet, og en embedsmand fra Rigspolitiet er stabschef for den og leder møderne i NOST, når den træder sammen i aktuelle krisesituationer. I NOST sidder repræsentanter for mange grene af centraladministrationen; Sundheds- og Ældreministeriet er repræsenteret ved Sundhedsstyrelsen. Tilsvarende NOST har Den Internationale Operative Stab (IOS), hvor Udenrigsministeriet har lederskabet, ansvaret for koordination af hændelser i udlandet med konsekvens for Danmark eller danske statsborgere.[10]

NOST og IOS udgør således en hvilende administrativ infrastruktur, der bliver aktiveret i kritiske situationer af national rækkevidde. I det risikobillede, som NOST arbejdede med forud for udbruddet af covid-19, indgik forekomsten af højvirulente og vand- og fødevarebårne sygdomme blandt de hændelser, som kunne begrunde aktivering af det nationale beredskab.[11] Samtidig indebærer sektoransvarsprincippet generelt, at Sundhedsstyrelsen har det overordnede nationale ansvar for koordinationen af indsatsen i tilfælde af sundhedsmæssige kriser. Tabel 6.2 specificerer såvel styrelsens koordinerende rolle som opgavefordelingen mellem staten, regionerne og kommunerne i en sundhedsmæssig krisesituation. I varetagelsen af denne opgave er styrelsen også her underlagt ministerens og departementets og i forlængelse heraf regeringens politiske styring.

7 Ibid., s. 15.

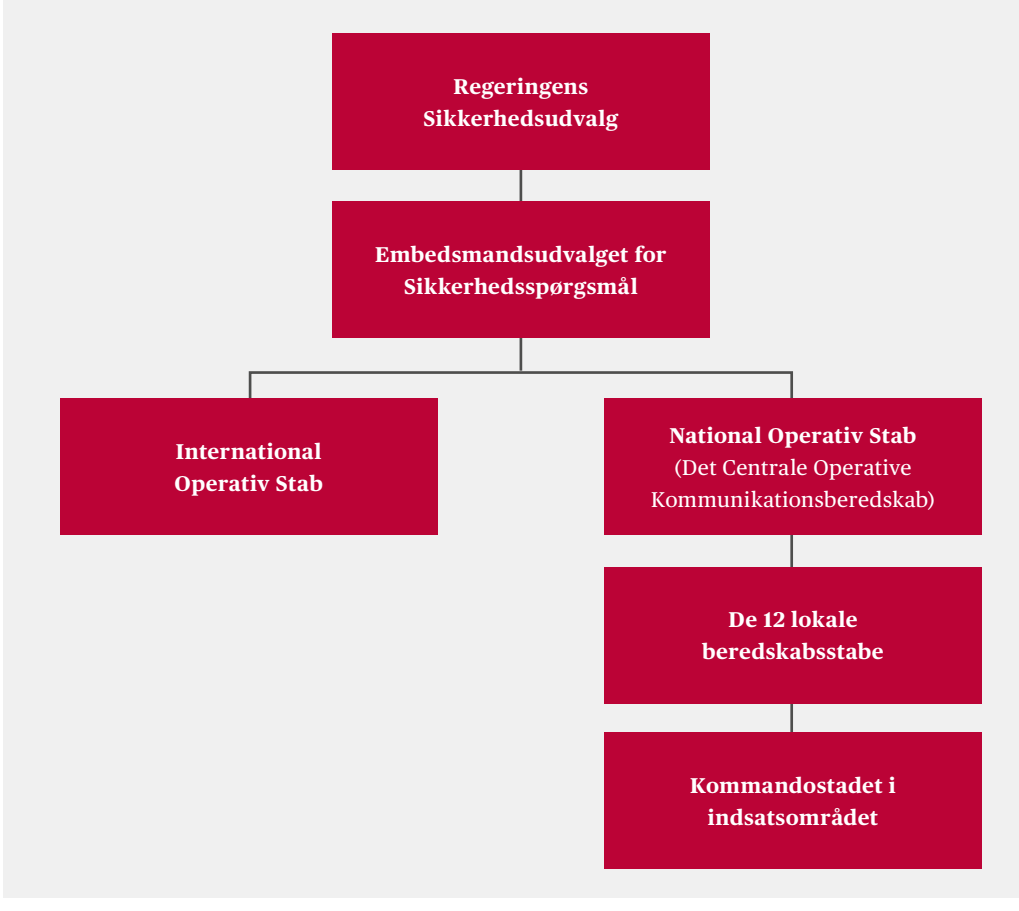
8 Bekendtgørelse nr. 971 af 28. juni 2016 om planlægning af sundhedsberedskabet og vejledning nr. 9321 af 1. april 2017 om planlægning af sundhedsberedskab, vejledning af kommuner og regioner.

9 »Retningslinjer for krisestyring«, Beredskabsstyrelsen, 2019, s. 9.

10 Der er en række grupper og stabe knyttet til NOST. De er ikke omtalt her, da de ikke synes at have spillet en afgørende rolle under covid-19-forløbet i den periode, som udredningen beskæftiger sig med. Det gælder også den overordnede Kriseberedskabsgruppe.

11 »Retningslinjer for krisestyring«, Beredskabsstyrelsen, 2019, s. 17.

Figur 6.1. Krisestyringssystemet i Danmark



Kilde: Gengivet efter »Planlægning af sundhedsberedskab – vejledning til regioner og kommuner«, Sundhedsstyrelsen, 2017, s. 15.

Tabel 6.2. Opgavefordelingen inden for sundhedsberedskabet

Område	Planlægnings- og driftsansvar	Planlægningsgrundlag og tilsyn
Beredskabet i den primære sundhedssektor	Kommuner og regioner	Sundhedsstyrelsen
Sygehusberedskabet	Regioner	Sundhedsstyrelsen
Den præhospitale indsats	Regioner	Sundhedsstyrelsen
Lægemiddelberedskabet, herunder medicinsk udstyr og utensilier	Regioner og kommuner	Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen

Kilde: Gengivet efter »Planlægning af sundhedsberedskab – vejledning til regioner og kommuner«, Sundhedsstyrelsen, 2017, s. 11.

NOST udgør også det administrative bindeled til krisestyringen og kriseberedskabet, idet NOST rapporterer til regeringens sikkerhedsudvalg gennem embedsmandsudvalget for sikkerhedsspørgsmål. Ligeledes er det NOST, der i tæt samspil med Sundhedsstyrelsen har stået for planlægningen af den tværsektorielle håndtering af alvorlig smitsom sygdom, epidemier og pandemier. Planen fastlægger rammerne for aktivering og drift af kriseberedskabet, ligesom den fastlægger rollefordelingen mellem de involverede myndigheder. Planen, som er en delplan til den såkaldte NOST-hovedplan, træder i kraft, »når det er nødvendigt at håndtere ekstraordinære, specielle eller større udbrud – eller risiko herfor – af alvorlige smitsomme sygdomme, herunder epidemier og pandemier, hvis informations- og indsatsforløb er – eller forudses at blive betydeligt og gå på tværs af samfundets sektorer.« Sundhedsstyrelsen har det »faglige lead««, men Statens Serum Instituts afdeling for infektionsepidemiologi står på Sundhedsstyrelsens vegne for overvågningen og har ansvaret for at varsle på forhånd udpegede medarbejdere i styrelsen.

Sundhedsstyrelsen har i denne egenskab udarbejdet ret udførlige planer og vejledninger om, hvordan myndighederne skal agere i tilfælde af udbrud af pandemisk influenza. Disse planer og vejledninger indeholder retningslinjer for myndighedernes arbejde på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Vejledningerne bliver løbende vedligeholdt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.[12] NOST bliver gennem Sundhedsstyrelsen løbende holdt orienteret om udviklingen fra og med den 22. januar 2020, jf. kapitel 7-9 nedenfor, hvor forløbet er kortlagt i detaljer.

Ved siden af den generelle nationale beredskabsorganisation, som i sin nuværende form er opbygget efter jordskælvet i Det Indiske Ocean og deraf afledte tsunamier i 2004, har der siden 1915 eksisteret en særlig beredskabsorganisation på epidemiområdet. Dens forhold er, jf. nedenfor, reguleret af epidemiloven, der etablerer en særlig regional myndighedsorganisation til

12 »Beredskab for pandemisk influenza – del I: National strategi og fagligt grundlag« og »Del II: Vejledning til regioner og kommuner«, Sundhedsstyrelsen, 2013.

håndtering af alment farlige og øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme m.v.

Siden strukturreformen i 2007 er det sket i form af nedsættelse af en epidemikommission for hver af landets regioner. Kommissionens formand er en politidirektør udpeget af rigspolitichefen, mens medlemmerne repræsenterer en række statslige myndigheder og det regionale sundhedsberedskab. Det er en forudsætning, at epidemikommissionerne modtager vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Til at rådgive styrelsen er der derfor nedsat en særlig epidemigruppe med styrelsens direktør som formand. Gruppen er sammensat af en meget bred kreds af myndigheder, organisationer og virksomheder.[13] Epidemiområdets organisering er således som udgangspunkt regionalt forankret, men det er gennem rigspolitichefen og Sundhedsstyrelsen koblet op på den nationale beredskabsorganisation. Epidemikommissionerne indgår således som et af leddene i den planlægning af sundhedsberedskabet, som Sundhedsstyrelsen står for.

Organisering af covid-19-håndteringen

Indsatsen over for covid-19 forløber, som det er fremgået af kapitel 3 og 4, over tre faser. Overgangen fra første fase, der løb fra årsskiftet 2019/20 til og med den 26. februar 2020, til anden fase, der løb fra den 27. februar 2020 til den 10. marts 2020, er afgørende for organiseringen af regeringens og myndighedernes indsats over for covid-19.

I den første fase koncentrerer myndighederne sig om at overvåge udviklingen. Det sker inden for rammerne af den normalorganisation, som er beskrevet ovenfor. Sundheds- og Ældreministeriet følger udviklingen; det samme gør Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut i høj grad. Samtidig har udviklingen tidligt Statsministeriets opmærksomhed, og Statsministeriet modtager fra den 28. januar 2020 via Sundheds- og Ældreministeriet en daglig coronastatus fra Sundhedsstyrelsen, jf. kapitel 7. Det er yderligere sådan, at Sundhedsstyrelsen via Rigspolitiet dagligt orienterer NOST og dermed det nationale kriseberedskab om udviklingen i denne fase. Fra den 21. januar 2020 holder Rigspolitiet desuden formændene for de regionale epidemikommissioner løbende orienteret om status på grundlag af de rapporteringer, som Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de øvrige sundhedsmyndigheder udarbejder.

Det er altså fra slutningen af januar og gennem februar 2020 karakteristisk, at udviklingen af virus og sygdommens udbredelse er genstand for stærk og løbende opmærksomhed på alle niveauer i centraladministrationen og hos myndighederne i øvrigt. Det gælder Statsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og især Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Det samme gælder det nationale beredskab med NOST som koordinerende instans. Endelig holder Sundhedsstyrelsen de regionale sundhedsberedskaber orienteret med retningslinjer for håndtering af situationen. Covid-19-håndteringen udfolder sig altså i denne tidlige fase inden for rammerne af normalorganisationen, ligesom det hvilende kriseberedskab løbende

13 Lovbekendtgørelse nr. 1444 af 1. oktober 2020 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme, § 3. Epidemigruppen var i løbet af vinteren og foråret 2020 indkaldt til en række møder, hvor først og fremmest Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, Styrelsen for Patientsikkerhed og Lægemiddelstyrelsen orienterede om status vedr. covid-19.

bliver holdt orienteret med henblik på en eventuel aktivering.

Dette billede skifter fra og med den 27. februar 2020, hvor man diagnosticerer den første dansker med covid-19. Samme dag indkalder statsministeren til møde i regeringens sikkerhedsudvalg. I mødet deltager en række ministre, inklusive ministre, som ikke er faste medlemmer af udvalget, og en række embedsmænd, inklusive en række embedsmænd, som ikke er medlemmer af det forberedende embedsmandsudvalg. Heriblandt er Sundhedsstyrelsens direktør, den faglige direktør for Statens Serum Institut og direktøren for Styrelsen for Patientsikkerhed. Indkaldelsen til mødet viser den alvor, hvormed statsministeren og regeringen vurderer situationen. Men det sker stadigvæk inden for rammerne af normalorganisationen, idet mødet fremstår som aktiveringen af dennes højeste niveau.

Ved overgangen fra første til anden fase bliver der også truffet beslutning om at aktivere epidemiloven og dermed forudsætningsvis epidemikommissionerne. Sundheds- og ældreministeren beslutter således den 28. februar 2020 efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen, at mens epidemilovens §§ 5-9 ikke generelt finder anvendelse i relation til covid-19, kan de nævnte bestemmelser i epidemiloven finde anvendelse i nærmere bestemte konkrete situationer.[14] Det er imidlertid væsentligt at tilføje, at epidemikommissionerne ikke med denne beslutning i praksis kommer til at spille en rolle i håndteringen af covid-19. Som det fremgår nedenfor bliver deres kompetence senere i krisens tredje fase ved lov overført til sundheds- og ældreministeren, hvorved der sker en centralisering.

Der sker imidlertid i dagene efter mødet i regeringens sikkerhedsudvalg en række organisatoriske tilpasninger, som tilsammen udgør opbygningen af en særlig covid-19-organisering på centraladministrativt niveau. De er skematisk sammenfattet i tabel 6.3. Der er tre væsentlige led i denne særlige covid-19-organisering:

1. Statsministeriets og dermed statsministerens rolle som overordnet koordinator af indsatsen bliver helt klar. Statsministeriet fulgte tidligt og ret systematisk udviklingen, således som det er beskrevet ovenfor. Men i fase 2, som begynder den 27. februar 2020, træder Statsministeriet ind i rollen som overordnet koordinator af covid-19-håndteringen, som leder frem til nedlukningen den 11. marts 2020. Det er ligeledes klart, at Statsministeriet både koordinerer forberedelsen af de overordnede beslutninger og følger deres politiske og administrative eksekvering særdeles tæt.

2. Statsministeriet har imidlertid en begrænset organisatorisk kapacitet målt i såvel årsværk[15] som faglig kompetence inden for de enkelte fagressorter. Det næste led er en styrkelse af kapaciteten på departementalt niveau. Det sker på flere måder:

14 Der knytter sig hertil ret alvorlige retlige problemer, som er udførligt behandlet i kapitel 12 nedenfor.

15 I første kvartal 2020 beskæftigede Statsministeriet 32 jurister/økonomer, hvortil kom et mindre antal chefer, jf. hjemmesiden www.loenoverblik.dk (den 28. oktober 2020).

Tabel 6.3. Regeringens covid-19-organisering

Overordnet koordination: Bestillingsgiver og opfølgende kontrol	**Processtyring: Koordination af bestillinger og leverancer, formidling til Statsministeriet**	**Politikudmøntning og gennemførelse**
Statsministeriet *Regeringsmøder* under statsministerens forsæde med centrale ministre: Sundheds- og ældreministeren, justitsministeren, finansministeren, erhvervsministeren og andre efter behov. Relevante departementschefer og styrelseschefer deltager.	*Justitsministeriet* *AC-gruppen* under forsæde af Justitsministeriet med deltagelse af afdelingschefer fra alle ministerier. *NOST+* Koordination af beslutningsoplæg og indstillinger fra styrelser. Bindeled til Justitsministeriet og AC-gruppen og Statsministeriet.	*Justitsministeriet* i løbende samarbejde med især Sundheds- og Ældreministeriet. *Sundheds- og Ældreministeriet* i løbende samspil med Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut samt Styrelsen for Patientsikkerhed. *Erhvervsministeriet* i samspil med Finansministeriet og fagministerierne samt organisationerne om udformning af hjælpepakker og aktstykker. Erhvervsstyrelsen administrerer hjælpepakker. *NOST+* Arbejder i forberedelsen af nedlukningen parallelt med AC-gruppen. Koordinerer teststrategi og forsyningsstrategi.

a. For det første beslutter man at nedsætte den såkaldte AC-gruppe. Det sker i slutningen af februar.[16] Gruppen, der består af afdelingschefer fra ministeriernes departementer, har til formål »at sikre en tværgående koordination af og en stringent kommunikation om den samlede håndtering af situationen og de mulige afledte samfundsmæssige konsekvenser som følge af COVID-19. Gruppen mødes fast to gange ugentligt og derudover efter behov. Gruppen er ansvarlig for at koordinere bestillinger og iværksætte initiativer på tværs af sektorområderne. Der føres et samlet kontinuerligt overblik over bestillinger og leverancer.

16 I opfølgningen på mødet i regeringens sikkerhedsudvalg den 27. februar 2020 omtaler e-mailudvekslinger fra den 28. februar 2020 mellem embedsmænd i Statsministeriet, Sundheds- og Ældremisteriet og Justitsministeriet AC-gruppen som et fungerende mødeforum. I en intern e-mail fra den 21. januar 2020 bad Statsministeriets departementschef om et papir om kriseberedskabet. Hun henviste i den sammenhæng til den kriseberedskabsgruppe på kontorchefniveau, som blev nedsat under svineinfluenzapandemien i 2009, uden dog på dette tidspunkt at konkludere, at man skulle etablere et sådant forum.

b. For det andet tildeler Statsministeriet Justitsministeriet rollen som koordinator af forberedelsen af den lovgivning, der bliver til i marts-april og af udmøntningen af de mange bemyndigelser, som den indeholder. Ministeriet bistår i den sammenhæng andre ministerier og ikke mindst Sundheds- og Ældreministeriet med forberedelsen af konkrete tiltag i form af lovgivning og udstedelse af bekendtgørelser. I en e-mail til samtlige departementschefer pointerer Statsministeriets departementschef således at »[d]et er JM, der koordinerer den samlede indsats …« Man tilsigter hermed en understøtning af den centrale koordinering, der udgår fra Statsministeriet.
c. Men opgaven rækker væsentligt videre. Justitsministeriet kommer i praksis til at fungere som den primære koordinator af covid-19-indsatsen, når det på overordnet niveau gælder den praktiske forberedelse og løbende gennemførelse af politikken. Der ligger i denne tilpasning af covid-19-indsatsens tilrettelæggelse en væsentlig kapacitetsudvidelse, idet Justitsministeriets departement sætter betydelige personaleressourcer ind i håndteringen af krisen på centraladministrativt niveau. Det kan i den sammenhæng tilføjes, at ministeriet senere i 2020 får en reorganisering, hvor der oprettes en ny beredskabsafdeling, som »på kort sigt [skal] have fokus på håndteringen af COVID-19, herunder understøttelse af den samlede genåbningsplan for at bringe samfundet forsvarligt ud af sygdommens første bølge.«[17] Ministeriet får yderligere fra den 1. august 2020 tildelt opgaven med at sikre forsyningssikkerheden og opretter i den sammenhæng Styrelsen for Forsyningssikkerhed.[18]
d. De beskrevne tilpasninger rører ikke ved Sundheds- og Ældreministeriets status som det mest berørte ressortministerium. Det er fortsat ministeriets departement, der indgår som mellemled mellem ministeriets styrelser og Statsministeriet og regeringen. Men som krisen spidser til, trækker man styrelserne med ind i den direkte rådgivning af regeringen, ligesom den stærke belastning af ministeriets kapacitet resulterer i, at Justitsministeriets departement i betydelig udstrækning træder til og bistår ministeriet med dels lovforberedelse, dels udmøntningen af de mange bemyndigelser, der kommer til at indgå i den lovgivning, som Folketinget og regeringen vedtager i fase 3.

3. Sidste led i etableringen af den særlige covid-19-organisation består i en tilpasning af NOSTs organisation. I slutningen af februar 2020 bliver politidirektøren i Midt- og Vestsjællands politi, Svend Larsen, udpeget som leder af NOST. På sit første stabsmøde i NOST, den 2. marts 2020, orienterer Svend Larsen medlemmerne af NOST om, at han »i den konkrete situation er kaldt ind til støtte for Rigspolitiet i forbindelse med etableringen af en styrket stabsstruktur i NOST-regi for den samlede myndighedsindsats i forbindelse med håndtering af en situation med et øget antal smittede med covid-19 i Danmark.« Hans opgave er at fungere som bindeled mellem Justitsministeriet og Rigspolitiet.

På stabsmøde i NOST den 2. marts 2020 bliver regeringens ønske om en »meget tæt« koordi-

17 »Beredskabsafdelingen«, Justitsministeriet, den 28. oktober 2020
18 »Styrelsen for Forsyningssikkerhed«, Justitsministeriet, den 28. oktober 2020.

nation med »udgangspunkt i et langsigtet perspektiv« understreget, og det bliver fremhævet, at »[d]et er derfor ønsket, at der i den konkrete situation etableres en stabsstruktur, der kan håndtere ikke kun den sundhedsfaglige vinkel på en situation med et stigende antal smittede med covid-19, men at der tillige sker en styrket, koordineret håndtering af samtlige de afledte udfordringer og problemstillinger, som relaterer sig til situationen.« Den nye struktur bliver derudover præsenteret i form af et »strategisk oplæg«, hvor det nye NOSTs stabsudvalg er skudt ind mellem NOST og E-SIK (det forberedende embedsmandsudvalg for sikkerhedsudvalget).

Med oplægget, der bliver præsenteret som Rigspolitiets, men, som det fremgår ovenfor, er udarbejdet i forlængelse af Statsministeriets prioritering af koordinationen, er den såkaldte NOST+ oprettet. NOST+ (eller ad hoc-NOST) er en midlertidig stabsgruppe, hvis medlemskreds er snævrere end NOST, men som samtidig inddrager en række nye aktører i arbejdet i form af private virksomheder og interesseorganisationer. Ud over funktionen som forbindelsesled mellem Rigspolitiet og Justitsministeriet får NOST+ også en rolle i forhold til AC-gruppen og Statsministeriet. Endelig bliver opgaven med at opbygge en forstærket teststrategi og at styrke forsyningen med værnemidler placeret hos NOST+.

Oprettelsen af NOST+ bliver senere i marts måned fulgt op af etableringen af en stab for National Samfundsrobusthed (NSR), som samler opgaverne fra Forsyningsstaben, Fremtidscellen og National Logistisk Stab. De tre sidstnævnte er understabe til NOST.

Sundhedsstyrelsen har, som det er fremgået, en central rolle i såvel det hvilende beredskab som i håndteringen af covid-19. Som et led i håndteringen af covid-19 opretter Sundhedsstyrelsen en særlig kriseledelse, hvis virksomhed er nærmere beskrevet i kapitel 7 og 8. Statens Serum Institut har en lignende intern koordination. Senere i forløbet, den 10. marts, etablerer Sundhedsstyrelsen en faglig arbejdsgruppe, som bliver et forum for inddragelse af en kreds af virologer fra en række sygehuse. Statens Serum Institut etablerer yderligere på et senere tidspunkt en særlig modelgruppe med ekstern repræsentation fra universiteterne og sygehusene.

Fra normalorganisationen til covid-19-organiseringen

For at håndtere covid-19-krisen bliver der i slutningen af februar 2020 ved overgangen fra krisens fase 1 til fase 2 gennemført en række organisatoriske tilpasninger. De indebærer, at der bliver etableret nye organisatoriske enheder og tværorganisatoriske fora, ligesom der bliver fastlagt en række procedurer og arbejdsgange, som skal sikre effektivitet i og koordination af krisehåndteringen.

Disse midlertidige tiltag fører til en afvigelse fra de træk, der ellers kendetegner regeringsarbejdet og centraladministrationen. Således er danske regeringers og dermed centraladministrationens arbejde traditionelt præget af en betydelig selvstændighed for de enkelte ministre og deres ministerier. Mange tiltag, også politiske tiltag, udgår således fra de enkelte ministre og deres underliggende organisation. En del af disse tiltag og initiativer tager form af en udmøntning af et fælles regeringsprogram, ligesom de er ministrenes respons på beslutninger taget på regeringsniveau, f.eks. i et af de centrale regeringsudvalg. Det er også sådan, at Statsministeriet i denne proces traditionelt spiller en tilbagetrukken rolle som formidler af koordination og samarbejde inden for regeringen og mellem ministerierne. Som anført ovenfor har man dog over en årrække kunnet iagttage

en udvikling, hvor både den tværgående koordination og koordinationen på regeringsniveau er tiltaget.

I håndteringen af covid-19-krisen sker der en markant ændring, idet statsministeren og Statsministeriet ikke alene følger udviklingen nøje, men ret tidligt i forløbet slår ind på en bestillingsdrevet koordination. Der ligger i denne tilpasning en centralisering af beslutningsproces og arbejdsgange, som afviger fra den normale tilrettelæggelse af arbejdet i regeringen og centraladministrationen. Det er også en ændring, som rækker væsentligt ud over den organisering af kriseberedskabet og kriseledelsen, som er bygget op omkring NOST og Rigspolitiet. Konkrete initiativer tager inden for rammerne af den særlige covid-19-organisering form af bestillinger fra Statsministeriet, hvor ministeriet rekvirerer information og statusrapporter fra fagministerierne og deres styrelser, og hvor valget af løsninger i høj grad tager udgangspunkt i endog særdeles specifikke bestillinger fra Statsministeriet.

Samtidig etablerer statsministeren på regeringsniveau et ad hoc-forum med deltagelse af ministre og embedsmænd fra en række ministerier, som overordnet koordinerer håndteringen på hyppige møder. Den normale regeringskoordination gennem faste regeringsudvalg er dermed i covid-19-sammenhæng erstattet af et dedikeret koordinationsforum under statsministerens ledelse og ud over sundheds- og ældreministeren med deltagelse af bl.a. justitsministeren, erhvervsministeren og finansministeren. Den bestillingsdrevne organisering er endelig kendetegnet ved, at Statsministeriet i ret høj grad går ind i en kontrol af ministeriernes leverancer som svar på de statsministerielle bestillinger.

En anden væsentlig tilpasning ligger i den rolle, som Justitsministeriet bliver tildelt. For det første får ministeriet gennem formandskab og sekretariatsbetjening af AC-gruppen og gennem NOST og etableringen af NOST+ en meget central position i både samordningen af de politiske initiativer og samordningen af myndighedernes eksekvering af kriseforanstaltningerne. For det andet får Justitsministeriet, hvad der også afviger stærkt fra normalorganiseringen, til opgave sammen med de enkelte fagministerier at medvirke ved omsætningen af regeringsbeslutningerne til lovsform og efterfølgende at udmønte covid-19-lovgivningens mange bemyndigelser i bekendtgørelser.

Retlige rammer

Sundhedsloven

Sundhedsloven[19] er den generelle lov om patienters rettigheder og sundhedspersoners og sundhedsmyndighedernes pligter, og dens regler supplerer specialreglerne på området, herunder, må det antages, også epidemilovens regler om behandling, jf. kapitel 12. Hovedloven trådte i kraft den 1. januar 2007, og den samlede forhold, der hidtil havde været reguleret i 15 forskellige love, i én sammenhængende lov.[20] Sundhedsloven er inddelt i 20 hovedafsnit. Det følger af sundhedslovens § 2, der har karakter af en programerklæring, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for let og lige adgang til sundhedsvæsenet, behandling af høj kvalitet, sammenhæng

19 Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 med senere ændringer.
20 Sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005.

mellem ydelserne, valgfrihed, let adgang til information, et gennemsigtigt sundhedsvæsen og kort ventetid på behandling.[21]

Driftsansvaret for- og tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenet

Driftsansvaret for sundhedsvæsenet påhviler regioner og kommuner. Opgaverne udføres ikke af disse alene, idet den private sektor, f.eks. praktiserende sundhedspersoner, private sygehuse og institutioner, også medvirker til realisering af behandlingstilbuddene, jf. sundhedslovens § 3, stk. 2. Sundhedsloven overlader en bred skønsmæssig beføjelse til regioner og kommuner ved tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenet. Dette gælder i forhold til beslutningen om, hvorvidt opgaverne skal løses på regionernes og kommunernes egne institutioner eller ved samarbejdsinstitutioner, herunder private institutioner.[22] Men det gælder også i forhold til beslutningen om, hvilke behandlingstilbud der skal stilles til rådighed, og hvilke persongrupper der skal have adgang til eksisterende behandlingstilbud.[23]

Regioner og kommuner er selvstændige forvaltningsmyndigheder og indgår ikke i noget overordnet eller underordnet forhold til de centrale sundhedsmyndigheder[24], herunder Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og Statens Serum Institut. Dette betyder, at retligt bindende styringsmidler i forhold til de driftsansvarlige sundhedsmyndigheder kræver lovhjemmel.[25] Som eksempel på udtrykkelig lovhjemmel herom kan nævnes sundhedslovens § 210, stk. 4, der bemyndiger sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler for regionsråds og kommunalbestyrelsers planlægning og varetagelse af sundhedsberedskabet.

Styringen af regioner og kommuner sker dog også gennem aftaler, f.eks. den årlige økonomiaftale mellem staten og Danske Regioner. Disse aftaler sætter i høj grad de økonomiske og kapacitetsmæssige rammer for regionernes varetagelse af opgaverne på sygehusområdet.

Patienters retsstilling

Som det fremgår nedenfor om epidemiloven, er der i denne hjemmel til, at sundheds- og ældreministeren eller den, som ministeren overlader kompetencen til, kan påbyde, at enhver, der lider af en alment farlig sygdom, eller som formodes at kunne være smittet med en sådan, skal lade sig undersøge af en sundhedsperson og lade sig indlægge på et sygehus, ligesom der er hjemmel til, at sundheds- og ældreministeren kan iværksætte tvangsmæssig behandling og vaccination. Hermed bryder epidemiloven med det helt grundlæggende princip om patienters selvbestemmelsesret efter sundhedsloven, som behandles i det følgende.

Reglerne om selvbestemmelsesret, der udledes af sundhedslovens § 15, gælder for patienter, der inden for sundhedsvæsenet eller andre ste-

21 Helle Bødker Madsen, »Sundhedsret«, 4. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2018, s. 29.

22 Der henvises f.eks. til sundhedslovens § 75 om sygehusvæsenet, og § 141, stk. 3, om alkoholbehandling i den kommunale sektor. Praksissektorens ydelser skal som udgangspunkt realiseres gennem overenskomster indgået med organisationer af sundhedspersoner m.fl., jf. sundhedslovens § 227, stk. 1. Disse ydelser leveres således principielt i den private sektor.

23 Helle Bødker Madsen, »Sundhedsret«, 4. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2018, s. 193.

24 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s.29, s. 53 og s. 55.

25 Ibid., s. 24.

der, hvor der udføres sundhedsfaglig virksomhed, modtager eller har modtaget behandling[26] af sundhedspersoner[27], medmindre andet særligt er fastsat i lovgivningen, jf. sundhedslovens § 13. For en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, indtræder den eller de personer, som efter lovgivningen er bemyndiget hertil (legale repræsentanter), i patientens rettigheder efter loven, i det omfang det er nødvendigt for at varetage patientens interesser i den pågældende situation, jf. sundhedslovens § 14.

Om patienters medinddragelse i beslutninger vedrørende behandling fremgår det af lovens § 15, stk. 1, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedslovens §§ 17-19. Det følger endvidere af § 15, stk. 2, at patienten på ethvert tidspunkt kan tilbagekalde sit samtykke. Et informeret samtykke er efter lovens § 15, stk. 3, et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side. Et mundtligt samtykke til behandling er som udgangspunkt tilstrækkeligt, og et samtykke kan efter omstændighederne være stiltiende, jf. lovens § 15, stk. 4.

Samtykke til behandling skal gives af en patient, der er fyldt 15 år, jf. § 1, stk. 3, 1. pkt., i bekendtgørelsen om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.[28] 15-17-årige patienter meddeler i medfør af sundhedslovens § 17, stk. 1, således som udgangspunkt selv informeret samtykke til behandling, selv om de er under forældremyndighed. Såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at patienten ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver(e) i medfør af sundhedslovens § 17, stk. 2, give informeret samtykke.

Generelt gælder det, at patienten skal være i stand til at overskue konsekvenserne af sine handlinger, jf. § 1, stk. 3, 2. pkt., i ovennævnte bekendtgørelse. Patienten skal med andre ord have retlig handleevne. Herudover skal samtykket i medfør af bekendtgørelsens § 2, stk. 1, være frivilligt. Et samtykke afgivet under anvendelse af tvang eller trussel herom eller under et egentligt pres er ikke frivilligt.[29]

For en patient, der på grund af ung alder (0 -15-årige) ikke selv er i stand til at meddele informeret samtykke til behandling, er det som udgangspunkt efter forældreansvarslovens § 2, stk. 1, forældremyndighedens indehaver(e), som meddeler informeret samtykke. For en patient, der varigt er ude af stand til at meddele informeret samtykke (varigt inhabile), meddeler de nærmeste pårørende, værgen, hvis denne er beskikket for personlige forhold, eller en fremtidsfuldmægtig informeret samtykke, jf.

26 Behandling omfatter efter sundhedslovens § 5 undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

27 Sundhedspersoner er efter sundhedslovens § 6 personer, der er autoriserede i henhold til særlig lovgivning til at varetage sundhedsfaglige opgaver, f.eks. læger og sygeplejersker, og personer, der handler på disses ansvar.

28 Bekendtgørelse nr. 359 af 4. april 2019 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

29 Helle Bødker Madsen, »Sundhedsret«, 4. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2018, s. 224.

sundhedslovens § 18, stk. 1.[30] Varigt inhabile patienter omfatter patienter med nedsat psykisk funktionsevne, f.eks. psykisk udviklingshæmmede, demente eller patienter med svære hjerneskader.[31] Et stedfortrædende samtykke skal altid være udtrykkeligt, jf. § 2, stk. 3, i ovennævnte bekendtgørelse.

En patient, der på grund af lav alder, manglende modenhed eller nedsat psykisk funktionsevne ikke selv kan give informeret samtykke, skal efter sundhedslovens § 20 informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen, hvis patienten forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten, og patientens tilkendegivelser skal, hvis de er aktuelle og relevante, tillægges betydning.

Det må i mangel af særskilte bestemmelser herom i epidemiloven antages, at de ovenfor belyste regler om stedfortrædende samtykke og medinddragelse af patienter, som ikke selv har retlig handleevne, udfylder epidemilovens regler om behandling, jf. dennes §§ 5, 8 og 16.

I tilfælde af at der foreligger et øjeblikkeligt behandlingsbehov og patienten midlertidigt, f.eks. på grund af bevidstløshed, eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, er der i sundhedslovens § 19 hjemmel til, at en sundhedsperson kan indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig. Omfattet er de situationer, hvor behandling er så hastende, at der ikke er tid til at indhente samtykke fra patienten selv eller dennes legale repræsentant, og adgangen til at behandle uden samtykke i sådanne situationer hviler på en nødretsbetragtning.[32]

Sammenfattende kan det siges, at det er et bærende princip efter sundhedsloven, at en voksen habil patient selv bestemmer, om et behandlingstilbud skal modtages eller ej, og at en patient, der på grund af lav alder eller varig inhabilitet ikke selv kan give informeret samtykke til behandling, skal informeres og inddrages mest muligt i drøftelserne af behandlingen. Sundhedsloven hjemler ikke anvendelse af fysisk magt i behandlingsøjemed.[33] I epidemiloven derimod er der som nævnt, og som det fremgår nedenfor, hjemmel til at anvende tvang, jf. nærmere herom i kapitel 12.

Epidemiloven

Formål og anvendelsesområde

Håndtering og behandling af smitsomme og epidemiske sygdomme sker som udgangspunkt efter de almindelige regler i sundhedsloven. For visse alment farlige sygdomme og øvrige smitsomme og overførbare sygdomme finder epidemiloven (lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme)

30 Der er i sundhedslovens § 18, stk. 2 og 3, fastsat regler om den situation, hvor en varigt inhabil patient ikke har nogen nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig. I dette tilfælde kan behandlingen gennemføres med tilslutning fra en anden uvildig sundhedsperson med faglig indsigt. Bagatelagtige indgreb kan dog gennemføres uden en sådan tilslutning. I § 18, stk. 4, er der fastsat regler om den situation, hvor sundhedspersonen skønner, at patientens legale repræsentanter forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet. I dette tilfælde kan behandlingen gennemføres med tilslutning fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

31 Helle Bødker Madsen, »Sundhedsret«, 4. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2018, s. 234.

32 Ibid., s. 238-239.

33 Folketingstidende 1997-98, 2. samling, tillæg A, side 515. Magtanvendelse som led i behandling af gravide alkoholmisbrugere forudsætter, at den gravide forud herfor frivilligt har indgået kontrakt herom med kommunalbestyrelsen, jf. sundhedslovens § 141 b, stk. 2.

imidlertid anvendelse.[34] Det følger af epidemilovens § 1, stk. 1, at loven har til formål at hindre, at sygdomme af den nævnte karakter udbredes i Danmark, og at smitte fra disse sygdomme føres ind i landet eller herfra til andre lande.

Den gældende epidemilov går tilbage til 1979, hvor den daværende lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdommes udbredelse fra 1915 med senere ændringer og den daværende lov om karantæneforanstaltninger mod smitsomme sygdomme fra 1953 med senere ændringer blev samlet i én lov. Loven har siden 1979 været ændret flere gange, men ændringerne har i de fleste tilfælde været begrænset til konsekvensændringer som følge af ændringer i den øvrige lovgivning, som f.eks. ved afskaffelse af hæftestraf i 2004, strukturreformen i 2007 og politi- og domstolsreformen i 2006.[35] Af mere indholdsmæssige revisioner af loven kan nævnes ændringen af loven i 1994 om udryddelse af rotter på skibe, ændringen i 2007, hvor bl.a. lovens anvendelsesområde blev udvidet til at omfatte andre overførbare sygdomme, der ikke smitter fra menneske til menneske, men f.eks. ved smittespredning fra biologisk kampstof, herunder miltbrand, og ændringen i 2008 om bl.a. hygiejnecertifikater til skibe og foranstaltninger mod rotter og gnavere, der ved ændringen blev udvidet til også at gælde insekter, mider og andre mindre dyr, som overfører en mikroorganisme (vektorer). Derudover blev der ved de seneste ændringer af loven den 17. marts og 4. april 2020 foretaget væsentlige ændringer i loven i forbindelse med myndighedernes håndtering af covid-19.

Epidemiloven finder i medfør af lovens § 2, stk. 1, anvendelse på de sygdomme, der er optaget i bilaget til loven. Bilaget indeholder en liste A med sygdomme, der er alment farlige, herunder bl.a. ebola, kopper og sars, og en liste B med øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, herunder bl.a. mæslinger, fugleinfluenza og hepatitis A (smitsom leverbetændelse). Covid-19 blev som nærmere beskrevet i kapitel 7 og 12 med virkning fra den 29. februar 2020 optaget på liste B i bilaget til epidemiloven.[36] På trods af den almindeligt anvendte populærtitel epidemiloven er det således ikke en betingelse for lovens anvendelse, at der er tale om en epidemi, men at der i det konkrete tilfælde foreligger en alment farlig sygdom eller en af de øvrige

34 Lovbekendtgørelse nr. 1444 af 1. oktober 2020.

35 Epidemiloven fra 1979 har været ændret ved lov nr. 139 af 2. marts 1994 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme (Undersøgelse for og udryddelse af rotter på skibe m.v.), § 2 i lov nr. 345 af 17. maj 2000 om ændring af lov om embedslægeinstitutioner m.v., lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og lov om udøvelse af lægegerning (Overførelse af Stadslægeembedet i Københavns Kommune til staten m.v.), § 21 i lov nr. 145 af 25. marts 2002 om ændring af forskellige love som følge af sammenlægningen af de bornholmske kommuner, § 5 i lov nr. 69 af 4. februar 2004 om ændring af forskellige love på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område (Afskaffelse af hæftestraf samt ændring af uddannelseskrav i autorisationslove vedrørende sundhedspersoner m.v.), § 1 i lov nr. 545 af 24. juni 2005 om ændring af forskellige love på sundhedsområdet og visse andre områder (Konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen), § 82 i lov nr. 538 af 8. juni 2006 om ændring af retsplejeloven og forskellige andre love (Politi- og domstolsreform), lov nr. 433 af 8. maj 2007 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme (Lovens anvendelsesområde og central vejledningskompetence m.v.), lov nr. 1172 af 10. december 2008 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Hygiejnecertifikater m.v.), § 5 i lov nr. 656 af 8. juni 2016 om ændring af sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og forskellige andre love (Styrelsen for Patientsikkerheds fremtidige tilsyn m.v.), lov nr. 208 af 17. marts 2020 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.) og § 1 i lov nr. 359 af 4. april 2020 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.).

36 Bekendtgørelse nr. 157 af 27. februar 2020 om ændring af liste B til lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme.

smitsomme og andre overførbare sygdomme, som er nævnt i bilagene til loven.

Epidemilovens anvendelsesområde er opdelt således, at en del af de foranstaltninger, som myndighederne kan iværksætte, kun kan anvendes på liste A-sygdomme, medmindre sundheds- og ældreministeren efter rådgivning – og før ændringen ved lov nr. 208 af 17. marts 2020 efter indstilling – fra Sundhedsstyrelsen i medfør af lovens § 10 beslutter, at foranstaltningerne tillige kan anvendes på en liste B-sygdom, der optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning. Sundheds- og ældreministeren kan med virkning fra den 18. marts 2020 bestemme, at de foranstaltninger, der efter epidemilovens §§ 5-7 og §§ 12 a-12 f kan gennemføres ved liste A-sygdomme, tillige kan finde anvendelse i relation til covid-19.[37] Forud herfor havde sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen besluttet, at beføjelserne i epidemilovens §§ 5-9 kunne iværksættes i relation til covid-19 i en række konkrete situationer, jf. kapitel 12, hvor denne beslutning diskuteres.

Foranstaltninger efter loven mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdommes indførelse og udbredelse

Sundheds- og ældreministeren eller den, som ministeren overlader kompetencen til, kan efter epidemiloven iværksætte en række foranstaltninger mod udbredelsen af alment farlige sygdomme, herunder påbyde enhver, der lider af en alment farlig sygdom, eller som formodes at kunne være smittet med en sådan, at lade sig undersøge af en sundhedsperson, at lade sig indlægge på et sygehus eller i anden egnet facilitet eller at lade sig isolere i en egnet facilitet, jf. lovens § 5, stk. 1. Hvis isolation ikke er tilstrækkelig til at forebygge eller inddæmme udbredelse af sygdommen, kan sundheds- og ældreministeren iværksætte tvangsmæssig behandling, jf. lovens § 5, stk. 2.

Sundheds- og ældreministeren kan endvidere i medfør af epidemilovens § 8, stk. 1, påbyde, at der skal iværksættes tvangsmæssig vaccination inden for et nærmere afgrænset område eller af en nærmere afgrænset personkreds. Når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom, kan sundheds- og ældreministeren i medfør af lovens § 8, stk. 2, med henblik på at nedbringe antallet af øvrige patienter i sundhedsvæsenet fastsætte regler om, at der skal iværksættes tvangsmæssig vaccination af nærmere bestemte risikogrupper med henblik på at minimere udbredelsen af øvrige sygdomme i befolkningen.

Epidemiloven indeholder en række bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om øvrige foranstaltninger, heriblandt forbud mod, at flere personer befinder sig på samme sted, om at politiet kan nedlægge forbud mod ophold på et bestemt sted, hvortil der er almindelig adgang, i en bestemt periode, jf. epidemilovens § 6, og forbud mod adgang til eller restriktioner for adgangen til eller brugen af indendørs eller udendørs offentlige institutioner og idrætsanlæg, legepladser og lignende faciliteter, jf. lovens § 6 a. Endvidere kan sundheds- og ældreministeren efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om private og offentlige dagtilbuds, skolers, uddannelsesinstitutioners og andre institutioners forhold, herunder om midlertidig lukning og nødpasning m.v., jf. lovens § 22.

37 Bekendtgørelse nr. 213 af 17. marts 2020 om udvidelse af §§ 5-7 og §§ 12 a-12 f i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme til at omfatte Coronavirussygdom 2019 (COVID-19).

Epidemiloven indeholder endvidere en række foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdommes indførelse i landet, herunder om at indhente passagerlisteoplysninger og bestemme, i hvilket omfang der fra et skib eller luftfartøj ikke må ske samkvem med personer i land, før sundheds- og ældreministeren eller den, ministeren har bemyndiget hertil, har meddelt tilladelse til frit samkvem, jf. epidemilovens §§ 13-15. Endvidere kan sundheds- og ældreministeren påbyde, at enhver, der ankommer her til landet, skal lade sig undersøge af en læge, og at vedkommende om nødvendigt skal lade sig indlægge til observation på et sygehus, jf. lovens § 16.

Foruden de nævnte foranstaltninger kan sundheds- og ældreministeren fastsætte regler i medfør af epidemilovens §§ 12 d og 12 e om bl.a. fravigelse af forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige, når det er nødvendigt for at sikre kapacitet til behandling og pleje af personer, der er smittet med en alment farlig sygdom, og de pågældende forpligtelser og rettigheder må anses for at være af mere underordnet betydning i forhold til det nævnte kapacitetsbehov, og fastsætte regler om, at pligter, der ifølge lovgivningen påhviler private over for det offentlige, fraviges, i det omfang det som følge af foranstaltninger iværksat i medfør af epidemiloven vil være umuligt eller uforholdsmæssig vanskeligt for den private at opfylde pligten.

Sundheds- og ældreministeren kan i situationer med udbredelse af eller fare for udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om særlige foranstaltninger med henblik på at sikre forsyningen af varer, jf. epidemilovens § 12 f.

Sundheds- og ældreministeren kan i medfør af epidemilovens §§ 21 a og 21 b endvidere fastsætte regler om fysiske og juridiske personers og myndigheders oplysningsforpligtelser og behandling af personoplysninger for at hindre udbredelse af smitte af bestemte sygdomme. For en del af bemyndigelserne i epidemiloven gælder, at ministeren kan fastsætte regler, der fraviger anden lovgivning.

Sundheds- og ældreministeren kan til brug for gennemførelse af foranstaltninger efter epidemiloven eller regler fastsat i medfør heraf iværksætte ekspropriation af privat ejendom mod fuldstændig erstatning til den eller de berørte ejere, jf. epidemilovens § 27.

Manglende iagttagelse af påbud udstedt efter loven eller regler i medfør heraf kan i flere tilfælde straffes med bøde eller fængsel indtil 6 måneder, jf. epidemilovens § 29.

Mens behandling efter sundhedslovens regler, jf. ovenfor, beror på frivillighed og således er et tilbud til borgerne, som de kan tage imod eller lade være, giver epidemiloven i flere tilfælde mulighed for administrativt at iværksætte indgreb i borgernes retsforhold, der om nødvendigt med bistand fra politiet kan gennemføres med fysisk magt. Indgrebene kan efter omstændighederne gribe ind i grundlovens frihedsrettigheder og menneskerettighederne. Dette gælder f.eks. for tvangsindlæggelse og afspærring af område, hvor en farlig sygdom optræder. Endvidere kan foranstaltningerne i nogle tilfælde udgøre indgreb i den private ejendomsret på en måde, der kan have karakter af ekspropriation. Epidemilovens forhold til grundlovens frihedsrettigheder belyses nærmere i kapitel 12. For visse pålæg efter epidemiloven, som har karakter af frihedsberøvelse, skal sundheds- og ældreministeren vejlede om adgang til domstolsprøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. En række beslutninger truffet i medfør af epidemiloven og de i medfør heraf administrativt fastsatte regler har eller kan

have karakter af afgørelser i forvaltningslovens forstand, hvilket i så fald indebærer, at lovens regler om f.eks. partsaktindsigt, partshøring og begrundelse i en række tilfælde er anvendelige, jf. kapitel 12.

Kapitel 7

Overvågningsfasen: den 1. januar til den 26. februar 2020

I enhver krise er der nogle grundlæggende udfordringer, som de centrale beslutningstagere bør forholde sig til og håndtere. En krise er ofte karakteriseret ved at være uventet og uforudset og så potentielt skadevoldende, at det kan få store konsekvenser for samfundet på både kort og lang sigt, hvis ikke den håndteres. Især tre faser kan udskilles og fremhæves som væsentlige for håndteringen af enhver større samfundsmæssig krise.[1]

- Problemforståelse: I den første fase er der fokus på at forstå, hvad der egentlig foregår. Typisk handler det om at forstå, hvad det er for en type krise, hvor alvorlig den er, og om den er forbigående eller længerevarende.
- Beslutningstagning: Forståelsen af krisen har betydning for den næste fase, hvor der er fokus på beslutningstagning. Hvilke handlinger og beslutninger skal iværksættes? Hvem skal træffe beslutningerne? Hvornår og hvordan skal de iværksættes og implementeres?
- Meningsskabelse og kommunikation: Den tredje store opgave er at skabe mening. Det centrale i denne fase er at kommunikere præcist og hensigtsmæssigt om krisen, ikke kun internt, men også eksternt i forhold til en bredere offentlighed.

Sådanne spørgsmål forholder ledende politikere og embedsmænd sig til på daglig basis, men når problemer udvikler sig til egentlige kriser, giver det nogle særlige udfordringer. For det første er usikkerheden typisk så stor, at det er svært overhovedet at forstå, hvad man står over for. Og er der overhovedet tale om en krise? Der er jævnligt nye virusudbrud rundt omkring på kloden med potentiale til at udvikle sig dramatisk, men meget få af dem udvikler sig til egentlige kriser og pandemier, som covid-19 gjorde.

For det andet flyder de skitserede faser i praksis sammen. I forhold til covid-19 rammer nyheden om sygdomsudbruddet i Kina myndighederne og offentligheden stort set

1 Denne fremstilling bygger på Arjen Boin et al., »The Politics of Crisis Management – Public Leadership under Pressure«, Cambridge University Press,. 2. udg., 2017.

samtidig. Man skal derfor kommunikere om krisen med det samme, også inden myndighederne har en blot nogenlunde sikker forståelse af situationens karakter og alvor. Det er også en situation, hvor myndighederne tidligt skal træffe beslutninger, f.eks. om rejsevejledninger og håndtering af hjemvendte borgere, som kan være smittede. De skal endvidere tage stilling til, om situationen skal håndteres inden for normal- eller kriseorganisationen (jf. kapitel 6).

Fokus i dette kapitel er på myndighedernes problemforståelse, beslutningstagning og kommunikation om covid-19 i perioden fra den 1. januar 2020 til den 26. februar 2020. Modsat kapitel 3 og 4, som udelukkende bygger på offentlige kilder, er dette og de efterfølgende kapitler baseret på skriftligt materiale udleveret af de relevante myndigheder (jf. kapitel 5).

Sundhedsmyndighedernes overvågning og udvikling af sygdomsforståelse i januar 2020

I den helt tidlige fase af forløbet er sygdomsudbruddet i Kina helt overvejende en sag for Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Der er i denne fase fokus på, hvordan udbruddet i Kina skal karakteriseres: Hvad er det for en type sygdom? Hvor alvorlig er den nye sygdom? Hvor smitsom er den? Hvor troværdige er oplysningerne fra Kina? Hvor stor er risikoen for, at sygdommen kommer til Danmark?

Som nævnt i kapitel 3 udsender Sundhedsstyrelsen den 15. januar 2020 retningslinjer til sundhedspersonalet for, hvordan man skal diagnosticere og håndtere patienter ved mistanke om ny coronavirus. Retningslinjerne viser, at man i første omgang placerer sygdommen i kategori med mers, der som beskrevet i kapitel 3 er en særdeles alvorlig og smitsom virussygdom, men også en sygdom, som endnu aldrig har været påvist hos personer i Danmark. I retningslinjerne skriver Sundhedsstyrelsen bl.a.: »Med den nuværende viden om nCoV og med opmærksomhed på, at denne viden fortsat udvides, anbefales det for nuværende i øvrigt at anvende Sundhedsstyrelsens Retningslinje for håndtering af Middle East Respiratory Syndrome (MERS).«

Den 21. januar 2020 afholdes det første møde i det, der betegnes som kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen. Kriseledelsen består af direktøren og en varierende kreds af ledende medarbejdere i Sundhedsstyrelsen. Af referatet fra det første møde i kriseledelsen fremgår det, at Sundhedsstyrelsen »etablerer stabsberedskab med umiddelbar forventning om relativt hurtig nedskalering til informationsberedskab« (se boks 7.1). Den forventning bliver ikke indfriet. I de følgende uger og måneder mødes kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen fast en til to gange dagligt, og det bliver et centralt forum for fastlæggelse af Sundhedsstyrelsens krisestrategi og for prioritering af Sundhedsstyrelsens indsats. I referatet fra det første møde i kriseledelsen noterer man: »Vores vejledning for MERS er fortsat et godt udgangspunkt.«

I de næstfølgende opdateringer af retningslinjerne til sundhedspersonalet holder man fast i denne vurdering, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved retningslinjerne for sundhedspersonalets anmeldelsespligt: »Mistanke om eller bekræftet 2019-nCoV er at ligestille med MERS og SARS som alment farlig sygdom, og er derfor anmeldelsespligtigt (jf. Epidemiloven, liste A).«

Det er som beskrevet i kapitel 6 Statens Serum Institut, der varetager overvågning og risikovurdering af smitsomme sygdomme i Danmark og internationalt. Det er også seruminstituttet, der er dansk kontaktpunkt i den nationale og internationale overvågning af smitsomme sygdomme.

Boks 7.1. De tre beredskabsniveauer i den nationale operative stab

Aktiveringstrin	Handling
Informationsberedskab (trin 1)	Varsling af medlemmerne af NOST, DCOK m.m.
Stabsberedskab (trin 2)	Klargøring af indkaldelse af medlemmerne af NOST, DCOK, m.m. samt klargøring af stabsfaciliteter m.v.
Operationsberedskab (trin 3)	Indkaldelse af NOST-staben

Note: NOST står for Den nationale operative stab. DCOK står for Det Centrale Operative Kommunikationsberedskab.

Den 22. januar 2020 afholder Statens Serum Institut sit første »interne nCov udbrudsmøde.« Det bliver et forum, som over de næste måneder mødes flere gange ugentligt. Deltagerne er repræsentanter for de fagligt relevante afdelinger i Statens Serum Institut. Der er ikke noget, der tyder på, at Statens Serum Institut i denne tidlige fase har en anden forståelse af den nye sygdom end Sundhedsstyrelsen, dvs. som en sygdom, der sidestilles med meget alvorlige, smitsomme liste A-sygdomme.

Hvis der er en forskel på Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen i denne fase, er det primært i forhold til kommunikationen til offentligheden, hvor der internt i Sundhedsstyrelsen er bekymring for, at Statens Serum Institut taler sygdomsudbruddet i Kina op og derved skaber uberettiget bekymring i befolkningen. På de første kriseledelsesmøder i Sundhedsstyrelsen fylder kommunikation til offentligheden en del. Det fremgår af mødereferater, at hovedprioriteten for Sundhedsstyrelsen på dette tidspunkt er at »forebygge panik og skabe ro i Danmark.« Risikovurderingen er, at sygdommen er alvorlig, men indførelse af smitte i Danmark vurderes som meget usandsynligt.

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet bemærker også den ukoordinerede kommunikation til offentligheden, og han beder den 23. januar direktørerne for henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut om at stramme op på den eksterne kommunikation, som »ser lidt forvirrende ud.« Samme dag melder direktøren for Sundhedsstyrelsen tilbage, at man nu har fået talt sammen og lagt den linje, at Statens Serum Institut svarer på spørgsmål om smittespredning og diagnostik m.v., imens Sundhedsstyrelsen svarer på spørgsmål om sundhedsberedskabet, samarbejdet på tværs af myndigheder nationalt og internationalt og udmeldinger vedrørende sundhedsvæsenets håndtering m.v. Samtidig beslutter man, at direktør Søren Brostrøm er primær talsperson for Sundhedsstyrelsen, imens faglig direktør Kåre Mølbak er primær talsperson for Statens Serum Institut.

Den 27. januar 2020 holder Epidemigruppen møde. Epidemigruppen er en bredt sammensat gruppe med repræsentanter fra Skattestyrelsen, Rigspolitiet, Forsvaret, Udenrigsministeriet, Center for Biosikring og Bioberedskab (CBB), regionerne, Lægemiddelstyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet, Statens Serum Institut, sundhedsfaglige organisationer og Sundhedsstyrelsen. I alt 30 personer deltager på mødet i Epidemigruppen den 27. januar. Ifølge mødereferatet giver direktør i Sundhedsstyrelsen Søren Brostrøm en orientering om situationen. Den orientering giver et indtryk af, hvordan man i Sundhedsstyrelsen vurderer situationen på dette tidspunkt sidst i januar. Der er samtidig

ikke i mødereferatet noget, der tyder på, at deltagerne i dette møde er uenige i Søren Brostrøms vurdering af situationen:

> »Sundhedsmyndighederne har et stærkt beredskab og har god erfaring ift. håndtering af smitsomme sygdomme på grund af tidligere erfaringer med MERS, SARS og Ebola. Den største udfordring på nuværende tidspunkt er rettidig krisekommunikation, der kan berolige og orientere befolkningen. Særligt set i lyset af, at sygdom med 2019-nCoV ofte vil ligne andre influenzasygdomme og at vi er midt i en influenzasæson.
>
> Den overordnende vurdering er, at der er lav risiko for, at vi får tilfælde i Danmark og dertil meget lav risiko for smittespredning. Det, sundhedsmyndighederne særligt skal være klar på er, at håndtere tilfælde med mistanke om 2019-nCoV. Der er i den forbindelse torsdag den 23. januar udsendt en retningslinje for håndtering af 2019-nCoV til sundhedspersoner med beskrivelse af case definitioner samt håndtering. [...] Sundhedsmyndighederne anbefaler ikke indrejsescreening, da der ikke er evidens for, at det har en effekt på at hindre indrejse af smittede.«

Den 29. januar 2020 har direktøren for Sundhedsstyrelsen møde med sundhedsordførerne på Christiansborg. Tilbagemeldingen er ifølge referatet fra kriseledelsesmødet i Sundhedsstyrelsen samme dag, at ordførerne er trygge ved håndteringen af sygdomsudbruddet og den information, der kommer ud. Samme dag arbejder man i Sundhedsstyrelsen på en drejebog for håndteringen af hjemkomsten af hjemhentede borgere fra Kina.

På dette tidspunkt har kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen stadig primært fokus på kommunikation, både internt og eksternt. Man er i kriseledelsen tilfreds med mediebilledet og noterer, at der ikke er andre stemmer i nyhederne end Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Dog er der hos Sundhedsstyrelsen stadig frustration over ukoordinerede udmeldinger i pressen fra Statens Serum Institut, og det fremgår af referatet fra mødet i kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen den 28. januar, at sundheds- og ældreministeren nu ønsker en orientering om udgående kommunikation. I referatet fra mødet den 29. januar i den interne nCov-gruppe i Statens Serum Institut noterer man, at »[v]i holder samme beroligende tone, men begynder at åbne op for at snakke om usikkerheder/mangler i vores viden.«

Der er ikke tegn på, at Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut fra midten af januar og frem til slutningen af januar i al væsentlighed ændrer forståelse af den nye sygdoms alvorlighed eller ændrer vurdering af, hvorvidt sygdommen vil sprede sig til Europa og Danmark. Man begynder dog imod slutningen af januar at genoverveje de udmeldte retningslinjer til sundhedspersonalet, og i referatet fra det 12. møde i kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen den 29. januar står der: »Det store spørgsmål er holdbarheden af casedefinitionen. Der holdes øje med hvad der skrives hos RKI, folkehelseinstituttet i både Norge og Sverige, Public Health England, ECDC og WHO.«

Når det gælder overvågning af sygdomsudviklingen, er det WHO, der er den primære kilde i denne fase, suppleret med ECDC (jf. kapitel 3). Den 27. januar 2020 vurderer WHO, at der ikke er tale om en global trussel, og anbefaler ikke at indføre rejserestriktioner til de lande, hvor der har været tilfælde af den nye type coronavirus. WHO anbefaler, at man ved rejser til de berørte områder orienterer sig i og følger de lokale myn-

digheders anvisninger samt følger de generelle råd for god håndhygiejne for at beskytte sig imod coronavirus. Anbefalingerne fra de danske sundhedsmyndigheder flugter med disse anbefalinger.

I de første uger af januar hersker der stor usikkerhed om det nye sygdomsudbrud, og samtidig med at sundhedsmyndighederne forsøger at indhente information og viden om situationen, er der en stor efterspørgsel på myndighedskommunikation fra både borgere, sundhedspersonale, politikere og medier. Man lægger den kommunikationslinje, at man skal forsøge at berolige befolkningen og undgå panik, og den kommunikationsstrategi følger man både i den interne og eksterne kommunikation. Hvad angår beslutninger, træffer man de mest nødvendige beslutninger om retningslinjer for sundhedspersonalet samt rejsevejledninger (se nedenfor), men forholder sig ellers afventende med hensyn til aktivering af den stående kriseorganisation, dvs. Den Nationale Operative Stab (NOST) og epidemikommissionerne.

Vi vender nedenfor tilbage til, hvordan sundhedsmyndighedernes forståelse af sygdommen udvikler sig i løbet af februar. Før det sker, kommer Statsministeriet på banen.

Statsministeriet får hurtigt interesse for den nye sygdom

Oplysningerne om covid-19-udbruddet når ikke blot offentligheden, nogenlunde samtidig med at de når de danske sundhedsmyndigheder, de når også Statsministeriet. Ministeriets involvering begynder angiveligt den 21. januar 2020 om aftenen, hvor Statsministeriets øverste embedsmand, departementschefen, sender en e-mail til en snæver kreds af ledende embedsmænd i Statsministeriet. I e-mailen indsætter hun et link til en nyhedsartikel med overskriften: »Ny dødelig virus spreder sig til USA.« Hun beder samtidig om at få bestilt en redegørelse hos Sundheds- og Ældreministeriet for det danske krisestyringssetup – både konkret i forhold til at følge udviklingen i den aktuelle virus (»mutation/farlighed og spredning«) og generelt i tilfælde af risiko for en alvorlig pandemi, »som kan udvikle sig lynhurtigt både i udbredelse og mutation/farlighed.«

Den 23. januar 2020 modtager Statsministeriet som svar på bestillingen et notat fra Sundheds- og Ældreministeriet udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Notatet redegør for udbruddet af coronavirus i den kinesiske by Wuhan og for det danske beredskab og giver en risikovurdering i forhold til Danmark. Notatets budskab er, at man følger udmeldingerne fra WHO og ECDC meget tæt, at man ikke på det foreliggende grundlag vil anbefale særlige tiltag for indrejsende fra udlandet, at man ikke kan anbefale særlige rejserestriktioner til Kina og andre asiatiske lande (ud over almindelige hygiejniske forholdsregler), og at beredskabet i Danmark er klar til at håndtere situationen.

Om risikovurderingen oplyser notatet: »Menneske-til-menneske smitte med nCoV i Danmark vurderes som meget usandsynligt, da Danmark har en meget høj kapacitet og beredskab for isolation og håndtering af personer, der er smittet eller hvor smitte mistænkes.« Det bemærkes desuden, at der ikke har været konstateret tilfælde af sars eller mers i Danmark, selv om der var tale om større og længerevarende udbrud.

Vedlagt notatet fra Sundhedsstyrelsen er en intern notits i Statsministeriet, som afsluttes med følgende vurdering: »Der vurderes ikke for nuværende at være en rolle for Statsministeriet eller statsministeren i håndteringen af sagen. Hvis epidemien – mod forventning – eksploderer, vil dette kunne ændre sig.«

I de følgende uger afsender Statsministeriet imidlertid en række nye bestillinger til Sundheds- og Ældreministeriet om situationen. E-mailen afsendt den 21. januar bliver også starten på en række e-mail om det nye sygdomsudbrud fra departementschefen til en nogenlunde fast kreds af ledende embedsmænd i Statsministeriet. Kendetegnende for disse e-mail er, at udviklingen betragtes med stor alvor, og de ledsages ofte med henvisninger til internationale nyhedsartikler, sågar en international lægevidenskabelig tidsskriftsartikel, som alle bekræfter situationens alvor.

I en e-mail fra den 31. januar skriver departementschefen i Statsministeriet: »Som det fremgår af denne artikel fra et anerkendt fagtidsskrift, ser det åbenbart ud som om, at personer, der ingen symptomer fremviser, kan smitte andre. Kombineret med oplysningerne om 14 dages inkubationstid, har vi en lidt bøvlet situation ift containment.«

Den konkrete anledning til denne e-mail er hjemtagelsen af danskere fra Hubeiprovinsen i Kina, hvor departementschefen gerne vil have mere information om, hvad de nye oplysninger om asymptomatisk smitte og den lange inkubationstid betyder for den konkrete håndtering af de hjemrejsende. Men hun efterspørger også et mere udfoldet svar fra Sundheds- og Ældreministeriet på, hvordan man konkret har tænkt sig at inddæmme smitten, og hvad de aktuelle overvejelser er om rejsevejledninger.

Den 3. februar indkaldes til ekstraordinært møde i Statsministeriet om coronavirus. Anledningen er, at de første fire hjemrejsende fra Hubeiprovinsen er landet i Roskilde Lufthavn. På mødet deltager højtstående embedsmænd fra Statsministeriet, Udenrigsministeriet, Justitsministeriet, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Også Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut deltager i mødet. Der foreligger ikke referat af mødet, men sundhedsmyndighedernes repræsentanter bliver på forhånd bedt om at forberede sig på følgende emner og spørgsmål:

1. Truslen – den konkrete situation i forhold til dødelighed, truede grupper osv. (den danske vurdering kontra vurderingen i andre lande).
2. Lægefaglig håndtering i forhold til karantæne, behandling osv. – både i forhold til beskyttelse mod smitte og minimering af døde (den danske tilgang kontra andre landes).
3. Håndtering af rejsende fra Kina til Danmark – hvorfor må de indrejse (den danske tilgang kontra andre landes)?
4. Håndtering af rejsende til Kina – rejsevejledning m.v. Hvorfor må folk rejse dertil (den danske tilgang kontra andre landes)?
5. Det samlede beredskabs status i forhold til worst case-scenariet.
6. Oplysning/kommunikation til offentligheden (sikre, at der intet gab er mellem det, vi ved, og det, vi gør).
7. Oplysning/kommunikation til danskere i udlandet, herunder særlig Kina.

Spørgsmålene til sundhedsmyndighederne bekræfter indtrykket af, at Statsministeriet i begyndelsen af februar interesserer sig for rigtig mange aspekter af sundhedsmyndighedernes håndtering af covid-19-situationen. De viser også, at Statsministeriet tidligt interesser sig for, hvordan man håndterer situationen i andre lande.

I begyndelsen af februar 2020 modtager Statsministeriet løbende orientering om håndteringen af hjemtransporten af danskere fra Hubeiprovinsen. Informationen betrygger tilsyneladende ikke departementschefen i, at sundhedsmyndighederne har fuldstændig styr på situationen. Hun efterspørger den 4. februar bl.a. en tydeligere udmelding om hjemmekarantæne for alle de hjemvendte personer og mere

handling i forhold til informationskampagner i lufthavne m.v. rettet mod rejsende fra Kina. Hun rundsender i departementet også en nyhedsartikel, der gennemgår fire scenarier for, hvordan udbruddet kan ende, og skriver i følgeteksten, at artiklen »understreger Mølbaks pointer på mødet i går, herunder om ansvaret for at gøre vores yderste for at minimere smitte.«

Tabel 7.1 viser en oversigt over bestillingerne fra Statsministeriet til Sundheds- og Ældreministeriet i perioden fra den 22. januar til og med den 26. februar. Bestillingerne til Sundheds- og Ældreministeriet kan ses som en måde, hvorpå embedsværket i Statsministeriet bliver klædt på til at rådgive og beskytte statsministeren mod eventuel kritik af håndteringen af covid-19. Men de kan også ses som forsøg på at signalere til sundhedsmyndighederne, at man ser med stor alvor på situationen, og som et forsøg på at få dem til at gøre mere, end man i Statsministeriet vurderer de gør på dette tidspunkt i forløbet.

Den 6. februar gives der en statusorientering til departementschefen i Statsministeriet. Orienteringen og opfølgningen på den illustrerer departementschefens og dermed Statsministeriets store interesse for stort set alle aspekter af håndteringen af covid-19. Hovedpunkterne i orienteringen den 6. februar er:

1. Dansker i Belgien.
2. Opstilling af infoplakater og flyers i lufthavne.
3. Opdaterede retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen til sundhedspersonalet om ny coronavirus.
4. Indkaldelse af NOST i uge 8.
5. Status på Sundhedsstyrelsens Corona-hotline etableret g.d.
6. Notat om myndighedernes handlemuligheder i forbindelse med coronavirus (epidemiloven, epidemikommissioner (handlemuligheder), karantæne og indrejseforbud).
7. Notat om proces, der igangsættes, hvis der konstateres coronasmitte i DK.
8. Yderligere evakuering af danskere/dansk-kinesere fra Hubei.

Orienteringen er vedlagt tre notater. Det ene er et notat fra Sundheds- og Ældreministeriet, som beskriver den proces, der igangsættes, hvis der konstateres coronasmitte i Danmark. Det andet notat er udarbejdet i samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet. Det omhandler myndighedernes handlemuligheder i forbindelse med ny coronavirus, herunder epidemiloven, epidemikommissioner, karantæne og indrejseforbud. Det tredje notat er Sundhedsstyrelsens seneste daglige statusopdatering.

Notaterne fra Sundheds- og Ældreministeriet (Sundhedsstyrelsen) tilfredsstiller dog ikke Statsministeriet. Den 7. februar sender Statsministeriet som opfølgning på orienteringen fra dagen før en række uddybende spørgsmål til Sundheds- og Ældreministeriet, se bestilling fra 7. februar 2020 i tabel 7.1.

Tabel 7.1. Oversigt over bestillinger afgivet af Statsministeriet i perioden fra den 22. januar til den 26. februar 2020[2]

Dato for bestilling	Bestilling fra	Via	Bestilling til	Frist	Bestilling
22-01-2020	STM	SUM	SST	22-01-2020	- Lidt om nCoV - hvad er op og ned, smitsomhed etc - Hvad er beredskabssystemet i DK - hvordan er eskaleringssystemet, hvordan holder vi os løbende orienteret? - Er DK klar, hvis der kommer en epidemi?
31-01-2020	STM		SUM	31-01-2020	I lyset af at vi har personer på vej tilbage til DK et spm ift beredskabet [...] Giver det anledning til overvejelser ift. det konkrete setup ift. de hjemrejsende og stiller det spørgsmålstegn ved visdommen i ikke at følge rejsevejledningerne fra US og UK? Rettidig omhu tilsiger et udfoldet svar ift., hvordan man konkret har tænkt sig at inddæmme smitte, og hvad de aktuelle overvejelser er ift. rejsevejledning.
01-02-2020	STM	SUM	SST	02-02-2020	Håndtering af hjemrejsende (1) mulighed for smitte uden symptomer, 2) metode ift. håndtering af de hjemvendte.
05-02-2020	STM	SUM	UIM	05-02-2020	Notat om, hvorvidt der kan indføres indrejseforbud for personer, der er smittet med eller potentielt smittet med ny coronavirus.
05-02-2020	STM	SUM	SST	05-02-2020	Kort notat om den styrkede informationsindsats, herunder øget information for indrejsende i danske lufthavne.
05-02-2020	STM	SUM	SST		STM spørger nu, om vi kan give tidsangivelse, ift. hvornår plakater og flyers forventes at være klar i lufthavn.
06-02-2020	STM	SUM	SST	06-02-2020	Bestilling fra sundheds- og ældreministeren og STM om en kort beskrivelse af de tiltag, der bliver iværksæt ved flyankomster fra Kina. »Det skal til ministeren og STM i aften (da der ankommer to fly fra Kina i morgen tidlig), så gerne levering hurtigst mulig.«

2 Oversigten er baseret på det udleverede materiale, og er derfor ikke nødvendigvis udtømmende.

Dato for bestilling	Bestilling fra	Via	Bestilling til	Frist	Bestilling
07-02-2020	STM	SUM	SST, TBST	Hurtigst muligt	1) Lufthavnstiltag: Kan vi få en konkret beskrivelse af lufthavnstiltag, herunder: - Hvor i lufthavnen opstilles infostandene (mao. er de synlige)? - Hvordan er lufthavnspersonalet blevet briefet? - Står der synligt lufthavnspersonale allerede ved gaten, når folk ankommer fra Kina, som man kan henvende sig til? - Er der overvejelser om særlig håndtering (afskærmning/adskillelse) af ankomst fra risikodestinationer for at mindske smitterisiko i lufthavnen? - Er der særlige overvejelser ift. mange danske rejsende til Asien ifm. vinterferien? 2) Andre tiltag i forhold til rejsende: - Hvad gøres der i øvrigt ift. information for rejsende med andre transportmidler i vinterferien? Er der information ved grænserne? Bør der være det? - Udsendes der standardpakke fra rejseselskaberne med links til UM's rejsevejledninger til højrisikodestinationer?
09-02-2020	STM	SUM	SST	10-02-2020	Info om vores beredskab herhjemme (kan det blive et problem ift. kapaciteten på intensivafdelinger med konsekvenser for andre alvorligt syge?)
12-02-2020	STM	SUM	SUM, UM, SST	17-02-2020	»Notat hos jer i SUM, som er koordineret med UM ift. de bredere aspekter af Corona virus, herunder WHO's vurderinger af den generelle aktuelle situation og aktuelle risikovurderinger ift. den videre udvikling af sygdommen, EU sporet herunder udkomme af EU sundhedsministermødet i morgen og evt. kort om bredere konsekvenser ift. forsyningssikkerhed af medicin. Derudover vil vi høre, om der kan siges noget allerede nu om den foreløbige vurdering af de handelsmæssige konsekvenser for (EU og) DK.«
24-02-2020	STM	SUM	SST	Ikke oplyst	Statsministeriet ønsker et notat over, hvilke foranstaltninger andre lande i Europa har iværksat ifm. udbruddet af COVID-19

I dagene efter, den 8., 9. og 11. februar, sender departementschefen i Statsministeriet flere bekymrede e-mail til kredsen af ledende medarbejdere i Statsministeriet. Den 9. februar rundsendes eksempelvis en e-mail med en henvisning til en international nyhedsartikel, der indikerer, at dødstallene i Kina er langt højere, end de officielle tal viser. Der er også en henvisning til en anden nyhedsartikel, hvor vinklen er, at den nye sygdom er større end ebola og kan overvælde det engelske sundhedsvæsen. Navnlig citeres en ekspert i artiklen, som er bekymret for kapaciteten af intensivpladser på de engelske sygehuse. Som kommentar til artiklen skriver departementschefen: »Vores problem bliver i givet fald også kapacitet på intensivafdelinger med konsekvenser for andre alvorligt syge. Tænker vi skal spørge SUM eksplicit ind til den del – de svarede mere overordnet om beredskabet på mødet i sidste uge. Truslen er ikke overstået.«

I en anden e-mail sendt den 9. februar 2020, uddyber departementschefen i Statsministeriet: »Intet af det haster i dag, men bare vigtigt, at SUM er rettidigt beredte på et noget mindre håbefuldt scenarie end best case. Det tjekker vi ved at spørge fx til planerne for og kapaciteten til intensivbehandling, hvis vi pludselig står med 100-vis af kritisk syge pga Corona-virus.«

Statsministeriets departementschef ser angiveligt en uoverensstemmelse mellem de nyhedsartikler, hun orienterer sig i, og de temmelig optimistiske notater og svar, som Statsministeriet i samme periode modtager fra Sundhedsstyrelsen via Sundheds- og Ældreministeriet. Med henvisning til en artikel i Berlingske med overskriften »Eksperter samlet til kamp mod virus: 60 procent af verdens befolkning kan blive ramt«[3] kritiserer hun i en intern e-mail sendt den 11. februar Sundhedsstyrelsen for at kommunikere for optimistisk om situationen, og slutter sin e-mail: »Hope is not a strategy.«

I forhold til den eksterne kommunikation om covid-19 skriver departementschefen i Statsministeriet den 17. februar i en intern e-mail i Statsministeriet: »Vi skal ikke kommunikere for optimistisk ved hele tiden at tage afsæt i det vi kender – vi skal også have i baghovedet, at situationen meget vel kan udvikle sig til et værre scenarie, end vi forestiller os. Som med alt andet, skal vi også tænke kommunikationen fremad. Vi skal have en plan for, hvordan vi som regering forholder os – ikke bare nu, men også når/hvis situationen udvikler sig.«

Baseret på det udleverede skriftlige materiale er det udredningsgruppens indtryk, at håndteringen af covid-19 situationen i denne fase fra januar og langt ind i februar ikke er en sag for statsministeren. Statsministeren bliver løbende orienteret om bl.a. hjemtagningen af danskere fra Kina, og sundheds- og ældreministeren giver en orientering om sagen på ministermødet den 4. februar 2020. Men i denne fase håndteres sagen altovervejende på embedsmandsniveau, vel at mærke med den øverste embedsmand i Statsministeriet stærkt engageret i sagen fra den allertidligste fase.

Sundheds- og Ældreministeriets departement og sundheds- og ældreministeren

Som det fremgår af tabel 7.1 er bestillingerne fra Statsministeriet videreformidlet til Sundhedsstyrelsen via Sundheds- og Ældreministeriets

3 »Eksperter samlet til kamp mod virus: 60 procent af verdens befolkning kan blive ramt«, Berlingske, den 11. februar 2020.

departement. Det er normal procedure. Det er i forlængelse heraf også Sundheds- og Ældreministeriet, der står som afsender af de notater, der bliver udarbejdet som svar på bestillingerne. Deri ligger, at notatet er godkendt af sundheds- og ældreministeren, hvilket dog ikke nødvendigvis betyder, at ministeren har været aktivt engageret i sagsbehandlingen. Men notaterne er ifølge ministeriets sagsbehandlingssystem godkendt af ministeren.

Første gang, sundheds- og ældreministeren træder frem i det skriftlige materiale, er den 24. januar, hvor det fremgår, at ministeren hen over den forestående weekend beder om løbende orientering med særlig fokus på smittespredningen til Europa.

Den 28. januar noterer kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen, at situationen er eskaleret politisk på grund af »suspekt tilfælde i Skejby der har ministerens opmærksomhed.« Personen viser sig ikke at være smittet (jf. kapitel 3), og det fremgår af referatet fra kriseledelsesmødet den 29. januar, at man er af den opfattelse, at ministeren er tilfreds med håndteringen. Fra og med den 28. januar udarbejder Sundhedsstyrelsen med bidrag fra Statens Serum Institut daglige statusopdateringer til orientering af ministeren. De daglige opdateringer sendes også til NOST og via Sundheds- og Ældreministeriet til Statsministeriet. Statusopdateringerne gennemgås nedenfor.

Den 3. februar holder Sundhedsstyrelsen møde med ministeren. Ifølge referatet fra kriseledelsesmødet i Sundhedsstyrelsen samme dag oplever man i styrelsen, at der er stort politisk pres for »at håndtere situationen ud fra et sikkerhedsprincip i forhold til at tage alle mulige tiltag for at forhindre coronavirus i Danmark.« Samme dag rundsender chefen for ministersekretariatet i Sundheds- og Ældreministeriet en e-mail om, at ministeren ønsker mere systematisk e-mail-information om »status, godkendelser mv. vedrørende coronavirus« og fra og med den 4. februar ønsker daglige statusmøder med ledende medarbejdere i departementet og de relevante styrelser.

Den 4. februar er der ministermøde i Statsministeriet, hvor Sundheds- og Ældreministeren giver en status på situationen med coronavirus, herunder en status på de hjemvendte borgere. Samme dag modtager sundhedsordførerne fra de andre partier en briefing i Sundheds- og Ældreministeriet om situationen.

Sundheds- og Ældreministeriets tiltagende interesse for coronasituationen afspejles også i en diskussion den 4. februar om en pressemeddelelse. Sundhedsstyrelsen laver i samarbejde med Statens Serum Institut et udkast med denne overskrift: »Moderat risiko for at der kommer tilrejsende med smitte af ny coronovirus til Danmark. Beredskabet er på plads.« Departementets reviderede version, som er den, der bliver offentliggjort samme dag, får overskriften: »Vi skruer op for beredskabet for at forebygge corona-smitte i Danmark på baggrund af nye Europæiske anbefalinger.« Udkastet til pressemeddelelsen bliver også sendt omkring Statsministeriet.

Tabel 7.2 giver en oversigt over bestillinger i denne periode fra Sundheds- og Ældreministeriet til Sundhedsstyrelsen. Der er tale om bestillinger, som angiveligt ikke blot er videreformidlet fra Statsministeriet.

Tabel 7.2. Oversigt over bestillinger fra Sundheds- og Ældreministeriet til Sundhedsstyrelsen[4]

Dato for bestilling	Bestilling fra	Bestilling til	Frist	Bestilling
28-01-2020	SUM	SST	28-01-2020	Faktatjek og supplement til beredskab.
02-02-2020	SUM	SST	02-02-2020	Ministeren har yderligere spørgsmål ift. håndtering af hjemkomne, som han – om muligt – gerne vil have svar på inden telefonmødet kl. 13: - Vi ved nu, at der er smitterisiko, før der er symptomer. Hvor tidligt i en patients smitte kan den findes på serum? Er det fra dag et, senere i forløbet eller først, når der er symptomer? Og herunder: Hvis vi taler om i alt 14 mennesker, hvor omfattende vil det være at tjekke en prøve fra dem på serum, både mht. pris og praktik?
05-02-2020	SUM	SST	05-02-2020	Kvalitetssikring af notat [til STM] om bl.a. smitteopsporing (corona).
06-02-2020	SUM	SST	06-02-2020	Bestilling: tidsplan for landing på søndag - deadline kl 18.00 i dag.
06-02-2020	SUM	SST	06-02-2020	Supplerende til nedenstående bestilling: Det er aftalt, at passagerne på de to fly, der lander fra Kina i morgen tidlig skal have en mundtlig information om ny coronavirus. Derfra har den kinesiske ambassade anmodet om at modtage en tekst (engelsk) med den ønskede information til passagerne. Denne tekst bedes i også levere hurtigst muligt her til aften, så vi kan videreformidle den.
06-02-2020	SUM	SST	06-02-2020	Bestilling: materiale til det uformelle EU-højniveaumøde (videokonference) i morgen, deadline kl 17.00.
06-02-2020	SUM	SUM	Ikke oplyst	Bestilling 1) passagerliste fra Kina, 2) Eboks-besked til alle danskere om sympotmer og håndtering mv.
07-02-2020	SUM	SST	08-02-2020	Bestilling med frist i morgen kl. 15.00. Der efterspørges af ministeren en beskrivelse af en model for at lave feberscanninger i KBH lufthavn ved ankomst med fly direkte fra Kina. Spørgsmål: - Kort beskrivelse af muligt set-up/model – herunder det praktiske - Hvor hurtigt kan det igangsættes - Hvad forventes det at koste – groft estimat

4 Oversigten er baseret på det udleverede materiale og er derfor ikke nødvendigvis udtømmende.

Dato for bestilling	Bestilling fra	Bestil-ling til	Frist	Bestilling
13-02-2020	SUM	SST	Ikke oplyst	Hvad betyder de nye tal for smittede og døde for vurderingen af risikoen i Danmark? Hvordan forklares stigningen i antal døde? Er der grund til at opjustere vurderingen af farlighed? Viser de nye tal, at epidemien er på vej helt ud af kontrol? Alt det med testmetoder – har man overhovedet reelt et overblik? Mange med milde symptomer: Betyder det, at det reelt er umuligt at kontrollere – at der i langt højere grad kan gå smittespredere rundt, som ikke bliver opdaget – evt. også i Danmark?
17-02-2020	SUM	SST, SSI	17-02-2020	Anmodning om faktatjek af håndakt til brug på ministermøde.

Den 13. februar 2020 er direktøren for Sundhedsstyrelsen til EU-rådsmøde om covid-19 som rådgiver for sundheds- og ældreministeren. Der er i materialet fra Sundhedsstyrelsen et kortfattet referat af mødet:

> »Der var fokus på anbefalingerne fra WHO, og at lande ikke går enegang. Der var fokus på koordination på EU-niveau samt mulige skridt for at sikre bæredygtig forsyning af lægemidler og medicinsk udstyr til det indre marked. Der blev vedtaget rådskonklusioner, som understreger vigtigheden af øget koordination og informationsudveksling internt i EU i forhold til nationale tiltag og beredskaber for at minimere udbrud af COVID-19. De tiltag, som de danske sundhedsmyndigheder allerede har igangsat, stemmer fuldt overens med rådskonklusionerne.«

Desuden noteres det, at der på rådsmødet var opbakning til, at man ikke indfører indrejsescreening, og lægemiddelmangel blev på mødet nedprioriteret.

Det samlede indtryk er, at samspillet mellem Sundheds- og Ældreministeriet og de to centrale sundhedsmyndigheder Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut i denne periode – januar/februar – fungerer nogenlunde gnidningsfrit. Der er knaster hist og pist, men tilsyneladende ikke alvorlige eller for den sags skyld usædvanlige konflikter. Sundheds- og ældreministeren – og dermed departementet i Sundheds- og Ældreministeriet – har en stor og stigende interesse for sagen, og især Sundhedsstyrelsen giver undervejs udtryk for, at de mange bestillinger, der skal håndteres ved siden af de mange andre opgaver i denne periode, presser organisationen.

Sundhedsmyndighedernes sygdomsforståelse, kommunikation og beslutninger i februar 2020

De danske sundhedsmyndigheders forståelse af covid-19 ændrer sig i løbet af februar måned. Det kan man konstatere ved hen over februar måned at sammenholde de daglige statusopdateringer, som Sundhedsstyrelsen fra og med den 28. januar udarbejder efter bestilling fra

Sundheds- og Ældreministeriet – statusopdateringer, som jf. ovenfor også videreformidles til Statsministeriet og NOST. De daglige statusopdateringer har betegnelsen: »Status vedr. udbrud af 'ny coronovirus' (2019-nCoV') og det danske beredskab ift. håndtering af smitte.«

Statusopdateringerne er typisk ca. fem sider i omfang, og de videreformidler bl.a. en risikovurdering, som bygger på »Risikovurdering af 2019-nCoV udbrud«, som er to-tre-sidersnotater produceret af Statens Serum Institut. Sidstnævnte udarbejdes typisk med 3-4 dages mellemrum i denne periode. Ved at sammenstille informationerne i notaterne får vi dels et indblik i udviklingen i de to organisationers forståelse af og interne kommunikation om sygdommen i februar måned, dels et indblik i eventuelle indbyrdes uoverensstemmelser i deres forståelse af sygdommen.

Beskrivelsen af sygdom og risikovurdering i Sundhedsstyrelsens første statusopdatering fra den 28. januar 2020 er præget af den mers- og sars-analogi, som også er afspejlet i de første retningslinjer til sundhedspersonalet, jf. ovenfor. Budskabet er, at den nye sygdom er beslægtet med sars og mers, men har et større spredningspotentiale, men til gengæld lavere dødelighed. Man er opmærksom på, at der muligvis kan ske smitte før symptomdebut, hvilket i givet fald vil give store udfordringer i forhold til at inddæmme virus med »de nuværende internationale og nationale retningslinjer for hvornår 2019-nCoV skal mistænkes.«

Man vurderer dog risikoen for, at smittede personer kommer til Danmark, som lille, og skulle der komme en smittet person til Danmark, vil risikoen for smittespredning i Danmark være meget lille, da Danmark har et beredskab med høj kapacitet for isolation og håndtering af personer, der er smittede, eller hvor smitte mistænkes. Det nævnes i den forbindelse, at beredskabet på de to hospitaler, der er godkendt til at modtage patienter med mistanke om 2019-nCoV, er blevet testet i forbindelse med både sars, ebola og mers. Endelig gør styrelsen opmærksom på, at man meget tæt følger udmeldinger fra WHO og ECDC, og at man koordinerer tæt med de øvrige danske sundhedsmyndigheder og Udenrigsministeriet samt i regi af NOST.

Bortset fra den daglige opdatering af internationale smittetal samt covid-19 relaterede begivenheder og tiltag er indhold og budskab stort set identiske på tværs af de efterfølgende mange statusopdateringer fra Sundhedsstyrelsen. Først den 10. februar nævnes ECDC og WHO's opfordringer »... til at gennemgå pandemiplaner mhp. på et pandemisk scenarie.« Det er imidlertid først i statusopdateringen den 24. februar 2020, at formuleringen om, at det stadig er »... sandsynligt, at selve udbruddet kan begrænses til Kina, med de tiltag som de kinesiske myndigheder allerede har iværksat«, udgår. Det er også først i den statusopdatering, at denne formulering udgår: »Det forlyder fra de kinesiske myndigheder, og fra andre lande, at der kan ske smitte før symptomdebut. Der er endnu ikke stærke data, der understøtter dette.«

Det er i bedste fald ikke nogen særlig præcis gengivelse af den udvikling i sygdomsforståelse og risikovurdering, som i samme periode formidles i risikovurderingerne fra Statens Serum Institut. I risikovurderingen fra den 29. januar 2020 genfinder man ganske vist flere af de formuleringer, som finder vej til Sundhedsstyrelsens statusopdateringer, f.eks.:

- »Det forlyder fra de kinesiske myndigheder, at der kan ske smitte før symptomdebut. Der er endnu ikke stærke data der understøtter dette.«
- »Vores vurdering er, at nCoV har et større spredningspotentiale end MERS og SARS.

[...]. Omvendt ser den ikke ud til at være så alvorlig vurderet på dødeligheden.«

Allerede den 31. januar anlægger Statens Serum Institut imidlertid en mere dyster vurdering end den, der videreformidles i statusopdateringerne fra Sundhedsstyrelsen. Statens Serum Institut skriver bl.a.:

> »Dette tyder på, at person-til-person transmission i samfundet fra milde eller asymptomatiske personer spiller en rolle i smittespredningen. Dette svarer til, hvad vi kender fra influenzasmitte og i øvrigt de almindelige humane coronavirus-infektioner. [...]. Et alternativt scenarie for, hvordan udbruddet udvikler sig er derfor, at sygdommen kan brede sig som pandemisk influenza, hvor alle er modtagelige for virus. Størstedelen får måske milde symptomer og primært ældre og svækkede får alvorlige komplikationer. Vi kan formentligt forsinke introduktion og smittespredning i Danmark men næppe forhindre, at der på et tidspunkt opstår smittespredning. SSI vurderer, at vi fremover også skal tænke dette scenarie ind i beredskabsplanlægningen.«

I den næste risikovurdering fra den 3. februar skriver Statens Serum Institut:

> »WHO og ECDC har i en telekonference kl. 13 i dag givet udtryk for, at vi stadigt skal fokusere på inddæmning ved hurtig påvisning af mulige tilfælde og kontaktopsporing. Men WHO og ECDC understregede også, at vi allerede nu skal forberede os på, at vi kan komme ind i en ny fase med vedvarende person-til-person smitte i Europa. Vi skal derfor forberede overvågning og sundhedsberedskab til sådan en situation.«

I samme risikovurdering videreudvikler Statens Serum Institut også scenariet med en pandemisk influenza og sætter, med forbehold for den store usikkerhed, tal på det, de betegner som et worst case-scenarie:

> »På nuværende tidspunkt er der begrænset viden om virus alvorlighed smitsomhed til at kunne forudsige et worst-case-scenario. Men hvis man antager, at dødeligheden blandt rapporterede tilfælde i Kina er 2%, men at der i virkeligheden er 10 gange flere smittede med milde symptomer, er dødeligheden formentligt lavere fx omkring 0,2%, hvilket er i nærheden af almindelig sæsoninfluenza. Hvis 20% af befolkningen bliver smittet kunne man forestille sig et scenarie, hvor 2000 ældre og svækkede danskere kunne dø af sygdommen, og langt flere blive indlagt.«

Der er i risikovurderingen fra den 3. februar også en henvisning til en videnskabelig artikel, der på grundlag af tyske data underbygger, at asymptomatiske personer kan give smitten videre. Budskabet i denne risikovurdering er altså ikke, at der mangler stærke data til at underbygge smitte fra asymptomatiske personer, sådan som det ellers hævdes i Sundhedsstyrelsens statusopdateringer helt frem til den 24. februar 2020. Risikovurderingen den 3. februar nævner dog også, at WHO vurderer, at udbruddet primært er drevet af smitte fra personer med symptomer.

I risikovurderingen den 10. februar refererer Statens Serum Institut EU-agenturet ECDC for at opfordre landene til at gennemgå pandemiplaner i forhold til følgende fire scenarier: 1)

Fortsat inddæmning, 2) vedvarende, men sporadisk smittespredning i samfundet, 3) udbredt vedvarende smittespredning i samfundet med øget pres på sundhedssystemet og 4) udbredt vedvarende smittespredning med et sundhedssystem, der ikke kan imødegå presset. Ifølge risikovurderingen vurderer ECDC fortsat, at fokus skal være på inddæmning.

Statens Serum Institut konstaterer også i denne risikovurdering fra den 10. februar, at udbruddet i Kina ser ud til at stagnere, men understreger samtidig, at den tendens bør tolkes med forsigtighed. Ud over begyndende smittetransmission i en række asiatiske lande er der på dette tidspunkt også igangværende smittekæder i henholdsvis Tyskland og Frankrig, som dog forventes at kunne inddæmmes.

I den næste risikovurdering den 17. februar gentages det, at smittespredning i Danmark næppe kan forhindres, men da vi på dette tidspunkt »... går en årstid i møde, der giver luftvejsvirus ringere betingelser for spredning, kan man forestille sig at en bølge først vil vise sig til efteråret.«

Samtidig skalerer Statens Serum Institut i denne risikovurdering dog worst case-scenariet for en sådan pandemi op:

> »Hvis man antager, at dødeligheden blandt rapporterede tilfælde i Kina er 2%, men at der i virkeligheden er 10 gange flere smittede med milde symptomer (3,6), er dødeligheden formentligt lavere fx omkring 0,2%, hvilket er i nærheden af almindelig sæsoninfluenza. Hvis 20-40% af befolkningen bliver smittet kunne man forestille sig et scenarie, hvor 2000-4000 ældre og svækkede danskere kunne dø af sygdommen, og langt flere blive indlagt. Særlig opmærksomhed skal udvises i forhold til overholdelse af infektionshygiejniske retningslinjer på sygehuse, for at undgå smittespredning her«

En uge efter, den 24. februar, kommer den næste risikovurdering fra Statens Serum Institut. Den generelle vurdering er skærpet, hvilket sætter inddæmningsstrategien under pres:

> »Vi har til at begynde med vurderet, at smitten kan holdes inden for Kina og WHO og ECDC giver også stadig udtryk for, at lande skal fokusere på inddæmning ved hurtig påvisning af mulige tilfælde og kontaktopsporing. Men WHO og ECDC har også understreget, at vi skal forberede os på, at vi kan komme ind i en ny fase med vedvarende person-til-person smitte i Europa, og WHO erkender nu, at mulighederne for inddæmning er få (the window of opportunities is narrow). Til grund for denne vurdering ligger blandt andet at der optræder milde tilfælde, der er smitsomme. Derudover har det seneste døgns udvikling i Italien vist at inddæmningsstrategien også kan komme under pres i Europa...«

Det fastholdes, at man kan »håbe på«, at smittespredningen kan forsinkes til efteråret.

Baseret på en sammenligning af Sundhedsstyrelsens statusopdateringer og risikovurderingerne fra Statens Serum Institut er der ikke fuldstændig overensstemmelse mellem de to sundhedsmyndigheders vurdering og forståelse af sygdommen, og det ser ud, som om der i løbet af februar er mere bevægelse i Statens Serum Instituts risikovurdering end i Sundhedsstyrelsens.

Det billede modereres dog af den indbyrdes kommunikation de to myndigheder imellem,

som tyder på, at der primært er en uoverensstemmelse, i forhold til hvordan og hvornår kommunikationen til det politiske niveau og den bredere offentlighed skal justeres. Den 30. januar, eksempelvis, skriver to norske kolleger til Kåre Mølbak fra Statens Serum Institut og spørger til, hvordan man i Danmark håndterer karantænespørgsmål om hjemvendte borgere.

Dagen efter videresender Kåre Mølbak e-mail-korrespondancen med nordmændene til Søren Brostrøm fra Sundhedsstyrelsen. Søren Brostrøm svarer, at han læser de norske retningslinjer som mere vidtgående end de danske og tilføjer: »... så foregriber man næsten en situation med så stor spredning, at sygehusvæsenets isolationskapacitet er i knæ, og det er mere hensigtsmæssigt at holde mindre syge ude af sygehusene for at beskytte mere syge.«

Senere samme aften svarer Kåre Mølbak, at han netop forstår det sådan, at nordmændene »... klart forbereder et scenarie med spredning i samfundet.« Han tilføjer med henvisning til en artikel i det faglige tidsskrift The Lancet, at dette scenarie bliver mere og mere velbegrundet. Derefter fortsætter han: »Vi skal begynde at forberede det politiske system på dette scenarie. Her bliver de milde infektioner dominerende, og de alvorlige infektioner blandt svage. Som vi ser ved de almindelige humane corona som 229E og NL63. Og ikke ulig influenza.«

Ifølge e-mailudvekslingen aftaler de to at tale videre om det dagen efter, men det fremgår ikke af det skriftlige materiale, at det giver anledning til justeringer af Sundhedsstyrelsens politiske rådgivning på dette tidspunkt. Sundhedsstyrelsens fokus er for øvrigt i de dage på hjemtagelsen af borgere fra Kina.

Dagen efter, den 1. februar, skriver Kåre Mølbak til departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet: »Udviklingen siden i går understøtter billedet af en mulig kommende epidemi af 'forkølelser' med enkelte mere alvorlige infektioner blandt ældre og syge borgere. Dette betyder, at beredskabsplanlægningen skal revurderes med det formål, at begrænse påvirkningen af sygehusene og 'flade epidemikurven ud', mens selve smitten måske ikke kan stoppes.«

På mødet i Sundhedsstyrelsens kriseledelse den 5. februar konstateres det, at Statens Serum Institut nu er begyndt at kommunikere, at udbruddet er mere lig influenza. Referatet må imidlertid læses sådan, at det er en kommunikationslinje, der er koordineret med Sundhedsstyrelsen. Senere samme dag er der igen møde i Sundhedsstyrelsens kriseledelse, og af mødereferatet fremgår det, at man har haft møde med Statens Serum Institut og Styrelsen for Patientsikkerhed om det, man kalder »et paradigmeskifte fra sars/ebola-lignende fokus til influenza-lignende epidemi.«

Senere samme dag er der en e-mailudveksling, hvoraf det fremgår, at Kåre Mølbak gerne vil have case-definitionen ændret sådan, at feber ikke længere skal være en del af den. Det begrundes dels med henvisning til studier, der viser, at mange ikke får feber, dels med henvisning til norske og svenske erfaringer. Feber ryger dog først ud af casedefinitionen i de retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, som udgives den 12. marts 2020.

Covid-19 som liste A- eller liste B-sygdom

Af referatet fra mødet i Sundhedsstyrelsens kriseledelse den 11. februar 2020 fremgår det, at ledelsen i Sundhedsstyrelsen forventer, at mødet i epidemigruppen den 19. februar 2020 vil videreføre paradigmeskiftet over imod

pandemiplanen.[5] Det noteres samtidig, at der i forhold til lovgivning skal laves en indstilling til ministeren om liste B og anmeldelsespligt.

Der er imidlertid en knast i forhold til departementet, når det gælder klassifikationen af covid-19 som en liste B-sygdom, for der er allerede på dette tidspunkt i regeringen et ønske om at kunne håndtere sygdommen med skrappere tiltag end dem, der gælder for liste B-sygdomme. Ønsket udspringer af hjemtagningen af borgere fra Kina i begyndelsen af februar. Sundheds- og ældreministeren videreformidler den 1. februar 2020 via departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet en henvendelse fra en praktiserende læge, som i lyset af Sundhedsstyrelsens udmeldinger er bekymret for, at man tager for let på håndteringen af de hjemvendte danskere. Konkret foreslår lægen, at de hjemvendte borgere sættes i karantæne.

Direktøren for Sundhedsstyrelsen svarer samme aften sin departementschef og henviser til en juridisk vurdering fra 2014 af epidemiloven. Der var på det tidspunkt en drøftelse mellem Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet om muligheden for frihedsberøvelse i henhold til epidemilovens § 6 af personer »i høj risiko for at være smittet med ebola.« Konklusionen på drøftelsen var dengang, at der ikke var lovhjemmel til at »påbyde dem særlige foranstaltninger.« Det byggede på den vurdering, at tvangsmæssig isolation ikke ville være proportional. Der udarbejdes også et »Notat om karantæne/frihedsberøvelse efter epidemiloven« dateret den 1. februar 2020.

Den 7. februar 2020 foreligger efter ønske fra Statsministeriet anden version af et notat om myndighedernes handlemuligheder. Sundheds- og Ældreministeriet ændrer herefter notatet på to punkter:

1. En henvisning til bestemmelsen i § 27 i epidemiloven af 1953 om tilsyn med »en mistænkt, der ankommer her til landet fra et smittet lokalområde« samt i forlængelse heraf en henvisning til 1953-lovens § 15 om, at »en person, der underkastes tilsyn, har tilladelse til at færdes frit og ikke må Isoleres«, udgår. I en marginkommentar anfører Sundheds- og Ældreministeriet, at henvisningen var medtaget »for at illustrere proportionaliteten fsva. isolation i bestemmelserne i den lov.«
2. Sundheds- og Ældreministeriet præciserer i forlængelse heraf på Statsministeriets foranledning, at en drøftelse mellem Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet havde fundet sted i 2014 om muligheden for frihedsberøvelse i henhold til epidemilovens § 6 af personer »i høj risiko for at være smittet med ebola«. Konklusionen på drøftelsen var, at der ikke var lovhjemmel til at »påbyde dem særlige foranstaltninger«, og det byggede på en »vurdering af, at tvangsmæssig isolation ikke ville være proportional.« I den endelige version af notatet, som foreligger samme dag, er afsnittet om ebola-sammenligningen efter drøftelser med Statsministeriet taget ud.

De to notater samt en notits fra Udlændinge- og Integrationsministeriet beskæftiger sig alle med myndighedernes handlemuligheder inden for rammerne af den lovgivning, der gjaldt i begyndelsen af februar 2020. Der er i alle tilfælde tale om notater bestilt af Statsministeriet, som bliver til i Sundheds- og Ældreministeriets regi, men som inddrager andre ministerier og først og fremmest Sundhedsstyrelsen i arbejdet.

5 Pandemiplanen er den populære betegnelse for den plan, der hedder: »Beredskab for pandemisk influenza«, og som blev revideret og opdateret i 2013.

Notaterne indeholder ikke indstillinger til iværksættelse af konkrete foranstaltninger og lægger således heller ikke op til en aktivering af epidemiloven, herunder de regionale epidemikommissioner og det nationale krisestyringssystem, herunder NOST. Centralt i overvejelserne står den sundhedsfaglige vurdering af covid-19 holdt op imod epidemilovens regler om myndighedernes kompetence til at træffe foranstaltninger rettet mod smitsomme sygdomme. Som det fremgår af kapitel 3 og ovenfor, sondrede den dagældende epidemilov i lighed med den nugældende lov mellem »alment farlige sygdomme« og »smitsomme sygdomme.« Myndighederne har som nævnt i gennemgangen af epidemiloven i kapitel 6 stærkere indgrebsmuligheder, hvis en sygdom er klassificeret som alment farlig (liste A), end hvis den blot er klassificeret som smitsom (liste B). Loven gav i dens daværende formulering sundheds- og ældreministeren bemyndigelse til efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen at foretage denne klassifikation.

Spørgsmålet om klassifikation af covid-19 kommer op igen, da Sundhedsstyrelsen den 14. februar 2020 indstiller, at covid-19 bliver optaget på liste B. Det sker efter drøftelse med Statens Serum Institut, Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsens sagkyndige i infektionsmedicin. De tilslutter sig alle indstillingen. Indstillingen bryder således med den antagelse, der ligger til grund for notatet af 7. februar 2020 om myndighedernes handlemuligheder. Indstillingens begrundelse herfor er:

> »I modsætning til mere alvorlige coronasygdomme som SARS og MERS, så har den nye COVID-19-sygdom et meget bredere spektrum af symptomer, hvor langt de fleste kun har lette eller moderate grader af sygdom. Dødeligheden af COVID-19 er også betydeligt lavere end det ses ved SARS og MERS, og vil i en dansk kontekst forventes at være under 1% af smittede. Til gengæld tyder meget på, at personer med COVID-19 smitter videre selv i meget tidlige sygdomsstadier, i modsætning til f.eks. SARS, hvor patienter først blev smittefarlige sent under sygdom. På den baggrund finder Sundhedsstyrelsen, at den nye COVID-19 bedst kan sammenlignes med sygdomme opstillet på epidemilovens liste B, særligt »Influenza, præpandemisk alarmperiode«, mens det samtidig ikke kan indstilles at sygdommen opføres på liste A, da sygdommens alvorlighed m.v. ikke kan berettige at COVID-19 betegnes som alment farlig. Sundhedsstyrelsen finder dog samtidigt, at den nye COVID-19-sygdoms pandemiske potentiale berettiger til at sygdommen opføres på liste B.
>
> Sundhedsstyrelsen vil på baggrund af ovenstående vurdering, og med hjemmel i epidemilovens §26 m.v., samtidig præcisere forhold vedr. håndtering, anmeldepligt m.v. i styrelsens vejledning og konkret bekendtgørelse, som vedlægges i udkast.«

Da indstillingen som nævnt bryder med den antagelse om covid-19 som en alment farlig sygdom, der lå til grund for notatet om myndighedernes handlemuligheder, beslutter Sundheds- og Ældreministeriet at ændre notatet med henblik på oversendelse til Statsministeriet. Ministeriet følger Sundhedsstyrelsens indstilling om optagelsen af covid-19 på liste B. Men det gør i den reviderede udgave af notatet opmærksom på, at ministeren også efter optagelsen af covid-19 på liste B har mulighed for at iværksætte de samme foranstaltninger som for en liste A-sygdom, idet det dog kræver »en vurdering af situationen fra Sundhedsstyrel-

sen, hvorefter sundheds- og ældreministeren efter styrelsens indstilling kan bestemme, at foranstaltningerne også skal gælde for liste B-sygdomme.«

Klassificeringen af covid-19 som en liste B-sygdom og oplægget til håndteringen af sygdommen fører efter udredningsgruppens læsning i de 2 følgende uger til ret skarpe meningsudvekslinger mellem Sundhedsstyrelsen og Sundheds- og Ældreministeriets departement. Sundhedsstyrelsens direktør Søren Brostrøm skriver om § 10, i en e-mail sendt den 27. februar til en afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriets departement, at »[i] den nuværende fase, hvor vi i Danmark fortsat har en meget stærk inddæmningsstrategi, så finder Sundhedsstyrelsen ikke, at der er generelle forhold, som taler for at indstille til en generel undtagelse af COVID-19 efter bestemmelserne i §10.«

Efter en drøftelse mellem styrelsesdirektøren og afdelingschefen i departementet udarbejder Sundhedsstyrelsen en indstilling om, at sundheds- og ældreministeren »med henvisning til § 10« i en række konkrete situationer, som er eksemplificeret i indstillingen, kan træffe de foranstaltninger, der efter epidemilovens §§ 5-9 alene kan iværksættes mod alment farlige sygdomme.

Forløbet med klassifikationen af covid-19-sygdommen i henhold til regler i epidemiloven i ugerne op imod den 28. februar er et vidnesbyrd om den latente spænding, der på dette tidspunkt er mellem Sundhedsstyrelsen og i særdeleshed Statsministeriet og med sandsynlighed regeringen. Det placerer Sundheds- og Ældreministeriets departement i en position som bindeled og formidler af budskaberne fra det øverste administrative og politiske niveau. I praksis indebærer det, at Sundhedsstyrelsen, som det fremgår ovenfor, må give sig og strække våben. Denne spænding og den deraf følgende rollefordeling bliver tydelig i det senere forløb om strategivalget i covid-19-håndteringen.

Pandemiplanen findes frem

En væsentlig konsekvens af paradigmeskiftet i sygdomsforståelsen er, at håndteringen af den nye sygdom kan underlægges velkendte planer og procedurer. Der er et klart organisatorisk setup beskrevet i planen for pandemisk influenza fra 2013 (også kaldet pandemiplanen), som giver temmelig specifikke anvisninger på, hvordan man skal forholde sig på nationalt såvel som regionalt og kommunalt niveau.[6] I takt med at sygdomsforståelsen i begyndelsen af februar bevæger sig imod et pandemisk influenzascenarie, får Sundhedsstyrelsen afgrænset problemstillingen på en måde, der gør det muligt at håndtere den inden for allerede fastlagte procedurer. Det er samtidig planer og procedurer, der understreger Sundhedsstyrelsens rolle som central rådgiver og koordinator.

Der går dog noget tid, fra Statens Serum Institut italesætter scenariet med pandemisk influenza sidst i januar, til Sundhedsstyrelsen handler på det og begynder at aktivere de relevante fora. Den 17. februar inviterer Rigspolitiet til »møde om COVID-19 (ny coronavirus) og karantænefaciliteter.« Det fremgår af mødereferatet, at Rigspolitiet den 7. februar på anmodning fra Sundhedsstyrelsen anmodede de politikredse, hvis politidirektør er formand for den regionale epidemikommission, om en status for epidemi-

6 »Beredskab for pandemisk influenza, del I - nationalt strategi og fagligt grundlag«, Sundhedsstyrelsen, 2013, og »Beredskab for pandemisk influenza, del II - vejledning til regioner og kommuner.«, Sundhedsstyrelsen, 2013.

kommissionernes plansæt for karantænefaciliteter. Det fremgår af mødereferatet, at man på tværs af regionerne har i alt 4.550 karantænepladser. Karantænepladserne findes primært på kasernerne. Det fremgår også af mødereferatet, at »Sundhedsstyrelsen understregede, at COVID-19 indtil videre ikke vurderes som værende en meget alvorlig sygdom.«

Samme eftermiddag, den 17. februar 2020, er der ekstraordinært møde i Kriseberedskabsgruppen indkaldt på opfordring af Justitsministeriet. Det er en gruppe med en meget bred myndighedsrepræsentation. Sundhedsstyrelsen informerer på mødet om, at der er tæt koordination med relevante myndigheder og regioner, og at pandemiplanen giver anvisninger på, hvordan der kan prioriteres i sundhedsvæsenet, og hvordan der oprettes epidemifaciliteter, m.v. Sundhedsstyrelsen oplyser også på mødet, at Danmark i meget høj grad følger WHO-anbefalingerne, og at afvigelser i andre lande er et udtryk for, at de lande ikke følger anbefalingerne. Det aftales, at der skal følges op på opdateringen af pandemiplanen og på karantænefaciliteterne i regionerne. Formanden for kriseberedskabsgruppen afslutter mødet med at konkludere, at mødet har bidraget til at oplyse alle sektorerne om den aktuelle situation: »Hvis et ændret situationsbillede tilsiger det kan Kriseberedskabsgruppen indkaldes til nyt møde. Den tværsektorielle operative håndtering vil ske i regi af NOST.«

Dagen efter, på kriseledelsesmødet i Sundhedsstyrelsen den 18. februar, beslutter man, at Sundhedsstyrelsen fremover vil have fokus på pandemiberedskabet. Det samme fremgår af referaterne fra de to følgende dages kriseledelsesmøder i Sundhedsstyrelsen. Samtidig diskuteres det på mødet i kriseledelsen den 19. februar, at Statens Serum Institut har fokus på, at epidemien muligvis først kommer næste år.

Den 19. februar afholdes der også møde i epidemigruppen angående covid-19. Indtrykket fra mødereferatet er, at det ikke er et forum, der er blevet benyttet til faglige diskussioner af eksempelvis »paradigmeskiftet« i sygdomsforståelsen eller af de retningslinjer til sundhedspersonalet, som Sundhedsstyrelsen løbende reviderer. Med nedsættelse af den faglige covid-19 arbejdsgruppe (jf. kapitel 11) bliver casedefinitionen og retningslinjerne til sundhedspersonalet fra og med den 10. marts 2020 diskuteret i et forum med en bredere kreds af eksterne eksperter. Indtil da er det ansatte fra Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsstyrelsens faglige konsulent, som kommenterer på revisioner af retningslinjer, før disse lægges ud.

I referatet fra kriseledelsesmødet i Sundhedsstyrelsen den 20. februar 2020 står der, at man opretholder operationsberedskabet, men at der »... i morgen tages [...] stilling til en nedskalering fra næste uge.« Nedskaleringen kommer ikke, for i dagene derefter tager udbruddet i Europa og især Italien fart, og presset på Sundhedsstyrelsen vokser yderligere.

Den 23. februar 2020 sender Kåre Mølbak en e-mail til Søren Brostrøm og Tyra Grove Krause, som er afdelingschef i Statens Serum Institut. I e-mailen citerer han Mike Catchpole, der er videnskabelig chef i ECDC, og som udtaler, at situationen i Italien er alvorlig, at ECDC vil opdatere risikovurderingerne, og at de indkalder til ekstraordinært møde i deres rådgivende organ den 24. februar 2020. I e-mailen citerer Kåre Mølbak også WHO-chefen Tedros Ghebreyesus: »the window of opportunity is narrowing, so we need to act quickly before it closes completely.«

Kåre Mølbaks hovedbudskab i e-mailen er, at Sundhedsstyrelsens risikovurdering bør opdateres: »I mine øjne er vi på vej ud af inddæm-

ningsfasen og på vej ind i en fase, hvor målsætning er at forsinke (men ikke forhindre) en udbredelse til Danmark og begrænse følgerne heraf.«

Lidt senere samme dag videresender Søren Brostrøm e-mailen fra Kåre Mølbak til en kreds af ledere i Sundhedsstyrelsen og tilføjer, at han efterfølgende har talt i telefon med Kåre Mølbak, og at de har aftalt følgende talelinje i forhold til deres orientering af ministeren næste eftermiddag:

> »Vores strategi for Danmark er stadig en inddæmning, med hurtig opsporing og isolation af smittede, med fokus på opsporing og karantænesætning af kontakter m.v. Men vi er bekymrede, både over udviklingen i Singapore, Korea, Japan, Iran og nu senest i Italien. Vi følger det tæt og opdaterer vores risikovurdering, følger ECDC osv. Og så var vi enige om at næste skridt må være at vi i løbet af de næste par dage får udsendt opdaterede retningslinjer og udrullet modtagelse/isolation/diagnostik til flere sygehuse, som vi har drøftet. Vi må forvente at ECDC udsender en opdateret/skærpet risikovurdering efter mødet i morgen eftermiddag. Og muligvis udvider listen over områder med lokal transmission m.v. Jeg aftalte med Kåre, at vi i morgen mandag udarbejder en fælles SSI-SST nyhed hvor vi kommenterer på situationen i Italien mv. og opdaterer vores risikovurdering ift.«

Strategisk har kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen i de følgende dage fokus på kommunikation og politisk håndtering, og allerede den 24. februar omtales det strateginotat, som ender med først at blive offentliggjort den 10. marts (jf. kapitel 3). Man forventer mere politisk opmærksomhed i denne uge (uge 9), og der er kommet nye bestillinger fra Statsministeriet via Sundheds-og Ældreministeriet om, hvad andre lande gør i forhold til rejserestriktioner.

Dagsordenerne for møderne i kriseledelsen hos Sundhedsstyrelsen er i disse dage tætpakkede, og styrelsen har mange opgaver i forhold til en meget bred kreds af interessenter. Samtidig fremgår det af mødereferaterne, at Sundhedsstyrelsen har problemer med at fastholde overblikket i forhold til EWRS, WHO og ECDC, og at de har brug for øget information fra Statens Serum Institut og flere medarbejdere, der kan følge med i udmeldingerne fra WHO, ECDC og andre lande.

Boks 7.2. Opgaver, som fremgår af referat fra det 37. møde i kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen den 25. februar 2020

- Følg op på personer i Tenerife.
- Hjemmeside.
- Hotline.
- Specialeplan – opfølgning (PLAN).
- Karantænefaciliteter + værnemidler – tilbagemelding fra regionerne – der skal følges op.
- Strategisk fortælling.
- Information til kommuner.
- Pandemiplan – vi skal se hvad vi kan bruge fra vores nuværende plan, og hvad vi skal supplere med.
- Bestilling fra STM/SUM bl.a. om selvdeklaration.
- UM rejsevejledning – opsamling ift. ny retningslinje.
- Intern koordinering.
- Indkald NOST til orienteringsmøde onsdag.
- Møde i den regionale beredskabsgruppe, organiseret i PLAN.
- HSC efterspørger svar på spørgsmål.
- Vi skal tænke fremad i scenarier.
- Evaluering skal igangsættes.

Referatet fra det 37. møde i kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen afholdt den 25. februar giver et indtryk af det opgavepres, som Sund-

hedsstyrelsen i de dage må håndtere. I hovedoverskrifter er stabens opgaver denne dag som oplistet i boks 7.2.

Den 26. februar 2020 afholdes det 38. møde i kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen. Antallet af smittede i Italien stiger, og mange af de smittede er ifølge det oplyste asymptomatiske nære kontakter. På Tenerife er 800 mennesker sat i karantæne på et hotel, og der er danskere på hotellet. Man forsøger i Sundhedsstyrelsen at fokusere på præpandemisk/pandemisk scenarieforberedelse, men listen med stabens dag til dag- og time til time-opgaver er lang: »Der skal tænkes fremad, vi forventer det bliver en lang proces«, noteres det i mødereferatet.

Den 26. februar indkaldes Søren Brostrøm og Kåre Mølbak til møde i Statsministeriet. Der er fem punkter på dagsordenen:

1. Sundhedsfaglig status for coronavirus: smittede/døde, berørte lande, risikovurdering, epidemiologisk fakta om virus etc.
2. Status for det nationale beredskab: håndtering af ankomne ved danske grænser, sundhedsberedskabet samt øvrige støttende myndigheder.
3. Håndtering af danskere i udlandet, herunder på Tenerife: Borgerservice/rejsevejledninger, hjemkomst af danskere fra områder med smitte etc.
4. Kommunikation: strategi, håndtering af medier og borgere.
5. Næste skridt.

Der foreligger ikke referat fra mødet.

NOST-aktiviteter i januar og februar 2020

Rigspolitiet beder første gang Sundhedsstyrelsen om at give en status på coronasituationen på mødet i Den Nationale Operative Stab (NOST) den 22. januar 2020. Sundhedsstyrelsen oplyser på mødet, at sundhedsberedskabet i Danmark ikke er ændret, da det allerede er klar til at håndtere en situation som denne. Man følger retningslinjerne for lignende virusser (sars og mers), og styrelsen bruger sin tid på at holde øje med situationen og med danskere, der kan være berørte. Samtidig oplyser Sundhedsstyrelsen på mødet i NOST, at styrelsen vurderer sandsynligheden for hurtig spredning af virus som »meget lav«, og »dødelighed virker for nuværende ikke specielt høj.« Det tilføjes, at styrelsen løbende vurderer situationen, men man lægger ikke op til at aktivere NOST eller epidemikommissionerne på dette tidspunkt. Som afslutning på Sundhedsstyrelsens orientering beder stabschefen for NOST om, at NOST bliver holdt orienteret om situationens udvikling. Det sker bl.a. skriftligt, hvor NOST som nævnt ovenfor fra og med den 28. januar 2020 modtager de daglige statusopdateringer fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen giver en ny orientering om situationen på stabsmødet i NOST den 31. januar 2020. Først gives en kort opdatering på, hvad man på dette tidspunkt ved om sygdommen, og en redegørelse for håndteringen af de borgere, der få dage efter vender hjem fra Hubeiprovinsen. Styrelsen minder om, at man ikke ved så meget om sygdommen endnu, men vurderingen er, at risikoen for udbrud i Danmark er lav. Hvis der kommer tilfælde, også hvis det bliver en epidemi, har man i Danmark det nødvendige beredskab. Stabschefen runder af med den vurdering, at Sundhedsstyrelsen har godt styr på situationen, og at øvrige myndigheder er klar til at bistå i endnu større omfang, hvis situationen skulle eskalere.

Den 10. februar 2020 giver Sundhedsstyrelsen igen en orientering på stabsmødet i NOST. Sundhedsstyrelsen beretter, at Udenrigsmi-

nisteriet med støtte fra Forsvaret har sikret evakuering af i alt 21 personer fra Kina til Danmark, og styrelsen fremhæver i den forbindelse det gode samarbejde med Udenrigsministeriet og Forsvaret. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan der være tale om en begyndende opbremsning i antallet af bekræftede tilfælde, men styrelsen oplyser også, at der nu er fokus på afledte konsekvenser i form af mangel på varer fra Kina, herunder medicin og medicinsk udstyr og nedlukning for eksport af fødevarer til Kina.

Med hensyn til den nationale risikovurdering oplyser Sundhedsstyrelsen, at man fortsat vurderer risikoen for, at der vil blive konstateret et eller flere tilfælde af smittede i Danmark, som moderat, imens risikoen for lokal smittespredning i Danmark vurderes som lav. Sundhedsstyrelsen ser for nærværende ikke behov for yderligere samling af NOST. Beredskabsstyrelsen nævner på mødet, at der opkøbes beskyttelsesudstyr i hele verden, hvilket giver lang ventetid for opfyldning af lagre. Det er ifølge mødereferatet ikke et spørgsmål, der træffes beslutning om at følge op på.

Den 13. februar 2020 har Rigspolitiet indkaldt til workshop i NOST. Formålet med workshoppen er at identificere og reflektere over mulige følgevirkninger, hvis den aktuelle coronavirusepidemi spredes til Danmark med aktiv smittespredning i landet, og reflektere over »dækkende handlingsanvisende kommunikation.« Deltagerne skal på workshoppen arbejde med to fremtidsscenarier: 1) Epidemien spreder sig til Europa (opskalering af beredskabet), og 2) der konstateres aktiv smittespredning i Danmark (aktivering af pandemiplanen).

Workshoppen kan ses som en reaktion på ECDC's opfordring til at gennemarbejde fire scenarier for smittespredning, som blev videreformidlet af Statens Serum Institut i risikovurderingen den 10. februar 2020. Som redegjort for ovenfor er opfordringen fra ECDC/Statens Serum Institut ikke gengivet i Sundhedsstyrelsens daglige statusopdateringer, og det er ikke Sundhedsstyrelsen, der indkalder til denne workshop.

Som afslutning på den 3 timer lange workshop takker stabschefen for de mange tilbagemeldinger fra myndighederne, som ifølge stabschefen er med til at sikre den nødvendige videndeling og koordinering. Det fremgår ikke af mødereferatet, om og hvordan der følges op på scenariearbejdet i workshoppen.

Det næste møde i NOST afholdes 13 dage senere, den 26. februar. Det er denne gang Sundhedsstyrelsen, der har anmodet om mødet. Stabschefen oplyser indledningsvis, at Erhvervsstyrelsen deltager i mødet på anmodning fra Statsministeriet. I sin redegørelse for situationen fokuserer Sundhedsstyrelsen på smittespredningen i Italien og smitteudbruddet på det hotel på Tenerife, hvor der befinder sig danske turister. Styrelsen understreger på mødet, at de planer for håndtering af situationen, som tidligere har været behandlet i NOST, følges. Meldingen fra Sundhedsstyrelsen er, at sundhedsvæsenet ikke er belastet af situationen, og at situationen fortsat vurderes at kunne håndteres i henhold til allerede vedtagne retningslinjer og handlingsplaner. Endvidere fremgår det af mødereferatet, at sundhedsmyndighederne vurderer, at:

> »... COVID-19, både hvad angår smittespredning og antallet af dødsfald, minder om en almindelig sæsoninfluenza. Der opleves dog relativt flere smittede, idet det er en ny virus, som ingen er immune over for. Langt de fleste smittede vil kun opleve milde symptomer, hvilket i sig selv kan føre til øget smittespredning, idet man typisk ikke vil føle sig for syg til at gå

> på arbejde, benytte offentlig transport og lignende.«

Forsvarskommandoen opfordrer på mødet til, at myndighederne får skabt et fælles billede af den aktuelle trusselsvurdering, og at der kommunikeres tydeligt udadtil i henhold til dette. Opfordringen begrundes med en henvisning til, at nogle af de seneste dages mediehistorier ikke har »været i overensstemmelse med den aktuelle trusselsvurdering, som Sundhedsstyrelsen har redegjort for på dagens møde.« Det gælder ifølge Forsvarskommandoen særlig i forhold til hjemmekarantæne, hvor det som følge af mediehistorier de seneste dage har været nødvendigt at præcisere, at der endnu ikke er udpeget specifikke karantænefaciliteter.

Rigspolitiet oplyser på mødet, at der er tæt dialog med Statsministeriet i disse dage, idet ministeriet »har øget fokus på myndighedernes håndtering af den aktuelle situation.« Endvidere oplyser Rigspolitiet, at der er blevet arbejdet videre med de opmærksomhedspunkter, som blev identificeret på workshoppen den 13. februar, og at man desuden har været i dialog med regionernes epidemikommissioner.

Stabschefen afslutter mødet med at understrege vigtigheden af, at myndighederne etablerer et fælles situationsbillede, koordinerer kommunikationsindsatsen og sikrer, at der kommunikeres enslydende budskaber. NOST beslutter, at kommunikationsstabschefen får ansvaret for at tilrettelægge udarbejdelsen af en fælles kommunikationsplan, og at deadline er snarest og gerne inden for 2 dage. Der bliver desuden spurgt til, hvordan sundhedsmyndighederne i nabolandene kommunikerer, hvortil Sundhedsstyrelsen svarer, at man i Danmark kommunikerer i overensstemmelse med WHO's budskab, hvorefter covid-19 er at betragte som en almindelig sæsoninfluenza. Styrelsen formoder, at dette budskab også kommunikeres af andre landes sundhedsmyndigheder.

Fordi »situationen udvikler sig hurtigt«, bliver det på mødet den 26. februar besluttet, at der fremover afholdes et ugentligt NOST-møde hver tirsdag. Allerede dagen efter mødes de dog igen, da det første tilfælde af smitte registreres i Danmark. Det vender vi tilbage til i kapitel 8.

NOST fremstår ikke som et centralt forum i denne fase af forløbet frem til og med den 26. februar 2020. Det er et forum for temmelig generelle og overordnede orienteringer, primært fra Sundhedsstyrelsen, og for afklaring af nogle praktiske, konkrete spørgsmål myndighederne imellem. Formændene for de regionale epidemikommissioner orienteres løbende af Rigspolitiet fra den 21. januar og frem, men epidemikommissionerne aktiveres ikke.

Udenrigsministeriet og Den Internationale Operative Stab (IOS)

Den Internationale Operative Stab (IOS) er en del af beredskabet, som blev etableret i 2005 på baggrund af terrorangrebene på Bali og flodbølgekatastrofen i Asien. IOS har til formål at koordinere en dansk indsats til støtte for danskere berørt af en større krise i udlandet. Krisen skal være af en vis størrelse, f.eks. naturkatastrofer, terrorangreb eller ulykker, hvor et større antal danskere kan forventes at være berørte, og som kræver koordinering mellem flere myndigheder og/eller private aktører. Arbejdet i IOS ledes af Udenrigsministeriet, som har ansvaret for at aktivere og deaktivere beredskabet (se også kapitel 6).

IOS aktiveres ultimo januar 2020, idet evakueringen af de danske statsborgere fra Kina forberedes i regi af IOS under ledelse af Udenrigsministeriet. I de efterfølgende uger bliver

IOS et centralt organ i forhold til myndighedernes dialog med ikke mindst rejse- og forsikringsbranchen. De covid-19-relaterede møder afholdes typisk ikke i den fulde IOS-kreds, men i to delkredse: en ren myndighedskreds og en kreds med brancheorganisationerne, hvor der er meget begrænset myndighedsdeltagelse.

Udenrigsministeriet får også en anden opgave. Den 4. februar 2020 beder Udenrigsministeriet en lang række danske ambassader, herunder i USA, Mexico, Japan, Australien og en række lande i primært Asien, besvare en række spørgsmål med henblik på opdatering af rejsevejledningerne og/eller udsendelse af information til Danskerlisten[7] via Rejseklar[8]. Spørgsmålene kredser om forskellige aspekter af værtslandets tiltag for at håndtere den aktuelle situation med udbrud af covid-19. Svarfristen er allerede dagen efter, den 5. februar. I en e-mail den 6. februar beder Udenrigsministeriet alle ambassader om at levere svar på en række spørgsmål om værtslandets håndtering af covid-19. Besvarelserne danner grundlag for, at alle 77 rejsevejledninger opdateres op til vinterferien i uge 7.

Som det vil fremgå i kapitel 8, udvides og systematiseres denne brug af ambassadeindberetninger, efterhånden som covid-19-krisen vokser i omfang og intensitet, men på dette tidspunkt handler det primært om bidrag til Udenrigsministeriets arbejde med rejsevejledningerne.

Sammenfatning

I forhold til de tre grundelementer i enhver krisehåndtering – problemforståelse, beslutning og kommunikation – konstaterer udredningsgruppen, at de centrale myndigheder i januar og februar måned ikke når frem til en fælles forståelse af den nye sygdom og dermed heller ikke nogen fælles forståelse af, hvad der skal besluttes, og hvordan der skal kommunikeres.

Statsministeriet, og med tiden også Sundheds- og Ældreministeriet, ser den nye sygdom som en alment farlig sygdom med pandemisk potentiale, som kan føre til overbelastning af det danske sundhedsvæsen og mangel på intensivpladser til behandling af de mest alvorligt syge patienter. Det er en sygdomsforståelse, som lægger op til, at myndighederne skal træffe vidtgående foranstaltninger for at forhindre og begrænse smittespredning. Hvad Statsministeriet, og dermed regeringen, må man formode, i denne fase er villige til at acceptere, herunder hvad målet med indsatsen skal være, fremgår ikke af det udleverede materiale, men det fremgår, at man gerne vil have myndighederne til at arbejde ud fra et forsigtighedsprincip.

Sundhedsstyrelsen lægger sig derimod undervejs i denne fase fast på den forståelse, at covid-19 er en smitsom, men ikke alment farlig sygdom, og det er derfor ikke en sygdom, der kan retfærdiggøre meget vidtrækkende og indgribende tiltag fra myndighederne. Den sygdomsforståelse betyder også, at Sundhedsstyrelsen fra begyndelsen af februar arbejder

7 Udenrigsministeriets liste over danskere i udlandet. Listen, som er er frivillig at tilmelde sig, benyttes af ministeriet til at kontakte personer på listen, hvis der i et land opstår en større krise som f.eks. en naturkatastrofe, et terrorangreb eller politiske uroligheder.

8 Udenrigsministeriets app med rejsevejledninger, kontaktinformation m.v. som danskere i udlandet kan tilmelde sig.

ud fra de planer og retningslinjer for håndtering af pandemisk influenza, som allerede ligger i skuffen.

Ifølge de planer kan man i den allerførste fase godt forsøge at inddæmme og forsinke smittespredning, så det eksempelvis ikke rammer samtidig med influenzasæsonen, men hvis der er tale om en pandemi, kan smittespredning ikke forhindres. Når smittespredning sker, handler det om at fokusere indsatsen og ressourcerne på dem, der bliver så syge, at de får behov for lægehjælp. Dertil handler det om karantænepladser, som man har i tusindvis af på de danske kaserner. Samtidig lægger planerne for pandemisk influenza op til, at håndteringen primært kører i standard krise-setup med Sundhedsstyrelsen i en central rolle sekunderet af epidemikommissionerne, Beredskabsstyrelsen, regionerne og NOST.

Sundhedsstyrelsen er i januar og februar den centrale aktør, som beslutter, hvilke tiltag der skal iværksættes, og hvilke der ikke skal. Statsministeriet kan bestille notater og indkalde til møder, men det er sundhedsmyndighederne med Sundhedsstyrelsen i spidsen, der lægger linjen og kommunikerer til offentligheden og med sundhedsvæsenet. Kapitel 8 og 9 viser, at Sundhedsstyrelsens rolle ændrer sig i de efterfølgende dage og uger.

Statens Serum Institut er i januar og februar efter alt at dømme på linje med Sundhedsstyrelsens sygdomsforståelse med den tilføjelse, at Statens Serum Institut i den indbyrdes kommunikation med Sundhedsstyrelsen taler for en tydeligere kommunikation af usikkerheder og worst case-scenarier til det politiske niveau og offentligheden, end Sundhedsstyrelsen lægger op til.

14.08

dr.dk

AA

DR NYHEDER DRTV DR LYD

SENESTE NYT INDLAND UDLAND PENGE

INDLAND

Første dansker smittet med coronavirus: 'Vi er selvfølgelig dybt rystede'

En dansk mand er smittet med covid-19 under en skiferie i Norditalien.

Kapitel 8

På vej mod nedlukning: den 27. februar til den 9. marts 2020

Den 27. februar 2020 sker der flere markante begivenheder. For det første bliver den første dansker testet positiv for covid-19. Det er, som der er redegjort for i kapitel 3, en mand, der få dage før er hjemvendt fra skiferie i det nordlige Italien. På det politiske plan løftes håndteringen af covid-19 til et nyt niveau, da der for første gang holdes møde om covid-19 i regeringens sikkerhedsudvalg den 27. februar om aftenen.

Organisatorisk sker der også væsentlige ændringer den 27. februar og i dagene umiddelbart efter (jf. kapitel 6). En gruppe af afdelingschefer på tværs af en række ministerier afholder den 27. februar en workshop om covid-19-situationen, og det bliver startskuddet til etableringen af en afdelingschefgruppe (AC-gruppen), som herefter får en central placering i krisehåndteringen. Dertil kommer møder i en kreds af departementschefer, som kommer til at fungere som en overbygning til AC-gruppen. Samtidig bliver der igangsat forandringer af arbejdet i regi af NOST. Endelig får Udenrigsministeriet i denne fase en aktiv rolle som leverandør af systematiske ambassadeindberetninger om covid-19-situationen i andre lande.

Dette kapitel viser, hvordan tyngdepunktet i krisehåndteringen flyttes i slutningen af februar 2020. Indtil da har Sundhedsstyrelsen været det centrale omdrejningspunkt. Det ændrer sig fra og med dette tidspunkt. Viden, kommunikation og rådgivning fra Sundhedsstyrelsen efterspørges stadig, men styrelsens rolle som central koordinator og som den styrelse, der filtrerer og formidler sundhedsfaglig viden til det politiske niveau, bliver udfordret. Samtidig bliver Statens Serum Institut trukket ind i en mere direkte rådgivning af regeringen.

Mødet i regeringens sikkerhedsudvalg den 27. februar

Om aftenen den 27. februar 2020 afholdes møde i regeringens sikkerhedsudvalg. Det er første gang i forløbet, at regeringens sikkerhedsudvalg træder sammen. Udvalget består ud over statsministeren af finansministeren, udenrigsministeren, justitsministeren og forsvarsministeren. Faste deltagere på møder i sikkerhedsudvalget er desuden departementscheferne for de ministerier, der er repræsenteret, og cheferne for politiet,

Forsvaret og efterretningstjenesterne. På dette møde er kredsen af deltagere udvidet med sundheds- og ældreministeren og erhvervsministeren. Desuden er direktøren for Sundhedsstyrelsen, Søren Brostrøm, inviteret, faglig direktør i Statens Serum Institut Kåre Mølbak, direktøren for Styrelsen for Patientsikkerhed, Annemarie Vangsted, og repræsentanter for Beredskabsstyrelsen og operationsstaben i Forsvarskommandoen. Mødet har følgende dagsorden:

1. Indledning.
2. Status på den sundhedsfaglige situation.
3. Status fra Den Nationale Operative Stab (NOST).
4. Status for nationalt beredskab.
5. Samfundsmæssige konsekvenser.
6. Håndtering af danskere i udlandet.
7. Kommunikation.
8. Næste skridt.

Der foreligger ikke referat fra mødet. Af håndakten for statsministeren fremgår det, at formålet med mødet er at give et samlet overblik over situationen og sikre, at myndighederne har de nødvendige ressourcer og mandater på plads. Det fremgår endvidere af statsministerens talepunkter, at »håb ikke er en strategi«, hvorfor det er vigtigt at tænke fremad og planlægge efter et worst case-scenarie, »så vi er forberedte, hvis det går på en anden måde, end vi alle sammen håber på.« Dernæst lægger håndakten op til at understrege, at den tværgående koordination bliver vigtig, og at beslutninger bedst træffes på et oplyst grundlag, men at ingen alene har det fulde billede af situationen. Det er samtidig begrundelsen for, at en række faglige eksperter er inviteret med til drøftelserne på mødet.

I en e-mail sendt den 1. marts 2020 til departementschefen for Sundheds- og Ældreministeriet henviser departementschefen i Statsministeriet til, at det på mødet i regeringens sikkerhedsudvalg blev sagt meget klart, at Danmark skal være på den forsigtige side i forhold til worst case-scenariet, og hvis der eksempelvis er uenighed i udmeldingerne fra WHO og ECDC, skal Danmark konsekvent vælge den mest forsigtige linje.

Der er i statsministerens håndakt til mødet i sikkerhedsudvalget også indskrevet en lang række kritiske opfølgende spørgsmål til repræsentanterne for sundhedsmyndighederne. Bedømt ud fra de aktiviteter og tiltag, der sættes i værk fra regeringens og ikke mindst Statsministeriets side i de efterfølgende dage, betrygger de svar, der bliver givet på mødet, ikke Statsministeriet og regeringsledelsen.

Krisehåndteringen ændrer tempo og tyngdepunkt

I de efterfølgende dage ændrer krisehåndteringen karakter. Indtil da er Sundhedsstyrelsen, som det er afdækket i kapitel 7, det centrale omdrejningspunkt i krisehåndteringen. Det ændres efter den 27. februar, uden at det dog svækker arbejdspresset på styrelsen. Styrelsen vedbliver at være en central leverandør af fagligt input og indstillinger, ligesom dens opgave med at kommunikere til både sundhedspersonale og offentlighed vokser betydeligt. Sidstnævnte er en stor opgave. Den 26.-27. februar får Sundhedsstyrelsen 400 henvendelser, der registreres 76.000 besøg på www.sst.dk og 64.310 besøg på FAQ'en. Det fremgår desuden af et referat fra mødet i Sundhedsstyrelsens kriseledelse den 27. februar 2020, at Statsministeriet »ønsker en opdatering fra presse hver time.«

Men Sundhedsstyrelsens rolle bliver en anden i krisehåndteringen, da tyngdepunktet på centraladministrativt niveau flyttes til andre fora,

ikke mindst den nydannede AC-gruppe og den styrkede NOST-organisation. Hvor den første er forankret i Justitsministeriets departement, er den anden forankret under Rigspolitiet, en af Justitsministeriets store styrelser. Justitsministeriet bliver dermed, som det er beskrevet i kapitel 6, fra og med den 27. februar central koordinator og indpisker i covid-19-håndteringen.

Det ændrer ikke ved Statsministeriets helt centrale position i regeringens covid-19-organisation. Men Statsministeriet får med denne organisatoriske tilpasning af covid-19-indsatsen tilført betydelig administrativ kapacitet. Det gælder på øverste ledelsesniveau såvel som på sagsbehandlerniveauet. Det første er væsentligt, fordi en meget stor del af regeringen og centraladministrationen er involveret, og dermed er det en omfattende praktisk orienteret koordinationsopgave med fordeling af bestillingerne fra Statsministeriet og med samlingen af svar fra de enkelte ministerier i sammenhængende pakker.

Styrkelsen af sagsbehandlerniveauet får betydning, fordi Justitsministeriets departement i praksis går aktivt ind i forberedelsen af de oplæg, som fagministerierne skal levere. Der udvikler sig et særlig tæt parløb mellem Sundheds- og Ældreministeriets departement og Justitsministeriet, hvor embedsmænd fra en meget stor del af Justitsministeriets departement er trukket ind som støtte for Sundheds- og Ældreministeriet.

Ændringerne betyder også, at Sundhedsstyrelsen gradvis mister sin filterfunktion som den myndighed, der samler og videreformidler råd og input til det politiske niveau. I første fase af covid-19-krisen fremstår Sundhedsstyrelsen som den myndighed, der samler trådene mellem Sundheds- og Ældreministeriets styrelser og Statens Serum Institut. Efter den 27. februar er det som redegjort for nedenfor i stigende grad Statens Serum Institut, der træder direkte ind i rådgivningen af regeringen.

AC-gruppens rolle

Den 27. februar afholdes som nævnt en tværministeriel workshop om coronasituationen. Deltagerne er en kreds af personer på afdelingschefniveau, som kommer fra en bred kreds af ministerier. Det fører efterfølgende til etablering af den såkaldte AC-gruppe, som får afdelingschefen i Politi- og Strafferetsafdelingen i Justitsministeriet som leder (jf. kapitel 6). Formålet med etableringen af gruppen er at styrke den tværgående koordination og styrke kommunikationen om den samlede håndtering af situationen og de afledte samfundsmæssige konsekvenser.

AC-gruppens deltagerkreds varierer over de følgende uger, men fra den tidlige fase er følgende ministerier fast repræsenteret: Justitsministeriet, Erhvervsministeriet, Finansministeriet, Forsvarsministeriet, Klima-, Energi- og Forsyningsministeriet, Miljø- og Fødevareministeriet, Transport- og Boligministeriet, Udenrigsministeriet, Udlændinge- og Integrationsministeriet, Statsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Der deltager ikke i AC-gruppen repræsentanter for styrelserne i de pågældende ministerier, bortset fra at politidirektør Svend Larsen, der bliver udpeget som leder af den næsten samtidig oprettede NOST+ (se nedenfor), regelmæssigt deltager i møderne.

AC-gruppen bliver ikke et forum, der træffer væsentlige strategiske beslutninger. Den er først og fremmest et praktisk koordinationsforum. Gruppens centrale arbejdsredskab bliver et dynamisk skema med bestillinger, og gruppens primære opgave bliver at koordinere og kommunikere både bestillinger og svar på bestillinger videre til de relevante myndighe-

der og beslutningstagere. Statsministeriets repræsentation i gruppen sikrer Statsministeriets departementschef og dermed statsministeren en ganske tæt orientering om arbejdet i AC-gruppen. Det fremgår af e-mailudvekslinger, at mange af de bestillinger, som videreformidles af AC-gruppen, har Statsministeriet som opdragsgiver.

AC-gruppen opdaterer løbende oversigter over igangværende og afsluttede bestillinger. Den 29. februar 2020 er der ifølge oversigtsskemaet ni aktive bestillinger og tre afsluttede bestillinger. Antallet af bestillinger vokser markant i de følgende dage og uger. Den 4. marts 2020 videresendes gruppens aktuelle oversigtsskema over bestillinger til Statsministeriets departementschef. Skemaet er gengivet i tabel 8.1 og giver en illustration af den bestillingsdrevne arbejdsform, som den fungerer i begyndelsen af marts.

Oversigten i tabel 8.1 viser, at der i begyndelsen af marts stadig afgår mange bestillinger til Sundhedsministeriet. Det mærkes i Sundhedsstyrelsen, hvor direktøren den 1. marts 2020 i en intern e-mail udtrykker sin frustration over bestillingerne: »... der er generelt en del overlap mellem bestillinger og leverancer mellem os og SUM, men det skyldes at vi knap kan nå at gøre den ene ting færdig, før der kommer nye bestillinger og 'styring' ovenfra.«

Dagen efter rundsendes der en opfordring i departementet i Sundheds- og Ældreministeriet om, at man gerne må undgå at sende bestillinger til Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen »med mindre, det er akut. Begge styrelser er fuldstændig lagt ned og udfordret på ressourcer pga. corona.« Det tyder imidlertid ikke på, at Sundhedsstyrelsen på dette tidspunkt ønsker at overlade krisehåndteringen til andre. I referatet fra kriseledelsesmødet i Sundhedsstyrelsen den 3. marts 2020 noteres det: »Vi siger ja til alt og er med i alt vi kan overkomme.«

Tabel 8.1 viser også, hvordan nye aktører og myndigheder på dette tidspunkt i begyndelsen af marts er trukket ind i håndteringen af covid-19. Statsministeriet og AC-gruppen retter i stigende grad opmærksomheden mod, hvordan andre lande håndterer situationen. Udenrigsministeriet kommer i kraft af indberetninger fra ambassaderne til at spille en vigtig rolle som formidler af netop den information.

Den dynamiske og intensive arbejdsform i AC-gruppen understreges yderligere derved, at AC-gruppens sekretariat allerede den 4. marts om aftenen rundsender et revideret oversigtsskema, hvor to nye bestillinger er tilføjet den liste, som er gengivet i tabel 8.1. Samme aften rundsender AC-gruppens leder også en e-mail, som giver et overblik over gruppens »mest aktuelle prioriteter« på dette tidspunkt:

1. Fortsat fokus på robusthed og hotlines m.v. (SUM og EM).
2. Opdaterede Q&A's på SST's hjemmeside (»blive hjemme«, »familiemedlemmer« og »sårbare borgere« m.v.).
3. Forberedelse, afvikling og opfølgning på dagens regeringsmøde (STM/JM).
4. Beskæftigelsesministeren taler med arbejdsmarkedets parter i dag som opfølgning på gårsdagens udmelding (BM).
5. Drøftelse af særlige forhold på Færøerne og i Grønland (STM/SUM/JM).
6. Fastlæggelse af sandsynlige og worst case-scenarier for spredning og konsekvenser heraf (SUM/JM/NOST).
7. Fastlæggelse af strategi for håndtering og udboring af værktøjskasse (SUM/JM/NOST).

Hvad der ligger i det sidste punkt, er ikke forklaret i denne e-mail. Punktet om Sundhedsstyrelsens hjemmeside understreger, hvordan »man«, som med stor sandsynlighed er Statsministeriet, ved hjælp af AC-gruppen forsøger at kontrollere og styre den kommunikation, der udgår fra alle myndighederne, herunder Sundhedsstyrelsen. AC-gruppens prioriteter skifter fra dag til dag, og de følgende dage cirkulerer nye oversigter over gruppens aktuelle prioriteter.

Aktiviteterne i AC-gruppen tiltager i den første uge af marts, og gruppen får en rolle i udarbejdelsen af oplægget til den delvise nedlukning af landet den 11. marts 2020. Optakten kommer den 8. marts 2020. Den dag modtager AC-gruppen »en opsamling« fra møde i departementschefkredsen tidligere samme dag. Af den opsamling fremgår bl.a.:

- »Der udarbejdes disposition og procesbeskrivelse for samlet overblik over sygdomsscenarier, konsekvenser og mulige tiltag – frist mandag den 9. marts (**JM/NOST**)
- SST udarbejder opdaterede scenarier, og alle relevante myndigheder mødes i NOST tirsdag den 10. marts kl. 9.00 for at lave et samlet overblik over sygdomscenarier, konsekvenser og mulige tiltag mhp. at forberede overgang fra inddæmnings- til afbødningsstrategi – frist udgangen af tirsdag (**SST/NOST**)
- Der udarbejdes oplæg om eventuelle indrejserestriktioner (lukning af grænser, indrejseforbud, karantæne mv.), inkl. oplysninger om nye rejsemønstre og tiltag i lufthavne mv. – frist mandag den 9. marts (**UIM/JM**)
- Evt. hastelovgivning – dialog opstartes mandag den 9. marts (**SUM/JM**)
- Der udarbejdes oplæg til drøftelse af mulige anbefalinger i forhold til offentlig transport – frist onsdag den 11. marts (**NOST**).«

Opsamlingen kan fortolkes sådan, at heller ikke gruppen af departementschefer på dette tidspunkt forventer det dramatiske strategiskifte, der bliver meldt ud kun 2 dage senere. Det indtryk bekræftes af, at departementschefen for Sundheds- og Ældreministeriet den 9. marts skriver til departementschefen i Justitsministeriet: »Vi arbejder med en ide om at forlænge påske ved at lukke skoler og uddannelsesinstitutioner eventuelt i ugen op til påsken. Synes du skal tage ideen med ind i NOST'en.«

Bedømt ud fra den interne kommunikation i AC-gruppen den 9. marts 2020 om aftenen er der heller intet, der tyder på, at AC-gruppen på det tidspunkt er bekendt med den forestående nedlukning af landet. Det redegøres der nærmere for i kapitel 9.

Fra NOST til NOST+

Som redegjort for i kapitel 7 er NOST frem til slutningen af februar primært et forum for orientering og afklaring af spørgsmål myndighederne imellem. I slutningen af februar oprettes der under NOST en særlig operationsstab, og NOST får flere ressourcer. Man skaber dermed, jf. kapitel 6, en ændret kriseorganisation, som efterfølgende bliver omtalt som NOST+.[1]

Den særlige operationsstab er forankret i den eksisterende krisestyringsorganisation og refererer til NOST, men under operationsstaben etableres en tværgående kommunikationsstab, en planlægningsstab og en fremtidsstab.

1 Den nye struktur er også blevet omtalt som Nye NOST eller NOST 2.0. Vi benytter i denne sammenhæng NOST+ som fælles, uofficiel betegnelse for NOST og den særlige operationsstab, som bliver etableret på dette tidspunkt.

Tabel 8.1. Oversigtsskema over covid-19 bestillinger rundsendt i AC-gruppen den 4. marts 2020

Aktive bestillinger	Ansvarlig	Bidragsydere	Frist	Status
Estimering af antal danskere, der er kommet hjem fra Norditalien og andre relevante lande	UM		2/3	Igangsat
Optioner for hjemtagning af danskere i udlandet	UM	FMN, SUM, JM	2/3	Igangsat (IOS)
Afklaring af samlet respiratorkapacitet i DK	SUM		3/3	Igangsat
Håndtering af smittede og symptomfrie udlændinge, der måtte strande i DK, herunder ift. asylansøgere	SUM	UM, FMN, UIM	4/3	Igangsat
Handleplan for værnemidler og testkapacitet (nuværende kapacitet og tilvejebringelse af yderligere)	NOST-regi	Alle relevante	4/3	Igangsat (NOST)
Handleplan for information til udrejste i risikoområder (UM-kampagne, modtagelse i lufthavn ved fly fra risikoområder)	NOST-regi	Alle relevante	4/3	Igangsat (NOST)
Fælles løsning med én samlet hjemmeside med opdateret indhold (»covid19.dk-løsning)	NOST-regi	Alle relevante	4/3	Igangsat (NOST)
Handleplan for håndtering af konkrete arrangementer (kriterier for arrangementer, handlemuligheder (tvang, kampagne, opstilling af værnemidler mv.))	NOST-regi	Alle relevante	5/3	Igangsat (NOST)
Overblik over nødvendige lovændringer for at sikre myndighedernes handlemuligheder i håndtering af COVID-19	SUM		6/3	
Beslutningsoplæg, hvis der opstår behov for at indstille/reducere operationskapacitet o. lign.	SUM		Forud for evt. beslutning	
Afbødning af økonomiske konsekvenser – oplæg om virkemidler håndteres i regeringsudvalg (forberedelse i ØU sag)	EM			
Afsluttede bestillinger/leverancer				
Ramme for tværfagligt kommunikationsberedskab	JM		28/2	Afsluttet (DCOK)
Håndtering af udmelding om ferieplanlægning	UM	SUM	28/2	(Afsluttet PM)
Afklaring med Folketinget om håndtering af udmelding om indstilling af rejseaktivitet	UM		28/2	Afsluttet (dialog)

Aktive bestillinger	Ansvarlig	Bidragsydere	Frist	Status
Oversigt over rejsevejledninger fra alle lande, vi sammenligner os med, herunder USA, Canada, Australien til Italien og andre lande med fri smitteudspredning	UM		1/3 kl. 21	Afsluttet
Situationsrapport pr. dags dato for Italien, herunder antal smittede, antal døde, antal i hhv. alm. behandling og intensivbehandling – med sammenligning ift. situation for en uge eller lignende siden – samt kort over berørte områder i Italien	SUM		1/3 kl. 21	Afsluttet
Overvejelser om hjemmekarantæne for personer, der er hjemvendt fra Norditalien og andre relevante lande.	SUM		3/3	Afsluttet (udmelding)
Afklaring af, om testkapacitet er tilstrækkelig	SUM		3/3	Afsluttet (regeringsmøde)
Afklaring af, om der er tilstrækkelig værnemiddelkapacitet i frontlinje – navnlig almen praksis, beredskab, sygehuse, m.v.	SUM		3/3	Afsluttet (regeringsmøde)
Kortlægning af øvrige økonomiske instrumenter mhp. at afhjælpe samfundsøkonomiske konsekvenser	FM		3/3	Afsluttet (regeringsmøde)
Udarbejdelse af scenarier for opgradering af det sundhedsfaglige beredskab	SUM		3/3	Afsluttet (regeringsmøde)
Muligheder for og overvejelse ift. forbud mod større arrangementer/forsamlinger mhp. at forhindre smittespredning	SUM	JM, EM	3/3	Afsluttet
Andre landes håndtering af beredskabsplanlægning	UM		3/3	Afsluttet
Andre landes anbefalinger for så vidt angår egne embedsmænd	UM		3/3	Afsluttet
Afdækning af støttemuligheder for erhvervsliv, især SMV'er, og scenarier for aktivering af støtteordninger	EM		3/3	Afsluttet (regeringsmøde)

Note: Farverne afspejler de farvemarkeringer, der benyttes i de rundsendte skemaer. Blåt: nye bestillinger. Rødt: overskredne frister. Grønt: afsluttede bestillinger.

Derudover etableres en række understabe med afgrænsede faglige opgaver, såsom robusthed, forsyning, dokumentation, covid-19, efterretning og monitorering.

Af orienteringen på regeringsmødet den 4. marts 2020 fremgår det, at operationsstaben både skal styrke koordinationen og håndteringen i den aktuelle situation og styrke planlægningsindsatsen på tværs af det danske samfund med henblik på at være forberedt på og i stand til at håndtere en fremtidig udvikling, hvor covid-19 spreder sig med betydelige konsekvenser bredt i samfundet.

Den 1. marts 2020 orienterer departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet Søren Brostrøm og Kåre Mølbak m.fl. om, at departementschefen i Justitsministeriet har orienteret ham om, at »NOST'en nu træder i fuld karakter med mange stående projektgrupper.« Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet gør opmærksom på, at det er en udvikling, som både vil kunne åbne for ressourcer, men også en proces, der vil være personalekrævende. Han beretter også, at han over for Justitsministeriet har gjort opmærksom på, at der i Sundheds- og Ældreministeriet er en vis træthed efter i lang tid at have arbejdet i døgndrift. Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet slutter sin e-mail sådan: »Ved I allerede er i gang og allerede har dirigeret ressourcer rundt, men vi snakker voldsomme ting her.«

Den 2. marts 2020 afholdes der stabsmøde i NOST. Det er det første møde under ledelse af den nye leder af NOST+, Svend Larsen, som kommer fra en stilling som politidirektør i Midt- og Vestsjællands Politi. Det fremgår af mødereferatet, at Svend Larsen vil fungere som bindeled mellem Justitsministeriet og Rigspolitiet. Desuden bliver han også centralt bindeled til AC-gruppen og Statsministeriet.

Svend Larsen beretter på mødet den 2. marts, at der er et ønske i regeringen om tæt koordination af den samlede danske indsats i forhold til covid-19, hvor der tages udgangspunkt i et langsigtet perspektiv, som tager højde for samtlige trin i en mulig trinvis eskalering af udviklingen af situationen. Der er endvidere et ønske om en struktur, der tager udgangspunkt i den eksisterende krisestyringsorganisation. Der er helt særligt et ønske om »Styrket monitorering; Styrket koordineret kommunikation; Udøvelse af handlingsprincippet - tænk stort i tid og rum.«

Herefter præsenterer Svend Larsen den nye struktur. Ifølge mødereferatet er der på mødet bred opbakning til den skitserede struktur, om end flere styrelser udtrykker bekymring for ressourcetrækket ved den foreslåede stabsstruktur. Der spørges også til, om en så omfattende stabsstruktur tidligere har været anvendt. Svaret er benægtende med den tilføjelse, at det nærmeste nok var migrationssituationen i 2015 og klimakonferencen i 2009.

Den 3. marts er der igen stabsmøde i NOST. Svend Larsen orienterer om, at AC-gruppen dagen før besluttede at anvende NOST som ramme for den stabsstruktur, der fremover skal koordinere og styre indsatsen omkring covid-19. Han tilføjer, at der er et stort behov for koordination af indsatsen – ikke mindst koordination af kommunikationen til offentligheden. Beredskabsstyrelsen betoner med opbakning fra Fødevarestyrelsen, at sektoransvaret også i denne situation bør fastholdes og fremgå af de notater, som ministerierne modtager.

To af Sundheds- og Ældreministeriets såkaldte forbindelsesofficerer til NOST konstaterer den 5. marts, at den nye beslutningsstruktur og rollefordeling ikke er veletableret. Det fremgår af en tilbagemelding, de samme dag sender til Sundheds- og Ældreministeriet. Samtidig oplever de, at »bestillingsgangen fra politisk niveau

(STM) og ned i operationsstaben« er uigennemskuelig. Der foregår ifølge forbindelsesofficererne bestillinger fra Statsministeriet direkte til Rigspolitiet/NOST inden for Sundhedsministeriets ressortområde, hvor Sundhedsstyrelsen med kort varsel skal levere bidrag til NOST. En konsekvens er ifølge forbindelsesofficererne, at der kører parallelbestillinger til Sundheds- og Ældreministeriet og til NOST, som ikke besvares koordineret. Det giver ifølge tilbagemeldingen »risiko for usikre beslutningsgrundlag, unødigt ressourcetræk på de producerende enheder i særligt Sundhedsstyrelsen, samt risiko for at departementet i Sundheds- og Ældreministeriet ikke i fornødent omfang har indsigt i og kontrol med informationsgangen.« Endelig påpeges det i tilbagemeldingen, at ingen i Sundheds- og Ældreministeriet eller Sundhedsstyrelsen tilsyneladende har adgang til at se de endelige leverancer fra Rigspolitiet eller NOST til Statsministeriet.

Næste NOST-møde afholdes den 7. marts 2020, og fra og med dette møde er NOST-stabsudvalgsmøder lagt sammen med NOST-stabsmøder. Svend Larsen giver ifølge referatet en temmelig kortfattet orientering, hvor han bl.a. nævner, hvordan de iværksatte tiltag nu kan ses i samfundet, ved at borgerne begynder at ændre adfærd. Han oplyser desuden, at han dagen før holdt møde med formændene for epidemikommissionerne om mulighederne for tvangsindgreb ved manglende aflysning af arrangementer. Det fremgår, at der arbejdes på et NOST-dokument til epidemikommissionerne vedrørende de juridiske og sundhedsfaglige forhold, som skal indgå i kommissionernes vurderinger, hvis der skal træffes afgørelse om en påtvungen aflysning. Dokumentet kommer i høring hos NOST-medlemmerne og forventes at kunne blive udsendt til epidemikommissionerne den 9. marts, hvad der dog efter alt at dømme ikke sker. Beredskabsstyrelsen oplyser på mødet den 7. marts, at styrelsen er indkaldt til møde den 10. marts i epidemikommissionen for Sønderjylland, hvortil Svend Larsen svarer, at han er opmærksom på, at epidemikommissionerne begynder at holde møder, og at udsendelse af NOST-dokumentet om de juridiske og sundhedsfaglige forhold og de mundtlige briefinger bør ske før møderne.

Der er således i de dage en vis opmærksomhed på epidemikommissionernes rolle. Det gælder på centralt niveau i NOST og decentralt omkring enkelte epidemikommissioner. Men der er ikke noget, der tyder på, at man på regeringsniveau for alvor overvejer at bruge denne decentrale, regionale krisestyringsmulighed, selv om den indgik i Sundheds- og Ældreministeriets notat af 4. februar om myndighedernes handlemuligheder i forbindelse med coronavirus.

Dagen efter, den 8. marts, er der igen fælles NOST-stabsudvalgs- og NOST-stabsmøde. Mødet indledes som de forrige med en orientering fra Svend Larsen, der kommer ind på situationen i Norditalien, arbejdet med informationsmateriale i lufthavne samt afholdelse og aflysning af arrangementer. Der er fra politisk niveau rejst spørgsmål om planer ved knaphed af ressourcer i sundhedssektoren. Svend Larsen gør opmærksom på, hvordan enkelte sygehuse i medierne har nævnt, at de mangler materiel. Han oplyser videre, at man fra politisk niveau gerne ser, at der i det omfang, det er nødvendigt for at undgå en situation med knaphed af ressourcer, bliver tænkt i at inddrage private virksomheder og andre relevante aktører. I referatet er tilføjet: »Sundhedsstyrelsen havde en indskudt bemærkning om, at man på sundhedsområdet ikke manglede materiel på nuværende tidspunkt.«

Senere på mødet uddyber Sundhedsstyrelsen denne bemærkning, og stabschefen foreslår derfor, »... at sundhedsstyrelsen melder ud til regionerne, at kommunikationen bør koordi-

neres med de centrale myndigheder inden udmelding.« Sammenholdt med den manglende interesse for aktivering af de statslige, men regionalt funderede epidemikommissioner bidrager det forslag til indtrykket af, at man satser på en indsats styret fra centralt niveau.

Der er i referatet fra mødet i NOST den 8. marts tegn på, at koordinationen og samarbejdet med Sundhedsstyrelsen ikke er gnidningsfrit. Det oplyses, at man i understaben »Planstaben« arbejder på en plan for krydstogtsskibe og havne, og at der i operationsstaben bliver arbejdet på, hvordan koordination, logistik og bemanding af karantænefaciliteter skal foregå, hvis behovet for disse opstår. Men arbejdet foregår tilsyneladende uden involvering af Sundhedsstyrelsen, selv om styrelsen på mødet oplyser, at den har lister over kontaktpersoner for bl.a. krydstogter, lufthavne m.v., som kan være relevante for operationsstabens arbejde, og at der som led i det regionale sundhedsberedskab ligger aftaler og beskrivelser for karantænefaciliteter og planer hos regionerne, »som der kan tages udgangspunkt i, såfremt man ønsker bidrag til udarbejdelsen af planer i O-staben.«

På mødet i NOST den 9. marts indleder Svend Larsen med at orientere om, at der dagen før har været afholdt møde i departementschefgruppen, og at gruppen har særligt fokus på, hvad der kan gøres i forhold til inddæmning af smitten (jf. ovenfor). Svend Larsen oplyser også, at både departementschefgruppen og AC-gruppen forventer afrapportering af en hel række elementer med korte frister, og de ønsker mere tempo i eksekveringen bl.a. i forhold til rejsevejledninger.

Derefter oplyser Svend Larsen, at man ønsker tre notater udarbejdet til regeringen. Det ene skal være et notat om, hvad der er gjort, og hvad næste skridt kan være i forhold til udviklingen. Fristen er senere samme dag, og Svend Larsen oplyser, at Kåre Mølbak fra Statens Serum Institut vil bidrage. Statens Serum Institut er ikke med i NOST, og Sundhedsstyrelsens repræsentant på mødet spørger opfølgende, hvordan notatet videreformidles til styrelsen. Svend Larsen svarer, at Sundhedsstyrelsens repræsentant i NOST kan aflevere kontaktoplysninger til sekretariatet.

Forsvarskommandoen stiller et opfølgende spørgsmål til scenarierne for smitteudviklingen. Svend Larsen svarer, at det er elementer, som Kåre Mølbak er blevet bedt om at vurdere, hvorpå Sundhedsstyrelsens repræsentant ifølge mødereferatet supplerer med, »at det også er noget styrelsen ser på.«

Der er ikke i NOST-mødereferatet fra den 9. marts noget, som antyder, at man i denne kreds har blot den mindste forventning om det markante strategiskifte, som sker med nedlukningen kun 2 dage senere. Mødereferaterne giver naturligvis ikke det fulde billede af aktiviteten i NOST, særlig ikke i forhold til aktiviteten i understabene af NOST. Der er dog heller ikke i den omfattende kommunikation både internt og imellem andre myndigheder noget, der tyder på, at produkterne fra understabene har haft central betydning for udformningen af den delvise nedlukning, der meldes ud den 11. marts (se også kapitel 9).

Svend Larsen bliver på mødet i NOST den 3. marts 2020 spurgt om, hvor AC-gruppen er placeret hierarkisk. Det fremgår ikke af dette eller efterfølgende mødereferater, hvad han svarer på det spørgsmål. Det udleverede materiale giver dog det klare indtryk, at AC-gruppen får en langt mere central placering i forløbet frem mod den 11. marts end NOST – og det ændres ikke af den oprustning til NOST+, som sker i begyndelsen af marts. Opmærksomheden i NOST er rettet imod de bestillinger og meldinger, der kommer fra departementalt niveau, hvor Ju-

stitsministeriet sammen med Statsministeriet er de væsentlige aktører, der samler trådene og formidler meldingerne til såvel andre ministerier som NOST. Svend Larsen får her en vigtig rolle som forbindelsesled til det departementale niveau, inklusive Statsministeriet.

Justitsministeriets rolle i denne fase

Statsministeriet vier, som det er fremgået af kapitel 7, meget tidligt covid-19-udviklingen stor opmærksomhed, og ministeriet engagerer sig stærkt i, hvordan Sundheds- og Ældreministeriet og dets styrelser, som hver for sig råder over relevant sundhedsfaglig viden, følger og handler på udviklingen. Fra og med den 27. februar 2020, hvor den første dansker bliver diagnosticeret med covid-19, ændrer situationen imidlertid karakter. Regering og myndigheder skifter optik fra løbende og intens observation, monitorering, vejledning og retningslinjer for sundhedsvæsenet til en mere aktiv strategi. Dermed løber Statsministeriet også ind i den begrænsning, der følger af dets forholdsvis beskedne organisatoriske kapacitet, jf. kapitel 6.

Konklusionen i Statsministeriet bliver, at man må sikre sig organisatorisk støtte andetsteds fra. Det er der ikke noget usædvanligt i. Statsministeriet har en langvarig tradition for i samordningen af regeringsarbejdet at støtte sig til først og fremmest Finansministeriet og statsministeren til finansministeren. Forklaringen er, at Finansministeriet har ansvaret dels for finansloven og dermed udgiftspolitikken, dels den generelle økonomiske politik, som begge er centrale elementer i enhver regerings politik. Derfor er det naturligt, at Statsministeriet læner sig op ad Finansministeriet og på den måde kompenserer for egne ret beskedne ressourcer. Det gælder også, selv om Statsministeriet gennem udlån fra andre ministerier som Finansministeriet, Justitsministeriet og Udenrigsministeriet har en vis kapacitet på det økonomiske, det juridiske og det europa- og udenrigspolitiske område.

Justitsministeriet har i normalorganisationen en dobbeltfunktion. Det er fagministerium for det store område, som omfatter politi- og anklagemyndighed, kriminalforsorg og retsvæsen. Det har også ressortansvar for en række andre områder, som er underlagt retlig regulering, så som det personretlige område, databeskyttelse og reguleringen af fast ejendom. På disse områder er ministeriet opbygget som andre ministerier med departementet og et antal styrelser, som refererer til departementet. Rigspolitiet er en af de meget store styrelser.

Justitsministeriet har imidlertid også en koordinationsopgave i forhold til andre ministerier. Den falder i to dele. For det første råder ministeriet over et lovkvalitetskontor, som bistår andre ministerier i alle sider af deres lovgivningsarbejde. Alle udkast til lovforslag og i et vist omfang udkast til bekendtgørelser bliver sendt til gennemgang i kontoret. For det andet er lovafdelingen regeringens og andre ministeriers juridiske rådgiver, når det gælder f.eks. statsretlige og forvaltningsretlige problemstillinger, forholdet til EU-retten samt menneskeretlige problemstillinger. Det er problemstillinger, som på en og samme tid er juridisk og politisk tunge, og som derfor kræver en betydelig retlig ekspertise bakket op af organisatorisk kapacitet.

Ingen af Justitsministeriets sædvanlige opgaver lægger op til, at ministeriet træder ind i rollen som ansvarlig for den overordnede koordination af covid-19-indsatsen fra og med slutningen af februar. Det er imidlertid det, der sker, og det har krævet en øjeblikkelig og omfattende omlægning af arbejdet i ministeriets departement. Som beskrevet ovenfor bliver den daværende chef for Politi- og Strafferetsafdelingen udpeget som leder af AC-gruppen. En fungerende kontorchef i afdelingen bliver udpeget som

leder af AC-gruppens sekretariat, og man kan af kommunikationen mellem Justitsministeriet, AC-gruppen og andre ministerier iagttage, hvordan kontorchefen bliver placeret i et knudepunkt for koordinationen af covid-19-indsatsen.

Der er imidlertid, når man ser bort fra dens departementale ansvar for politiet, inklusive Rigspolitiet og NOST, ikke noget i Politi- og Strafferetsafdelingens faste opgaveportefølje, som på forhånd kvalificerer netop denne afdeling og dens ledelse til opgaven. Der er altså tale om, at Statsministeriets departementschef givetvis i samspil med departementschefen i Justitsministeriet har henlagt opgaven til en departemental enhed under den antagelse, at afdelingens stærke bemanding med juridiske generalister vil sætte den i stand til med kort varsel at omstille sig. Der er dog ingen dokumenter, som belyser de præcise overvejelser om dette led i organiseringen.

En presset og frustreret Sundhedsstyrelse

Referaterne af møderne i Sundhedsstyrelsens kriseledelse fra den 27. februar og frem viser, at rigtig mange efterspørger råd og vejledning fra Sundhedsstyrelsen. Bunken med dag-til-dag-bestillinger fra Statsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og/eller AC-gruppen fortsætter med at vokse. Samtidig kommer der efterspørgsel på information fra en lang række personer, virksomheder og myndigheder, eksempelvis Energistyrelsen, Erhvervsministeriet, regionerne og kommunerne. Senere kommer der også forespørgsler fra NOST.

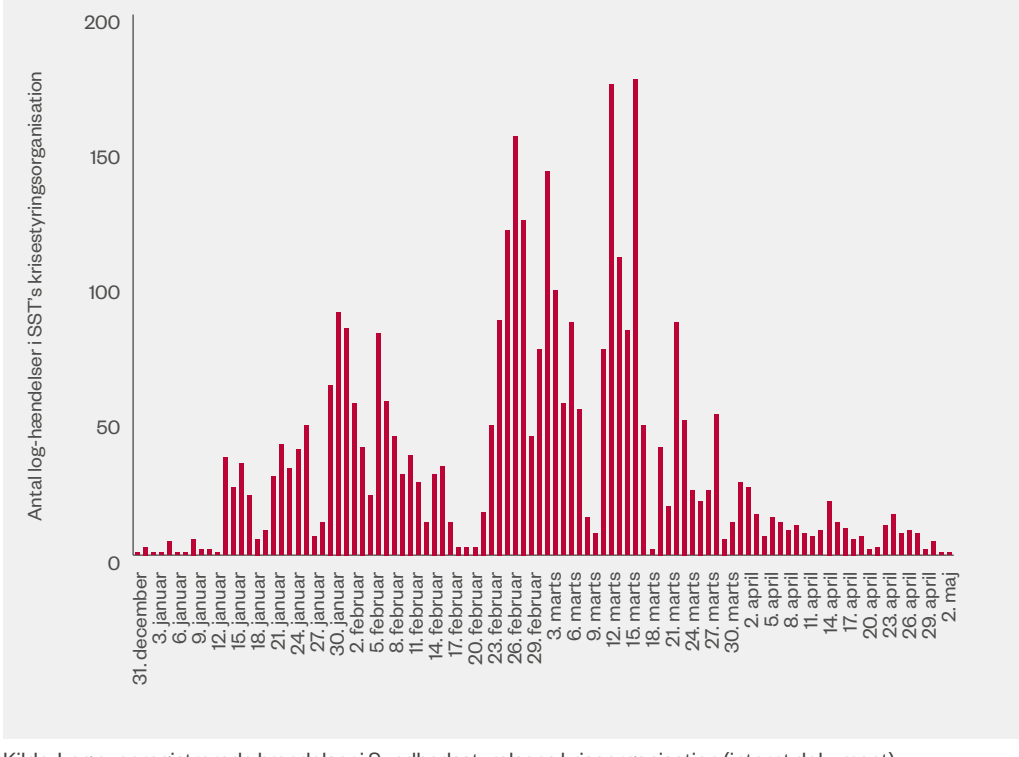
Optæller man de daglige registrerede hændelser i Sundhedsstyrelsens kriseorganisation, får man et visuelt indtryk af aktiviteten i Sundhedsstyrelsens krisehåndtering hen over perioden. Resultatet er vist i figur 8.1, som for hver dag i perioden fra den 31. december 2019 til den 1. maj 2020 viser antallet af registrerede aktiviteter i Sundhedsstyrelsens kriseorganisation. Det er samtidig en figur, der tydeligt illustrerer faserne i forløbet. Aktiviteten stiger imod slutningen af januar og første halvdel af februar som beskrevet i kapitel 7. Derefter har man en kort aktivitetsnedgang omkring den 20. februar, hvor det ser ud til, at smittespredningen er ved at komme under kontrol. Så stiger aktiviteten igen voldsomt, da det står klart, at smitten spreder sig i Europa og fra og med den 27. februar 2020 også er registreret i Danmark. Den 10.-11. marts stiger aktiviteten til et nyt niveau i forbindelse med beslutningen om den delvise nedlukning af Danmark.

Den 27. februar bliver også bekendtgørelse nr. 157 af 27. februar 2020 udstedt af sundheds- og ældreministeren. Derved bliver covid-19 tilføjet liste B med virkning fra den 29. februar 2020. Det forudgående forløb er beskrevet i kapitel 7. Dernæst bestemmer sundheds- og ældreministeren i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens indstilling af 28. februar 2020, at de foranstaltninger, der kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, også ville kunne bringes i anvendelse over for covid-19 i visse situationer og under visse forhold, jf. dog kapitel 12 i denne rapport. Epidemikommissionerne bliver af Rigspolitiet orienteret om ændringen. Derudover bliver notatet om handlemuligheder, som Statsministeriet havde bestilt hos Sundheds- og Ældreministeriet, opdateret.

I dagene efter fylder overvejelserne om et skifte fra inddæmnings- til afbødningsstrategi mere og mere, både internt i Sundhedsstyrelsen og i styrelsens dialog med Statens Serum Institut. I referatet af kriseledelsesmødet i Sundhedsstyrelsen den 3. marts noteres det, at man forventer flere positive test, og at der kommer smittekæder i Danmark. Det noteres også,

at Styrelsen for Patientsikkerhed »er meget presset omkring risikoopsporing.« I takt med at man forlader inddæmningsstrategien, forventer man, at Styrelsen for Patientsikkerhed kommer til at fylde mindre.

Figur 8.1. Optælling af registrerede aktiviteter pr. dag i Sundhedsstyrelsens kriseorganisation



Kilde: Log over registrerede hændelser i Sundhedsstyrelsens kriseorganisation (internt dokument).

Få dage før, den 28. februar 2020, har Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut modtaget en bestilling fra Statsministeriet på »Worst case Scenarier.« Bestillingen formidles af en afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriet, som uddyber, at der først og fremmest er efterspørgsel på at få tænkt helt ud i ekstremen. Hun medsender også et forslag:

> »Følgende kunne udspilles, men det er jer kloge folk, der må vurdere, om det er en relevant fremstilling af et worst case scenarie: 1) PEAK tidspunkt: 200.000 smittede, heraf 20.000 indlagte og heraf 2.000 på intensivafdelinger; 2) Samlet antal syge i løbet af epidemien: 25 pct af den danske befolkning (Norsk professor har vist meldt 25 pct ud som et muligt scenarie).«

I »Notat om intensivpladser« fra Kåre Mølbak dateret den 27. februar 2020 estimeres behovet for intensivpladser under to forskellige scenarier. Worst case-scenariet opererer med, at 20 pct. af befolkningen bliver smittet over de 12 uger, som epidemien antages at vare. Det scenarie bygger på erfaringen fra krydstogtsskibet Diamond Princess (jf. kapitel 3). Det andet scenarie bygger på, at 10 pct. af befolkningen vil blive smittet. Det er tallene i dette notat, som Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut i de følgende knap 2 uger arbejder videre med, og som senere indgår i det strateginotat, som Sundhedsstyrelsen offentliggør den 10. marts 2020 (jf. kapitel 3).

Det er dog svært for Sundhedsstyrelsen at få lov at offentliggøre strateginotatet. Den 28. februar får departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet, Søren Brostrøm og Kåre Mølbak m.fl. via en afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriet besked om, at Statsministeriet nu ønsker »at være i loop ved nye info-aktiviteter.« Det indebærer, at alle forslag skal beskrives i en e-mail, som via departementet skal sendes til Statsministeriet, hvorefter man afventer o.k. derfra.

Søren Brostrøm svarer senere samme dag afdelingschefen, at Sundhedsstyrelsen er i gang med en massiv kommunikationsopgave, og at der er indkaldt ekstra medarbejdere: »Vi kommer til at få nogle meget hurtige beslutningsprocesser her i SST, hvor jeg desværre ikke kan indlægge forsinkende eksterne godkendelsesled. Så alt bliver godkendt af mig eller på mit ansvar. Du er selvfølgelig velkommen til at orientere STM om, hvordan jeg er nødt til at gøre det.«

Fire minutter senere svarer afdelingschefen: »Jeg tror, det er vigtigere, at STM er orienteret i tide. Men hvis du kan starte med at skrive ned, hvad du har iværksat, så vil det være rigtig fint.«

Senere samme aften skriver departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet til Søren Brostrøm. Han fortæller, at han netop har talt i telefon med Statsministeriet i en time. Han oplyser, at han har forsvaret Sundhedsstyrelsen. Men der er ifølge departementschefen en oplevelse i Statsministeriet af, at Sundhedsstyrelsen ikke vil samarbejde med andre myndigheder og kommunikerer selvstændigt. E-mailen afrundes sådan: »Det her skal vi. Det her kan vi blive skudt på. Alt er alt. Vi bliver nødt til at give dem alt.«

Umiddelbart efter svarer Søren Brostrøm kortfattet tilbage: »OK, vi prøver.«

Den 1. marts 2020 skriver Søren Brostrøm i en e-mail til Kåre Mølbak og en af styrelsens egne læger, at han gerne vil have strateginotatet viderebearbejdet til en offentlig publikation: »... vi har et stort behov for at omverdenen (og ikke kun de politiske beslutningsniveauer) kan læse og forstå, hvad det er for nogle strategiske linjer og overvejelser, vi har.« I e-mailen beskriver han, hvordan strateginotatet bør ledsages af en indstilling, hvor de begrunder behovet for at forberede skift til fase 2 og 3.[2] De tiltag, han skitserer, er:

1. Ressourcer og kapacitet til betydelig udvidet testning.
2. Hygiejnetiltag.
3. Massiv borgerrettet kampagne på brede medieflader.

2 Jf. figur 3.4 i kapitel 3 indebærer et sådan skifte, at man går fra en situation med fortsat inddæmning (fase 1) til en situation med vedvarende, men sporadisk smittespredning (fase 2) og udbredt og vedvarende smittespredning med stigende pres på sundhedsvæsenet (fase 3).

4. Overvejelser vedrørende forlænget/udvidet påskeferie på undervisningsinstitutioner og arbejdspladser, tærskler for begrænset forsamlingsfrihed m.v.

Referatet fra mødet i Sundhedsstyrelsens kriseledelse den 4. marts 2020 noterer i forhold til strateginotatet: »Der er ekstremt stor politisk opmærksomhed, og i går blev arbejdet forsinket af at alt skulle godkendes i STM. […] Strateginotatet er hovedproduktet og skal gerne ud i offentligheden.«

Den 6. marts 2020 afholdes det 47. møde i kriseledelsen i Sundhedsstyrelsen, og det fremgår af mødereferatet, at en afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriet »… skal varsles om al information inden det lægges ud. At ministeren tweeter om det skal også med i mail. Først når hun [afdelingschefen] har haft det til orientering kan det lægges på SST hjemmeside.« Det får som konsekvens, at der stadig den 6. marts arbejdes videre på at få strategidokumentet lagt ud på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Den 8. marts 2020 har Sundhedsstyrelsen stadig ikke fået lov til at offentliggøre strateginotatet. I en intern e-mail redegør Søren Brostrøm for sin frustration over situationen. Han skriver, at plan A stadig er at få lov at offentliggøre notatet, men at der er behov for enkelte justeringer i lyset af de seneste dages udvikling. Og så »fornemmer« Søren Brostrøm:

> »… at man i STM gerne vil have at vi putter mere tekst på 'worst case scenario', og at man er meget fikseret på at den norske rapport havde et '25%-smittescenarie' - sagen er bare, at både vi og SSI synes at de norske estimater er helt i skoven, så svært for os at gøre til vores egne.«

Samtidig lufter han i e-mailen en mulig plan B, »… hvis der går for meget SUM/STM/NOST m.v. koordinering i sagen«, som går ud på at dele strategipapiret op i mindre bidder og udgive dem indpakket i andre produkter på styrelsens hjemmeside. Som argument for sine overvejelser anfører han, at »… vi har et kæmpe behov for at kommunikere transparent ift. vores faglige overvejelser, begrundelser, 'mellemregninger', m.v.«

Dagen efter, den 9. marts 2020, skriver afdelingschefen i Sundheds- og Ældreministeriet en e-mail til Kåre Mølbak og en af Sundhedsstyrelsens underordnede chefer:

> »Som bekendt er der ønske om, at SUM's scenarie- og strategipapirer suppleres med scenarie med 25%. Skal derfor bede om: 1) At SST (jf. tidligere aftale […]) opdaterer og korter vedhæftede COVID-19 strategi, herunder tilføjer kort om 25%. Fx med henvisning til, at de norske myndigheder forbereder sig på scenarie, hvor op mod 25% kan blive smittet. (I forlængelse heraf kan laves helt kort version på ca. 2 sider). 2) At SSI tilsvarende opdaterer vedhæftede »Strategi for scenarier«, som blev udarbejdet til møde i regeringens sikkerhedsudvalg 4. marts, med scenarie med 25%. I bedes afstemme formuleringerne om de 25%. For begge papirer/opdateringer er fristen i morgen mandag kl. 15. Jeg beklager meget den korte frist, men der er stor efterspørgsel efter papirerne fra både Statsministeriets og Justitsministeriets side.«

Sundhedsstyrelsen returnerer samme dag en let revideret version af det strateginotat, som de har forsøgt at offentliggøre i en uges tid. De inkluderer imidlertid ikke scenariet, hvor 25

pct. af befolkningen bliver smittet. Det bemærkes også af afdelingschefen i Sundheds- og Ældreministeriet, da hun i første omgang videreformidler det reviderede notat til departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet: »De 25% nævnes meget kort (og afvisende).« Samtidig foreslår hun, at notatet sendes til Justitsministeriet og Statsministeriet med henblik på videreformidling til NOST og det strategimøde, der skal holdes i regi af NOST dagen efter, den 10. marts 2020.

Tabel 8.2. Uddrag fra to forskellige versioner af Sundhedsstyrelsens strategidokument

Uddrag fra version, dateret den 5. marts 2020	Uddrag fra version, dateret den 9. marts 2020
»Ved det fejlhåndterede udbrud på krydstogtsskibet 'Diamond Star' blev ca. 20 % af alle ombord smittede, dette kan være et muligt 'worst case' scenarie for Danmark i en situation, hvor en epidemisk udvikling ikke håndteres med rettidig omhu. Et mere realistisk estimat vil være at ca. 10% af den danske befolkning vil blive smittede ifm. første bølge af en COVID-19 epidemi…«	»Generelt er angrebsraten ved influenzaepidemier på 5 – 10 % og ved pandemier 10-30% i første bølge. Angrebsraten er meget afhængig af de forebyggende tiltag, der er iværksat tidligt i den epidemiske udvikling, og vil således være afhængig af hvordan epidemien håndteres. Det vil således være muligt at påvirke epidemiens udvikling. Det er således Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Instituts samlede vurdering, i lyset af de tiltag der har været iværksat i Danmark, at man bør tage udgangspunkt i en angrebsrate på 10%, når man skal opstille et realistisk planlægningsscenarie for håndteringen af en epidemi med COVID-19 i Danmark. Ved udbruddet på krydstogtsskibet 'Diamond Princess' i Yokohama i Japan blev ca. 20 % af alle ombord smittet med COVID-19. Håndteringen af dette udbrud var behæftet med en række fejlhåndteringer, herunder manglende isolation af muligt syge passagerer, mange mennesker samlet på begrænset plads og manglende hygiejniske tiltag. Sundhedsstyrelsen betragter således dette udbrud, som et såkaldt 'worst-case' scenarie og det vurderes ikke at være et relevant scenarie at tage i betragtning for den epidemisk udvikling af COVID-19 i Danmark. Vores forventning er, at de allerede iværksatte tiltag med inddæmning vil forhindre et sådant scenarie. De norske myndigheder har udarbejdet risikovurdering for en epidemisk udvikling af COVID fra 25. februar 2020 er baseret på et scenarie med en angrebsrate på 25%. Dette scenarie bygger på nogle teoretiske betragtninger, der danner grundlaget for den norske pandemiplan fra 2006. Det er Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen sundhedsfaglige vurdering at de teoretiske betragtninger der ligger til grund for den norske risikovurdering ikke er gældende for COVID-19.«

I tabel 8.2 er indsat de relevante passager fra de to versioner af Sundhedsstyrelsens udkast til strateginotatet, som er dateret henholdsvis 5. marts og 9. marts. Passagen fra den 9. marts er identisk med den endelige version af notatet, som Sundhedsstyrelsen offentliggør den 10. marts.

Kåre Mølbak sender om aftenen den 9. marts 2020 også en ny version af sit notat. Her er den relevante passage om de 25 pct. nu ændret i forhold til den tidligere version af notatet, som er dateret samme dag – se boks 8.1. Samtidig er 25-procentscenariet nu tilføjet den tabel i notatet, som viser de estimerede antal indlagte under epidemien.

Boks 8.1. To versioner af notatet »Strategi for scenarier«, begge dateret den 9. marts 2020

Uddrag fra »Strategi for scenarier«, Kåre Mølbak, den 9. marts 2020, version 1
»I influenzapandemiplanlægningen opereres der med scenarier, hvor 25% eller mere bliver ramt allerede under den første bølge. Et 25% scenarie vil her svare til ca 1,4 mio smittede i første bølge. På baggrund af bl.a. de faktisk observerede epidemiforløb i Kina, Singapore, Korea og Japan vurderes et 25% scenarie ikke som relevante.«

Uddrag fra »Strategi for scenarier«, Kåre Mølbak, den 9. marts 2020, version 2
»I influenzapandemiplanlægningen opereres der med scenarier, hvor 25% eller mere bliver ramt allerede under den første bølge. Et 25% scenarie er medtaget i tabellen.«

Kl. 21.28 den 9. marts 2020 videresender afdelingschefen i Sundheds- og Ældreministeriet de to notater til lederen af AC-gruppen og afdelingschefer fra Statsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Hun knytter en kort kommentar til de to notater: »Vedhæftet strategipapir fra SST samt opdateret scenariepapir fra SSI (inkl 25% scenarie), som I gerne må videreformidle til NOST til brug for mødet i morgen kl. 9. Ift. SST's papir bemærkes, at der naturligvis arbejdes videre med skalerbare opbygninger, hvis 10% scenariet ikke holder.«

Sundhedsstyrelsen har i den første uge af marts mange bolde i luften. Den 3. marts vil styrelsen sammen med Statens Serum Institut gerne udgive en fælles pressemeddelelse med titlen: »Opjustering af risikovurderingen.« Den sendes til godkendelse i Statsministeriet, men bliver angiveligt ikke godkendt. I hvert fald bliver den ikke offentliggjort. Til gengæld afholdes den 3. marts et pressemøde i Sundheds- og Ældreministeriet. Inden pressemødet spørger departementet i Sundheds- og Ældreministeriet Justitsministeriet, om de vil afklare med Statsministeriet, om sundheds- og ældreministeren skal deltage på dagens pressemøde. Efter at have fået o.k. til ministerens deltagelse deltager følgende personer på pressemødet den 3. marts: sundheds- og ældreministeren, direktøren i Sundhedsstyrelsen, direktøren for organisation og borgerservice i Udenrigsministeriet, direktøren for Erhvervsstyrelsen og Rigspolitichefen. Fokus på pressemødet er de nye retningslinjer, hvor alle medarbejdere i sundheds- og ældresektoren, som har direkte borgerkontakt, skal blive hjemme i 14 dage, hvis de har rejst i et af de områder, som på det tidspunkt er kategoriseret som risikoområde.

Den 5. marts 2020 afholdes i regi af Sundhedsstyrelsen det første møde i en ny taskforce for kommunerne, regionerne og almen praksis. På mødet drøftes værnemidler, diagnostisk udstyr og intensiv kapacitet. Samme dag er der møde med Folketingets sundhedsordførere, møde om sårbare grupper og møde i epidemigruppen. Samtidig forsøger Sundhedsstyrelsen at holde fast i sine kerneopgaver, som de på dette tidspunkt definerer sådan:

1. Kommunikation: hjemmeside, callcenter, SoMe, øvrig kommunikation.
2. Koordination: deltagelse i forskellige grupper (NOST, IOS, egne møder, tværministerielt).
3. Sundhedsfaglig: dokumenter, epidemiologi, faglige processer.

Det fremgår af referaterne fra møderne i Sundhedsstyrelsens kriseledelse, at især den politiske betjening fylder meget og gør det svært for styrelsen at få gennemført de nødvendige sundhedsfaglige processer og svært at få varetaget kommunikationen til sundhedsvæsenet og den bredere offentlighed tilfredsstillende.

I forhold til den øgede aktivitet i regi af NOST mærker Sundhedsstyrelsen, at det giver hyppige henvendelser og daglige møder, og det opleves ifølge referaterne fra kriseledelsen ikke som en aflastning af styrelsen, og det noteres, at »Der er en generel udfordring i at koordinere uden at skabe overkoordinering.« F.eks. har NOST opsat eget kommunikationsspor, men Sundhedsstyrelsen holder fast i sit kommunikationsspor, og det noteres, at henvendelser fra NOST presser kommunikationsindsatsen og pressehåndteringen i Sundhedsstyrelsen. I de følgende dage fortsætter Sundhedsstyrelsens frustrationer over NOST-samarbejdet, og det noteres i referatet fra kriseledelsesmødet den 9. marts: »NOST: Stor aktivitet. Risiko for dobbeltarbejde som følge af bestillinger. Koordination er en udfordring.«

Statusopdateringer, risikovurderinger, retningslinjer og test

Sundhedsstyrelsen fortsætter gennem hele perioden med at sende daglige statusopdateringer til Sundheds- og Ældreministeriet, som videreformidler dem til blandt andre Statsministeriet og NOST. Fra og med den 25. februar 2020 udgår de kvalitative risikovurderinger af statusopdateringerne (jf. kapitel 7). I stedet bygges statusopdateringerne op om oversigter over Sundhedsstyrelsens aktiviteter og tiltag siden sidst, udviklingen i smittetal i Danmark og i udlandet og fra og med den 3. marts et særligt afsnit om situationen i Italien. Sidstnævnte oplister også de foranstaltninger, man pr. 1. marts 2020 har indført i de specifikke risikoområder i Norditalien for at håndtere smitte:

- Forbud mod ind- og udrejse i en række kommuner.
- Forbud mod demonstrationer og andre store begivenheder i offentligheden.
- Lukning af uddannelsesinstitutioner (fra børnehaver til universiteter) indtil den 15. marts.
- Lukning af museer.
- Suspension af offentlige konkurrencer, arrangementer og sportsbegivenheder.
- Suspension af transport (både varer og transport).
- Lukning af mellemstore og store markeder og butikker, herunder i indkøbscentre og markeder (med undtagelse af apoteker og fødevarebutikker).

Statusopdateringerne bliver dagligt opdateret med ny information om situationen i Danmark, herunder Sundhedsstyrelsens tiltag og aktiviteter og nye tal for den internationale smittespredning, herunder udviklingen i Italien. Men der indgår ikke i statusopdateringerne i denne periode frem til den 11. marts 2020 scenarier for eller vurderinger af, hvordan situationen forventes at udvikle sig.

Fra og med den 28. februar 2020 indgår der i statusopdateringerne også oplysninger om, hvor mange personer der er blevet testet for covid-19 i Danmark. Til og med den 28. februar er der i alt blevet testet 102 personer. Den 6. marts er der i alt blevet testet 649 personer i Danmark, og den 11. marts er der i alt blevet

testet 1.894 personer, siden den første person blev testet sidst i januar.

Statusopdateringerne bliver også i denne periode til i et samspil med Statens Serum Institut, som bl.a. leverer oplysninger om smittetal i Danmark og andre lande. Instituttet udarbejder i denne periode løbende risikovurderinger og en daglig opdatering af den såkaldte landeliste (se nedenfor). Den 3. marts 2020 vurderer Statens Serum Institut:

- »At der er høj risiko for, at der vil ses importerede tilfælde og ophobninger i relation hertil i Danmark (opjusteret fra moderat til høj i går, som også stadig er ECDCs vurdering)
- Der er moderat risiko for, at vi vil se vedvarende smitte i Danmark indenfor de kommende uger (ECDC vurderer at den er moderat til høj).«

Den risikovurdering fastholder Statens Serum Institut til og med den 11. marts 2020, men i risikovurderingen den 9. marts 2020 er der en væsentlig tilføjelse i risikovurderingen:

- »At vi ikke kan udelukke, at der allerede på nuværende tidspunkt er smitte i det danske samfund, som ikke er blevet afdækket.«

I forlængelse af det konkluderes det i risikovurderingen fra den 9. marts, at inddæmningsstrategien i stigende grad er under pres, og at de tre kriterier for at overgå til afbødningsstrategien nu er ved at være opfyldt:

- »At man gerne vil spare udstyr (værnemidler og testudstyr), så man sikrer at der er tilstrækkeligt udstyr til behandling af alvorligt syge patienter.
- Kapacitetsmæssige problemer i forhold til STPS kontaktopsporing, karantænesætning mm.
- Flere tilfælde af COVID-19 blandt patienter med alvorlig pneumoni uden anden ætiologi, der ikke har en kendt eksposition defineret i retningslinjen.«

Sidstnævnte henviser til, at man nu ser covid-19-patienter med alvorlige sygdomsforløb, men som ikke indfanges af de gældende retningslinjer for casedefinition udarbejdet af Sundhedsstyrelsen til det sundhedsfaglige personale. På dette tidspunkt, den 9. marts 2020, er Statens Serum Institut dog stadig usikker på timingen i den kommende epidemi. Risikovurderingen afsluttes med denne vurdering:

> »I og med at vi går en årstid i møde, der giver luftvejsvirus ringere betingelser for spredning, kan vi måske forvente en mindre grad af smittespredning til forår/sommer ved hjælp at nogle af de forebyggende tiltag, der allerede er iværksat. Men i så fald kan det forventes, at der kommer en bølge af COVID-19 infektioner i efteråret 2020/21.«

Opfordringen til at opgive inddæmningsstrategien tilkendegiver Statens Serum Institut også, da Sundhedsstyrelsen den 9. marts 2020 beder om kommentarer til udkast til dagens statusopdatering. Statens Serum Institut mener ikke, at statusopdateringen i tilstrækkelig grad afspejler den opdatering af risikovurderingen, som instituttet rundsendte tidligere denne dag. Især fremhæver instituttet, at inddæmningsstrategien er under pres, og man i stedet skal gå over til en afbødningsstrategi. Kåre Mølbak skriver:

> »Man skal signalere i det politiske system, at tiden er kommet til et skift i strategien, idet det ikke længere er muligt at pege på afgrænsede områder, og vi allerede nu kan have

> tusindvis af smittede i Danmark, der ikke er opdaget.«

Som redegjort for ovenfor ligger dette skifte til afbødningsstrategien allerede i det strateginotat, som Sundhedsstyrelsen i mere end en uge har forsøgt at få udgivet, og som de offentliggør dagen efter, den 10. marts 2020. Hvis der er en uenighed mellem Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut på dette punkt, er det derfor nok nærmere en uenighed om, hvordan der skal kommunikeres til det politiske niveau og omverdenen, end en uenighed om overgangen til en afbødningsstrategi.

Landelisten

I begyndelsen af marts giver vurderingen af smitterisikoen i andre lande særlige udfordringer. Den vurdering skal bruges til rejsevejledninger, karantæneregler og casedefinitionen i Sundhedsstyrelsens retningslinjer. Sidstnævnte angiver kriterier til sundhedspersonalet for, hvornår covid-19 skal mistænkes hos personer. Et af kriterierne er, hvorvidt den pågældende person inden for de seneste 14 dage før symptomdebut har opholdt sig i områder, hvor der formodes at være udbredt covid-19-smittespredning. Indtil den 2. marts 2020 er den afgrænsning af risikoområder bestemt af ECDC, men fra og med den 2. marts udarbejder Sundhedsstyrelsen sin egen risikoliste baseret på vurderinger fra Statens Serum Institut. Denne såkaldte landeliste er derfor af flere grunde en hjørnesten i inddæmningsstrategien. Når den bryder sammen, er inddæmningsstrategien, som den på det tidspunkt er udformet, brudt sammen.

Ud over at være i dialog med ECDC indgår Statens Serum Institut i begyndelsen af marts et tættere samarbejde om landevurderingerne med kolleger i de nordiske lande. Vurderingerne af risikoområder indgår i de daglige risikovurderinger, som Statens Serum Institut rundsender til blandt andre Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det fremgår af opdateringerne fra Statens Serum Institut, at de har svært ved at få troværdige oplysninger om smittespredningen. Samtidig skeler de angiveligt også i deres vurderinger til, hvorvidt det i praksis giver mening at tilføje bestemte lande til listen. I opdateringen den 8. marts 2020 skriver de således:

> »Vi holder øje med udviklingen i Tyskland, Spanien, Frankrig, Schweiz og Østrig men det er ikke holdbart i det lange løb at teste alle rejsende fra disse lande, selv hvis man kan afgrænse særlige områder, hvor der er mere smitte end andre. Vi vurderer derfor fortsat, at vi skal holde os til de områder, hvor der aktuelt er/har været omfattende smittespredning. Vores retningslinjer er på linje med de andre nordiske landes (undtaget Island der vist har testet alle rejsende fra skisportssteder i Alperne) og lande som UK og Tyskland.«

Særlig situationen i Østrig har myndighedernes opmærksomhed i de dage. Den 4. marts 2020 orienterer de islandske sundhedsmyndigheder de nordiske kolleger om, at der i Island nu er registreret 26 tilfælde af covid-19, heraf 18 fra det nordlige Italien og 8 fra skisportsstedet Ischgl i Østrig.

Ved opdateringen af rejsevejledningen for Østrig den 5. marts 2020 bliver sikkerhedsniveauet for hele landet hævet til gul (vær ekstra forsigtig). Det samme gør sig gældende for Tyskland, Spanien og Frankrig.

Samme dag, den 5. marts, videresender Kåre Mølbak en e-mail fra sine norske kolleger til

departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet. Af e-mailen fremgår det, at Norge overvejer at inkludere Ischgl i deres »high risk category«, og Kåre Mølbak supplerer: »Ischgl er i Østrig og her er mange smittet.« Den 6. og 7. marts er Østrig endnu ikke et risikoområde i opdateringerne fra Statens Serum Institut.

Den 7. marts 2020 skriver en skiturist hjemvendt fra Ischgl til den danske ambassade i Wien og sætter Udenrigsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet og Statsministeriet c.c. på e-mailen. Af e-mailen fremgår, at de er en gruppe på seks personer, som den 4. marts 2020 returnerede med fly fra Ischgl til Danmark. Tre af personerne har den 7. marts covid-19 lignende symptomer, herunder høj feber. Men ifølge e-mailen har de ikke kunnet blive testet for covid-19, fordi de ikke lever op til Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som ikke inkluderer Ischgl som risikoområde. Der indsættes i e-mailen også link til nyhedsartikler fra Østrig og Island, som tyder på smittespredning i Ischgl.

Den 8. marts 2020 kl. 16 kommer der en ekstra opdatering fra Statens Serum Institut, hvoraf det fremgår, at en tredjedel af de smittede i Island er fra Østrig, primært Ischgl. Samtidig har Norge konstateret 11 smittede fra Østrig testet uden for case definitionen, og i Sverige er der påvist et tilfælde fra Østrig. Samtidig har Styrelsen for Patientsikkerhed oplyst, at en patient indlagt på Rigshospitalet har været i Ischgl, og at tre personer hjemkommet fra Ischgl den 29. februar 2020 nu er testet positive på Skejby Hospital. På det grundlag anbefaler Statens Serum Institut, at Tyrol, som er det område i Østrig, Ischgl ligger i, tilføjes listen over risikoområder. Det sker fra og med den 9. marts 2020.

Samtidig oplyser Statens Serum Institut, at der blandt de nordiske lande er enighed om, at det må være et af de sidste områder, man sætter på listen, og at der nu skal planlægges for mitigation, dvs. afbødning. Endvidere oplyses det, at Sverige arbejder på et notat om en kommende strategi, som vil blive delt imellem landene, »så vi har mulighed for at arbejde ud fra et fælles oplæg.«

Af den epidemiologiske overvågningsrapport, som Statens Serum Institut udarbejder den 11. marts 2020, fremgår det, at ud af de i alt 200 personer, hvor man på det tidspunkt kender smittelandet, er de 90 personer smittet i Østrig (se også kapitel 4).

Udenrigsministeriet får mere central rolle i krisehåndteringen

Som redegjort for i kapitel 7 får Udenrigsministeriet hurtigt en opgave i krisehåndteringen i kraft af arbejdet med rejsevejledninger. Den opgave bliver tiltagende krævende i denne fase, efterhånden som smitten spreder sig til en lang række lande. Derudover får Udenrigsministeriet også en mere direkte rolle i tilvejebringelsen af information og beslutningsgrundlag. Det sker i kraft af de daglige landeorienteringer, som igangsættes den 27. februar 2020.

Rejsevejledningerne

Som redegjort for i kapitel 7 udarbejdes rejsevejledningerne i regi af Udenrigsministeriet, men efter råd fra Sundhedsstyrelsen og risikovurderinger fra Statens Serum Institut. Torsdag den 5. marts afholdes møde i Den Internationale Operative Stab (IOS) i Udenrigsministeriet. Udenrigsministeriet informerer på mødet om, at rejsevejledningerne kan forventes at blive opdateret løbende og med kort aftræk. Rejsevejledningen for visse regioner i Italien er blevet skærpet (fra gul til orange). Det er sket af tre hensyn: 1) graden af smittespredning, 2) rejsendes bevægelsesfrihed og 3) et nyt forsigtighedsprincip med fokus på den almene danske folkesundhed, som også har været

udslagsgivende for beslutningen om at ændre rejsevejledningen for Italien.

Fra rejsebranchens side fremhæves ifølge mødereferatet, at det nye princip bliver anset for at være politisk betinget og i højere grad baseret på følelser end fakta. Det skaber udfordringer for branchen, og Udenrigsministeriet lover, at yderligere information om det nye forsigtighedsprincip vil tilgå kredsen med henblik på f.eks. rejsebranchens dialog med egne medlemmer.

Sundhedsstyrelsens repræsentant på mødet informerer om, at man ønsker at inddæmme pandemien, så længe det er muligt, for at undgå ophobning af patienter. Omvendt er forventningen, at en større smittespredning vil ske på et tidspunkt.

Den 9. marts 2020 afholdes igen møde i IOS. Udenrigsministeriet informerer om udviklingen inden for rejsevejledningerne, hvor alle verdens lande nu minimum har risikoniveauet gul, hvilket betyder, at man som rejsende skal være opmærksom på sin personlige sikkerhed og holde sig opdateret.

Udenrigsministeriet informerer desuden om, at en fælles EU-linje ikke ligger lige for på nuværende tidspunkt. Der vægtes forskelligt i landene, som ikke længere har samme datagrundlag, og konkrete tiltag er et følsomt emne. Det oplyses, at ECDC på dette tidspunkt har opgivet at lave fælles EU-risikovurderinger, idet opgaven er blevet uoverkommelig. Landene agerer nu på egen hånd, og det må forventes at fortsætte en rum tid endnu. Det oplyses, at Danmark opererer ud fra forsigtighedsprincippet. Det fremhæves, at en restriktiv linje for rejsevejledninger også har til hensigt at understøtte nationale myndigheders arbejde med at kontrollere smittespredning.

Sundhedsstyrelsen adresserer på mødet spørgsmålet om, hvorvidt den nuværende restriktive tilgang står mål med smittefaren. Styrelsens repræsentant påpeger desuden, at man ønsker at flade smittekurven så meget som muligt ud frem mod sommeren, hvor virusser generelt er nemmere at håndtere. Samtidig må justering af strategien forventes, hvis smitten når et vendepunkt, hvor kontrol ikke længere er mulig. I så fald vil fokus på indrejse falde i baggrunden for andre tiltag, fremgår det af mødereferatet.

Af referatet fra mødet i IOS den 9. marts er det noteret, at Sundhedsstyrelsen fremover af ressourcemæssige hensyn vil fokusere på kerneopgaven omkring smittehåndtering. Besvarelse af spørgsmål fra IOS vil derfor fremadrettet ske med Udenrigsministeriet som bindeled.

Udenrigsministeriets daglige landeorienteringer

Statsministeriet interesserer sig i slutningen af februar i stigende grad for, hvordan covid-19-situationen håndteres i andre lande. Udenrigsministeriet trækkes dermed tættere ind i den politiske rådgivning. Før da har Udenrigsministeriet primært assisteret ved udarbejdelsen af rejsevejledninger og ved hjemtagelsen af danskere fra smitteramte områder i Kina.

Den 27. februar 2020 bestiller Statsministeriet et notat til brug for hastebehandling i regeringen samme aften. Bestillingen formidles via Udenrigsministeriet til ambassaderne i Oslo, Stockholm, Helsinki, Berlin, London og Paris. Man ønsker information om:

1. Antal smittede personer.
2. Håndtering af personer smittet med corona, inklusive frivillig karantæne.
3. Hvis frivillig karantæne, så muligheden for at gennemføre opsyn heraf.
4. Lovgivningsmæssig hjemmel.

Den 1. marts 2020 får Udenrigsministeriet via AC-gruppen en bestilling på en oversigt over rejsevejledninger fra de lande, »vi normalt sammenligner os med.« Som det fremgår af tabel 8.1 ovenfor, er der i disse dage flere bestillinger fra AC-gruppen til Udenrigsministeriet.

Den 4. marts 2020 udvider man igen ambassadebestillingerne, herunder kredsen af lande, som man ønsker oplysninger fra. Det gælder nu også ambassaderne i Haag, Madrid og Rom. De oplysninger, man ønsker den 4. marts 2020, er:

1. Hvilke overvejelser gør myndighederne sig om støttende erhvervsordninger efter corona?
2. Hvilke sektorer er hårdest ramt?
3. Hvilke støtteforanstaltninger overvejes?
4. Hvordan ses forholdet til statsstøtteregler?

Fra og med den 5. marts 2020 bliver ambassadebestillingerne mere systematiserede, og man ønsker nu opdateringer fra ambassaderne senest kl. 8 hver morgen (bortset fra weekender). I lyset af den nedlukning, der besluttes i Danmark en lille uge senere, er det værd at bemærke de elementer, som man fra og med denne dag ønsker indberetninger om fra ambassaderne:

- Lukning af byer.
- Lukning af skoler og andre institutioner.
- Forsamlingsrestriktioner.
- Rationering.
- Erhvervsstøtteordninger.
- Ny lovgivning med henblik på øgede myndighedsbeføjelser.
- Myndigheders anbefalinger for egne embedsmænd og for udenlandske embedsmænd, der rejser til opholdslandet for at deltage i møder m.v.
- Anden relevant information.

Bestillingen den 5. marts 2020 går ud til endnu flere ambassader, nemlig ambassaderne i Oslo, Stockholm, Helsinki, Rom, Paris, Madrid, Haag, Berlin, Bruxelles, Wien, London, Washington og Tel Aviv.

Den 8. marts udvides bestillingerne endnu engang. Det sker med følgende begrundelse i e-mailen fra Udenrigsministeriet til de pågældende ambassader: »I lyset af udviklingen i Italien ønske fra STM om at vi hurtigst muligt får input på følgende – kan være til indberetningerne i morgen kl. 8 men også gerne tidligere hvis muligt.« Det, man gerne vil have input på, er:

- »Hvilke tanker gøres der ift worst case scenarier, herunder offentlig kommunikation derom også inden man overhovedet er tæt på et sådant scenarie
- Lukning af grænser – indrejsehåndtering. Der arbejdes på handleplan for muligt indrejseforbud. Til det brug nyttigt med viden om overvejelser i andre hovedstæder, og særligt interessant for EU/Schengen lande.
- Test for coronasmitte – er der retningslinjer for hvem der testes, hvor mange der er testet og hvordan er forsyningssituationen for test kits.«

Udenrigsministeriets sammenfatning af svarene indgår i grundlaget for departementschefsmødet den 8. marts kl. 15.

Den 9. marts 2020 modtager ambassaderne en ny instruks. Det understreges samtidig, at »[b]idragene læses og anvendes af en bred kreds på højt niveau.« Bestillingen omfatter de emner, som er gengivet i boks 8.2, og svarfristen er stadig dagligt før kl. 8.

Boks 8.2. Oversigt over emner omfattet af Udenrigsministeriets instruks til en række ambassader den 9. marts 2020

- Lukning af byer.
- Lukning af skoler og andre institutioner.
- Forsamlingsrestriktioner.
- Rationering.
- Erhvervsstøtteordninger.
- Ny lovgivning med henblik på øgede myndighedsbeføjelser.
- Myndigheders anbefalinger for egne embedsmænd og for udenlandske embedsmænd, der rejser til opholdslandet for at deltage i møder m.v.
- Anden relevant information.
- Hvilke tanker gøres der i forhold til worst case-scenarier, herunder offentlig kommunikation derom, også inden man overhovedet er tæt på sådanne scenarier?
- Lukning af grænser – indrejsehåndtering. Der arbejdes på handleplaner for muligt indrejseforbud, herunder for EU-borgere. Til det brug nyttigt med viden om overvejelser i andre hovedstæder, og særligt interessant for EU-/Schengenlande bl.a. i forhold til regler for fri bevægelighed i EU.
- Test for coronasmitte – er der retningslinjer for hvem der testes, hvor mange der er testet, og hvordan er forsyningssituationen for test kits?

Sundheds- og Ældreministeriet i krydspres mellem Statsministeriet og Sundhedsstyrelsen

I anden fase af covid-19-krisen bevæger regeringen og centraladministrationen sig fra en situation, der primært består i at følge og overvåge udviklingen, til en situation, hvor der bliver lagt op til aktiv handling. Det er i denne fase, man bevæger sig fra at arbejde inden for rammerne af regeringsarbejdets og centraladministrationens normalorganisation til en særlig covid-19-organisering, som tager form fra og med de sidste dage i februar til de første dage i marts. Denne organisation er beskrevet i kapitel 6, og dens virksomhed i denne anden fase er gennemgået ovenfor i dette kapitel.

I normalorganisationen nyder fagministerierne og deres underliggende styrelser en betragtelig autonomi. Der er et samspil mellem deres departementer og ministeren og ligeledes mellem departementerne og deres styrelser, som tager form af en vekselvirkning, hvor initiativer efter omstændighederne udgår fra ministeren eller departementets embedsværk og fra ministeriets departement og dets styrelser. Samtidig er Sundheds- og Ældreministeriet kendetegnet ved et departement bemandet med samfundsvidenskabelige generalister og styrelser domineret af de sundhedsfaglige professioner, først og fremmest læger. Man har altså i en meget strikt forstand faglige styrelser, som er underlagt ministerstyret og dermed også departementet i såvel deres administrative virksomhed som i deres bidrag til den politiske rådgivning.

Sundhedsstyrelsen har traditionelt haft en særlig status, idet den i praksis fortrinsvis er bemandet med læger, og lovgivningen forudsatte længe, at styrelsens chef, medicinaldirektøren, skulle være læge. Det lå historisk også i organiseringen, at medicinaldirektøren nok var underlagt et ministerstyret hierarki, men at han som den øverste medicinalembedsmand var rådgiver for alle myndigheder og herunder også fungerede som faglig rådgiver for andre ministre end den minister, der havde ansvar for sundhedsvæsenet. Givet er det dog, at den politiske rådgivning går gennem departementet og altså ikke direkte til ministeren. Det er også sådan i normalorganisationen, at i det omfang ministeren og ministeriet har sager, der er optaget på regeringens dagsorden, så ligger den politiske rådgivning og formidlingen af den faglige rådgivning i ministeriets departement.

Da covid-19-krisen fra og med slutningen af februar spidser til, ændrer relationerne sig. Hvor Sundheds- og Ældreministeriets departement inden denne fase arbejder inden for de netop beskrevne gængse rammer, sker der ret pludseligt et markant skifte. Det opstår, fordi Statsministeriet og, må det antages, regeringen slår ind på en linje, der vurderer udviklingen i mere dystre toner end Sundheds- og Ældreministeriet og dets faglige styrelser, hvor Sundhedsstyrelsen er den centrale. Desuden placerer Statsministeriet sig i rollen som den myndighed, der gennem mange og ofte meget specifikke bestillinger til andre ministerier driver processen. Den bestillingsdrevne proces er i meget høj grad og af naturlige grunde rettet mod Sundheds- og Ældreministeriet, men, som det er fremgået ovenfor, også Udenrigsministeriet og Justitsministeriet med Rigspolitiet og NOST.

Specielt i forhold til Sundheds- og Ældreministeriet kommer det til at skabe problemer, som giver sig udslag i spændinger i forhold til især Sundhedsstyrelsen, der har en stærk faglig bevidsthed, og som aktivt arbejder for at få styrelsens faglige vurderinger igennem til både regeringen og offentligheden, herunder de faglige miljøer i sundheds- og sygehusvæsenet. Det giver knaster, men ikke væsentlige problemer i januar og de første uger af februar, hvor Statsministeriet og regeringen som vist i kapitel 7 forholder sig årvågent afventende.

Det bliver imidlertid et problem fra og med diagnosticeringen af den første covid-19-patient den 27. februar 2020. Der opstår et krydspres, hvor Sundheds- og Ældreministeriet med departementschefen i spidsen snart videreformidler oplæg tiltrådt af sundheds- og ældreministeren og udarbejdet i samspil med styrelserne, men ligeså snart og med stigende hyppighed oplever, at de ikke vinder genklang i Statsministeriet og i regeringen. I den situation har departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet ikke anden udvej end at følge trop. Det sker, ved at departementschefen sekunderet af afdelingschefer i Sundheds- og Ældreministeriet melder tilbage til styrelserne, hvad den besluttede kurs er. Det sker også, ved at departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet i forhold til styrelserne, specielt Sundhedsstyrelsen, vedholdende bestræber sig på at forklare og videreformidle, hvordan landet ligger, og hvad det indebærer i forhold til ministeriets arbejde i departement og styrelser. Det er øjensynligt ikke nogen nem opgave, og slet ikke en, som går glat ind hos Sundhedsstyrelsens ledelse og medarbejdere.

Samtidig opstår der sprækker i samarbejdet mellem Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. De to institutioner har hen over første fase trukket på fælles hammel med nogenlunde gensidig respekt for deres respektive specialisering og opgaver. Men da udviklingen spidser til, fordi covid-19 også rammer Danmark, sker der to ændringer, som yderligere vanskeliggør arbejdet og stiller krav til departementets (departementschefens) evner som intern moderator og forbindelsesled til Statsministeriet. Den ene er, at Statens Serum Institut angiveligt vurderer, at der skal kommunikeres mere alvorligt om situationen til det politiske niveau, end Sundhedsstyrelsen vurderer der er grundlag for. Den anden er, at Statsministeriet og regeringen i denne fase lægger sine æg i kurven hos Statens Serum Institut, som i højere grad er leveringsdygtig i de faglige råd, som de efterspørger, sådan som de vurderer udviklingen.

At Statens Serum Institut med Kåre Mølbak som den centrale repræsentant i denne fase får en mere direkte og central rolle som rådgiver for regeringen, kommer til udtryk på flere måder. Før slutningen af februar er information og risikovurderinger fra Statens Serum Institut primært blevet videreformidlet af Sundhedsstyrelsen med undtagelse af de møder i bl.a.

Statsministeriet, hvor både Søren Brostrøm og Kåre Mølbak har deltaget. Fra og med den 27. februar 2020 sendes i større omfang bestillinger direkte fra Statsministeriet til Statens Serum Institut, om end der i denne periode også stadig afgives bestillinger til Statens Serum Institut fra Sundheds- og Ældreministeriet og fra Sundhedsstyrelsen.

Der er også eksempler på, at Kåre Mølbak i marts måned indgår i en tættere rådgivning af sundheds- og ældreministeren. Eksempelvis er det Kåre Mølbak, som den 6. marts 2020 rejser med til rådsmøde i EU som rådgiver for sundheds- og ældreministeren. Det er også Kåre Mølbak og Statens Serum Institut, der efter bestilling fra Sundheds- og Ældreministeriet udarbejder den grafik over den orange og den grønne graf, som sundheds- og ældreministeren præsenterer på pressemødet i Statsministeriet den 10. marts 2020 (figur 4.3 i kapitel 4). Dertil kommer bestillingen på 25-procentscenariet den 9. marts, jf. boks 8.1 ovenfor, samt bestillingerne fra NOST til Kåre Mølbak, jf. ovenfor.

Det fremgår af det udleverede materiale, at der i denne fase af forløbet stadig er en tæt og hyppig kommunikation mellem Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Det fremgår ikke af denne indbyrdes kommunikation, at der hersker en grundlæggende uenighed i vurderingen af situationen. Det er derfor udredningsgruppens vurdering, at den ændrede rollefordeling ikke så meget afspejler en faglig uenighed mellem de to institutioner som en forskel, med hensyn til hvor imødekommende de to institutioners primære repræsentanter er over for bestillinger oppefra, det være sig bestillinger fra ministeriets departement, Statsministeriet og måske i sidste ende regeringen. Sundheds- og Ældreministeriets departement og specielt departementschefen får i denne sammenhæng en central, men svær rolle som forbindelsesled og brobygger. Den mere direkte inddragelse af Statens Serum Institut i rådgivningen af minister og regering kan ses som en aflastning af Sundhedsstyrelsen, men den må også ses som et svar på den konflikt mellem Statsministeriet og Sundhedsstyrelsen, som i stigende grad satte Sundheds- og Ældreministeriet under pres.

Sammenfatning

Der sker to markante organisatoriske udviklinger i covid-19-krisehåndteringen i perioden fra den 27. februar til den 9. marts 2020. For det første udvider regeringen/Statsministeriet den organisatoriske kapacitet til at håndtere krisen. Man trækker Udenrigsministeriet og ikke mindst Justitsministeriet ind i centrum af krisehåndteringen og etablerer AC-gruppen og NOST+. Samtidig fastholder Statsministeriet, at man skal orienteres om (stort set) alt, og bestillinger og initiativer udgår stadig i meget høj grad fra Statsministeriet. Opgaven for Justitsministeriet og de nye organisatoriske fora består primært i at hjælpe med at kontrollere og koordinere de bestillinger, der sendes rundt i systemet, ikke mindst til sundhedsmyndighederne. Med den ekstra organisatoriske kapacitet kan man i perioden fra den 27. februar til den 9. marts skrue yderligere op for bestillinger og notatskrivning, og det sker i et omfang og tempo, som næppe er set tilsvarende i dansk centraladministrations historie. Der er dog i dette kapitel også givet eksempler på, at koordinationsproblemer og overlap i opgaveløsningen vokser som konsekvens af den større og mere komplekse organisation, der bliver skabt i denne periode.

Den anden markante organisatoriske udvikling er, at regeringen/Statsministeriet flytter tyngdepunktet i krisehåndteringen væk fra Sundhedsstyrelsen. I de planer og beredskaber for epidemi- og pandemihåndtering, som lå i skuffen ved indgangen til denne krise, er

Sundhedsstyrelsen den helt centrale aktør. Men fra og med den 27. februar 2020 ændrer regeringen arbejdsgangen og man bygger en beslutningsstruktur op, hvor Sundhedsstyrelsen ikke længere er den centrale aktør.

Det eliminerer dog ikke problemet, idet budskaberne i de notater, som bliver bestilt hos Sundhedsstyrelsen, ofte ikke flugter med det billede af situationen, som man har i Statsministeriet. Den konflikt presser også Sundheds- og Ældreministeriet, og en løsning bliver at give Statens Serum Institut en mere central og direkte rolle i rådgivningen af regeringen. Statens Serum Institut er i sine vurderinger ikke milevidt fra Sundhedsstyrelsen, men de er angiveligt mere villige til at medtage de ønskede worst case-scenarier og har fra en tidlig fase haft tendens til at kommunikere mere alvorligt om covid-19-situationen end Sundhedsstyrelsen.

Det står den 9. marts 2020 klart for både regeringen og embedsværket, at inddæmningsstrategien efter en kort og ikke særlig succesfuld levetid nu har udspillet sin rolle. Dermed står det den 9. marts 2020 også klart for de involverede, at man skal overgå til en afbødningsstrategi. Men hvordan den afbødningsstrategi skal se ud, hvad målet skal være med den, og hvornår regeringen vil sætte den i værk, er den 9. marts stadig uvist for både sundhedsmyndighederne, NOST'en og medlemmerne af AC-gruppen. Der er formuleret et forsigtighedsprincip, men hvad det indebærer for strategiskiftet, står på dette tidspunkt ikke klart. Det bliver det først som vist i kapitel 9 i løbet af de næste par døgn frem mod den 11. marts 2020.

STATSMINISTEREN

Kapitel 9

Beslutningen om den delvise nedlukning den 11. marts 2020

Den 10. marts 2020 skifter den danske krisehåndtering igen karakter og går et markant ryk op i hastighed og intensitet. Omdrejningspunktet er skiftet fra inddæmning til afbødning, som har været undervejs i nogle dage. Skiftet bliver gennemført hurtigere og bliver mere vidtrækkende, end langt de fleste – måske alle – centrale beslutningstagere forventede før den 10. marts. Dette kapitel beskriver optakten til, grundlaget for og gennemførelsen af den delvise nedlukning af Danmark, som bliver meldt ud på et pressemøde i Statsministeriet om aftenen den 11. marts og udmøntet i dagene derefter.

Beslutningen om den delvise nedlukning får vidtrækkende konsekvenser for store dele af det danske samfund. Konsekvenserne for sundhedsvæsenet og især sygehusene er genstand for en særskilt analyse i kapitel 13, mens konsekvenserne for domstolene behandles i kapitel 12.

Det 48. møde i Sundhedsstyrelsens kriseledelse

Om morgenen den 10. marts 2020 holder Sundhedsstyrelsen som vanligt møde i styrelsens kriseledelse.

Det er det 48. møde siden det første møde i kriseledelsen blev afholdt den 21. januar 2020. I mødereferatet noteres det, at det senest kendte antal smittede i Danmark er 113, og at det er udtryk for en »dramatisk stigning siden i går.« Samtidig noteres det, at en fortsat stigning må forventes. Der er seks personer indlagt på Rigshospitalet, men ingen i intensiv behandling. Mere end 700 personer er i hjemmekarantæne, og det er ifølge mødereferatet en udfordring for Styrelsen for Patientsikkerhed at håndtere disse og opspore dem, de har været i kontakt med.

Det fremgår også af mødereferatet, at kapaciteten med hensyn til testudstyr er belastet, og det noteres, at situationen i Italien har udviklet sig drastisk det seneste døgn: »Italien har skaleret deres tiltag voldsomt op. Har meldt ud, at deres borgere skal blive hjemme. Gælder i hele landet. Derudover stor mediedækning af italienske sygehuse og særligt deres intensiv afdelinger.«

Vedrørende mediernes dækning noterer mødereferatet, at den i stigende grad er kritisk, ikke mindst i forhold til kapacitetsudfordringerne i sundhedsvæsenet.

Kriseledelsen lægger sig på mødet fast på, at Sundhedsstyrelsen skal arbejde videre med overgangen fra inddæmningsstrategi til afbødningsstrategi, også i den måde styrelsen kommunikerer på. Intet i mødereferatet tyder på, at kriseledelsen på dette tidspunkt forestiller sig de markante tiltag, der meldes ud på pressemødet i Statsministeriet dagen efter, den 11. marts.

Pressemøde i Statsministeriet den 10. marts kl. 11.00

Den 10. marts kl. 11.00 afholdes det andet covid-19-relaterede pressemøde i Statsministeriet. Deltagerne er ud over statsminister Mette Frederiksen og sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke tre ledende embedsmænd: rigspolitichef Thorkild Fogde, direktør for Udenrigsministeriets borgerservice Erik Brøgger Rasmussen og Sundhedsstyrelsens direktør, Søren Brostrøm. Det fremgår af Statsministeriets udkast til talepapir, at rollefordelingen og budskaberne er tæt koordineret. De relevante ministerier er blevet bedt om at melde deres punkter ind til Statsministeriet og Justitsministeriet, som prioriterer og samler bidragene i et fælles beredskabsnotat. Det er desuden aftalt mellem departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet og Søren Brostrøm, at sidstnævnte skal tale ud fra Sundhedsstyrelsens strategioplæg, som styrelsen offentliggør samme dag (jf. kapitel 3). Søren Brostrøm havde ellers dagen før forsøgt at undslå sig for at deltage i pressemødet, med henvisning til at man i styrelsen ikke havde haft en proces med faglige bidrag vedrørende udmeldingerne på pressemødet. Derudover anførte han, at det er sundheds- og ældreministeren, der bør deltage i stedet for ham, hvis det er »politiske udmeldinger«, der skal gives.

Det primære budskab på pressemødet den 10. marts er (jf. kapitel 3), en understregning af situationens alvor kombineret med konkrete tiltag over for den kollektive trafik og betydelige rejserestriktioner. På pressemødet bebuder statsministeren yderligere, at regeringen i de kommende dage vil tage skridt til hastelovgivning, især gennem en revision af epidemiloven. I forlængelse heraf bebuder finansminister Nicolai Wammen, erhvervsminister Simon Kollerup og beskæftigelsesminister Peter Hummelgaard på et pressemøde i Finansministeriet senere samme dag et udspil fra regeringen om økonomiske hjælpepakker til afbødning af den situation, som restriktionerne vil skabe.

De konkrete tiltag, som bliver meldt ud på pressemødet i Statsministeriet den 10. marts, vedrører i høj grad den kollektive trafik. Udmeldingerne om den kollektive trafik er imidlertid mindre vidtgående end det, der er lagt op til i et notat fra Trafik- og Boligministeriet fra den 9. marts (se boks 9.2 nedenfor). Det fremgår af en e-mail fra lederen af AC-gruppen, at der hen over natten mellem den 9. og den 10. marts er sket en opblødning af Trafik- og Boligministeriets oplæg.

Parallelt med afholdelsen af pressemødet i Statsministeriet den 10. marts arbejdes der på en plan for langt mere vidtrækkende restriktioner og tiltag. Det sker i to spor. Det ene er i regi af NOST, det andet er i regi af AC-gruppen.

NOST-indstillingen til en afbødningsstrategi

Den 10. marts 2020 kl. 12 afholdes der NOST-stabsmøde vedrørende covid-19. På mødet oplyser lederen af NOST, Svend Larsen, at NOST skal udarbejde et notat om, hvad myndighederne vil iværksætte af foranstaltninger, når situationen udvikler sig til et omfang, hvor sundhedsmyndighederne skifter strategi fra inddæmning til afbødning. Samtidig oplyser han, at et udkast til notatet er drøftet med Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, hvorefter NOST-medlemmerne på mødet får omdelt udkastet. Udkastet ligger tæt op ad det notat, som Sundhedsstyrelsen samme dag har offentliggjort på sin hjemmeside. NOST-medlemmerne skal fremsende eventuelle bemærkninger til udkastet senest kl. 17 samme dag.

Svend Larsen oplyser desuden, at NOST i løbet af den 10. marts skal udarbejde yderligere to dokumenter. I det ene dokument skal primært sundhedsmyndighederne »beskrive Danmarks kapaciteter, hvis sundhedsscenariet udvikler sig til, at henholdsvis 5, 15 eller 25 % af befolkningen bliver smittet med COVID-19.« I det andet dokument skal det beskrives, »hvad det vil få af konsekvenser for myndighederne, hvis 25 % af befolkningen er smittet med COVID-19.«

Senere samme dag ligger der en femsiders »Indstilling fra NOST om iværksættelse af overgang fra inddæmningsfase til afbødningsfase i forhold til håndtering af coronavirus/COVID-19.« Indstillingen redegør indledningsvis for de tidligere indstillinger fra NOST og for de seneste dages udvikling i antal smittede i Danmark og Europa. Uddrag fra indstillingen:

> »NOST anbefaler derfor, at myndighederne iværksætter en overgang til en »afbødningsstrategi.« I afbødningsstrategien vil der fortsat være fokus på at forebygge smittespredning med en række nye tiltag. Andre af de iværksatte initiativer vil imidlertid ikke skulle videreføres, herunder den udbredte testning af personer med lette symptomer. Samtidig vil det nu være centrale prioriteter at forebygge smittespredning til de mest sårbare grupper samt at sikre behandlingskapaciteten på hospitalerne. Da langt de fleste tilfælde af smittede ikke vil have behov for sygehusbehandling, kan der i en afbødningsstrategi heller ikke bruges ressourcer på diagnostik af disse, ligesom isolation og karantænesætning heller ikke vil være en central prioriteret myndighedsopgave.«

Derefter redegør indstillingen for de inddæmningstiltag, der har været iværksat frem til den 10. marts, fulgt op af handlingsanvisninger, som kan indgå i en afbødningsstrategi og kommunikeres til borgerne. Handlingsanvisningerne er gengivet i boks 9.1. Vedrørende timing anbefaler NOST, at skiftet fra inddæmning til afbødning iværksættes inden for de kommende dage. Videre understreger indstillingen, at »Sundhedsstyrelsen vurderer, at denne betydelige omstilling af sundhedsvæsenet kan implementeres i løbet af torsdag (d. 12. marts).«

Boks 9.1. Handlingsanvisninger indstillet af NOST den 10. marts 2020

Fortsat forebyggelse af smittespredning i samfundet

- Fortsat borgerrettet kommunikation om god håndhygiejne, hosteetikette mv.
- Anbefaling om håndsprit i offentlige rum fx arbejdspladser både i det private og offentlige, togstationer, metro og S-tog.
- Krav om hygiejneplakater i det offentlige rum.

Nedbringe antallet af sociale kontakter

- Fortsat opfordring til at benytte alternative transportformer i stedet for tætpakket metro, busser og S-tog fx cykel.
- Fortsat opfordre til at undgå offentlig transport i myldretid.
- Fortsat opfordring til, at der i den offentlige færdsel sikres afstand f.eks. i tog og bus.
- Opfordring til hjemmearbejde eller hjemmestudie hvis muligt, særligt ved symptomer på luftvejsinfektion i alle brancher.
- Forlænge ferie og weekender ud fra en konkret vurdering af smittespredningsomfang.
- Opfordre til ændret mødekultur på arbejdspladser fx færre og afkortede møder med øget fysisk afstand mellem mødedeltagere, flere telefonmøder og tavlemøder.
- Opfordre til at undgå mange mennesker i supermarkeder f.eks. ved at fremme brugen af nethandel.

Beskytte ældre sårbare grupper

- Øget opmærksomhed i forhold til at forebygge smitte af ældre og sårbare. Indsatsen skal løfte kompetenceniveauet hos især fagpersoner, der har med ældre og sårbare grupper at gøre.
  - Det kan være personer ansat i kommunal hjemmepleje med fokus på, hvordan man undgår at tage smitte med hjemmefra til klienterne.
  - Indsatsen skal også omfatte taxachauffører, der kører flex-trafik og personer, herunder frivillige, der medvirker til at aktivere de ældre i forsamlinger, klubber og så videre.
- Begrænsning af besøg til plejehjem og sygehuse ved eksempelvis besøgstider og fokus på styrket hygiejne ved besøg. Dette gælder særligt, hvis pårørende har været ude at rejse eller hvor nære kontakter til de pårørende har været syge. Der bør udarbejdes en konkret vejledning i forhold til besøgspolitik.
- Venteværelse med mulighed for afstand og opdeling.
- Kommunikation om at være ekstra opmærksom på symptomer ved kontakt til sårbare grupper og opfordring til sårbare grupper om at overveje afbud til sociale arrangementer med mange deltagere.

Håndtering i sundhedsvæsenet

- Ændre prioritering af sygehusvæsnets ressourcer til at undersøge og behandle de meget syge.
- Fremadrettet ikke særskilt håndtering af tilfælde, afhængig af hvor vedkommende har rejst (Ophør med geografisk case definition).
- Indførelse af krav til arbejdsgiver og ledere i sundheds- og ældresektoren om at sikre, at alle med luftvejssymptomer bliver hjemme, også ved lette symptomer.
- Fortsat telefonvisitation og fortsat brug af regionale udredningsfaciliteter til vurdering af de syge, som ikke kræver indlæggelse men som heller ikke skal møde op i almen praksis for at forebygge smitte.
- Generelt et særligt fokus på, at personale i sundheds- og ældresektoren opfordres til en lavere tærskel for at blive hjemme ved symptomer.
- Nedbringe antallet og omfanget af møder mellem personalet i sundhedssektoren.

Indstillingen fra NOST indeholder også en indstilling fra Det Centrale Operative Kommunikationsberedskab (DCOK) om, at handlingsanvisningerne kommunikeres med følgende primære budskaber:

- »Vi er på vej ind i en fase, hvor der kan være ting i samfundet, der ikke fungerer helt, som de plejer. Noget tager måske længere tid; der kan være ting, man ikke kan få som normalt, og der kan være forhold, som myndighederne ikke kan hjælpe med på samme måde som normalt.

- Vi gør alt, hvad vi kan for at minimere smittens udbredelse. Men det kalder på befolkningens forståelse og tålmodighed, og aktive hjælp til at begrænse smittens udbredelse. Det betyder også, at der vil være ting, som vi ikke kan gøre, som vi plejer.

- Det vigtigste er ikke kun, hvor mange smittede, der kommer. Det handler også om, at antallet af smittede ikke kommer på én gang, for det sætter sundhedsvæsnet under stort pres.

- Myndighederne prioriterer højt at beskytte vores ældre og udsatte familiemedlemmer. Det gælder særligt i en tid, hvor pårørende måske ikke selv vil få mulighed for at besøge dem.«

Et Danmark, der går langsommere

Parallelt med arbejdet i NOST forbereder AC-gruppen et oplæg til nye foranstaltninger mod covid-19. Det kan ikke ud fra det udleverede materiale med sikkerhed fastslås, hvornår dette arbejde går i gang. Meget tyder dog på, at det først sker den 10. marts. Som nævnt i kapitel 8 er der intet i den interne skriftlige kommunikation i AC-gruppen, som tyder på, at gruppen om aftenen den 9. marts er vidende om den forestående delvise nedlukning af landet.

Lederen af AC-gruppen modtager den 9. marts et udkast til indstilling fra Trafik- og Boligministeriet med overskriften: »Opfordringer vedrørende kollektiv trafik i lyset af Corona-smittespredningen i Danmark.« Indstillingen beskriver en række tiltag i den kollektive trafik, som skal forsinke smittespredningen og afbøde konsekvenserne af covid-19. Tiltagene er i overskrifter gengivet i boks 9.2.

Boks 9.2. Udkast til tiltag i den kollektive trafik, rundsendt i AC-gruppen den 9. marts 2020

Opfordringer til udbyderne af kollektiv trafik

1. Begræns trængslen i de kollektive transportmidler
2. Informer de rejsende mest muligt om hensigtsmæssig adfærd
3. Vær særlig opmærksom på rengøring af fælles kontaktflader
4. Sæt fokus på god hygiejne
5. Opsæt plakater der opfordrer syge til ikke at rejse med kollektiv transport

Opfordringer til de rejsende

1. Gå eller tag cyklen ved kortere ture
2. Rejs uden for myldretiden
3. Vis hensyn til andre rejsende
4. Husk den gode håndhygiejne
5. Rejs ikke med kollektiv trafik, hvis du er syg, eller formoder at være smittet

Den 9. marts kl. 18.24 sender lederen af AC-gruppen indstillingen videre til bl.a. Statsministeriets medlemmer af AC-gruppen. Indstillingen er fulgt af denne orientering: »Vedhæftet sendes oplæg til opfordringer til hhv. udbydere og brugere af kollektiv trafik. Vores tanke er, at vi starter her, og at vi så – fx frem mod uge 14 – kan se på, om der skal gøres mere, når Danmark skal gå lidt langsommere.«

Udredningsgruppen læser orienteringen sådan, at lederen af AC-gruppen på dette tidspunkt ikke forventer, at der skal iværksættes yderligere tiltag nu og her.[1] Senere samme aften sender han indstillingen om tiltag i den kollektive trafik videre til departementet i Sundheds- og Ældreministeriet, som videreformidler det til sundheds- og ældreministeren med en tilføjelse om, at disse tiltag »nok bliver meldt ud på partiledermødet i aften.«

Der er i det udleverede materiale ikke information om, hvad der bliver meldt ud på partiledermødet den 9. marts om aftenen. Praksis synes her at være, at partilederne i denne periode orienteres umiddelbart inden de covid-19-relaterede pressemøder i Statsministeriet. Det skete også før pressemødet den 6. marts, og det sker igen inden pressemødet den 11. marts. Der er intet i det udleverede materiale, der tyder på, at den delvise nedlukning af Danmark, som meldes ud 2 dage efter, bliver diskuteret på partiledermødet den 9. marts.

Det kan ikke fastslås med sikkerhed, men det tyder desuden på, at det oplæg, der bliver udarbejdet i regi af AC-gruppen, først bliver sat på papir den 10. marts. Oplægget, der omtales som »Foreløbigt idékatalog«, har titlen: »COVID-19 – Et Danmark, der går langsommere.« Det fylder godt og vel halvanden side og er i sin helhed gengivet i boks 9.3.

Boks 9.3. Covid-19 – Et Danmark, der går langsommere, den 10. marts 2020

COVID-19 – Et Danmark, der går langsommere

Myndighederne arbejder fokuseret på at forsinke spredningen af COVID-19 i Danmark mest muligt og afbøde konsekvenserne af virussen, herunder beskytte særligt sårbare grupper. Antallet af smittede i Danmark stiger markant i disse dage og uger, og vi kommer meget snart til at se en udbredt og vedvarende smittespredning med stigende pres på sundhedsvæsenet til følge.

For effektivt af afbøde konsekvenserne af en COVID-19-epidemi i Danmark, herunder opretholde et fungerende sundhedsvæsen, er der behov for at tage drastiske tiltag, som sikrer, at danskerne i endnu højere grad end i dag undgår situationer, hvor mange personer opholder sig tæt sammen. Det vil få betydning for samfundet, herunder den offentlige service i bredere forstand, og dermed også for den enkelte danskers hverdag. Vi skal forberede os på et Danmark, der i en periode går langsommere.

Der indføres forbud mod forsamlinger med flere end 100 mennesker indendørs

Der indføres forbud mod, at flere end 100 personer er samlet indendørs ét sted på én gang.
[Kræver ny lovhjemmel (hastelov)]

Hjemsendelse af offentligt ansatte

Alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, skal arbejde hjemmefra. Hvis det ikke er muligt for den enkelte at arbejde hjemmefra, skal vedkommende [afspadsere eventuel tilgodehavende frihed. Hvis den pågældende ikke har tilgodehavende frihed,] sendes [den pågældende] hjem med løn. Personer, der er sendt hjem, vil kunne pålægges at bistå med varetagelsen af nødvendige samfundsfunktioner.
[Hvis der ønskes en model, hvor medarbejdere kan tvinges til at afholde eventuel restferie i forbindelse med hjemsendelsen, kræver det en ændring af ferieloven (hastelov)]

1 Uge 14 begynder mandag den 30. marts 2020.

Det private arbejdsmarked
Alle virksomheder opfordres til, at ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, så vidt muligt ikke møder på arbejde, men f.eks. arbejder hjemmefra, afspadserer eller afvikler ferie. Der opfordres endvidere til, at medarbejdere afstår fra fysisk mødeaktivitet. Opfordringen gælder ikke dagligvarebutikker, forsyningsvirksomheder samt virksomhed relateret hertil mv.
[Hvis der ønskes en model, hvor medarbejdere kan tvinges til at afholde eventuel restferie i forbindelse med hjemsendelsen, kræver det en ændring af ferieloven (hastelov)]

Lukning af skoler, uddannelsesinstitutioner og dagtilbud
Alle skoler, uddannelsesinstitutioner og dagtilbud lukker. Der vil skulle opretholdes nødpasning for børn i alderen 0-9 år (vuggestue, børnehave, SFO). Forældre opfordres kraftigt til så vidt muligt at holde børnene hjemme fra dagtilbud og som udgangspunkt ikke lade bedsteforældre passe børnene.
[Kræver ny lovhjemmel for så vidt angår skoler og institutioner mv., som stat eller kommune ikke driver og ejer (hastelov)]

Kollektiv trafik for halv kraft
Busser, færger og metroen må ikke medtage flere passagerer end halvdelen af den maksimale kapacitet, ligesom der i S-tog og regionaltog ikke må være flere passagerer, end der er sæder til.
[Kræver ny lovhjemmel i forhold til private transportører mv. (hastelov)]

Lukning af forlystelsessteder, fritidsaktiviteter, museer, diskoteker, natklubber mv.
Alle offentlige kulturinstitutioner, biblioteker og aktivitetstilbud mv. lukkes. Alle private udbydere af indendørs aktivitetstilbud mv. (svømmehaller, fitnesscentre, biografer, caféer, natklubber mv.) opfordres til at lukke sine tilbud eller begrænse antallet af besøgene til halvdelen af den sædvanlige maksimale kapacitet. Det samme gælder frivillige foreninger. Der udarbejdes en kompensationsordning.
[Kræver ny lovhjemmel til lukning af private aktivitetstilbud (natteliv mv.) (hastelov)]

Restriktioner i forhold til plejehjems- og hospitalsbesøg
Der indføres som udgangspunkt forbud mod besøg på landets plejehjem og hospitaler.

Restriktioner ved indrejse
Mulighed for tvungen helbredsundersøgelser ved ankomst. Mulighed for tvungen karantæne ved ankomst fra røde og orange områder. Mulighed for afvisning af tredjelandsstatsborgere fra røde og orange områder ved grænsen. Mulighed for indførelse af nødbremse tilsvarende asylområdet.
[Kræver ny lovhjemmel (hastelov)]

Den 10. marts kl. 15.52 rundsender lederen af AC-gruppen idékataloget til AC-gruppen sammen med en indkaldelse til møde i gruppen den 11. marts. Det fremgår af mødeindkaldelsen, at kataloget har været drøftet på dagens møde blandt departementscheferne, og at kataloget endnu ikke er revideret i lyset af det møde. Desuden bliver medlemmerne bedt om inden morgendagens møde at forholde sig til følgende:

1) »**FM** må meget gerne forsøge at skønne over de samfundsøkonomiske konsekvenser baseret på nogle af de scenarier/antagelser, der ligger i papiret
2) **MEDST/BM** må meget gerne forsøge at skønne over, hvor mange henholdsvis offentligt og privat ansatte vi får hjem baseret på nogle af de scenarier/antagelser, der ligger i papiret
3) **EM** må meget gerne forsøge at skønne over de erhvervsøkonomiske konsekvenser

baseret på nogle af de scenarier/antagelser, der ligger i papiret – og tænke over, hvordan vi tydeliggør behovet for fortsat aktivitet i »samfundskritiske brancher« (dagligvarebutikker mv.)

4) **Alle** må gerne overveje, hvilke aktører der vil skulle varsles, hvis nogle af idéerne skal føres ud i livet, og hvad processen herfor ville være
5) **Alle** må gerne overveje, hvilke nye lovhjemler der kan blive brug for på de enkelte ministerområder«

I forhold til det sidste punkt uddybes det i mødeindkaldelsen, at Justitsministeriet er tovholder på den samlede koordination af covid-19-hastelovgivningen, og at der vil blive nedsat en »lovgruppe«, som efter mødet i AC-gruppen vil blive indkaldt til særskilte »lovmøder.«

Statsministeriets forståelse af situationen den 10. og 11. marts 2020

Statsministeriets departementschef sender den 10. marts og natten til den 11. marts en række e-mail til sine departementschefkolleger. De e-mail giver et indblik i, hvordan hun og dermed pr. formodning Statsministeriet opfatter covid-19-situationen på dette tidspunkt.

Natten til den 10. marts sender departementschefen i Statsministeriet en e-mail til en kreds af departementschefer med emneangivelsen »De kommende dage.« Hun argumenterer i e-mailen for, at Danmark er der, hvor Italien var den 22. og 23. februar, og der indsættes et link til en artikel i B.T., som handler om, at flere sygehuse i Norditalien er ved at kollapse på grund af de mange covid-19-patienter. E-mailen indeholder bl.a. denne opfordring til departementschefkollegerne:

> »De næste dage bliver afgørende ift at formå i tide at have modet, agiliteten og handlekraften til uden tøven at træffe de rigtige beslutninger til at formindske og forsinke smitteudbredelsen mest muligt for at undgå at få kompromitteret kapaciteten på sygehusene. Og ikke mindst til effektivt at eksekvere på beslutningerne i virkeligheden.
> Det sidste bliver vi som kollektiv nødt til at kaste alle kræfter og al kreativitet i at lykkes med. Uden skelen til ressortfnidder og frigjort fra enhver form for silotænkning. [...]. Det er vigtigt, at vi alle besidder den samme sense of urgency - og sikrer, at vores respektive medarbejdere og samlede systemer også besidder sense of urgency i hele kæden ud til virkeligheden. Vi ER hastigt på vej op ad den eksponentielle kurve nu. Det er ikke længere noget, vi laver scenarier for eller planlægger for. [...] Men hvis vi allesammen gør, alt hvad vi kan, så hurtigt som vi overhovedet kan, skal det nok lykkes at bringe Danmark igennem de kommende svære dage og uger. Både målt i menneskeliv og i samfundsøkonomi.«

Vedhæftet e-mailen er en artikel fra Berlingske med overskriften »Italienske læger advarer hele Europa: Er I sikre på, at I har sengepladser nok?«

Om morgenen den 10. marts 2020 følger Statsministeriets departementschef op med denne besked til kredsen af departementschefer: »Vi vågner op til 156 smittede – som jo givet vokser markant i dag. Vi er snarere som Italien den 25. februar. Altså præcis for 14 dage siden.«

Kort efter midnat natten til den 11. marts sender departementschefen i Statsministeriet en e-mail til departementschefen i Justitsmini-

steriet med emneangivelsen »Pligtlæsning.« I e-mailen er indsat et link til en artikel i det lægefaglige tidsskrift The Lancet. Desuden er der til e-mailen vedhæftet en artikel, der bringes i Berlingske den 11. marts, og som har overskriften »Epidemiekspert: Vi burde have lukket for Norditalien tidligere.« Artiklen i Berlingske er bygget op om et interview med den tidligere direktør for Statens Serum Institut Niels Strandberg Pedersen, som bl.a. mener, at man allerede den 25. februar skulle have indført skærpet overvågning af alle rejsende fra det norditalienske område.

Artiklen i The Lancet har titlen »How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic«, og er publiceret den 9. marts 2020. I artiklen gennemgås først en række aspekter af covid-19-sygdommen, som man på det tidspunkt stadig mangler svar på, hvorefter artiklen primært handler om, hvilke tiltag regeringer kan og bør iværksætte for at flade kurven med antal smittede ud og forhindre overbelastning af sundhedssystemerne. I den forbindelse hævdes det i artiklen, at de kinesiske erfaringer viser, at karantæne, social distance og isolering af smittede personer effektivt kan dæmme op for smitten. I forbindelse med afbødning argumenteres der i artiklen bl.a. for følgende tiltag:[2]

> »Så det, der i øjeblikket står tilbage for at begrænse smitten, er frivillig og obligatorisk karantæne, stop for store forsamlinger, lukning af undervisningsinstitutioner eller arbejdspladser, hvor der er påvist smitte, samt isolation af husstande og mindre og store byer. Nogle af de erfaringer, der er gjort fra analyser af influenza A, gælder for COVID-19, men der er også forskelle. Social afstand reducerer det effektive reproduktionstal, R. Med en tidlig epidemisk værdi for R_0 på 2.5, ville social afstand skulle reducere smitten med omkring 60% eller mindre, hvis det iboende smittepotentiale falder i de varme sommermåneder på den nordlige halvkugle. Det er meget at bede om en reduktion i denne størrelsesorden, men det skete i Kina.«

Artiklen følger disse anbefalinger op med et klart forbehold over for nedlukning af skoler: »Det er usandsynligt, at skolelukninger, som er et vigtigt element i reaktionen på pandemisk influenza A, vil være effektive, idet der tilsyneladende er en lav smittespredning blandt børn, selvom der kun findes en begrænset mængde data.« Artiklen må samlet set læses som en klar opfordring til, at tiltag til afbødning iværksættes hurtigt og effektivt.

En times tid senere sender departementschefen i Statsministeriet en længere e-mail til alle sine departementschefkolleger. E-mailens emneangivelse er »Alle mand på dæk.« E-mailen er her gengivet i sin helhed, fordi den giver et indblik i den sygdoms- og situationsforståelse, som på dette centrale tidspunkt i covid-19-forløbet bliver formidlet fra Statsministeriet til det øverste embedsværk på tværs af centraladministrationen:

> »Kære alle
>
> Som det gerne skulle stå klart for alle, ser vi ind i et forløb de kommende dage - ikke uger, men dage - hvor vi har et fælles ansvar for at handle hur-

2 Oversat fra engelsk fra denne artikel: Anderson et al., »How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?«, The Lancet, vol. 395, issue 10228, s. 931-934, 2020.

tigt og effektivt. Det er en forudsætning for, at vi lykkes med at knække smittekurven, før vi ser scener som fra Norditalien, hvor folk dør på gangene, fordi der hverken er respiratorer eller personale nok til at holde liv i de mange, mange kritisk syge på én gang.

Det betyder, at den vigtigste prioritet for os alle - også jer, der ikke hidtil har været så belastede af Corona-epidemien - nu er at bidrage maksimalt for at føre Danmark bedst muligt igennem. Vi står på de første dage af den stejle eksponentielle kurve, vi har set ekstremt voldsomme konsekvenser af på ultrakort tid i Kina og Norditalien. Der er ingen som helst grund til, at virus ikke skulle agere på samme måde i Danmark som i Kina og Norditalien. Vi er ikke særligt immune over for den virus - hverken som individer eller som samfund. Den eneste forskel på os og Kina og Norditalien bliver, om vi som kollektiv formår at få smitteudbredelsen stoppet effektivt i tide, før sygehusene bryder sammen.

Og det går hurtigt. Det skete på en uge i Norditalien. Vi har derfor som sagt kun dage - ikke uger - at handle i med tilstrækkelig kraft til at knække smittekurven.

Norditalien havde tal som vores omkring den 25.-26. februar. Det er to uger siden. Nu betegner lægerne dernede det som en krigslignende situation. Og billederne taler for sig selv. Både fra hospitalerne og fra gaderne. Hele Italien er nu lukket ned for at undgå samme forløb i resten af landet. Det samme gjorde Kina som bekendt.

Risikoen er ikke at gøre for meget og for hurtigt - det er at gøre for lidt og for langsomt, herunder for inkrementelt. Det er en uvant situation for os som embedsmænd. Men det er dét god krisestyring går ud på. Handlepligt og forsigtighedsprincip - vel at mærke forsigtighed til fordel for menneskeliv. Hellere gøre for meget end for lidt.

Der har længe været et kæmpe arbejde i gang for at være beredte. Men vi går nu over i en ny fase, hvor forudsætningen for at lykkes er, at vi alle hver og én kaster os med fuld kraft ind i arbejdet. Tager ansvar for at tænke kreativt - og handle på jeres områder. Hjælper hinanden. Handler som kollektiv. Byder ind, tager fra, tænker med. Selvfølgelig under ordnede forhold og med tværgående dialog og koordination. Men det er nu, det gælder. I må ikke sidde og vente på, at andre får gode ideer på jeres områder, mens I laver sager, som i en normal situation ville være vigtige ;)

Hvis smittekurven skal bøjes af, skal vi som mennesker grundlæggende ikke færdes sammen - vi skal simpelthen have sat pause på vores normale samfundsliv og hverdag. Vi skal ganske enkelt undgå hinandens selskab.

Det er i al sin enkelthed dét, opgaven går ud på - vel at mærke på en måde, der gør det mest muligt hurtigt, omfattende og enkelt. Hvad der kan lade sig gøre i dialog behøver ikke vente på tvang. Jeg vil bede jer alle skimme disse tre artikler. Det tager få minutter, men er afgørende for, at vi allesammen er fuldt mentalt parate på helt præcis, hvor voldsomme skridt vi

bliver nødt til at tage på ganske kort tid. Det er tid, vi ikke har til at investere i at få et fælles billede af, hvad vi står over for…
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30522-5/fulltext?rss=yes
https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/coronavirus-cancel-everything/607675/

Det er JM, der koordinerer den samlede indsats. Mange af jer er allerede repræsenteret i AC-gruppen der. Men for nogles vedkommende hidtil mest som observatører. Nu er tiden inde til, at I alle læner jer ind. Husk det ikke handler om perfekte løsninger. Husk at skønhedsindtrykket er ligegyldigt, vi skal bare have adfærden ændret nu i alle de hjørner af landet, som vi hver især har ansvaret for. Og husk, at selv om der ikke måtte være hjemmel til at gennemtvinge noget, kan man stadig sagtens gribe knoglen og appellere til sine samarbejdspartnere i virkeligheden om nu at vise samfundssind og tænke med og tage ansvar. Alle gode ideer må meget gerne meldes ind til Johan[3] eller Lasse Boje[4] i JM i morgen. Hvis der er overload hos dem, må I meget gerne melde dem ind til mig. FM er selvfølgelig tæt involveret hele vejen ift økonomiske konsekvenser.

Vi har brug for at have alle mand m/k på dæk nu til at tænke med og handle. Jeg håber, I alle vil hjælpe til - vi får brug for jer.«

Lidt senere sender departementschefen i Statsministeriet en e-mail til Justitsministeriets departementschef. Emneangivelsen er »Transport«, og e-mailen er vedhæftet en artikel fra Ekstra Bladet, der handler om rejsende, der er frustreret over regeringens udmelding om, at man skal undgå offentlig transport i myldretiden for at inddæmme corona. Departementschefens konklusion er: »Se reaktionerne – var det samme i TV-avisen. Vi har ikke tid til at eksperimentere. Det må lukkes helt ned så. Så giver det også sig selv, at folk ikke kan komme på arbejde…«

NOST-mødet den 11. marts 2020

Den 11. marts kl. 12 er der NOST-stabsmøde vedrørende covid-19. Mødet varer til kl. 18. Lederen af NOST, Svend Larsen, ankommer forsinket til mødet på grund af hastemøde i AC-gruppen. Svend Larsen oplyser ifølge mødereferatet, at AC-gruppen er tilfreds med den NOST-indstilling om overgangen til afbødningsstrategi, som blev afleveret til Justitsministeriet dagen før, men at »… der fra politisk niveau var et ønske om at påbegynde planlægningen af et mere vidtgående scenarie.« Videre fremgår det af mødereferatet:

> »På AC-mødet kl. 10 i dag fik AC-gruppen en bestilling på planlægningen af et scenarie (Trin-3), hvor landet lukkes mere eller mindre ned. AC-gruppen fik også en bestilling på et bud på, hvad indholdet af en eventuel hastelovgivning skulle være. I et sådant scenarie

3 Departementschefen i Justitsministeriet.
4 Lederen af AC-gruppen.

ville alle gymnasiale og videregående uddannelser lukke ned sammen med offentlige kulturinstitutioner, frivillige foreninger mv. på den første dag. På dag to ville skoler lukke ned, og alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, ville blive bedt om at arbejde hjemmefra. Og der ville komme restriktioner på hospitals- og plejehjemsbesøg. På dag tre ville der blive indført forbud mod at samle mere end 100 personer indendørs og nye regler for indrejse i Danmark ville blive iværksat.

SL[5] understregede, at intet af det beskrevne var blevet besluttet, men at det var et scenarie, der skulle planlægges efter. SL oplyste videre, at han har opfordret AC-gruppen til at kontakte NOST med henblik på at drage nytte af alt det forarbejde, som allerede er lavet på området.

SL oplyste, at der politisk er fokus på, hvad der vil ske, hvis en stor del af den danske befolkning bliver nødt til at holde sig hjemme i 2-4 uger. SL oplyste, at 2 uger forventes at have en stor effekt i forhold til at flade sygdomskurven ud.«

Herefter får NOST-repræsentanterne en times tid til at overveje den nye situation, hvorefter NOST-mødet fortsætter med en runde med NOST-repræsentanternes umiddelbare kommentarer.

Derefter bliver NOST-repræsentanterne på mødet bedt om at forholde sig til ti udsagn, som Svend Larsen har med fra dagens møde i AC-gruppen. Kl. 16.30 samles repræsentanterne igen og kan nu kommentere på, hvad hvert af de ti udsagn betyder for deres respektive sektorer. De ti udsagn, som NOST-repræsentanterne bliver bedt om at forholde sig til, er gengivet i boks 9.4.

I mødereferatet er kortfattet gengivet NOST-repræsentanternes bemærkninger til de enkelte udsagn. Bemærkningerne har hovedsagelig en praktisk karakter. Det er også den type svar, der bliver efterspurgt, idet repræsentanterne ikke bliver bedt om at forholde sig til, hvorvidt de kan støtte udsagnene.

Som afrunding takker stabschefen for NOST for bemærkningerne og oplyser, at de skal indgå som et svarberedskab, og at det vil blive gjort klart, at »svarene er fra NOST og ikke et konsolideret myndighedssvar.«

Sundhedsstyrelsens og Statens Serum Instituts indstilling den 11. marts 2020

Om formiddagen den 11. marts sender departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet en e-mail til departementscheferne i Statsministeriet og Justitsministeriet: »Hvis de nye tiltag af 11.3. vil være begrænset til en kortere periode vil jeg på det kraftigste anbefale at I/vi inddrager overordnet sundhedsfaglig rådgivning før der træffes beslutning. Dette mest i forhold til om det er den rigtige periode vi sætter alt ting i stå.« Departementschefen i Statsministeriet svarer kort efter tilbage: »Ja, det siger sig selv.«

5 Svend Larsen, lederen af NOST.

Boks 9.4. Ti udsagn, som NOST-repræsentanterne får forelagt på NOST-mødet den 11. marts 2020

Udsagn 1: Nedlukning af gymnasiale og videregående uddannelser

Udsagn 2: Alle offentlige kulturinstitutioner, biblioteker og aktivitetstilbud lukker nu. Alle private udbydere og frivillige foreninger mv. opfordres kraftigt til at gøre det samme.

Udsagn 3: Alle offentlige og private arbejdspladser opfordres kraftigt til at sikre, at flest muligt arbejder hjemmefra, afspadserer eller afholder ferie nu, og at der alene afholdes fysiske møder mv., hvis det er absolut nødvendigt

Udsagn 4: Alle skoler og dagtilbud lukker på mandag. Der etableres alene den absolut nødvendige nødpasning. Det frarådes kraftigt, at børn tages med på arbejde eller passes af bedsteforældre.

Udsagn 5: Den kollektive trafik lukker ned på mandag.

Udsagn 6: Alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, sendes hjem på mandag.

Udsagn 7: Der indføres fra på [mandag] restriktioner i forhold til plejehjems- og hospitals-besøg.

Udsagn 8: Der indføres fra på [tirsdag] forbud mod at samle flere end 100 mennesker indendørs.

Udsagn 9: Der indføres fra på [tirsdag] mulighed for at lukke private aktivitetstilbud.

Udsagn 10: Der indføres fra på [tirsdag] nye restriktioner ved indrejse.

Kort efter sender Sundheds- og Ældreministeriets departementschef et billede af en skitse for nedlukningen til direktøren for Sundhedsstyrelsen, Søren Brostrøm, og til faglig direktør i Statens Serum Institut, Kåre Mølbak. Samtidig med at der om eftermiddagen den 11. marts afholdes stabsmøde i NOST, svarer Søren Brostrøm på departementschefens e-mail. Søren Brostrøm skriver, at Sundhedsstyrelsen ikke ud fra sundhedsfaglige grunde kan anbefale, at man i den nuværende situation foretager en »fuldstændig lukning af vuggestuer, børnehaver, dagtilbud, skoler mv.« Han fortsætter:

> »Dette er bl.a. baseret på at børn ikke er en væsentlig risikogruppe ift COVID-19 sygdom, og derfor heller ikke kan forventes at bidrage til smittespredning i betydende omfang. Vores vurdering er også baseret på en proportionalitetsvurdering af den forventede forebyggende effekt ift. de afledte effekter på kritiske samfundsfunktioner, herunder også sundheds- og ældreområdet, hvor personalet kan blive udfordret ift. varetagelse af arbejdsfunktioner, når der ikke er dagtilbud til deres børn.«

Vedhæftet e-mailen er den indstilling, som dagen før blev udarbejdet i regi af NOST. Med henvisning til den indstilling anfører Søren Brostrøm, at forlængelse af ferie og weekender kan overvejes ud fra en konkret vurdering af smittespredningens omfang, men det er »... vores sundhedsfaglige vurdering, at det er for

præmaturt at iværksætte sådanne tiltag på nuværende tidspunkt.« Som argument for sidstnævnte vurdering anfører Søren Brostrøm, at de tiltag, som er foreslået i indstillingen fra NOST, allerede vil føre til en »... betydelig opbremsning af samfundsfunktioner, offentlig omgang, varetagelse af funktioner på offentlige og private institutioner m.v. ...« Videre påpeger han, at »... en præmatur og betydelig reduktion af væsentlige samfundsfunktioner også kan have afledte konsekvenser ift. folkesundheden, f.eks. som følge af forsyningssituation, transport m.v.«

Søren Brostrøm kommer i sin e-mail til departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet også ind på konsekvenserne for aktiviteten i sundhedsvæsenet:

> »En forlængelse af f.eks. påskeferien i Danmark kan ud fra et sundhedsfagligt perspektiv indsættes på et tidspunkt, hvor vi fra sundhedsmyndighedernes side vurderer at smittespredningspotentialet har et omfang, der tilsiger et sådant tiltag. Dette kan f.eks. også omfatte nedlukning af elektive og ambulante funktioner i sundhedsvæsenet i en forlænget ferie, også på et tidspunkt hvor sundhedsvæsenet endnu ikke er udfordret af COVID-19 sygdomsbyrde, men ud fra et hensyn om at reducere mulig smittespredning blandt personale på sundheds- og ældreområdet, således at der kan indkaldes personale ved stor sygdomsbyrde. Det er dog vigtigt, at en sådan opbremsning ikke indsættes for tidligt, da der erfaringsmæssigt over tid vil opbygges en pukkel af elektive og sub-akutte patienter, som får forværrede gener, og derfor bliver konverteret til akut behandlingskrævende sygdom, f.eks. forværrede smertetilstande, blødningsforstyrrelser med falden blodprocent, galdesten med ophobede smerteanfald m.v. Der er således et hensyn til at holde fuld elektiv kapacitet i sundhedsvæsenet så længe som det er forsvarligt ift, et smitteforebyggende sigte.«

Søren Brostrøm afslutter e-mailen med følgende indstilling:

> »Det er på den baggrund vores sundhedsfaglige indstilling, at man afventer udmelding af yderligere tiltag ud over det i vedhæftede skitserede, indtil vi fra sundhedsmyndighedernes side vurderer, at det er hensigtsmæssigt. Ovenstående har været drøftet med fagdirektør, professor Kåre Mølbak, Statens Serum Institut.«

Der foreligger i det udleverede materiale ikke et skriftligt svar fra Kåre Mølbak. Men Statens Serum Institut har den 9. marts udarbejdet et tosiders »Notat om skift fra inddæmningsstrategi til afbødningsstrategi«, som ifølge Kåre Mølbaks egne optegnelser er oversendt til Sundhedsstyrelsen »med henblik på at indgå i den samlede plan for skift.« I notatet konstateres det, »at Danmark er på vej ind i en ny fase. Inddæmningen skal, så at sige, flyttes fra at være ved vore ydre grænser, til at forhale introduktionen i sygehuse og omsorgsinstitutioner, og der hvor ældre og sårbare mødes.« Der er i notatet oplistet flere tiltag, men ingen af disse omfatter nedlukning af offentlige institutioner. Det nærmeste er et forslag om, at »Forlænge påskeferie hvis der er smittespredning i samfundet på det tidspunkt.«

Kåre Mølbak deltager også i den pressebriefing om covid-19-situationen i Danmark, som en række myndigheder afholder den 11. marts om eftermiddagen. Der foreligger ikke udskrift fra pressebriefingen, men i Jyllands-Postens

reportage fra pressebriefingen citeres Kåre Mølbak for at udtale følgende:[6]

> »Overvågningen viser, at vi har ret godt styr på vores tilfælde. Vi har et fintmasket net, så vi finder tilfældene, og vi har ikke kendskab til personer, der er alvorligt syge, og kun ganske få er indlagt. Sammenlignet med andre lande kan det virke voldsomt [sidstnævnte henviser til den kraftige stigning i antallet af smittede]. Vi har set en voldsommere udvikling end andre lande, men det skyldes altså ikke smitte i Danmark, men et effektivt opsporingsarbejde af smittede.«

Samtidig med pressebriefingen, som Søren Brostrøm ikke deltager i, modtager Søren Brostrøm et kortfattet svar fra departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet på den e-mail, som Søren Brostrøm sendte til departementschefen tidligere samme dag (jf. ovenfor). Departementschefen skriver: »Som jeg hører det, er vi på vej mod en beslutning om 4 uger i streg dækkende perioden til og med påsken. I den forbindelse er det vel vanskeligt – ud fra et snævert sundhedsfagligt perspektiv – at se en negativ effekt af tiltaget. Proportionalitetsprincippet i de første uger har jeg således undladt og overladt til en regeringsbeslutning.«

Der er i det udleverede materiale ikke nogen uddybende forklaring på, hvad departementschefen mener med, at det ud fra et snævert sundhedsfagligt perspektiv er vanskeligt at se negative effekter af tiltaget. Det er heller ikke uddybet, hvorvidt departementschefens formulering om proportionalitetsprincippet skal forstås sådan, at han over for regeringen har undladt at videreformidle Sundhedsstyrelsens manglende opbakning til de foreslåede tiltag.

Den 11. marts kl. 13.53 sender en afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriet en e-mail til Kåre Mølbak og beder ham »sende en prognose for, hvornår det er mest virkningsfuldt at lukke ned.« Kåre Mølbak svarer kl. 15.25, at prognosen viser, at epidemien topper i uge 17, som begynder mandag den 20. april 2020, og han vedlægger et tosiders »Notat om intensivkapacitet i Danmark ud fra erfaringerne i Norditalien« dateret den 10. marts 2020. Notatet viser, hvad der betegnes som en »simpel matematisk prognose« baseret på de italienske data, men giver ikke anvisninger på, hvornår det er mest virkningsfuldt at lukke ned i Danmark.

Revideret oplæg til nedlukning den 11. marts 2020

Den 11. marts kl. 15.16 rundsender lederen af AC-gruppen et revideret oplæg til nye tiltag mod covid-19 til AC-gruppen. Det reviderede oplæg er gengivet i boks 9.5. I forhold til det udkast, der blev rundsendt dagen før (se boks 9.3), består ændringerne primært i en række præciseringer, f.eks. i forhold til hjemsendelse af offentligt ansatte, skoler og uddannelsesinstitutioner, den kollektive trafik og rejsevejledningerne med rød markering af alle lande.

Det oplyses, at eventuelle rettelser og kommentarer skal sendes senest kl. 16 samme dag, da oplægget kl. 16.30 skal sendes videre til brug for »regeringsdrøftelse« senere samme eftermiddag.

6 »Pressemøde med seneste nyt om coronavirus«, Jyllands-Posten, den 11. marts 2020.

Boks 9.5. Oplæg til nye tiltag mod covid-19, rundsendt kl. 15.16, onsdag den 11. marts 2020

Oplæg til nye tiltag mod COVID-19

Myndighederne arbejder fokuseret på at forsinke spredningen af COVID-19 i Danmark mest muligt og afbøde konsekvenserne af virussen, herunder beskytte særligt sårbare grupper. Antallet af smittede i Danmark stiger markant i disse dage og uger, og vi kommer meget snart til at se en udbredt og vedvarende smittespredning med stigende pres på sundhedsvæsenet til følge.

For effektivt af afbøde konsekvenserne af en COVID-19-epidemi i Danmark, herunder opretholde et fungerende sundhedsvæsen, er der behov for at tage drastiske tiltag, som sikrer, at danskerne i endnu højere grad end i dag undgår situationer, hvor mange personer opholder sig tæt sammen. Det vil få betydning for samfundet, herunder den offentlige service i bredere forstand, og dermed også for den enkelte danskers hverdag. Vi skal forberede os på et Danmark, der i en periode går langsommere.

Alle ungdomsuddannelser og videregående uddannelser mv. lukker

Alle ungdomsuddannelser og videregående uddannelser mv. lukker med øjeblikkelig virkning (foreløbigt frem til den 1. april 2020).

Alle kulturinstitutioner, biblioteker og fritidstilbud mv. lukker

Alle offentlige kulturinstitutioner, biblioteker, fritidstilbud og lignende indendørs aktiviteter lukkes med øjeblikkelig virkning (foreløbigt frem til den 1. april 2020). Alle private udbydere og frivillige foreninger mv. opfordres kraftigt til at gøre det samme.

Alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, sendes hjem

Alle offentlige arbejdsgivere opfordres kraftigt til med øjeblikkelig virkning at sende flest muligt medarbejdere hjem med henblik på at arbejde hjemmefra, alene afholde fysiske møder mv., hvis det er absolut nødvendigt, og i øvrigt sikre hensigtsmæssig adfærd på arbejdspladsen.

Alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, sendes fredag den 13. marts 2020 hjem (foreløbigt frem til den 1. april 2020). De pågældende skal så vidt muligt arbejde hjemmefra. Hvis det ikke er muligt, sendes vedkommende hjem med løn. Offentligt ansatte, der er sendt hjem, står fortsat til rådighed for arbejdsgiveren og vil i øvrigt kunne blive pålagt at bistå med varetagelsen af nødvendige samfundsfunktioner. Med kritiske funktioner sigtes der bl.a. til personale i sundhedssektoren, ældresektoren, politiet og området for socialt udsatte.

Det private arbejdsmarked

Alle private arbejdsgivere opfordres kraftigt til at sikre, at flest muligt arbejder hjemmefra, afspadserer eller afholder ferie, at der alene afholdes fysiske møder mv., hvis det er absolut nødvendigt, og at der tages øvrige relevante tiltag for at sikre hensigtsmæssig adfærd på arbejdspladsen. De private arbejdsgivere opfordres samtidig til at medvirke til at sikre opretholdelsen af den nødvendige forsyningsvirksomhed, herunder fødevareforsyningen, og dagligvaremarkedet mv.

Lukning af skoler og dagtilbud

Alle skoler og dagtilbud lukkes fra mandag den 16. marts 2020 (foreløbigt frem til den 1. april 2020). Der etableres alene den absolut nødvendige nødpasning med henblik på at understøtte de forældre, som på det offentlige eller private arbejdsmarked varetager kritiske funktioner. Forældre bør ikke tage børn med på arbejde, ligesom bedsteforældre ikke bør passe børn, hvis de pågældende på grund af alder eller helbred er særligt sårbare over for COVID-19.

Begrænset anvendelse af kollektiv trafik
Brugen af den kollektive trafik skal begrænses og spredes over mest mulig tid og kapacitet. Der er allerede taget tiltag for at sikre dette, herunder kørsel med større kapacitet. Der indføres nu pladsbilletkrav hos DSB på alle afgange på regional-, intercity og lyntog. Der indføres også med virkning fra den 16. marts 2020 ændrede rejsekortpriser i og uden for myldretid (differentierede priser).

Restriktioner i forhold til plejehjems- og hospitalsbesøg
Sygehuse og plejehjem mv. opfordres til med øjeblikkelig virkning at indføre skærpede restriktioner i forhold til besøg.

Forbud mod at samle flere end 100 mennesker indendørs
Regeringen fremsætter torsdag den 12. marts 2020 hastelovforslag, så der bl.a. kan indføres forbud mod at samle flere end 100 mennesker indendørs.

Hjemmel til lukning af natklubber, diskoteker, værtshuse mv.
Regeringen fremsætter torsdag den 12. marts 2020 hastelovforslag, så myndighederne bl.a. får mulighed for at lukke etablissementer, hvor mange personer opholder sig tæt sammen.

Udenrigsministeriet skærper sine rejsevejledninger
Alle lande og områder, der ikke allerede er »røde«, bliver med øjeblikkelig virkning »orange.«

Yderligere restriktioner ved indrejse i Danmark
Regeringen undersøger muligheden for at indføre yderligere restriktioner ved indrejse i Danmark. [Det gælder bl.a. mulighed for tvungen helbredsundersøgelse ved ankomst, mulighed for tvungen karantæne ved ankomst fra røde og orange områder, mulighed for afvisning af tredjelandsstatsborgere fra røde og orange områder ved grænsen samt mulighed for indførelse af nødbremse tilsvarende asylområdet.]

Ambassadeindberetninger den 10. marts 2020

Som redegjort for i kapitel 8 iværksætter Udenrigsministeriet i slutningen af februar på bestilling fra Statsministeriet indsamling af daglige indberetninger fra en lang række ambassader om, hvordan covid-19-situationen håndteres i de pågældende lande. Op imod den 11. marts er det efterhånden et temmelig fyldigt materiale med indberetninger, Udenrigsministeriet modtager og dagligt videreformidler til bl.a. Statsministeriet, AC-gruppen og NOST. Indberetningerne er som redegjort for i boks 8.2 i kapitel 8 inddelt i en række emner. Særlig interessant i lyset af det oplæg til nedlukning, som udarbejdes i regi af AC-gruppen den 10. marts, er de landeindberetninger, ministeriet denne dag modtager inden for kategorien »Lukning af skoler og institutioner.« Tiltag inden for denne kategori er som nævnt ikke en del af den indstilling om strategiskifte, som regeringen den 10. marts modtager fra den brede kreds af myndigheder, som er repræsenteret i NOST.

Tabel 9.1 er en sammenskrivning af de indberetninger, som Udenrigsministeriet den 10. marts 2020 modtager fra ambassaderne inden for kategorien »Lukning af skoler og institutioner.« Som det fremgår af tabellen, er det den 10. marts kun i Italien, Spanien og til dels Frankrig, der er indført omfattende lukninger af skoler og andre institutioner. I de andre lande er der enten truffet beslutning om, at skoler ikke skal lukke ned (Storbritannien og Sverige), eller der er tale om lokale, afgrænsede nedlukninger, sådan

som der også på det tidspunkt har været enkelte eksempler på i Danmark (jf. kapitel 3).

Få dage efter den 10. marts er der i de fleste andre europæiske lande gennemført omfattende lukninger af skoler og andre institutioner (jf. kapitel 4), men ambassadeindberetningerne fra den 10. marts viser, at den beslutning i de fleste andre lande ikke er gennemført på det tidspunkt, hvor oplægget til den delvise nedlukning af Danmark udarbejdes.

Tabel 9.1. Uddrag af ambassadeindberetninger den 10. marts 2020

Ambassade	Indberetning om »Lukning af skoler og institutioner«
Berlin	Lukning af flere skoler i enkelte byer i Tyskland. Nogle lukker resten af ugen andre i en længere periode.
Bryssel amb.	Intet nationalt initiativ til lukning af skoler – sundhedsministeren har tværtimod kommenteret, at skolelukning frarådes, herunder for at undgå at bedsteforældre passer skolebørnene i hjemmene. En Bruxelleskommunes borgmester har taget eget initiativ til skolelukning i kommunen, ligesom visse plejehjem og ældres hjem efter eget initiativ er blevet nægtet adgang for familie og uvedkommende. Intet kendskab til lukning af øvrige institutioner
Helsinki	Omkring 90 elever og lærere på en skole i Kangasala har været »udsat« for coronavirus og er derfor nu i karantæne. Skolen med samlet 500 elever vil være lukket en uge. En lærer på en skole i Helsinki er smittet, hvilket betyder at 60 elever og lærere herfra er i karantæne. Skolen er dog ikke lukket.
Haag	Pga. tiltaget i provinsen Brabant om at blive hjemme, hvis man føler sig syg/har milde symptomer såsom hoste og feber, har diverse skoler i provinsen været nødsaget til at lukke, fordi mange undervisere, men også børn, meldte sig syge. Skolerne lukker dermed ikke, fordi de får besked om det fra kommunen eller RIVM, men fordi de ikke kan stille med tilstrækkeligt mange amtsundervisere og derfor må sende børn hjem.
London	Regeringens krisestyringsudvalg (COBR) mødtes i går. Det er aktivt besluttet ikke at lukke skoler og institutioner. COBR mødes igen onsdag. Enkelte skoler og institutioner har været holdt lukket på eget initiativ.
Madrid	Tiltag i Madrid: alle skoler, daginstitutioner og universiteter lukker i foreløbig 15 dage. Tiltag i Baskerlandet: Skoler i områderne Vitoria og Labastida lukkes i 15 dage. To skoler er lukket i Baskerlandet – en beslutning taget af lokale myndigheder i Baskerlandet. I Madrid lukkes 213 fritidscentre for ældre (både offentlige og private) i mindst en måned. Ordren gælder ikke residentielle plejehjem og dagcentre, hvor der allerede er sat ind med styrkede tiltag.
Oslo	Bø kommune i Nordnorge med omkring 2.500 indbyggere har valgt at lukke sine skoler fra denne dag. Kommunen har ingen smittede med coronavirus, men ønsker at være på forkant. Derudover kender ambassaden ikke til lukninger, men det er afgørelser, som kan tages på lokalt niveau (356 kommuner i Norge). 9 skoler og 1 børnehave har haft coronatilfælde. De institutioner er derfor lukket.
Paris	De første bindende tiltag træder i kraft i departementerne Oise og Haut-Rhin med midlertidig lukning af institutioner. Alle børnehaver, skoler og gymnasier er således lukket i mindst 14 dage gældende fra mandag d. 9. marts. Dette gælder også for byen Mulhouse og kommunen Ajaccio. I departementet Morbihan har man kun lukket visse skoler. I alt 300.000 skolebørn er omfattet. Det anbefales generelt, at man ikke besøger plejehjem for at tage hensyn til svage grupper, og besøg på hospitaler er begrænset til én person per patient, imens småbørn og syge ikke bør besøge indlagte patienter.

Ambassade	Indberetning om »Lukning af skoler og institutioner«
Rom	Alle vuggestuer, børnehaver, skoler og universiteter er lukkede frem til den 3. april 2020. Lukninger af museer og andre kulturelle institutioner i hele landet.
Stockholm	Så længe der ikke er smittespredning mellem borgere i Sverige vurderer Folkhälsomyndigheten ikke, at der generelt er grund til at lukke skoler.
Tel Aviv	En skole er lukket (Brenner, syd for Tel Aviv) fra den 24. februar og 14 dage frem.
Warszawa	Nej ikke generelt, men lokale myndigheder kan beslutte at lukke skoler. Det er indtil videre sket i lidt mere end 10 tilfælde.
Washington	Flere skoler og højere læreanstalter på tværs af delstater har aflyst undervisning, og flere udbyder i stedet undervisning online.
Wien	Universitetet i Innsbruck i forbundslandet Tyrol indstiller foreløbigt undervisningen i lyset af SARS-CoV-2 situationen i Europa. En privatskole i Wien (Lycee Francais) lukkes i 14 dage fra og med mandag den 9. marts 2020 pga. bekræftet corona-virus smittetilfælde.

Note: Kun de oplysninger, som specifikt handler om lukning af skoler og institutioner, er medtaget i tabellen.

ECDC's risikovurdering den 12. marts 2020

Det europæiske agentur for forebyggelse og kontrol med sygdomme, ECDC, udgiver den 12. marts sin sjette rapport med risikovurderinger og anbefalinger om håndtering af covid-19. Som vist i boks 3.4 i kapitel 3 indeholder den forrige rapport fra den 2. marts 2020 forslag til lokale, proaktive nedlukninger af skoler og arbejdspladser. Rapporten fra den 12. marts kan læses sådan, at ECDC nu anbefaler mere generel brug af nedlukning af skoler til at begrænse smittespredningen. Rapporten understreger dog, at »effekten af en generel nedlukning af skoler på covid-19-smittespredningen er usikker.« Samtidig opfordrer ECDC i denne rapport til, at:

> »Før eller i stedet for skolelukninger bør sundhedsmyndighederne planlægge at reducere smittemulighederne på skolerne, mens børnene fortsat får undervisning på andre måder. Det kan f.eks. være i form af mindre skolegrupper, forøget fysisk afstand mellem børnene i klasseværelset, fokus på at vaske hænder og undervisning udendørs. I tilfælde af sygdom tilrådes i alle scenarier streng isolation af syge børn og personale derhjemme eller på behandlingssteder.«

ECDC-rapporten fra den 12. marts er relevant, fordi det ikke kan udelukkes, at de danske myndigheder har haft kendskab til rapportens indhold og anbefalinger, før rapporten offentliggøres den 12. marts. Dermed kan rapportens anbefalinger have spillet en rolle for den model for nedlukning, som udarbejdes og udmeldes i Danmark den 11. marts 2020. Der er imidlertid intet i det udleverede materiale, som tyder på, at ECDC-rapporten har haft betydning for nedlukningen i Danmark den 11. marts. Tilsyneladende er det først efter nedlukningen, rapporten knyttes sammen med regeringens beslutning den 11. marts. Den 15. marts sender Kåre Mølbak en e-mail til departementschefen og to afdelingschefer i Sundheds- og Ældreministeriet, hvori han med henvisning til et resumé af ECDC's anbefalinger fra den 12. marts skriver, at »de flugter godt med regeringens tiltag.«

Pressemøde i Statsministeriet den 11. marts kl. 20.30

Som redegjort for i kapitel 4 meldes den delvise nedlukning ud på et pressemøde i Statsministeriet onsdag den 11. marts kl. 20.30. Deltagerne på pressemødet er ud over statsminister Mette Frederiksen sundheds- og ældreminister Magnus Heunicke, rigspolitichef Thorkild Fogde, direktør for Udenrigsministeriets Borgerservice Erik Brøgger Rasmussen og Sundhedsstyrelsens direktør, Søren Brostrøm. I lyset af at Søren Brostrøm tidligere samme dag klart giver udtryk for, at han og Sundhedsstyrelsen ikke kan støtte væsentlige dele af de på pressemødet udmeldte tiltag, skal det oplyses, at det udleverede materiale ikke viser, om der i løbet af den 11. marts er pågået diskussioner om Søren Brostrøms deltagelse på pressemødet i Statsministeriet.

Der er helt op til pressemødets start hektisk aktivitet med at forberede mødet. Det foregår i to spor, som i praksis glider sammen, både når man ser på indholdet og på deltagerkredsen. Det ene spor er forberedelsen af det katalog af indgreb, som er gennemgået ovenfor. Det andet spor er forberedelsen af pressemødet, hvor statsministeren om aftenen vil fremlægge regeringens planlagte indgreb. Arbejdsgangen er den samme som forud for pressemødet dagen før. I en e-mail til AC-gruppens medlemmer sender lederen af AC-gruppen den 11. marts kl. 17.51 en »bestilling af beredskaber til brug for pressemøde i aften.« Dermed bliver der fulgt op på en bestilling fra Statsministeriet, der har sat en frist til kl. 19.30, men som beder om delrapporteringer inden udløbet af den korte frist.

Bestillingen til AC-gruppen specificerer emnemæssigt ret præcise bidrag fra Sundheds- og Ældreministeriet, Justitsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Finansministeriet, Erhvervsministeriet, Social- og Indenrigsministeriet og Klima-, Energi- og Forsyningsministeriet. Bidragene indgår som grundlag for et notat med forberedte spørgsmål og svar, som alle relaterer sig til statsministerens fremlæggelse af nedlukningsplanen på pressemødet og til de enkelte foranstaltninger, som indgår i den.

Statsministeren henviser i sin indledning på pressemødet til udviklingen i Italien og føjer til, at: »Vi har som myndigheder, borgere og som land lige nu én opgave, der er vigtigere end alle andre: Vi skal undgå, at for mange danskere bliver smittet på én gang. Som det er sket i Italien. […] Og derfor intensiverer myndighederne indsatsen for at afbøde og forsinke smitten i Danmark.«

Statsministeren henviser i den sammenhæng til:

> »den sundhedsfaglige smitteanalyse«, som »er, [at] der er én ting, der virker imod smitten. Og det er, at vi mennesker ikke omgås hinanden for meget. […]. Vi skal sætte ind, hvor det virker. Der, hvor smitten spredes mest, Og det er, hvor mennesker forsamler sig. Der, hvor mange mennesker er samlet - daginstitutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, aktivitetstilbud, arrangementer, kollektiv trafik. Og derfor er det myndighedernes anbefaling, at vi lukker al unødvendig aktivitet ned på de områder i en periode. Vi anlægger med andre ord et forsigtighedsprincip.«

På pressemødet forholder Sundhedsstyrelsens direktør, Søren Brostrøm, sig primært til den forestående omstilling af sundhedsvæsenet. Han forklarer bl.a., at de nye tiltag indebærer et skift fra den hidtidige inddæmningsstrategi til en afbødningsstrategi, »sådan at vi fokuserer på dem, der har allermest behov.«

I den efterfølgende spørgerunde uddyber Søren Brostrøm:

> »Og nu er vi altså i den situation, som sundhedsmyndighederne også sagde tidligere på dagen. Nu begynder antallet af smittede også at være af en sådan kaliber, at den strategi, der har været forfulgt indtil nu, ikke længere er holdbar, og vi bliver nødt til at prioritere ressourcerne på en anden måde, hvad angår sundhedsvæsenet.«

»Vi har«, fortsætter han:

> »dybest set tre ben, vi skal gå på i forhold til sundheds- og ældreområdet. Vi skal tage os af coronaudfordringen. Vi skal tage os af alle de andre patienter, fordi kritisk livstruende sygdomme, kræftsygdomme, hjertesygdomme, børn, gravide, der skal føde og så videre, holder ikke op med at komme ind i sygehusvæsenet. Og så skal vi passe på de medarbejdere, vi har i sundheds- og ældreområdet. Så der skal vi gå på tre ben.«

På et opfølgende spørgsmål uddyber Søren Brostrøm:

> »Det, vi gør, er selvfølgelig, at vi er i meget tæt dialog med ledelsen i regioner og sygehuse i forhold til, hvilke faglige kriterier, man skal prioritere efter. Men, jeg tror, det er vigtigt at sige, man aflyser ikke folks operation, man udskyder den. Det, tror jeg, er rigtig vigtigt at sige. Og det er klart, der ligger en lægefaglig prioritering der, som er rigtig hård, fordi der er jo en grund til, at folk står og venter på en operation, og det kan være, de har smerter eller andre grunde til det. Så der skal vi selvfølgelig som national sundhedsmyndighed sørge for, at det sker relativt ensartet og på nogle gode faglige grundlag på tværs af landet. Og det er en dialog, vi tager med regioner og sygehusdirektører, sådan at der kommer nogle nationale udmeldinger, men det vil stadig være en konkret lægefaglig vurdering at lave den prioritering.«

På pressemødet annoncerer statsministeren også, at regeringen dagen efter vil fremsætte forslag til hastelovgivning i Folketinget, og at hun forud for pressemødet har været i kontakt med såvel partilederne som Folketingets formand herom. Denne hastelovgivning er behandlet i kapitel 10.

Sammenfatning

Den 11. marts 2020 beslutter regeringen at skifte fra en svag inddæmningsstrategi til en hård afbødningsstrategi, som den ønsker udmøntet hurtigst muligt. Det står på det tidspunkt klart, at der ikke er kontrol over smittespredningen i Danmark. Samtidig eskalerer situationen i Italien med nedlukninger i hele landet og stort pres på sundhedsvæsenet i de hårdest ramte, nordlige regioner af landet.

De vidtrækkende tiltag, der bliver meldt ud på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020, formuleres og besluttes 1-2 døgn før udmeldingen. Det skriftlige grundlag for regeringens beslutning den 11. marts begrænser sig i hovedsagen til et knap tosiders dokument med oversigt over tiltagene (se boks 9.5). Man kan i tilbageblik se tidligere spor til beslutningerne, bl.a. Statsministeriets bestilling fra den 4. marts på ambassadeindberetninger om f.eks. »Lukning af skoler og andre institutioner«, »Forsamlingsrestriktioner« og »Ny lovgivning med

henblik på øgede myndighedsbeføjelser«, men det udleverede materiale tyder ikke på, at der i en bredere kreds af aktører bliver taget aktivt stilling til disse indgreb før tidligst den 9. marts.

Sundhedsstyrelsen støtter et strategiskifte og har i hvert fald siden den 5. marts forsøgt at få offentliggjort et notat, der giver en række forslag til en afbødningsstrategi (jf. kapitel 8). Det notat offentliggøres den 10. marts og er i øvrigt stort set identisk med det forslag til strategiskifte, som indstilles af den nationale operative stab, NOST, den 10. marts. Baseret på det udleverede materiale er det udredningsgruppens vurdering, at det oplæg, som udarbejdes i regi af NOST den 10. marts, er det oplæg, som på det tidspunkt har opbakning fra den bredeste kreds af myndigheder. Regeringens beslutning går dog væsentligt længere og lægger op til en hurtigere udmøntning. Især nedlukningen af daginstitutioner og skoler støttes ikke af Sundhedsstyrelsen, ligesom styrelsen mener, at flere af tiltagene bør afvente, hvordan smittespredningen i Danmark udvikler sig i ugerne efter den 11. marts.

Det er i dette kapitel sandsynliggjort, at den grundlæggende skitse til den mere vidtgående model for nedlukning hverken bliver udtænkt i AC-gruppen, i NOST eller i Sundhedsstyrelsen. Der er også meget, der tyder på, at den ikke er udtænkt af Statens Serum Institut. I kombination med den tætte styring og kontrol af covid-19-håndteringen, som Statsministeriet udøver fra og med den 27. februar, tyder fraværet af alternative ophav til nedlukningsplanen på, at den plan for nedlukning, som udmeldes på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts i al væsentlighed er konciperet i Statsministeriet.

Det er endvidere udredningsgruppens indtryk, at det helt frem til den 10. og 11. marts, stadig i regeringen og blandt de centrale embedsmænd anses som en mulighed at vente med at iværksætte de nye tiltag og restriktioner. Det har på det udleverede, skriftlige grundlag ikke været muligt for udredningsgruppen at identificere, præcis hvilke faktorer der udløser, at den delvise nedlukning iværksættes den 11. marts, men det er i dette kapitel vist, at i hvert fald Statsministeriet med departementschefen i spidsen den 10. marts vurderer, at der er behov for vidtrækkende og øjeblikkelige tiltag.

Kapitel 10

Hastelovgivning og grænselukning

På pressemødet den 11. marts 2020 annoncerer statsministeren, at regeringen dagen efter vil fremsætte forslag til hastelovgivning i Folketinget. Det drejer sig om en ændring af den gældende epidemilov. Dette lovforslag, som bliver forsynet med en solnedgangsklausul, indeholder en lang række bemyndigelser til navnlig sundheds- og ældreministeren, men også andre ministre.

I kapitlet gennemgås den beslutningsproces, som leder frem til fremsættelsen af forslaget til ændring af epidemiloven den 12. marts 2020 for Folketinget og til forslaget om endnu en revision af loven den 31. marts 2020. Der fremsættes også andre covid-19-relaterede lovforslag i dagene efter den 11. marts, men de bliver ikke taget op til nærmere behandling i denne udredning.

Bemyndigelserne i den nye epidemilov er som nævnt mange, og der bliver med hjemmel i dem udstedt en række bekendtgørelser i den efterfølgende tid, jf. tabel 4.5 i kapitel 4. Antallet og omfanget af disse bekendtgørelser er så stort, at det ikke er muligt inden for rammerne af denne udredning at analysere tilblivelsen af dem alle. Der er i stedet udvalgt tilblivelsen af to bekendtgørelser til nærmere analyse. Det drejer sig om bekendtgørelse nr. 219 af 17. marts 2020 om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) og bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19).

Det hævdes ikke, at tilblivelsen af de to bekendtgørelser er repræsentativ for tilblivelsen af de mange andre covid-19-relaterede bekendtgørelser i denne periode. De to bekendtgørelser er udvalgt, fordi de for det første rører ved meget væsentlige forhold i forbindelse med håndteringen af covid-19-krisen, og fordi de for det andet regulerer forhold, som adskiller sig væsentligt fra hinanden. De er derfor centrale illustrationer af de problemstillinger, som knytter sig til den udstrakte brug af bemyndigelser i ændringerne af epidemiloven, som Folketinget vedtager den 12. og 31. marts 2020.

Fokus i dette kapitel er på den ministerielle forberedelse, imens Folketingets behandling af lovforslagene er genstand for analyse i kapitel 15. Der er desuden en række problemstillinger af retlig karakter, som knytter sig til

såvel revisionen af epidemiloven som bekendtgørelserne. Et udvalg af disse problemstillinger bliver analyseret i kapitel 12.

I dette kapitel behandles desuden regeringens beslutning om grænsekontrol fra den 13. marts og beslutningen om at forlænge den midlertidige nedlukning frem til den 13. april 2020.

Den første revision af epidemiloven

Epidemiloven bliver ændret to gange i løbet af foråret 2020. Den første og største revision af loven sker ved lovforslag nr. L 133 fremsat og vedtaget af Folketinget den 12. marts 2020 med ikrafttræden den 17. marts 2020.

I Sundheds- og Ældreministeriet er der i samspil med Statsministeriet i slutningen af februar overvejelser om en mindre ændring af epidemiloven, som skal udvide mulighederne for at iværksætte foranstaltninger for at inddæmme smitte ved at gøre det muligt at påbyde isolation af personer, der er mistænkt for at være smittet med en alment farlig sygdom, og forbyde visse offentlige arrangementer m.v. Sundheds- og Ældreministeriet udarbejder også et forslag herom, der på det tidspunkt dog ikke kommer videre. Sagen bliver efter alt at dømme behandlet på mødet i regeringens sikkerhedsudvalg den 27. februar 2020.

Forslaget bliver af Sundheds- og Ældreministeriet den 5. marts 2020 fulgt op af et notat til Statsministeriet, der indeholder et »overblik over forslag til lovændringer for at sikre myndighedernes handlemuligheder og effektiv ressourceudnyttelse i ifbm. håndtering af COVID-19.« Notatet lægger i lighed med den første skitse op til at udvide epidemikommissionernes handlemuligheder, bl.a. gennem påbud om isolation og tvangsmæssig karantæne. Sundheds- og Ældreministeriet lægger i den sammenhæng op til en inddragelse af Justitsministeriet og Forsvarsministeriet i arbejdet. Der bliver ikke her lagt op til en grundlæggende revision af den gældende epidemilov.

Forberedelsen af den første revision af epidemiloven finder i realiteten sted hen over ganske få dage, hvor hovedindsatsen ligger i dagene den 10.-11. marts 2020. Det er også først på dette tidspunkt, at der sker en markant udvidelse af lovforslaget.

Den 8. marts rundsender Sundheds- og Ældreministeriet notatet dateret den 5. marts, som viser, hvilke forslag til lovændringer ministeriet ser for sig. Det er i denne version stadig epidemikommissionerne, der skal have udvidede handlemuligheder og beføjelser, og altså ikke sundheds- og ældreministeren, sådan som det bliver i det lovforslag, der fremsættes til hastebehandling i Folketinget den 12. marts 2020.

På det møde i en kreds af departementschefer, som afholdes den 8. marts, og som også har været omtalt i kapitel 8 og 9, bliver spørgsmålet om hastelovgivning behandlet. Det fremgår af en opsamling på mødet, som samme dag rundsendes til AC-gruppen. I opsamlingen står der under punktet »Øvrigt«: »Evt. hastelovgivning – dialog opstartes mandag den 9. marts (SUM/JM).«

Som nævnt i kapitel 9 er der også en henvisning til arbejdet med hastelovgivningen i den e-mail, som lederen af AC-gruppen sender til AC-gruppen den 10. marts kl. 15.52. Heri fremgår det, at Justitsministeriet er tovholder på den samlede koordination af covid-19-hastelovgivningen, og at der vil blive nedsat en »lovgruppe«, som efter mødet i AC-gruppen dagen efter, den 11. marts, vil blive indkaldt til særskilte »lovmøder.«

Den 11. marts 2020 kl. 12.32 rundsendes i regi af AC-gruppen en e-mail, der viser, at man på

dette tidspunkt stadig arbejder med indholdet af det lovforslag, der fremsættes den 12. marts 2020:

> »I forlængelse af mødet i dag bedes alle ministerier snarest melde forslag til lovændringer i lyset af COVID 19-situationen til [...], med kort angivelse af 1) formål, 2) hvor kritisk ændringen er, og 3) hvornår ændringen senest bør være gennemført. Vi sender snarest en overordnet beskrivelse af den lovgivningsmæssige ramme, som SUM og JM i fællesskab arbejder på, ift. forslaget til i morgen.«

Derudover oplyses det i e-mailen, at hvis der er tale om ændringer, som er »bydende nødvendige at gennemføre med det lovforslag, der fremsættes og forventeligt vedtages i morgen«, bedes man ringe direkte til den ansvarlige afdelingschef i Justitsministeriet.

Lovforslaget[1] indebærer flere ændringer af epidemiloven, der går væsentlig videre end de ændringer, som Sundheds- og Ældreministeriet havde lagt op til overvejelse i de foregående 2 uger:

1. En række beføjelser i epidemiloven, der tidligere tilkom de regionale epidemikommissioner, bliver overført til sundheds- og ældreministeren, der også bliver bemyndiget til at overlade udøvelsen af ministerens beføjelser i loven til andre myndigheder.
2. Samtidig bliver eksisterende beføjelser udvidet og nye beføjelser vedtaget, herunder navnlig i form af bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren, eventuelt efter forhandling med andre ministre, om at fastsætte mere udførlige regler, hvilket i vidt omfang er sket efter lovens ikrafttræden. Det gælder f.eks. hjemmel til fastsættelse af regler om forsamlingsforbud og regler om tvangsvaccination for andre sygdomme.
3. Lovforslaget indebærer endvidere en ændring af reglerne om erstatning for tab påført som følge af visse forebyggende foranstaltninger iværksat efter loven for at hindre udbredelse af smitsomme og andre overførbare sygdomme. Det fulgte tidligere af epidemilovens § 27, at hvis der i forbindelse med de forebyggende foranstaltninger, der iværksættes i medfør af epidemilovens kapitel 3 for at hindre udbredelse af smitsomme og andre overførbare sygdomme, påføres nogen tab, har vedkommende krav på erstatning herfor fra det offentlige. Efter ændringen kan sundheds- og ældreministeren til brug for gennemførelse af foranstaltninger efter loven eller regler fastsat i medfør heraf iværksætte ekspropriation af privat ejendom mod fuldstændig erstatning til den eller de berørte ejere.
4. Lovforslaget foretager endvidere enkelte ændringer i lovens bestemmelser om straf, herunder i form af en bestemmelse om, at selskaber m.v. (juridiske personer) kan ifalde straf efter reglerne i straffelovens kapitel 5.

Lovforslaget lægger op til vedtagelse med en solnedgangsklausul, der indebærer, at epidemiloven med de foretagne ændringer i sin helhed ophæves den 1. marts 2021, medmindre Folketinget forinden ved en ændring af loven forlænger gyldighedsperioden.

1 Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.) fremsat den 12. marts 2020, jf. Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat.

Forberedelsen af den første ændring af epidemiloven sker som nævnt særdeles hurtigt og i et tæt samarbejde mellem Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet, hvor det i høj grad er sidstnævnte, der står for udarbejdelsen af lovforslaget, herunder for indarbejdelsen af bidrag fra andre ministerier.

Sundheds- og Ældreministeriets styrelser er derimod ikke inddraget i lovforberedelsen, men de får udkastet til lovforslag til høring med ganske kort frist. Det sker ved en e-mail sendt den 11. marts kl. 10.25, som giver Sundheds- og Ældreministeriets styrelser en frist på 2 timer til vurdering af forslaget og besvarelse af høringen. Sundhedsstyrelsen svarer samme dag kl. 14.08:

> »Sundhedsstyrelsen har ikke haft mulighed for at foretage en grundig sundhedsfaglig vurdering af det foreslåede, indenfor den angivne tidsfrist. Men vi finder umiddelbart, at det aktuelle COViD-19 udbrud ikke kan begrunde sådanne væsentlige ændringer i epidemiloven, idet de forebyggelsesmæssige hensigter ift. smittespredning mere hensigtsmæssigt kan fremmes indenfor anden gældende lovgivning eller øvrig lovgivning. Vi kan støtte en revision og modernisering af epidemiloven, f.eks. med udgangspunkt og inspiration i den svenske Smittskyddslag, men dette kræver mere tid til udarbejdelse af fagligt bidrag. Med en lovændring som skitseret må vi genoverveje rimelighed og indhold i vores tidligere fremsendte indstilling af 27. februar 2020, se vedhæftede mail.«

Henvisningen til indstillingen af 27. februar 2020 refererer til indstillingen om covid-19's optagelse på liste B og udnyttelsen af § 10 i epidemiloven (jf. kapitel 7).

Statens Serum Institut meddeler, at de ikke har bemærkninger til lovforslaget. Derimod afgiver Styrelsen for Patientsikkerhed et ret differentieret svar, som bl.a. rejser spørgsmålet om styrelsens handlemuligheder under den nye lov, ligesom styrelsen under henvisning til overvejelser i sundhedsfaglige kredse om en nedskalering af covid-19, således at den ikke længere er optaget på liste B, spørger til, hvilke foranstaltninger der så kan sættes ind over for covid-19. Endelig spørger styrelsen: »Bør det ikke af forslaget til § 8, stk. 2 (hvis det medtages) fremgå, at beslutning tages efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen?«

Udkastets § 8, stk. 2, giver sundheds- og ældreministeren kompetence til at iværksætte tvangsmæssig vaccination med henblik på at minimere udbredelsen af andre sygdomme i befolkningen. Formålet hermed er at nedbringe antallet af andre patienter i sundhedsvæsenet. Man kan antagelig konkludere, at Styrelsen for Patientsikkerhed i forsigtige vendinger i høringssvaret placerer sig på linje med Sundhedsstyrelsen over for Sundheds- og Ældreministeriets departement.

Forslaget til denne første revision af epidemiloven bliver uden offentlig høring fremsat og enstemmigt vedtaget den 12. marts med ikrafttræden den 17. marts 2020, jf. lov nr. 208 af 17. marts 2020. Af en e-mail-korrespondance den 15. marts 2020 mellem departementerne i Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet fremgår det, at man i Justitsministeriet er blevet opmærksom på »… at ordførerne ikke blev orienteret specifikt om SSTs »høringssvar« under lovbehandlingen.« En afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriet skriver ligefrem i en orientering den 15. marts 2020 af en række

ledende medarbejdere i departementet i Sundheds- og Ældreministeriet, at Justitsministeriet er »... halvt i panik over SSTs manglende opbakning til regeringens udmeldinger.« Der overvejes forskellige modeller for en hasteorientering af ordførerne om sagen, men det fremgår ikke af materialet, hvordan situationen ender med at blive håndteret.

Kapitel 15 behandler som nævnt Folketingets behandling af lovforslaget, men udredningsgruppen har ikke haft mulighed for at gå ind i, hvilken information der bliver viderebragt til Folketinget på de lukkede samråd, der bliver afholdt med sundheds- og ældreministeren den 12. marts 2020 i forbindelse med behandlingen af lovforslaget.

Midlertidig lukning af de danske grænser

Som det fremgår af kapitel 9, var spørgsmålet om indrejserestriktioner del af de interne oplæg til den delvise nedlukning, som bliver meldt ud på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020. I det oplæg, der cirkulerer den 11. marts om eftermiddagen, står der blot, at »Regeringen undersøger muligheden for at indføre yderligere restriktioner ved indrejse i Danmark« (se boks 9.5 i kapitel 9), og der bliver ikke meldt retningslinjer ud om disse restriktioner på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020. Det bliver der derimod på et pressemøde i Statsministeriet to dage efter, den 13. marts 2020.[2] På pressemødet deltager foruden statsministeren, justitsministeren, udenrigsministeren og rigspolitichefen. I forhold til indrejserestriktioner siger statsministeren på pressemødet:

> »Fra i morgen klokken 12, der lukker de danske grænser midlertidigt. Det vil stadig være muligt, og det vil være helt nødvendigt at transportere fødevarer til Danmark, medicin og andre forsyninger, som er for eksempel nødvendig for vores industriproduktion. Men alle turister, alle rejser, alle ferier og alle udlændinge, der ikke kan bevise, at de har et anerkendelsesværdigt formål med indrejse til Danmark. De vil fremover blive afvist på den danske grænse. Danske statsborgere kan altid komme ind i Danmark.«

Allerede den 7. februar 2020 bliver der udarbejdet en tosiders »Notits om myndighedernes mulighed for i visse situationer at forhindre udlændinge i at indrejse i Danmark af hensyn til den offentlige sundhed.« Det er imidlertid først efter mødet den 8. marts 2020 blandt en kreds af departementschefer, at der iværksættes et fokuseret arbejde med modeller for grænselukning. Af en opsamling på dette møde rundsendt i AC-gruppen står der under punktet »Øvrigt«: »Der udarbejdes oplæg om eventuelle indrejserestriktioner (lukning af grænser, indrejseforbud, karantæne mv.), inkl. oplysninger om nye rejsemønstre og tiltag i lufthavne mv. – frist mandag den 9. marts.« Arbejdet forankres i Justitsministeriet og Udlændinge- og Integrationsministeriet.

Dagen før, den 7. marts 2020, har direktøren for Borgerservice i Udenrigsministeriet orienteret medlemmer af AC-gruppen om, at:

> »Vi får henvendelser fra danskere som kommer hjem fra de orange områder, særligt Norditalien, og undrer sig over,

2 Der gives på dette pressemøde også en markant udmelding om, at alle sygehuse i Danmark samme dag har fået besked på at lukke ned for al normal aktivitet i sundhedsvæsenet. Den udmelding behandles i kapitel 13.

> at italienere fortsat kommer til København og kan tage direkte med metroen til Tivoli. Entydigt ikke konsistent når danskerne skal blive hjemme i 14 dage og vil være noget som borgere med rette kan synes vi skal gøre noget ved.«

Den 9. marts sender Udlændinge- og Integrationsministeriet to notater til Statsministeriet. Det ene notat har også Justitsministeriet som afsender, og er en firesiders »Notits om myndighedernes mulighed for i visse situationer at forhindre udlændinge i at indrejse i Danmark af hensyn til den offentlige sundhed.«[3] Det er en udvidelse og viderebearbejdning af notitsen fra den 7. februar, jf. ovenfor. Notitsen omhandler, hvorvidt det er muligt for myndighederne i visse situationer at forhindre udlændinge i at indrejse i Danmark både via den ydre Schengengrænse og den indre Schengengrænse med henblik på at beskytte den offentlige sundhed. Notitsen gennemgår i den forbindelse tre modeller: 1) Udstedelse af et generelt indrejseforbud, 2) afvisning ved grænsen og 3) den østrigske model. Sidstnævnte handler om, at tredjelandsstatsborgere er forpligtiget til at fremvise autoriseret lægecertifikat forud for indrejse til Østrig.

Notitsen indeholder ikke en klar indstilling i forhold til de tre modeller. De følgende dage arbejdes der videre med notitsen, og det er især modellen med »afvisning ved grænsen«, der fokuseres på. Interessen for den model forstærkes angiveligt den 12. marts, hvor der kommer indberetninger fra ambassaden i Oslo om, at man i Norge har strammet reglerne for indrejse.

Den 12. marts 2020 gør direktøren for Borgerservice i Udenrigsministeriet sine kolleger i AC-gruppen opmærksom på en række nye problemstillinger, som skiftet fra inddæmning til afbødning har medført. I en e-mail sendt ved middagstid den 12. marts 2020 skriver han bl.a.:

> »Med skiftet i strategi fra inddæmning til afbødning har Sundhedsstyrelsen ikke længere en opfordring om at blive hjemme i 14 dage for personer, der kommer retur fra områder med særlig smitterisiko=røde lande. Sundhedsstyrelsen har telefonisk forklaret, at vedligeholdelse af listen over områder med særlig smitterisiko er ressourcekrævende, og at de grundet strategiskiftet allokerer deres indsats til anden side. De tilbyder dog fortsat at orientere os om områder, hvor der er særlig smitterisiko, men systematikken og frekvensen er uvis. Listen over områder med særlig smitterisiko er således heller ikke længere på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. Den liste har hidtil defineret de områder/lande, hvor rejsevejledningerne er i rød - fraråder alle rejser. UM har således som udgangspunkt ikke længere noget grundlag for at have lande i rød, og som det pt. er tilfældet på vores hjemmeside forklare, at lande er i rød, fordi man skal i 14 dages karantæne ved hjemkomst. Det giver, som vi forstår det sundhedsfagligt mening ikke længere at anbefale bestemte grupper 14 dages karantæne. Men vurderingen er, at det kan være politisk svært at forklare, at vi tillader danskere (og andre) at komme fra fx Ischgl og så - så længe de er symptomfrie - acceptere at de går frit rundt. Og er der ikke nogen grund til røde lande/områder falder

3 Det andet notat fra den 9. marts 2020 har kun Udlændinge- og Integrationsministeriet som afsender, og det omhandler »Mulighed for at give afslag på visum af hensyn til den offentlige folkesundhed.«

> også sammenhængen til flyforbud og potentielt yderligere mulige indrejserestriktioner […]«

Dagen efter følger departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet op med en anmodning til Statens Serum Institut om at genoptage den daglige udarbejdelse af listen over lande og områder, som skal kunne tilgås af Udenrigsministeriet og fremover indgå i beslutningen om, hvilke lande der skal være »i rødt.« Statens Serum Institut svarer, at de straks vil genoptage det arbejde, og at Udenrigsministeriet vil modtage den første rapport den følgende dag, den 14. marts 2020.

Den 12. marts 2020 foreligger der et nyt notat fra Justitsministeriet og Udlændinge- og Integrationsministeriet. Det har overskriften »Afvisning ved de indre grænser.« I dette notat argumenteres der for, at i det omfang Sverige og/eller Tyskland ikke har truffet eller først væsentligt senere træffer beskyttelsesforanstaltninger med henblik på at inddæmme spredningen af covid-19 i et omfang, der svarer til de foranstaltninger, der er eller meget snart vil blive truffet i Danmark, vil der kunne ske afvisning af udlændinge, der indrejser fra Sverige og/eller Tyskland. Det vil ifølge notatet kunne ske:

> »… i medfør af udlændingelovens § 28, stk. 1, jf. stk. 3, under henvisning til hensynet til den offentlige sundhed, idet de ved deres ophold i Danmark risikerer at modvirke de beskyttelsesforanstaltninger, der er truffet i Danmark, selv om de i forbindelse med deres ophold her i landet vil være underlagt restriktioner, der svarer til dem, der gælder for danske statsborgere.
>
> Med henblik på at sikre den fornødne proportionalitet bør indrejsende med et anerkendelsesværdigt formål (f.eks. arbejde i Danmark, besøge alvorligt syge eller døende familiemedlemmer i Danmark, agere omsorgsperson for mindreårige børn i Danmark) dog tillades indrejse i Danmark, medmindre vedkommende udviser sygdomstegn, som f.eks. hoste, er febril eller lignende. Hvis en person derimod ikke har et sådant anerkendelsesværdigt formål, kan den pågældende afvises ved grænsen. For at iagttage proportionalitetsprincippet bør der være mulighed for at kunne afkræfte formodningen om, at de risikerer at modvirke beskyttelsesforanstaltninger i Danmark, f.eks. ved fremvisning af en ny lægeerklæring, hvoraf det fremgår, at vedkommende ikke er smittet med Covid-19.«

Det bemærkes desuden i notatet, at »der ikke foreligger sammenlignelige fortilfælde, hvorfor ovennævnte vurdering er forbundet med en procesrisiko.«

Sent om aftenen den 12. marts 2020 sendes udkast til notat til kommentering hos Sundheds- og Ældreministeriet/Sundhedsstyrelsen, og man udbeder sig specifikt kommentarer til formuleringen om betydningen af de forskellige beskyttelsesforanstaltninger i Danmark, Tyskland og Sverige og til kravet om at kunne fremvise en ny lægerklæring. Tidligt om morgenen den 13. marts 2020 svarer Sundhedsstyrelsen. Af svaret fremgår, at styrelsen ikke mener, at man kan stille krav om, at forebyggelsestiltagene skal være nøjagtig som i Danmark, og »… det er væsentligt at vurdere, om det er fagligt begrundede forebyggelsestiltag.« I forhold til spørgsmålet om krav om lægeerklæring anfører Sundhedsstyrelsen bl.a., at »En lægeerklæring vil hele tiden blive forældet, da du kan have fået en lægeerklæring den ene dag og alligevel være

smittet og derfor udvikle symptomer den næste dag.«

Som det fremgår ovenfor, deltager direktøren for Sundhedsstyrelsen ikke på pressemødet i Statsministeriet den 13. marts 2020, hvor den midlertidige grænselukning bliver meldt ud. I et presseberedskab i Justitsministeriet fra den 14. marts er imidlertid gengivet en række citater fra Søren Brostrøm til nyhedsbureauet Ritzau samme dag. Han gør det ifølge disse citater klart, at grænselukningen ikke sker på anbefaling fra Sundhedsstyrelsen.

Forlængelse af nedlukningen og anden revision af epidemiloven

Den delvise nedlukning, som bliver udmeldt den 11. marts 2020, gælder i første omgang til den 30. marts 2020. På et ministermøde den 22. marts 2020 drøftes det, hvorvidt de iværksatte midlertidige tiltag skal forlænges, og der er også lagt op til at drøfte nye initiativer og yderligere tiltag i forhold til covid-19-håndteringen.
På mødet deltager de faste medlemmer af regeringens koordinationsudvalg, dvs. statsministeren, finansministeren, udenrigsministeren, justitsministeren og skatteministeren. Derudover deltager sundheds- og ældreministeren, erhvervsministeren og beskæftigelsesministeren på mødet den 22. marts 2020.

I mødematerialet indgår en række bilag til brug for diskussionen af en forlængelse af de iværksatte midlertidige tiltag, se boks 10.1.

Boks 10.1. Bilag, som indgår i materialet til brug for ministermødet den 22. marts 2020

- Bilag 1: Dashboard, som viser udviklingen i en række indikatorer, som regeringen følger i udviklingen af covid-19.
- Bilag 2: Vurdering af det aktuelle smittetryk i Danmark (Statens Serum Institut).
- Bilag 3: Status på covid-19 med særlig fokus på intensiv kapacitet (Sundhedsstyrelsen).
  - Bilag 3.1: Prognose og kapacitet for intensiv kapacitet.
  - Bilag 3.2: Udkast til rapport fra Sundhedsstyrelsen.
- Bilag 4: De økonomiske effekter ved forlængelse af afbødningstiltag (Finansministeriet).
- Bilag 5: Tab af passagerindtægter i den kollektive trafik (Transport- og Boligministeriet).
- Bilag 6: Vilkår for offentligt ansatte ved eventuel forlængelse af hjemsendelsesperioden (Skatteministeriet, Finansministeriet og Beskæftigelsesministeriet).
  - Bilag 6.1: Frihedsformer.
- Bilag 7: Situationsbilledet i større byer, detailhandel m.v. (Justitsministeriet).
- Bilag 8: Udkast til faktaark ved forlængelse af de iværksatte tiltag.
- Bilag 9: Tidshorisont for tiltag i relation til covid-19 i EU og andre relevante lande pr. 20. marts 2020.
- Bilag 10: Økonomiske tiltag i andre lande pr. 20. marts 2020 (Udenrigsministeriet).

Note: I parentes er angivet den myndighed, der står som ansvarlig for bilaget.

I bilag 2, som er udarbejdet af Statens Serum Institut, og som er dateret den 20. marts 2020, er vurderingen, at:

> »Såfremt den nuværende indsats fortsætter, er det Statens Serum Instituts vurdering, at reproduktionstallet vil kunne reduceres med 30 til 50%. Dette vil have en betydelig positiv effekt på den forventede belastning af sygehusene. En forudsætning for dette er dog, at perioden med nedsat kontakt i

> samfundet forlænges ud over den 30. marts 2020. En anden forudsætning er, at befolkningens opmærksomhed på situationen fastholdes gennem foråret, således at de eksisterende råd og anbefalinger efterleves.«

Også det statusnotat fra Sundhedsstyrelsen, som er dateret den 22. marts 2020 og indgår som bilag 3 i mødematerialet, må læses på den måde, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at de midlertidige tiltag forlænges efter den 30. marts. Notatet afrundes med denne opfordring:

> »Samlet set er det således utroligt vigtigt at fastholde et stort fokus på forebyggende tiltag, der kan reducere smittespredningen i det danske samfund, særligt med fokus på sårbare grupper, og som kan forventes at have en positiv effekt på den forventede belastning af sygehusene. Samtidig er det af afgørende betydning, at vi fortsætter med at opruste det samlede sundhedsvæsen til at imødegå den betydelige udfordring vi forventer at se i de kommende måneder, hvor sundhedsvæsenets ressourcer skal prioriteres til de patienter, der har allermest behov.«

Der foreligger ikke referat fra ministermødet den 22. marts 2020, men dagen efter, den 23. marts 2020, meldes det ud på et pressemøde i Statsministeriet, at den delvise nedlukning forlænges til og med anden påskedag, dvs. mandag den 13. april, jf. også kapitel 4.

Justitsministeriet udarbejder i dagene fra den 19. marts til den 22. marts 2020 flere dokumenter om yderligere tiltag til håndteringen af covid-19. Dokumenterne indgår tilsyneladende i drøftelser på ministermødet den 22. marts 2020. Flere af dokumenterne omhandler indførelse af udgangsforbud i forbindelse med bekæmpelse af smitte med covid-19. Et af disse dokumenter, der er stilet til Statsministeriet, indeholder en redegørelse for rammerne for at indføre og udforme et udgangsforbud, »hvis det måtte blive nødvendigt i indsatsen mod udbredelse af smitte med COVID-19.« Der udarbejdes også en oversigt over brug af udgangsforbud i andre lande, og der udarbejdes egentlige forslag til bestemmelser om udgangsforbud, der kan indsættes i et lovforslag om revision af epidemiloven. Der rejses i disse dokumenter og i den håndakt, der udarbejdes til brug for justitsministeren i forbindelse med ministermødet den 22. marts 2020, flere argumenter imod indførelse af udgangsforbud, og der foreligger ikke nogen indstilling om at indføre den mulighed i epidemiloven.

Justitsministeriet udarbejder også et tresiders dokument om »Mulige yderligere tiltag for at bekæmpe smitte med COVID-19.« Dokumentet er dateret den 22. marts 2020 og indgår angiveligt også i materialet til ministermødet samme dag. Dokumentet redegør først for yderligere tiltag, som kan gennemføres inden for den lovgivning, der er gældende den 22. marts 2020, hvorefter der redegøres for tiltag, som vil kræve ny lovgivning.

Inden for rammerne af den da gældende epidemilov peger Justitsministeriet på, at følgende tiltag kan tages: 1) Lukning af flere butikker i detailhandlen og 2) begrænsninger af offentlig transport. Derudover oplister Justitsministeriet yderligere tiltag, som vil kunne tages, hvis der gennemføres en ændring af epidemiloven. Det drejer sig om:

- Udvidelse af forbuddet mod forsamlinger.
- Mulighed for at begrænse færden og ophold i bestemte områder (»opholdsforbud«).
- Udvidelse af forbuddet mod at holde lokaler åbne for offentligheden.

Notatet om »Mulige yderligere tiltag for at bekæmpe smitte med COVID-19« afsluttes med en redegørelse for muligheden for at gennemføre lovændringen som hastelovgivning. Notatet indeholder ikke en indstilling om, hvor vidt en eventuel lovændring bør gennemføres som hastelovgivning.

Samme aften giver sundheds- og ældreministeren en tilbagemelding fra ministermødet til en kreds af ledende medarbejdere i Sundheds- og Ældreministeriet. Ifølge tilbagemeldingen igangsættes forberedelse af et muligt udgangsforbud, men »kun til at have i skuffen«, og der er ifølge tilbagemeldingen ikke truffet beslutning om at bruge den mulighed. Desuden giver tilbagemeldingen indtryk af, at der på mødet er blevet drøftet indførsel af rejserestriktioner henover den forestående påske, men ikke truffet beslutning om det.

Om aftenen den 22. marts 2020 konstaterer en afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriet: »Kan forstå, at vi tager endnu en hastebehandling i FT med ændring af epidemiloven i den kommende uge«, og dagen efter oversender Sundheds- og Ældreministeriet sit foreløbige bidrag til »hastelovforslaget« til Justitsministeriet.

Det fremgår ikke af det udleverede materiale, hvorfor regeringen beslutter sig for, at den anden revision af epidemiloven også skal hastebehandles. Den 26. marts 2020 fremsætter sundheds- og ældreministeren imidlertid forslag nr. L 158 til lov om ændring af epidemiloven (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med COVID-19 m.v.), der bliver enstemmigt vedtaget den 31. marts 2020 og senere kundgjort som lov nr. 359 af 4. april 2020. Ændringen indebærer en udvidelse af flere af de beføjelser, der er indført ved den første ændring af epidemiloven. Desuden præciseres visse af lovens bestemmelser. Endelig skal ændringen af loven, som det taktfuldt er beskrevet i bemærkningerne til lovforslaget, rette op på nogle uhensigtsmæssigheder, som knytter sig til den første revision af loven. Det drejer sig om reglerne i relation til udmåling af straf og til klageadgang på områder, hvor sundheds- og ældreministeren delegerer sin kompetence til andre myndigheder, men hvor ministeren ikke vurderes at være den bedst egnede til at behandle klager over disse myndigheder.

Den 25. marts 2020 kl. 10.23 sender Sundheds- og Ældreministeriet udkast til L 158 til høring hos de tre relevante styrelser i ministeriet. Svarfristen er samme dag kl. 13.00. Samme aften afgiver Sundhedsstyrelsen et ret udførligt svar, hvor styrelsen generelt fastholder sine tidligere sundhedsfaglige vurderinger og på dette grundlag knytter specifikke bemærkninger til enkelte bestemmelser i lovforslaget og ministeriets bemærkninger hertil. Sundhedsstyrelsen skriver bl.a.:

> »Sundhedsstyrelsen noterer, at man lovgivningsmæssigt bl.a. vil skærpe bestemmelser vedr. størrelse af forsamlinger, adgang til udendørs anlæg samt adgang til visse institutioner m.v.
>
> Sundhedsstyrelsen vil i den anledning, med henvisning til Sundhedsstyrelsens rådgivning ang. anvendelse af epidemilovens § 10 af 15. marts 2020, gentage sin tidligere vurdering, baseret på den bedst tilgængelige videnskabelige dokumentation, at under en afbødningsstrategi er de mest effektive tiltag til at hindre smittespredning adfærdsmæssige tiltag i den brede befolkning såsom opprioritering af hygiejne, selvisolation af personer med symptomer på luftvejsinfektioner bredt set, samt generelle tiltag til at hindre tætheden af mennesker i det

> offentlige rum, fx i offentlig transport, herunder øget brug af hjemmearbejde og aflysning/udskydelse af arrangementer med større forsamlinger.
>
> Sundhedsstyrelsen understreger i denne forbindelse, at der ikke ud fra sundhedsfaglig dokumentation kan fastsættes en øvre grænse for et bestemt antal deltagere i en forsamling, men vil foreslå at man anlægger en mere kvalitativ tilgang, hvor myndighederne konkret vejleder om hvordan forsamlinger, arrangementer mv. kan gennemføres forsvarligt ud fra sundhedsfaglige råd.«

Styrelsen for Patientsikkerhed knytter i sit kortfattede svar nogle specifikke bemærkninger til styrelsens rolle, således som den tegner sig efter lovændringen. Statens Serum Institut meddeler, at de ikke har bemærkninger til forslaget.

Udmøntning af den reviderede epidemilov

Ændringerne af epidemiloven med ikrafttræden den 17. marts og den 4. april 2020 består i vidt omfang af bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren. Det samme gælder de ændringer i anden lovgivning, som er relateret til covid-19, og som også bliver gennemført i foråret 2020 inden for Sundheds- og Ældreministeriets såvel som andre ministeriers områder. Tabel 4.5 i kapitel 4 giver en oversigt over lovgivningen, de bemyndigelser, der er indeholdt i den, og antallet af udstedte bekendtgørelser frem til og med april 2020.

Udstedelsen af bekendtgørelser sker generelt i et meget presset tidsforløb. Det kan være baggrunden for, at mange af de først udstedte bekendtgørelser siden løbende bliver erstattet af ændringsbekendtgørelser.

Lovgivningens karakter af bemyndigelseslovgivning bliver generelt begrundet med hensynet til myndighedernes behov for fleksibilitet. Det sker, for så vidt angår ændringen af epidemiloven, med disse ord i indledningen til de generelle bemærkninger til forslaget til første revision af loven:

> »For at inddæmme og forebygge udbredelsen af COVID-19 og andre smitsomme sygdomme i Danmark foreslår regeringen derfor, at bestemmelserne i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven) gøres mere fleksible ved at fastsætte en række bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren og ved at indføje en række nye beføjelser.«[4]

Derefter opregner bemærkningerne de foreslåede bemyndigelser.

Ved fremsættelsen den 26. marts 2020 af forslaget til den anden revision af epidemiloven begrunder sundheds- og ældreministeren ikke den udstrakte brug af bemyndigelser nærmere. Han henviser i stedet til, at »Regeringens altoverskyggende hovedprioritet er fortsat at afbøde de alvorlige konsekvenser af spredningen af COVID-19 i det danske samfund mest muligt. Det er helt afgørende, at samfundet og myndighederne er rustet til at udføre opgaven

4 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 7.

og modvirke yderligere udbredelse af Coronavirussygdom 2019.«[5] Problemstillingen bliver ikke yderligere berørt i forarbejderne. Men som det fremgår af kapitel 15 bliver denne problemstilling genstand for betydelig opmærksomhed under Folketingets behandling af lovforslaget.

En gennemgang af de to lovforslag med bemærkninger viser generelt, at bemærkningerne i hovedsagen består i en gengivelse af de foreslåede bemyndigelser uden mere udførlige redegørelser for hverken behovet og begrundelsen for de enkelte bemyndigelser eller den forventede anvendelse af dem. De bliver, som det er fremgået af fremstillingen ovenfor, til under et betydeligt tidspres. Arbejdsdelingen ser her ud til at være, at Sundheds- og Ældreministeriets departement udformer bemærkningerne om gældende ret, altså den hidtidige lovgivning, mens Justitsministeriet står for udformningen af forslag til ny lovgivning og bemærkningerne hertil.

Ændringerne i epidemiloven i marts-april 2020 overfører de beføjelser, der i den hidtidige lov lå hos epidemikommissionerne, til sundheds- og ældreministeren. Udmøntningen af bemyndigelserne dels i epidemiloven, dels i anden lovgivning, ofte under andre ministerier, sker fra midten af marts 2020 og frem. Den lægger i lighed med de andre foranstaltninger, som er udløst af indsatsen mod covid-19, et stærkt arbejdspres på ministerierne. Der er dermed et betydeligt koordinationsproblem. Hvordan det præcist bliver løst, lader sig ikke afgøre. Men AC-gruppen (jf. kapitel 6), der har en afdelingschef fra Justitsministeriet som leder, spiller en afgørende rolle i samordningen. Det gælder specielt i ugerne efter vedtagelsen af den første ændring af epidemiloven, hvor der bliver udstedt et betydeligt antal bekendtgørelser.

Arbejdet med forberedelsen af de mange bekendtgørelser foregår i et samspil mellem ministerierne og deres styrelser, specielt styrelserne under Sundheds- og Ældreministeriet. Justitsministeriet spiller også i den sammenhæng en central rolle som koordinator i forhold til andre ministerier, og alle bekendtgørelser bliver konciperet i et samarbejde mellem embedsmænd i Sundheds- og Ældreministeriet, andre ministerier, som har bemyndigelser til udmøntning, og ikke mindst Justitsministeriet.

Det fremgår også, at udkast til bekendtgørelser i vid udstrækning passerer Statsministeriet til godkendelse, inden den enkelte minister formelt udsteder dem. Det er usædvanligt.[6] Der er i alle tilfælde tale om rene ministerielle arbejdsgange, idet den eksterne høringsprocedure, i lighed med hvad der gælder for covid-19-lovgivningen, som udgangspunkt er suspenderet, jf. dog nedenfor om indkaldelsen af bidrag fra Danske Regioner og KL til indholdet af bekendtgørelse nr. 219. Det samme ser man i forhold til Dansk Erhverv og Horesta forud for udstedelsen af bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forsamlingsforbud, jf. nedenfor.

Hovedlinjen er således, at udmøntningen af den nye lovgivnings mange bekendtgørelser bliver forberedt internt i ministerierne under Justitsministeriets ganske tætte koordination, og at normale procedurer for udmøntning af bekendtgørelser, således som de er beskrevet i Justitsministeriets vejledning om udarbejdelse af administrative forskrifter, herunder navnlig i

5 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 158 som fremsat, s. 4.

6 Jf. Jørgen Grønnegård Christensen et al., »Når embedsmænd lovgiver«. Djøf Forlag, 2020.

forhold til ekstern høring, i betydelig udstrækning bliver fraveget.[7]

Som nævnt ovenfor er der udvalgt to bekendtgørelser. For at tydeliggøre, hvad den udstrakte bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren og en række andre ministre indebærer, gives der i dette afsnit en redegørelse for indholdet af de to bekendtgørelser og for beslutningsprocessen, der går forud for udstedelsen af bekendtgørelserne.

De to bekendtgørelser er Sundheds- og Ældreministeriets bekendtgørelse nr. 219 af 17. marts 2020 om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet og ministeriets bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af covid-19. For så vidt angår bekendtgørelsen om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet, fokuseres der i det følgende særligt på suspension af patientrettigheder i forbindelse med behandling på sygehus.

Bekendtgørelsen om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af covid-19

Bekendtgørelsens indhold

Sundheds- og ældreministeren udsteder den 17. marts 2020 bekendtgørelse om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) med hjemmel i epidemilovens § 12 d, stk. 1, der blev skrevet ind ved ændringen af loven den 17. marts 2020.[8]

Epidemilovens § 12 d, stk. 1, gør det muligt for sundheds- og ældreministeren at fastsætte regler om fravigelse af visse forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige, når det er nødvendigt for at sikre kapacitet til behandling og pleje af personer, der er smittet med en alment farlig sygdom, og de pågældende forpligtelser og rettigheder må anses for at være af mere underordnet betydning i forhold til det nævnte kapacitetsbehov.

Formålet med bekendtgørelsen er efter dennes § 1 at sikre, at der på det regionale sundhedsområde og det kommunale sundheds-, ældre- og socialområde kan foretages den nødvendige prioritering af den behandlings-, pleje- og personalemæssige kapacitet i forbindelse med håndteringen af covid-19.

Bekendtgørelsen angiver, hvilke offentlige forpligtelser og privates rettigheder der kan fraviges i forbindelse med håndteringen af covid-19, og under hvilke betingelser. Den indeholder regler om fravigelse af regler om regionale behandlingstilbud m.v., der er nærmere beskrevet nedenfor, om kommunale forebyggelses- og behandlingstilbud m.v., om kommunale plejetilbud m.v. og om frister for afgivelse af attester.

Bekendtgørelsens § 2, der omhandler regionale behandlingstilbud, fastslår i stk. 1, at regionsrådet på baggrund af en samlet vurdering af

7 Den gældende vejledning er fra 1987. En ny vejledning har i flere år været under forberedelse, jf. Justitsministeriets høring over »Udkast til Vejledning om udarbejdelse af administrative forskrifter«, offentliggjort på Høringsportalen december 2019.

8 Bekendtgørelsen blev ændret den 28. marts 2020, jf. bekendtgørelse nr. 301 af 28. marts 2020 om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19), og den 4. april 2020, jf. bekendtgørelse nr. 364 af 4. april 2020 om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19). Der blev herved føjet nye områder til, inden for hvilke der kunne ske en fravigelse af det offentliges forpligtelser og privates rettigheder. Endvidere udgik bestemmelsen om den manglende klageadgang ved bekendtgørelsen af den 4. april 2020. Bekendtgørelsen er senere blev ændret flere gange.

regionens samlede behandlings- og personalekapacitet kan prioritere denne kapacitet til udredning og behandling af patienter med akutte og livstruende sygdomme, herunder patienter med covid-19, der har behov for sygehusbehandling, herunder intensiv behandling, eller til iværksættelse og bemanding af andre foranstaltninger i direkte relation til udredning og behandling af patienter med covid-19, herunder indsatser vedrørende logistik, særlige hygiejneforanstaltninger m.v.

Regionsrådet kan efter bekendtgørelsens § 2, stk. 2, på baggrund af den ovenfor beskrevne vurdering beslutte at udskyde planlagte og fremtidige undersøgelser, behandlinger, indkaldelser m.v., herunder at se bort fra tidsfrister og kadencer efter de i bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 1-5, angivne bestemmelser i sundhedsloven og regler fastsat i medfør heraf. Bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 1, vedrører forebyggende helbredsundersøgelser ved alment praktiserende læge til børn under den undervisningspligtige alder, dog undtaget undersøgelser i barnets første leveår, jf. sundhedslovens § 63, mens sundhedslovens bestemmelser angivet i bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 2-5, omhandler sygehusbehandling. Disse bestemmelser omtales i det følgende.

Efter bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 2, kan der ske fravigelse af sundhedslovens § 82 a, stk. 1, 2. pkt., om udvidet frit sygehusvalg i forbindelse med diagnostiske undersøgelser til brug for praktiserende læger og speciallæger. Sundhedslovens § 82 a, stk. 1, giver mulighed for, at en person, der til brug for udredning hos alment praktiserende læger og speciallæger er henvist til diagnostisk undersøgelse på sygehus, f.eks. en scanning eller en røntgenundersøgelse, kan vælge at blive undersøgt på et af de private sygehuse, klinikker m.v., som Danske Regioner har indgået aftale med om behandling af patienter (private aftalesygehuse), hvis bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller samarbejdssygehuse.

Også retten til hurtig udredning efter sundhedslovens § 82 b kan fraviges, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 3. Retten til hurtig udredning indebærer, at personer, der er henvist til udredning på sygehus, har ret til udredning inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. § 82 b, stk. 1. Såfremt det ikke er muligt at udrede personen inden for 1 måned, skal regionsrådet efter bestemmelsens stk. 2 inden for samme måned udarbejde en plan for det videre udredningsforløb.

Endvidere kan retten til udvidet frit sygehusvalg efter sundhedslovens § 87, stk. 1-3, fraviges, jf. bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 4. Retten til udvidet frit sygehusvalg efter § 87, stk. 1, betyder, at en person, som er omfattet af retten til hurtig udredning efter § 82 b, jf. ovenfor, kan vælge at blive helt eller delvis udredt på et privat aftalesygehus, hvis bopælsregionen af kapacitetsmæssige årsager ikke inden for 1 måned kan tilbyde personen endelig udredning ved egne sygehuse eller samarbejdssygehuse. Hvis bopælsregionen af faglige årsager ikke inden for 1 måned kan tilbyde en henvist person endelig udredning ved egne sygehuse eller samarbejdssygehuse, kan personen vælge at få dele af udredningsforløbet, hvor ventetiden forlænges af kapacitetsmæssige årsager, udført på et privat aftalesygehus. Efter sundhedslovens § 87, stk. 2, kan en person, der er henvist til sygehusbehandling og udredt, vælge at blive behandlet på et privat aftalesygehus, hvis bopælsregionen ikke inden for 1 måned kan tilbyde behandling ved egne sygehuse eller samarbejdssygehuse. Den nævnte frist gælder fra det tidspunkt, hvor patienten er udredt. I de tilfælde, hvor patienten er udredt, regnes fristen fra modtagelsen af henvisningen. Sundhedslovens § 87, stk. 3, indebærer, at en person, som har fået tilbudt en dato

for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus, kan vælge at blive behandlet på et privat aftalesygehus, hvis regionsrådet ændrer datoen.

Efter bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 5, kan sundhedslovens § 90 om oplysningspligt ved henvisning til sygehus fraviges. Sundhedslovens § 90, stk. 1, forpligter regionsrådet til, senest 8 hverdage efter at et af rådets sygehuse har modtaget henvisning af en patient eller har udredt en patient, at oplyse patienten:

1. om dato og sted for undersøgelse eller behandling, og om patienten kan tilbydes diagnostisk undersøgelse, udredning eller behandling inden for den gældende frist,
2. om retten til at vælge sygehus,
3. om ventetiden på behandling på regionens egne og andre regioners sygehuse og på private specialsygehuse m.fl.,
4. om, at patienten ved henvendelse til sygehuset kan få oplyst antal behandlinger, der foretages på de i nr. 3 nævnte sygehuse, og
5. om, at sygehuset tilbyder at henvise patienten til et andet sygehus efter fritvalgsreglerne.

I medfør af § 90, stk. 2, skal regionsrådet senest 8 hverdage efter ændring af dato for kirurgisk behandling på et regionalt sygehus oplyse patienten om retten til udvidet frit sygehusvalg efter § 87, stk. 3.

Regionsrådet skal efter bekendtgørelsens § 2, stk. 5, løbende vurdere nødvendigheden af de ovenfor beskrevne beslutninger efter § 2, stk. 2, og om betingelserne efter § 2, stk. 1, fortsat er opfyldt. Beslutninger efter stk. 2 skal ophæves straks, når betingelserne i stk. 1 ikke længere er opfyldt.

Bekendtgørelsen indeholder enkelte regler om sagsbehandling og klageadgang. Det følger heraf bl.a., at patienter og borgere, som berøres individuelt af beslutninger og afgørelser truffet i medfør af bekendtgørelsen, skal informeres direkte om beslutningen eller afgørelsen, om baggrunden for denne og om, hvor den pågældende kan henvende sig, såfremt den pågældendes behov ændrer sig. Information kan gives mundtligt, men informationen skal kunne dokumenteres. Bekendtgørelsen fastslår i § 13, at afgørelser og beslutninger truffet efter bestemmelser i bekendtgørelsen ikke kan påklages.

Bekendtgørelsens § 14, stk. 2 og 3, fastslår, at bekendtgørelsen skulle ophæves den 1. juli 2020, dog først den 1. januar 2021, for så vidt angår bekendtgørelsens § 2, stk. 2, nr. 3 og 4, der er omtalt ovenfor.

Beslutningsprocessen

Bekendtgørelsen, som for en periode begrænser borgernes rettigheder på sundheds- og ældreområdet, bliver til i en tidsmæssigt presset beslutningsproces. Den bliver indledt med vedtagelsen af ændringerne i epidemiloven den 12. marts 2020. Dens gyldighed er i første omgang begrænset til den 1. juli 2020, dog den 1. januar 2021 for enkelte bestemmelser i bekendtgørelsen, men gyldighedsperioden er siden udvidet. Tabel 10.1 rummer en sammenfattende beskrivelse af en ret kompliceret beslutningsproces med mange aktører og mange samspilsrelationer, som bliver afviklet inden for et tidsrum af 4 dage.

Tabel 10.1. Beslutningsforløbet forud for udstedelse og revision af bekendtgørelse nr. 219 af 17. marts 2020 om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af coronavirussygdom 2019 (COVID-19)

Hjemmel: epidemilovens § 12 d, stk. 1

Roller	Aktører	Forløb
Koordination	AC-gruppen	Overordnet proceskoordination.
Ansvarligt ministerium	Sundheds- og Ældreministeriet	Konciperer bekendtgørelse, gennemfører og reviderer bekendtgørelse.
Bidrag	Social- og Indenrigsministeriet Transport- og Boligministeriet Justitsministeriet Statsministeriet	Bidrag vedr. sociale område og boligområdet. Lovteknisk gennemgang, inkl. materielle bemærkninger til materielle regler. Begrænsning af kræftscreeningsprogrammer.
Eksterne forhandlingsparter	Danske Regioner (DR) Kommunernes Landsforening (KL)	DR og KL indmelder behov og ønsker, som gennemgående imødekommes.
Høring	Ingen generel høring Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed	Lydhørhed over for visse brugerorganisationer. Substantielle kommentarer.
Gennemførelse	Sundheds- og Ældreministeriet	Udarbejder notat om forståelse af bekendtgørelsen til offentliggørelse og internt Q/A-notat.
Senere tilpasninger	Sundheds- og Ældreministeriet	Bekendtgørelse nr. 301 af 28. marts 2020 og Bekendtgørelse nr. 364 af 4. april 2020 reviderer bekendtgørelsen.[1]
Tilblivelsesperiode	Proces indledt den 13. marts 2020. Det sker efter, at det opgives at regulere rettighederne ved en ændring af sundhedsloven.	Proces afsluttet den 16. marts 2020. Forståelsesnotat og Q/A-notat udarbejdes i dagene op til den 19. marts 2020, som ajourføres i takt med revisioner.

Kilde: Bygger på materialet udleveret til udredningsgruppen.
[1] Der sker senere uden for udredningens undersøgelsesperiode yderligere ændringer af bekendtgørelsen.

Det er Sundheds- og Ældreministeriet, der står som koncipist og udsteder af bekendtgørelsen. Da bekendtgørelsen regulerer forhold, som er omfattet af lovgivning, som henhører under andre ministeriers ressort, indhenter ministeriet bidrag fra først og fremmest Social- og Indenrigsministeriet. Samtidig har Justitsministeriet (jf. kapitel 6), en koordinerende rolle i covid-19-håndteringen, hvormed ministeriets bidrag rækker ud over en teknisk gennemgang i gængs forstand. Det kommer frem i Justitsministeriets bemærkninger til Sundheds- og Ældreministeriets udkast, som også går på

materielle forhold i form af hensigtsmæssigheds- og nødvendighedsbetragtninger.

Kernen i koordinationen er således nok samarbejdet mellem Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet. Men forberedelsen af bekendtgørelsen om begrænsningen af borgernes rettigheder i henhold til lovgivningen på sundheds- og ældreområdet er kun ét element i den omfattende proces med udmøntningen af de mange nye bemyndigelser. Her kommer Justitsministeriet igen ind i en koordinerende rolle. Baggrunden er ministeriets formandskab for og sekretariatsbetjening af den tværministerielle AC-gruppe, som er etableret sidst i februar 2020, jf. kapitel 6. AC-gruppens rolle i denne sammenhæng er først og fremmest spilfordelerens og indpiskerens. AC-gruppen er den kanal, som sikrer leverancer på de bestillinger, som udgår fra Statsministeriet.

Statsministeriets aktive og meget tidlige involvering i covid-19-håndteringen rejser også spørgsmålet om, i hvilket omfang ministeriet og regeringen er involveret i tilblivelsen af bekendtgørelsen om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af covid-19. Det er imidlertid et åbent spørgsmål, hvor beslutningen om at begrænse borgernes rettigheder gennem en bemyndigelse til ministeren i epidemiloven i stedet for ved bemyndigelse i henholdsvis sundheds- og serviceloven, jf. kapitel 12 om såkaldt stærk og svag derogation, bliver truffet.

Det fremgår af det udleverede materiale, at Sundheds- og Ældreministeriet i det oprindelige udkast har lagt op til, at begrænsningen også gælder adgangen til screeninger for kræft. Spørgsmålet bliver forelagt for Statsministeriet. Efter nogle dages usikkerhed om Statsministeriets holdning til problemstillingen konkluderer en afdelingschef i Sundheds- og Ældreministeriet, »at det ikke kommer med i denne omgang. Vi skal lave et nyt notat til STM i dag« med tilføjelsen »forklaring følger.«

I den normale ministerielle arbejdsgang ville udkastet til bekendtgørelsen have været sendt i høring, sandsynligvis både i form af en præhøring og en offentlig høring.[9] Denne procedure er som nævnt ovenfor som udgangspunkt suspenderet i covid-19-sammenhængen. Der er dog i forbindelse med forberedelsen af bekendtgørelsen om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af covid-19 to delvise undtagelser fra denne særlige praksis. Den ene gælder de kommunale organisationer, Danske Regioner og KL, som begge bliver inviteret til at komme med input til bekendtgørelsen, og som begge har bemærkninger, som bliver imødekommende modtaget af Sundheds- og Ældreministeriet. Den anden undtagelse gælder en række kontakter til ngo'er, som repræsenterer forskellige specifikke brugergrupper inden for det sociale og sundhedsmæssige område.

Forberedelsen af bekendtgørelsen sker på departementalt niveau med inddragelse af særlig de ministerier, der er nævnt ovenfor. Sundheds- og Ældreministeriet gennemfører dog en intern høring af Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Begge styrelser svarer i form af detaljerede kommentarer til departementets udkast. Mens Sundhedsstyrelsens vurdering er kritisk, fordi den finder indskrænkningerne for vidtgående, er der i forhold til Styrelsen for Patientsikkerhed først og fremmest overvejelser i relation til den klageadgang og det

9 Jørgen Grønnegård Christensen et al., »Når embedsmænd lovgiver«. Djøf Forlag, 2020, s. 202-214.

begrundelseskrav, der er indeholdt i bekendtgørelsen. Man frygter for »potentielt tusindvis af klager.« Konklusionen bliver, at der ikke skal være klageadgang, jf. bekendtgørelsen § 13. Sundhedsstyrelsens betænkeligheder bliver ikke imødekommet.

Gennemførelsen af bekendtgørelsen er ledsaget af et ret omfattende vejledningsarbejde. Det bliver gennemført både ved udstedelsen af den første version af bekendtgørelsen den 17. marts 2020, ved den revision, der finder sted i slutningen af marts, og ved de revisioner, der senere bliver gennemført bl.a. efter den anden revision af epidemiloven den 4. april 2020. Det sker dels i et notat om forståelsen af bekendtgørelsen, dels i et internt Q/A-notat udarbejdet til understøttelse af dialogen med de kommunale og regionale myndigheder. Ministeriet noterer i notatet, at »Bekendtgørelsen skal ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens og Styrelsen for Patientsikkerheds faglige anbefalinger, herunder om varetagelse af kritiske funktioner i sundhedsvæsenet.«

Bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19)

Bekendtgørelsens indhold

Sundheds- og ældreministeren udsteder efter forhandling med erhvervsministeren og justitsministeren i medfør af epidemilovens § 1, stk. 2, §§ 6, 6 a og 12 b og § 29, stk. 2, den 17. marts 2020 bekendtgørelse nr. 224 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19).[10]

Bemyndigelsen vedrørende forsamlingsforbud findes i epidemilovens § 6, hvorefter sundheds- og ældreministeren, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med justitsministeren kan fastsætte regler om forbud mod afholdelse af og deltagelse i større indendørs og udendørs offentlige og private forsamlinger, arrangementer, begivenheder m.v.[11] Bemyndigelsen vedrørende forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler findes i epidemilovens § 6 a om offentlige institutioner og § 12 b om lokaler, som erhvervsdrivende råder over, og hvortil offentligheden har adgang.

Bemyndigelserne, som bekendtgørelsen er udstedt i medfør af, fandtes ikke i den hidtidige epidemilov, og de hører således til de nye beføjelser, der bliver indsat i epidemiloven ved ændring af loven den 17. marts 2020 for at sikre myndighedernes handlemuligheder og effektiv ressourceudnyttelse i håndteringen af covid-19.[12]

---

10 Notatet behandler alene bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19), der blev ophævet den 5. april 2020, men ikke ændringerne af bekendtgørelsen foretaget den 22. og 27. marts 2020 eller senere bekendtgørelser om forbud mod større forsamlinger og mod adgang til og restriktioner for lokaler i forbindelse med håndtering af covid-19.

11 Ved bekendtgørelse nr. 213 af 17. marts 2020 om udvidelse af §§ 5-7 og §§ 12 a-12 f i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme til at omfatte Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) udstedt i medfør af epidemilovens § 10 er det bestemt, at dele af epidemiloven, herunder lovens § 6, finder anvendelse på covid-19, der ikke er optaget i lovens bilag som en alment farlig sygdom.

12 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 5 og s. 11.

Bekendtgørelsens kapitel 1, der består af §§ 1-4, indeholder regler om forbud mod større forsamlinger m.v.

Bekendtgørelsens § 1, stk. 1, fastslår, at det er forbudt at afholde og deltage i indendørs og udendørs arrangementer, begivenheder, aktiviteter el.lign., hvor der er flere end ti personer til stede. Forbuddet gælder dog ikke i private boliger, jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 2.

Foruden forsamlingsforbuddet for flere end ti personer er der i bekendtgørelsens § 2, stk. 1, givet politiet mulighed for, når flere end ti personer befinder sig sammen på et offentligt tilgængeligt sted, uden at forholdet er omfattet af § 1, stk. 1, på en sådan måde, som efter politiets skøn udgør en særlig fare for smitte med covid-19, at påbyde personerne at forlade stedet. Politiets vurdering heraf skal foretages under hensyntagen til Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger vedrørende smittefaren fra covid-19.

Forsamlingsforbuddet, jf. § 1, stk. 1, og politiets mulighed for at påbyde personer at forlade et offentligt tilgængeligt sted, jf. § 2, stk. 1, gælder ikke for forsamlinger med et politisk eller andet meningsbefordrende øjemed, jf. § 3, stk. 1, og ved begravelser og bisættelser, jf. § 3, stk. 2. Derudover følger det af bekendtgørelsens § 9, at bekendtgørelsen ikke omfatter Folketinget og offentlige og private sygehuse og klinikker samt private praksis og forretninger, som autoriserede sundhedspersoner driver eller er ansat i.

Politiet har i medfør af bekendtgørelsens § 4, stk. 1, uden retskendelse adgang til lokaler og andre lokaliteter med henblik på kontrol af overholdelsen af forsamlingsforbuddet efter § 1, stk. 1. Politiet kan anvende den fornødne magt i overensstemmelse med lov om politiets virksomhed for at sikre, at forsamlingsforbuddet og påbud efter § 2, stk. 1, efterkommes.

Bekendtgørelsens kapitel 2, der består af §§ 5-8, indeholder regler om adgang til og restriktioner for offentlige institutioner og visse lokaler.

Det følger af bekendtgørelsens § 5, stk. 1, at offentlige kultur-, kirke- og fritidsinstitutioner bortset fra private og offentlige dagtilbud, skoler, uddannelsesinstitutioner og andre institutioner, jf. epidemilovens § 22, stk. 1, skal holde deres lokaler lukket for offentligheden. Som undtagelse hertil gælder dog særlige regler for folkekirken, jf. bekendtgørelsens § 5, stk. 2.

Bekendtgørelsens § 6, stk. 1, nr. 1-4, oplister forskellige typer lokaler, som erhvervsdrivende med forskellige undtagelser i § 6, stk. 2-4, skal holde lukket for offentligheden, herunder serveringssteder, hvor der serveres mad, drikkevarer eller tobak til indtagelse på salgsstedet, indkøbscentre, stormagasiner, arkader og basarer, steder, hvor der udøves sports- og fritidsaktiviteter, herunder spillehaller, lege- og badelande, svømmehaller, træningscentre, teatre og biografer, tatovør-, piercing-, spa-, kropspleje-, skønheds- og massageklinikker, solarier og frisører.

Bekendtgørelsens § 7, nr. 1-6, oplister en række krav, som erhvervsdrivende og offentlige institutioner, som har rådighed over lokaler, hvortil offentligheden har adgang, skal opfylde. Det følger bl.a. heraf, at der maksimalt må tillades adgang for en person pr. 4 m^2 gulvareal, hvortil der er offentlig adgang, at lokalerne så vidt muligt skal indrettes på en sådan måde, at smittefare minimeres, herunder ved at gøre det muligt for kunder og besøgende at holde afstand til hinanden, at der i eller ved lokalerne skal sættes informationsmateriale om, at personer, der har symptomer på covid-19, bør isolere sig i hjemmet, og om god hygiejne og hensigtsmæssig adfærd i det offentlige rum, at det skal sikres, at alle medarbejdere overholder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om god hygi-

ejne og hensigtsmæssig adfærd, at der så vidt muligt skal være vand og sæbe eller håndsprit tilgængeligt for kunder og besøgende, og at medarbejdere skal bruge handsker ved salg af ikkeemballerede fødevarer.

Politiet kan i medfør af bekendtgørelsens § 8 påbyde en erhvervsdrivende at holde et lokale lukket for offentligheden i en nærmere bestemt periode, hvis den erhvervsdrivende efter politiets skøn har overtrådt bekendtgørelsens § 7 omtalt ovenfor og der ikke er udsigt til, at den erhvervsdrivende fremover vil overholde bestemmelsen.

Bekendtgørelsens kapitel 3, der består af § 9, undtager Folketinget og offentlige og private sygehuse og klinikker samt private praksis og forretninger, som autoriserede sundhedspersoner driver eller er ansat i, for bestemmelserne i bekendtgørelsen.

Bekendtgørelsens kapitel 4, der består af §§ 10-12, indeholder regler om straffebestemmelser og ikrafttræden m.v.

Efter bekendtgørelsens § 10, der er udstedt i medfør af epidemilovens § 1, stk. 2, bemyndiges politiet til at varetage sundheds- og ældreministerens beføjelser efter bekendtgørelsen.

Bekendtgørelsens § 11 indeholder regler udstedt i medfør af epidemilovens § 29, stk. 2, om straf for overtrædelse af visse af bekendtgørelsens bestemmelser. Det følger af § 11, stk. 1, at den, der overtræder bekendtgørelsens § 1, stk. 1, § 6, stk. 1, eller § 7, eller undlader at efterkomme et påbud efter § 2, stk. 1, eller § 8, straffes med bøde. Efter § 11, stk. 2, kan der pålægges selskaber m.v. (juridiske personer) strafansvar efter reglerne i straffelovens kapitel 5, men ikke offentlige myndigheder, jf. § 11, stk. 3.

Det følger af bekendtgørelsens § 12, stk. 1, at bekendtgørelsen træder i kraft den 18. marts 2020, kl. 10.00, og af § 12, stk. 2, at bekendtgørelsen ophæves den 30. marts 2020.[13]

Beslutningsprocessen

Bekendtgørelse nr. 224 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) bliver udstedt den 17. marts 2020 i medfør af bemyndigelser indsat i epidemiloven ved ændringen af loven, der træder i kraft samme dag. Tabel 10.2 rummer en sammenfattende beskrivelse af beslutningsprocessen i snæver forstand. Som det fremgår nedenfor, træffes der undervejs regeringsbeslutninger, som ikke er medtaget i den forenklede fremstilling i tabel 10.2, men som er med til at forme bekendtgørelsens indhold. Disse processer er formentlig forankret i AC-gruppen, imens selve udformningen af bekendtgørelsen synes mere snævert koordineret i navnlig Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet.

I dagene op til den 17. marts 2020 bliver der arbejdet på et udkast til bekendtgørelsen i Justitsministeriet med inddragelse af øvrige ministerier. Udkastet tager udgangspunkt dels i bemærkningerne i forslaget til den første ændring af epidemiloven, dels i udmeldinger fra bl.a. statsministeren og sundheds- og ældreministeren. Den endelige udformning af bekendtgørelsen forudsætter dog en række politiske beslutninger.

13 Datoen for bekendtgørelsens ophør blev ved bekendtgørelse nr. 305 af 27. marts 2020 ændret til den 14. april 2020. Bekendtgørelsen blev senere erstattet af bekendtgørelse nr. 370 af 4. april 2020 om forbud mod større forsamlinger og mod adgang til og restriktioner for lokaler i forbindelse med håndtering af covid-19.

Tabel 10.2. Beslutningsforløbet forud for udstedelse af bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19)

Hjemmel: epidemilovens § 1, stk. 2, §§ 6, 6 a og 12 b og § 29, stk. 2

Roller	Aktører	Forløb
Koordination	Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet	Overordnet proceskoordination.
Ansvarligt ministerium	Sundheds- og Ældreministeriet, Justitsministeriet og Erhvervsministeriet	Udarbejder, udsteder og reviderer bekendtgørelse.
Bidrag	Beskæftigelsesministeriet Kulturministeriet Kirkeministeriet Erhvervsministeriet	Bidrag til indhold. Bidrag til indhold. Bidrag til indhold. Bidrag til indhold.
Eksterne forhandlingsparter	Ingen	-
Høring	Ingen generel høring, men inddragelse af HORESTA og Dansk Erhverv (DE). Sundhedsstyrelsen Styrelsen for Patientsikkerhed	EM indhenter og formidler bemærkninger fra HORESTA og Dansk Erhverv (DE). Substantielle bemærkninger Ingen bemærkninger.
Gennemførelse	Politiet efter bemyndigelse af sundheds- og ældreministeren.	Håndhævelse af bekendtgørelsen.
Senere tilpasninger	Sundheds- og Ældreministeriet, Justitsministeriet og Erhvervsministeriet	Bekendtgørelse nr. 251 af 22. marts 2020. Bekendtgørelse nr. 305 af 27. marts 2020. Bekendtgørelse nr. 370 af 4. april 2020.Bekendtgørelse nr. 442 af 17. april 2020. Bekendtgørelse nr. 445 af 19. april 2020.[1]
Tilblivelsesperiode	Proces indledt omkring den 13. marts 2020 og afsluttet den 18. marts 2020.	Udarbejdelse af forskellige udkast og udstedelse af den endelige bekendtgørelse.

Kilde: Bygger på materialet udleveret til udredningsgruppen.

[1] Bekendtgørelsen er uden for udredningens undersøgelsesperiode ændret adskillige gange.

Et tidligt udkast til bekendtgørelsen, der bl.a. indeholder bestemmelser om lukning af offentlige kultur- og fritidsinstitutioner, diskoteker, natklubber og værtshuse, bliver den 13. marts 2020 kl. 23.39 sendt i høring i Beskæftigelsesministeriet, Erhvervsministeriet, Kulturministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet. Udkastet sendes efterfølgende til Kirkeministeriet.

Udkastet bliver den 14. marts 2020 kl. 17.50 tillige sendt i høring hos Sundhedsstyrelsen med svarfrist »ASAP.« Umiddelbart herefter bliver bekendtgørelsen sendt i høring i Styrelsen for Patientsikkerhed. Sundhedsstyrelsen sender i en e-mail samme dag kl. 20.50 styrelsens høringssvar, hvori bl.a. anføres, at Sundhedsstyrelsen ikke sundhedsfagligt kan begrunde lukning af bestemte typer faciliteter. Foruden høringssvaret afgiver Sundhedsstyrelsen dagen efter i e-mail af 15. marts 2020 kl. 19.15 bemærkninger til Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser om at lade epidemilovens §§ 5-9 og 12 a-12 f finde anvendelse på covid-19 (jf. kapitel 12), hvori anføres, at bemærkningerne supplerer høringssvaret over bekendtgørelsen sendt dagen forinden. Styrelsen for Patientsikkerhed meddeler i en e-mail samme dag kl. 19.53, at styrelsen ikke har bemærkninger til bekendtgørelsen.

Sundheds- og Ældreministeriet sender Sundhedsstyrelsens høringssvar til Justitsministeriet, hvor departementschefen sender svaret til Statsministeriets departementschef. Det bliver i den forbindelse aftalt at høre Statens Serum Institut og at fastlægge håndteringen på baggrund heraf. Det er uvist, hvad der videre bliver foretaget i den forbindelse.

Til brug for den politiske beslutningsproces bliver der udarbejdet et cover af Sundheds- og Ældreministeriet, Justitsministeriet og Erhvervsministeriet med bidrag fra bl.a. Kulturministeriet og Finansministeriet om, hvorledes hjemlerne i epidemilovens §§ 6, 6 a og 12 b skal udmøntes.

Udarbejdelsen af coveret bliver sat i gang i Sundheds- og Ældreministeriet, og et udkast bliver ad flere omgange rundsendt i AC-gruppen. Det endelige cover indeholder en beskrivelse af den vedtagne ændring af epidemiloven, herunder lovens §§ 6, 6 a og 12 b, der alene kan finde anvendelse i relation til covid-19, hvis sundheds- og ældreministeren, jf. epidemilovens § 10, efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsen beslutter det. Der redegøres for Sundhedsstyrelsens rådgivning om dette spørgsmål, og det bemærkes, at de i coveret skitserede tiltag i langt de fleste tilfælde vil gå videre end efter denne rådgivning. Der redegøres i coveret overordnet for allerede igangsatte indsatser og deres effekt, hvorefter der oplistes yderligere tiltag, der kan overvejes. Det nævnes i den forbindelse, at det allerede er besluttet, at der udstedes et forbud mod at samle flere end 100 personer. Derudover nævnes som nye mulige tiltag i forbindelse med udstedelse af de første bekendtgørelser efter ændringen af epidemiloven, at forsamlingsforbuddet udvides til også at gælde udendørs, og at politiet i situationer, hvor et større antal personer befinder sig på samme sted, uden at der er tale om en overtrædelse af forsamlingsforbuddet, kan påbyde personerne at forlade stedet, hvis det skønnes, at der er fare for smitte med covid-19.

Derudover foreslås at gentage opfordringen til diskoteker, natklubber og barer m.v. om at holde lukket i den kommende tid og en informationskampagne målrettet restaurationsvirksomheder, diskoteker, natklubber, barer og butikker m.v. om god hygiejne og god adfærd, herunder opfordring til at sikre nem adgang til håndsprit, overholdelse af anbefalinger om afstand m.v. Endvidere nævnes mulige tiltag, som dog også kan vente eller indføres senere, hvis den ønskede effekt ikke opnås med øvrigt

iværksatte tiltag. Blandt disse mulige nye tiltag nævnes forbud mod diskoteker, natklubber og barer m.v., pladskrav til eller forbud mod restaurationsvirksomheder m.v., pladskrav til butikker m.v., restriktioner for eller forbud mod adgang til f.eks. fitnesscentre, solarier og private idrætsog sportsfaciliteter.

Herefter angives forskellige bemærkninger fra Kulturministeriet, Erhvervsministeriet og Finansministeriet, der synes at afspejle visse forskelle i vurderingen af de skitserede tiltag.

Det indstilles på denne baggrund, at det drøftes, hvorledes hjemlerne i epidemilovens §§ 6, 6 a og 12 b skal udmøntes. Det følger i forlængelse heraf, at bekendtgørelserne skal træde i kraft i løbet af den 17. marts 2020, men at ikrafttræden over for private erhvervsdrivende m.v. kan udskydes til den 18. marts 2020.

Der ses ikke at foreligge nogen skriftlig dokumentation af, hvordan coveret bliver inddraget i den politiske beslutningsproces, og hvilke beslutninger der bliver foretaget på baggrund heraf. Den 16. marts 2020 kl. 18.25 sender Justitsministeriet dog et nyt udkast til bekendtgørelsen på baggrund af tilbagemeldinger fra »dagens møde« til brug for en parallel forelæggelse for justitsministeren, erhvervsministeren og sundheds- og ældreministeren. Udkastet indeholder i modsætning til tidligere ingen bestemmelser om lukning af offentlige kultur- og fritidsinstitutioner, diskoteker, natklubber og værtshuse, men derimod i bekendtgørelsens § 5 en pligt for erhvervsdrivende og offentlige institutioner om så vidt muligt at indrette lokaler, som offentligheden har adgang til, på en sådan måde, at smittefare minimeres. I Sundheds- og Ældreministeriet bliver der herefter taget initiativ til at forelægge udkastet for ministeren.

Kort tid herefter kommer der fra Justitsministeriet yderligere ændringer af bekendtgørelsen, herunder information om, at bekendtgørelsens § 5 beskrevet ovenfor udgår, hvilket Sundheds- og Ældreministeriet tilsyneladende modvilligt accepterer. Ændringen indebærer, at bekendtgørelsen ikke længere berører Erhvervsministeriets ressortområde på en måde, så det vurderes, at erhvervsministeren skal godkende bekendtgørelsen.

Justitsministeriet sender et nyt udkast den 16. marts kl. 22.06, hvori er indført en bestemmelse om straf for overtrædelse af forsamlingsforbuddet i bekendtgørelsens § 1, som vil blive lagt til justitsministerens godkendelse. Sundheds- og Ældreministeriet sender herefter kl. 23.29 udkast til bekendtgørelsen og de øvrige bekendtgørelser, som ministeriet forventer at sundheds- og ældreministeren vil udstede den følgende dag. I udkastet er ovenfor nævnte bestemmelse om straf udgået.

Udformningen af bekendtgørelsen giver dagen efter anledning til fornyede overvejelser, og i løbet af formiddagen aftaler Justitsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet, at de øvrige bekendtgørelser, der er klar til at blive udstedt i forbindelse med ændringen af epidemiloven, skal afvente en afklaring af, hvordan bekendtgørelse om forsamlingsforbud m.v. skal se ud. Det bliver samtidig foreslået, at bekendtgørelsernes ikrafttrædelsesdato skal rykkes til den 18. marts 2020 kl. 12.

Spørgsmålet om bekendtgørelsens indhold bliver nærmere afklaret på et ministermøde den 17. marts kl. 13.15 om yderligere tiltag i håndteringen af covid-19 med deltagelse af statsministeren, finansministeren, erhvervsministeren, sundheds- og ældreministeren og justitsministeren. På mødet bliver der truffet en række vidtrækkende beslutninger om forsamlingsforbud for flere end ti personer og lukning af natklubber, værtshuse, restauranter, caféer, storcentre og sport- og idrætsfaciliteter m.v.

og nye krav til detailhandel og liberale erhverv. Beslutningerne bliver meddelt lederne af Folketingets partier på et efterfølgende møde kl. 14 og meddelt til offentligheden på et pressemøde i Statsministeriet den 17. marts 2020 kl. 19, jf. kapitel 4.

Justitsministeriet giver den 17. marts 2020 kl. 14.27 en foreløbig orientering om beslutningerne truffet på ministermødet til bl.a. Sundheds- og Ældreministeriet og Erhvervsministeriet, hvorefter der bliver udarbejdet et nyt udkast til bekendtgørelsen, hvori de nye tiltag er indarbejdet. Det nye udkast, der med de seneste ændringer igen berører Erhvervsministeriets ressortområde og derfor skal godkendes af erhvervsministeren, bliver sendt til Sundheds- og Ældreministeriet og Erhvervsministeriet i en e-mail kl. 18.55 fra Justitsministeriet med frist for bemærkninger kl. 20.30. På baggrund af indkomne bemærkninger bliver der sendt et nyt udkast i en e-mail den 17. marts kl. 21.01.

Bekendtgørelsen, der er godkendt af justitsministeren med få redaktionelle ændringer, bliver sendt ud kl. 22.25, og herefter orienteres Erhvervsministeriet i en e-mail kl. 22.50 om, at bekendtgørelsen er godkendt af erhvervsministeren, der dog samtidig giver udtryk for visse ønsker til ændring af bekendtgørelsen. Herefter godkender sundheds- og ældreministeren bekendtgørelsen.

Parallelt med godkendelsesprocessen i ministerierne bliver der arbejdet på den endelige opsætning af bekendtgørelsen. Dette arbejde bliver afsluttet omkring kl. 2 natten til den 18. marts 2020, hvorefter bekendtgørelsen bliver kundgjort.

Sammenfatning

Regeringens primære redskab til at gennemføre den delvise nedlukning og det strategiskifte, som bliver meldt ud den 11. marts 2020, bliver en omfattende ændring af epidemiloven, som fremsættes, behandles og vedtages i løbet af den 12. marts 2020. Den indeholder meget vidtrækkende bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren. De bemyndigelser bruges i dagene efter den 12. marts 2020 til at udstede en lang række bekendtgørelser, som til sammen gennemfører den delvise nedlukning af Danmark. Ændringen af epidemiloven betyder, at processen kan gå hurtigt, at den ikke afhænger af de regionale epidemikommissioner, og at sundheds- og ældreministeren kan gennemføre langt flere foranstaltninger uden forudgående indstilling fra Sundhedsstyrelsen.

I første omgang gælder de midlertidige tiltag til den 30. marts 2020. Den 22.-23. marts 2020 træffes der i regeringen beslutning om at forlænge disse tiltag til og med den 13. april 2020. Denne forlængelse synes at være i overensstemmelse med den rådgivning, som regeringen i de dage modtager fra Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen.

På samme tidspunkt, den 22. marts 2020, forberedes forslag til den anden revision af epidemiloven, som hastebehandles i Folketinget i slutningen af marts. Folketingets behandling af denne og den tidligere revision af epidemiloven behandles i kapitel 15.

I løbet af marts og april 2020 udstedes et stort antal bekendtgørelser med hjemmel i de bemyndigelser, som den ændrede epidemilov giver sundheds- og ældreministeren. Det er i

dette kapitel vist, at også disse bekendtgørelser bliver udarbejdet i et usædvanligt højt tempo. For de to bekendtgørelser, der er set nærmere på i dette kapitel, sker udarbejdelsen med inddragelse af departementer på tværs af en række ministerier. Til gengæld er der i begge tilfælde en svag inddragelse af såvel eksterne eksperter og interessenter som de relevante styrelser på sundhedsområdet.

Uvedkommende
trafik forbudt
Forbeholdt
COVID-19
Testcenter
INDGANG
TestCenter Fælledparken

Kapitel 11

Testkapacitet, testaktivitet og teststrategi

Den såkaldte inddæmningsstrategi, som testaktiviteten var tilrettelagt efter i perioden op til den 11. marts 2020, er behandlet i de forudgående kapitler. I dette kapitel ser vi nærmere på det beslutningsgrundlag og de beslutningsprocesser, som i ugerne efter den 11. marts 2020 fører til en markant udvidelse af både testkapacitet og testaktivitet. I overensstemmelse med udredningens fokus på perioden frem til genåbningens første fase i april 2020 er det perioden fra marts til april, der får størst opmærksomhed i dette kapitel. Flere af de beslutningsprocesser vedrørende covid-19-test, som igangsættes i denne periode, strækker sig dog ind i den første del af maj. Derfor dækker dette kapitel perioden frem til den 12. maj 2020, hvor Sundheds- og Ældreministeriet offentliggør en teststrategi.[1]

Udviklingen i covid-19-test i perioden fra januar til maj 2020

Figur 11.1 viser dag for dag, hvor mange personer der bliver testet for covid-19 i perioden fra januar 2020 til og med april 2020, og hvor stor en procentdel af de testede personer, der får påvist covid-19. Den første person bliver testet den 27. januar 2020, men det er først den 27. februar 2020, den første dansker testes positiv for covid-19 (jf. kapitel 3). I dagene op til den delvise nedlukning den 11. marts 2020 stiger antallet af test for covid-19, og det samme gør andelen af de testede, som testes positive for covid-19. Den andel topper den 9. marts 2020, hvor 36 pct. af alle testede får påvist covid-19.

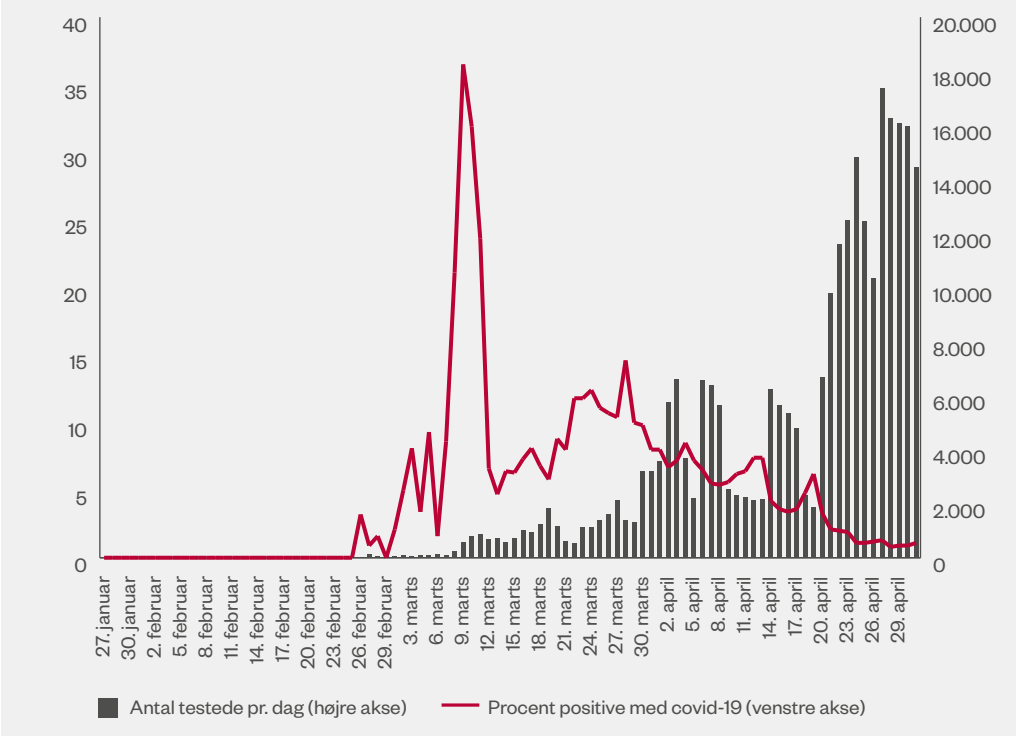
I dagene efter den 11. marts 2020 sker der et fald i både antallet af covid-19-test samt i andelen af smittede blandt de testede. Fra den 12. marts til og med den 29. marts 2020 gennemføres der i gennemsnit 1.115 test om dagen med en svagt stigende tendens den sidste uge i perioden. I samme periode får i gennemsnit 9 pct. af de testede påvist covid-19. I perioden fra den 30. marts til og med den 21. april 2020 gennemføres der i gennemsnit 4.385 test om dagen, og 6 pct. af de testede får i den periode påvist covid-19. Den 22. april 2020 udføres der for første gang mere end 10.000 test på en enkelt dag, og i

1 »Covid-19: Teststrategi«, Sundheds- og Ældreministeriet, den 12. maj 2020.

perioden fra den 22. april til og med den 1. maj 2020 gennemføres i gennemsnit 14.176 test om dagen. Samtidig falder procentdelen, der får påvist covid-19 til 1,2 pct.

I alt bliver der til og med den 1. maj 2020 gennemført 266.127 covid-19-test. Ud af disse test påviser 9.712 test covid-19, mens de resterende 256.415 covid-19-testresultater er negative. Det svarer til, at mere end 96 pct. af de gennemførte covid-19-test i denne periode viser, at den testede person ikke har covid-19.

Figur 11.1. Udvikling i antal testede personer og andel af positive covid-19-test i perioden januar-april 2020



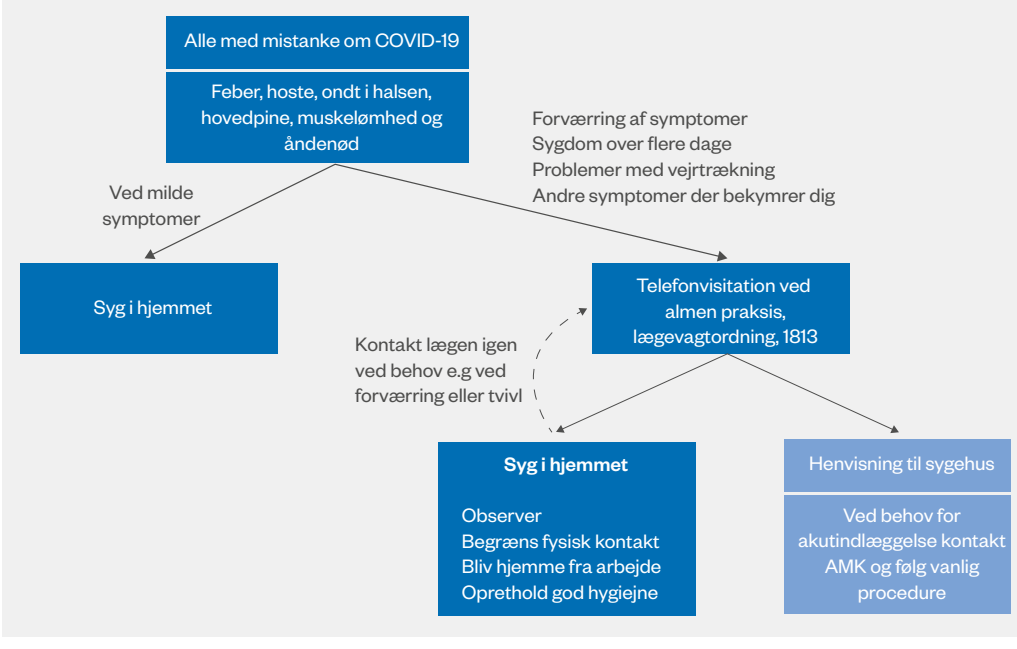
Kilde: Fil fra Statens Serum Institut med overvågningsdata for covid-19, hentet den 15. november 2020.

Fra inddæmning til afbødning

Ved skiftet fra inddæmning til afbødning vælger Sundhedsstyrelsen at ændre retningslinjerne for visitation og test for covid-19. Den 12. marts 2020 kl. 9 udsender styrelsen nye retningslinjer, og i disse er indsat den oversigt over visitation, som er gengivet i figur 11.2. Det er ifølge disse retningslinjer stadig sygehusene, der foretager test for covid-19, men det er nu kun alvorligt syge patienter, som læger skal henvise til udredning og test på sygehus efter disse kriterier:[2]

»• Patienter med symptomer forenelig med COVID-19, der har svære symptomer herunder fx besværet vejrtrækning og påvirket almen tilstand.
• Patienter med symptomer forenelig med COVID-19, der over dage får tiltagende forværring af tilstanden.
• Herudover kan den praktiserende læge vælge at henvise patienter med symptomer forenelig med COVID-19, der tilhører gruppen af særligt sårbare (ældre patienter særligt >80 år samt patienter med andre underliggende sygdomme) eller andre grupper hvor det vurderes der er et særligt behov.«

Figur 11.2. Visitation ifølge Retningslinjer for håndtering af covid-19, udsendt den 12. marts 2020



Kilde: Figur s. 3 i »Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet«, Sundhedsstyrelsen, den 12. marts 2020 kl. 9.

2 »Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet«, Sundhedsstyrelsen, udsendt den 12. marts 2020 kl. 9.00.

Dette fokus på de mest syge og behandlingskrævende patienter er i overensstemmelse med det skifte fra inddæmnings- til afbødningsstrategi, som Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut også lagde op til inden den 11. marts 2020. Argumentet er, at Danmark nu er i en situation, hvor det må antages, at alle kan være smittede, og ressourcerne derfor er bedre brugt på at behandle dem, der bliver alvorligt syge, frem for at forsøge at finde og isolere alle smittede.

Fordi kriterierne for, hvem der skal testes, ændres til kun at omfatte personer, der er behandlingskrævende (jf. ovenfor), er sundhedsmyndighedernes forventning, at et sådant strategiskifte fra inddæmning til afbødning vil få som konsekvens, at det samlede antal covid-19-test falder. Det fald bliver dog reelt meget begrænset, hvilket formodentlig skyldes, at antallet af covid-19-test i Danmark også under den såkaldte inddæmningsstrategi var temmelig lavt. Efter et meget kortvarigt fald testes omkring 500-1.000 borgere om dagen i ugen efter den 11. marts 2020 (jf. figur 11.1 ovenfor).

Det niveau for testaktivitet bekymrer dog Statsministeriet. Den 14. marts 2020 sender departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet en e-mail til bl.a. Søren Brostrøm, Kåre Mølbak og direktøren for Lægemiddelstyrelsen, Thomas Senderovitz. E-mailen indledes som følger:

> »STM er meget bekymret for hvorfor vi tester så lidt som vi gør jf. vores nye strategi, hvor vi fra den ene dag til den anden(torsdag) forlader inddæmningsstrategien. I sagens natur medfører det naturligvis færre tests de første dage. Der er selvfølgelig et kommunikationsproblem i forhold til befolkningen, da tallene helt naturligt vil flade ud. Alt er som forudsat i planen. Hvis der er mulighed for det, er kravet, at vi fortsat tester flere. Det er den strategi, der i øvrigt bruges i asiatiske lande - med succes. Dette også fordi vi ikke ved, hvordan udviklingen er fra nu til om 10 dage. Vi er altså på en måde 10 dage bagud.«[3]

Herefter oplister departementschefen i e-mailen følgende tre muligheder:

1. Adgang til test for personale og praktiserende læger i sundhedssektoren og ældresektoren ved symptomer.
2. Adgang til generel test for alle i de to sektorer.
3. Stikprøvetestning.

Den første mulighed vurderer departementschefen selv som »en udmærket idé men det kræver, der er kapacitet nok til at teste, og at der er en klar beslutningsproces.« Den anden vurderer han som »uoverskuelig«, og om den tredje skriver han: »Fremme i pressen i dag, men hvordan skulle man kunne afgrænse det?«

Herefter beder departementschefen de tre direktører forholde sig til de tre modeller:

> »Thomas/Kåre: er der kapacitet nok? Og i den forbindelse kan vi med mening indkøbe nyt udstyr, der kan øge vores testkapacitet. I givet fald skal vi gøre det og naturligvis fortsat købe, hvad der i øvrigt skal til i de kommende måneder. Ovenstående er naturligvis en forudsætning for 1,2 og/eller 3.

3 De 10 dages forsinkelse henviser angiveligt til, at man kun ser på udviklingen i antal indlagte covid-19-patienter, og der vil typisk gå 10-14 dage fra smitte til eventuelt behov for indlæggelse (jf. kapitel 4).

> Og Søren giver modellerne mening. Før du svarer, skal du forlade ansvaret for proportionalitet i anerkendelse af et ekstremt forsigtighedsprincip. Vi må meget gerne have svar på ovenstående i dag.«

Kåre Mølbak sender kort efter et svar, hvor han først redegør for baggrunden for faldet i antallet af test efter den 11. marts 2020. Derefter giver han denne vurdering:

> »Jeg forventer, at der på landsplan snart vil blive testet minimum 500 patienter dagligt. Dette vil over de næste 10 uger give mindst 35.000 personer testet eller ca. 70.000 prøver. Såfremt epidemien udvikles markant, vil dette tal stige yderligere. Det er derfor ikke min umiddelbare vurdering, at der er væsentlige argumenter for at lave yderligere aktiv case-finding og testning. Ud fra erfaringer fra overvågning af influenza vil SSI også have tilstrækkeligt datagrundlag for at udarbejde risikovurderinger og vejlede SST og andre, herunder vurdere mulige effekter af tiltagene.«

Søren Brostrøm svarer også departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet den 14. marts 2020:

> »Alt dette er vi allerede i proces med i SST ift. snarlig opdatering af den retningslinje, som vi udsendte torsdag morgen, samt den supplerende udmelding vi udsendte i går vedr. medarbejdere i sundheds- og ældresektor. Det er faglige processer med mange aktører (og meninger), som vi i SST trods kompleksiteten alligevel formår at afvikle i meget hurtigt tempo, selvom det betyder, at nogle nuancer og præcisering ikke altid er helt i skabet. Men vi har meget stor forståelse og accept i vores bagland, som vi løbende er i dialog med. […]. Jeg vil derfor kraftigt appellere til, at der ikke iværksættes yderligere processer på tværs af koncernen, som gør det meget svært for os at holde fokus. Jeg ringer til dig.«

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet videresender samme dag svarene fra Søren Brostrøm og Kåre Mølbak til departementschefen i Statsministeriet. Det fører i løbet af den 14. marts 2020 til flere e-mail om sagen mellem de to departementschefer. Departementschefen i Justitsministeriet er c.c. på flere af disse e-mail. Departementschefen i Statsministeriet understreger i denne korrespondance vigtigheden af at anlægge et forsigtighedsprincip og giver udtryk for, at hun ikke ser noget argument imod at teste flere frem for færre personer. Omvendt ser hun en stor risiko for at tabe noget, hvis man kun tester indlagte patienter. Hun nævner også, at man i den sammenhæng bør se til Kina, Singapore, Taiwan og Norge. Hun foreslår desuden, at Sundheds- og Ældreministeriet opretter drive-in-test rundt i landet, som egen læge telefonisk kan visitere til.

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet afviser umiddelbart forslagene: »Vi kan ikke bare kommunikere, at praktiserende læger kan beslutte (selv), om de synes deres patienter skal testes. Vi må altså vente på en faglig proces. Vi har testkapacitet til at udvide.«

Dagen efter, den 15. marts 2020, følger departementschefen i Statsministeriet op med en e-mail til departementscheferne i Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet, hvori hun indsætter en henvisning til en endnu ikke fagfællebedømt forskningsartikel med titlen »Effect of non-pharmaceutical interventions for

containing the COVID-19 outbreak in China.« I e-mailen skriver hun:

> »Den her artikel, som er forskning konkret ift COVID19 pba de kinesiske erfaringer, beskriver, at det er centralt at fortsætte med at finde og isolere de syge også samtidig med afbødning gennem social distancering. De erfaringer forklarer måske WHOs direktørs kritik af en traditionel ren afbødningstilgang. Er vel udtryk for evidens for en mere komplementær tilgang i form af både afbødning gennem social distancering og så fortsat test og karantæne. Noget vi ikke kan tåle at overhøre, hvis vi skal gå med livrem og seler - uanset hvad SSTs standardmodel måtte være. Kan du ikke få Kåre/SSI til at se på det som vores nationale ekspert i vira/infektionsmedicin?«

Senere samme aften følger hun op med denne e-mail:

> »Bemærk i øvrigt - det anføres også i artiklen, at der er evidens for effekt af rejserestriktioner/afspærring af områder … Kunne være rart at se SSI udkomme nu med skriv på, hvad forskning om COVID19 egentlig siger om, hvad har virket i Kina, Taiwan, Singapore. Ville være noget mere relevant i den her situation at tage afsæt i det, man rent faktisk ved, om det vi står over for. Der er mange gamle »sandheder« i omløb. Men savner strikte faglig opsamling på viden om COVID19. Og vi har jo nok ikke rigtigt tid til at vente på et peer review …«

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet svarer den 15. marts 2020 tilbage med en kort redegørelse for de møder og initiativer, som sundhedsmyndighederne har igangsat i forhold til at se på testaktiviteten.

Den 15. marts 2020 svarer direktøren for Lægemiddelstyrelsen på departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriets e-mail fra dagen før. Han skriver:

> »Nuværende teststrategi afspejler den nye afbødningsstrategi. Hvis man ønsker at anlægge en anden teststrategi er det vel op til SST og SSI at anvise denne. På baggrund af det scenarie vi tidligere har fået fra SSI, er der ikke kapacitetsproblemer for så vidt angår tests - og de nye testmaskiner fra Roche (Cobas 6800) er endnu ikke indregnet i kapaciteten. Vi har fire maskiner på 3 cites i DK, Odense, Århus og RH, og jeg nævnte for Roche direktør i går, at vi ønsker endnu en maskine, om muligt, til SSI.«

Det scenarie fra Statens Serum Institut, som direktøren for Lægemiddelstyrelsen henviser til, må være fra et svar, som Kåre Mølbak rundsendte den 11. marts 2020, da direktøren for Lægemiddelstyrelsen spurgte til et estimat over, hvor mange covid-19-test der forventes at skulle udføres om måneden under epidemien. Baseret på erfaringer fra influenzasæsonerne 2017/18 og 2018/19 og med henvisning til de italienske covid-19-erfaringer skrev Kåre Mølbak den 11. marts, at det er »… min anbefaling, at der etableres kapacitet til mindst 200.000 tests i en epidemibølge.« Det fremgår andetsteds i Kåre Mølbaks svar, at en epidemibølge forventes at vare 12 uger.

WHO og de andre nordiske lande

Også sundheds- og ældreministeren interesserer sig for testaktiviteten, og han søger uden om sit ministerium råd direkte hos generaldirektøren for WHO, Tedros Adhanon Ghebreyesus. Den 15. marts 2020 sender ministeren en sms-besked til generaldirektøren, hvori han spørger om et råd til teststrategi, herunder, om det vil være sikkert at reducere antallet af test i den nuværende situation, eller om man hellere bør teste alle med symptomer. Det er dagen før, generaldirektøren for WHO den 16. marts 2020 holder det pressemøde, hvor han bl.a. udtaler, at opfordringen til »alle lande er utvetydig: test, test, test« (se omtalen af pressemødet i kapitel 4). Sundheds- og ældreministeren spørger også generaldirektøren om et råd i forhold til, om rejseaktivitet bør begrænses inden for landet og ind og ud af landet. Senere samme aften får sundheds- og ældreministeren svar fra generaldirektøren:

> »I forhold til test tilråder vi en aggressiv teststrategi - alle tilfælde/kontakter, test fra eksisterende system til overvågning af luftvejsinfektioner (ILI/SARI). Hvad angår rejser, mener jeg, at det er fornuftigt at råde folk til at blive derhjemme, arbejde hjemmefra, især hvis man føler sig utilpas.«[4]

WHO-chefens svar videreformidles via departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet samme dag til Kåre Mølbak og Søren Brostrøm. Sidstnævnte skriver om morgenen den 16. marts 2020 til departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet med Kåre Mølbak c.c.:

> »Jeg tror måske, der kan være nogle misforståelser. Jeg har til morgen gennempløjet de nyeste WHO-dokumenter for at se, om der er noget, vi overser. WHOs anbefaling er testning af alle mistænkt for COVID19 (suspected cases). Det er, præcis det vi gør med vores retningslinje for visitation, regionale »hoste/feber-klinikker« mv. I øvrigt efter Sydkoreansk forbillede. At Tedros understreger test så kraftigt bunder formentlig i, at mange lande ikke har ressourcer til det vi gør. Som jeg nævnte i telefonen i går, så tror jeg, vi med vores nuværende setup ift. test kan ligge bedre end Sydkorea, når epidemien tager fart. Men anbefalingen fra WHO er ikke, at man skal teste alle, der potentielt kan være smittet med COVID19 uanset symptomer. Her er WHO anbefaling »selvisolation på eget initiativ for personer med milde symptomer«[5], præcis som vi gør. Jeg kan sende dig relevante dokumenter. At Tedros i SMS nævner testning i relation til 'contacts' kan jeg ikke få til at hænge sammen.«

Der foreligger i det udleverede materiale ikke et skriftligt svar fra Kåre Mølbak.

Den 16. marts 2020 udarbejder Kåre Mølbak en »hurtig oversigt over teststrategier i de nordiske lande.« De svar, han har modtaget fra de andre lande, og som er inkluderet i oversigten, er gengivet i tabel 11.1. Søren Brostrøm kvitterer samme dag for oversigten og konkluderer, at det »... ser bestemt ud som vi vdr. Test-strategi er ca. det samme sted som de andre nordiske lande, og vi er i Danmark bedre til at sikre ensartethed på tværs af landet (det er de ikke i Finland).«

4 Oversat fra engelsk til brug for denne rapport.
5 Oversat fra engelsk til brug for denne rapport.

Tabel 11.1. Oversigt over teststrategier i de nordiske lande, indsamlet af Kåre Mølbak den 15. marts 2020

	Norge	Finland	Sverige	Island
Hvem bliver testet?	Fokus på alvorlige tilfælde, sundhedsmedarbejdere, sårbare grupper, personer i sundhedsinstitutioner og personer med tæt kontakt til bekræftede tilfælde. Tester ikke personer med milde symptomer efter rejse.	Personer med akut luftvejsinfektion, som kræver hospitalsindlæggelse. Sundhedsmedarbejdere og personer, der arbejder i plejesektoren (med ældre mennesker). Alle personer over 70 år med akut luftvejsinfektion. Mildere tilfælde med rejsehistorik eller kontakt til et bekræftet covid-19-tilfælde, afhængigt af den epidemiologiske situation i området og testkapacitet. Generelt rådes personer med milde symptomer til at blive hjemme og blive raske uden at blive testet.	Test af alle med luftvejssymptomer, som bliver indlagt til behandling. Sundhedsmedarbejdere med symptomer.	Fokus på symptomatiske tilfælde med forbindelse til højrisikoområder og enkeltpersoner diagnosticeret med covid-19. Tester også andre enkeltpersoner med alvorlige symptomer. Ca. 10 pct. af de testede testes positive for covid-19. Har også tilbudt test i lokalsamfund (inkl. asymptomatiske), hvor procentdelen af positive er under 1 pct.
Kontaktopsporing?	Foretager kontaktopsporing vedrørende bekræftede tilfælde og karantæne af nære kontakter.	Kontaktopsporing foretages i nogle områder, men ikke i alle. Generelt anbefales kontaktopsporing, i det mindste målrettet mod højrisikogrupper.	Kun for at afgøre, om det er et indenlandsk tilfælde eller ej. Ingen karantæne.	Der gennemføres fortsat kontaktopsporing vedrørende bekræftede tilfælde, og der gøres brug af karantæne. I øjeblikket er ca. 2.000 personer i karantæne.
Krav om karantæne efter rejser?	Ja, men det er muligt at gøre undtagelser for kritiske sektorer.	Selvisolering og hjemmearbejde anbefales, hvis muligt.	Nej.	Islandske borgere, der kommer fra højrisikoområder (Italien, Østrig, Frankrig, Spanien og Tyskland samt Kina, Sydkorea og Iran) pålægges karantæne.

	Norge	Finland	Sverige	Island
Specifikke regler for karantæne af sundhedsmedarbejdere?	Ja, det er muligt at gøre undtagelser baseret på risikovurderinger og nogle forholdsregler, sundhedsmedarbejderne kan tage. Der planlægges at offentliggøre anbefalinger om dette senere i dag.	[Ikke svaret på dette].	Nej.	Sundhedsmedarbejdere pålægges stadig karantæne efter rejser, men det forventes, at der må lempes på dette på grund af manglende ressourcer.

Note: Svarene er oversat fra engelsk og sammenfattet til brug for denne tabel.

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet videresender senere samme dag oversigten over teststrategier i de nordiske lande til departementschefen i Statsministeriet og Justitsministeriets departementschef. Han medsender også en ny optælling af testaktiviteten i Danmark, som viser, at testaktiviteten er stigende efter et meget kortvarigt fald lige efter den 11. marts. Derudover redegør han for, at den faglige covid-19-arbejdsgruppe, som Sundhedsstyrelsen har til at rådgive sig, dagen efter, den 17. marts 2020, vil mødes og diskutere testomfanget, herunder vurdere, om der skal ske en udvidelse af indikationen for at teste. Departementschefen tilføjer, at han forstår, at det er et politisk ønske at udvide indikationen for at teste.

Kort efter modtager han svar fra departementschefen i Statsministeriet. Denne kvitterer for oversigten og skriver:

> »Regeringen har jo som bekendt klart tilkendegivet, at vi generelt skal arbejde efter et forsigtighedsprincip - og jeg kan forstå, vi ingen kapacitetsproblemer har ikke mindst med de nye maskiner. Den norske model ser rigtig god ud, og svarer, så vidt jeg kan se, også til WHOs anbefaling om både at afbøde og fortsat inddæmme. Hvis I kan finde en fagligt gangbar model inspireret af Norge, WHO mv. med de hovedelementer, I også har nævnt før, vil det være supergodt med noget à la:
> 1. sundheds- og ældrepersonale (fx fast en gang hver anden uge eller en gang om måneden)
> 2. Randomiserede test mhp. mørketal hos asymptomatiske
> 3. Henvisningsmodel for personer med symptomer uden at være indlægningskrævende (til drive-in/teststationer)«

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet videresender svaret til Søren Brostrøm og Kåre Mølbak og tilføjer: »Se på hvor langt vi kan gå – men vend det i morgen.«

Parallelt med dette forløb arbejder Sundhedsstyrelsen efter bestilling fra Sundheds- og Ældreministeriet på et kort notat om »Laboratorietest for COVID-19 – nuværende strategi og kapacitet.« I den version af notatet, som er dateret den 16. marts 2020, skriver Sundhedsstyrelsen:

> »Landets mikrobiologiske afdelinger har aktuelt mulighed for at foretage

> 3250-3750 analyser pr. døgn. Dette vurderes umiddelbart at være tilstrækkeligt til at dække behovet, set over hele epidemiens forløb med den nuværende teststrategi. Det daglige antal analyser kan blive endnu højere såfremt andre mikrobiologiske tests udskydes. Tre hospitaler forventes at opnå yderligere forøget kapacitet inden for uger pga. anvendelse af en ny analysemetode på maskiner fra Roche. Denne metode har fuld kapacitet på 1440 analyser pr. døgn, men vil kræve en indfasning pga. oplæring af personale.«

Når Sundhedsstyrelsen vurderer dette testniveau som »tilstrækkeligt til at dække behovet«, skal det formodentlig forstås i lyset af det estimat på 200.000 test over de første 12 uger, som Kåre Mølbak udarbejdede den 11. marts 2020 (jf. ovenfor).

Den 17. marts 2020 sender Søren Brostrøm en e-mail til departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet, hvori han vender tilbage til spørgsmålet om, hvad det egentlig er, WHO har anbefalet i forhold til teststrategier. Søren Brostrøm beretter, at han aftenen forinden har været i dialog med regionaldirektør i WHO Hans Kluge. Kluge kan ifølge Brostrøm ikke genkende, at WHO skulle have udmeldt et væsentligt strategiskifte i forhold til teststrategi. Søren Brostrøm oplyser også, at Sundhedsstyrelsen igen har gennemgået alle aktuelle dokumenter fra WHO og på den baggrund vurderer, at man i Danmark er inden for rammerne og desuden på linje med strategien i de andre nordiske lande. Videre nævner han i e-mailen, at han samme morgen har drøftet regeringens ønske om at teste »alle med symptomer for corona« med regionernes koncern- og sygehusdirektioner, KL's direktion, direktøren for de praktiserende lægers organisation (PLO) m.fl. Ifølge Søren Brostrøm var tilbagemeldingen på mødet entydig:

> »Flere mødedeltagere beskrev en udvidelse af testtilbud til alle med lette symptomer som 'vanvittigt' eller 'ej meningsfuldt', og fra PLO blev der nævnt en ganske betydelig bekymring ift. belastning, prioritering og smittespredning, såfremt opgaven bliver udlagt til dem.«

Som afslutning på denne e-mail skriver Søren Brostrøm, at hvis man vil gå videre med at tilbyde testning til alle med lette symptomer, vil Sundhedsstyrelsen indstille, at man ikke bruger sundhedsvæsenets ressourcer til opgaven.

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet svarer kortfattet Søren Brostrøm: »Jeg har lovet statsministeren, at du medtager at teste helt særligt vitalt personale i sygehusvæsenet, jf. Norge.«

Reviderede retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen den 18. marts 2020

Den 17. marts 2020 afholdes møde i »Sundhedsstyrelsens faglige COVID-19 arbejdsgruppe«, som ud over repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut og Styrelsen for Patientsikkerhed består af en række fagfolk fra bl.a. de infektionsmedicinske afdelinger på landets sygehuse. Mødet handler primært om en gennemgang af Sundhedsstyrelsens udkast til retningslinjer for håndtering af covid-19. Gennemgangen fokuserer på: 1) Tidspunkt for smittefrihed, 2) Visitation og henvisning af børn, 3) Visitation og henvisning af voksne, 4) Test af personale i kritiske funktioner og 5) Nære kontakter.

Mødereferatet giver ikke indtryk af uenighed blandt mødedeltagerne. Der er ifølge mødereferatet støtte til det oplæg til revisioner og præciseringer af retningslinjerne, som Sundhedsstyrelsen fremlægger. Under punktet »Test af personale i kritiske funktioner« er der lagt op til en øget testaktivitet, og det bliver i de retningslinjer, som Sundhedsstyrelsen udsender dagen efter, den 18. marts, formuleret sådan:

> »For personale i sundhedsvæsenet, ældreplejen og i indsatser for socialt udsatte, der i deres arbejde har haft nær kontakt med patient med bekræftet COVID-19, påhviler der personalelederen en særlig skærpet forpligtelse til at sikre, at medarbejderen har øget opmærksomhed på mulige symptomer på COVID-19, herunder feber, hoste, åndenød, muskel/ledsmerter, træthed og hovedpine, men også milde forkølelsessymptomer, til og med 14. dag efter kontakt.
>
> Asymptomatiske medarbejdere, og medarbejdere med banale symptomer, som ikke er forenelige med COVID-19, kan gå på arbejde som normalt. Medarbejdere må ikke møde ved lette luftvejssymptomer som kan give mistanke om COVID-19, og skal forlade arbejdspladsen ved symptomdebut efter arbejdsstart. Ved luftvejssymptomer kan medarbejderen møde på arbejde fra 48 timer efter symptomfrihed.
>
> Medarbejdere, der varetager kritiske funktioner i sundhedsvæsenet, ældreplejen og i indsatser for socialt udsatte, og som har lette til moderate symptomer forenelige med COVID-19, kan efter telefonisk visitation ved læge henvises til vurdering og test for COVID-19, såfremt det findes hensigtsmæssigt med hurtig raskmelding (se side 5). Medarbejderen kan møde på arbejde efter negativ test for COVID-19 trods fortsat lette øvre luftvejssymptomer.
>
> Medarbejdere, der varetager særligt kritiske funktioner i øvrige sektorer, kan efter indstilling fra arbejdsgiver og efter telefonisk visitation ved læge henvises til vurdering og test for COVID-19, såfremt hurtig raskmelding er nødvendigt for opretholdelse af samfundskritiske funktioner.«

Derudover præciseres det i retningslinjerne, der som nævnt udsendes den 18. marts 2020, at sundhedspersonalet bør have særlig opmærksomhed på sårbare grupper: »Særligt bør der være opmærksomhed på risikoen for alvorlige forløb af COVID-19 hos ældre patienter, særligt over 80 år, samt patienter med andre sygdomme og tilstande, der giver særlig risiko for alvorligt forløb af COVID-19 (se boks).« Det fremgår af den boks, der henvises til, og som er indsat i retningslinjerne, at gruppen af sårbare grupper er temmelig bred. Retningslinjerne indeholder derfor på flere punkter en udvidelse af den kreds af personer, der kan indstilles til test for covid-19. Boksen er gengivet i boks 11.1.

Boks 11.1. Sygdomme og tilstande, der giver særlig risiko for alvorligt forløb af covid-19 ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer for håndtering af covid-19 fra den 18. marts 2020

Immundefekter: Hæmatologiske patienter, organtransplanterede, cancerpatienter i systemisk kemoterapi eller strålebehandling og andre patienter i immunosuppressiv behandling (herunder biologiske lægemidler), samt HIV-positive med udtalt immundefekt.

Immunokompetente voksne med øget risiko: 65+ år; kronisk sygdom (lungesygdom, kardiovaskulær sygdom (undtagen isoleret hypertension), kronisk nyresygdom (GFR < 30 ml/min), kronisk leversygdom, diabetes mellitus (især ved sendiabetiske komplikationer), muskelsygdomme og neuromuskulære sygdomme med nedsat hostekraft eller sekretstagnation, svær overvægt (BMI over 35-40 afhængig af tilstedeværelse af andre risikofaktorer), patienter med hæmoglobinopati og andre sygdomme, hvor det vurderes, at der er en øget risiko for komplikationer); gravide kvinder og kvinder op til 2 uger efter fødsel.

Immunokompetente børn med øget risiko: børn født præmaturt med følgetilstande hertil; kroniske sygdomme, bl.a. kronisk lungesygdom, neuromuskulære sygdomme med nedsat hostekraft eller synkebesvær sekretstagnation, kompliceret hjertesygdom og hæmoglobinopati.

Kilde: »Retningslinjer for håndtering af covid-19 i sundhedsvæsenet«, Sundhedsstyrelsen, udsendt den 18. marts 2020, s. 3.

Europa-Kommissionens anbefalinger for teststrategier den 18. marts 2020

Den 18. marts 2020 udsender Europa-Kommissionen et notat med titlen »COVID-19. EU recommendations for testing strategies.« Det fremgår, at notatet er baseret på rådgivning fra ECDC og feedback fra Kommissionens rådgivende covid-19-panel. Det tosiders notat foreslår for det første, at medlemslandene prioriterer de følgende fem testindsatser med den øverste som den vigtigste, den næste som den næstvigtigste osv.:[6]

1. Test af indlagte patienter med alvorlige akutte luftvejsinfektioner (Severe Acute Respiratory Infections/SARI) med henblik på hensigtsmæssig klinisk håndtering, herunder forholdsregler vedrørende isolation og personlige værnemidler.
2. Test af ethvert tilfælde af akutte luftvejsinfektioner på hospitaler eller institutioner med langtidsindlæggelse for at vejlede om infektionskontrol og brug af personlige værnemidler for at beskytte både udsatte personer og sundhedsmedarbejdere; test af sundhedsmedarbejdere med symptomer, selv milde symptomer, for at vejlede om beslutninger vedrørende udelukkelse fra og tilbagevenden til arbejde; målet er at beskytte sundheds- og plejesektoren.
3. Test af patienter med akutte luftvejsinfektioner eller influenzalignende sygdomme i kontrolambulatorier og blandt patienter, der modtages på kontrolhospitaler med alvorlige, akutte luftvejsinfektioner, for at vurdere virussens omløb i befolkningen.
4. Ældre mennesker med underliggende kroniske medicinske sygdomme, f.eks. lungesygdomme, kræft, hjertesvigt, cerebrovaskulær sygdom, nyresygdom, leversygdom, forhøjet blodtryk, diabetes, og personer med svækket immunforsvar, som udviser tegn på akut luftvejsinfektion, idet de måske hurtigere vil få brug for vejrtrækningsstøtte. Der skal ud-

6 Anbefalingerne er oversat fra engelsk til brug for denne rapport.

vises særlig opmærksomhed over for sårbare befolkningsgrupper, f.eks. personer, der bor på plejehjem.
5. Hvis epidemien er lokal og ressourcerne tillader det, test af alle patienter med luftvejsinfektion. Dette kan omfatte kontaktopsporing, især i inddæmningsfasen. Test af asymptomatiske patienter, der er blevet identificeret som havende haft kontakt til et covid-19-tilfælde, kan blive taget i betragtning som led i kontaktopsporingen.

Med undtagelse af punkt 5, som er det punkt, der ifølge EU-notatet skal gives den laveste prioritering, er Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra den 18. marts 2020 på linje med denne samtidige anbefaling fra Europa-Kommissionen.

I notatet giver Europa-Kommissionen også en række råd om, hvordan medlemslandene kan spare ressourcer i testindsatsen. Det indebærer bl.a. et råd om, at man prioriterer test baseret på de fem ovenstående kriterier og til gengæld nedprioriterer test af »Patienter med milde symptomer eller patienter, som ikke tilhører risikogrupper.« Et andet råd er: »Test skal kanaliseres gennem de praktiserende læger eller hospitaler, og derfor skal der ikke gennemføres test uden henvisning fra praktiserende læge eller hospital.« Også dette råd er i overensstemmelse med de retningslinjer for håndtering af covid-19, som Sundhedsstyrelsen udsender samme dag, den 18. marts 2020.

Notatet fra Europa-Kommissionen afsluttes med et kort afsnit om, hvorvidt medlemslandene bør oprette drive-in-faciliteter: »Når evalueringerne bliver tilgængelige, skal virkning og fordele ved drive-in-klinikker vurderes. Denne type prøveudtagningsstationer kan være både nyttige, praktiske og hurtige. Hvis de oprettes udendørs og med nem adgang til prøveudtagning gennem en åben bilrude, vil de reducere smitterisikoen for det sundhedsfaglige personale eller andre patienter.«

Testning af flere i Danmark

Den udvidelse af kriterierne for at teste medarbejdere i kritiske funktioner, som følger af Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra den 18. marts 2020, skaber hurtigt udfordringer i regionerne. Den 19. marts 2020 sender koncerndirektøren i Region Hovedstaden en e-mail til Søren Brostrøm, hvori han beskriver, hvordan hospitaler i regionen bliver »oversvømmet med personale fra alle steder«, som forventer at blive testet for covid-19, og at der er risiko for, at »brænde samtlige testkit af på ét døgn og intet have tilbage til reelt syge.«

Samme dag skriver den sundhedspolitiske direktør i Danske Regioner til direktøren for de praktiserende lægers organisation (PLO) og direktøren i KL med ansvar for sundhed. E-mailen, hvor teksten i emnefeltet er »STOP test af raske«, sendes samtidig til Sundhedsstyrelsen. Den indeholder følgende appel fra regionerne:

> »Hospitalerne er ved at blive lagt ned af sundheds- og omsorgspersoner uden væsentlige sygdomssymptomer, der mener, de skal testes for COVID-19. Det svinder katastrofalt i testkits. Jeg må kraftigt appellere til, at I hjælper med at bremse jeres bagland! Er man ikke syg, skal man ikke testes. Er man syg, skal man hjem og sygemeldes. Har man været symptomfri 48 timer, er man rask. Der er ikke kapacitet til at teste for en sikkerheds skyld, og desværre kan arbejdsgiverne tilsyneladende ikke modstå fristelsen til at få afkræftet sygdom. Det er et universelt problem med overvægt i Hovedstaden.«

Direktøren for de praktiserende lægers organisation erklærer sig enig og understreger, at det »jo heller ikke [er] noget PLO har fundet på.« Han tilbyder også, at PLO gerne vil videresende en officiel myndighedshenvendelse fra Danske Regioner til de praktiserende læger, men at det »ideelt set« burde være en udmelding fra Sundhedsstyrelsen. Samme dag udarbejder Sundhedsstyrelsen en sådan udmelding, hvori den bl.a. præciserer, at »raske personer generelt ikke tilbydes test for COVID-19, det gælder også personale i sundhedsvæsen, ældrepleje eller i indsatser for socialt udsatte.«

Den 21. marts 2020 fremlægges på møde i Den Nationale Operative Stab (NOST) »Notat om muligheden for COVID-19 test af personer i kritiske nøglefunktioner uden for sundhedssektoren.« Notatet er udarbejdet i regi af NOST under Rigspolitiet, efter at Sundhedsstyrelsen har anmodet om fastlæggelse af »… en procedure, der understøtter den nødvendige prioritering, således at sektorer, som løser samfundskritiske opgaver, får mulighed for at få testet en snæver gruppe af udvalgt nøglepersonale, der varetager særligt samfundskritiske funktioner, og som udviser lette til moderate symptomer, der muligt kan relateres til COVID-19.« Notatet handler primært om, hvordan nøglefunktioner kan operationaliseres, og det fastholdes i notatet, at test for covid-19 altid skal baseres på en lægelig vurdering. Der lægges med dette notat ikke op til en væsentlig udvidelse af testaktiviteten i Danmark.

Den 22. marts 2020 om formiddagen arbejdes der i Sundheds- og Ældreministeriets departement på at færdiggøre et notat, »Testning af flere i Danmark«, som skal bruges til et regeringsmøde samme eftermiddag. Der er tale om en bestilling fra Statsministeriet. Notatets første afsnit har overskriften »Problemstilling/resumé« og lyder sådan:

> »Der er et billede af, at Danmark ikke ønsker at teste særlig mange. De udvidede retningslinjer er ikke implementeret, og regionerne melder om mangel på test kapacitet. Kommunikationsmæssigt er det nødvendigt at gøre klart, at der ER et ønske om at teste så mange som muligt. Hertil er det nødvendigt at skabe mere kapacitet for at kunne gøre det.«

Både Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut bidrager med kommentarer og forslag til de versioner af notatet, der cirkulerer i Sundheds- og Ældreministeriet. Vinklen i notatet er, at man gerne vil teste flere, at det skal kommunikeres tydeligere til offentligheden, men at der også er alvorlige begrænsninger på testkapaciteten, som forhindrer en hurtig udvidelse af testaktiviteten.

Samme dag udsender Sundheds- og Ældreministeriet en pressemeddelelse med titlen »Teststrategi skal sikre at flest muligt testes for COVID-19.« I pressemeddelelsens hoved står der:

> »Sundheds- og ældreministeren har sammen med Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut og Lægemiddelstyrelsen besluttet at sikre gennemførelsen af en mere offensiv teststrategi for COVID-19 i Danmark. Det sker på baggrund af WHO's anbefalinger og skal indføres under hensyn til den kapacitet, der er og kan skaffes og produceres på både kort og langt sigt i Danmark.«

Det budskab om en mere offensiv teststrategi gentages af sundheds- og ældreministeren dagen efter, den 23. marts 2020, på et pressemøde i Statsministeriet (se omtale af dette pressemøde i kapitel 4).

Som opfølgning på pressemeddelelsen den 22. marts 2020 sender Kåre Mølbak samme dag en e-mail til diagnostikgruppen[7], hvor han kommenterer på dagens pressemeddelelse. Han sender også e-mailen til direktøren for Lægemiddelstyrelsen og Søren Brostrøm og begrunder den med, at der måske er »nogle i regionerne, der tror, at de centrale sundhedsmyndigheder har »tabt sutten«, når man lancerer en offensiv strategi i en mangelsituation.« I e-mailen til diagnostikgruppen skriver Kåre Mølbak med henvisning til dagens pressemeddelelse om, at regeringen ønsker en mere offensiv teststrategi:

> »Det er vigtigt at understrege, at jeg ikke opfatter det som en ny teststrategi. Det er en hensigtserklæring om, at man gerne vil implementere den eksisterende strategi bredere, og sikre, at sundhedspersonale med milde symptomer bliver testet, at sårbare personer i et videre omfang bliver testet, og at en større andel af personer, der henvender sig på »feberklinikker«, får deres status afklaret. Alle ved godt, at det ikke er muligt at skalere op her og nu, og at man ved at prioritere coronatests på nuværende tidspunkt risikerer at afskære andre patienter for diagnostik. Derfor forventer jeg ikke, at der sker noget »her og nu«, men at den offensive strategi først bliver indført, når I alle kan følge med, i balance med andre hensyn.«

Der sker også noget andet den 22. marts 2020, som medvirker til at sætte fart i udbygningen af testkapaciteten. Den dag modtager departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet en tilkendegivelse fra Novo Nordisk Fonden om, at fonden gerne støtter arbejdet med at skaffe test for at få personale på arbejde. Fonden har allerede den 17. marts 2020 forespurgt departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet, om den kan bidrage til covid-19-indsatsen, og der bliver i en kreds af departementschefer i den forbindelse luftet forskellige idéer til, hvordan fonden kan bidrage, men det er først med henvendelsen den 22. marts 2020, at Novo Nordisk Fonden kobles sammen med udbygningen af testkapacitet.

Udviklingen af TestCenter Danmark

I dagene efter den 22. marts 2020 igangsættes et intensivt arbejde med at udvikle det, som med tiden bliver benævnt samfundssporet, og som bygges op om en ny organisation med navnet TestCenter Danmark (TCD). Den 23. marts 2020 påbegynder Sundheds- og Ældreministeriet et notat med titlen »Tryghedstest til Danmark.« Det sender ministeriets departementschef den 24. marts 2020 til direktøren for Novo Nordisk Fonden. Hun kvitterer for det, hun betegner som et »ideoplæg vedrørende bredere testning i befolkningen«, og efterspørger et navn på en person fra Statens Serum Institut, som hun kan drøfte det med. Sundheds- og Ældreministeriet sætter hende i kontakt med Kåre Mølbak.

Derefter går det hurtigt. Kåre Mølbak orienterer den 24. marts 2020 Søren Brostrøm og ledelsen i Statens Serum Institut om idéoplæg-

7 Diagnostikgruppen er en såkaldt taskforce nedsat af Danske Regioner med repræsentanter for en række klinisk-mikrobiologiske afdelinger, som skal koordinere og optimere testkapaciteten i regionerne. Repræsentanter for Statens Serum Institut og Lægemiddelstyrelsen deltager også af og til i møderne. Gruppen mødes i perioden som hovedregel onsdag og fredag.

get. Der foreligger i det udleverede materiale ikke svar fra Søren Brostrøm, men samme dag er det noteret i referatet fra dagens møde i Sundhedsstyrelsens kriseledelse: »Vi skal ikke længere have fokus på teststrategi, da det er blevet en politisk diskussion.« Og i referatet fra mødet i samme forum dagen efter: »Holder fast i udarbejdede teststrategi, selvom det er udfordrende, da der ikke er politisk opbakning.«

Den 27. marts 2020 deltager Kåre Mølbak i regi af NOST i et møde med konsulenter fra konsulentfirmaet McKinsey, som har udarbejdet et forslag til en ny testorganisation. Konsulentfirmaet McKinsey har i forvejen tilbudt sin hjælp til håndteringen af covid-19, og udlånte medarbejdere fra McKinsey bliver i regi af NOST sidst i marts 2020 meget tæt involveret i at få etableret den nye testorganisation.

Lørdag den 28. marts 2020 videresender lederen af NOST, Svend Larsen, en testkapacitetsplan til departementschefen i Justitsministeriet. Den foreløbige plan er beskrevet på syv slides, og lederen af NOST oplyser i e-mailen, at Kåre Mølbak og dennes »supportgruppe« har arbejdet med planen, som er endt på en kapacitet på 20.000-25.000 daglige covid-19-test og 65.000-115.000 antistoftest pr. dag. Svend Larsen lægger op til, at departementscheferne i Justitsministeriet, Statsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet beder om en afrapportering vedrørende arbejdet mandag den 30. marts 2020, hvor også Kåre Mølbak, den sundhedspolitiske direktør for Danske Regioner og nogle fra Svend Larsens team deltager.

Den foreløbige testkapacitetsplan, som Svend Larsen videresender den 28. marts 2020, indeholder en beskrivelse af den nye testorganisation. Den forventes at få Kåre Mølbak som »overordnet leder« og vil komme til at bestå af fire dele: 1) En prøveindsamlingsdel, som skal forankres i regionerne, 2) et nationalt testcenter, som skal forankres i Statens Serum Institut, 3) en sundhedsfaglig strategi, som skal forankres i Sundhedsstyrelsen, og 4) en it-del, som skal forankres i Sundheds- og Ældreministeriet.

Allerede dagen efter, den 29. marts 2020, bliver den første teststation opført på forsøgsbasis ved Herlev Hospital. I notatet »Plan for udvidelse af testkapacitet«, som er dateret den 30. marts 2020, og som har Rigspolitiet som afsender, fremgår det, at man regner med, at man inden udgangen af maj vil kunne gennemføre op imod 20.000 test om dagen i dette testspor, som skal supplere den patientrettede testning i regionerne. I maj måned regner man også med at have etableret 50 teststationer rundt omkring i landet.

Den 29. marts sender Kåre Mølbak et tosiders notat om det nye testcenter til Søren Brostrøm og direktøren for Styrelsen for Patientsikkerhed, Anne-Marie Vangsted. Overskriften på notatet er »Sundhedsfaglig teststrategi udenfor hospitalsregi – nationalt testcenter.« Den slidesbaserede præsentation af den nye organisation er vedlagt. Kåre Mølbak understreger i sin følgeskrivelse til de to styrelsesdirektører, at det er vigtigt, at alle får ejerskab til løsningen. I notatet kobler han etableringen af det nye testcenter sammen med »exit fra nedlukning af Danmark.« Kåre Mølbak understreger, at formålet med det nationale testcenter er at understøtte den diagnostik, der sker i regionerne, og at det nationale testcenter ikke kommer til at kæmpe med regionerne om kritiske forsyninger. Ifølge notatet bygges det nye testcenter »udenpå« den test, der foregår i regi af sygehusene. Undersøgelser på det nationale testcenter skal ifølge Kåre Mølbaks notat fokusere på:

»• Afklaring om milde symptomer, der ikke i sig selv ville føre til lægekontakt, skyldes COVID-19 eller ej
  - Ved negativt svar kan personen, såfremt intet andet er til hindring herfor, genoptage arbejde/skolegang
  - Ved positivt svar bør personen isolere sig selv ind til ophør af symptomer + 48 timer
  - Tilbuddet kan have særlig interesse for medarbejdere i kritiske funktioner uden for sygehusene
- Ved udbrud
  - Der kan forventes at optræde udbrud på skoler, uddannelsesinstitutioner og på større arbejdspladser, hvor det vil være relevant hurtigt at afdække om der er tale om COVID-19 selv om de personer, der initialt er omfattet af udbruddet har milde symptomer. Større udbrud kan føre til anbefalinger om påbud om midlertidig lukning via STPS.«

Derudover lægges der i notatet op til, at antistofanalyser skal afklare immunstatus hos personer, som har haft milde symptomer under epidemiens første bølge eller i forbindelse med lokale udbrud. Notatet lægger desuden op til, at visitering til test tænkes ind i en sundhedsfaglig strategi, som Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for.

Der foreligger i det udleverede materiale ikke svar fra hverken Søren Brostrøm eller Anne-Marie Vangsted. På det pressemøde, der afholdes i Statsministeriet den 30. marts 2020, bliver der spurgt ind til genåbning og opsporing af smittekæder, og der svarer Søren Brostrøm bl.a.: »... der er ingen tvivl om, at det her med nye muligheder for at teste, både for virus, men også for antistoffer, det er noget, som gør, at vi fremadrettet vil kunne målrette vores indsats ...«[8]

Den 30. marts 2020 skriver en centerchef i Sundhedsstyrelsen til Kåre Mølbak, at hun er udpeget til at være »Sundhedsstyrelsens ledelsesmæssige ophæng i forhold til arbejdet med det nationale testcenter.« Hun sender samtidig »en bestilling på besvarelse af forskellige spørgsmål« til Statens Serum Institut. Svarene skal styrelsen bruge til et møde den følgende dag i Sundhedsstyrelsens faglige covid-19-arbejdsgruppe.

Den 31. marts 2020 afholdes møde i Sundhedsstyrelsens faglige covid-19-arbejdsgruppe. På mødet gives en orientering om det nye nationale testcenter. Det oplyses ifølge mødereferatet, at »når testcenteret er oppe at køre, kan der laves ca. 10.000 PCR-test og 5000 antistoftest om dagen. Testcentret skal ses som supplement til opskaleringen af testkapaciteten i regionerne.« Endvidere bliver det på mødet drøftet, hvorfor regionerne ikke fuldt ud udnytter deres testkapacitet. Ifølge mødereferatet skal årsagen findes i, at omstillingen til flere test tager tid, og at der generelt kommer »færre mennesker i covid-19 klinikkerne pga. mindre sygdom i befolkningen ...«

Vurderet ud fra mødereferatet er det de forslag til udvidelse af kriterierne for covid-19-test, som Sundhedsstyrelsen vil udsende dagen efter, den 1. april 2020, som får mest opmærksomhed på mødet i den faglige covid-19-arbejdsgruppe. Sundhedsstyrelsen lægger op til følgende ændringer, og det fremgår ikke af mødereferatet, at der på mødet bliver udtrykt uenighed om dem:

8 Udskrift af pressemøde den 30. marts 2020, Statsministeriet.

- Udvidelse af kriterier for testning, herunder bl.a. af patienter med milde symptomer og ansatte med milde symptomer i sundheds- og ældresektoren med tæt kontakt til borgere eller patienter.
- Præcisering af, at hvis der efter en klinisk vurdering er mistanke om covid-19, skal der testes.
- Ændret organisering, der betyder, at den praktiserende læge kan visitere direkte til diagnostisk test ved milde symptomer på covid-19 og visitere til klinisk vurdering og udredning på covid-19-vurderingsenhed.

Det fremgår ikke af det udleverede materiale, hvorfor Sundhedsstyrelsen foreslår en udvidelse af kriterierne for covid-19-test, men forslaget skal formodentlig ses i sammenhæng med den samtidige udvidelse af testkapaciteten og med det forhold, at antallet af henviste til covid-19-test på det tidspunkt er lavere end den testkapacitet, regionerne har (jf. nedenfor). I forhold til test af asymptomatiske personer står der i referatet fra mødet den 31. marts 2020 i den faglige covid-19-arbejdsgruppe:

> »Der blev drøftet det problematiske i at teste asymptomatisk i forhold til tolkning af svar, både hvad angår positivt svar, men også for negativt svar, som ikke nødvendigvis udelukker smitte. Hvis testen tages, når der er symptomer og udføres korrekt, er den mere sikker og jo mere symptomatisk patienten er, jo mere kan man stole på testen. Der var enighed om, at der for nuværende ikke skal testes asymptomatiske pga. muligheden for falsk-negativ svar.«

Parallelt med arbejdet med at etablere samfundssporet arbejdes der i regionerne på at opskalere testkapaciteten i det eksisterende sundhedsspor. Det fremgår af et sekssiders notat dateret den 30. marts, som er udarbejdet af Danske Regioner. De første fire sider af notatet handler om testkapacitet og testkriterier i det, der omtales som sygesporet, og som svarer til det, der andre steder benævnes sundhedssporet. Danske Regioner gør opmærksom på, at de har »et paradoksproblem, idet vores testkapacitet er højere end antallet af henviste baseret på SST's visitationsretningslinje for test.« Regionerne estimerer, at de i løbet af uge 17, der begynder den 20. april 2020, kan nå op på en kapacitet på 15.000 test om dagen, og »senere« 20.000-25.000 covid-19-test om dagen.

De to sidste sider i notatet fra Danske Regioner handler om det, der i notatet omtales som »Raskesporet – Testcenter Danmark.« Det er det testspor, der andre steder omtales som samfundssporet. Der udtrykkes bekymring for, at dette raskespor vil komme i konflikt med sygesporet, og der rejses en lang række kritiske »spørgsmål til afklaring.« Man gør det desuden klart, at regionerne ikke i den aktuelle situation kan påtage sig driftsansvaret for at drive testsporet »for raske.« Notatet slutter således: »Danske Regioner og Regionerne ser frem til et intenst konstruktivt samarbejde om hurtigt, at få etableret samarbejdet vedr. de samlede testfunktioner.«

Lederen af AC-gruppen sender den 30. marts 2020 både NOST's og Danske Regioners notat til departementschefen i Justitsministeriet. Det fremgår af følgeskrivelsen, at det er notater, der skal sendes til Statsministeriet, og at de er en opfølgning på en bestilling fra departementschefen i Statsministeriet afgivet på et møde afholdt dagen før, søndag den 29. marts 2020.

Den 31. marts og den 2. april 2020 afholdes der »Testkapacitet styregruppemøder.« Det er et nyoprettet forum med deltagelse af repræsentanter for Statens Serum Institut, regionerne, Sundhedsministeriet, Novo Nordisk Fonden og

McKinsey. På det første møde, den 31. marts 2020, præsenteres en grafik, der viser, at en testkapacitet på 10.000 testede pr. dag vil »bringe os i international front« og langt foran lande som Norge, Sydkorea og Tyskland. Det fremgår ikke, hvordan man er landet på en ambition om 10.000 test pr. dag. I beslutningsreferatet fra styregruppemødet den 2. april 2020 står der, at det er besluttet at opsætte foreløbig 16 teststationer, og at teststationerne sættes op pr. 17. april 2020.

Den 3. april 2020 sender lederen af AC-gruppen en opdateret implementeringsplan til departementschefen i Justitsministeriet. I følgeskrivelsen oplyser han:

> »Vi kan godt sætte i gang uden at have en teststrategi - med deraf følgende risiko for, at udrulningen viser sig at være forgæves (hvis det fx besluttes, at Test Danmark kun skal være »udkørende«). Initialomkostningen er formentlig omkring 10-20 mio. kr. Vi kan også vente - med risiko for, at vi først bliver klar i slutningen af uge 16.«

Justitsministeriets departementschef svarer samme aften: »Kan vi ikke få lavet den strategi (overordnet) hurtigt? – hvis vi har den klar om få dage, skal de to ting vel følges ad. – og så eventuelt også knyttes op på data-app-en.«

Samme dag skriver en kontorchef i Sundheds- og Ældreministeriet til ledende medarbejdere i Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen, at »Det forlyder, at JM i forlængelse af arbejdet i NOST og det testpapir, som nogle af os drøftede i går, skriver på en egentlig overordnet teststrategi – et arbejde som vi nok bliver involveret i henover weekenden.«

Den 4. april 2020 skriver departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet til Søren Brostrøm og Kåre Mølbak. Her opfordrer han dem til at tage ejerskab for en egentlig strategi for Danmark. Den konkrete anledning er angiveligt nogle kritiske artikler i Berlingske. Departementschefen gør det klart, at »Vores minister er prisgivet, hvis der ikke kommunikeres klart fra jer.«

Kåre Mølbak svarer samme dag, at han erklærer sig enig i behovet for en mere klart formuleret strategi, og han indsætter i sit svar til departementschefen og Søren Brostrøm den tabel, som i bearbejdet og oversat form er gengivet i tabel 11.2. Tabellen er hentet fra en rapport udarbejdet af det norske Folkehelseinstituttet og offentliggjort den 24. marts 2020.[9] I forlængelse af tabellen skriver Kåre Mølbak, at man i Norge indtil videre mener, at man kan gennemføre en undertrykkelsesstrategi, mens Danmark er mere på »brems«-strategien.

Videre skriver Kåre Mølbak, at en forudsætning for undertrykkelsesstrategien er, at man enten beslutter at fastholde drakoniske forholdsregler i forhold til at reducere kontakten i befolkningen eller er meget konsekvent i forhold til tidlig isolation af smittede og opfølgning af alle kontakter og karantæne i 14 dage. Sidstnævnte kan ifølge Kåre Mølbak kun gennemføres ved en meget tidlig og konsekvent opsporingsindsats, »som vi har set nogle steder i Asien og som Norge og Tyskland også er i gang med.« Kåre Mølbak afslutter med en opfordring til Sundhedsstyrelsen: »Jeg mener, at SST, med vores input, må skrive et udkast til en strategi.«

9 »Covid-19-epidemien: Risiko, prognose og respons i Norge etter uke 12«, Folkehelseinstituttet, den 24. marts 2020.

Departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet svarer om aftenen den 4. april 2020: »Inden Statsministeren kommunikerer åbning mandag skal vi via jer eller/og ministeren have kommunikeret på vores strategi. Umiddelbart ser jeg ind i et strategi scenarie der lidt ligner det norske. Afbødning men med apps. Aggressiv teststrategi etc.«

Der foreligger i det udleverede materiale ikke noget svar fra Søren Brostrøm og heller ikke nogen opfølgning på denne diskussion.

Tabel 11.2. Karakteristika ved tre alternative strategier mod covid-19

Strategi	Mål for R_e	Epidemiens varighed	Konsekvenser for sygehusene	Immunitet i befolkningen efter epidemi	Tiltag nummer
»Slip epidemien løs«	2,4	3-4 måneder	Katastrofale (sygehuse kollapser)	40-70 pct.	1
»Brems epidemien«	1,3	1 år	Betydelige (sygehusene holder stand)	40-50 pct.	1 og 5 (og 2 og 3)
»Undertryk epidemien«	0,9	2 år eller mere (til vaccination eller andre tiltag)	Små (sygehusene klarer det uden væsentlig belastning)	5-10 pct.	1, 2, 3, 4 og 5

Kilde: Let bearbejdet og oversat gengivelse af tabel 2 , s. 15 fra notatet »Covid-19-epidemien: Risiko, prognose og respons i Norge etter uke 12«, Folkehelseinstituttet, den 24. marts 2020.
Forklaring af tiltag: 1) God hygiejne i befolkningen. 2) Tidlig isolering af smittede. 3) Opsporing af personer eksponeret for smitte. 4) Færre rejsende fra områder med epidemisk spredning. 5) Reduceret kontakthyppighed i befolkningen.

Den 4. april 2020 sender en afdelingschef i Rigspolitiet en vejledning rundt til »validering« hos de myndigheder, der er repræsenteret i testkapacitetstyregruppen. Afdelingschefen skriver, at vejledningen er udarbejdet af politiet, og at den skal hjælpe de lokale beredskabsstabe med at klargøre etableringen af de 16 teststationer.

Den 5. april 2020 svarer den centerchef i Sundhedsstyrelsen, som er udpeget til at varetage styrelsens ledelsesmæssige ansvar for testdelen. Centerchefen indleder med at erklære sig meget overrasket over, at der på dagens møde i NOST blev lagt op til at iværksætte etableringen af de 16 teststationer på grundlag af den rundsendte vejledning. Herefter oplister hun en række uafklarede spørgsmål om ansvar, ledelse og drift af de nye testcentre. Hun giver desuden udtryk for, at regionernes rolle ikke er tilstrækkeligt afklaret, og hun henviser til, at det på det seneste testkapacitetstyregruppemøde blev besluttet, at iværksættelsen skulle afvente erfaringerne fra pilottestcenteret på Herlev Hospital. Centerchefen afslutter sit svar med at konstatere: »Vi er i Sundhedsstyrelsen bekymret over iværksættelse af et så ressourcekrævende tiltag, på et grundlag der opleves som uafklaret både i forhold til tilrettelæggelse, drift og ledelse. På den baggrund kan Sundhedsstyrelsen ikke validere dokumentet i sin nuværende form, da vi vurderer, at det er præliminært.«

Regeringen træffer beslutning om teststrategien

Mandag den 6. april 2020 er der pressemøde i Statsministeriet. På pressemødet kobler statsministeren den forestående genåbning sammen med den øgede testkapacitet og nævner, at det er myndighedernes plan at teste endnu flere, »blandt andet personalet, der står i frontlinjen, så vi ved, hvem der kan komme på arbejde.«[10] Sundheds- og ældreministeren oplyser på pressemødet, at der er »sat telte op, så vi kan gennemføre test«, men nærmere detaljer om den nye teststrategi bliver ikke fremlagt på dette pressemøde. På pressemødet bliver der spurgt ind til, hvornår man i Danmark begynder at teste mere aggressivt og med at opspore og karantænesætte, hvortil Kåre Mølbak svarer, at testkapaciteten i den kommende tid vil blive forøget, så man kan gå tilbage til en model, hvor man anvender test meget mere konsekvent i forhold til at finde tilfælde.

Den 8. april 2020, 2 dage efter udmeldingen på pressemødet i Statsministeriet, bliver teststrategien for første gang sat på dagsordenen til et møde i regeringens koordinationsudvalg. Sagen er sat på dagsordenen under overskriften »Status for testning og teststrategi.« Ud over at det indstilles at tage denne status til efterretning, er der følgende indstilling i det materiale, som er blevet udarbejdet som grundlag for drøftelserne i koordinationsudvalget (KU):

> »Det indstilles, at SUM færdiggør en samlet teststrategi, som grundlag for den videre udrulning af samfundssporet, der forelægges KU efter påske.«

I en tidligere version af materialet til mødet i koordinationsudvalget har Sundhedsstyrelsen i en række indsatte kommentarer gjort klart, at den ikke støtter etableringen af et nyt testspor, og at den mener, der er og kan opbygges tilstrækkelig testkapacitet inden for sundhedsvæsenet. De kommentarer indarbejdes ikke i den endelige version af det materiale, der tilgår koordinationsudvalget.

Der indgår i materialet til mødet den 8. april 2020 i koordinationsudvalget ikke prognoser for, hvilken effekt en øget testaktivitet vil få på smittespredningen, og der indgår ikke estimater over de økonomiske udgifter forbundet med øget testning. I forhold til sidstnævnte oplyses det, at der fra start etableres en central løbende opfølgning i Sundheds- og Ældreministeriet og i Finansministeriet med fokus på økonomien i projektet, »herunder forbruget på Statens Serum Institut og i regionerne (bl.a. til bemanding af testcentre) i lyset af den forudsatte finansiering fra Novo Nordisk Fonden.« Der foreligger ikke referat af møderne i regeringens koordinationsudvalg.

Den 7. og 8. april 2020 er der en e-mailkorrespondance mellem Kåre Mølbak og den sundhedspolitiske direktør i Danske Regioner. Afsættet for korrespondancen er det møde i teststyregruppen, som blev afholdt dagen før. Den sundhedspolitiske direktør i Danske Regioner udtrykker over for gruppens medlemmer stor skepsis i forhold til den nye testorganisation, der er ved at blive opbygget. Han argumenterer for, at der er rigelig kapacitet i sundhedssporet, og at man i stedet for at opbygge en ny usikker og dyr organisation bør bygge videre på det setup, der ligger i sundhedsvæsenet,

10 Udskrift af pressemøde den 6. april 2020, Statsministeriet

herunder inddrage de praktiserende læger. Bl.a. skriver han:

> »Der er ingen, der bliver mere syge eller mere raske af denne monsterøvelse. Kan man ikke opnå samme formål noget nemmere ved blot, at styrke sundhedsvæsenet en lille smule? Og nu taler vi om en kontrolleret epidemiudvikling, hvor hospitalerne har (rigeligt) kapacitet og hvor den time-out vi har haft, har sikret hele forsyningskæden.«

Indlægget støttes af direktøren for akutberedskabet i Region Hovedstaden. Kåre Mølbak svarer, at de nye teststationer først og fremmest er ment som en håndsrækning til regionerne, idet det vil kunne aflaste regionerne og samtidig sikre, at der bliver indsamlet prøver fra medarbejdere, der arbejder med kontakt til sårbare borgere. Den sundhedspolitiske direktør fastholder imidlertid, at »sundhedsvæsenet kan løfte opgaven i den organisationsform vi kender«, hvortil Kåre Mølbak replicerer, at det i »bund og grund [er] en sundhedspolitisk beslutning.«

Om aftenen den 8. april 2020 intervenerer departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet i e-mailkorrespondancen. Med henvisning til dagens drøftelse i regeringens koordinationsudvalg slår han fast, at: »Regeringens klare opfattelse er at der etableres et andet spor ud over det spor der så udmærket arbejdes med i det regionale sundhedsvæsen. [...] Det er derfor uden for drøftelse at ovenstående skal etableres. Etablering vil derfor skulle påbegyndes umiddelbart.« Derefter foreslår han, at der efter påske sættes et møde op, hvor en række spørgsmål om vision, omfang, logistik, rollefordeling m.v. kan drøftes. Den sundhedspolitiske direktør i Danske Regioner kvitterer næste dag for departementschefens udmelding: »Tak for en gang for alle, at fastslå Samfundssporet som stand alone SKAL etableres. Og dermed, at det er baseret på samfundspolitiske og ikke sundhedsfaglige hensyn.«

I ugen efter påske arbejdes der videre med udviklingen af samfundssporet, som får navnet TestCenter Danmark. Den 16. april 2020 bliver spørgsmålet om teststrategi vendt på et møde i regeringens koordinationsudvalg som led i en drøftelse af myndighedernes tilgang til håndtering af fase 1 af genåbningen. Der indgår i materialet til denne drøftelse »Bilag 1: Covid-19: Samlet strategi for testning.« I bilaget beskrives det overordnede formål med testning sådan:

> »Det overordnede formål med testning er at bidrage til begrænsning og bekæmpelse af COVID-19 og i den forbindelse understøtte, at samfundet kan åbnes mest muligt, uden at smittespredningen når et niveau, der udfordrer kapaciteten i sundhedsvæsenet.«

Målgrupperne for de to testspor, sundhedssporet og samfundssporet, beskrives i bilaget til koordinationsudvalgsmødet som vist i tabel 11.3. Som det fremgår af tabel 11.3, er der også i samfundssporet lagt op til, at det er egen læge, man i første omgang skal henvende sig til med ønsket om at blive testet. Om TestCenter Danmark oplyses det bl.a., at det opbygges i et samarbejde mellem Statens Serum Institut og Novo Nordisk Fonden med bidrag fra regionerne i forhold til den lægefaglige ledelse af centrene og anvendelse af regionale it-systemer. Endvidere oplyses det, at centerets aktiviteter, logistik, indkøb m.v. understøttes af NOST, og at aktiviteterne skal koordineres tæt med de øvrige centrale sundhedsmyndigheder, regionerne og KL. For så vidt angår økonomien i TestCenter Danmark, bliver det i bilaget til koordinationsudvalgsmødet blot oplyst, at Novo

Tabel 11.3. Målgrupper for testning i sundhedssporet og samfundssporet

Spor	Målgrupper
Sundhedssporet (regionerne)	Symptomatiske personer, dvs. med symptomer på COVID-19 – Personale uden symptomer på COVID-19 ansat i den regionale sundhedssektor. – Indlagte patienter, der screenes for COVID-19.
Samfundssporet (Testcenter Danmark)	Asymptomatiske personer, dvs. uden symptomer på COVID-19, herunder særlige samfundsgrupper som fx ikke-regionalt ansat personale i sundheds-, ældre- og socialsektoren, pårørende til sårbare personer, der på eget initiativ kontakter egen læge med et ønske om at blive testet, pædagoger og lærere på institutioner i forlængelse af genåbning af skoler og daginstitutioner ved bekymring/risiko for smitte.

Kilde: Gengivet efter »Bilag 1: Covid-19: Samlet strategi for testning« udarbejdet til brug for møde i regeringens koordinationsudvalg den 16. april 2020.

Nordisk Fonden har givet tilsagn om at bevilge 250 mio. kr. Andetsteds i mødematerialet er det oplyst, at økonomien omkring TestCenter Danmark endnu ikke er blevet konsolideret, og at der bl.a. udestår beregninger for de endelige omkostninger.

Den 17. april 2020 indgår de politiske partier i Folketinget aftale om udvidelse af første fase i genåbningen, og det bliver i den forbindelse aftalt, at der skal udarbejdes en samlet teststrategi. Følgende fremgår af aftaleteksten: »Partierne noterer sig samtidig, at myndighederne med Statens Serum Institut som faglig garant fremlægger en samlet teststrategi, der blandt andet skal indeholde test af frontpersonale, pårørende og sårbare grupper. Desuden skal der testes et repræsentativt udsnit af befolkningen, så udviklingen kan følges.«

Den 20. april 2020 holder statsministeren møde om teststrategien med repræsentanter for Danske Regioner samt de fem regionsdirektører. På mødet deltager også sundheds- og ældreministeren og justitsministeren med deres departementschefer samt Søren Brostrøm og Kåre Mølbak. Boks 11.2 giver en oversigt over talepinde/budskaber, som er udarbejdet til statsministeren til brug for mødet. Der foreligger ikke referat fra mødet.

Boks 11.2. Talepinde/budskaber til statsministeren til brug for mødet med regionerne den 20. april 2020

- Der er en klar politisk intention om at teste offensivt.
- En markant øget testkapacitet er en af de vigtigste faktorer ift. at kunne genåbne samfundet.
- Derfor pågår arbejdet med at etablere Testcenter Danmark – det såkaldte samfundsspor – med støtte fra Novo Nordisk.
- Dette for at udvide testkapaciteten hurtigst muligt.
- Testkapaciteten øger heldigvis også sideløbende i regionerne – og det er gode nyheder – og derfor skal antallet af testede følge med.
- Sundhedsstyrelsen planlægger derfor en opdatering af deres retningslinjer [kommer i morgen], så målgruppen for, hvem der bliver testet markant forøges over de næste uger. Fx
  - Alle med milde symptomer (uden nogen undtagelser) skal testes.
  - Asymptomatiske beboere og frontpersonale ifm smitteforebyggelse på institutioner mv. skal testes.
  - Patienter, der indlægges på sygehuset uanset årsag, skal testes.
  - Sundheds- og plejepersonale skal testes.
  - Nære kontakter skal på sigt testes mv.
- Alt sammen for at bremse smittespredning og for at beskytte sårbare grupper.
- Regeringen er herudover ved at lægge sidste hånd på en samlet strategi for test, som vil indgå i de kommende politiske forhandlinger om yderligere genåbning.

Den samlede teststrategi skal gennemføres af regionerne i samarbejde med Statens Serum Institut og – hvad angår Testcenter Danmark – med støtte fra NOST. Organisering og snitflader drøftes med Danske Regioner

Etableringen af TestCenter Danmark offentliggøres

Den 21. april 2020 udsender Sundheds- og Ældreministeriet en pressemeddelelse om oprettelsen af TestCenter Danmark. Det oplyses i pressemeddelelsen, at regionerne er ansvarlige for at udføre test i TestCenter Danmark, mens Statens Serum Institut står for testkapaciteten. Det fremgår videre, at TestCenter Danmark, efterhånden som kapaciteten opbygges, skal teste personer uden symptomer, herunder særlige samfundsgrupper som f.eks. ikke-regionalt ansat personale i sundheds-, ældre- og socialsektoren, pårørende til sårbare personer, der på eget initiativ kontakter egen læge med et ønske om at blive testet, personer med kontakt til smittede, og et repræsentativt udsnit af befolkningen.

På de indre linjer i centraladministrationen foregår der på dette tidspunkt stadig diskussioner om organisation og opgave- og rollefordeling i forhold til TestCenter Danmark. Der er i dagene efter den 21. april 2020 desuden problemer med at opnå den forventede testkapacitet i TestCenter Danmark, og departementschefen i Justitsministeriet involveres via lederen af AC-gruppen i håndteringen af meget konkrete driftsproblemer i relation til TestCenter Danmark.

I marts og april 2020 fortsætter bestillingerne til ambassaderne via Udenrigsministeriet (jf. kapitel 8 og 9). Den 23. april 2020 udarbejder Udenrigsministeriet på grundlag af ambassadeindberetningerne et sekssiders notat med overskriften »Overblik over andre landes nationale COVID-19 teststrategier pr. 21. april.« Oversigten er baseret på indberetninger for EU-landene samt Norge, Schweiz, Island, Canada, Japan, Singapore, Sydkorea, Kina, Hongkong og Taiwan. I notatet indgår den figur, der er gengivet i figur 11.3. Den viser, at Danmark med

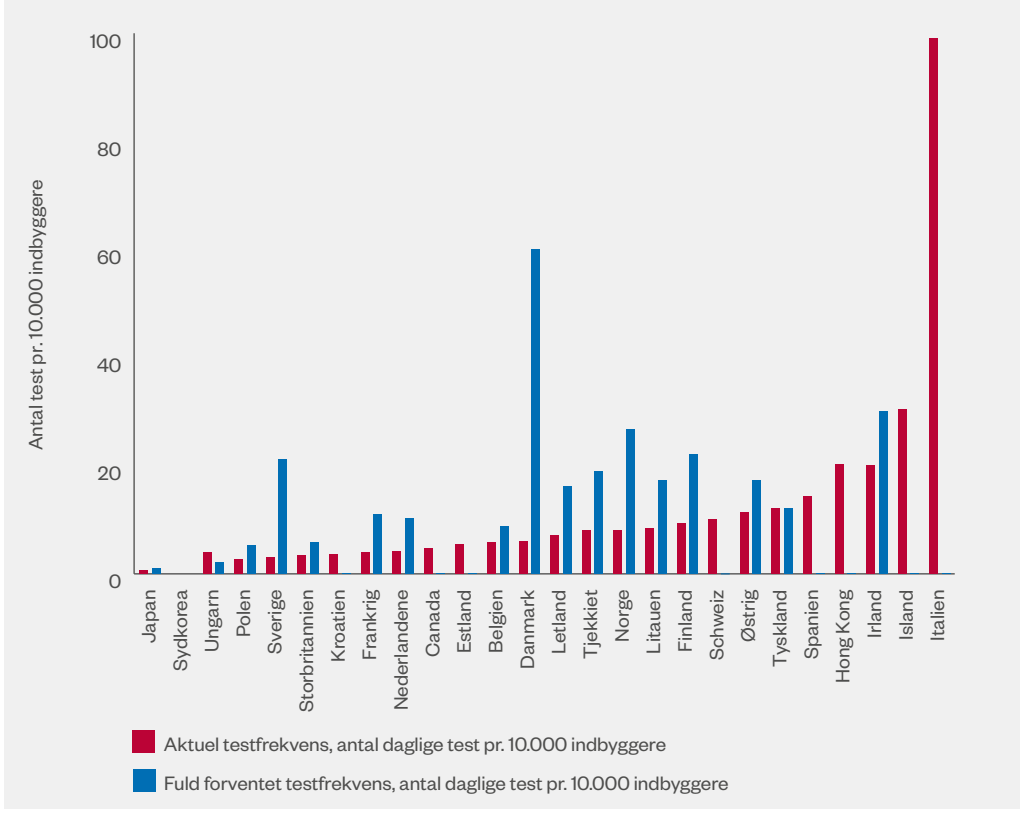
den forventede udvidelse af testfrekvensen vil nå op på en testfrekvens, der målt pr. 10.000 indbyggere er dobbelt så høj som det land med den næsthøjeste testfrekvens, når bortses fra Italien.

En ny teststyrelse

Den 25. april sender en afdelingschef i Finansministeriet en e-mail med emnefeltet »teststyrelse« til en afdelingschef i Statsministeriet og lederen for AC-gruppen. Vedhæftet e-mailen er et notat udarbejdet i Finansministeriet. Det fremgår af e-mailen, at der ikke er indhentet bidrag fra Sundheds- og Ældreministeriet. Overskriften på notatet er: »Styrkelse af tværgående planlægning og koordinering af indsatsen mod pandemier.«

Det centrale forslag i notatet er oprettelse af en ny styrelse med arbejdstitlen »Styrelsen for pandemiberedskab.« I notatet foreslås det, at de opgaver, der er oplistet i boks 11.3, henlæg-

Figur 11.3. Sammenligning mellem aktuel testfrekvens og fuld forventet testfrekvens pr. 21. april 2020



Kilde: Gengivet efter internt notat om »Overblik over andre landes nationale COVID-19 teststrategier pr. 21. april« udarbejdet af Udenrigsministeriet.

ges til den nye styrelse. Endvidere foreslås det, at den nye styrelse »i opbygningsfasen« placeres hos Justitsministeriet, at den får en størrelse på samlet set 100 årsværk, og at der etableres en ny afdeling med et til to kontorer i Justitsministeriets departement.

Boks 11.3. Opgaver i en ny styrelse (»Styrelsen for pandemiberedskab«) ifølge notat af 25. april 2020

- Udarbejde strategier for håndtering af fremtidige pandemier, herunder for test- og smittehåndtering i stor skala.
- Udarbejde beredskabsplaner med afsæt i sundhedsfaglige vurderinger af smittespredning og sundhedsrisiko.
- Informationsaktiviteter, herunder krisekommunikation, informationskampagner samt »adfærdsvejledninger« til brug for offentlige myndigheder samt private virksomheder med afsæt i sundhedsfaglige vurderinger af smittespredning samt sundhedsrisiko. Skabe overblik over lagre på tværs af den offentlige sektor.
- Sikre forsyning af tilstrækkelige lagre af værnemidler samt test og isolationsfaciliteter.
- Eksekvere og udrulle testkapaciteter i stor skala i samarbejde med andre offentlige myndigheder, herunder beredskabet og Politiet samt regioner og kommuner. Sikre at testfaciliteter hurtigt kan udrulles og skaleres hurtigt afhængig af smittevurderingen.
- Internationalt myndighedssamarbejde og koordinering.

Det vurderes i notatet, at der i forbindelse med oprettelse af styrelsen vil skulle overføres kontorer og enheder til styrelsen fra Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. I opfølgende e-mail i Justitsministeriet overvejes for og imod denne overflytning af årsværk fra Sundheds- og Ældreministeriet, som på den ene side forventes at give »ressortfnidder«, hvis ikke Finansministeriet og Statsministeriet hjælper til, på den anden side nok er nødvendig, da der er tale om »nogle kompetencer som vi ikke fuldstændigt har in-house …«

Der arbejdes i de følgende uger videre med oprettelse af en ny styrelse, og den 12. maj 2020 meldes etableringen af styrelsen ud på et pressemøde i Statsministeriet (se nedenfor). Opgaveporteføljen for det, der kommer til at hedde »Styrelsen for Forsyningssikkerhed«, er dog anderledes end i de første udkast, idet styrelsen i første omgang primært får ansvaret for forsynings- og logistikopgaver. I et beslutningsreferat fra mødet i Styregruppen for TestCenter Danmark (se nedenfor) den 12. maj konstateres det med henvisning til samme dags udmelding om den nye styrelse: »Det er endnu ikke afklaret, hvilken rolle, styrelsen evt. kan få i forhold til Testcenter Danmark.« Hvorfor og hvornår i forberedelsesprocessen den nye styrelses ansvar for testhåndtering nedskaleres, fremgår ikke af det udleverede materiale.

Frem mod offentliggørelse af teststrategi den 12. maj 2020

Den 27. april 2020 afholdes det første møde i Styregruppen for TestCenter Danmark. Styregruppen får lederen af NOST, Svend Larsen, som formand.

Den 27. april bliver der også arbejdet på materiale til møde i regeringens koordinationsudvalg den 28. april, hvor der er dagsordenssat en sag om »teststrategi m.v.« I materialet til denne sag indgår følgende dokumenter:

1. KU-cover Samlet testtilgang og Testcenter Danmark.
2. Bilag 1 COVID-19 testning og Testcenter Danmark.
3. Bilag 2 Sundhedsstyrelsens notat om indikation for PCR test for SARS-CoV-2.

4. Bilag 3 COVID-19 testning Testkapacitet og målgrupper.
5. Bilag 4 Finansiering af Testcenter Danmark.
6. Bilag 5 Samlet testtilgang på kort og lang sigt i Danmark under COVID-19 epidemien.
7. Bilag 5a Teststrategi.
8. Bilag 6 Brug af mundbind i det offentlige rum.

I det materiale, der udarbejdes til brug for mødet i regeringens koordinationsudvalg, estimeres det, at de samlede omkostninger til TestCenter Danmark kan henføres til testcenteret på Statens Serum Institut og til teststationer i regionerne. Ved det, man kalder et fuldt scenarie, som består af 50 testtelte fordelt rundt om i landet, estimeres omkostningerne for Statens Serum Institut at blive 320 mio. kr. i alt for 3½ måneders drift, hvoraf de 250 mio. kr. forventes at blive dækket af Novo Nordisk Fonden. For regionerne forventes omkostningerne for dette scenarie at blive i alt 361,5 mio. kr. Den 28. april 2020 inden mødet konstaterer Finansministeriet, at økonomiskøn er udarbejdet af McKinsey og regionerne, og at ministeriet ikke har »grundlag for at udfordre dem.«

Mødet i koordinationsudvalget den 28. april 2020 ender med at blive aflyst med den begrundelse, at der næste dag skal indledes forhandlinger med de politiske partier om teststrategien.

Den 5. maj 2020 afholdes ministermøde i Statsministeriet om bl.a. værnemidler og teststrategi. Søren Brostrøm, Kåre Mølbak og Svend Larsen fra NOST deltager også i mødet. Et af de dokumenter, der udarbejdes til mødet, er benævnt »COVID-19: National teststrategi.« I dette dokument formuleres en »vision for test« på denne måde:

> »Vi har indledt genåbningen af Danmark. Med genåbningen skal vi balancere en kontrolleret genoptagelse af aktiviteter i samfundet med fortsat at holde COVID-19 epidemien i skak og sikre de mest sårbare en særlig beskyttelse. Målrettet testning på individniveau, institutionsniveau, sektorniveau og samfundsniveau er en afgørende forudsætning for at holde den balance og sikre viden om udbredelsen af COVID-19. Det er samtidig regeringens langsigtede vision for test og testkapacitet, at der generelt skal være adgang til, at man kan blive testet, hvis man ønsker viden om, hvorvidt man har eller har haft coronavirus.«

Der indgår i dokumentet også en formulering af »de overordnede formål« for teststrategien:

> »1. Fortsat sikre rettidig behandling af personer, der bliver syge af COVID-19.
> 2. Begrænse smittespredning - særligt i forhold til sårbare grupper.
> 3. Overvåge smittespredning i Danmark.
> 4. Understøtte genåbning og tryghed i befolkningen.«

Den 12. maj afholdes der pressemøde i Statsministeriet. På pressemødet annoncerer statsministeren »en ny offensiv teststrategi«, og det nævnes, at den har været drøftet med alle Folketingets partier: »Fra test af relativt få engang, så er vi nu et af de lande i verden, der tester allerflest pr. indbygger. Vi er nu i den situation, at det kun er nogle få europæiske lande, der tester flere indbyggere, end vi gør.« Sundheds- og ældreministeren oplyser på pressemødet, at

der indtil dags dato er foretaget 385.000 covid-19-test i Danmark.[11]

Sundhedsstyrelsens direktør deltager også i pressemødet og fokuserer i sit indlæg primært på den intensiverede opsporing af tætte kontakter til folk, der er bekræftet smittede. På et opfølgende spørgsmål fra en journalist, som beder ham »forklare lidt tydeligere, hvad det nye i denne her teststrategi er«, svarer Søren Brostrøm bl.a.:

> »Jeg tror et af de største paradigmeskifter i dét, vi gør nu, det er, at vi i meget stor grad begynder at tilbyde test til personer uden symptomer. [...] Og det har en fordel og ulemper, og jeg tror også, der er mange i de faglige miljøer i Danmark, som skal vænne sig til tanken om omfattende test af personer uden tegn på sygdom, fordi det ligger lidt sådan imod os. Men det er dét, der er det centrale paradigmeskifte i dét, vi gør nu.«

Kåre Mølbak redegør i sit indlæg på pressemødet for etableringen af TestCenter Danmark og den øgede test- og analysekapacitet, som det har medført. Statsministeren gør det klart på pressemødet, at denne øgede testkapacitet skal bruges: »Det er en bunden opgave – både for landets regioner og for staten.« Det ønske noterer også Kåre Mølbak sig, fremgår det af en e-mail sendt senere samme dag til den konstituerede direktør for Statens Serum Institut: »Der er meget politisk pres for at udnytte kapaciteten. Det fik jeg indtryk af i dag.«

Den 12. maj 2020 udsender Sundheds- og Ældreministeriet dokumentet »COVID-19: Teststrategi« og en række dokumenter og faktaark om den nye teststrategi, der ifølge det udmeldte forventes at dække det kommende kvartal af genåbningen. Sideløbende udarbejder Sundhedsstyrelsen informationsmateriale til borgere og sundhedspersonale.

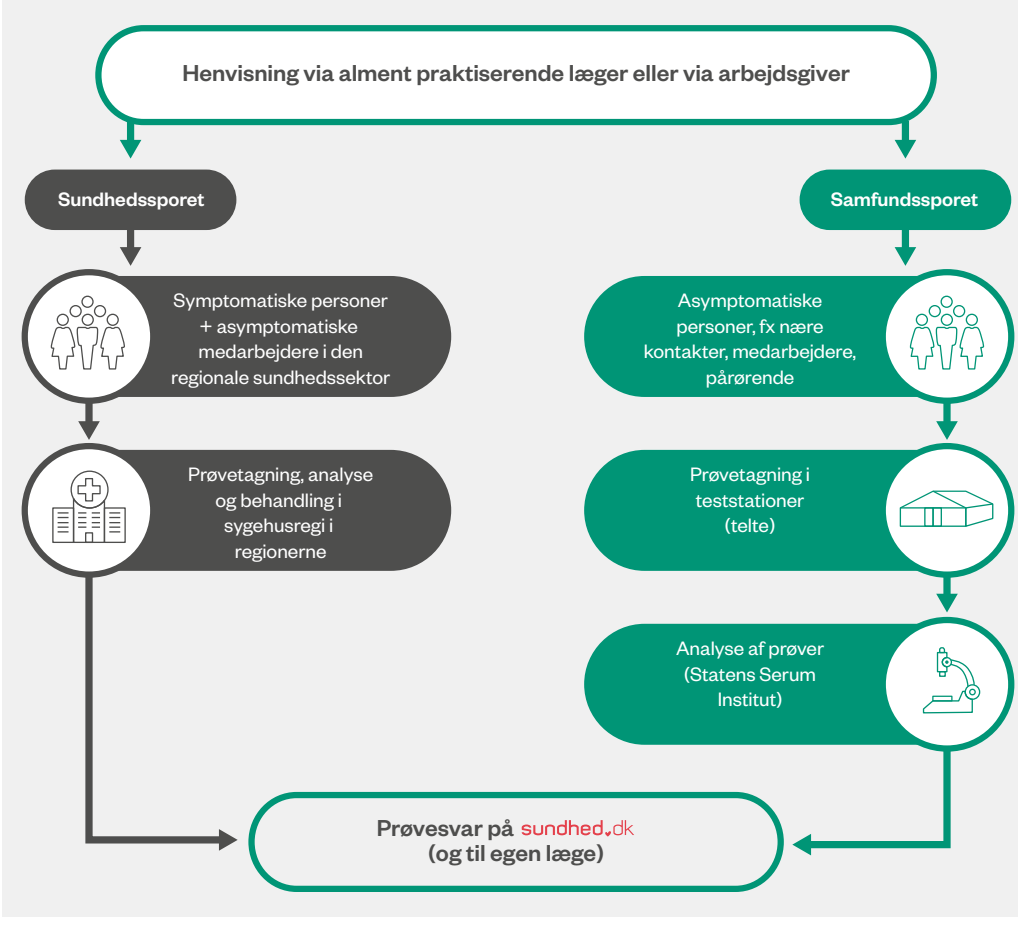
I dokumentet »COVID-19: Teststrategi« indgår en illustration af sundhedsporet og samfundssporet. Den illustration er gengivet i figur 11.4. Som det fremgår af figuren, er det endnu på dette tidspunkt ikke retningslinjerne, at borgere kan selvvisitere til test for covid-19. Henvisning sker enten via alment praktiserende læger eller via arbejdsgiver.

Det ændres dog allerede den 18. maj 2020, da Sundheds- og Ældreministeriet i en pressemeddelelse meddeler: »Alle borgere får mulighed for at blive testet for covid-19.«[12] Det fremgår ikke af det udleverede materiale, præcis hvad der ligger til grund for den markante ændring af teststrategien mindre end en uge efter den teststrategi, der bliver meldt ud den 12. maj 2020. Meget tyder dog på, at ændringen primært sker som følge af ledig testkapacitet i samfundssporet. Statusopdateringer fremlagt på møder i styregruppen for TestCenter Danmark viser, at der på dette tidspunkt i maj 2020 i alle regioner bookes langt færre test, end der er kapacitet til i samfundssporet. I beslutningsreferatet fra styregruppemødet den 19. maj begrundes udmeldingen den 18. maj sådan: »Alle voksne får tilbud om at blive testet som følge af ledig testkapacitet i TestCenter Danmark – meldt ud mandag den 18. maj. Regionsformændene blev på det ugentlige møde med sundhedsministeren samme dag orienteret om beslutningen.«

11 Udskrift af pressemøde den 12. maj 2020, Statsministeriet.

12 »Alle borgere får mulighed for at blive testet for COVID-19«, Sundheds- og Ældreministeriet, den 18. maj 2020.

Figur 11.4. Illustration af sundhedssporet og samfundssporet pr. 12. maj 2020



Kilde: Gengivet efter figur 1, s. 3 i »COVID-19: Teststrategi«, Sundheds- og Ældreministeriet, den 12. maj 2020.

Covid-19-antistoftest

Test for antistoffer mod den virus, der forårsager covid-19, fremstår tidligt i processen som en central del af testindsatsen. I de planer, der i slutningen af marts udarbejdes for det nye testspor i regi af Statens Serum Institut, opereres der med en kapacitet på mellem 65.000-115.000 daglige antistoftest. I det notat fra den 29. marts 2020, som har Kåre Mølbak som afsender (se ovenfor), er test for antistoffer beskrevet som en væsentlig del af testindsatsen. Ifølge notatet kan test for antistoffer afklare, om personer, der kun har haft milde symptomer på covid-19, faktisk har haft sygdommen og derfor fremover kan arbejde blandt sårbare personer eller besøge ældre og sårbare pårørende. Antistoftest vil ifølge notatet også kunne benyttes til at afdække immunstatus i forbindelse med lokale udbrud og til at afdække omfang af

flokimmunitet. På pressemødet i Statsministeriet den 30. marts 2020 omtaler sundheds- og ældreministeren antistoftest som »et vigtigt nyt element i den fremtidige strategi.«

I det materiale, der blev udarbejdet til mødet i regeringens koordinationsudvalg den 8. april 2020, anslås det, at man i samfundssporet vil kunne gennemføre 5.000 antistoftest i døgnet ved udgangen af april. I det cover, der udarbejdes til statsministeren til brug for mødet i koordinationsudvalget den 16. april, opfordres statsministeren til at spørge ind til antistoftest, idet materialet til mødet den 16. april hverken angiver antal eller forventet implementeringshorisont for antistoftest.

Den 7. maj 2020 afgiver et ekspertudvalg nedsat i regi af Statens Serum Institut og med inddragelse af eksterne eksperter fra universiteter og universitetshospitaler en rapport om, hvordan man kan tilrettelægge en løbende, repræsentativ undersøgelse af befolkningen. En af udvalgets væsentligste anbefalinger er: »Der skal både testes for aktuel smitte og for overstået smitte af COVID-19.« Det sidste skal ske i form af antistoftest.

Test for antistoffer bliver fra og med april måned en del af covid-19-testindsatsen, og der gennemføres bl.a. i månederne april-maj 2020 mere end 20.000 antistoftest blandt bloddonorer som led i et forskningsprojekt. Antallet af daglige antistoftest når i denne periode imidlertid aldrig op på det niveau, man forventede tilbage i marts måned. Der kan være flere forklaringer på det. Det kan skyldes, at det høje antal PCR-test for covid-19-sygdommen med tiden gjorde antistoftest mindre relevante, da mange personer med covid-19 fik påvist sygdommen, mens de havde den. Det kan også skyldes, at færre personer blev smittet med covid-19 i foråret 2020 end først antaget, hvorfor behovet for antistoftest blev mindre end først estimeret. Endelig blev der i perioden fra marts til maj ikke åbnet op for, at der gjaldt lempeligere retningslinjer for personer med overstået covid-19-sygdom end for andre personer, hvilket muligvis gjorde efterspørgslen på antistoftest mindre, end den ellers ville have været.

Det er på grundlag af det udleverede materiale ikke muligt at identificere den eller de beslutninger, der fører til, at brugen af antistoftest bliver væsentligt lavere end først estimeret, mens brugen af PCR-test bliver væsentligt højere.

Sammenfatning

Kapaciteten til at teste for covid-19 udbygges kraftigt i løbet af april og maj 2020. Det sker ikke mindst i kraft af den opbygning af Test-Center Danmark, som sker over ganske få uger. Der er undervejs uenighed om denne udbygning af testkapaciteten. Sundhedsstyrelsen argumenterer imod opbygningen af Test-Center Danmark og ønsker i stedet at styrke og udbygge den eksisterende testkapacitet i sundhedsvæsenet. Styrelsen argumenterer også for at fastholde en høj grad af lægelig kontrol med, hvem der bliver testet, og for, at testressourcerne primært bruges på personer med symptomer på covid-19. Disse synspunkter deles af Danske Regioner, organisationen for praktiserende læger og tilsyneladende de eksterne sundhedsfaglige eksperter, som i denne periode deltager i møderne i Sundhedsstyrelsens faglige covid-19-arbejdsgruppe.

Tidligt efter den 11. marts 2020 presser Statsministeriet på for at få udvidet testkapaciteten og for at få opblødt kriterierne for, hvem der kan testes for covid-19. Med økonomisk støtte fra Novo Nordisk Fonden, som dog langtfra dækker omkostningerne ved den testorganisation, der bliver opbygget, fører dette pres fra

Statsministeriet til, at Statens Serum Institut og NOST i et tæt samarbejde opbygger en parallel testorganisation. I kraft af NOST's tætte tilknytning til AC-gruppen og Justitsministeriet bliver sidstnævnte engageret i den konkrete opbygning af den nye testorganisation. Ifølge det udleverede materiale er det først, efter at den første teststation er opstillet, at sagen bliver drøftet på et ministermøde i regeringen. Der er dog intet i det udleverede materiale, som tyder på, at regeringen skulle være imod den udbygning af testkapacitet og testaktivitet, som finder sted i denne periode. Tværtimod sker opskaleringen af testkapacitet med henvisning til det forsigtighedsprincip, som regeringen tidligt i covid-19-håndteringen melder ud til myndighederne.

Der pågår fra marts til maj 2020 internt i centraladsministrationen en diskussion af og efterspørgsel efter en egentlig teststrategi, men udbygningen og tilrettelæggelsen af testaktiviteten sker i denne periode ikke efter en formuleret strategi. Udbygningen sker heller ikke på grundlag af estimater for smittespredning/smittekontrol eller på grundlag af økonomiske effektestimater. Derimod synes det i hele perioden at være testkapaciteten, der kommer til at bestemme testaktiviteten: i begyndelsen af perioden i kraft af begrænsninger på testkapaciteten, i slutningen i kraft af ledig testkapacitet, som Statsministeriet og regeringen ønsker udnyttet. Til gengæld synes den faktiske udvikling i epidemien, herunder antallet af smittede personer, ikke at være styrende for hverken testkapacitet eller testaktivitet i den periode fra marts til maj 2020, som dette kapitel har beskæftiget sig med.

MED LOV SKAL MAN LAND BYGGE

Kapitel 12

Retlige aspekter

Som det fremgår af kapitel 10, bliver de to lovforslag, L 133[1] og L 158[2], om ændringer af epidemiloven i foråret 2020 forberedt og vedtaget på ganske kort tid og under et betydeligt tidspres. Mens lovgivningsprocessen behandles i kapitel 15, belyser dette kapitel visse retlige aspekter af den reviderede epidemilov, som er introduceret i kapitel 6. Det sker dels ved en beskrivelse af ændringerne i hovedtræk, herunder formålet med ændringerne, dels ved en nærmere belysning af udvalgte ændringer. Der ligger heri, at redegørelsen for de ændringer, der bliver foretaget af epidemiloven i marts og april 2020, ikke er udtømmende. Lovændringerne vurderes i dette kapitel også i et bredere retligt perspektiv, hvor de bliver holdt op imod de almindelige stats-, forvaltnings- og sundhedsretlige regler og principper.

I forbindelse med nedlukningen i foråret bliver der – i nogle tilfælde ligeledes under et betydeligt tidspres – på regerings- og myndighedsniveau truffet en lang række beslutninger og iværksat en lang række foranstaltninger, der giver anledning til overvejelser af retlig karakter. Det er på dette sted ikke muligt at redegøre for dem alle[3], men til illustration er udvalgt sundheds- og ældreministerens beslutning af 28. februar 2020 om udstrækning af epidemilovens anvendelsesområde i medfør af lovens § 10 samt visse aspekter af forløbet omkring den delvise nedlukning af domstolene.

Ændringerne af epidemiloven

Den historiske udvikling af epidemiloven, lovens formål og anvendelsesområde og de foranstaltninger, der kan iværksættes efter loven, er behandlet i kapitel 6. I dette afsnit belyses hovedtræk ved og formål med de ændringer af epidemiloven[4],

1 Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.).

2 Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.).

3 I visse tilfælde blev de retlige problemer opdaget og korrigeret undervejs i forløbet, f.eks. da Sundhedsstyrelsen ved e-mail af 8. april 2020 trak et påbud af 24. marts 2020 til privathospitalerne om at stille respiratorer og personale til rådighed for det offentlige sygehusvæsen tilbage. Baggrunden herfor var, at den bestemmelse i sundhedsloven, som styrelsen havde henvist til som støtte for kravet, ikke gav hjemmel hertil.

4 Lovbekendtgørelse nr. 1026 af 1. oktober 2019 om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme.

der sker ved lov nr. 208 af 17. marts 2020[5] og lov nr. 359 af 4. april 2020[6].

Ændringerne i hovedtræk

Som det fremgår af boks 12.1, indebærer ændringerne af epidemiloven i foråret 2020 både en udvidelse af allerede eksisterende beføjelser og tilføjelse af helt nye beføjelser til myndighederne. Hertil kan føjes, at anvendelsesområdet for lovens § 29, der hjemler straf for overtrædelse af visse forbud og for undladelse af at efterkomme visse påbud m.v., bliver udvidet, og der bliver indført mulighed for i administrative regler udstedt i medfør af epidemiloven at fastsætte bestemmelser om straf for overtrædelse af disse regler. Samtidig bliver der indført muligt strafansvar for selskaber m.v. (juridiske personer). Derudover bliver den hidtidige bestemmelse om ret til erstatning for tab påført ved forebyggende foranstaltninger ved ændringen af 17. marts 2020 ændret til en adgang for sundheds- og ældreministeren til at iværksætte ekspropriation af privat ejendom mod fuldstændig erstatning til den eller de berørte ejere, jf. lovens § 27. Der sker endvidere en centralisering af myndighedskompetencen, således at sundheds- og ældreministeren bliver tillagt beføjelser, der hidtil har tilkommet de regionale epidemikommissioner, og flere bestemmelser om ministerens inddragelse af sundhedsmyndighederne bliver ændret, bl.a. således at visse af ministerens beslutninger, der hidtil har krævet en indstilling fra Sundhedsstyrelsen, nu kan træffes efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.

Solnedgangsklausul

Ændringen af epidemiloven den 17. marts 2020 indeholder en såkaldt solnedgangsklausul, der indebærer, at epidemiloven og dermed senere ændringer af loven, herunder ændringen den 4. april 2020, og administrative forskrifter udstedt i medfør heraf automatisk ophæves den 1. marts 2021, medmindre den inden da ved ny lovændring forlænges.

I bemærkningerne til lovforslaget (L 133) anføres om solnedgangsklausulen:

> »Det foreslås i stk. 2, at lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme ophæves den 1. marts 2021.
>
> Forslaget indebærer, at loven automatisk ophæves, medmindre Folketinget forinden beslutter at forlænge lovens gyldighedsperiode. Det forudsættes i den forbindelse, at der forud for en eventuel videreførelse af loven skal foretages en vurdering af lovens anvendelse, effekter og konsekvenser for retssikkerheden.«[7]

Solnedgangsklausulen bliver omtalt af sundheds- og ældreministeren under 1. behandling af lovforslaget den 12. marts 2020:

> »Som flere ordførere har været inde på, er det her vidtgående, og det er også derfor, at der i forslaget her er et forslag om at indsætte en ophørsklausul - det er det, som bliver kaldt

5 Lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.).

6 Lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.).

7 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 37.

Boks. 12.1. Oversigt over nye og ændrede beføjelser til at inddæmme og forebygge udbredelsen af smitsomme og andre overførbare sygdomme omfattet af epidemiloven

Ændring i eksisterende beføjelser:

- Udvidelse af adgangen til at påbyde personer at lade sig undersøge, indlægge og isolere (epidemilovens § 5).
- Udvidelse af adgangen til at påbyde, at et område, hvor en alment farlig sygdom optræder, afspærres, således at samkvem med omgivelserne forhindres i fornødent omfang, og til at forbyde, at der afholdes offentlige arrangementer og lign. i området (epidemilovens § 7).
- Udvidelse af adgangen til at iværksætte tvangsmæssig vaccination (epidemilovens § 8).
- Udvidelse af adgangen til at forbyde personer at anvende offentlige transportmidler (epidemilovens § 11, stk. 3).
- Udvidelse af adgangen til at kræve oplysninger om passagerer på transportmidler (epidemilovens § 13).
- Udvidelse af adgangen til at fastsætte regler om skolers og institutioners forhold (epidemilovens § 22).

Nye beføjelser:

- Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren til efter forhandling med justitsministeren at fastsætte regler om forbud mod at afholde eller deltage i større forsamlinger, arrangementer og begivenheder og mod at tage ophold på bestemte steder (epidemilovens § 6).
- Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om forbud mod adgang til eller restriktioner for adgangen til offentlige institutioner m.v. (epidemilovens § 6 a).
- Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren til efter forhandling med vedkommende minister at fastsætte regler om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler, herunder om tilladt maksimalbelægning m.v. (epidemilovens § 12 a).
- Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren til efter forhandling med erhvervsministeren at fastsætte regler om forbud mod adgang til eller restriktioner for adgangen til eller brugen af lokaler og andre lokaliteter, som fysiske eller juridiske personer råder over, og hvortil offentligheden har adgang (epidemilovens § 12 b).
- Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om forbud mod eller restriktioner for besøgendes adgang til offentlige og private plejehjem, plejeboliger, aflastningspladser, anbringelsessteder og botilbud m.v. og sygehuse og klinikker (epidemilovens § 12 c).
- Bemyndigelse til at fastsætte regler om fravigelse af det offentliges forpligtelser og privates rettigheder ifølge anden lovgivning samt sikring af forsyningen af varer (epidemilovens kapitel 3 a).
- Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om fysiske og juridiske personers samt myndigheders oplysningsforpligtelser for at hindre udbredelse og smitte af en bestemt sygdom (epidemilovens § 21 a).
- Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler om, at personoplysninger kan behandles, hvis behandlingen er nødvendig for at hindre udbredelse og smitte af en bestemt sygdom (epidemilovens § 21 b).

en solnedgangsklausul - altså at det her lovforslag automatisk ophæves om under 1 år, nemlig pr. 1. marts 2021.«[8]

Flere ordførere betoner under samme behandling vigtigheden af solnedgangsklausulen for den politiske opbakning til forslaget.[9] Sundheds- og Ældreudvalget noterer sig i forlæn-

8 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 72, kl. 11:48.
9 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 72, kl. 11:04, 11:16, 11:25, 11:34 og 11:38.

gelse heraf i sin betænkning over lovforslaget, at sundheds- og ældreministeren i november 2020 vil fremsætte udkast til revision af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme.[10]

Formålet med ændringerne

Om formålet med ændringerne, som sker ved lov nr. 208 af 17. marts 2020, anføres det i bemærkningerne til lovforslaget (lovforslag nr. L 133):

> »Regeringens altoverskyggende hovedprioritet er i øjeblikket at inddæmme og afbøde de alvorlige konsekvenser af spredningen af COVID-19 i det danske samfund mest muligt. Det er helt afgørende, at samfundet og myndighederne er rustet til og har de nødvendige redskaber til at håndtere denne trussel.
>
> Den nuværende lovgivning er på en række områder efter regeringens opfattelse ikke tilstrækkelig til at sikre myndighedernes handlemuligheder og effektiv ressourceudnyttelse. Det gælder selve forebyggelsen og inddæmningen af smitsomme og andre overførbare sygdomme, men også det ekstraordinære pres, som smitsomme sygdomme kan medføre for samfundet. Det gælder f.eks. sygehusvæsenet, socialvæsenet og andre områder, hvor der for det offentlige er fastsat forpligtelser og krav til serviceydelser m.v., men konsekvenserne vil kunne mærkes bredt i samfundet.
>
> For at inddæmme og forebygge udbredelsen af COVID-19 og andre smitsomme sygdomme i Danmark foreslår regeringen derfor, at bestemmelserne i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven) gøres mere fleksible ved at fastsætte en række bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren og ved at indføre en række nye beføjelser.«[11]

En tilsvarende begrundelse findes i lovforslaget vedrørende de yderligere ændringer, som sker ved lov nr. 359 af 4. april 2020 (lovforslag nr. L 158).[12]

Der er ikke tvivl om, at den direkte anledning til lovforslagene, herunder tidspunktet for fremsættelsen heraf, er udbruddet af covid-19. I sundheds- og ældreministerens skriftlige fremsættelsestale af lovforslag nr. L 133 fremsat den 12. marts 2020 anføres bl.a.:

> »For at inddæmme og forebygge udbredelsen af COVID-19 og andre smitsomme sygdomme i Danmark foreslår regeringen derfor, at bestemmelserne i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme gøres mere fleksible ved at fastsætte en række bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren og ved at indføre en række nye beføjelser.
>
> [...]
>
> På grund af den ekstraordinære situation, hvor de alvorlige konsekvenser af

10 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 133, s. 1.
11 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 5 f.
12 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 158 som fremsat, s. 3 f.

spredningen af COVID-19 i det danske samfund skal inddæmmes og afbødes hurtigst muligt, er der behov for, at lovforslaget hastebehandles.«[13]

Udvalgte ændringer

Overførsel af kompetence fra epidemikommissionerne til sundheds- og ældreministeren

Med ændringen af epidemiloven ved lov nr. 208 af 17. marts 2020 bliver epidemikommissionernes kompetence overført til sundheds- og ældreministeren.

Ændringen ses ikke nærmere begrundet i bemærkningerne til lovforslaget, men skal formentlig ses i sammenhæng med den overordnede begrundelse for lovforslaget, som er refereret ovenfor, hvorefter der bl.a. anføres at være behov for at gøre lovens bestemmelser mere fleksible ved at fastsætte en række bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren.[14] Men sundheds- og ældreministeren giver i svar på Sundheds- og Ældreudvalgets spørgsmål nr. 3, L 133, en nærmere begrundelse:

> »Det er korrekt, at der med lovforslaget § 1, nr. 10-15 foreslås en ændring, så det fremover ikke vil være epidemikommissionerne, der kan iværksætte foranstaltningerne i medfør af kapitel 3 og 4, men derimod sundheds- og ældreministeren.
>
> Formålet er todelt: Dels at opnå en bedre koordination af de foranstaltninger, som måtte være nødvendige at gennemføre, hvor kompetencen samles ét sted. Dels at opnå en større fleksibilitet i beredskabet, så sundheds- og ældreministeren kan trække på de myndigheder, som måtte være relevante i den givne situation.
>
> Efter den foreslåede § 1, nr. 2, kan sundheds- og ældreministeren derfor bemyndige andre myndigheder, herunder epidemikommissionerne, til at udøve de beføjelser, der i epidemiloven er tillagt ministeren.
>
> Det bemærkes, at baggrunden for den gældende kompetencedeling i epidemiloven stammer fra en tid, hvor der i højere grad end i dag var et lokalt fokus ved udbrud af alment farlige sygdomme. Imidlertid viser den aktuelle situation med udbrud af COVID-19, at danskernes bevægelsesmønstre de senere år har ændret sig. Smitte spredes i dag over store geografiske afstande langt hurtigere end tidligere, og det giver behov for at kunne iværksætte foranstaltninger mere fleksibelt.«[15]

Inddragelse af sundhedsmyndighederne

Ændringen, der sker ved lov nr. 208 af 17. marts 2020, betyder, at sundheds- og ældreministeren i flere tilfælde kan udøve sin kompetence uden eller med en svagere form for inddragelse af Sundhedsstyrelsen end hidtil:

---

13 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 (skriftlig fremsættelse), s. 1.

14 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 5 f.

15 Spørgsmålet og svaret er optrykt som bilag til Sundheds- og Ældreudvalgets betænkning over lovforslag nr. L 133, jf. Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 133, s. 6 f. Se endvidere enslydende svar på spørgsmål nr. 14 og 30, jf. Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 133, s. 11 og 16.

- Efter lovens § 5, stk. 2, kan sundheds- og ældreministeren iværksætte tvangsmæssig behandling af en person, som lider af en alment farlig sygdom eller formodes at være smittet med en sådan, hvis isolation ikke er tilstrækkelig til at forebygge eller inddæmme udbredelse af sygdommen. Efter den hidtidige bestemmelse var det yderligere en betingelse, at Sundhedsstyrelsen havde afgivet indstilling herom. I bemærkningerne til forslaget anføres, at bestemmelsen »i et vist omfang« er en videreførelse af den hidtidige bestemmelse. Ændringen i forhold til Sundhedsstyrelsens rolle omtales ikke, ligesom den heller ikke ses at have været genstand for særlig opmærksomhed under folketingsbehandlingen.[16]

- Lovens § 8, stk. 2, er nyt. Herefter kan sundheds- og ældreministeren – når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet – med henblik på at nedbringe antallet af øvrige patienter i sundhedsvæsenet fastsætte regler om, at der skal iværksættes tvangsmæssig vaccination af nærmere bestemte risikogrupper med henblik på at minimere udbredelsen af øvrige sygdomme i befolkningen. Udnyttelsen af denne bemyndigelse kan ske uden inddragelse af Sundhedsstyrelsen. Baggrunden herfor er ikke omtalt i bemærkningerne til lovforslaget.

- Efter epidemilovens § 10 kan sundheds- og ældreministeren udvide visse af lovens bestemmelser til ikke alene at omfatte alment farlige sygdomme, men også øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, når disse optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning. Beslutning herom kunne efter den hidtidige § 10 alene træffes af ministeren »efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen«, men efter ændringen kan beslutning træffes »efter rådgivning fra Sundhedsstyrelsen.« Bemærkningerne til lovforslaget indeholder ikke nogen begrundelse for det.[17]

Generelt kan det anføres, at de nye bemyndigelser og beføjelser, som sundheds- og ældreministeren får ved ændringerne af epidemiloven i foråret 2020, ikke stiller krav om inddragelse af Sundhedsstyrelsen eller andre sundhedsmyndigheder. En undtagelse udgør dog § 6 om forsamlingsforbud. Efter 1. behandling af lovforslag nr. L 158 bliver bestemmelsen efter ønske fra flere af Folketingets partier ændret, således at sundheds- og ældreministeren kun kan udstede regler om forbud mod, at ti eller færre personer befinder sig på samme sted, når det sker på baggrund af rådgivning fra sundhedsmyndighederne, og hvis de foreliggende oplysninger tilsiger, at forbuddet er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme alvorlig smittespredning, og at mindre indgribende forbud ikke er tilstrækkeligt. I bemærkningerne til ændringsforslaget anfører ministeren om disse tilfælde bl.a.:

> » [...] Dette kan f.eks. være i tilfælde, hvor sundhedsmyndighederne finder, at der er indikationer på, at der sket en uventet negativ udvikling i antallet af smittede med covid-19 med heraf følgende forventede kapacitetsudfordringer i sundhedsvæsenet. Det kan endvidere være i tilfælde, hvor sundhedsmyndighederne bl.a. på baggrund af oplysninger fra politiet konstaterer, at der er sket en uhensigtsmæssig æn-

16 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 23.
17 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 26.

> dring i adfærdsmønstre i befolkningen generelt eller blandt smittede, der medfører en ikke ubetydelig risiko for, at antallet af smittede med covid-19 vil stige. Der kan f.eks. være tale om oplysninger fra politiet om, at der ses tendenser til, at myndighedernes generelle anbefalinger om, at så få personer som muligt befinder sig på samme sted, ikke efterleves i tilstrækkeligt omfang.«[18]

Et mindretal i udvalget foreslår, at regler om forbud mod, at ti eller færre personer befinder sig på samme sted, alene kan fastsættes efter indstilling fra relevante myndigheder, herunder Sundhedsstyrelsen.[19]

Om dette ændringsforslag udtaler Venstres ordfører under 2. behandling, hvor det senere forkastes ved afstemningen:

> »For det tredje har regeringen som bekendt også, efter hvad man vel godt kan kalde for et massivt pres fra alle sider af Folketinget, givet sig i forhold til spørgsmålet om, hvornår en eventuel yderligere indskrænkning af forsamlingsfriheden på helt ned til to personer kan aktiveres. Regeringen foreslår nu, at det skal ske med rådgivning fra myndighederne, og det er for os at se bedre end ingenting. Men præcis henset til, at regeringen med statsministeren i spidsen i går forklarede danskerne, at vi nu kan se lys for enden af tunnellen, synes vi, at det er afgørende vigtigt, at der bliver en direkte sammenhæng mellem myndighedernes indstilling og regeringens handlinger. Derfor foreslår vi her ved andenbehandlingen, at regeringens ændringsforslag strammes, så en yderligere indskrænkning af danskernes forsamlingsfrihed udelukkende kan ske på en decideret indstilling fra myndighederne, herunder sundhedsmyndighederne. Det har vi, i hvert fald hvis jeg kan læse det politiske landkort sådan nogenlunde rigtigt, en forventning om bliver stemt ned, og når det så er blevet det, vil vi støtte regeringens ændringsforslag og også det samlede lovforslag.«[20]

Sundhedsstyrelsen har i visse tilfælde, jf. epidemilovens § 12, stk. 3, og §§ 25 og 26, en selvstændig (originær) kompetence til at fastsætte regler. Ved lov nr. 208 af 17. marts 2020 ændres lovens § 22 således, at bemyndigelsen til at fastsætte regler om skolers og institutioners forhold i tilfælde af smitsomme og andre overførbare sygdomme m.v. tilkommer sundheds- og ældreministeren i stedet for som hidtil Sundhedsstyrelsen. Ændringen er ikke begrundet i bemærkningerne til lovforslaget.

Bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren

Ændringerne af epidemiloven i foråret 2020 har for en stor dels vedkommende karakter af brede bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren til – i nogle tilfælde efter forhandling med vedkommende minister – at fastsætte regler. Man kan tale om en rammelov med vide rammer. Det betyder, at Folketinget kun i ringe udstrækning har indflydelse på de foranstaltninger, der kan iværksættes over for alment

18 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 158, s. 8.
19 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 158, s. 5 og 8.
20 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 88, kl. 22:28.

farlige og øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, herunder covid-19.

I lovforslaget (L 133) til den første ændring af epidemiloven i marts 2020 anføres herom:

> »For at inddæmme og forebygge udbredelsen af COVID-19 og andre smitsomme sygdomme i Danmark foreslår regeringen derfor, at bestemmelserne i lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (epidemiloven) gøres mere fleksible ved at fastsætte en række bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren og ved at indføre en række nye beføjelser.«[21]

Regelfastsættelse gennem bemyndigelser til den ansvarlige minister på sundhedsområdet indgik også før ændringerne af epidemiloven i foråret 2020 som et ikke uvæsentligt element i loven. I bemærkningerne til epidemiloven fra 1979 hedder det herom:

> »Lovforslaget vil i øvrigt - ved at samle de gældende bestemmelser om foranstaltninger mod smitsomme sygdommes udbredelse og karantæneforanstaltninger mod smitsomme sygdomme i en rammelov med tilhørende bekendtgørelser og cirkulærer - tilvejebringe mere smidige regler om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme, således at der sikres en lettere tilpasning til de fremtidige behov, der måtte opstå som følge af en eventuel erkendelse af nye farlige, smitsomme sygdomme.«[22]

Det fremgår af behandlingen af lovforslagene vedrørende ændringer af epidemiloven i foråret 2020, at både sundheds- og ældreministeren og partiernes sundhedsordførere er opmærksomme på, at ændringerne indeholder vidtgående bemyndigelser, hvilket er medvirkende til, at der i forbindelse med ændringen den 17. marts 2020 nedsættes en følgegruppe bestående af partiernes sundhedsordførere, der løbende vil blive inddraget i bl.a. tiltag, der er på vej, herunder i form af udmøntning af bemyndigelser.[23]

Det forhold, at epidemiloven indeholder brede bemyndigelser til ministeren til at fastsætte regler, betyder, at borgerne kun i ringe udstrækning har mulighed for at indrette sig på, hvilke regler der gælder.

Bemyndigelse til administrativt at fastsætte regler, der fraviger loven

Administrative regler fastsat af en minister i henhold til en lovbemyndigelse skal holde sig inden for den givne bemyndigelse, og reglerne må i almindelighed ikke være i strid med loven, hvad enten det drejer sig om den pågældende bemyndigelseslov eller andre love.[24] Undtagelsesvis kan der dog være hjemmel til at fravige den pågældende bemyndigelseslov eller anden lovgivning. Man taler i sådanne tilfælde om bemyndigelse til at udstede regler med derogatorisk kraft. Hjemmelen hertil skal være klar og

21 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 5 f.
22 Folketingstidende 1978-79, tillæg A, sp. 2117.
23 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 72, kl. 11:16, 11:30 og 11:48, og tillæg B, betænkning over L 133, s. 1.
24 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 152.

måske udtrykkelig.[25] Dette skal ses, i lyset af at regler med derogatorisk kraft afviger fra den i grundloven forudsatte retlige trinfølge.

Derogation kan enten forekomme som såkaldt svag derogation, der indebærer, at bemyndigelsesloven kan fraviges, eller som stærk derogation, hvilket vil sige, at også andre love end bemyndigelsesloven kan fraviges. Sådanne bemyndigelser er forholdsvis sjældne. Bortset fra § 15, stk. 3, hvorefter sundheds- og ældreministeren med henblik på opfyldelse af traktater kunne fravige bestemmelserne i lovens §§ 13-19, indeholdt epidemiloven før ændringerne i foråret 2020 ikke bemyndigelser til at fastsætte regler med derogatorisk kraft.

Ved lov nr. 208 af 17. marts 2020 bliver der givet otte bemyndigelser til at fastsætte regler med derogatorisk kraft, heraf syv til sundheds- og ældreministeren. Alle giver de mulighed for stærk derogation:

1. § 6. Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med justitsministeren fastsætte regler om forbud mod afholdelse af og deltagelse i større forsamlinger, arrangementer, begivenheder m.v. Regler fastsat i medfør af 1. pkt. kan omfatte både indendørs, udendørs, offentlige og private forsamlinger, arrangementer, begivenheder m.v. Regler fastsat i medfør af 1. pkt. kan fravige anden lovgivning.

2. § 12 a. Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med transportministeren fastsætte regler om forbud mod adgang til transportmidler eller restriktioner på transportmidler, herunder om tilladt maksimalbelægning og om, at der fra skibe ikke må ske samkvem med personer i land. Regler fastsat i medfør af 1. pkt. kan fravige anden lovgivning.

3. § 12 b. Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, efter forhandling med erhvervsministeren fastsætte regler om forbud mod adgang til eller restriktioner for adgangen til eller brugen af lokaler, som erhvervsdrivende råder over, og hvortil offentligheden har adgang, herunder regler om tilladt maksimalbelægning. Regler fastsat i medfør af 1. pkt. kan fravige anden lovgivning.

4. § 12 c. Sundheds- og ældreministeren kan, når det er nødvendigt for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet, fastsætte regler om forbud mod eller restriktioner for besøgendes adgang til offentlige og private plejehjem og sygehuse og om undtagelser hertil. Regler fastsat i medfør af 1. pkt. kan fravige anden lovgivning.

5. § 12 d, stk. 1. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om fravigelse af forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige fastsat i anden lovgivning, i medfør af anden lovgivning eller i afgørelser truffet af det offentlige i medfør af anden lovgivning, når det er nødvendigt for

25 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 183, og Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 169.

at sikre kapacitet til behandling og pleje af personer, der er smittet med en alment farlig sygdom, og de pågældende forpligtelser og rettigheder må anses for at være af mere underordnet betydning i forhold til det nævnte kapacitetsbehov.

6. § 12 d, stk. 2. Vedkommende minister kan efter forhandling med sundheds- og ældreministeren fastsætte regler om fravigelse af forpligtelser for det offentlige og privates rettigheder over for det offentlige fastsat i anden lovgivning, i medfør af anden lovgivning eller i afgørelser truffet af det offentlige i medfør af anden lovgivning i følgende tilfælde:
   1) Fravigelse er nødvendig for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet.
   2) Fravigelse er påkrævet som følge af tiltag til at forebygge eller inddæmme udbredelsen af en alment farlig sygdom her i landet, og de pågældende forpligtelser og rettigheder i den sammenhæng må anses for at være af mere underordnet betydning.
   3) Opfyldelse af de pågældende forpligtelser og rettigheder bliver umulig eller uforholdsmæssig vanskelig som følge af foranstaltninger, som har været nødvendige for at forebygge eller inddæmme udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet.

7. § 12 e. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om, at pligter, der ifølge lovgivningen påhviler private over for det offentlige, fraviges, i det omfang det som følge af foranstaltninger iværksat i medfør af denne lov vil være umuligt eller uforholdsmæssig vanskeligt for den private at opfylde pligten.

8. § 12 f. Sundheds- og ældreministeren kan i situationer med udbredelse af eller fare for udbredelse af en alment farlig sygdom her i landet efter forhandling med vedkommende minister fastsætte regler om særlige foranstaltninger med henblik på at sikre forsyningen af varer. Regler fastsat i medfør af 1. pkt. kan fravige anden lovgivning.

Ved lov nr. 359 af 4. april 2020 giver Folketinget yderligere givet hjemmel til, at regler fastsat i medfør af § 6 a, 1. pkt., om forbud mod adgang til eller restriktioner for adgangen til eller brugen af indendørs eller udendørs offentlige institutioner og idrætsanlæg, legepladser og lignende faciliteter, der frembyder smittefare, kan fravige anden lovgivning. Endvidere indsættes et nyt § 12 d, stk. 2, hvorefter sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om fravigelse af betingelser fastsat i anden lovgivning eller i medfør af anden lovgivning, når fravigelse er nødvendig for at sikre patientsikkerheden eller patienters og borgeres behandling, pleje og andre rettigheder m.v. i anden lovgivning eller i medfør af anden lovgivning og disse betingelser ikke vil kunne opfyldes som følge af et ekstraordinært ressourcetræk hos sundhedsmyndighederne eller tiltag eller foranstaltninger, der er truffet med henblik på at forebygge eller inddæmme udbredelsen af en alment farlig sygdom her i landet.

Der er i alle tilfælde tale om ganske vidtgående bemyndigelser, som ikke ses nærmere begrundet i bemærkningerne til de enkelte bestemmelser. Til illustration heraf kan fremdrages rækkevidden af § 12 d, stk. 1, på sundhedsområdet.

Det hedder herom i bemærkningerne til lovforslaget bl.a.:

> »På sundhedsområdet vil bestemmelsen bl.a. kunne anvendes til at fravige sundhedslovens regler om forebyggende helbredsundersøgelser til børn

> under den undervisningspligtige alder efter § 63, udvidet frit sygehusvalg i forbindelse med diagnostiske undersøgelser til brug for praktiserende læger og speciallæger efter § 82 a, hurtig udredning efter 82 b, brystundersøgelser for personer mellem 50 og 69 år med kvindeligt brystvæv efter § 85, udvidet frit sygehusvalg efter § 87, maksimale ventetider for behandling af livstruende sygdomme efter § 88, oplysningspligt ved henvisning til sygehus efter § 90 og alkohol- og stofmisbrugsbehandling efter §§ 141 og 142.«[26]

Bemyndigelsen efter § 12 d, stk. 1, udnytter Sundheds- og Ældreministeriet til at udstede bekendtgørelse nr. 219 af 17. marts 2020 om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet, hvilket er belyst i kapitel 10. Det bemærkes i den forbindelse, at der i begyndelsen af 2020, før ændringen af epidemiloven, i lang tid og helt frem til den 10. marts 2020 var planer i regeringen om at begrænse rettighederne på sundheds- og ældreområdet ved en ændring af sundhedsloven og serviceloven.[27] Det har ikke været muligt at klarlægge, hvad baggrunden er for, at disse planer blev skrinlagt i sidste øjeblik, og hvem der traf beslutning herom.

Delegation til andre myndigheder

Sundheds- og ældreministeren kan efter lovens § 1, stk. 2, der indsættes ved lov nr. 208 af 17. marts 2020, delegere sine beføjelser til andre myndigheder:

> »*Stk. 2.* Sundheds- og ældreministeren kan bemyndige andre myndigheder, herunder de epidemikommissioner, der er nævnt i kapitel 2, til at udøve de beføjelser, der i denne lov er tillagt ministeren.«

I bemærkningerne til lovforslaget anføres herom bl.a.:

> » [...] Efter bestemmelsen vil sundheds- og ældreministeren både kunne bemyndige myndigheder under Sundheds- og Ældremisteriet og myndigheder under andre ministerier til at udøve de beføjelser, der følger af loven. Sundheds- og ældreministeren vil endvidere i regler, der fastsættes i medfør af loven, kunne fastsætte, at andre myndigheder skal udøve beføjelserne ifølge de pågældende regler.«[28]

Delegation til private

Sundheds- og ældreministeren kan efter ændringen af epidemiloven, der sker ved lov nr. 208 af 17. marts 2020, i henhold til lovens § 2 a, stk. 2, delegere varetagelsen af myndighedsopgaver efter epidemiloven til private aktører:

> »*Stk. 2.* Private kan i særlige tilfælde efter sundheds- og ældreministerens nærmere bestemmelse bistå med at varetage myndighedsopgaver i henhold til denne lov.«

I bemærkningerne til lovforslaget hedder det herom:

---

26 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 29 og 30.

27 Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 om sundhedsloven med senere ændringer og lovbekendtgørelse nr. 1114 af 30. august 2018 om social service med senere ændringer.

28 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 20 f.

»Hvis private aktører skal varetage myndighedsudøvelse, kræver det som udgangspunkt udtrykkelig lovhjemmel. Med den foreslåede bestemmelse i § 2 a, stk. 2, lægges der op til at indføre mulighed for, at private aktører i særlige tilfælde kan bistå sundheds- og ældreministeren med at varetage myndighedsopgaver i henhold til denne lov. Private aktørers varetagelse af myndighedsopgaver skal i givet fald ske under sundheds- og ældreministerens ledelse og ansvar. Bestemmelsen vil alene kunne anvendes i »særlige tilfælde«, hvorved forstås en akut situation, hvor ressourcerne hos myndighederne bliver så presset, at det ikke er muligt for sundheds- og ældreministeren inden for kort tid at fremskaffe de nødvendige personalemæssige ressourcer til en effektiv opgaveløsning på anden vis. Som eksempler på myndighedsopgaver, som private efter lovforslaget vil kunne bistå sundheds- og ældreministeriet med at varetage, kan nævnes bevogtning, transport og registrering mv. Lovforslaget vil således muliggøre, at sundheds- og ældreministeren kan bemyndige et privat vagtselskab til at bistå sundheds- og ældreministeren og eventuelt politiet med at håndhæve påbud i medfør af epidemiloven. Den bistand, som private aktører vil kunne yde, vil kunne indebære magtanvendelse, herunder fysisk fastholdelse og brug af håndjern, hvis det er nødvendigt. Det forudsættes, at en sådan bistand kun sker, hvis det er særligt påkrævet. Det forudsættes endvidere, at private aktører ikke bemyndiges til at anvende magtmidler omfattet af våbenloven, herunder stav, peberspray og skydevåben.«[29]

Bestemmelsen giver under Sundheds- og Ældreudvalgets behandling af lovforslaget anledning til et spørgsmål om grænserne for de myndighedsbeføjelser, der kan delegeres til private aktører, jf. spørgsmål nr. 12. Sundheds- og ældreministerens svar indeholder en gengivelse af bemærkningerne til lovforslaget, jf. ovenfor, med følgende tilføjelse:

»Det bemærkes, at lov nr. 1273 af 20. november 2015 om ændring af udlændingeloven (Håndtering af flygtninge- og migrantsituationen) indførte en tilsvarende bestemmelse om, at private i særlige tilfælde efter politiets eller Udlændingestyrelsens nærmere bestemmelse kunne bistå med at varetage myndighedsopgaver, jf. udlændingelovens § 37 i.«[30]

Ved overladelse af myndighedsopgaver, herunder tvangsanvendelse og afgørelsesvirksomhed, til private, stilles der som nævnt i forarbejderne til § 2 a, stk. 2, som udgangspunkt krav om udtrykkelig lovhjemmel.[31] Dette skal bl.a. ses, på baggrund af at den delegerende myndighed ikke har de sædvanlige styringsbeføjelser over for private aktører. I tilslutning hertil kan det bemærkes, at de almindelige offentligretlige regler, som gælder for den delegerende myndighed, f.eks. forvaltningsloven, og som har til hovedformål at sikre borgernes retssikkerhed, principielt ikke omfatter private aktører.

29 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 21.
30 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 133, s. 10 f.
31 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – sagsbehandling«, 8. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2019, s. 68 f.

Samlet set kan det anføres, at der efter ordlyden af § 2 a, stk. 2, ikke er fastsat grænser for, hvilke myndighedsopgaver der kan overlades til private, og at der ikke er fastsat bestemmelser om, at private aktører, der varetager myndighedsopgaver efter delegation fra sundheds- og ældreministeren, skal iagttage almindelige offentligretlige regler til sikring af borgerens retssikkerhed.

Forholdet til almindelige regler og principper

Hjemmelskravet

Det følger af legalitetsprincippet, at indgreb i borgernes retsforhold som udgangspunkt kræver lovhjemmel.[32]

I visse tilfælde er hjemmelskravet skærpet, hvilket betyder, at der stilles særlige krav til klarheden i hjemmelsgrundlaget.[33] Det drejer sig f.eks. om tilfælde, hvor hjemmelskravet er specielt fastslået i grundloven, hvor myndighedsopgaver delegeres til private, hvor loven bemyndiger forvaltningen til at udstede regler med derogatorisk kraft, hvormed forstås regler, der fraviger anden lovgivning, og hvor der gøres indgreb i grundlovens frihedsrettigheder, f.eks. forsamlingsfriheden. Det samme gælder ved indgreb i den fysiske integritet og privatlivets fred og ved indgreb i erhvervsrettigheder. Hjemmelskravet for straf følger direkte af straffelovens § 1, hvorefter straf kun kan pålægges for et forhold, hvis strafbarhed er hjemlet ved lov, eller som ganske må ligestilles med et sådant. En række domme kan anføres til støtte for, at der kræves klarhed i forhold til den lovbestemmelse, som det er sanktioneret med straf at overtræde.[34]

De ovennævnte tilfælde er alle relevante i forhold til epidemiloven, der generelt giver mulighed for at foretage en række vidtgående indgreb i borgernes retsforhold. Som eksempler kan fremdrages epidemilovens §§ 5 og 16 om tvangsbehandling og tvangsindlæggelse, § 8 om tvangsvaccination, §§ 6 og 6 a om forsamlings- og opholdsforbud, §§ 12 a og 12 b om indgreb i erhvervsrettigheder og § 21 b om videregivelse af personoplysninger. Dette betyder, at hjemmelskravet generelt er skærpet på området. I mange tilfælde gælder det imidlertid, at betingelserne for at anvende de nævnte indgreb samt disses art kun i ringe udstrækning er præciseret i loven. Til eksempel kan nævnes lovens § 5 om tvangsbehandling og tvangsindlæggelse. Efter § 5, stk. 1, kan tvangsundersøgelse og tvangsindlæggelse ikke alene iværksættes, hvis en person er smittet med en alment farlig sygdom, men også, hvis en person må »formodes« at være smittet med en sådan, og ikke som efter hidtidig ret måtte »antages« at være smittet i betydningen overvejende sandsynligt.[35] Det fremgår endvidere ikke, hvilke tvangsindgreb, f.eks. fysisk fastholdelse, fastspænding eller tilbageholdelse, der kan tages i brug i forbindelse med tvangsbehandling efter § 5, stk. 2.

---

32 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 177, og Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 176.

33 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 180 ff.

34 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 187 ff., og Thomas Elholm, Morten Niels Jakobsen og Lasse Lund Madsen, »Kommenteret straffelov – almindelig del«, 11. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2019, s. 97 f.

35 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 7.

Grundlovens § 71 om frihedsberøvelse

Grundlovens § 71, stk. 2, bestemmer, at frihedsberøvelse kun kan finde sted med hjemmel i loven. Det indebærer, at der stilles krav om klar lovhjemmel. Heri ligger, at ikke blot adgangen til, men også betingelserne for at iværksætte frihedsberøvelse må fremgå klart af vedkommende lov.[36] Det følger endvidere af grundlovens § 71, stk. 6, at lovligheden af en frihedsberøvelse, der ikke er besluttet af en dømmende myndighed, og som ikke har hjemmel i lovgivningen om udlændinge, på begæring af den frihedsberøvede eller den, der handler på dennes vegne, skal forelægges for de almindelige domstole eller anden dømmende myndighed. Nærmere regler herom fastsættes ved lov.

Grundlovsbeskyttelsen efter stk. 6 ligger dels i en nem adgang til domstolskontrol, idet en person, der administrativt er frihedsberøvet uden for strafferetsplejen, eller den, der handler på den pågældendes vegne, kan nøjes med at fremsætte begæring om domstolskontrol, hvorefter det påhviler myndigheden at indbringe sagen for retten. Dels ligger beskyttelsen i, at domstolsprøvelsen i sådanne sager er intensiv.[37] Dette ses udtrykt på den måde, at domstolene i sådanne sager foretager en egentlig ny behandling af beslutningen om at foretage frihedsberøvelse.[38] Nærmere regler om domstolsprøvelsen er fastsat i retsplejelovens kapitel 43 a. Det fremgår desuden af grundlovens § 71, stk. 7, at behandlingen af de i stk. 6 nævnte personer er undergivet et af Folketinget valgt tilsyn [§ 71-tilsynet], hvortil de pågældende skal have adgang til at rette henvendelse.

En række indgreb efter epidemiloven har eller vil kunne have karakter af frihedsberøvelse i grundlovens forstand. Det drejer sig til eksempel om tvangsindlæggelse og tvangsisolation efter lovens § 5, stk. 1, tvangstilbageholdelse efter § 12, stk. 2, og tvangsindlæggelse efter § 16. Men også tvangsundersøgelse og tvangsbehandling efter § 5 og tvangsvaccination efter § 8 vil efter omstændighederne kunne være frihedsberøvelse, idet selv kortvarige indgreb i bevægelsesfriheden kan være frihedsberøvelse i grundlovens forstand.[39] Også afspærring af et område efter § 7 kan være frihedsberøvelse. Samlet set betyder det, at disse indgreb og de magtmidler, der kan tages i anvendelse til deres gennemførelse, og betingelserne for indgrebenes iværksættelse skal være klart beskrevet i epidemiloven. Der kan sættes spørgsmålstegn ved, om dette krav er opfyldt i alle tilfælde. Som eksempel kan nævnes epidemilovens § 5 om tvangsindlæggelse, som er behandlet ovenfor. Som et andet eksempel kan nævnes, at det i § 20 er forudsat, at der kan gives afslag på anmodning om ophævelse af pålæg, der har karakter af frihedsberøvelse, idet sådanne afslag kan forlanges indbragt for domstolene efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Derimod fremgår det ikke af loven, under hvilke betingelser der kan gives afslag på anmodning om ophævelse af disse pålæg.

Ud over det skærpede hjemmelskrav gælder det som nævnt, at den, der frihedsberøves efter de nævnte bestemmelser i epidemiloven, kan forlange frihedsberøvelsens lovlighed prøvet efter retsplejelovens kapitel 43 a, og at den pågældende kan rette henvendelse til § 71-tilsynet.

---

36 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 319.

37 Ibid., s. 329 f.

38 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 426.

39 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 317.

Epidemiloven forudsætter, at pålæg efter §§ 5, 7, 12 og 16 og afslag på anmodning om ophævelse heraf kan have karakter af frihedsberøvelse i grundlovens forstand. Epidemilovens § 20 bestemmer, at det ved pålæg i medfør af de nævnte bestemmelser, som har karakter af frihedsberøvelse, og ved afslag på anmodning om ophævelse heraf påhviler vedkommende administrative myndighed[40] at give den pågældende vejledning om adgang til domstolsprøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a. Lovgivningsmagten har således ikke i § 20 taget stilling til, i hvilke tilfælde der er tale om frihedsberøvelse, og overlader dermed i første omgang denne afgørelse til den pågældende administrative myndighed.[41]

Grundlovens § 72 om boligens ukrænkelighed

Det fremgår af grundlovens § 72, at boligen er ukrænkelig. Husundersøgelse, beslaglæggelse og undersøgelse af breve og andre papirer samt brud på post-, telegraf- og telefonhemmeligheden må, hvor ingen lov hjemler en særegen undtagelse, alene ske efter retskendelse.[42]

Epidemilovens § 6, stk. 2, bestemmer, at sundheds- og ældreministeren efter forhandling med justitsministeren kan fastsætte regler om, at der uden retskendelse er adgang til lokaler og andre lokaliteter med henblik på kontrol af overholdelsen af regler om forsamlingsforbud fastsat efter § 6, stk. 1, og om politiets bistand i den forbindelse. Det er i bemærkningerne til lovforslaget forudsat, at der som udgangspunkt ikke vil blive fastsat regler, der gælder for private boliger, men at der dog, hvis det måtte vise sig nødvendigt, vil kunne fastsættes regler for situationer, hvor private boliger benyttes til sammenkomster med personer uden for husstanden, som skønnes at udgøre en særlig fare for smitte med covid-19.[43]

Grundlovens § 73 om ekspropriation

Efter grundlovens § 73, stk. 1, er ejendomsretten ukrænkelig. Ingen kan tilpligtes at afstå sin ejendom, uden hvor almenvellet kræver det. Det kan kun ske ifølge lov og mod fuldstændig erstatning.

Ikke alle indgreb i ejendomsretten er ekspropriation. For at et indgreb i ejendomsretten kan karakteriseres som ekspropriation, kræves det, at indgrebet er rettet mod »ejendom«, at der er tale om »afståelse«, og at indgrebet foretages over for en beskyttet ejer.[44]

Indgreb efter flere af epidemilovens bestemmelser vil efter omstændighederne kunne være ekspropriation. Dette gælder f.eks. regler fastsat i medfør af § 12 a om forbud mod adgang til eller restriktioner på transportmidler og § 12 b

40 Efter § 1 i bekendtgørelse nr. 368 af 4. april 2020 om undersøgelse, indlæggelse eller isolation og tvangsmæssig behandling i medfør af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) er den relevante myndighed i denne sammenhæng Styrelsen for Patientsikkerhed.

41 Anderledes i psykiatriloven, hvor det i § 37 er bestemt, hvilke tvangsindgreb der kan forlanges indbragt for domstolene efter retsplejelovens kapitel 43 a, og klage- og erstatningslovens § 16 d, der bestemmer, hvilke tvangsindgreb efter tvangsbehandlingsloven der kan forlanges indbragt efter disse regler, samt sundhedslovens § 141 e, der fastslår, at en gravid alkoholmisbruger kan forlange tilbageholdelse som led i døgnophold indbragt for domstolene efter retsplejelovens kapitel 43 a. I sidste ende afgøres det dog af domstolene, om der i det enkelte tilfælde er tale om frihedsberøvelse, jf. til eksempel U 1994.192/1 V.

42 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 333 ff.

43 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 158 som fremsat, s. 5.

44 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 346.

om forbud mod adgang til eller restriktioner på erhvervsdrivendes forretningslokaler.[45]

Epidemilovens § 27, stk. 1, giver hjemmel til, at der vil kunne iværksættes ekspropriation som led i de foranstaltninger, der iværksættes efter epidemiloven. Det hedder herom i bemærkningerne til lovforslaget bl.a.:

> »Det må antages, at sådanne foranstaltninger ofte ikke vil skulle anses for ekspropriative indgreb i grundlovens forstand. Foranstaltninger, der foreslås med lovforslaget, kan således begrundes i en samfundsmæssig interesse i at afværge smittefare blandt mennesker, der befinder sig her i landet, og opretholde et sundhedsvæsen, der kan håndtere både behandlingen af personer, der er smittet med den pågældende sygdom, og behandlingen af personer, der af anden årsag har behov for behandling i sundhedsvæsenet. Det må antages, at en sådan samfundsmæssig interesse vil kunne indgå i vurderingen af causa-kriteriet med en tungere vægt end den samfundsmæssig interesse i at hindre smitte af husdyrbestande, som Højesteret lagde vægt på i den ovennævnte sag, U 2000.1/2 H. Det må desuden antages, at det også vil være i den enkelte fysiske og juridiske persons interesse, at smittespredning bekæmpes på den mest effektive måde. I det omfang der ydes kompensation eller erstatning på andet grundlag, vil der endvidere kunne lægges vægt herpå i forbindelse med vurderingen af, om der er tale om ekspropriation.
>
> De nævnte forhold må i almindelighed antages at tale med betydelig vægt imod, at anvendelsen af de pågældende bestemmelser vil være udtryk for ekspropriative indgreb. Det kan imidlertid næppe på forhånd helt udelukkes, at et indgreb efter den foreslåede bestemmelse efter omstændighederne vil kunne anses for ekspropriativt. I den forbindelse vil der skulle lægges vægt på, om der er tale om et generelt eller konkret indgreb, og på intensiteten for den enkelte. Er indgrebet ekspropriativt, vil den pågældende have krav på erstatning. Kan der ikke opnås enighed herom, må spørgsmålet i givet fald indbringes for domstolene.«[46]

Grundlovens § 79 om forsamlingsfrihed og grundlovens § 77 om ytringsfrihed

I medfør af grundlovens § 79 har borgerne ret til uden forudgående tilladelse at samle sig ubevæbnede. Offentlige forsamlinger har politiet ret til at overvære. Forsamlinger under åben himmel kan forbydes, når der af dem kan befrygtes fare for den offentlige fred.

Epidemilovens § 6 giver hjemmel til at fastsætte regler om forbud mod, at flere personer befinder sig på samme sted. Det er forudsat, at bestemmelsen ikke udgør et indgreb i strid med forsamlingsfriheden efter grundlovens § 79. Det anføres herom i bemærkningerne til lovforslaget, at bestemmelsen ikke giver mulighed for at fastsætte regler eller i øvrigt foretage indgreb rettet mod meningstilkendegivelser, men at eventuelle indgreb vil blive fastsat af hensyn til at beskytte et vægtigt hensyn til den offentlige sundhed, herunder hensynet til at mindske eller forhindre udbredelse af alment farlige sygdom-

45 Dette synes også forudsat, jf. Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 28.
46 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 36 f.

me her i landet. Det anføres endvidere, at det forudsættes, at indgreb mod forsamlinger foretaget efter regler fastsat i medfør af bestemmelsen alene vil blive fastsat i det omfang og den tidsmæssige udstrækning m.v., som efter en konkret vurdering er nødvendig for at beskytte hensynet til den offentlige sundhed. For så vidt angår grundlovens § 79, 3. pkt., hvorefter forsamlinger under åben himmel kan forbydes, når der af dem kan befrygtes fare for den offentlige fred, anføres det i lovbemærkningerne, at det er almindeligt antaget i den forfatningsretlige litteratur, at der i tilfælde, hvor faren udgår fra udenforstående, kan nedlægges forbud mod en forsamling ud fra nødretsbetragtninger. Det anføres endvidere, at nødretsbetragtninger efter omstændighederne tillige vil kunne danne grundlag for konkrete forbud mod forsamlinger som følge af udbredt smittefare.[47]

Om nødretsbetragtninger som hjemmel for fravigelse af grundlovens bestemmelser hedder det i den statsretlige litteratur:

> »Ved en domstolsprøvelse af, om en fravigelse af grundlovens bestemmelser kan hjemles i statsretlig nødret, vil dommerne skulle afveje vigtigheden af de demokratiske og retssikkerhedsmæssige hensyn, som de fravegne grundlovsbestemmelser beskytter, over for vægten af de værdier og hensyn, som har begrundet grundlovsbruddet. De sidste skal være meget tungtvejende for at kunne bære igennem. I et parlamentarisk folkestyre som det danske, vil det i forbindelse med domstolsprøvelsen også kunne have betydning, om der har været bred politisk og folkelig opbakning til fravigelsen af grundloven.«[48]

Bemærkningerne i lovforslaget til epidemilovens § 6, som forudsætter, at bestemmelsen ikke giver mulighed for at fastsætte regler eller i øvrigt foretage indgreb rettet mod meningstilkendegivelser, må ses på baggrund af, at grundlovens § 79 om forsamlingsfrihed har sammenhæng med grundlovens § 77 om ytringsfrihed. Det hedder herom i Højesterets præmisser i U 1999.1798 H (Rockerlov-sagen):

> »Denne bestemmelse om forsamlingsfrihed er ligesom bestemmelserne om ytringsfrihed i § 77 og foreningsfrihed i § 78 en nødvendig og selvfølgelig forudsætning for et demokrati. Af hensyn til muligheden for gennem forsamlinger at befordre meningstilkendegivelser sikrer bestemmelsen, at forsamlinger kan afholdes uden forudgående tilladelse fra en offentlig myndighed og ikke vilkårligt kan forbydes. Bestemmelsen hindrer imidlertid ikke, at der ved lov fastsættes regler, som - uden at være rettet mod en forsamlings meningstilkendegivelser - begrænser forsamlingsfriheden, når dette sker til beskyttelse af andre væsentlige interesser, herunder andres liv og velfærd. Sådanne begrænsninger må dog ikke gå videre end, hvad der er nødvendigt for en sådan beskyttelse, jf. herved også Den Europæiske Menneskerettighedskonvention artikel 11.«

47 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 13 f. og 24 f., og Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 158 som fremsat, s. 5 f. og 17 f.

48 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 36.

Forsamlinger, der tilkendegiver meninger om samfundsforhold, er kerneområdet for grundlovsbestemmelsen om forsamlingsfrihed.[49] Det kan i den forbindelse anføres, at meningstilkendegivelser udtrykkeligt er undtaget fra forsamlingsforbuddet efter de administrative regler, som er udstedt i medfør af epidemilovens bestemmelser om forsamlingsforbud.[50]

Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK)

Foranstaltninger iværksat efter epidemiloven berører en række bestemmelser i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK). Det drejer sig om EMRK artikel 5 om frihedsberøvelse[51], jf. ovenfor om grundlovens § 71, stk. 2 og 6, EMRK artikel 8 og artikel 2 i 4. tillægsprotokol til EMRK om respekt for privatliv m.v.[52], EMRK artikel 11 om forsamlingsfrihed og EMRK artikel 10 om ytringsfrihed[53] samt artikel 1 i 1. tillægsprotokol til EMRK om ejendomsret.[54]

Sundhedslovgivningen

Sundhedsloven er som nævnt i kapitel 6 den generelle lov om undersøgelse og behandling i sundhedsvæsenet. Loven supplerer således som udgangspunkt epidemilovens bestemmelser om undersøgelse, behandling, indlæggelse på sygehus og vaccination, jf. epidemilovens §§ 5, 8 og 16.

Siden patientretsstillingsloven trådte i kraft den 1. oktober 1998, har patienter haft en lovfæstet ret til informeret samtykke til behandling.[55] Reglerne er videreført i sundhedsloven, som fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse, jf. lovens § 2. Det helt grundlæggende princip om selvbestemmelse er som nævnt i kapitel 6 udmøntet i sundhedslovens § 15, stk. 1 og 2, hvoraf det følger, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller af bestemmelser fastsat i henhold til lov, og at patienten på ethvert tidspunkt kan tilbagekalde sit samtykke. Forebyggelse, undersøgelse, behandling og indlæggelse på sygehus er således et tilbud, som patienten kan vælge at modtage eller at lade være med at modtage.

Hvis ikke der foreligger et informeret samtykke fra patienten selv eller den, der handler på patientens vegne, er der tale om tvang i sundhedslovens og psykiatrilovens forstand.[56] Tvangsbehandling og tvangsindlæggelse kræver som nævnt ovenfor klar lovhjemmel. Hjemmel til at bryde med sundhedslovens bærende princip om selvbestemmelse findes i epidemilovens §§ 5, 8 og 16 om tvangsundersøgelse, tvangsindlæggelse, tvangsbehandling og tvangsvaccination. Epidemiloven tager imidlertid ikke stilling til, hvem der kan handle på vegne af personer, der selv mangler retlig handleevne, hvad enten dette skyldes ung alder (patienter under 15 år) eller varig inhabilitet på grund af nedsat

49 Ibid., s. 414.

50 Jf. § 3 i den først udstedte bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19).

51 Jon Fridrik Kjølbro, »Den Europæiske Menneskerettighedskonvention for praktikere«, 5. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 409 og 416 f.

52 Ibid., s. 861 ff., 864 ff. og 1426.

53 Ibid., s. 1208 ff.

54 Ibid., s. 1330.

55 Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling.

56 § 1, stk. 3, i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.) og Helle Bødker Madsen, »Sundhedsret«, 4. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2018, s. 421.

psykisk funktionsevne. Da de nævnte regler i epidemiloven angår behandling i sundhedslovens forstand, jf. sundhedslovens § 5, må det antages, at det er sundhedslovens regler om stedfortrædende samtykke og medinddragelse, jf. sundhedslovens §§ 14, 17, 18 og 20, som finder anvendelse. Disse regler er nærmere belyst i kapitel 6.

Adgangen til at anvende tvang som led i behandling kendes ikke alene fra epidemiloven, men også fra psykiatriloven[57] og tvangsbehandlingsloven.[58] Det er imidlertid karakteristisk for de to sidstnævnte love og de i medfør heraf udstedte administrative bestemmelser, at de indeholder en række procedureregler. De er bindende forskrifter, der skal følges i forbindelse med beslutning om og iværksættelse af tvangsindgreb til varetagelse af de berørte patienters retssikkerhed. Når bortses fra pligten til at yde vejledning om adgang til domstolsprøvelse efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a, jf. epidemilovens § 20, indeholder epidemiloven ikke processuelle retssikkerhedsgarantier ved tvangsanvendelse efter §§ 5, 8 og 16, jf. nedenfor om retssikkerhed.

Retssikkerhed

Når loven, som det er tilfældet med epidemiloven, giver mulighed for at foretage væsentlige indgreb i borgernes retsforhold, er der et særligt behov for at sikre, at borgerne får den ret, der tilkommer dem. I den forbindelse er det centralt, at hjemmelsgrundlaget er udformet med den fornødne klarhed, jf. ovenfor om det skærpede hjemmelskrav. Men også særlige procedureforskrifter, som skal følges i forbindelse med beslutninger om og gennemførelse af indgreb, og en nem klageadgang har betydning for borgernes retssikkerhed. Sådanne retssikkerhedsgarantier kan være fastsat særskilt i den lov, der hjemler tvangen, med henblik på at tilpasse disse til netop de indgreb, som hjemles ved den pågældende lov. Som eksempel kan fremdrages psykiatriloven. Dennes hovedformål er bl.a. efter formålsbestemmelsen i § 2, stk. 1, nr. 1, at sikre, at iværksættelse og gennemførelse af tvang sker i overensstemmelse med grundlæggende retssikkerhedsprincipper, og den indeholder en række processuelle regler[59], som skal iagttages i forbindelse med beslutninger om at anvende og gennemføre tvang som led i behandling inden for psykiatrien, ligesom den indeholder regler om en nem klageadgang[60]. Med nem klageadgang sigtes der i denne sammenhæng til, at den, der udsættes for tvang, eller dennes repræsentant kan nøjes med at fremsætte anmodning om få en klage indbragt for et klageorgan, hvorefter det påhviler myndigheden at indbringe klagen. Som nævnt ovenfor savner epidemiloven sådanne særlige retssikkerhedsgarantier ved tvangsanvendelse som led i behandling.

Processuelle retssikkerhedsgarantier kan også følge af skrevne almindelige forvaltningsretlige regler. Som eksempel kan nævnes forvaltningsloven.[61] Loven gælder for alle dele af den offentlige forvaltning, jf. § 1, stk. 1. Den omfatter imidlertid ikke al forvaltningsvirksomhed, men alene »behandlingen af sager, hvori der er eller vil blive truffet afgørelse af en forvaltnings-

57 Lovbekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. med senere ændringer.

58 Lovbekendtgørelse nr. 126 af 27. januar 2019 om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile.

59 F.eks. vejledningspligt, jf. lovens § 3, stk. 2, underretningspligt, jf. lovens § 31, stk. 1, beskikkelse af partsrepræsentant, jf. lovens § 24, tilførsel til tvangsprotokol, jf. lovens § 20, stk. 1, og obligatorisk lægelig revurdering, jf. lovens § 21.

60 Jf. lovens § 35.

61 Lovbekendtgørelse nr. 433 af 22. april 2014 om forvaltningsloven med senere ændringer.

myndighed«, jf. § 2, stk. 1. En række beslutninger truffet i medfør af epidemiloven og de i medfør heraf administrativt fastsatte regler har eller kan have karakter af afgørelser i forvaltningslovens forstand.[62] Dette gælder f.eks. påbud til en person om undersøgelse, indlæggelse på sygehus eller isolation, forbud mod ophold på bestemte steder og suspension af retten til behandling eller pleje, der er rettet til en bestemt adressat eller en afgrænset kreds af adressater. Også beslutninger om anvendelse af tvang som led i sygdomsbehandling kan være afgørelser i forvaltningslovens forstand.[63] Dette indebærer, at forvaltningslovens regler om f.eks. partsaktindsigt, partshøring og begrundelse i en række tilfælde er anvendelige. Forvaltningslovens betydning ses ikke omtalt i bemærkningerne til lovforslaget til ændringerne af epidemiloven.

Blandt de skrevne forvaltningsretlige regler skal endvidere nævnes lov om retssikkerhed ved forvaltningens anvendelse af tvangsindgreb og oplysningspligter[64], der giver særlige retssikkerhedsgarantier til den, der udsættes for tvangsindgreb i form af bl.a. husundersøgelse, undersøgelse af andre lokaliteter og eftersyn eller anden undersøgelse af personer.

Ved siden af de skrevne almindelige forvaltningsretlige regler yder også almindelige uskrevne forvaltningsretlige grundsætninger vedrørende skønsudøvelsen retsbeskyttelse til borgerne. Det drejer sig f.eks. om saglighedskravet, som indebærer, at en forvaltningsbeslutning skal være båret af saglige hensyn[65], og proportionalitetsprincippet. Dette princip indebærer, at forvaltningen skal anvende det mindst indgribende middel, der er tilstrækkeligt til opnåelse af formålet. Dette mindste middels princip betyder, at et påtænkt indgreb skal være nødvendigt. Endvidere må indgrebet kun iværksættes, hvis det står i et rimeligt forhold til det mål, der forfølges.[66] I den forbindelse bemærkes, at epidemilovens regler i en række tilfælde udtrykkeligt fastsætter, at en given foranstaltning kun kan bringes i anvendelse, når det er »nødvendigt«, jf. til eksempel lovens § 6, stk. 3, og §§ 12 a-12 d, eller når et mindre indgribende forbud »ikke er tilstrækkeligt«, jf. til eksempel lovens § 6, stk. 1. Men også uden for de tilfælde, hvor det eksplicit fremgår af de skrevne lovregler, er proportionalitetsprincippet almindeligt gældende i den offentlige forvaltning ved udnyttelse af bemyndigelser til at iværksætte indgreb efter epidemiloven, jf. nedenfor om sundheds- og ældreministerens beslutning af 28. februar 2020 om at udvide epidemilovens anvendelsesområde.

Når det kommer til klageadgang, kan en afgørelse truffet af en underordnet statslig myndighed på ulovbestemt grundlag påklages til en højere statslig myndighed, i sidste instans vedkommende minister.[67] Eksempelvis vil afgørelser truffet af Styrelsen for Patientsikkerhed efter regler fastsat i medfør af epidemiloven kunne

62 Se om afgørelsesbegrebet f.eks. Niels Fenger, »Forvaltningsloven med kommentarer«, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2013, s. 83 ff.

63 Niels Fenger, »Forvaltningsloven med kommentarer«, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2013, s. 91.

64 Lovbekendtgørelse nr. 1121 af 12. november 2019 om retssikkerhed ved forvaltningens anvendelse af tvangsindgreb og oplysningspligter.

65 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 225 ff.

66 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 216, og Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 116 og 267 ff.

67 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 304.

påklages til sundheds- og ældreministeren uden lovhjemmel. Dette gælder dog ikke, hvis andet er fastsat i loven.

Ved lov nr. 359 af 4. april 2020 indsættes i epidemilovens § 1, stk. 3, en bemyndigelse til sundheds- og ældreministeren, hvorefter denne kan fastsætte regler om adgangen til at klage over afgørelser, der er truffet i henhold til bemyndigelse. Om denne bestemmelse anføres det i lovbemærkningerne:

> »Det er efter Sundheds- og Ældreministeriets opfattelse ikke hensigtsmæssigt, at afgørelser, der træffes af andre myndigheder efter bemyndigelse fra sundheds- og ældreministeren, i alle tilfælde kan påklages til Sundheds- og Ældreministeriet. Det skyldes, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke i alle tilfælde besidder den sagkundskab, der er nødvendig for at kunne behandle klagerne. Det foreslås på den baggrund, at sundheds- og ældreministeren bemyndiges til at fastsætte regler om adgangen til at klage over afgørelser, der er truffet i henhold til bemyndigelse.«[68]

Sundheds- og ældreministeren har i medfør heraf fastsat regler om klageadgang til rigspolitichefen vedrørende politidirektørernes afgørelser om driveinarrangementer.[69] Tilsvarende kan politidirektørernes afgørelser efter bekendtgørelse nr. 687 af 27. maj 2020 om forbud mod større forsamlinger og mod adgang til og restriktioner for lokaler og lokaliteter i forbindelse med håndtering af covid-19 påklages til rigspolitichefen, jf. bekendtgørelsens § 15, stk. 3.

Afgørelser truffet af regioner og kommuner efter administrative regler fastsat i medfør af epidemiloven kan ikke uden særskilt lovhjemmel påklages til en anden forvaltningsmyndighed.[70] Dette gælder f.eks. for regionsrådets og kommunalbestyrelsernes afgørelser vedrørende begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet og besøgsrestriktioner på sygehuse, plejehjem, anbringelsessteder m.v.

Udvalgte beslutninger, der giver anledning til overvejelser af retlig karakter

Sundheds- og ældreministerens beslutning af 28. februar 2020 om udvidelse af epidemilovens anvendelsesområde

Efter den hidtidige epidemilovs § 10, der var gældende, indtil loven blev ændret ved lov nr. 208 af 17. marts 2020, kunne sundheds- og ældreministeren efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen bestemme, at foranstaltninger, der efter loven alene kunne iværksættes mod alment farlige sygdomme, også kunne iværksættes over for øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, hvis sygdommen optrådte på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebar en særlig stor risiko for smittespredning. Ministeren kunne med andre ord under de nævnte betingelser udvide lovens anvendelsesområde, hvilket betød, at reglerne om tvangsundersøgelse, tvangsbehandling, tvangsindlæggelse, tvangsvaccination, afspærring af område og tvangsmæssig obduktion, jf. de hidtidige §§ 5-9, var anvendelige ikke kun over for epidemilovens liste A, alment farlige sygdomme, som f.eks. sars, men

68 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 158 som fremsat, s. 4.

69 § 3, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 509 af 24. april 2020 om drive in-arrangementer i forbindelse med håndtering af covid-19.

70 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 305.

også over for liste B, øvrige smitsomme og overførbare sygdomme, herunder covid-19.

Ved brev af 28. februar 2020 meddeler Sundheds- og Ældreministeriet gennem Rigspolitiet følgende til de fem epidemikommissioner:

> »**Orientering om at COVID-19 omfattes af epidemilovens §§ 5-9**
> Til orientering er COVID-19 nu optaget på epidemilovens [note udeladt] liste B ved bekendtgørelse om ændring af liste B til lov om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme og andre overførbare sygdomme, jf. bkg nr. 157 af 27. februar 2020.
> Sundheds- og ældreministeren har på Sundhedsstyrelsens indstilling herom d. 28. februar 2020 bestemt, at de foranstaltninger, der kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, jf. epidemilovens §§ 5-9, også kan iværksættes over for COVID-19, jf. lovens § 10, i en række konkrete situationer, se vedhæftede indstilling af 28. februar 2020 fra Sundhedsstyrelsen.«

Vedlagt brevet er Sundhedsstyrelsens indstilling af 28. februar 2020. Af denne indstilling følger bl.a., at covid-19 efter styrelsens opfattelse ikke kan betegnes som ondartet, ligesom den heller ikke generelt kan betegnes som meget smittefarlig. Videre hedder det:

> » […]
> I den nuværende fase, hvor vi i Danmark fortsat har en meget stærk inddæmningsstrategi, så finder Sundhedsstyrelsen ikke at der er generelle forhold, som taler for at indstille til en generel undtagelse af COVID-19 efter bestemmelserne i §10.
> Sundhedsstyrelsen finder imidlertid, at der særligt i den konkrete situation under en inddæmningsstrategis kan være konkrete situationer, rammer og forhold, der giver en særlig stor risiko for smittespredning. Det kan f.eks. være store og tætte forsamlinger af mennesker, herunder musikfestivaller, spejderlejre, gymnastikstævner, og indkvartering under trange og uhygiejniske forhold.
> Der kan desuden være en lang række specifikke situationer og forhold, der ud fra en konkret vurdering må antages at medføre særlig stor smittespredning, herunder personer der er smittede eller må antages at være smittede, og som på trods af henstillinger fra sundhedsmyndighederne udviser en risikofyldt adfærd.
> Det kan f.eks. være omgang i offentligt rum med tæt personkontakt, dårlig personlig hoste- og håndhygiejne m.v.
> På den baggrund kan vi, med henvisning til epidemilovens §10, indstille til sundheds- og ældreministeren, at de foranstaltninger, der efter epidemilovens §§ 5-9 alene kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, også i de ovenfor beskrevne konkrete situationer og forhold kan iværksættes over for COVID-19.«

I lyset heraf må sundheds- og ældreministerens beslutning af 28. februar 2020 forstås således, at epidemilovens §§ 5-9 ikke generelt skal finde anvendelse i relation til covid-19, men at de nævnte bestemmelser i epidemiloven kan finde anvendelse i de i Sundhedsstyrelsens indstilling beskrevne konkrete situationer og under de i indstillingen beskrevne konkrete forhold. Spørgsmålet er, om denne indstilling og dermed sundheds- og ældreministerens beslutning harmonerer med loven.

Epidemilovens § 10 har på det omhandlede tidspunkt følgende ordlyd:

> »§ 10. Sundheds- og ældreministeren kan efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen bestemme, at de foranstaltninger, der alene kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, jfr. §§ 5-9, også kan iværksættes over for øvrige smitsomme og andre overførbare sygdomme, når disse optræder på en ondartet måde eller med stor udbredelse, eller når andre forhold indebærer en særlig stor risiko for smittespredning.«[71]

Bestemmelsen går i substansen tilbage til § 10 i lov nr. 114 af 21. marts 1979 om foranstaltninger mod smitsomme sygdomme. Bemærkningerne til forslaget til denne lov indeholder ikke uddybende forklaringer.[72]

Der er ikke tvivl om, at sundheds- og ældreministeren (efter indstilling herom) i medfør af epidemilovens § 10 vil kunne bestemme, at de hidtidige §§ 5-9 skulle gælde generelt for covid-19, jf. også bekendtgørelse nr. 213 af 17. marts 2020, der er udstedt i medfør af § 10 i lov nr. 208 af 17. marts 2020. Spørgsmålet er, om sundheds- og ældreministeren kan begrænse udvidelsen i forhold hertil. På den ene side kan det anføres, at § 10 efter en naturlig sproglig forståelse må forstås på den måde, at hvis »andre forhold« ved covid-19 efter en sundhedsfaglig vurdering »indebærer en særlig stor risiko for smittespredning«, betyder det, at de foranstaltninger, som i udgangspunktet alene kan anvendes over for alment farlige sygdomme, skal finde anvendelse for covid-19 generelt. På den anden side kan det anføres, at hvis det efter en sundhedsfaglig vurdering ikke er nødvendigt at udvide anvendelsesområdet for covid-19 generelt, følger det af proportionalitetsprincippet, at ministeren ikke alene er berettiget, men også forpligtet til ikke at udvide lovens anvendelsesområde mere, end det er nødvendigt. Det forudsættes i den forbindelse, at de hensyn, som er inddraget i beslutningen, er saglige i sammenhængen, jf. ovenfor om saglighedskravet. Hvorvidt dette er tilfældet, beror i denne forbindelse først og fremmest på en sundhedsfaglig vurdering. Det afgørende er dog, at den bestemmelse, som ministeren træffer efter § 10, har en sådan klarhed og bestemthed, at den kan danne grundlag for en regel, der opfylder hjemmelskravet, som er skærpet ved udvidelse af epidemilovens anvendelsesområde.

De i beslutningen af 28. februar 2020 beskrevne konkrete situationer og forhold er:

- »f.eks. […] store og tætte forsamlinger af mennesker.«
- »herunder musikfestivaller, spejderlejre, gymnastikstævner, og indkvartering under trange og uhygiejniske forhold.«
- »personer […], og som på trods af henstillinger fra sundhedsmyndighederne udviser en risikofyldt adfærd.«
- »f.eks. […] omgang i offentligt rum med tæt personkontakt, dårlig personlig hoste- og håndhygiejne m.v.«

Det kan ikke antages, at de ovenfor beskrevne situationer og forhold har den fornødne klarhed og bestemthed til at kunne udgøre grundlag for

71 Ved lov nr. 208 af 17. marts 2020 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.) ændres »indstilling« til: »rådgivning«, og efter »§§ 5-9« indsættes: »og 12 a-12 f.«

72 Folketingstidende 1978-79, tillæg A, sp. 2130.

indgreb efter de hidtidige §§ 5-9. Borgerne vil med så upræcise kriterier ikke kunne indrette sig på, i hvilke situationer de er omfattet af epidemilovens bestemmelser, f.eks. om tvangsbehandling og tvangsvaccination. Man kan i øvrigt også sætte spørgsmålstegn ved, om en sådan bestemmelse vil være egnet til at opnå lovens formål.[73] Uden for de klare tilfælde vil det i praksis til eksempel være ganske vanskeligt eller måske umuligt at påvise, om en person, som er smittet eller må antages at være smittet med covid-19, udviser dårlig personlig hoste- og håndhygiejne.

Sundhedsstyrelsen har tilsyneladende ikke haft øje for denne hjemmelsproblematik i forbindelse med udformningen af indstillingen af 28. februar 2020.

Indstillingen ses heller ikke at have givet anledning til tvivl i Sundheds- og Ældreministeriet. Indstillingen, der bliver sendt til Sundheds- og Ældreministeriet ved e-mail den 28. februar 2020 kl. 19.39, bliver tiltrådt samme dag.

Ministerens beslutning af 28. februar 2020 i medfør af epidemilovens § 10 om udvidelse af lovens anvendelsesområde har karakter af en generel forskrift, der regulerer borgernes retsforhold, og er dermed omfattet af kundgørelseskravet i lovtidendelovens § 2.[74] Der kan drages en parallel til udvidelsen af epidemilovens anvendelsesområde til at omfatte covid-19 i medfør § 10 i lov nr. 208 af 17. marts 2020, der skete ved bekendtgørelse, som blev offentliggjort i Lovtidende som bekendtgørelse nr. 213 af 17. marts 2020.

Sundheds- og Ældreministerens ovennævnte beslutning bliver ikke kundgjort.[75] Kundgørelse i Lovtidende efter lovtidendelovens § 3 er imidlertid den bindende bekendtgørelsesform. Det må derfor lægges til grund, at beslutningen ikke på noget tidspunkt har haft retsvirkninger efter sit indhold, og at epidemilovens daværende §§ 5-9 derfor ikke har kunnet anvendes af epidemikommissionerne[76] i relation til covid-19.[77]

Beslutninger vedrørende domstolene

I foråret 2020 bliver der af sundheds- og ældreministeren udstedt regler med restriktioner, der berører domstolene, og der bliver i forbindelse med den delvise nedlukning og den senere genåbning af domstolene truffet beslutninger om domstolenes funktioner.

Med udgangspunkt i grundlovens regler om domstolenes organisatoriske og funktionelle uafhængighed belyses de omhandlede administrative regler og visse aspekter af de trufne beslutninger om domstolenes funktioner.

Grundlovens § 61, 1. pkt., har følgende ordlyd:

> »Den dømmende magts udøvelse kan kun ordnes ved lov.«

Bestemmelsen, som skal sikre domstolenes organisatoriske uafhængighed, betyder, at reglerne om den dømmende magts udøvelse skal

73 Om det almindelige forvaltningsretlige krav om egnethed kan henvises til Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 273 og 274.

74 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 25, 90 og 113.

75 Sundheds- og Ældreministeriet udstedte en pressemeddelelse om beslutningen, der imidlertid ikke længere findes på ministeriets hjemmeside.

76 Beslutningen af 28. februar 2020 ses i øvrigt ikke at have ført til foranstaltninger iværksat af epidemikommissionerne.

77 Karsten Revsbech et al., »Forvaltningsret – almindelige emner«, 6. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2016, s. 113.

fastsættes direkte i en lov. Det kan således ikke overlades til en minister at fastsætte regler om den dømmende magts udøvelse.[78]

Af grundlovens § 64, stk. 1, 1. pkt., fremgår det:

> »Dommerne har i deres kald alene at rette sig efter loven.«

Denne bestemmelse, som skal sikre domstolenes funktionelle uafhængighed, indebærer, at den enkelte dommer, når denne udøver dømmende magt, ikke kan forpligtes af en tjenestebefaling fra en minister eller en anden administrativ instans eller fra Folketinget.[79]

I lyset af domstolenes organisatoriske uafhængighed har det givet anledning til retlige betænkeligheder, at den af sundheds- og ældreministeren udstedte bekendtgørelse nr. 224 af 17. marts 2020 om forsamlingsforbud m.v., der er belyst i kapitel 10, ikke undtog domstolene.[80] Dette skete først ved bekendtgørelse nr. 445 af 19. april 2020, jf. bekendtgørelsens § 12, med virkning fra den 20. april 2020.

Et andet forhold, der i lyset af domstolenes grundlovsbestemte uafhængighed kan give anledning til retlige overvejelser, er den rolle, som Justitsministeriets departement og Domstolsstyrelsen spiller i forbindelse med den delvise nedlukning og senere genåbning af domstolene. Her er det alene muligt at belyse dette i hovedtræk, jf. nedenfor.[81]

Domstolsstyrelsen, som er en selvstændig statsinstitution, der varetager domstolenes bevillingsmæssige og administrative forhold[82], udsender den 28. februar 2020 til retspræsidenter og administrationschefer ved domstolene en e-mail, hvori der som inspiration og tjekliste henvises til Danmarks Domstoles beredskabsplan, bilag 21 om prioritering af sager og bilag 23 om alvorlige smitsomme sygdomsudbrud.

Den 5. marts 2020 afholdes et beredskabsmøde om covid-19 med deltagelse af ledende medarbejdere i Domstolsstyrelsen. Herefter orienterer styrelsen ved e-mail af 6. marts 2020 alle retspræsidenter og administrationschefer om, at der er oprettet et beredskab til håndtering af situationen omkring covid-19, som har foretaget forskellige foreløbige initiativer. I e-mailen anføres bl.a.:

> »Særlige nøglefunktioner ved retterne og i styrelsen
> Vi vender i den kommende uge tilbage til spørgsmålet om udpegning af, hvilke funktioner der er nødvendige at kunne opretholde ved retterne og i styrelsen for at kunne varetage de mest vitale og uopsættelige opgaver, hvis et større antal medarbejdere skulle blive ramt eller påvirket af coronavirus/COVID-19[...].«

78 Jens Peter Christensen, Jørgen Albæk Jensen og Michael Hansen Jensen, »Dansk Statsret«, 3. udg., Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2020, s. 124 f.

79 Ibid., s. 133.

80 Justitia, »Retsstaten og COVID-19«, 2020, s. 98.

81 Om de af Domstolsstyrelsen offentliggjorte nyheder om håndtering af covid-19 ved Danmarks Domstole henvises til Danmarks Domstoles hjemmeside, »Nyheder om håndtering af corona«. Se endvidere om de udsendte pressemeddelelser i perioden marts til maj 2020 i den af tænketanken Justitia afgivne rapport »Retsstaten og COVID-19«, 2020, s. 98-103.

82 Lovbekendtgørelse nr. 390 af 25. april 2017.

Domstolsstyrelsen meddeler ved e-mail af 10. marts 2020 alle retspræsidenter og administrationschefer, at styrelsen på baggrund af Justitsministeriets anbefaling af samme dag aflyser alle planlagte større møder og kurser, som ikke er absolut nødvendige. I e-mailen opfordres retterne til selv at foretage en vurdering af, om møder m.v., der ikke er en del af retternes kerneopgaver, skal aflyses, udsættes eller afvikles virtuelt. Et udkast til e-mailen bliver den 10. marts 2020 forelagt formanden for Domstolsstyrelsens bestyrelse, der i sine bemærkninger til udkastet bl.a. anmoder om, at det fremgår af e-mailen, at der ikke bliver aflyst retsmøder eller andre publikumvendte funktioner.

Den 11. marts 2020, kl. 10.06, sender Domstolsstyrelsen et udkast til notat om etablering af et lokalt krisesberedskab ved retterne med tilhørende bilag til retspræsidenten for Østre Landsret, retspræsidenten for Københavns Byret og retspræsidenten for Retten i Helsingør, der anmodes om at komme med bemærkninger til notatet så hurtigt som muligt. I udkastet til notatet hedder det bl.a.:

> »Retterne er ansvarlige for det lokale kriseberedskab, og der er - som følge af situationens udvikling - behov for, at retspræsidenterne nu anmodes om at færdiggøre overvejelserne om udformningen og etableringen af deres lokale kriseberedskaber og afdækker hvilke scenarier, der kan blive tale om. Retterne skal overveje følgende i tilfælde af en reduceret bemanding:
> • prioriteringen af sager
> • ansvarlige for kriseberedskabet
> • identificering af nøglefunktioner
> Ved udarbejdelsen af beredskabet henvises bl.a. til bilag 21 og 23 i beredskabsplanen for Danmarks Domstole (sagsprioritering og pandemi), som vedlægges dette notat.
>
> Udformningen og etableringen af de lokale kriseberedskaber har til formål at sikre en fortsat, nødvendig drift af Danmarks Domstole i tilfælde af, at flere medarbejdere smittes eller skal opholde sig hjemme i karantæne. Den endelige udformning af kriseberedskabet udarbejdes af den enkelte ret. Domstolsstyrelsen vurderer, at der ved udformningen bør tages stilling til følgende emner nedenfor.«

På baggrund af de indkomne bemærkninger fra retspræsidenterne afholdes samme dag, kl. 15, et møde i Domstolsstyrelsen om beredskabet. Her bliver det besluttet, at Domstolsstyrelsen skal oprette en faq til brug for generel videndeling mellem retterne om forhold med forbindelse til forholdsregler i forbindelse med covid-19. Endvidere bliver det besluttet, at deltagerne på mødet skal udgøre en alternativ krisestab i en situation, hvor covid-19-udbruddet måtte berøre samtlige retskredse.

I mødereferatet anføres under pkt. 4 om yderligere drøftelser, beslutninger og videndeling på mødet:

> »Hvis domstolsvirksomheden bliver lukket, så forventer vi, at departementet kommer med forholdsregler.«

Den 11. marts 2020, kl. 17, deltager direktøren for Domstolsstyrelsen i et møde i Justitsministeriet, hvor der bliver orienteret om, at regeringen har truffet beslutning om at lukke den offentlige sektor ned, og at alle offentligt

ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, vil blive hjemsendt.[83]

Domstolsstyrelsen orienterer i en e-mail den 11. marts 2020, kl. 20.22, alle retspræsidenter og administrationschefer om udmeldingen fra regeringen. Heri hedder det bl.a.:

> » [...]
> Dette betyder, at vi fra på fredag kommer i den situation, hvor det som udgangspunkt kun er de kritiske opgaver, som er beskrevet i beredskabsplanens bilag 21, samt tinglysningsopgaverne, der skal løses af retterne, jf. vedhæftede notat.
> Der vil desuden umiddelbart være en opfordring til, at medarbejdere allerede fra i morgen torsdag sendes hjem. Det er endnu uklart, hvad dette konkret vil indebære i forhold til afviklingen af sager i morgen. Den enkelte ret opfordres til at tage stilling hertil på baggrund af statsministerens udmelding og under hensyn til formålet med generelt at lukke retten ned for at undgå smitte.
> Ved løsningen af de kritiske opgaver skal der sigtes mod, at færrest mulige opgaver løses ved fremmøde i retten, og at flest mulige opgaver løses hjemmefra.«

I det vedhæftede notat om opretholdelse af kritiske sagsområder ved domstolene dateret den 11. marts 2020 anføres bl.a.:

> »**Baggrund**
> Regeringen har besluttet at lukke alle offentlige institutioner i Danmark fra den 13. marts 2020 til og med den 1. april 2020. Der skal alene opretholdes de mest kritiske funktioner. I den forbindelse skal Danmarks Domstole identificere særligt kritiske sagsområder, hvor driften skal opretholdes. Endvidere oplistes de sagsområder, hvor sager ikke kan behandles i perioden.
> **Kritiske sagsområder ved Danmarks Domstole**
> Alle sager, der er bundet af frister, eller er særligt indgribende bør fortsat prioriteres i perioden. Det gælder f.eks.:
> • Grundlovsforhør
> • Fristforlængelser
> • Afsigelse af kendelser om indgreb, hvis de haster
> • Arrestantsager, der pga. proportionalitetsprincippet ikke kan udsættes
> • 747 forhør, der ikke kan udsættes
> • Fogedforretninger, der ikke kan udsættes. Afhentning af børn, der er ved at blive smuglet ud af landet etc.
> • Administrative frihedsberøvelser, hvis den pågældende stadig er tilbageholdt
> • Andre sager, hvor det af hensyn til parter, vidner, tiltalte og forurettede vil være helt uproportionalt at udsætte sagens behandling, når retten skønner, at sagen kan gennemføres på forsvarlig vis
> • Tinglysningssager
> • Visse konkurssager af hastende karakter

Det vil være op til en konkret vurdering i den enkelte ret, hvorvidt en sag

83 Folketingsåret 2019-20, Retsudvalget, alm. del – spørgsmål 1557.

opfylder ovenstående betingelser.

Sager som ikke prioriteres
Beslutningen om udelukkende at prioritere ovenstående sager ved domstolene vil betyde, at en række væsentlige sagsområder vil blive nedprioriteret, og at sagerne indtil videre udsættes. Det gælder følgende sagsområder:
• Straffesager, herunder også igangværende hovedforhandlinger
• Civile sager, herunder også igangværende hovedforhandlinger
• Fogedsager, bortset fra de mest hastende
• Dødsboskiftesager
• Notarialforretninger.«

I en nyhed på Danmarks Domstoles hjemmeside dateret den 11. marts 2020 orienteres om, at der fra den 13. marts 2020 vil blive iværksat et nødberedskab de følgende 2 uger:

»Danmarks Domstole vil, som øvrige offentlige myndigheder, iværksætte et nødberedskab fra fredag den 13. marts og foreløbigt to uger frem med henblik på at kunne varetage de kritiske opgaver. Yderligere information herom vil følge her på hjemmesiden. Det vil være den enkelte ret, der lokalt tilrettelægger arbejdet, og som derfor kan oplyse om afvikling eller aflysning af retsmøder. Borgere der har ærinde ved retterne torsdag den 12. marts, bedes holde sig orienteret på den pågældende rets hjemmeside og kontakte den pågældende ret, hvis man er i tvivl om, hvorvidt ens møde, aftale eller lignende er aflyst.«[84]

Ved e-mail af 11. marts 2020, kl. 23.08, til Domstolsstyrelsen anmoder Justitsministeriet om at få tilsendt planer for hjemsendelse af medarbejdere og for opgavevaretagelsen i denne periode.

Den 17. marts 2020 sender Domstolsstyrelsen et notat om planer for opgavevaretagelsen hos Danmarks Domstole i perioden fra den 13. marts til og med den 27. marts 2020 og et dertil hørende notat om opretholdelse af kritiske sagsområder ved domstolene til Justitsministeriet. I Domstolsstyrelsens notat af 17. marts 2020 om planer for opgavevaretagelsen hos Danmarks Domstole i perioden fra den 13. marts til og med den 27. marts 2020 anføres det bl.a.:

»2. Retterne
Retterne vil i perioden varetage de kritiske opgaver, som fremgår af det vedlagte notat om opretholdelse af kritiske sagsområder ved domstolene. Det drejer sig om alle sager, der er bundet af særlige frister, eller er særligt indgribende. Det gælder fx grundlovsforhør, fristforlængelser og kendelser om hastende indgreb, arrestantsager, som pga. proportionalitetsprincippet ikke kan udsættes, § 747 forhør, der ikke kan udsættes, fogedforretninger, der ikke kan udsættes, andre straffesager, hvor det af hensyn til tiltalte, vidner eller forurettede vil være helt uproportionalt at udsætte sagen, visse administrative frihedsberøvelser, tinglysningssager, særligt hastende konkurssager og visse hastende notarialforretninger.
Endvidere er Domstolsstyrelsen ved

84 »Nødberedskab ved Danmarks Domstole: Foreløbig information«, Danmarks Domstole, den 11. marts 2020.

at afklare behandlingen af sager i kommunernes Børne- og Ungeudvalg med bl.a. Justitsministeriet og Kommunernes Landsforening. Dette med henblik på at behandle en mindre antal hastende sager fra nævnene. Retterne har i deres planer mere detaljeret redegjort for den nærmere tilrettelæggelse af arbejdet med de kritiske sagsområder.
Retterne vil i perioden nedprioritere følgende sagsområder: Straffesager, herunder også igangværende hovedforhandlinger, civile sager, herunder også igangværende hovedforhandlinger, fogedsager, bortset fra de mest hastende, dødsboskiftesager og notarialforretninger, bortset fra de mest hastende.
De overordnede retningslinjer betyder, at der ved den enkelte ret foretages en konkret vurdering af, hvilke sager som gennemføres.
De enkelte retter har oprettet nødberedskaber, der indebærer et minimum af personale, der hver dag møder ind ved retten, fx dommere til grundlovsvagt og fristforlængelser. I det omfang, det er muligt, løses retternes opgaver hjemmefra af medarbejderne iht. lokale vagtplaner udarbejdet af retterne. Dette resulterer i, at retterne har kunnet hjemsende omkring 90 % af personalet.
Lokal koordinering sker ved samarbejde med naboretter og anklagemyndigheden. På det centrale plan er der koordineret med anklagemyndigheden og Direktoratet for Kriminalforsorgen. Domstolsstyrelsen har modtaget retternes og Procesbevillingsnævnets nødberedskabsplaner for den aktuelle situation.«

Ved e-mail af 22. marts 2020 orienterer direktøren for Domstolsstyrelsen alle retspræsidenter og administrationschefer om, at Justitsministeriets departementschef samme dag har orienteret Domstolsstyrelsens direktør om, at der i forbindelse med produktion af værnemidler hos visse danske virksomheder vil kunne blive indbragt sager for domstolene om ophavsretlige forhold, som vil være samfundskritiske og derfor af høj prioritet. Det fremgår af e-mailen bl.a.:

> » [...] var desværre ikke mere specifik, men gjorde blot opmærksom på, at der er tale om samfundskritiske sager, og at det er vigtigt, at de prioriteres højt. Blot til orientering, så I er ekstra opmærksomme på, om I modtager sådanne sager i den kommende uge.«

Domstolsstyrelsens direktør deltager den 23. marts 2020 i et statusmøde i Justitsministeriet med politiske partiers retsordførere om, hvordan myndighederne på Justitsministeriets område håndterer deres opgaver i situationen med covid-19. Til brug for mødet anmoder Justitsministeriet i e-mail af 19. marts 2020 om bidrag fra Domstolsstyrelsen om den overordnede status på situationen i lyset af covid-19, om, hvilke initiativer Domstolsstyrelsen og eventuelt retterne enkeltvis har taget, og om Domstolsstyrelsens beredskabsplan i tilfælde af et større udbrud af smitte blandt ansatte, herunder dommere. Justitsministeren afholder herefter ugentlige møder med retsordførerne i april og maj måned. I Domstolsstyrelsens direktørs talepapir til mødet den 31. marts 2020 indgår bl.a. følgende talepinde:

> »Krisestaben holder dagligt virtuelle møder med henblik på at sikre en tværgående koordinering og afklaring af fælles problemstillinger. Vi søger således i videst muligt omfang

at fastlægge og kommunikere **fælles anbefalinger og retningslinjer** ud, som gælder alle retter.«

»Jeg skal dog understrege, at det inden for rammerne af de fælles anbefalinger og retningslinjer i sidste ende er **retternes ansvar** at tilrettelægge arbejdet under hensyn til lokale forhold. Sagernes tilrettelæggelse og konkrete afvikling - og også vurdering af om en sag er kritisk - er en judiciel afgørelse. Det er dog min klare oplevelse, at retterne efterspørger og retter sig efter de fælles retningslinjer, som vi fastlægger i krisestaben.«

Den 30. marts 2020 foretager Domstolsstyrelsen en ændring af det ovenfor omtalte notat om opretholdelsen af kritiske sagsområder. Dette sker, efter at der den pågældende dag og de forudgående dage har været nogle afklaringer med retspræsidentkredsen og Justitsministeriet om, hvilke sager der er omfattet af begreberne kritiske sager og nødberedskabet.

I en e-mail fra Domstolsstyrelsens direktør den 6. april 2020 til alle retspræsidenter og administrationschefer orienteres retterne om status for varigheden af nødberedskabet, herunder om, at krisestaben er gået i gang med at forberede udarbejdelsen af en genåbningsplan.

Domstolsstyrelsen orienterer i en nyhed på Danmarks Domstoles hjemmeside dateret den 8. april 2020 om, at nødberedskabet forlænges til den 10. maj 2020:

»Danmarks Domstole følger nøje regeringens udmeldinger om gradvis genåbning af samfundet. Det indebærer, at langt hovedparten af domstolenes medarbejdere vil være hjemsendte til og med den 10. maj, og at nødberedskabet, der skal sikre behandling af kritiske sagsområder, ligeledes forlænges hertil. Samtidig ser domstolene på, om der i den kommende tid vil være yderligere sagsområder, der bliver kritiske i takt med, at tiden går, og derfor bør omfattes af nødberedskabet. Det er vigtigt, at man kontakter sin lokale ret, hvis man i perioden indtil da har retsmøder eller andre ærinder ved retten.«[85]

Efterfølgende beskriver Domstolsstyrelsen i bidrag til justitsministerens besvarelse af spørgsmål fra Folketingets Retsudvalg om den delvise nedlukning af domstolene styrelsens rolle i forbindelse hermed.[86]

Afsluttende kan det anføres, at der næppe er tvivl om, at der i forbindelse med den delvise nedlukning af domstolene var et behov for koordinering. Dette forhold ændrer imidlertid ikke ved det grundlæggende om domstolenes grundlovsbestemte uafhængighed. Det ovenfor beskrevne hændelsesforløb illustrerer, at der i flere tilfælde – for nogles vedkommende på foranledning af Justitsministeriets departement – er tilgået de enkelte retter meddelelser, som ville kunne tages til indtægt for, at der i strid hermed bliver truffet beslutninger om arbejdstilrettelæggelsen ved domstolene. Forløbet viser imidlertid også, at Domstolsstyrelsen flere

85 »Domstolene forlænger nødberedskabet«, Danmarks Domstole, den 8. april 2020.

86 Der henvises til justitsministerens besvarelse af folketingsåret 2019-20, Retsudvalget, alm. del – spørgsmål 1157, 1158, 1160, 1161, 1557, 1558, 1560, 1615 og 1759-61.

gange og i forskellige sammenhænge fremhæver, at det er op til den enkelte ret at tilrettelægge arbejdet under hensyn til det lokale behov.

Udredningsgruppen er bekendt med, at en af Domstolsstyrelsen nedsat arbejdsgruppe den 4. december 2020 har afgivet en redegørelse om håndtering af fremtidige kriser af lignende karakter som covid-19-krisen. I en af arbejdsgruppens anbefalinger hedder det: »Krisestaben bør alene have besluttende kompetence inden for de områder, hvor Domstolsstyrelsen i dag kan træffe beslutninger. Herudover kan krisestaben komme med anbefalinger, opfordringer og vejledninger.«

Sammenfatning

Ændringerne af epidemiloven i foråret 2020 bliver vedtaget på meget kort tid. Loven får i endnu højere grad karakter af en rammelov, som giver vide beføjelser til sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler, herunder bemyndigelse til administrativt at fravige lovgivningen og til at overlade myndighedsopgaver til private. Epidemiloven hjemler vidtgående indgreb i borgernes retsforhold, herunder indgreb i frihedsrettigheder, menneskerettigheder, erhvervsrettigheder og selvbestemmelsesretten vedrørende behandling og indgreb i den fysiske integritet. For hovedparten af indgrebene gælder det, at de kan iværksættes uden forudgående indstilling herom fra sundhedsmyndighederne. Selv om hjemmelskravet på området er skærpet, er betingelserne for at iværksætte disse indgreb samt disses art kun i ringe udstrækning præciseret i loven, ligesom der kun i ringe udstrækning er knyttet særlige retssikkerhedsgarantier til beslutninger om og iværksættelse af indgreb.

Der bliver i forbindelse med nedlukningen i foråret 2020 på regeringsniveau og myndighedsniveau truffet en lang række beslutninger og iværksat en lang række foranstaltninger, som giver anledning til overvejelser af retlig karakter. Dette gælder f.eks. beslutningen om at udvide epidemilovens anvendelsesområde, jf. lovens § 10, og beslutningerne i forbindelse med den delvise nedlukning af domstolene, jf. kapitel 17.

Kapitel 13

Påvirkningen af sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet var naturligvis et centralt omdrejningspunkt for covid-19-indsatsen, idet en øget sygdomsbyrde i samfundet sætter pres på sundhedsvæsenets ressourcer. Det er ikke usædvanligt, at sundhedsvæsenet er under pres. Det sker løbende, og der pågår derfor i den daglige drift af sundhedsvæsenet en løbende og ofte systematisk prioriteringsdiskussion, i relation til hvordan sundhedsvæsenets ressourcer skal fordeles på tværs af patientgrupper og behandlinger.

Prioritering handler om at balancere gevinster og omkostninger, og målsætningen er at sikre, at sundhedsvæsenet samlet set genererer så meget sundhed for pengene som muligt under hensyntagen til en vis lighed i adgangen til behandling på tværs af patientgrupper. Oftest er der tale om prioriteringer inden for et fast budget i et sundhedsvæsen, der har en effektiv drift.

Når en organisation har en effektiv drift, betyder det, at alle ressourcer er i brug og udnyttes på bedste vis. Under sådanne forhold er omkostningen ved at indføre en ny behandling til én patientgruppe, at andre patientgrupper får tildelt færre ressourcer. Derfor har indførelse af nye initiativer i sundhedsvæsenet uvægerlig en omkostning i form af enten tabt livskvalitet eller reduceret livslængde for andre patienter.

Med covid-19 opstod endnu en sådan prioriteringsøvelse. I Danmark såvel som i mange andre lande vælger man at give covid-19-patienter en høj prioritering og fokuserer derfor på at sikre, at covid-19-patienters behov for behandling kan blive dækket, hvis og når situationen opstår.

Der kan være gode grunde til at prioritere patienter, der er nødstedte og meget alvorligt syge. Det ændrer dog ikke ved, at der i så fald er tale om en prioritering, hvor indsatsen i forhold til covid-19 i form af en satsning på at frigøre kapacitet til et forventeligt antal af disse patienter kan få negative konsekvenser for andre patientgrupper, bl.a. tabt sundhed blandt patienter, der ikke lider af covid-19. Dermed opstår et uundgåeligt spørgsmål: Blev der i foråret 2020 sikret en tilstrækkelig behandlingskapacitet til covid-19-patienterne under tilstrækkeligt hensyn til – og minimering af – konsekvenserne for andre patienter?

Det er med afsæt i det spørgsmål, at konsekvenserne af de beslutninger, der bliver taget for at sikre kapacitet til covid-19-patienterne, er genstand for vurdering i dette kapitel. Målet

er ikke at levere endegyldige svar – det rækker materialet ikke til – men derimod at skitsere, hvordan der blev prioriteret, og afdække nogle konsekvenser af de prioriteringer, der blev foretaget i sundhedsvæsenet. Det sker med henblik på at lægge op til refleksion og omtanke i tilsvarende fremtidige beslutningssituationer, hvor et omfattende sygdomsudbrud sætter sundhedsvæsenet under pludseligt pres.

Optakten

Det politisk-administrative beslutningforløb i februar måned er beskrevet i kapitel 7. Som beskrevet i kapitel 7 er der i starten af februar en begyndende erkendelse af, at man kan komme til at stå i en situation med stor belastning af sundhedsvæsenet, hvis man samtidig skal kunne behandle et stort antal covid-19-patienter. Man forholder sig dog afventende i begyndelsen af februar måned. WHO og ECDC arbejder med scenarier for, hvordan et udbrud kan udvikle sig, og man mener at kunne anvende disse til dansk beredskabsplanlægning.

Statsministeriet har også øje for problematikken og bestiller en rapport om sygehusvæsenets kapacitet fra Sundhedsstyrelsen, som de modtager den 10. februar. I denne rapport, der har titlen »Ny corona og kapacitet i sundhedsvæsenet«, er budskabet, at det danske sygehusvæsen generelt har en stor og mobiliserbar kapacitet i forhold til specialiserede indsatser som isolationsstuer, respiratorbehandling, intensivbehandling m.v., som man kan opskalere ved behov.

Sundhedsstyrelsen nævner samtidig, at hvis der sker større smittespredning, vil der af hensyn til kapaciteten være behov for en betydelig prioritering af aktiviteten på sygehusene, som indbefatter udskydelse af behandling af ikke-akutte tilstande og ophævelse af ventetidsgarantien i en periode. Notatet slutter dog med at pointere, at der er stor kapacitet til intensiv behandling i Danmark med 409 intensive anæstesiologiske sengepladser på akutsygehusene og et større antal opvågningspladser i forbindelse med operationsgangene. Styrelsen fremhæver, at dette er mange i forhold til vores nabolande. Rapporten sender således et ret klart budskab til Statsministeriet om, at sundhedsvæsenet kan blive presset, men Sundhedsstyrelsen maner samtidig til ro, idet kapaciteten er forholdsvis stor og sygehusvæsenet er fleksibelt.

Om end man er opmærksom på et muligt behov for at sikre kapacitet i et presset sundhedsvæsen, er det endnu usikkert, hvorvidt og hvornår presset vil komme. Statens Serum Instituts risikovurdering, som tilgår Sundhedsstyrelsen den 17. februar, er, at en bølge nok først vil vise sig til efteråret, idet forår og sommer giver luftvejsvirus ringere betingelser for spredning. Vurderingen af, hvornår en større smittespredning vil opstå, bløder instituttet dog lidt op i den risikovurdering, som det sender til Sundhedsstyrelsen en uge senere, den 24. februar. Nu er formuleringen, at »man kan håbe på at smittespredning kan forsinkes til efteråret«.

Der kommer i slutningen af februar en øget opmærksomhed på intensivkapacitet som en mulig flaskehals. Den 26. februar sender Anders Perner, professor i intensiv medicin på Rigshospitalet, en e-mail til Sundhedsstyrelsens direktør, hvori han gør opmærksom på, at kapacitetsudnyttelsen er høj på intensivafdelingerne (75 pct.-100 pct.), og at det derfor vil være svært umiddelbart at finde plads til covid-19-patienter, hvis forekomsten skulle blive høj. Samtidig udfærdiger Statens Serum Institut et første udkast til et notat om behov for intensivpladser baseret på udenlandske data og forløb, og Sundheds- og Ældreministeriet arbejder med et initiativkatalog, som bl.a. fokuserer på behov for indkøb af materiel til intensivpladser.

På dette tidspunkt, ultimo februar, tager Sundheds- og Ældreministeriet initiativ til en række parallelle forløb. Man arbejder med videreudvikling af en prognosemodel, der kan forudsige behovet for sengepladser, og særlig sengepladser på intensivafdelinger, i regi af Statens Serum Institut. Ønsket fra ministeriets side er, at prognosemodellerne skal reflektere worst case-scenarier. Samtidig indleder Sundhedsstyrelsen et samarbejde med regionerne om at afdække den nuværende kapacitet og mulighederne for at udvide denne.

Hvilke prognoser arbejder man med?

De prognosemodeller, som Statens Serum Institut udvikler, fokuserer på at forudsige et muligt forløb for epidemien med særlig fokus på, hvor stort behovet for sengeplader vil blive, når presset på sundhedsvæsenet er størst. Derimod er der ikke fokus på, hvornår det maksimale pres præcis vil opstå. Under udviklingen af modellerne i februar og begyndelsen af marts (og helt frem til den 11. marts) er der endnu ikke et erkendt starttidspunkt for epidemien. Man opererer derfor med uge 1 og efterfølgende uger af epidemien uden at sætte specifikke datoer på.

Samtidig med at man går i gang med at udvikle prognosemodellerne, synes der på Statens Serum Institut stadig at være en forventning om, at covid-19-bølgen først vil ramme Danmark i efteråret og vinteren 2020/21. Den 2. marts fremhæver Statens Serum Institut i den risikovurdering, de sender til Sundhedsstyrelsen, at det på trods af den daværende inddæmningsstrategi kan forventes, at vi i en nær fremtid kan komme i en situation med vedvarende person til person-smitte i Danmark. Risikovurderingen fremhæver dog samtidig, at inddæmningsstrategien har værdi, i og med at den kan forhale epidemiens start. Man vurderer, at en sådan forhaling vil kunne forsinke smittespredningen til forår/sommer, hvor betingelserne for luftvejsvirus er ringere. Man mener derfor med et sådant scenarie at kunne forvente en bølge af covid-19-infektioner i efteråret 2020. En uge senere, i en opdateret risikovurdering af 9. marts sendt til Sundhedsstyrelsen, opfordrer Statens Serum Institut til, at man nu forbereder en strategi, hvor man går fra inddæmning af smittespredning til afbødning. Men samtidig vurderer instituttet, at der måske kan forventes en mindre smittespredning i forårs- og sommerperioden på grund af ringere betingelser for luftvejsvirus og de afbødningsinitiativer, som følger af et strategiskift, og at man i så fald kan forvente en bølge i efteråret.

Sundhedsstyrelsen publicerer notatet »COVID-19 Risikovurdering, strategi og tiltag ved epidemi i Danmark« den 10. marts (se også kapitel 3 og 9). Her fremlægger Sundhedsstyrelsen for første gang et estimat for den forventede sygdomsbyrde. Udgangspunktet er en angrebsrate på 10 pct. Styrelsen understreger, at det niveau er fastsat i lyset af de inddæmningstiltag, der på daværende tidspunkt er iværksat i Danmark, og at både Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut mener, at det er den mest retvisende rate. Styrelsen forudsætter endvidere, at 10 pct. af dem, der bliver syge, vil få behov for kontakt med sundhedsvæsenet, hvilket betyder, at sundhedsvæsenet vil skulle håndtere ca. 60.000 patienter. Samtidig vurderes det, at epidemien forventes at udvikle sig over ca. 3 måneder med flest smittede i den midterste måned.

Ud fra den viden, der på det tidspunkt findes om de kliniske forløb af covid-19, vurderer Sundhedsstyrelsen, at 80 pct. vil få mild til moderat sygdom, 15 pct. vil få sygdom, der medfører behov for sygehusbehandling, og 5 pct. vil få behov for intensiv sygehusbehandling. Konklusionen er på basis af disse antagelser, at 11.200 patienter over hele epidemiperioden forventes

at få behov for indlæggelse, hvoraf 2.800 forventes at få behov for intensiv behandling.

Samtidig fremhæver Sundhedsstyrelsens rapport, at man i flere kinesiske provinser og i Singapore har observeret en vis succes med inddæmningsstrategier, som svarer til den aktuelle strategi (pr. 10. marts) i Danmark og andre europæiske lande. Notatet understreger, at der på den baggrund kan være et vindue for i løbet af foråret at forsinke og dermed forlænge den epidemiske udbredelse af covid-19 i Danmark med en forventet afledt dæmpende effekt senere på året. Det fremgår således af Sundhedsstyrelsens notat, at forløbet godt kan vare mere end 3 måneder med en deraf afledt større spredning af covid-19-tilfælde. Notatet understreger dog samtidig, at en forsinket udbredelse forudsætter, at covid-19 har årstidsvariation, og at man faktisk ikke har viden om, hvorvidt det er tilfældet, på det tidspunkt. Det er endvidere værd at bemærke, at estimatet, der indgår i notatet af 10 marts, ikke tager højde for effekten af de mere indgribende afbødningsinitiativer, som statsminister Mette Frederiksen annoncerer på pressemødet dagen efter, den 11. marts.

I Statens Serum Institut arbejder man herefter videre med at raffinere prognosemodellen. Den 11. marts sendes et notat til Sundhedsstyrelsen, hvor instituttet for første gang præsenterer tal for et muligt kapacitetsbehov på intensivafdelingerne. Her er udgangspunktet et 3-månedersforløb som skitseret i notatet af 10. marts med en forventet maksimal belastning midt i perioden. Under antagelse af at covid-19 er ved at sprede sig i Danmark, vil der ifølge notatet forventelig være en maksimal belastning på intensivafdelingerne i uge 17 (den uge, der starter med den 20. april). På dette tidspunkt vil 723 patienter forventelig være indlagt på intensiv, hvoraf 80-90 pct. har brug for respirator. Den 14. marts opdaterer Statens Serum Institut beregningerne i notatet, hvor tallene justeres lidt op grundet nogle ændrede antagelser. Modellen er nu justeret, således at selve epidemiforløbet ligger tæt op ad erfaringerne fra Wuhan og estimatet for behovet for intensivkapacitet, når det topper, ligger tæt op ad et estimat, der er blevet publiceret i The Lancet.

Den 15. marts skriver Kåre Mølbak til Sundhedsstyrelsen, at der er foretaget yderligere beregninger, som indikerer, at behovet for sengepladser halveres med de nuværende regeringstiltag (den nedlukning, der blev bekendtgjort den 11. marts, jf. kapitel 9 ovenfor). Disse beregninger vil Kåre Mølbak gerne flette ind i notatet for, som han skriver, at sikre en spændvidde mellem worst case-scenariet og den »better case«, som regeringen stiler imod. Kåre Mølbak orienterer også departementschefen i Sundheds- og Ældreministeriet herom den 16. marts.

Sundhedsstyrelsen svarer, at der er pres på for at offentliggøre notatet allerede ugen efter, og styrelsen understreger, at der er politisk bevågenhed. Kåre Mølbak får besked om, at »beregningerne i forhold til forebyggelsestiltag mv, kan komme efterfølgende – det andet har allerhøjeste prioritet.« Notatet, som er dateret den 22. marts, bærer titlen »Håndtering af COVID-19: prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi«. Notatet offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside den 23. marts.

Notatet præsenterer et behov for 827 pladser, når prognosen baserer sig på italienske data. Der indgår kun tal for dette worst case-scenarie og ikke for en »better case«, som Kåre Mølbak ønskede. Notatet fremhæver, at der i prognosen ikke er taget højde for de tiltag, som er iværksat i Danmark for at hindre yderligere smittespredning. Statens Serum Institut vurderer, at såfremt befolkningen efterlever de tiltag, som regeringen har indført i Danmark, vil reproduktionstallet falde fra udgangspunktet på 2,6, hvorved epidemikurvens form vil kunne flades ud. Se-

ruminstituttet fremhæver specifikt i notatet, at dette vil få en mærkbar effekt på belastningen af sundhedsvæsenet, idet den vil mindskes.

Tabel 13.1 gengiver den centrale tabel fra notatet »Håndtering af COVID-19: prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi«, hvoraf prognosetal baseret på data fra Kina og Italien fremgår. Statens Serum Institut understreger dog, at prognosen baseret på data fra Italien er den mest retvisende i forhold til danske forhold, når det gælder intensivkapacitet. Det skyldes dels, at prognosen er beregnet på baggrund af en mere præcis epidemiologisk model end prognosen på baggrund af data fra Kina, dels at sundhedsvæsenet i Italien generelt er mere sammenligneligt med det danske sundhedsvæsen, herunder også i forhold til faglige vurderinger om anvendelse af intensiv behandling. Det gælder for begge prognoser, at man på baggrund af faglig rådgivning om danske forhold antager en gennemsnitlig indlæggelsestid ved covid-19 på 14 dage. Endvidere er der ikke justeret for antal kroniske sygdomme i befolkningen, hvilket betyder, at der både er usikkerhed forbundet med behovet for intensivpladser i Danmark og i vurderingen af den forventede gennemsnitlige indlæggelsestid.

Tabel 13.1. Estimeret behov for intensivpladser og intensivpladser med respirator

Prognose baseret på data fra:	Peak antal patienter med COVID-19 indlagte på intensivpladser	Peak antal patienter med COVID-19 indlagte på intensivpladser med respirator (80%)
Kina	1.231	991
Italien	1.034	827

Kilde: Gengivet efter tabel 2, s. 6 i »Håndtering af COVID-19 – prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi«, Sundhedsstyrelsen, den 22. marts 2020.

Disse tal, som har været kendt af myndighederne i 9-10 dage, før de udkommer i notatet af den 22. marts, udgør et centralt omdrejningspunkt for beslutningen om at reducere aktiviteterne i sundhedsvæsenet i marts måned. Man er fokuseret på at sikre den fornødne kapacitet og stiler efter en middelværdi af ovenstående to tal.

Hvordan estimerer man kapacitetsbehovet?

Der foregår som tidligere nævnt en parallel aktivitet, der har til sigte at kortlægge den eksisterende kapacitet i det danske sundhedsvæsen med fokus på at afdække kapaciteten på intensivafdelingerne. Den 28. februar sender Sundhedsstyrelsen en bestilling til de fem regioner, hvor man beder om oplysninger vedrørende intensivkapacitet i forbindelse med covid-19-beredskab. Sundhedsstyrelsen ønsker at beskrive den samlede kapacitet af intensive sengepladser på tværs af landet og at vurdere muligheder for at forøge den tilgængelige kapacitet ved f.eks. at aflyse elektiv aktivitet eller at inddrage de intermediære[1] pladser eller opvågningspladser. De beder derfor regionerne om at svare med oplysninger om antal intensive sengepladser på

1 Intermediære pladser er beregnet til de patienter, der på den ene side har et større behandlings- eller plejebehov, end man kan forvente at en almindelig afdeling kan yde, men som omvendt ikke har brug for f. eks. respirator.

regionens akutsygehuse, antal intensive sengepladser på specialsygehuse, antal intermediære sengepladser og antal opvågningspladser.

Regionerne skal indberette oplysningerne på et skema på regions- og sygehusniveau. Deadline for indrapportering er den 3. marts. Sundhedsstyrelsen indkalder herefter regionerne til et møde den 5. marts med henblik på drøftelse af kapacitetsvurderingen og beskrivelse af mulige scenarier for frigørelse af intensivkapacitet til behandling af covid-19-patienter. Regionerne bliver bedt om at sende en eller to repræsentanter med viden om forhold på intensivområdet i regionen. Det bliver begyndelsen til arbejdet i Intensiv Task Force, som fortsat er i funktion (november 2020), hvor Sundhedsstyrelsen og regionerne mødes jævnligt for at sikre den nødvendige covid-19-kapacitet på sygehusene. Intensiv Task Force består af administrative repræsentanter fra regionerne og Danske Regioner, formanden for Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv medicin og formanden for Fagligt selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågningssygeplejersker samt andre udvalgte faglige repræsentanter. Selve kommissoriet for gruppen formuleres dog først senere i et notat af 27. marts. Sundhedsstyrelsen orienterer Sundheds- og Ældreministeriet om processen og giver ministeriet en foreløbig status for kapaciteten af intensive sengepladser ved en e-mail den 8. marts.

Sundhedsstyrelsen afholder den 13. marts et møde med repræsentanter for regionerne, hvor første udkast til et notat om prognose og intensivkapacitet bliver drøftet. Dette notat arbejdes der videre med, og notatet munder ud i Sundhedsstyrelsens notat, der har titlen »Håndtering af COVID-19: prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi« af 22. marts. Her præsenteres den endelige nationalplan for opnåelse af de 827-991 intensivpladser, som prognosen siger er påkrævet (jf. tabel 13.1). Rapporten sammenstiller den eksisterende frie kapacitet og mulighederne for at frigøre yderligere kapacitet med det estimerede behov, når det er på sit højeste ifølge prognosemodellen. Styrelsens konklusion er, at det nødvendige antal intensivplader med respiratorer kan frigøres, men at det kræver ophør af elektiv[2] aktivitet.

Tabel 13.2. Antal intensive senge med respirator

	Aktuelt eller umiddelbart tilgængelige	Antal inkl. respiratorer fra lagre	Antal v. ophør af elektiv aktivitet*	I alt	Antal der kan frigøres til COVID-19
Landsplan	433	164	645	1.242	925

*Nogle regioner har medtaget kapacitet, der kan frigives ved også at aflyse elektiv kræftkirurgi.
Kilde: Gengivet efter tabel 3, s. 7 i »Håndtering af COVID-19 – prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi«, Sundhedsstyrelsen, den 22. marts 2020.

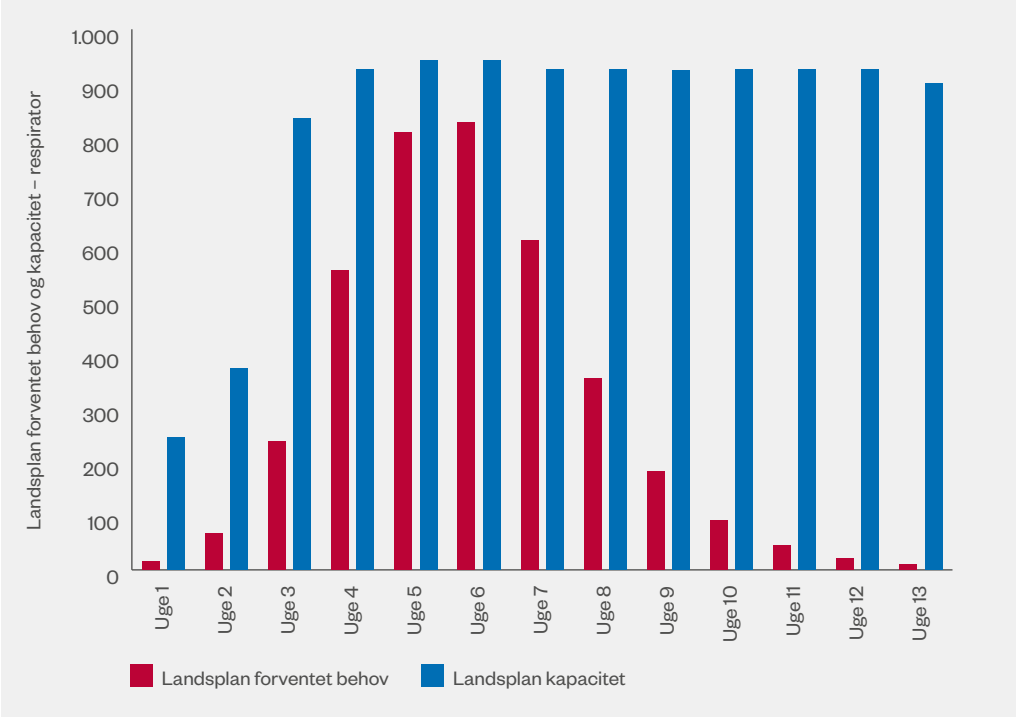
2 Ved »elektiv« aktivitet forstås planlagt aktivitet i modsætning til akut aktivitet, der er et resultat af et pludseligt opstået behov.

Tallene fra rapporten er præsenteret i tabel 13.2. Den umiddelbare ledige kapacitet på intensivafdelingerne er begrænset, da der er tale om en høj belægningsgrad. Kun ca. en fjerdedel af de 433 eksisterende intensivpladser med respirator kan umiddelbart frigøres til covid-19-patienter (svarende til 110-120 pladser). Der er endvidere nogle respiratorer på lager, men hvis sygehusene skal udnytte dem til opsætning af intensivpladser med respirator, kræver det bemanding. Derved må sygehusene nødvendigvis sikre de mange ekstra intensivpladser med respirator gennem ophør af anden aktivitet. Kun derved er det muligt at frigøre respiratorer, sengekapacitet, mandskab og tid til oplæring af personale. En intensivsengeplads forudsætter ideelt set 5-6 sygeplejersker, hvorfor der er tale om et potentielt stort behov for mandskab. Mandskab er altså en væsentlig begrænsende faktor.

Rapporten illustrerer ligeledes forventningen om hastigheden af kapacitetsopbygning, se figur 13.1. Her er kapacitetsopbygningen sammenholdt med prognosen baseret på italienske data. Ved igangsættelse af kapacitetsopbygning i første uge af pandemien opnås den fornødne kapacitet i løbet af 2-3 uger. Hvilken kalenderuge, der udgør den første epidemiuge, synes der ikke at være en entydig definition på, idet det afhænger af, hvornår man vurderer, at epidemien reelt starter. Epidemiens første uge defineres undertiden som værende kalenderuge 10 og på andre tidspunkter kalenderuge 11, så hvis behovet for intensivsengepladser udvikler sig i den takt, som figur 13.1 angiver, skal man for at sikre tilstrækkelig kapacitet i epidemiuge 4 allersenest i gang med kapacitetsopbygningen i kalenderuge 11 eller 12 (ugerne, der starter med den 9. og den 16. marts). Figur 13.1 illustrerer prognosen baseret på italienske data, men prognosen baseret på kinesiske data giver samme resultat.

Notatet »Håndtering af COVID-19: prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi« af 22. marts er dog lang tid undervejs og udgør ikke grundlaget for beslutningen om at lukke ned for aktiviteten i sundhedsvæsenet den 13. marts. Den version af rapporten, der foreligger den 12. marts, afviger på væsentlige punkter fra den endelige udgave af notatet dateret den 22. marts. Figuren ser i versionen fra den 12. marts ud som figur 13.2. Igen er det prognosen baseret på italienske data, der vises i figuren, men prognosen baseret på de kinesiske data viser samme mønster. På dette tidspunkt indikerer både prognosemodel og kapacitetsestimater, at man nok kan vente med kapacitetsopbygning til tredje epidemiuge, idet Sundhedsstyrelsen samtidig understreger, at alle regioner inden for 2 uger kan øge antallet af intensive stuer til covid-19-patienter med en faktor 2,5. Samtidig definerer Sundhedsstyrelsen i dette notat epidemiens uge 1 til at være kalenderuge 11, hvorfor man ifølge figur 13.2 kan vente med kapacitetsopbygning og dermed med aktivitetsreduktionerne til uge 13 (den uge, der starter med den 23. marts). Rapporten understreger dog, at der med en så kraftig udvidelse af kapaciteten vil være betydelige udfordringer med at bemande stuer med personale, der har det nødvendige faglige niveau.

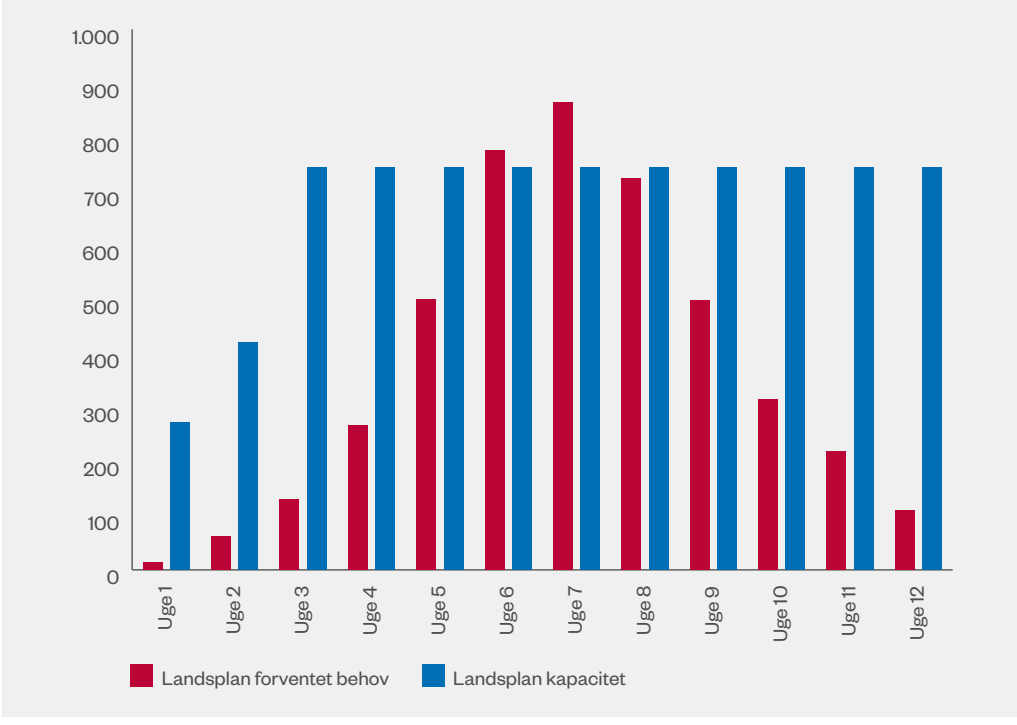
Figur 13.1. Behov for intensivpladser med respirator sammenholdt med kapacitet over tid (notat af 22. marts 2020)



Note: Estimeret over 12 uger. Behov baseret på italienske data.

Kilde: Gengivet efter figur 3, s. 10 i »Håndtering af COVID-19 – prognose og kapacitet i Danmark for intensiv terapi«, Sundhedsstyrelsen, den 22. marts 2020.

Figur 13.2. Behov for intensivpladser med respirator sammenholdt med kapacitet over tid (notat af 12. marts 2020)



Note: Estimeret over 12 uger. Behov baseret på italienske data.
Kilde: Gengivet efter figur i notat af 12. marts.

Beslutningen om nedlukning af aktiviteter i sundhedsvæsenet

Den 13. marts udmelder regeringen ved et pressemøde i Statsministeriet beslutningen om at nedlukke aktiviteter i sundhedsvæsenet (jf. kapitel 4), og der publicereres samtidig et notat med titlen »Notat om reduktion af hospitalsaktiviteter i forbindelse med COVID-19«. Notatet er en del af Sundhedsstyrelsens myndighedsrådgivning til regionerne, og notatet finder virkning, fra det øjeblik udrednings- og behandlingsretten suspenderes. Notatet fremsendes den 13. marts til regionernes sundhedsdirektører.

Som optakt hertil er der i perioden fra den 8. marts og frem til den 13. marts en del dialog og møder mellem Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, de enkelte regioner og Sundheds- og Ældreministeriet i forbindelse med udfærdigelsen af det nævnte »Notat om reduktion af hospitalsaktiviteter i forbindelse med COVID-19«. Den 8. marts fremsender Sundhedsstyrelsen et notat til Sundheds- og Ældreministeriet, hvori Sundhedsstyrelsen – på ministeriets bestilling – kommer med et fagligt bidrag, der gennemgår konsekvenser og prioriteringsovervejelser i forbindelse med suspension af udrednings- og behandlingsretten. Ifølge notatet er det Sund-

hedsstyrelsens vurdering, at suspensionen af udrednings- og behandlingsretten og den deraf følgende omprioritering af sundhedsydelser vil betyde forlænget lidelse for en større gruppe patienter (f.eks. gener fra nedslidt hofteled, smerter fra lyskebrok eller galdestenssygdom) og en forlænget udredning af en lang række patienter. Man mener dog ikke, at suspensionen resulterer i øget dødelighed eller øget sygdomsbyrde i samfundet, såfremt ovennævnte generelle faglige kriterier og overvejelser følges. Sundhedsstyrelsen anbefaler i første omgang en suspension af udrednings- og behandlingsretten i 30 dage.

Sundhedsstyrelsen støtter således op om, at det er nødvendigt at prioritere sundhedsvæsenets aktiviteter for at sikre tilstrækkelig kapacitet til covid-19-patienter på det tidspunkt og i det omfang, der er behov for det. Da regeringen den 11. marts annoncerer den delvise nedlukning af samfundet og samtidig tager skridt til en reduktion af aktiviteten i sundhedsvæsenet, afføder det dog en reaktion fra Sundhedsstyrelsens direktør, Søren Brostrøm. I en e-mail til Sundheds- og Ældreministeriets departementschef dateret den 11. marts som reaktion på den igangsatte nedlukning af såvel samfund som sundhedsvæsen giver han udtryk for, at man vil opbygge for stor en pukkel i sundhedsvæsenet, hvis aktiviteten allerede nu nedsættes kraftigt. Han fremhæver, at det af hensyn til patienterne er vigtigt at opretholde fuld elektiv aktivitet, så længe det er muligt. Han vurderer således på dette tidspunkt i epidemiens udvikling, at det er præmaturt at lukke så kraftigt ned for aktiviteten i sundhedsvæsenet. Søren Brostrøms vurdering er forenelig med, at de prognoser og kapacitetsestimater, der foreligger (jf. figur 13.2), ikke indikerer et behov for at lukke ned for sygehusene på dette tidspunkt.

Beslutningen om at påbegynde en kraftig aktivitetsreduktion i sundhedsvæsenet den 13. marts er således baseret på en epidemiologisk model, som ikke tager højde for effekten af frivillige eller statsligt initierede adfærdsændringer. Den er med andre ord baseret på det worst case-scenarie, som Statsministeriet bestilte den 28. februar, og som Sundheds- og Ældreministeriet fortolker som et scenarie, hvor »man skal tænke helt ud i ekstremen« (jf. kapitel 8).

Samtidig forekommer det uklart, i hvilken grad man har baseret sig på den model, der kombinerer kapacitetsbehovet med den kapacitetsopbygning over tid, som man skønnede mulig og realistisk. Som den ser ud den 12. marts, indikerer denne model nemlig, at man kan vente ca. 10 dage med at påbegynde en større kapacitetsudvidelse. Det påpeges dog i tilknytning til modellen, at der ved de angivne udvidelser kan være udfordringer med at bemande stuer med personale, der har det nødvendige faglige niveau. Opkvalificering af personale kan derfor have været en begrundelse for en tidligere nedlukning. Mindsket smittespredning på grund af reduceret fremmøde af højrisikopatienter og omlægning af procedurer for at mindske kontaktsituationer kan have været et andet hensyn.

I lyset af beslutningen om at suspendere aktiviteterne i sundhedvæsenet er det samtidig værd at bemærke, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning af Sundheds- og Ældreministeriet fremhæver, at aktivitetsreduktionen vil betyde »forlænget lidelse for en større gruppe af patienter og en forlænget tid i forhold til udredning af en lang række patienter«. Regeringen er således informeret om, at der vil være ikke ubetydelige omkostninger for de patienter, der berøres af suspensionen.

Prioritering på sygehusene

I Sundhedsstyrelsens »Notat om reduktion af hospitalsaktiviteter i forbindelse med COVID-19« offentliggjort den 13. marts er der et klart fokus på at prioritere aktivitetsreduktionen, så reduktionen i aktiviteterne har mindst mulig indvirkning på dødeligheden (mortaliteten) og sygdomsbyrden for patienterne. Patienter med sygdomme, hvor der ikke er behov for behandling af akutte og livstruende tilstande, eller sygdomme, hvor forsinket behandling ikke medfører risiko for tab af førlighed, og hvor det er fagligt forsvarligt at udskyde behandlingen, skal ifølge Sundhedsstyrelsen ikke behandles under covid-19-epidemien. Notatet understreger endvidere, at det stadig bør bero på en konkret og individuel lægefaglig vurdering og stillingtagen på relevant fagligt kompetenceniveau, hvorvidt en patient bør have tilbud om udredning og behandling under covid-19-epidemien.

Sundhedsstyrelsen fremlægger i notatet nogle overordnede anvisninger til, hvordan man skal frigøre den nødvendige kapacitet. Ifølge notatet er der behov for at frigive personale til at varetage behandling af patienter med covid-19, der kræver hospitalsbehandling, men ikke intensiv behandling. Vurderingen er, at dette mål opnås mest hensigtsmæssigt ved at reducere ambulant aktivitet i en lang række kliniske specialer. Samtidig skal der frigives personale og materiel, herunder respiratorer og overvågningsudstyr, til behandling af patienter med covid-19, der kræver intensiv behandling. Sundhedsstyrelsen vurderer, at dette bl.a. kan opnås ved at reducere elektiv kirurgi og andre større indgreb.

Styrelsen lægger endvidere op til en prioriteret reduktion af ambulant aktivitet. Alle former for ambulante kontroller af patienter med stabil sygdom kan udsættes eller henvises til opfølgning i andet regi, herunder almen praksis, speciallægepraksis eller privathospital. Særlig i forhold til patienter i risikogrupperne skal det i videst muligt omfang sikres, at patienterne ikke har fremmøde på sygehuset. Det gælder også patienter, hvor sygdommen ikke vurderes stabil.

Reduktion i kirurgisk aktivitet skal også være prioriteret. Alle former for forundersøgelser på mistanke om tilstande, der ikke er akutte og livstruende, eller tilstande, hvor forsinket behandling ikke medfører risiko for tab af førlighed, kan udsættes på tværs af sygdomstilstande. Der bør særlig tages hensyn til at reducere operationer, hvor der bruges respirator, eller hvor der er respiratorberedskab, og operationer, hvor efterforløbet kan forventes at medføre intensiv behandling. Notatet giver konkrete eksempler på operationer, der kan udsættes. Listen er, understreger Sundhedsstyrelsen, vejledende og ikke udtømmende.

Fra den 13. marts og frem arbejder Intensiv Task Force med at sikre den nødvendige kapacitet. Der er fokus på sikring af flere intensivpladser (og respiratorer) og bemanding (oplæring af personale). Intensiv Task Force fokuserer, med Sundhedsstyrelsen i spidsen, primært på at indsamle informationer og aftvinge planer for realiseringen i regionerne. Der er ikke konkrete anvisninger til, hvordan kapaciteten frigives. Dette er op til regionerne, som kan bruge notatet af 13. marts som inspirationskatalog.

Den 30. marts efterspørges fra regeringens side et samlet billede af indsatsen for opkvalificering af personale til at passe intensivpatienter. Den 31. marts afholder Intensiv Task Force et møde, hvor man drøfter status for indsatsen. Der foreligger ikke referat fra mødet, men ud fra kommunikationen mellem Sundhedsstyrelsen og de enkelte regioner som forberedelse til mødet fremgår det, at regionerne på dette tidspunkt er nået meget langt med uddannelse af personale og sikring af den nødvendige kapa-

citet svarende til det ifølge prognosemodellen forventede kommende behov.

Den 1. april holder Intensiv Task Force igen møde. Hvor man dagen før arbejdede med den oprindelige prognosemodel og søgte at planlægge efter worst case-scenariet, sættes der nu en ny retning. Sundhedsstyrelsen er netop kommet ud med en ny prognose, som er udarbejdet af Statens Serum Institut og baseret på danske data.

Prognosen for epidemiudviklingen tyder nu på et langvarigt forløb med en flad top, som muligvis falder lidt senere end tidligere forudsagt. Der skal på den baggrund udarbejdes en ny prognose for intensivpladser som planlægningsgrundlag for regionerne. Men det klare budskab er, at der nu må forventes behov for at planlægge med en lavere ekstra intensivkapacitet til covid-19-patienter over en periode på flere måneder, samtidig med at der gradvis åbnes for elektiv aktivitet.

Prioritering i almen praksis

En anden central aktør i sundhedsvæsenet er almen praksis, dvs. de praktiserende læger. Almen praksis spiller en særlig rolle i perioden, hvor sygehusene opererer med nedsat aktivitet i ambulatorier, idet almen praksis skal aflaste sygehusene både ved at varetage behandling af patienter, der nu ikke ses i ambulatorierne, og ved at undgå at henvise for mange patienter til sygehusene. Den 18. marts offentliggør Sundhedsstyrelsen notatet »Almen praksis' rolle i forbindelse med epidemi med Covid-10«. Det beskriver overordnet set funktionerne i almen praksis som kritiske funktioner og fastslår, at almen praksis fortsat skal tage sig af patienter med akutte og kroniske sygdomme, herunder også kroniske patienter i kontrolforløb, med henblik på at sikre en fortsat velreguleret behandling. Tilsvarende forudsætter Sundhedsstyrelsen opretholdelse af børnevaccinationsprogrammerne. Der er herudover særlig fokus på henvisninger, idet styrelsen skriver: »Det er særligt under COVID-19 epidemien almen praksis' opgave at visitere patienterne på en sådan måde, at patienter, hvis tilstande ikke er akut livskritiske, vurderes konkret ift., om henvisning til sygehus kan udsættes til overstået epidemi.«

Prioriteringen er altså, at almen praksis langt hen ad vejen skal drives som vanligt, dog med øget brug af video- og telefonkonsultationer og med reduceret aktivitet i forhold til fremmøde for at undgå ophobning af patienter i venteværelset (og dermed smitterisiko). Der bliver samtidig sendt signal om, at praktiserende læger gerne må sortere mere i henvisninger for ikke at bebyrde sygehusene med unødig aktivitet.

Kommunikation til befolkningen

Der bliver i perioden løbende givet let tilgængelig information til befolkningen om ny coronavirus samt handleanvisninger. Hensigten er at sikre en hensigtsmæssig adfærd og at skabe tryghed. Et af Sundhedsstyrelsens notater dateret den 30. marts (»COVID-19 i Danmark. Status ved indgang til 5. epidemiuge«) giver et overblik over den kommunikation, Sundhedsstyrelsen har iværksat hidtil. Fokus i de produkter, som er blevet udarbejdet, har været:

- At sikre let tilgængelig information, som alle borgere kan forstå.
- At udbrede viden om ny coronavirus og sygdommen covid-19.
- At udbrede viden om smitteveje, symptomer og sygdomsbillede.
- At udbrede viden om og til særlig sårbare grupper og deres pårørende.

- At informere og aktivere fagprofessionelle, der er i kontakt med særlig sårbare grupper og deres pårørende.
- At give handleanvisninger om forebyggelse af smitte.
- At give handleanvisninger ved symptomer på smitte.
- At give handleanvisninger ved sygdom – for at forhindre yderligere smitte – samt behandling ved behov.

Der er endvidere fokus på at udarbejde materiale til gravide og til socialt sårbare. Rådene bliver kommunikeret på en lang række landsdækkende og lokale medieplatforme via plakater, digitale bannere og radio- og tv-spot samt på sociale medier. Der bliver således gjort en indsats for at nå ud til alle borgere. Materialerne er på dette tidspunkt også oversat til en lang række forskellige sprog. Herudover bliver der løbende lagt information op på Sundhedsstyrelsens temaside om covid-19.

I denne rapport finder man dog ingen handleanvisninger til patienter med andet end covid-19-symptomer. Der bliver ikke givet råd og vejledning om, hvordan man skal handle som patient i en tid med corona. Det bliver da også erkendt i Sundhedsstyrelsens efterfølgende ugentlige rapport fra den 7. april (»COVID-19 i Danmark. Status ved indgang til 6. epidemiuge«). Her noterer man, at der på nogle områder er et bekymrende fald i aktivitet, og Sundhedsstyrelsens kommunikationsstrategi har derfor i femte og sjette epidemiuge særlig fokus på at sikre, at personer, der har behov for behandling, ikke holder sig væk fra sundhedsvæsenet, hvad enten det skyldes bekymring for at blive smittet med covid-19 eller et ønske om ikke at ville belaste lægerne og andre dele af sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen udsender informationsmateriale, der opfordrer borgere til at kontakte deres læge, hvis de oplever symptomer, som de normalt ville have kontaktet deres læge med.

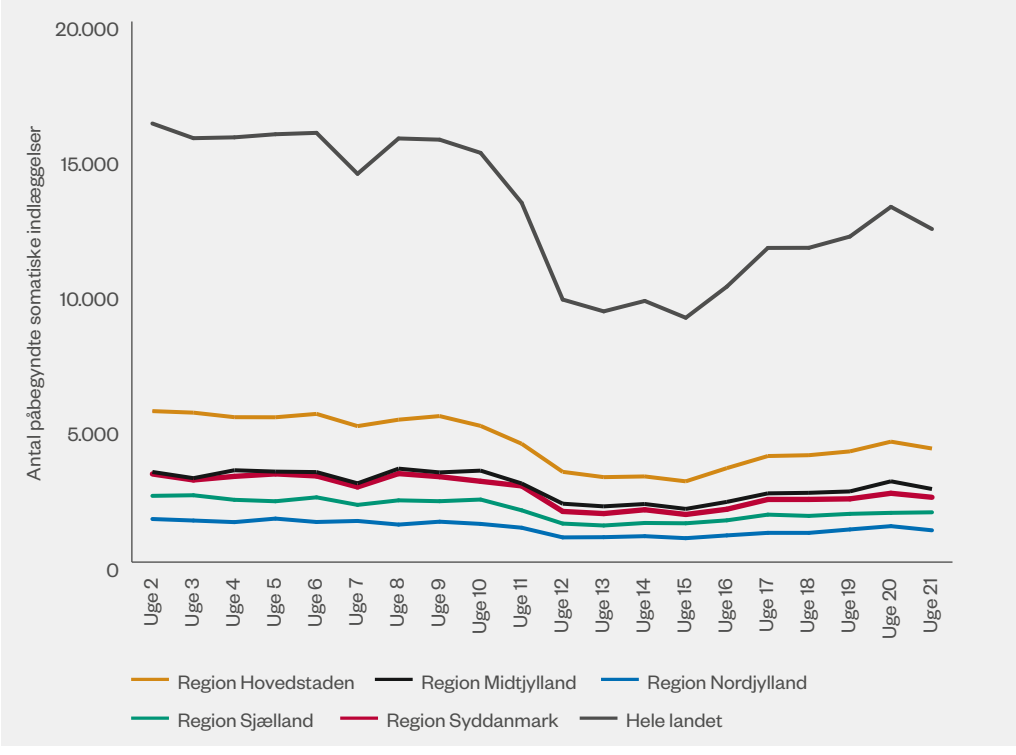
Hvilke konsekvenser har forårets prioriteringer for aktiviteten i sundhedsvæsenet?

I det følgende præsenteres konsekvenserne af forårets prioriteringer for aktiviteten i sundhedsvæsenet. En central kilde er Sundhedsstyrelsens rapport »COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet. Beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemi« fra den 6. juli 2020. Desuden bygger det følgende på oplysninger fra Sundhedsstyrelsens databank, eSundhed.

De tal, som gennemgangen af konsekvenserne bygger på, er primært deskriptive. En egentlig retvisende estimering af nedgangen i aktivitet fordrer en sammenligning med aktiviteten i samme periode i tidligere år, inklusive justering for faktorer, der kan forstyrre sammenligningen. Ved at observere det pludselige dyk, der kommer i aktiviteten i uge 12 og ugerne frem, får man dog alligevel et indtryk af den påvirkning af aktiviteten, som prioriteringerne umiddelbart afføder.

At aktiviteten er kraftigt reduceret i ugerne 12, 13, 14 og 15, fremgår af figur 13.3. Der er ca. 6.000 færre indlæggelser pr. uge i disse uger, hvorefter aktiviteten langsomt stiger. Det lave antal indlæggelser i uge 12 indikerer således, at der ikke er langt fra ord til handling, og at regeringens utvetydige henstilling til regionerne ved udgangen af uge 11 om at reducere aktiviteterne i sygehusene straks bliver efterlevet.

Figur 13.3. Antal påbegyndte somatiske indlæggelser, uge 2 i 2020 til uge 21 i 2020

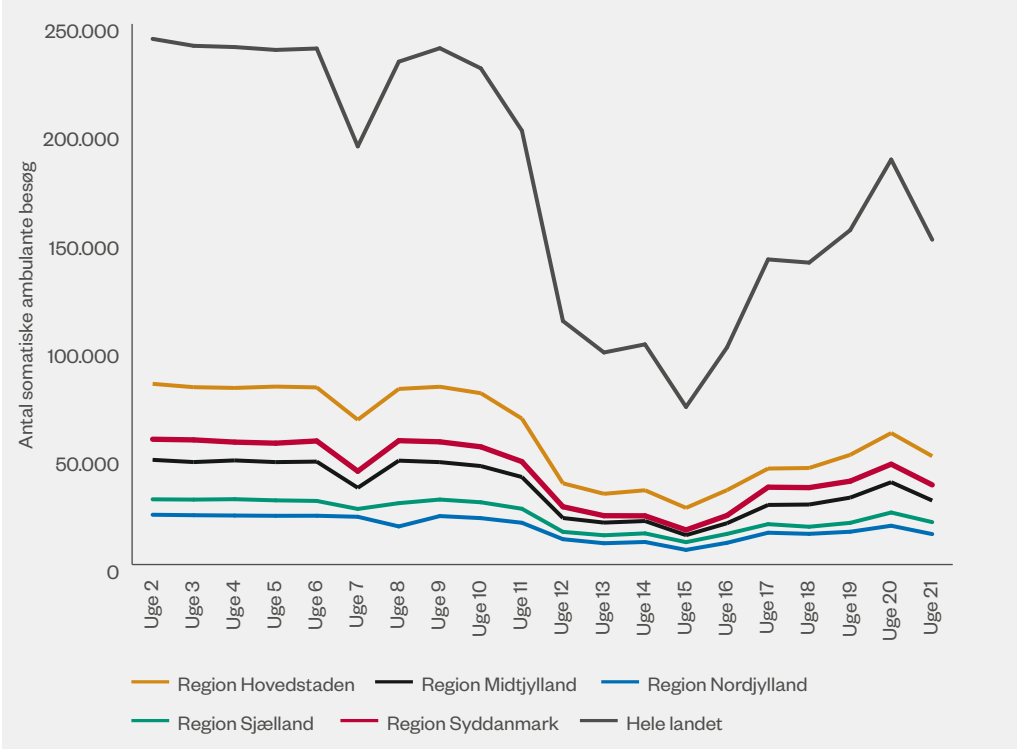


Kilde: Tabel 10, s. 37 i »COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet – beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemi«, Sundhedsstyrelsen, den 6. juli 2020.

Der er også i perioden fra centralt hold planlagt en reduktion i somatiske ambulante besøg. Figur 13.4 viser, at regionerne igen følger regeringens henstilling. I ugerne 12, 13, 14, 15 og 16 udgør antallet af besøg således kun ca. 40 pct. af normalniveauet.

Der er dog også utilsigtede nedgange i aktiviteten i sundhedsvæsenet i disse uger. F.eks. står et fald i antallet af akutte somatiske indlæggelser for en stor del af reduktionen i indlæggelser. Der er her tale om en reduktion i omegnen af 3.000 til 3.500 pr. uge i ugerne 12, 13, 14 og 15. En del af nedgangen i de akutte somatiske indlæggelser er med stor sandsynlighed forårsaget af en uhensigtsmæssig ændret adfærd blandt borgere, patienter og sundhedsprofessionelle. Nedgangen kan dog også skyldes et generelt lavere smitte- og aktivitetsniveau i landet og dermed reduceret forekomst af sygdom og uheld. Faldet kan eksempelvis være drevet af færre infektioner og færre trafikuheld grundet større isolation og færre rejser.

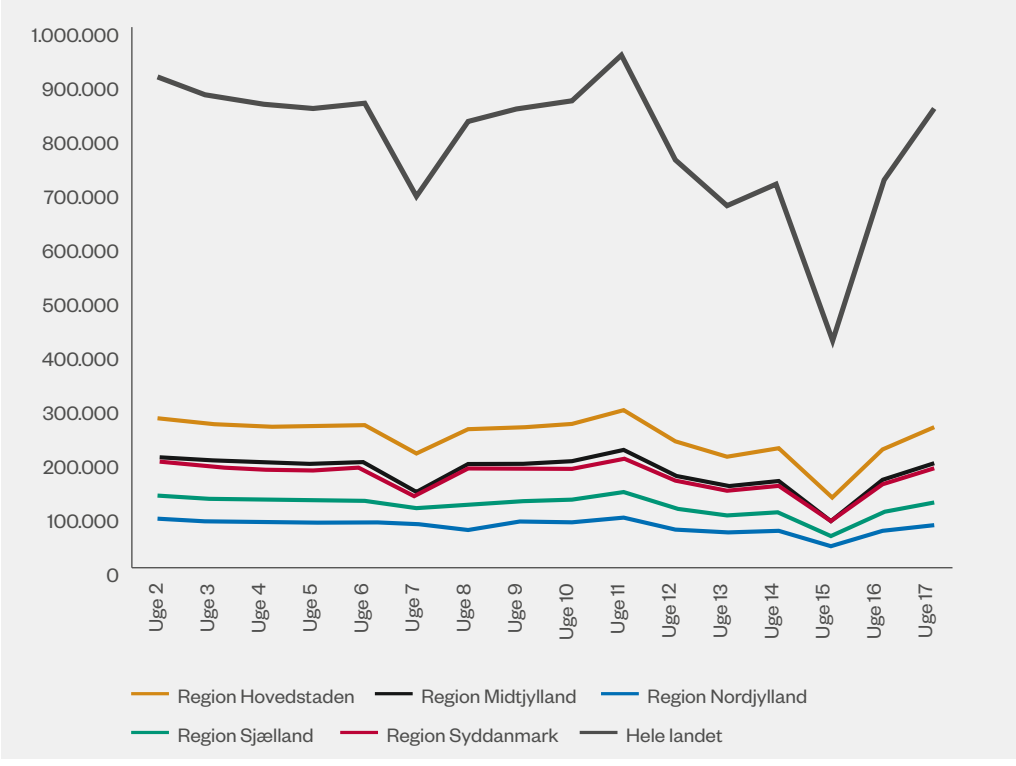
Figur 13.4. Antal somatiske ambulante besøg, uge 2 i 2020 til uge 21 i 2020



Kilde: Tabel 15, s. 47 i »COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet – beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemi«, Sundhedsstyrelsen, den 6. juli 2020.

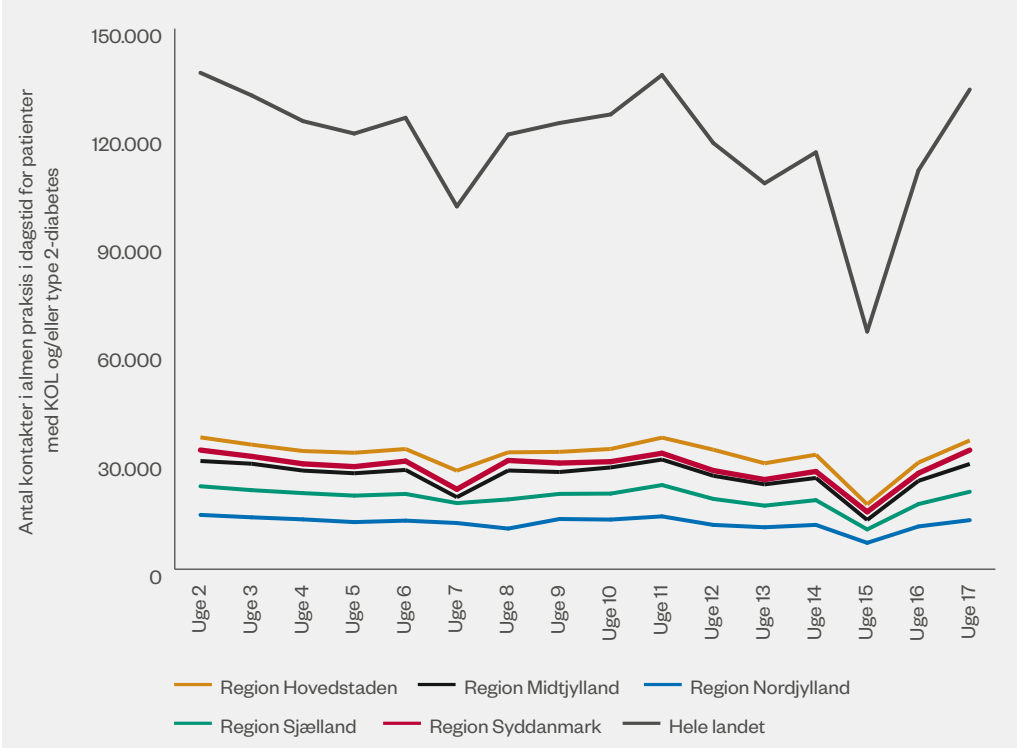
En anden utilsigtet nedgang ses i form af en reduktion i antallet af personer, der henvender sig til egen læge (alle typer besøg, det vil sige, at både fysiske og virtuelle konsultationer er medtaget i tallene), se figur 13.5. Her ligger reduktionen i omegnen af 15 pct. i ugerne 12, 13, 14 og 16 (uge 15 var påskeferie). Det er især bekymrende, at der ses en reduktion i antallet af konsultationer relateret til kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og diabetes på ca. 10 pct. i uge 12 til uge 16 (se figur 13.6). Der kan være risiko for, at manglende behandling af disse kroniske sygdomme kan have langsigtede negative konsekvenser. Mange kroniske patienter ses ikke i ambulatorierne, idet aktiviteten i ambulatorierne som nævnt ovenfor er reduceret for at frigive personale, og det forventes derfor, at de praktiserende læger varetager behandlingen af disse patienter i denne periode.

Figur 13.5. Udviklingen i antal kontakter i almen praksis i dagtiden for hele landet og i de enkelte regioner, uge 2 i 2020 til uge 17 i 2020



Kilde: Figur 1, s. 19 i »COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet – beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemi«, Sundhedsstyrelsen, den 6. juli 2020.

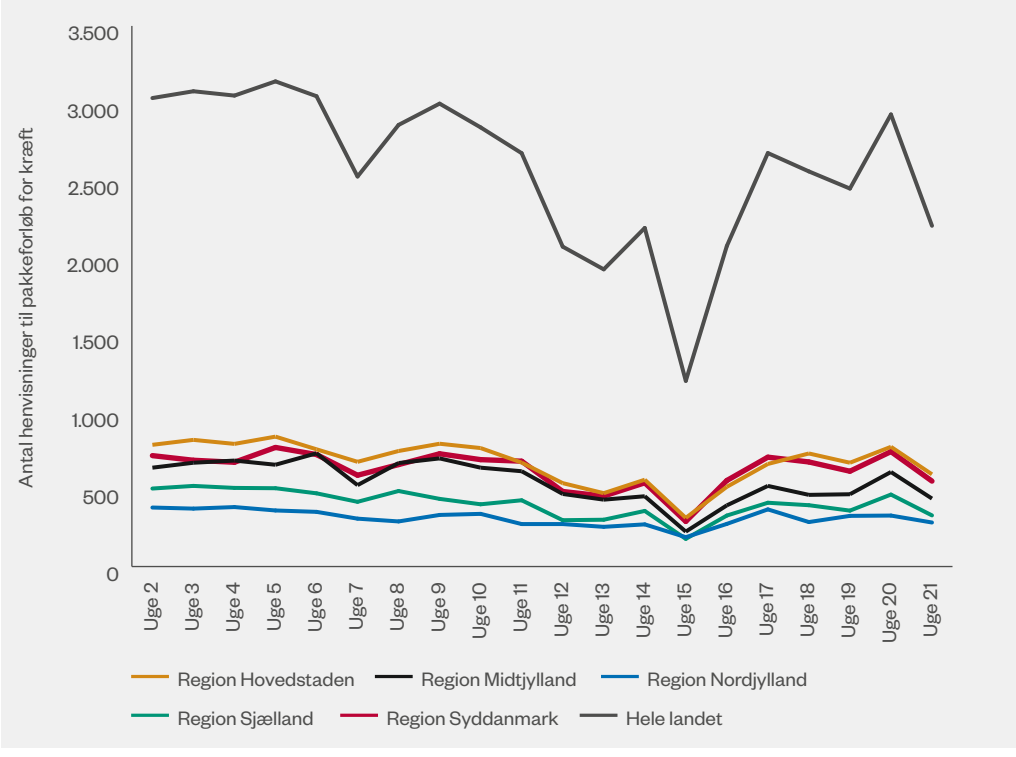
Figur 13.6. Antal kontakter i almen praksis i dagtiden for patienter med KOL og/eller type 2-diabetes, uge 2 i 2020 til uge 17 i 2020



Kilde: Tabel 2, s. 20 i»COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet – beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemi«, Sundhedsstyrelsen, den 6. juli 2020.

Der ses endvidere en reduktion i henvisninger til pakkeforløb for udredning af kræft (jf. figur 13.7), hvilket er en klar utilsigtet effekt, da der er tale om udredning for potentielt livstruende sygdom. Denne reduktion kan være et resultat af en ændret henvisningspraksis blandt de praktiserende læger, men den kan også være en følge af, at patienterne i mindre grad søger læge, når de oplever symptomer. Sandsynligvis af samme årsager ser man også færre henvisninger af personer til de psykiatriske afdelinger og akuttilbud på sygehusene. Der ses endvidere en kraftig nedgang i screeningsaktivitet relateret til livmoderhalskræft, også når der tages hensyn til aktivitet i speciallægepraksis, og markant færre børnevaccinationer sammenlignet med aktiviteten på samme tidspunkt i 2019.

Figur 13.7. Antal henvisninger til pakkeforløb for kræft, uge 2 i 2020 til uge 21 i 2020



Kilde: Gengivet efter tabel 9, s. 35 i »COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet – beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemi«, Sundhedsstyrelsen, den 6. juli 2020.

Sammenfatning

Den 13. marts bliver der lukket ned for aktiviteterne i sundhedsvæsenet for at sikre, at alle kommende covid-19-patienter kan få adgang til behandling, når og hvis behovet opstår. Beslutningen, som er karakteriseret ved stor usikkerhed, baseres på en worst case-prognose, der ikke tager højde for den markante nedlukning af samfundet, der finder sted på samme tid. Det er samtidig uvist, i hvilken grad det valgte tidspunkt for nedlukning af sygehusaktiviteter er afstemt med den plan for kapacitetsudbygning, der foreligger på det tidspunkt.

Regeringen er forud for beslutningen informeret om, at nedgangen i aktivitetsniveauet i det planlagte omfang vil have konsekvenser for andre patienters livskvalitet. Beslutningen om at lukke ned for aktiviteterne i sundhedsvæsenet medfører en mærkbar nedsat aktivitet i sundhedsvæsenet på en række områder over en periode på ca. 4 uger. Heraf er en del af aktivitetsnedgangen utilsigtet, eksempelvis ses en reduktion i henvisninger til pakkeforløb for kræft.

virk
Log på
Midlertidig kompensation for selvstændige som følge af coronavirus / covid-19
Erhvervsstyrelsen
Kontakt
Introduktion
Vejledning
Start selvbetjening
Ansøgningsfristen for kompensationsordningen var d. 31. august 2020, og er således overskredet. Det er stadig teknisk muligt at tilgå blanketten for ansøgning om kompensation, men ansøgninger indsendt efter 31. august 2020, vil ikke blive behandlet.
Dette skal du bruge
Kompensationsordningen dækker den omsætning, din virksomhed forventer at tabe som følge af coronavirus/covid-19. For at søge skal du eje mindst 25 %, max have 25 medarbejdere og selv arbejde i virksomheden.
Du skal oplyse og dokumentere (opdelt på momspligtig og ikke -momspligtig omsætning)
årsomsætning 2019
omsætning i referenceperioden
Forventet omsætning i en af flg. kompensationsperioder
1. juli til og med 8. august 2020
Find vejledning og forbered dig til ansøgningen
Mere information
Hvem kan søge
Om kompensationen
Feedback
MacBook Pro

Kapitel 14

Hjælpepakkerne

Parallelt med iværksættelsen af foranstaltninger til inddæmning og afbødning af covid-19-epidemien forbereder, aftaler og beslutter regeringen sammen med arbejdsmarkedets og erhvervenes organisationer og partierne i Folketinget en række økonomiske hjælpepakker. Det sker inden for den samme organisatoriske ramme, som er beskrevet i kapitel 6 ovenfor. Det er dog ikke overraskende sådan, at aktørkredsen delvis er en anden.

Dette kapitel har samme sigte som kapitel 7-11. Formålet er at afdække beslutningsgrundlaget, der lå til grund for den politiske vedtagelse af hjælpepakkerne, og kortlægge de beslutningsprocesser, som førte frem til vedtagelsen. Kortlægningen strækker sig frem til april 2020. I modsætning til beslutningerne om nedlukningen, der følger et kronologisk mønster, bliver hjælpepakkerne til i en række næsten parallelle forløb. Senere på foråret og først på sommeren beslutter man politisk en række forlængelser og ændringer af de tidligste hjælpepakker, ligesom man føjer nye hjælpepakker til. De hjælpepakker, der bliver til i denne periode, og som økonomisk er mindre end de tidlige pakker, falder uden for udredningens undersøgelsesperiode og indgår ikke i analysen, men der er i det følgende givet en samlet oversigt over de ret mange og forskellige hjælpepakker, jf. kapitel 5.

Mens kortlægningen af den sundhedsmæssige håndtering af covid-19-krisen er opdelt i tre faser, som strækker sig fra årsskiftet 2019/20 til april 2020, er der ingen tilsvarende faseopdeling i analysen af hjælpepakkerne. Der er her tale om forløb, der strækker sig fra indgangen af marts til april 2020. Der er altså tale om et ret kort forløb, som starter i fase 2 (den 27. februar-10. marts), og som derefter forløber parallelt med de nedlukningstiltag, der bliver besluttet i fase 3 (den 11. marts til begyndelsen af april). Det samlede antal hjælpepakker er, som det fremgår af næste afsnit, meget stort. Nogle af dem ligger desuden uden for det tidsrum, som udredningen dækker. Dette kapitel koncentrerer sig om tilblivelsen af tre hjælpepakker. Det drejer sig om:

1. Kompensation til arrangører af større arrangementer, som bliver tiltrådt den 12. marts 2020, og som opnår bevillingsmæssig hjemmel ved aktstykke 106 af 11. marts 2020.
2. Den midlertidige lønkompensationsordning, som bliver aftalt inden for rammerne af et trepartsforløb den 13. marts 2020, og som opnår bevillingsmæssig hjemmel ved aktstykke 108 af 17. marts 2020.

3. Garantiordningen for små og mellemstore virksomheder, som indgår i en politisk aftale mellem regeringen og partierne i Folketinget den 19. marts, men som opnår bevillingsmæssig hjemmel ved aktstykke 110 af 17. marts 2020.[1]

De tre hjælpepakker er udvalgt, fordi de omfatter forskellige former for økonomisk bistand, fordi de har ret forskellig bredde med hensyn til målgrupperne, og fordi de alle var genstand for betydelig offentlig opmærksomhed, da de blev lanceret. Det er samtidig vurderingen, at de tilsammen giver et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere grundlaget for de politiske beslutninger om hjælpepakkerne og de beslutningsprocesser, som leder frem til deres politiske vedtagelse.

Næste afsnit giver en samlet oversigt over hjælpepakkerne fra foråret og sommeren 2020. De følgende tre afsnit er analyser, som går på tværs af de tre hjælpepakker. Det første afsnit kortlægger den administrative forberedelse i centraladministrationen, og det næste forhandlingerne om pakkerne, som i vid udstrækning involverer de berørte interesseorganisationer. Der er en meget tæt sammenhæng mellem disse to led i beslutningsprocessen og den efterfølgende politiske proces i forbindelse med hjælpepakkernes forelæggelse for Folketingets Finansudvalg. Det tredje afsnit beskæftiger sig med ministeriernes behandling af aktstykkerne og tilrettelæggelsen af hjælpepakkernes administration.

Sidste afsnit af kapitlet giver en sammenfattende karakteristik af hjælpepakkernes tilblivelse og deres grundlag.

Oversigt over hjælpepakkerne

Hjælpepakkerne falder i tre forskellige kategorier. Der er midlertidige kompensationsordninger i form af økonomiske tilskud, garantiordninger, hvor staten kautionerer for kreditter, og endelig likviditetsforbedrende tiltag i form af midlertidige udskydelser af moms og skatter. Det samlede omfang af hjælpepakkerne er pr. august 2020 opgjort til godt 406 mia. kr. Heraf er godt halvdelen udskydelser af moms og skat m.v.[2]

Hjælpepakkerne involverer en stor del af ministerierne. En meget betydelig del af dem hører dog under Erhvervsministeriet, som med bevillinger på i alt 185 mia. kr. til kompensations- og garantiordninger tegner sig for 46 pct. af de samlede bevillinger til hjælpepakkerne. Under Beskæftigelsesministeriet er der aftalt hjælpepakker med en samlet bevilling på knap 2 mia. kr. Resten er fordelt med bevillinger fra 180 mio. kr. til godt 1 mia. kr. under en række andre ministerier.

Sikringen af bevillingsmæssig og retlig hjemmel til de mange hjælpepakker er politisk og administrativt kompliceret. Den forudsætter inden for et kort tidsrum en lang række beslutninger om de enkelte pakkers indhold og om regler for deres administration. Hjælpepakkerne forudsæt-

1 Aktstykket indgår ifølge Finansministeriets oversigt over politiske aftaler i aftalen af 19. marts 2020, selv om Finansudvalget har tiltrådt ansøgningen allerede den 17. marts 2020.

2 »Overblik over hjælpepakker«, Rigsrevisionen, august 2020 (internt dokument). Statsrevisorerne har til udredningsgruppens orientering sendt en oversigt over overblik over hjælpepakker pr. 7. august 2020. Oversigten er udarbejdet af Rigsrevisionen. Statsrevisorerne modtog oversigten i forbindelse med en orientering om Rigsrevisionens arbejde med revisioner af covid-19-revisioner. Oversigten er Rigsrevisionens interne dokument, som løbende ajourføres til brug for planlægning af revisionsarbejdet. Oversigten er således ikke kvalitetssikret hos de ansvarlige ministerier, og oversigten er ikke offentliggjort.

ter også, at man hurtigt får truffet beslutning om, hvem der skal administrere dem, og hvorledes dette skal ske. Tabel 14.1 giver en samlet oversigt over de politiske, bevillingsmæssige og reguleringsmæssige rammer for hjælpepakkerne. Der er tale om en totaloversigt, som rækker frem til oktober 2020.

Tabel 14.1. Oversigt over de politiske aftaler om covid-19-relaterede hjælpepakker og deres udmøntning, marts-oktober 2020

Aftalemåned	Antal politiske aftaler	Aktstykker[1]	Love/lovændringer[1]	Bekendtgørelser[1]	Andet
Marts	4	14	4	6	
April	13	27	3	23	1[2]
Maj	11	13	3	6	
Juni	14	26	6	12	
Juli	1				
August	3	13	2	6	
September	5	5		1	
Oktober	2	3			
Antal i alt	53	101	18	54	1

Kilde: Folketingsåret 2020-21, Finansudvalget, alm. del – bilag 29 (bilag 1 »Opdateret oversigt over udmøntning af politiske aftaler ifm. corona-krisen pr. 15. oktober«, Finansministeriet, den 30. november 2020).
[1] Tallet angiver det antal aktstykker, love/lovændringer og bekendtgørelser, som er tiltrådt, vedtaget og udstedt som led i udmøntningen af de politiske aftaler. Der er, som det fremgår af teksten, også et antal aktstykker tiltrådt af Finansudvalget, som udmønter aftaler mellem regeringen og forskellige organisationer, uden at de er dækket af aftaler mellem regeringen og de politiske partier i Folketinget.
[2] Hyrdebrev til samtlige kommuner, regioner og socialtilsyn samt relevante myndigheder og organisationer. Der er tale om en række breve fra bl.a. kulturministeren og børne- og undervisningsministeren, der i forbindelse med den gradvise genåbning varsler, at man er i færd med at tilvejebringe en række tilskudsordninger i overensstemmelse med en politisk aftale indgået den 25. april 2020.

Oversigten viser, at hjælpepakkerne bliver til i en politisk proces, som er anderledes end de beslutninger, der bliver truffet som led i den sundhedsmæssige håndtering af covid-19. Grundlaget for hjælpepakkerne er i alle tilfælde politiske aftaler, som er indgået mellem regeringen og Folketingets partier. Det parlamentariske grundlag varierer, men gennemgående er der et bredt politisk flertal for de enkelte hjælpepakker, ofte omfattende alle Folketingets partier. Udmøntningen sker efter indgåelsen af de enkelte politiske aftaler. Det foregår typisk på to måder, dels gennem fagministerens forelæggelse af et aktstykke for Folketingets Finansudvalg med anmodning om bevilling til udgiften, dels gennem ministerens udstedelse af en bekendtgørelse, som fastsætter de nærmere regler for forvaltningen af den

pågældende ordning. Aktstykkebevillingen og bekendtgørelsen er ofte knyttet sammen med hinanden, fordi aktstykket i form af en tekstanmærkning giver ministeren bemyndigelse til ved bekendtgørelse at fastsætte de nærmere regler for administrationen af hjælpepakken.

I og med at de enkelte hjælpepakker er forankret i en politisk aftale mellem regeringen og partier i Folketinget, er behandlingen af sagen i Folketingets Finansudvalg at betragte som en efterfølgende tilvejebringelse af bevillingsmæssig hjemmel for en beslutning, som allerede er truffet. Det er dog ikke ensbetydende med, at aktstykkerne glider gennem Finansudvalget uden diskussion, jf. kapitel 15 nedenfor. Partierne i Finansudvalget stiller spørgsmål til de ministre, der har fremsendt ansøgningen om tillægsbevillingen. Ligeledes knytter partierne i betydeligt omfang bemærkninger til bevillingen, selv om de ender med at tilslutte sig ministerens ansøgning.

Hjælpepakkerne er imidlertid ikke kun politisk forankret i aftaler mellem regeringen og politiske partier i Folketinget. Det gælder for rigtig mange af dem, at de bliver til i forhandlinger eller andre former for samspil mellem regeringen og organisationer i erhvervslivet, på arbejdsmarkedet og i civilsamfundet. De aftaler eller forståelser, der er opnået her, er i et vist omfang afspejlet i oversigten. Det hører nemlig med til det præcise billede, at aftaler og forståelser indgået og opnået i samspil med organisationerne i en række tilfælde er ført direkte over i aktstykker, hvori ministeren anmoder Finansudvalget om bevilling til at afholde en udgift eller forpligte staten til at yde en garanti. Tilsvarende fremsender erhvervsminister Simon Kollerup den 12. marts 2012 aktstykke nr. 106 om kompensation til arrangører af større arrangementer. Finansudvalget tiltræder aktstykket samme dag uden en forudgående forhandling uden for Finansudvalgets regi. Det samlede antal aktstykkebevillinger og regelændringer i form af lovgivning eller udstedelse af bekendtgørelser er derfor større, end det fremgår af oversigten over regeringens politiske aftaler med partierne i Folketinget om hjælpepakkerne i tabel 14.1.[3]

De mange omfattende og hyppigt justerede hjælpepakker stiller krav til den administrative kapacitet. Det gælder specielt Skatteministeriet, som får ansvaret for administrationen af de midlertidige lempelser på skatte- og afgiftsområdet, og Erhvervsministeriet, som får ansvaret for at administrere de mange og omfattende garanti- og hjælpeordninger. Sidstnævntes opgaver bliver henlagt til dels Erhvervsstyrelsen (kompensations- og tilskudsordninger), dels Vækstfonden og EKF Danmarks Eksportkredit (garantiordningerne). Kulturministeriet (Slots- og Kulturstyrelsen) har det administrative ansvar for et antal mindre ordninger. Endelig gælder, at det administrative ansvar i nogle tilfælde er samlet hos Erhvervsstyrelsen, selv om bevillingen henhører under et andet ministerium, mens forvaltningsopgaven i andre tilfælde er fordelt mellem ministerierne, således at den minister, der udbetaler hovedparten af det statslige tilskud til en institutions driftsudgifter, har den administrative kompetence i forhold til den enkelte institution.[4] Beskæftigelsesministeriet har som nævnt efter Erhvervsministeriet de største bevillinger til hjælpepakker i form af den midlertidige lønkompensation,

3 Man kan danne sig et overblik herover ved at sammenholde Rigsrevisionens oversigt over hjælpepakker (jf. fodnote 2) med Finansministeriets oversigt over udmøntningen af politiske aftaler i forbindelse med coronakrisen af 15. oktober 2020.

4 Rigsrevisionens oversigt over hjælpepakker. Heri: Kompensation for faste udgifter og lønkompensation til foreninger, selvejende institutioner og fonde mv. II (jf. fodnote 2).

men det er Erhvervsstyrelsen, der administrerer pakken. Der er på denne måde tale om en meget omfattende administrativ opgave, hvis løsning er forbundet med stor kompleksitet.

De tre hjælpepakker, som er udvalgt til nærmere gennemgang, bliver alle forberedt, forhandlet og besluttet i dagene omkring den delvise nedlukning, der bliver annonceret den 11. marts 2020. Det sker inden for den ramme, som er beskrevet i kapitel 6 ovenfor, idet den overordnede koordination af de mange kommunikationsstrømme går gennem AC-gruppen, når Statsministeriet og en bredere kreds af ministerier er involveret. Samtidig er Erhvervsministeriet i praksis tildelt en koordinerende funktion i forhold til selve forberedelsen af pakkerne, som minder om den funktion, som Justitsministeriet har i forbindelse med nedlukningen.

Der er dog fire væsentlige forskelle. Den ene beror på, at NOST i denne sammenhæng har begrænsede opgaver. Den anden og meget væsentlige er, at den administrative og politiske forberedelse af hjælpepakkerne i meget høj grad involverer en inddragelse af organisationer og andre aktører uden for centraladministrationen og regeringen. Den tredje er, at den snævre gruppe af ministerier, som består af Beskæftigelsesministeriet, Erhvervsministeriet, Finansministeriet og Skatteministeriet, arbejder med en betydelig autonomi under Erhvervsministeriets koordination. Den fjerde forskel er, at der, i modsætning til hvad der gjaldt nedlukningen, er forhandlinger mellem regeringen og Folketingets partier, som fører til mange af hjælpepakkernes politiske forankring i politiske aftaler.

Hjælpepakkerne varierer med hensyn til deres størrelse og også med hensyn til deres politiske tilblivelse. Det fremgår af tabel 14.2.

De tre ordninger er forskellige i økonomisk omfang. De varierer også med hensyn til deres politiske forankring. Fælles for dem er, at de alle bliver til i tidsrummet omkring den delvise nedlukning. Det er også sådan, helt i overensstemmelse med det generelle billede af hjælpepakkerne, at de flere gange har været genstand for revision og forlængelse. Disse justeringer finder sted inden for den oprindelige politiske ramme for beslutningen om hjælpepakkerne. Den midlertidige lønkompensation, som er en af de største hjælpepakker, forbliver altså i trepartsregi. Partierne kommer først ind i processen, når erhvervsministeren forelægger aftalen i en justeret udgave for Finansudvalget. Partierne knytter så deres kommentarer til den, inden de tiltræder ansøgningen.

Tabel 14.2. Oversigt over hjælpepakkerne vedr. større arrangementer, garantiordning for små og mellemstore virksomheder samt midlertidig lønkompensation.

Hjælpepakker	Bevillingsgrundlag (aktstykker og tiltrædelsesdato)	Retlig regulering	Politisk grundlag	Samlet beløb mio. kr.
Kompensation til arrangører af større arrangementer.	Nr. 106, 12. marts 2020 Senere ændringer:[1] Nr. 135, 2. april 2020 Nr. 189, 4. juni 2020	Bemyndigelse i tekstanmærkning. To bekendtgørelser.	Finansudvalgets tiltrædelse.	2.428
Garantiordning for små og mellemstore virksomheder.	Nr. 110, 17. marts 2020 Senere ændringer:[1] Nr. 113, 23. marts 2020 Nr. 238, 25. juni 2020	Bemyndigelse i tekstanmærkning. Tre bekendtgørelser.	Politisk aftale mellem regeringen og alle Folketingets partier af 19. marts 2020, som følger op på Finansudvalgets tiltrædelse af 17. marts 2020	17.500
Midlertidig lønkompensationsordning.	Nr. 108, 17. marts 2020 Senere ændringer:[1] Nr. 117, 23. marts 2020 Nr. 127, 31. marts 2020 Nr. 155, 29. april 2020 Nr. 162, 11. maj 2020 Nr. 243, 25. juni 2020	Tekstanmærkning. En lovændring og fire bekendtgørelser.	Trepartsaftale om midlertidig lønkompensation for lønmodtagere på det private arbejdsmarked indgået mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter den 14. marts 2020. Finansudvalgets tiltrædelse.	17.500

Kilder: De citerede aktstykker, jf. Folketingets hjemmeside; »Overblik over hjælpepakker«, Rigsrevisionen, august 2020 (jf. fodnote 2); folketingsåret 2020-21, Finansudvalget, alm. del – bilag 29 (bilag 1 »Opdateret oversigt over udmøntning af politiske aftaler ifm. corona-krisen pr. 15. oktober«, Finansministeriet, den 30. november 2020).
[1] En del af de senere besluttede ændringer ligger uden for undersøgelsesperioden.

Ministeriernes forberedelse

De økonomiske konsekvenser af bestræbelserne på at inddæmme og afbøde covid-19 får tidligt regeringens opmærksomhed. Den 6. marts 2020 holder statsminister Mette Frederiksen den første af en række pressekonferencer om epidemiens udvikling og de foranstaltninger, som regeringen bebuder. På pressemødet henvender hun sig specielt til arrangørerne af arrangementer med flere end 1.000 deltagere og opfordrer dem til at udskyde eller aflyse arrangementer. Men som det fremgår af tekstuddraget i boks 14.1, går statsministeren allerede her videre i sin vurdering af de økonomiske konsekvenser af krisen. Det starter med en opfordring til at udskyde eller aflyse store arrangementer med mere end 1.000 deltagere. Det kobler hun sammen med hensynet til arbejdspladser, virksomheder og eksporten.

På pressemødet 4 dage senere bebuder statsministeren, at den hastelovgivning, som er undervejs, også vil omfatte økonomiske hjælpepakker, som vil blive præsenteret allerede samme dag af erhvervsministeren, finansministeren og skatteministeren. Det leder frem til pressemødet den 11. marts 2020, hvor statsministeren

annoncerer den delvise nedlukning af landet. Hun bebuder her, at regeringen allerede er i dialog med arbejdsmarkedets parter. Det sker for at afbøde konsekvenserne for virksomheder og lønmodtagere.

Boks 14.1. Statsminister Mette Frederiksen om de økonomiske konsekvenser af covid-19-krisen, marts 2020

Pressemødet den 6. marts 2020

»Den strategi, de danske myndigheder har valgt, handler grundlæggende om at forsinke spredningen af virussen mest muligt. Det er en strategi, der selvfølgelig først og fremmest handler om at begrænse antallet, der bliver syge i Danmark. Men det er også en strategi, der er valgt for at afbøde de negative konsekvenser for det omkringliggende samfund – altså os alle sammen. Det handler om arbejdspladser, det handler om danske virksomheder, eksporten, det handler om kapaciteten – den samlede kapacitet i vores sundhedsvæsen, og dermed også andre patientgrupper, vores dagligdag, men det handler også i stigende grad om vores samlede samfundsøkonomi.

...

Smitterisikoen forøges ved arrangementer, hvor mange mennesker er tæt på hinanden, og derfor vil myndighederne for det første i dag udsende nye anbefalinger omkring afvikling af større arrangementer. Det betyder konkret, at myndighederne opfordrer arrangører til at udskyde eller aflyse alle arrangementer, hvor der er mere end 1.000 deltagere.

Samtidig med dét skal arrangører til arrangementer med færre end 1.000 deltagere vurdere det konkrete arrangement i forhold til smitterisikoen og i forhold til, hvilke deltagere der er til arrangementet.«

Pressemødet den 10. marts 2020

»...så har jeg i går aftes sent haft møde med alle Folketingets partier og meddelt, at vi ser ind i, at vi får behov for at hastebehandle en række hastelovgivninger, så vi sikrer os, at myndighederne har den nødvendige lovgivning at stå oven på. Det kan gøre sig gældende i forhold til epidemilovgivningen. Det kommer til at gøre sig gældende i forhold til Sundhedsvæsenet sådan, at sundhedsmyndighederne får lovgivningsmæssig hjemmel til at kunne prioritere, når det bliver nødvendigt. Og der kan komme hastelovgivning som opfølgning på de hjælpepakker, som bliver præsenteret på et pressemøde senere i dag, i forhold til danske lønmodtagere og danske virksomheder.

...

Vi har derudover særlige udfordringer i forhold til dansk erhvervsliv, en række brancher er direkte berørte allerede nu. Vi har kun grund til at tro, at det kommer til at gælde store dele af erhvervslivet, og derfor sætter vi gang i hjælpepakker, og som sagt præsenterer vi det allerede i eftermiddag.«

Pressemødet den 11. marts 2020

»Jeg vil også sige helt ærligt, at vi kommer ikke igennem det her som land, uden at det har omkostninger. Virksomheder kommer til at opleve tab. Der er er nogen, der vil komme til at miste deres arbejde, desværre. Regeringen vil fortsat gøre, hvad vi kan for at afbøde konsekvenserne både for virksomheder og lønmodtagere. Og vi er i dialog, tæt dialog, med arbejdsmarkedets parter om, hvordan vi gør det bedst.«

På de tre økonomiske ministres pressemøde den 10. marts 2020 præsenterer de tre initiativer, som peger frem mod den række af hjælpepakker, som i de kommende uger bliver aftalt. Det drejer sig om en kompensation til arrangører, som i marts måned har aflyst eller udskudt arrangementer med flere end 1.000 deltagere, og arrangører af mindre arrangementer målrettet særlige risikogrupper. Dernæst er det en hastelovgining om midlertidig udskydelse af moms- og skattebetalinger. Endelig er det oprettelsen af »regeringens og erhvervslivets coronaenhed, der sammen med erhvervslivet skal drøfte målrettede og konkrete forslag til

midlertidige tiltag, der kan afhjælpe aktuelle udfordringer for i første omgang transporterhvervene samt turisme og oplevelsesøkonomi.«[5]

På det tidspunkt, hvor statsministeren og de økonomiske ministre annoncerer disse initiativer, er arbejdet med forberedelsen af økonomiske hjælpeforanstaltninger for erhvervslivet allerede i gang i centraladministrationen. I uge 9 (den 24. februar til den 1. marts 2020) etablerer erhvervsministeren således et dialogforum med erhvervslivet. Der er også truffet beslutning om, at en række ministerier indgår i et tæt samarbejde om forberedelse af hjælpepakkerne. Det sker under Erhvervsministeriets formandskab, men i tæt samspil med Finansministeriet, Skatteministeriet og Beskæftigelsesministeriet. Embedsmænd fra disse ministerier kommer også til at udgøre sekretariatet for de fora, der bliver etableret mellem regeringen og først og fremmest erhvervslivets organisationer, jf. nedenfor. Andre ministerier indgår dog også i høj grad i samarbejdet i forbindelse med udformningen af de konkrete hjælpepakker. Det gælder særlig Beskæftigelsesministeriet (lønkompensationsordningen) og Kulturministeriet (kompensation til arrangører af større arrangementer).

Statsministeriet indgår også i forberedelsen af hjælpepakkerne. Det generelle billede er imidlertid, at arbejdet med forberedelsen af hjælpepakkerne i høj grad foregår i de ministerier, som arbejder sammen under Erhvervsministeriets koordination. Statsministeriet kommer ind i billedet i forbindelse med forberedelsen af statsministerens og regeringens pressemøder, i forbindelse med møder med repræsentanter for organisationerne samt forud for politiske forhandlinger med partierne, f.eks. i form af mødet med partilederne, og selvsagt forud for behandlingen af pakkerne i regeringen eller regeringsudvalg. Det samme sker i forbindelse med forelæggelse af udkast for regeringen. Det sker på møder mellem ministrene såvel som i økonomiudvalgs- og koordinationsudvalgsregi. Regeringen tager på disse møder stilling til de oplæg, der kommer fra ministerierne. Der bliver lagt op til regeringens godkendelse af såvel indholdet af pakkerne som proceduren for det videre arbejde med dem samt lagt op til politiske vurderinger af, hvordan de vil blive modtaget af erhvervsorganisationerne og lønmodtagernes organisationer.

Vurderet ud fra indholdet af de notater og oplæg, der bliver udarbejdet under Erhvervsministeriets ledelse, er arbejdet med forberedelsen af hjælpepakker til erhvervslivet allerede ganske fremskredet i den første uge af marts. Således forelægger Erhvervsministeriet den 5. marts 2020 et notat om oprettelse af en covid-19-garantiordning til henholdsvis Finansministeriet og Skatteministeriet. De samme tre ministerier kan yderligere den 8. marts 2020 med Finansministeriet som afsender oversende et samlet oplæg til en erhvervspakke til Statsministeriet. Notatet omhandler længere betalingsfrister for moms og indkomstskatter, kompensationsordning for arrangører og nedsættelse af en taskforce for udsatte erhverv (statslig lånegarantiordning m.v.). Notatet skitserer de enkelte tiltag, som er yderligere uddybet i mere udførlige bilagsnotater. Ud over redegørelsen for, hvordan man kan indrette de to hjælpepakker, indeholder notaterne skøn over deres udgiftsmæssige konsekvenser.

Finansministeriets forventning er i øvrigt, at en sådan erhvervspakke lader sig finansiere inden for Finansministeriets generelle reserver. Det

5 »Covid-19: Regeringen iværksætter i dag en række initiativer som hjælp for dansk økonomi«, Erhvervsministeriet, den 10. marts 2020.

viser sig dog, hvad ministeriets tabelopstilling, der er gengivet i boks 14.2, godtgør, at usikkerheden om erhvervspakkernes indhold og de samlede udgifter hertil er meget stor. Det efterfølgende og meget kortvarige forløb viser da også, at ministerierne under forberedelsen af de store erhvervspakker, som introduceres i marts, reelt ikke arbejder med nogen politisk budgetbegrænsning.

Boks 14.2. Vurderingen af de udgiftsmæssige konsekvenser af hjælpepakker pr. 8. marts 2020

8. marts 2020

Bilag 4. Overblik over merudgifter forbundet med erhvervspakke (sfa. corona)

Med den foreslåede erhvervspakke lægges der op til at indføre en kompensationsordning for arrangører af aflyste arrangementer samt en task force, der vil kunne iværksætte tiltag for udsatte erhverv (statslig lånegarantiordning mv.). Begge tiltag vil medføre merudgifter i staten, *jf. tabel 1.*

Merudgifterne vil kunne rummes inden for reserverne på de generelle reserver på finanslovens §35. Initiativerne kan gennemføres ved aktstykke.

Det bemærkes, at der tidligere er truffet beslutning om køb af kritiske lægemidler for [260] mio. kr. i 2020. Udgifterne hertil finansieres af de generelle reserver på finansloven for 2020 (TB-reserven).

Tabel 1
Merudgifter knyttet til erhvervspakke (og tidligere besluttede merudgifter til køb af kritiske lægemidler)

Mio. kr.	**2020**
Erhvervspakke: Kompensation for aflyste arrangmenter – henholdsvis marts alene eller marts-maj	[90-508]
Erhvervspakke: Ramme til task force (garantiordning)	[250]
Erhvervspakke: Potentielle adm.omkostninger	[x-xx]
Kulturpakker – NGO'er, frivillige foreninger	[xx]
Tidligere besluttet: Køb af kritiske lægemidler	[260]
I alt (erhvervspakke og tidligere besluttede udgifter)	**[xxx]**

Det bemærkes, at der vil være færre midler på finanslovens generelle reserver til yderligere tiltag resten af året. Afhængigt af skaleringen af de nævnte initiativer kan det blive nødvendigt at omprioritere andre reserver end de generelle reserver på finansloven og/eller gennemføre en dispositionsbegrænsning.

Kilde: Bilag til Finansministeriet, Erhvervsministeriet, Skatteministeriet, »Erhvervspakke i forlængelse af COVID_19«, den 8. marts 2020. Boksen gengiver ordret et uddrag af Finansministeriets overbliksbilag.

De tre økonomiske ministeriers oplæg rummer indstillinger til et møde på regeringsniveau den 8. marts. Indholdsmæssigt lægger de samtidig op til statsministerens pressemøde den 10. marts 2020. På pressemødet den 6. marts havde statsministeren allerede stillet en kompensation i udsigt til arrangører af større arrangementer. På pressemødet den 10. marts går hun videre og annoncerer, jf. boks 14.1 ovenfor, at der er hjælp på vej til en større del af erhvervslivet. Men på dette tidspunkt er der ikke nogen offentlig tilkendegivelse af, at det også kunne komme på tale at yde støtte til lønmodtagerne og derigennem aflaste erhvervslivet og på den måde holde hånden under beskæftigelsen. Det er kompensation for udskudte og aflyste arrangementer samt muligheden for at indføre en garantiordning for små og mellemstore virksomheder, der i første omgang er i fokus.

På statsministerens pressemøde den 11. marts 2020 nævner hun for første gang behovet for økonomisk bistand rettet mod lønmodtagerne, idet hun dog, jf. boks 14.1, allerede den 6. marts har nævnt hensynet til at sikre arbejdspladser. Hun er dog endnu ikke specifik. Men forberedelsen af en ordning med midlertidig lønkompensation er ikke desto mindre i gang. Den sker i et samarbejde mellem Beskæftigelsesministeriet, Erhvervsministeriet og Finansministeriet, altså efter samme model som beskrevet ovenfor. Beskæftigelsesministeriet oversender om aftenen den 12. marts 2020 et første forslag til Erhvervsministeriet og Finansministeriet. Forslaget fremstår som en skitse. Oplægget rummer dog de centrale bestanddele, som få dage senere kommer til at indgå i den lønkompensationsordning, som bliver aftalt og gennemført:

> »Den foreslåede kompensationsordning vil indebære, at private virksomheder, der, som konsekvens af covid-19, står overfor at skulle varsle minimum halvdelen eller mere end 50 af virksomhedens medarbejdere afskediget, vil kunne modtage en statsligt finansieret lønkompensation for det antal fuldtidsbeskæftigede medarbejdere, virksomheden forventede at skulle varsle afskedigelse.
>
> Lønkompensationen vil kunne gælde ¾ af den pågældende medarbejders løn, dog maksimalt 30.000 kr. månedligt og såfremt, der ikke i samme periode vil ske afskedigelser i virksomheden som følge af økonomiske årsager. Det er et krav for at blive omfattet af ordningen, at virksomheden kan dokumentere et omsætningstab på over 50 pct. som følge af Covid-19.
>
> Forslaget vil omfatte perioden fra [X. marts og til og med Xx. maj]. Den midlertidige lønkompensation kan dermed maksimalt vare to måneder.
>
> Det kan i modellen overvejes at sætte krav om, at lønmodtagerne skal anvende, hvis muligt, ferie og/eller afspadsering på op til syv dage i tilknytning til perioden, hvor der ydes kompensation til. Det vil understøtte, at lønmodtagerne bærer en del af ansvaret.«

Med hensyn til de økonomiske konsekvenser vurderer Beskæftigelsesministeriet under henvisning til erfaringerne fra finanskrisen i 2009, at »ordningen vil medføre merudgifter på [1] mia. kr. i løbet af de to måneder, hvor ordningen løber.«

Endelig peger Beskæftigelsesministeriet på, at der udestår en stillingtagen til ordningens administration. Man peger i notatet på henholdsvis Erhvervsstyrelsen og De Regionale Arbejdsmarkedsråd som mulige forvaltere af lønkompensationen. Styrelsen for Arbejdsmarked og

Rekruttering bliver undervejs også nævnt som en mulighed.

Finansministeriet reagerer allerede samme aften med dels en udbygning af notatet, dels kommentarer til det. Erhvervsministeriet følger op i en række e-mail, som for det første gør det klart, at »det med administrationen og gøre det operationelt er en udfordring.« Dernæst gør man opmærksom på, at der vil være tale om statsstøtte i henhold til EU-retten. Endelig slår ministeriet lidt senere, efter sagens forelæggelse for departementschefen, fast, at administrationsmodellen baseret på De Regionale Arbejdsmarkedsråd bør udgå. Derpå trækker Beskæftigelsesministeriet modellen tilbage, og der er enighed om, at Erhvervsstyrelsen skal have forvaltningsopgaven.

Samspillet med organisationerne

Forberedelsen af initiativer til afbødning af de økonomiske konsekvenser af covid-19-krisen er i gang første uge af marts. Men allerede den 27. februar 2020 bliver det aftalt at etablere et dialogforum med organisationerne. Det sker på et møde med repræsentanter for en lang række erhvervsorganisationer og Fagbevægelsens Hovedorganisation og ledende embedsmænd fra dels sundhedsmyndighederne, dels Erhvervsministeriet, Finansministeriet og Skatteministeriet. Sundhedsstyrelsen redegør ifølge referatet på mødet for situationen, som styrelsen på dette tidspunkt vurderede den, jf. kapitel 8. Derudover har Sundhedsstyrelsen til mødet udarbejdet et notat med information til virksomhederne om, hvordan de skal forholde sig i forskellige situationer.[6]

Organisationerne oplyser på mødet, at »det er aktuelt få brancher, som eksempelvis rejsebranchen (luftfart, rejseselskaber og –bureauer) samt fragttransport, der direkte mærker konsekvenserne af COVID-19, mens flere forholder sig afventende i forhold til mulige konsekvenser.« Men organisationerne peger samtidig på:

- At der »på tværs af organisationerne rejser sig spørgsmål om ansættelses- og arbejdsretlige vilkår i tilfælde af hjemsendelse.«
- At der »opleves kontraktmæssige udfordringer med hensyn til, hvornår der er tale om force majeure, og hvornår man selv dækker eventuelle tab. Information fra officiel side, fx fra UMs rejsevejledninger, har i den forbindelse stor betydning for, hvordan kontrakter skal fortolkes.«
- At der »med dette møde [etableres] et fast kontaktforum med erhvervsorganisationerne, som mødes efter behov for at udveksle information om status for coronavirussets udbredelse, forholdsregler og de oplevede konsekvenser for erhvervslivet.«
- At problemerne vedrørende arbejdsmarkedet »evt. [kan] drøftes på næste møde med udgangspunkt i et beredskabsnotat fra DA.«

Etableringen af dialogforum er således det første fælles skridt, som regeringen tager sammen med erhvervslivets og arbejdsmarkedets organisationer for at skabe en ramme, inden for hvilken man kan drøfte de økonomiske konsekvenser af covid-19. Det sker parallelt med, at man etablerer den særlige tværministerielle coronaenhed under Erhvervsministeriets formandskab, jf. ovenfor. Dialogforummet er imidlertid meget bredt sammensat. Den 9. marts 2020 bliver der derfor truffet beslutning om at etablere et snævert samarbejde mellem ministerierne og

6 »Sundhedsstyrelsen har i dag øget informationsindsatsen omkring COVID-19«, Sundhedsstyrelsen, den 27. februar 2020.

organisationerne i form af en særlig coronataskforce. Den består af repræsentanter for Dansk Industri (DI), Dansk Erhverv (DE) og Fagbevægelsens Hovedorganisation (FH) og embedsmænd fra Erhvervsministeriet, Finansministeriet og Skatteministeriet. Den særlige coronaenhed er sekretariat for taskforcen. De tre ministerier havde i en indstilling til regeringen som alternativ løsning peget på en mere åben model, hvor »deltagerkredse afhænger af tema/erhverv.« De fulgte hermed op på, at erhvervsorganisationerne, deriblandt DE og DI, i begyndelsen af marts havde foreslået forskellige tiltag for at imødegå de økonomiske konsekvenser af covid-19. Taskforcens mandat, som er blevet til i forlængelse af kontakten til organisationerne, og som blev lagt i faste rammer den 27. marts 2020, fremgår af boks 14.3. Selv om regeringens valg faldt på den snævre model, hvor alene hovedorganisationerne er repræsenteret, fungerer den i praksis på en måde, hvor brancheorganisationerne konkret bliver inddraget i drøftelser, når tiltag rettet mod udvalgte brancher som f.eks. hotel- og restaurationsbranchen er til overvejelse.

De beslutninger, der bliver truffet omkring månedsskiftet februar/marts 2020, bliver i praksis retningsgivende for håndteringen af de økonomiske følgevirkninger af covid-19 og for lanceringen af hjælpepakkerne, hvoraf tre af de tidligste hjælpepakker er trukket frem her. Grundprincippet er, at hjælpepakkerne er forhandlingsbaserede i et samspil mellem erhvervslivets og arbejdsmarkedet organisationer på den ene side og regeringen på den anden side. Det udelukker ikke, som det er vist ovenfor, at man selvstændigt i ministerierne overvejer, hvordan man kan skrue hjælpetiltag sammen. Det sker imidlertid på et tidspunkt, hvor der allerede er etableret en kontakt med organisationerne. Denne kontakt er en blanding af fælles udredning af problemer og muligheder og organisationernes indspil med selvstændige forslag og initiativer til udformning af hjælpepakker.

Boks 14.3. Mandat for corona-taskforce med erhvervslivet

»For at håndtere de aktuelle udfordringer i samarbejde med erhvervslivet foreslås det at nedsætte en *corona-task force*. Corona-task forcens opgave er at drøfte med erhvervslivet konkrete forslag til, hvad der kan iværksættes af midlertidige tiltag, der kan afhjælpe erhvervenes aktuelle udfordringer, bl.a. med udgangspunkt i de forslag, erhvervslivet allerede har stillet, og regeringens egne overvejelser, jf. nedenfor. Corona-task forcen er en naturlig forlængelse af det etablerede dialogforum med erhvervslivet i Erhvervsministeriet, hvor alle private brancher er repræsenteret. Det foreslås, at task-forcen som udgangspunkt behandler aktuelle udfordringer for landtransport, luftfart samt turisme og oplevelsesøkonomi. Arbejdet kan senere udvides til at omfatte andre erhverv, hvis der opstår konkrete udfordringer i flere erhverv som følge af COVID-19, fx produktionserhvervene eller fødevaresektoren.«

Kilde: Erhvervsministeriet og Finansministeriet. Nedsættelsen af coronataskforce med erhvervslivet. Uddrag af notat om erhvervspakke med bilag, den 7. marts 2020.

Mens det brede dialogforum er lanceret som et fælles samlingssted for mange organisationer og ministerielle embedsmænd, er den fælles coronataskforce umiddelbart en snæver og mere operativ arbejdsgruppe, hvis opgave er problemudredning og løsningsudvikling. Den består imidlertid udelukkende af de store hovedorganisationer. Mange af de problemer, der opstår i virksomhederne og på arbejdspladserne, er imidlertid branchespecifikke, og taskforcen kommer på denne baggrund til at fungere som den kanal, hvorigennem meget specialiserede brancher og deres organisationer kan melde deres behov og ønsker ind. Det betyder i relation til udformningen af hjælpepakken om kompensation til arrangører af større arrangementer, at den bl.a. bliver til på grundlag af henvendelser fra organisationer, som ikke indgik

i gruppen. Ligeledes opstiller coronaenheden en oversigt over arrangementer i månederne marts-maj 2020, som kan komme på tale som modtagere af støtte. Det sker for at få et grundlag for ordningens udgiftsmæssige konsekvenser, men det illustrerer samtidig, hvor svært det var for ministerierne at vurdere omfanget af de ordninger, der var under forberedelse.

I forberedelsen af garantiordningen for små og mellemstore virksomheder er der et tilsvarende forløb. For det første inddrager man HORESTA, der repræsenterer hoteller og restauranter, i arbejdet. For det andet spiller en organisation som SMVdanmark en aktiv rolle i processen om udformningen af en garantiordning for små og mellemstore virksomheder. Man ser derfor, hvordan en ordning, der i den oprindelige ministerielle skitse er målrettet virksomheder inden for særlig udsatte brancher, i processen bliver gjort mere omfattende. Den samme mekanisme bevirker, at det, der i det oprindelige oplæg bestod af nogle få ordninger, i løbet af foråret 2020 vokser til i alt 64 hjælpepakker.[7] Det er yderligere den mekanisme, der gør, at mange af pakkerne hurtigt er genstand for justeringer og revisioner, som bliver udmøntet gennem fremsendelsen af nye aktstykker til Finansudvalget, jf. tabel 14.1 ovenfor.

DE og DI formulerer i dagene op til nedsættelsen af taskforcen deres kataloger over tiltag, som kan afbøde de økonomiske konsekvenser af covid-19-epidemien. DE's katalog omfatter alene tre tiltag i form af udskydelse af betalingsfrister for moms og skat, statsgaranti for banklån og midlertidige løsninger på beskæftigelsesområdet, hvis det på et tidspunkt skulle være nødvendigt at sende medarbejdere hjem som følge af faldende aktivitet. DI's katalog er mere omfattende og er bygget op omkring tre scenarier:

- Et her og nu-scenarie rettet mod de mest udsatte brancher.
- Et scenarie, hvis man senere oplever yderligere tilbageslag og betydelige likviditetsudfordringer.
- Et scenarie omfattende finanspolitiske lempelser.

I DI's katalog indgår i øvrigt også de tre tiltag foreslået af DE. I en foreløbig vurdering af forslagene udarbejdet af Finansministeriet og Erhvervsministeriet i fællesskab kommenterer de to ministerier hvert enkelt af forslagene. Det fremgår heraf, at i hvert fald nogle af forslagene har været drøftet på et møde i regeringen den 7. marts 2020. Vurderingerne er specielt over for de tre DE-forslag og de tilsvarende DI-forslag positive enten på den måde, at det kan man se nærmere på, eller på den måde, at det må man finde en mere hensigtsmæssig løsning på. For DI's lange katalog af forslag er vurderingerne mere differentierede. Nogle bliver kommenteret i positive vendinger på samme måde som de tre nævnte tiltag, andre bliver mødt med skepsis under henvisning til f.eks. nylig aftalt politik og EU-retlige bindinger eller med skepsis med hensyn til deres effekt på økonomien eller deres fordelingsmæssige konsekvenser.

Der er således en tæt inddragelse af erhvervsorganisationerne i udrednings- og forhandlingsforløb, som går forud for etableringen af de enkelte støtteordninger. For kompensationen til arrangører af store arrangementer bærer regeringen ordningen direkte over i Finansudvalget med anmodning om en aktstykkebevilling, som et enigt udvalg tiltræder. For garantiordningen

7 »Overblik over hjælpepakker«, Rigsrevisionen, august 2020 (jf. fodnote 2).

for små og mellemstore virksomheder indgår regeringen derimod en aftale med Folketingets partier, som umiddelbart efter er udmøntet i et aktstykke, som Finansudvalget også tiltræder enstemmigt. Denne politiske aftale fremstår som en udmøntning af de forslag, som erhvervsorganisationerne har fremsat, og som formentlig er drøftet mellem organisationerne og ministerierne i regi af coronataskforcen.

Forløbet omkring den midlertidige lønkompensationsordning er anderledes. Den bliver til som resultat af en trepartsforhandling mellem regeringen (finansministeren), FH og DA indgået den 14. marts 2020.[8] En sådan aftale varsler statsministeren allerede på pressemødet den 11. marts 2020, hvor hun, jf. boks 14.1 ovenfor, siger, at »vi er i dialog, tæt dialog, med arbejdsmarkedets parter om, hvordan vi gør det bedst.« Det forholder sig da også sådan, at der allerede på dette tidspunkt er drøftelser i gang mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter i form af DA og FH. Akkurat som det er tilfældet med de hjælpepakker, der ikke er specifikt rettet mod arbejdsmarkedet og lønmodtagerne, foregår forhandlingerne mellem embedsmænd fra ministerierne og sekretariatsmedarbejdere fra organisationerne. Som led i forberedelsen udarbejder Beskæftigelsesministeriet som nævnt en skitse til en lønkompensationsordning, som Erhvervsministeriet og Finansministeriet knytter kommentarer og tilføjelser til, jf. ovenfor. I lighed med DE og DI har DA udarbejdet sin egen model for en lønkompensationsordning. Den rækker, som det fremgår af boks 14.4, væsentligt videre end ministeriernes skitse.

Boks 14.4. Ministeriernes sammenligning af forskellige modeller for lønkompensation

Tabel 1
Økonomiske konsekvenser (mio. kr.)

	DA's forslag	Variant A1	Variant A2	Variant B	Variant C
Periode	6 måneder	6 måneder	2 måneder	2 måneder	2 måneder
Kompensation	¾ af løn, maksimalt 30.000 kr.	¾ af løn, maksimalt 20.000 kr.	¾ af løn, maksimalt 20.000 kr.	¾ af løn dog. og maksimalt 30.000 kr.	¾ af løn. og maksimalt 30.000 kr. (efter krav om udnyttelse af ferie/afspadsering)
Omfattede medarbejdere	Alle	Ved afskedigelse over 50 pct. / 50 pers.	Ved afskedigelse over 50 pct. / 50 pers.	Ved afskedigelse over 50 pct. / 50 pers.	Ved afskedigelse over 50 pct. / 50 pers.
Merudgifter	**[5.300]**	**[3.210]**	**[1.070]**	**[1.340]**	**[1.280]**

Kilde: Beskæftigelsesministeriet; Erhvervsministeriet; Finansministeriet. Marts 2020. Midlertidig lønkompensationsordning. Notatet er ikke dateret, men indgår i forberedelsen af ministermøde den 13. marts 2020. Tabellen er gengivet fra det citerede notat.

8 »Trepartsaftale om midlertidig lønkompensation for lønmodtagere på det private arbejdsmarked«, Finansministeriet, den 14. marts 2020.

Forskellen mellem DA's model, som har tilslutning fra FH, og de ministerielle modeller knytter sig dels til varigheden, dels til kompensationens omfang og i forhold til den første ministerielle skitse også til, om der skal knyttes et krav om udnyttelse af ferie og afspadsering til ordningen. Det er i den sammenhæng væsentligt, at tidligere modelvarianter af lønkompensationsordningen forudsatte en statslig kompensation til arbejdsgiveren på dagpengeniveau. Men Beskæftigelsesministeriet gør Finansministeriet opmærksom på, at »der skal være en variant, hvor kompensationen ydes på det foreslåede niveau [i DA's oplæg]. Det er hele grunden til, at FH bakker op om forslaget og ser det som en gevinst for lønmodtagerne.« Man frafalder derefter denne forudsætning.

Hvor merudgifterne i den ministerielle variant er anslået til 1,1-1,3 mia. kr., er de for DA's model anslået til 5,3 mia. kr. Det er i øvrigt en opjustering i forhold til de skøn, der ligger til grund for sammenligningen af modellerne i en lidt tidligere version af notatet, jf. ovenfor.[9] Hvilken rolle de forskellige varianter spiller i forhandlingerne mellem ministerierne og arbejdsmarkedets parter, er i øvrigt ikke klart. Det givne er alene, at variant C ligger tæt op ad den første model, som Beskæftigelsesministeriet opstiller i samspil med Erhvervsministeriet og Finansministeriet.

Regeringen imødekom i trepartsaftalen en række af elementerne i DA's og FH's nu fælles model, idet ordningen

- dækker lønmodtagere i private virksomheder, som står over for at skulle varsle afskedigelser for minimum 30 pct. af medarbejderstaben eller mere end 50 ansatte,
- vil gælde i 3 måneder fra den 9. marts til den 9. juni 2020 og
- vil udgøre tre fjerdedele af lønudgifterne for fuldtidsansatte, dog højst 23.000 kr. pr. måned pr. omfattet fuldtidsansat, og 90 pct. af lønudgiften pr. måned for timelønnede, dog højst 26.000 kr. månedligt pr. omfattet fuldtidsansat.

Med udgangspunkt i trepartsaftalen anmoder erhvervsministeren ved aktstykke 108 om Finansudvalgets tilslutning til at afholde de udgifter, der er forbundet med ordningen. Alle partier giver deres tilslutning til ansøgningen. Ordningen er imidlertid ikke forankret i en politisk aftale mellem regeringen og partierne, og den afføder formentlig på denne baggrund en lang række spørgsmål vedrørende ordningens omfang og tilstrækkelighed, jf. kapitel 15 nedenfor. I den diskussion, der følger efter Finansudvalgets tiltrædelse af aktstykke 108, genformulerer DA nogle af organisationens oprindelige krav. Resultatet er to justeringer af aftalen, som leder frem til erhvervsministerens ansøgning til Finansudvalget om bevillingsmæssig dækning for en udvidelse af ordningen. Det sker ved to aktstykker tiltrådt af Finansudvalget henholdsvis den 23. marts 2020, jf. nedenfor, og den 31. marts 2020. Den sidste bevilling indebærer, at beløbsgrænsen bliver sat op til en månedsløn på 30.000 kr. pr. fuldtidsansat uanset ansættelsesformen. Den indebærer også en foreløbig forlængelse af ordningen til den 29. august 2020.[10]

9 »Trepartsaftale om midlertidig lønkompensation for lønmodtagere på det private arbejdsmarked«, Finansministeriet, den 14. marts 2020.

10 Folketingsåret 2019-20, aktstykke 117, afgjort den 25. marts 2020; folketingsåret 2019-20, aktstykke 127, afgjort den 31. marts 2020.

Den midlertidige lønkompensationsordning er således allerede i udgangspunktet mere omfattende og dyrere, end man havde forudsat i det oprindelige ministerielle oplæg. Et udestående spørgsmål i forhandlingerne er dog, hvordan man sikrer opretholdelsen af praktikpladser i virksomhederne. Der var enighed om, at elever og lærlinge skulle være omfattet af ordningen, men det var ikke afklaret fuldt ud, på hvilken måde dette skulle ske. Spørgsmålet kommer op i april, men det sker, efter at Finansudvalget allerede i løbet af marts gennem tre aktstykker (108, 117 og 127) har først tiltrådt og siden udbygget og justeret ordningen. Et springende punkt er, hvordan man skal finansiere en bedre sikring af elevers og lærlinges praktikpladser. Finansministeriet, Børne- og Undervisningsministeriet og Beskæftigelsesministeriet udarbejder i den sammenhæng ret udførlige forslag til, at AUB (Arbejdsgivernes Uddannelsesbidrag) tilbagebetaler 6,1 mia. kr. til arbejdsgiverne for at sikre, at de fastholder elever og lærlinge. Beløbet er summen af AUB's akkumulerede overskud plus det forventede overskud for 2020. Forslaget er langt fremme i processen. Det imødekommer parternes ønske om at understøtte virksomhedernes opretholdelse af lære- og praktikpladser under krisen. Det bliver imidlertid opgivet, da parterne ikke kan acceptere finansieringsmodellen. Forud for dette forløb var det over for Finansudvalget »på baggrund af en drøftelse med arbejdsmarkedets parter præciseret, at virksomheder kan modtage lønkompensation for elever og lærlinge. Dette indebærer skønnede merudgifter i forhold til det, der fremgik af aktstykke nr. 108, på 120 mio. kr.«

Den ministerielle forvaltning

Forberedelsen, forhandlingen og udmøntningen af hjælpepakkerne er en omfattende administrativ operation. Den indebærer bl.a., at man i løbet af ret kort tid i ministerierne udarbejder udkast til og behandler et meget stort antal aktstykker. Alene i marts og april er der tale om 41 aktstykker. De overordnede økonomiske rammer for hjælpepakkerne er ganske vist politisk bestemt gennem regeringens ønske om at iværksætte understøttende foranstaltninger for virksomheder og lønmodtagere. Men aktstykkeansøgningerne fra ministerierne til Folketingets Finansudvalg og Finansudvalgets tiltrædelse af dem tilvejebringer både den bevillingsmæssige hjemmel for ordningerne og gennem tekstanmærkningerne også i vidt omfang hjemmelen til at fastsætte regler for administrationen af hjælpepakkerne. Man skal her i løbet af meget kort tid opbygge en administration, hvorigennem man hurtigt og sikkert kan foretage udbetaling af de meget høje støttebeløb, der indgår i de mange ordninger.

Ser man bort fra det tidspres, som forberedelsen af aktstykkerne er underlagt, følger arbejdet hermed sædvanlige centraladministrative procedurer. Fagministeriet udarbejder et udkast til et aktstykke, som det oversender til Finansministeriet, som derpå gennemgår det kritisk. Det danner basis for en dialog med spørgsmål, svar og endelig afklaring af de problemer og uenigheder, der knytter sig til de enkelte aktstykker. Indtrykket er klart, at man fastholder de sædvanlige arbejdsgange, hvor Finansministeriet optræder i rollen som den kritiske instans, der skal tiltræde et aktstykke, inden en minister må fremsende bevillingsansøgningen til Finansudvalget.

Da de overordnede politiske og økonomiske rammer uden undtagelse er tiltrådt af regeringen og forhandlet og aftalt med organisationerne og/eller partierne inden fagministeriets udarbejdelse og Finansministeriets behandling af aktstykkerne, kommer Finansministeriets gennemgang af aktstykkerne i høj grad til at handle om omkostningerne forbundet med

administrationen af de mange hjælpepakker samt den præcise afgrænsning af hver enkelt ordning. Det er igen en opgave, som indebærer inddragelsen af ministeriernes styrelser i denne del af udmøntningen forud for indhentning af Finansudvalgets tilsagn. Det er også en opgave, som involverer overvejelser af ret detaljeret organisatorisk, retlig og teknisk karakter.

Et særligt spørgsmål knytter sig til, hvor man skal placere den omfattende opgave med at behandle ansøgninger, foretage udbetalinger og kontrollere udbetalingerne. Den generelle model bliver at henlægge opgaven til Erhvervsstyrelsen under Erhvervsministeriet. Men det er ikke på alle punkter en given løsning. Det fremgår ovenfor, at Beskæftigelsesministeriet i første skitse til ordningen opererede med en alternativ model for lønkompensationsordningen. Ifølge den kunne De Regionale Arbejdsmarkedsråd (RAR) løse opgaven. En anden mulighed var at overlade den til Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR). Begge løsninger bliver dog hurtigt opgivet, da Erhvervsministeriet, som koordinerer arbejdet med hjælpepakkerne, i utvetydige vendinger tilkendegiver, at kun Erhvervsstyrelsen kan komme på tale som administrator.

Tilsvarende er der spørgsmål om administrationen af kompensationer til arrangører af større arrangementer, hvor opgaven i hovedsagen er henlagt til Erhvervsstyrelsen, men hvor Kulturministeriet også er inddraget som administrator. Løsningen er ikke uden spændinger, da Kulturministeriet ifølge Erhvervsministeriet har en mere lempelig tilgang til kriterierne for udbetaling af kompensation. Ligeledes får a-kasserne opgaven med at implementere ændrede regler for dagpengeanciennitet og perioden for modtagelse af sygedagpenge.

Aftalerne om og bevillingerne til hjælpepakkerne pålægger ministerierne en omfattende administrativ opgave. De får via aktstykkerne bevilling til at ansætte medarbejdere til løsning af opgaven. En meget stor del af dem bliver placeret i Erhvervsstyrelsen. Den administrative belastning som følge af hjælpepakkerne fører dog også til overvejelser om og etablering af en ordning for udlån af medarbejdere mellem ministerierne indbyrdes. Erhvervsstyrelsen lægger således op til udstationering af embedsmænd fra andre ministerier hos styrelsen i en periode på minimum 2 måneder, og at der generelt etableres »en nem og smidig udlånsordning«, hvor medarbejderne kan starte 1 uge senere. Erhvervsstyrelsen har på dette tidspunkt modtaget et tilbud fra Justitsministeriet om et udlån af ti jurister.

Sammenfatning

Arbejdet med de økonomiske hjælpepakker starter på samme tidspunkt, som covid-19-epidemien bliver taget op på regeringsniveau, dvs. fra og med den 27. februar 2020. Allerede her indleder man forberedelsen af hjælpepakkerne, et arbejde, som i høj grad bliver forankret i Erhvervsministeriet. Det sker imidlertid i et tæt samspil og samarbejde med andre ministerier, i særlig grad Finansministeriet, Skatteministeriet og Beskæftigelsesministeriet. Arbejdet kommer til at foregå inden for rammerne af de procedurer, der bliver etableret i de første dage af marts med AC-gruppen som koordinerende og formidlende forum. Det er dog sådan, at forberedelsen af hjælpepakkerne i meget høj grad sker på en måde, hvor man kan tale om en særlig hjælpepakkegruppe bestående af de nævnte ministerier, som ret selvstændigt løser disse opgaver. Det sker med løbende orientering af og i samspil med Statsministeriet, men til forskel fra processen omkring nedlukningen oplever man i mindre grad her Statsministeriet som den bestillende opdragsgiver. Det er i den sammenhæng også sådan, at den faste

regeringskoordination med forelæggelser for henholdsvis økonomiudvalget og koordinationsudvalget i højere grad er intakt.

Ministerierne står i forberedelsen af hjælpepakkerne og igennem hele forløbet over for en betydelig usikkerhed. Det fremgår af gennemgangen af den ministerielle forberedelse ovenfor. De vurderinger, der bliver foretaget, har derfor karakter af overslag og estimater, hvor man bl.a. forsøger at trække paralleller til erfaringerne fra finanskrisen og til askeskyens konsekvenser for luftfarts- og rejsebranchen.[11] Ligeledes inddrager man de historiske erfaringer fra studier af de økonomiske konsekvenser af epidemier. Det betyder også, at man understreger den usikkerhed, som knytter sig til et skøn over det forventede udgiftstræk som følge af pakkerne. Finansministeriet understreger meget stærkt denne usikkerhed, da regeringens koordinationsudvalg den 5. april 2020 skal drøfte hjælpepakkerne og udsigterne for dansk økonomi i lyset af krisen i et længere perspektiv. Der er, hedder det, »exceptionelt stor usikkerhed om de økonomiske udsigter.« Finansministeriet fremlægger for ministrene en meget grundig fagøkonomisk vurdering af situationen og fremtidsudsigterne, men det gennemgående budskab er den betydelige usikkerhed, hvori man handler. Denne usikkerhed med hensyn til mulighederne for at tilvejebringe et solidt beslutningsgrundlag kommer også for dagen i rapporten fra den økonomiske ekspertgruppe, som regeringen nedsatte den 1. maj 2020 til at rådgive om genåbningen. Det understreges yderligere, da gruppen senere samme måned får til opgave at vurdere hjælpepakkerne forud for deres forventede udfasning.[12]

Det særlige ved hjælpepakkerne er, at de ikke bliver til på grundlag af konkrete politiske udspil fra regeringen, som den derefter søger parlamentarisk tilslutning til gennem de enkelte tiltags forelæggelse for Folketingets Finansudvalg. I stedet inviterer man til dialog med erhvervenes og lønmodtagernes organisationer. Denne dialog bliver ovenikøbet lagt ind i ret faste og institutionaliserede rammer allerede fra begyndelsen af processen. De tidlige og store hjælpepakker bliver til i regi af forhandlinger, dels mellem regeringen og erhvervenes hovedorganisationer, dels mellem regeringen og arbejdsmarkedets parter, DA og FH. Men det er i begge tilfælde en ret åben proces, hvor andre har mulighed for at melde deres behov ind. I første omgang betyder det, at nogle af de store hjælpepakker formes hen over mere eller mindre præcise forslag udarbejdet af organisationerne. For lønkompensationen var grundlaget et forslag udarbejdet af DA, som FH grundlæggende tilsluttede sig. I de senere faser, hvor de store ordninger justeres og udvides, og hvor nye og mindre hjælpepakker bliver føjet til, udvikler det sig i ret høj grad til en efterspørgselsdrevet proces. Det er i den sammenhæng væsentligt at føje til, at partierne i Folketingets Finansudvalg ofte enstemmigt eller med brede flertal bevilger midler til dækning af udgifterne til de enkelte ordninger. Men det fremgår ofte af de bemærkninger, som et eller flere partier knytter til behandlingen af aktstykkerne, at der efter deres vurdering er behov for en mere omfattende støtte.

På denne måde kan man konstatere, at ministerierne ved forberedelsen og udmøntningen af hjælpepakkerne stod over for en dobbelt

11 Man henviser her til lammelsen af flytrafikken over Nordatlanten, som var en konsekvens af et vulkanudbrud på Island i april 2010. Den udløste askesky havde i en periode store konsekvenser for rejsemønstrene og dermed for økonomien.

12 Torben M. Andersen, Michael Svarrer og Philip Schröder, »Rapport fra den økonomiske ekspertgruppe vedrørende genåbning af Danmark«, den 6. maj 2020; Torben M. Andersen, Michael Svarrer og Philip Schröder, »Rapport fra den økonomiske ekspertgruppe vedrørende udfasning af hjælpepakker«, den 27. maj 2020.

usikkerhed. Den ene knyttede sig til den begrænsede og usikre viden om epidemiens udvikling og borgernes og virksomhedernes adfærdsmæssige reaktioner på den og på de myndighedstiltag, der blev gjort. Den anden var af politisk karakter, fordi rigtig meget afhang af forhandlinger med eksterne parter.

Kapitel 15

Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen

Dette kapitel belyser den væsentlige rolle, som Folketinget i samspil med regeringen spiller i håndteringen af covid-19. Kapitlet beskæftiger sig med Folketingets vedtagelse af en stribe af lovforslag, som regeringen i marts og april 2020 ønsker hastebehandlet, herunder to ændringer af epidemiloven, og med Finansudvalgets godkendelse af en række aktstykker om økonomiske hjælpepakker m.v. Endvidere tegnes der et billede af den parlamentariske kontrol, som Folketinget fører med regeringen i perioden i form af navnlig spørgsmål til ministre og den mere uformelle inddragelse af Folketingets partier i regeringens håndtering af covid-19 i form af bl.a. møder med de forskellige ministre.

Covid-19 fylder indtil den 12. marts 2020 ganske lidt på Folketingets officielle dagsorden. Der stilles enkelte udvalgsspørgsmål, navnlig i Sundheds- og Ældreudvalget, men endnu ingen § 20-spørgsmål. Endvidere bliver covid-19 det centrale tema under en spørgetime med statsministeren, der gennemføres den 10. marts 2020 med lederne af folketingsgrupperne uden for regeringen. Sundheds- og ældreministeren orienterer løbende partiernes sundhedsordførere om situationen, som den udvikler sig, herunder på et møde med sundhedsordførerne og psykiatriordførerne den 29. januar 2020 om andre spørgsmål, hvor der dagen før mødet sættes et punkt på dagsordenen vedrørende et muligt tilfælde af covid-19 i Danmark. Der holdes endvidere ordførermøder om covid-19 den 4., 19. og 26. februar og den 5. marts 2020.

Folketingets rolle ændres markant den 12. marts 2020, hvor sundheds- og ældreministeren fremsætter det første lovforslag til ændring af epidemiloven, lovforslag nr. L 133. Det er det første af 20 lovforslag, der fremsættes og hastebehandles i marts og april 2020, jf. nedenfor. Lovforslagene omfatter flere forskellige ressortområder og behandles derfor af forskellige folketingsudvalg, herunder Beskæftigelsesudvalget, Erhvervsudvalget, Skatteudvalget, Sundheds- og Ældreudvalget og Uddannelses- og Forskningsudvalget. I samme periode hastebehandler Folketingets Finansudvalg som nærmere beskrevet nedenfor en lang række aktstykker relateret til covid-19-håndteringen.

Det Udenrigspolitiske Nævn bliver ikke inddraget i regeringens beslut-

ning om at indføre indrejserestriktioner og grænsekontrol, jf. kapitel 10, og ses således ikke i udredningsperioden at spille nogen rolle i forbindelse med håndteringen af covid-19. Udredningsgruppen er bekendt med, at den manglende inddragelse af Nævnet senere giver anledning til drøftelser mellem Nævnet og udenrigsministeren. I brev af 10. juli 2020 til udenrigsministeren fra formanden for Det Udenrigspolitiske Nævn bemærker Nævnet således, at det gerne havde været inddraget i regeringens beslutning om lukning af grænserne og de indførte rejserestriktioner og i regeringens efterfølgende strategi for ophævelse af midlertidige rejserestriktioner og grænsekontrol. Nævnet udtrykker dog tilfredshed med det tilsagn, som udenrigsministeren giver om fremover at inddrage Nævnet, herunder orientere Nævnet forud for ethvert større skridt, som regeringen agter at tage til afvikling af de danske indrejserestriktioner. I brev af samme dag til Nævnet anfører udenrigsministeren, at det forhold, at der efter regeringens opfattelse ikke foreligger en rådføringspligt i forbindelse med indførelsen af indrejserestriktioner, selvsagt ikke udelukker, at Nævnet inddrages, og at det er i den ånd, at Udenrigsministeriet giver sit tilsagn om at holde Nævnet orienteret.

I forbindelse med den delvise nedlukning af Danmark vælger Folketinget i marts 2020 at begrænse Folketingets møder til primært behandling af hastelovforslag, hvilket bl.a. påvirker karakteren af den parlamentariske kontrol, som Folketinget fører med regeringen, jf. nedenfor. Dette har bl.a. betydning for den almindelige spørgetid om onsdagen og spørgetimerne med statsministeren, der ikke gennemføres i en periode, ligesom der ikke afholdes fysiske samråd. Muligheden for at stille udvalgsspørgsmål og § 20-spørgsmål til skriftlig besvarelse påvirkes derimod ikke, og antallet af spørgsmål, der vedrører covid-19, stiger væsentligt i løbet af perioden.

Regeringens håndtering af covid-19 giver sig udslag i forskellige sager på Folketingets dagsorden. Det gælder f.eks. behandling af lovforslag, forespørgsler og spørgsmål til sundheds- og ældreministeren og øvrige ministre, der offentliggøres på Folketingets hjemmeside. Andre dele af håndteringen giver sig, jf. nedenfor, mere uformelt udslag i bl.a. møder i Statsministeriet og andre ministerier med ordførere for og ledere af Folketingets partier og nedsættelse af en særlig følgegruppe af sundhedsordførere, jf. nedenfor.

Lovgivning om covid-19

Covid-19-relaterede lovforslag fremsat i marts og april 2020

Regeringen fremsætter i marts og april 2020 20 lovforslag vedrørende covid-19, jf. tabel 15.1. Alle forslag på nær et behandles og vedtages af Folketinget inden for 10 dage fra deres fremsættelse og i gennemsnit på 6 dage, og i alle tilfælde sker der en fravigelse af Folketingets almindelige regler for behandling af lovforslag beskrevet nedenfor. Der følges ved behandling af lovforslagene en fremgangsmåde for hastebehandling af lovforslag, der er nærmere beskrevet nedenfor med særlig omtale af de to af lovforslagene, lovforslag nr. L 133 og L 158, der vedrører ændringer af epidemiloven. De vedtagne lovforslag indeholder, jf. kapitel 4, tabel 4.5, en række bemyndigelser, der ofte bliver udmøntet, straks efter at den pågældende lov er trådt i kraft, jf. kapitel 10 og 12.

Tabel 15.1. Oversigt over covid-19-relaterede lovforslag fremsat i marts og april 2020

Nr.	Titel	Fremsat	Vedtaget
L 133	Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.)	12. marts 2020	12. marts 2020
L 134	Forslag til lov om midlertidig udskydelse af betalingsfrister for indeholdt A-skat og arbejdsmarkedsbidrag, B-skat og foreløbigt arbejdsmarkedsbidrag samt midlertidig udskydelse af angivelses- og betalingsfrister og forlængelse af afgiftsperioder for moms m.v.	13. marts 2020	17. marts 2020
L 135	Forslag til lov om ændring af lov om sygedagpenge (Udvidet ret for arbejdsgiver til refusion og for selvstændige til sygedagpenge som følge af covid-19)	13. marts 2020	17. marts 2020
L 140	Forslag til lov om midlertidige foranstaltninger på børne- og undervisningsområdet og folkehøjskoleområdet og for den frie folkeoplysende virksomhed til forebyggelse og afhjælpning i forbindelse med covid-19	17. marts 2020	19. marts 2020
L 141	Forslag til lov om arbejdsgiveres og lønmodtageres retsstilling ved lønkompensation af virksomheder i forbindelse med covid-19	19. marts 2020	24. marts 2020
L 142	Forslag til lov om ændring af lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. og lov om arbejdsgiveres og lønmodtageres retsstilling ved lønkompensation af virksomheder i forbindelse med covid-19 (Perioder, der ses bort fra ved forbrug af dagpenge m.v.)	24. marts 2020	26. marts 2020
L 143	Forslag til lov om ændring af lov om sygedagpenge (Midlertidig forlængelse af retten til sygedagpenge)	24. marts 2020	26. marts 2020
L 144	Forslag til lov om ændring af SU-loven (Udvidede muligheder for studielån og slutlån samt forhøjelse af fribeløb som følge af covid-19)	24. marts 2020	31. marts 2020
L 145	Forslag til lov om ændring af lov om en rejsegarantifond (Udvidet dækningsområde for Rejsegarantifonden i ekstraordinære situationer)	24. marts 2020	26. marts 2020
L 153	Forslag til lov om kommuners og regioners indkøb i forbindelse med håndtering af covid-19	26. marts 2020	31. marts 2020
L 154	Forslag til lov om ændring af lov om radio- og fjernsynsvirksomhed (Forlængelse af tilladelse til distribution af antenne-tv)	26. marts 2020	31. marts 2020
L 157	Forslag til lov om ændring af straffeloven, retsplejeloven og udlændingeloven (Skærpet straf for lovovertrædelser med baggrund i eller sammenhæng med covid-19 og blokering af hjemmesider, hvorfra der begås visse lovovertrædelser, som har baggrund i eller sammenhæng med covid-19)	26. marts 2020	2. april 2020

Nr.	Titel	Fremsat	Vedtaget
L 158	Forslag til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.)	26. marts 2020	31. marts 2020
L 161	Forslag til lov om udskydelse af ferie i forbindelse med covid-19	31. marts 2020	2. april 2020
L 168	Forslag til lov om bemyndigelse til midlertidig fravigelse af virksomheders pligter på selskabs- og regnskabsområdet og af reglerne om begrænsning af butikkernes åbningstider i forbindelse med covid-19	31. marts 2020	2. april 2020[1]
L 169	Forslag til lov om ændring af lov om aktiv socialpolitik, lov om arbejdsløshedsforsikring m.v. og lov om sygedagpenge (Forlængelse af 12-månedersperioden i 225-timersreglen som følge af covid-19, forlængelse af perioder, der ses bort fra ved forbrug af arbejdsløshedsdagpenge m.v., og udvidelse af perioden, hvor der sker en midlertidig forlængelse af sygedagpengeperioden)	14. april 2020	21. april 2020
L 171	Forslag til lov om ændring af SU-loven (Udvidet mulighed for slutlån som følge af covid-19)	21. april 2020	30. april 2020
L 172	Forslag til lov om ændring af lov om fremme af vedvarende energi og lov om naturgasforsyning (Bemyndigelse til midlertidig fravigelse af frister og andre betingelser som følge af covid-19)	21. april 2020	28. april 2020
L 175	Forslag til lov om rentefrie lån svarende til angivet moms og lønsumsafgift og fremrykket udbetaling af skattekreditter m.v. i forbindelse med covid-19	21. april 2020	30. april 2020
L 181	Forslag til lov om ændring af lov om en rejsegarantifond (Ændret tilbagebetalingsmodel i forbindelse med udvidet dækningsområde for Rejsegarantifonden i ekstraordinære situationer)	28. april 2020	14. maj 2020

Normalprocedure for behandling af lovforslag

Folketingets behandling af lovforslag beror på enkelte regler i grundloven og udfyldende regler fastsat i Folketingets forretningsorden, som Folketinget selv fastsætter i medfør af grundlovens § 48.

Lovforslag skal i medfør af grundlovens § 41, stk. 2, behandles tre gange i Folketinget, inden de kan vedtages. Der er ikke krav om udvalgsbehandling af lovforslag, men som det klare udgangspunkt henvises et lovforslag til behandling i et af Folketingets udvalg efter 1. behandling, og en mindre andel af forslagene igen

1 Lovforslaget blev ved 2. behandling delt i lovforslag nr. L 168 A til lov om bemyndigelse til midlertidig fravigelse af virksomheders pligter på selskabs- og regnskabsområdet i forbindelse med covid-19 og lovforslag nr. L 168 B til lov om bemyndigelse til midlertidig fravigelse af reglerne om begrænsning af butikkernes åbningstider i forbindelse med covid-19, der begge blev vedtaget den 2. april 2020.

efter 2. behandling. Henvises et lovforslag til udvalgsbehandling, kan forslaget først behandles af Folketinget igen, når udvalget har afgivet betænkning over forslaget, jf. forretningsordenens § 8 a, stk. 2, 2. pkt.

1. behandling af et lovforslag må tidligst finde sted, 2 dage efter at lovforslaget er fremsat, og 1. behandling bør ikke finde sted før 5 dage efter dette tidspunkt, jf. forretningsordenens § 11, stk. 1, 1. pkt. I praksis følger Folketinget den hovedregel, at et lovforslag fremsat af regeringen kommer til 1. behandling, i den første eller anden uge efter at det er blevet fremsat.[2]

Der er ikke i Folketingets forretningsorden eller andetsteds fastsat regler, hvorefter et lovforslag skal sendes i offentlig høring, inden det behandles i Folketinget. Det følger dog af Justitsministeriets vejledning om lovkvalitet, at der som alt overvejende hovedregel bør foretages høring over lovudkast, medmindre f.eks. lovforslaget bygger på en betænkning, der har været i høring, eller tidsmæssige grunde er til hinder for at gennemføre høring. Om formålet med høring anføres det i vejledningen:

> »Det er vigtigt at have klarhed over, hvilken indstilling de myndigheder og organisationer mv., som vil blive berørt af en lovregulering, har til det påtænkte lovforslag.
>
> Dette er bl.a. væsentligt for det pågældende fagministeriums vurdering af, om lovudkastet ud fra tekniske og indholdsmæssige synspunkter kan anses for egnet og herunder forventes at »holde« i praksis, og for Folketingets bedømmelse af, om lovforslaget kan anses for rimeligt og hensigtsmæssigt.
>
> Det er også et selvstændigt mål at sikre, at de berørte parter inddrages i udarbejdelsen af lovgivning, som vedrører deres forhold.«[3]

For lovforslag fremsat af regeringen, der har været i høring, gælder, at de høringssvar, som pågældende ministerium har modtaget, og det høringsnotat, som ministeriet har udarbejdet med ministeriets kommentarer til høringssvarene, bør oversendes til Folketinget på tidspunktet for fremsættelsen, og hvis dette ikke er muligt, da senest torsdag kl. 15, ugen før forslaget er sat til 1. behandling, således at det herefter kan omdeles til det udvalg, forslaget forventes henvist til, inden kl. 12 den følgende fredag.[4] Modtager Folketinget ikke høringsmaterialet inden for sidstnævnte frist, kan Folketingets formand i medfør af sin almindelige adgang efter forretningsordenens § 32 til at ændre i ugeplan og dagsorden udskyde 1. behandling af det pågældende lovforslag. Formanden må som udgangspunkt forventes at benytte sig af denne adgang, såfremt behandlingen begæres udskudt af blot en af ordførerne, medmindre der er indgået en særlig aftale mellem den pågældende minister og Folketingets formand eller der foreligger særlige omstændigheder, der kan begrunde en gennemførelse af behandlingen som planlagt.

Grundloven indeholder ikke bestemmelser om den tidsmæssige adskillelse af de tre behandlinger. Sådanne bestemmelser indgår derimod i forretningsordenen i form af regler om, hvornår de tre behandlinger af lovforslag kan gennemføres. Efter disse regler skal der være en

2 »Håndbog i folketingsarbejdet«, Folketinget, 2015, s. 44.
3 »Vejledning om lovkvalitet«, Justitsministeriet, 2018, s. 220.
4 »Vejledning om lovkvalitet«, Justitsministeriet, 2018, s. 227, og »Håndbog i folketingsarbejdet«, Folketinget, 2015, s. 81.

adskillelse på mindst 2 dage mellem hver af de tre behandlinger og en tilsvarende tidsmæssig adskillelse fra tidspunktet for offentliggørelse af betænkninger fra det udvalg, som lovforslaget er henvist til, til Folketingets derpå følgende behandling af lovforslaget, jf. forretningsordenens § 8 a, stk. 2, 2. pkt., § 12, stk. 1, 1. pkt., og § 13, stk. 1, 1. pkt. Endelig foreskriver sidstnævnte bestemmelse, at der skal gå minimum 30 dage efter fremsættelsen af et lovforslag til forslagets 3. behandling.

Der er ikke fastlagt nogen definition i Folketinget af hastebehandling, og forretningsordenen indeholder ingen særlige regler herom. Et lovforslag kan dog behandles på under 30 dage, hvis Folketinget med tre fjerdedeles flertal i medfør af forretningsordenens § 42, der indeholder en almindelig hjemmel til at fravige forretningsordenen, beslutter at fravige de almindelige fristregler. Følges denne fremgangsmåde, er det muligt, at Folketinget gennemfører alle tre behandlinger af et lovforslag, på samme dag som lovforslaget fremsættes.

Hastebehandling af lovforslag samme dag eller inden for få dage forekommer kun sjældent og under ekstraordinære omstændigheder, hvorimod det er mere almindeligt, at 30-dagesreglen fraviges for at gennemføre 3. behandling typisk et par dage før de 30 dage efter fremsættelsen. Som eksempler på lovforslag vedtaget på ganske kort tid kan nævnes forslag om forlængelse og fornyelse af kollektive overenskomster og aftaler for visse grupper af ansatte på det offentlige område, der i 2013 blev behandlet på 2 dage, forslag om håndtering af flygtninge- og migrantsituationen, der i 2015 blev behandlet på 2 dage, forslag om ophævelse af 60/40-støtteordningen for solcelleanlæg, der i 2016 blev behandlet på én dag, forslag om dækning af krav fra danske forsikringstagere i det liechtensteinske forsikringsselskab Gable Insurance AG under konkurs, der i 2016 blev behandlet på 3 dage, og forslag om fratagelse af statsborgerskab fra fremmedkrigere m.v., der i 2019 blev behandlet på 3 dage.[5]

Folketingets Udvalg for Forretningsordenen tager i begyndelsen af folketingsåret 2019-20 spørgsmålet om Folketingets hastebehandling af lovforslag op til behandling i udvalget. Det gælder bl.a. de uhensigtsmæssige følger af, at det i visse situationer er nødvendigt at behandle lovforslag i Folketinget inden for en særlig kort tidsramme. Folketingets formand orienterer ved brev af 15. januar 2020 statsministeren om disse drøftelser.[6]

I brevet anføres bl.a., at udvalget finder, at 30-dagesreglen er meget væsentlig i forhold til at sikre tilstrækkelig tid til, at Folketinget kan foretage en omhyggelig behandling af lovforslag, men at udvalget anerkender, at der kan forekomme særlig presserende omstændigheder, som gør det nødvendigt at behandle

5 Der henvises til forslag nr. L 215 til lov om forlængelse og fornyelse af kollektive overenskomster og aftaler for visse grupper af ansatte på det offentlige område, der blev fremsat den 25. april 2013 og endeligt vedtaget den 26. april 2013, forslag nr. L 62 til lov om ændring af udlændingeloven (Håndtering af flygtninge- og migrantsituationen), der blev fremsat den 18. november 2015 og endeligt vedtaget den 20. november 2015, forslag nr. L 185 til lov om ændring af lov om fremme af vedvarende energi (Ophævelse af 60/40-støtteordningen for solcelleanlæg), der blev fremsat og endeligt vedtaget den 3. maj 2016, forslag nr. L 96 til lov til lov om ændring af lov om en garantifond for skadesforsikringsselskaber (Dækning af krav fra danske forsikringstagere i det liechtensteinske forsikringsselskab Gable Insurance AG under konkurs), der blev fremsat den 6. december 2016 og endeligt vedtaget den 8. december 2016, og forslag nr. L 38 til lov om ændring af lov om dansk indfødsret og udlændingeloven (Fratagelse af statsborgerskab fra fremmedkrigere m.v.), der blev fremsat den 22. oktober 2019 og endeligt vedtaget den 24. oktober 2019.

6 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 49.

lovforslag på kort tid. Udvalget anfører, at det i sådanne tilfælde er ønskeligt med en mere fast fremgangsmåde, og opfordrer til, at hastebehandling af lovforslag sker med udgangspunkt i følgende retningslinjer:

»• Regeringen bør fremsætte anmodning om hastebehandling torsdag i ugen før den ønskede vedtagelse. Anmodningen bør fremsættes i et brev fra vedkommende minister til Folketingets formand og indeholde en beskrivelse af lovforslagets hovedindhold og en begrundelse for regeringens ønske om hastebehandling. Endvidere bør anmodningen indeholde oplysninger om høring over lovforslaget og regeringens eventuelle særlige ønsker til tidsplanen for behandlingen.

- Der afholdes møde i Udvalget for Forretningsordenen fredag formiddag. På mødet drøftes ønsket om en hastebehandling, og den nærmere tilrettelæggelse af behandlingen besluttes. Mødet træder således i stedet for de gruppeformandsmøder, der efter nuværende praksis sædvanligvis holdes ved hastebehandlinger.

- Lovforslaget anmeldes i Folketingssalen i et møde samme fredag.

- Lovforslagets 1. behandling afholdes den efterfølgende tirsdag.

- Onsdagen afsættes til udvalgsbehandling. Det forventes, at vedkommende minister svarer på udvalgets spørgsmål samme dag, herunder yder teknisk bistand til ændringsforslag, hvis der er ønsker herom.

- Lovforslagets 2. behandling afholdes torsdag.

- Lovforslagets 3. behandling afholdes fredag. Der vil således undtagelsesvis blive tale om afstemning om fredagen.«

I brevet anføres, at retningslinjerne vil skulle anvendes med nogen fleksibilitet under hensyn til de konkrete omstændigheder, og at processen i det enkelte tilfælde vil bero på politiske beslutninger.

I brevet betoner Udvalget for Forretningsordenen endvidere de krav, som stilles til regeringen under hastebehandling af lovforslag:

»Udvalget finder principielt, at det ikke bør gøre nogen forskel for tilgængeligheden og kvaliteten af den betjening, som Folketinget og dets udvalg og medlemmer kan forvente fra regeringen under behandlingen af et lovforslag, at behandlingen efter regeringens ønske skal forløbe over et særligt kort tidsrum.

Det må derfor påhvile regeringen at sikre, at der i alle tilfælde er tilstrækkelige personaleressourcer til rådighed til selv med meget korte frister at besvare spørgsmål under udvalgsbehandlingen, herunder yde teknisk bistand til ændringsforslag, hvis dette efterspørges. Ligeledes bør vedkommende minister gøre sit yderste for at være til rådighed, hvis udvalget ønsker afholdt samråd under udvalgsbehandlingen.

> Endelig ønsker udvalget, at regeringen, når et lovforslag ønskes hastebehandlet, forsyner lovforslaget med en såkaldt solnedgangsbestemmelse, således at det sikres, at Folketinget efter en vis tid får mulighed for at drøfte sagen på ny under mere normale former og beslutte, om den nye lovgivning skal videreføres.«

Statsministeren besvarer brevet fra Folketingets formand i brev af 27. januar 2020, hvori følgende bl.a. anføres:

> »Lad mig starte med at slå fast, at regeringen til fulde deler opfattelsen af, at det generelt er vigtigt at sikre tilstrækkelig tid til en ordentlig folketingsbehandling, herunder at overholde 30-dages fristen i forbindelse med behandlingen af lovforslag. Som Udvalget for Forretningsordenen også anerkender, vil der dog fra tid til anden opstå situationer, hvor der af den ene eller anden grund er behov for at behandle et lov- eller beslutningsforslag hurtigere.
>
> Når behovet for hastebehandlinger opstår, lægger regeringen vægt på at tilrettelægge processen i et tæt samarbejde med Folketinget, ligesom den vedkommende minister naturligvis bør udvise fleksibilitet og stå til rådighed for den bistand til Folketinget, som er nødvendig. Regeringen noterer sig derfor også Udvalget for Forretningsordenens opfordring til at følge de opstillede generelle retningslinjer for, hvordan hastebehandlinger planlægges, herunder at udvalget har et ønske om, at hastelovgivning forsynes med en solnedgangsbestemmelse.
>
> Jeg noterer mig dog samtidig, at Udvalget for Forretningsordenen selv understreger, at processen i det enkelte konkrete tilfælde naturligvis i sidste ende vil bero på politiske beslutninger, dvs. at 3/4 af Folketingets medlemmer også fremadrettet vil kunne beslutte den proces for hastebehandling, som flertallet finder nødvendig i den konkrete situation.«[7]

Hastebehandling af lovforslag om covid-19

Generelt om hastebehandling af lovforslag om covid-19 fremsat i marts og april 2020

Folketinget behandler med en enkelt undtagelse samtlige 20 lovforslag vedrørende håndtering af covid-19, der fremsættes af regeringen i marts og april 2020, inden for 10 dage fra fremsættelsen og dermed på væsentlig kortere tid end de normalt påkrævede 30 dage. I et enkelt tilfælde, den første ændring af epidemiloven, behandler Folketinget lovforslaget som beskrevet nedenfor på én dag.

Forud for fremsættelsen af et lovforslag om covid-19 orienterer statsministeren i brev til Folketingets formand om, at regeringen ønsker at fremsætte det pågældende forslag, med angivelse af, hvornår regeringen ønsker forslaget behandlet i Folketinget. Brevene herom bliver ofte modtaget en dag eller få dage inden dagen, hvor regeringen ønsker det pågældende lovforslag fremsat.

Statsministerens forslag til tidsplan for behandling af de pågældende forslag bliver i alle tilfælde forelagt Udvalget for Forretningsorden-

7 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 53.

en, typisk i form af en skriftlig høring, og i alle tilfælde tiltræder udvalget tidsplanen.

I forbindelse med godkendelsen af regeringens forslag til tidsplan for den anden ændring af epidemiloven (lovforslag nr. L 158) som angivet i brev fra statsministeren af 25. marts 2020 bliver der imidlertid rejst kritik i Udvalget for Forretningsordenen af, at Folketinget ikke har tilstrækkelig viden om forslagets indhold til ordentligt at kunne forholde sig til tidsplanen. Som beskrevet nedenfor tiltræder udvalget dog tidsplanen efter modtagelsen af en notits om lovforslaget, og efter at følgegruppen af sundhedsordførere inviteres til et møde i Sundheds- og Ældreministeriet, hvor følgegruppen får gennemgået lovforslaget.

Kritikken viderebringes efterfølgende til Statsministeriet, der herefter i senere breve fra statsministeren til Folketingets formand om fremsættelse af hastelovforslag i alle tilfælde medsender notater om indholdet af de pågældende lovforslag.[8]

Hastebehandling af lovforslag nr. L 133
Folketinget vedtager den 12. marts 2020 den første ændring af epidemiloven fremsat samme dag af sundheds- og ældreministeren som forslag nr. L 133 til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.).

Folketingets behandling af lovforslaget, der gennemføres på under 14 timer, er skitseret i tabel 15.2 og nærmere beskrevet i det følgende.

Tabel 15.2. Tidsoversigt over behandlingen af lovforslag nr. L 133

Statsministerens orientering til Folketinget om lovforslaget	11. marts 2020, kl. 15.59
Oversendelse af lovforslaget til Folketinget	12. marts 2020, kl. 01.54
Fremsættelse af lovforslaget	12. marts 2020, kl. 10.00
1. behandling af lovforslaget	12. marts 2020, kl. 11.00-11.57
Offentliggørelse af Sundheds- og Ældreudvalgets betænkning	12. marts 2020, kl. 22.58
2. behandling af lovforslaget	12. marts 2020, kl. 23.15-23.25
Offentliggørelse af Sundheds- og Ældreudvalgets tillægsbetænkning	12. marts 2020, kl. 23.42
3. behandling af lovforslaget	12. marts 2020, kl. 23.45
Stadfæstelse af lovforslaget	17. marts 2020

8 I det første brev fra statsministeren om fremsættelse af lovforslag efter brevet af 25. marts 2020 omtalt ovenfor anføres i brevet, der vedrører fremsættelsen af lovforslag nr. L 161 og L 168: »Som ønsket er der vedlagt notitser om indholdet af begge forslag«, jf. folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 69.

Statsministeren orienterer i et brev til Folketingets formand sendt ved e-mail den 11. marts 2020, kl. 15.59, om, at regeringen ønsker forslaget fremsat og hastebehandlet. I brevet anføres bl.a.:

> »Som annonceret i Folketingets spørgetime i går vil regeringen i den forbindelse fremsætte et antal lovforslag, som regeringen vil appellere til Folketinget om at behandle så hurtigt, det er muligt.
>
> Jeg oplevede i spørgetimen, at der er bred opbakning fra Folketingets partier til regeringens indsats i den helt særlige situation, som Danmark står i.
>
> Sundheds- og ældreministeren vil allerede i morgen fremsætte et lovforslag, der bl.a. giver myndighederne øgede handlemuligheder ift. at påbyde personer at lade sig isolere og at forbyde afholdelse af offentlige arrangementer mv., ligesom lovforslaget vil give sundheds- og ældreministeren bemyndigelse til at fastsætte regler om, at en række rettigheder og pligter efter sundhedsloven m.fl. kan begrænses helt eller del vist.
>
> Det er mit håb, at Folketinget vil have forståelse for og bakke op om en meget hurtig behandling af dette lovforslag, så det - med opbakning fra Folketingets partier - kan 3. behandles allerede i morgen eller evt. fredag.«[9]

Efter modtagelsen af statsministerens brev bliver der på møder i Udvalget for Forretningsordenen og Folketingets Præsidium den 11. marts 2020 lagt en tidsplan for behandling af lovforslaget, der indebærer, at forslaget kan færdigbehandles på én dag, forudsat at Folketinget giver samtykke til at fravige de ovenfor beskrevne frister i forretningsordenen for behandling af lovforslag.

Senere samme dag foretages der en gennemgang af forslaget på et møde kl. 21.30-22.30 i Sundheds- og Ældreministeriet for sundhedsordførerne, og nogle timer senere, den 12. marts 2020, kl. 01.54, modtager Folketinget lovforslaget, som Folketingets Udvalgssekretariat sender til Sundheds- og Ældreudvalgets medlemmer kl. 02.16.

Lovforslaget fremsættes på møde nr. 71 i Folketinget den 12. marts 2020, kl. 10.00.

Det følger af lovforslaget, at det akutte behov for at vedtage de tiltag, som forslaget indeholder, betyder, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke inden eller samtidig med fremsættelsen har sendt lovforslaget i høring.[10]

1. behandling af lovforslaget foretages på møde nr. 72 den 12. marts 2020, kl. 11.00, efter at Folketinget ved begyndelsen af mødet med hjemmel i forretningsordenens § 42 giver samtykke til at foretage 1. behandling samme dag, som forslaget er fremsat.[11]

Ved afslutningen af 1. behandling, der varer 57 minutter, henvises forslaget til Sundheds- og Ældreudvalget med inddragelse af Retsudvalget.

9 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 62.
10 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 133 som fremsat, s. 19.
11 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 72, kl. 11.00.

Sundheds- og Ældreudvalget behandler umiddelbart efter 1. behandling lovforslaget i et lukket møde, der begynder kl. 12.09. Retsudvalgets medlemmer er inviteret til at deltage i mødet, hvori også sundheds- og ældreministeren deltager. Under mødet gennemføres en teknisk gennemgang af lovforslaget, hvor ministeren med bistand fra embedsmænd fra Sundheds- og Ældreministeriet og Justitsministeriet gennemgår centrale dele af forslaget og besvarer mundtlige spørgsmål til forslaget fra medlemmerne af de to udvalg, herunder bl.a. om solnedgangsklausulen, ekspropriationsbestemmelsen i den foreslåede § 27 og de forskellige bemyndigelser i forslaget og udmøntningen af dem.[12] Der er, som den tekniske gennemgang forløber, ikke nogen klar adskillelse af de tekniske og de politiske aspekter ved lovforslaget, som bliver taget op og besvaret under gennemgangen. Flere af spørgsmålene stilles efterfølgende til skriftlig besvarelse, så besvarelsen kan indgå som offentligt bilag til sagen. En del af de mundtlige spørgsmål kan ikke besvares under den tekniske gennemgang, og disse besvares i stedet efterfølgende skriftligt. Efter den tekniske gennemgang, der varer omkring 2 timer, bliver mødet udsat kl. 14.11, for at sundheds- og ældreministeren kan deltage i et andet møde.

Mødet genoptages kl. 18.02 med et lukket samråd med sundheds- og ældreministeren. Under samrådet besvarer ministeren samrådsspørgsmål A:

> »Ministeren bedes oplyse nærmere om lovforslaget.«

Mødet bliver udsat kl. 20.23 og genoptages kl. 20.41 med en supplerende teknisk gennemgang af lovforslaget, der varer indtil kl. 21.01, hvorefter samrådet genoptages, men straks afsluttes, da ingen ønsker ordet.

Et tilbagevendende spørgsmål under såvel den tekniske gennemgang som samrådet vedrører oprettelsen af en politisk følgegruppe, der beskrives nærmere senere i dette kapitel. En problemstilling knytter sig i den forbindelse til følgegruppens status, bl.a. i forhold til Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg. En anden problemstilling vedrører rækkevidden af følgegruppens opgaver. Spørgsmålet er, om følgegruppens opgaver rækker videre end til at være et orienteringsforum, således at den f.eks. har parlamentariske kontrolopgaver, og således at ministeren forpligter sig til at forelægge f.eks. planer for udmøntning af bemyndigelser til forhandling i gruppen, jf. nedenfor om udvalgets betænkning over lovforslaget.

Efter samrådet hæves mødet kl. 21.04, efter at Sundheds- og Ældreudvalget fastsætter fristen til at komme med bidrag til udvalgets betænkning og ændringsforslag til kl. 21.30, hvor udvalget afholder et nyt møde. Under dette møde afgiver udvalget betænkning over lovforslaget, der indeholder tre ændringsforslag stillet af Nye Borgerliges medlem af udvalget og tre ændringsforslag stillet af sundheds- og ældreministeren.[13] I betænkningen indstiller Sundheds- og Ældreudvalget, at de ovenfor beskrevne frister i forretningsordenen for, hvornår 2. og 3. behandling kan gennemføres, fraviges.

2. behandling af lovforslaget foretages kl. 23.15 i møde nr. 73, der begynder kl. 16.00, men bliver udsat, indtil Sundheds- og Ældreudvalget har afgivet betænkning. Inden 2. behandling giver Folketinget samtykke efter forretningsordenens

12 Der henvises om teknisk gennemgang af lovforslag til »Håndbog i folketingsarbejdet«, Folketinget, 2015, s. 85.
13 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 133.

§ 42 til at fravige forretningsordenens § 12, stk. 1, 1. pkt., således at 2. behandling kan gennemføres, selv om der ikke er gået 2 dage fra 1. behandling og offentliggørelse af betænkningen. Under 2. behandling forkastes ændringsforslagene stillet af Nye Borgerlige, mens sundheds- og ældreministerens ændringsforslag vedtages. Lovforslaget henvises herefter til fornyet udvalgsbehandling i Sundheds- og Ældreudvalget. 2. behandling afsluttes kl. 23.25.[14]

Sundheds- og Ældreudvalget afholder umiddelbart efter 2. behandling et møde, hvori udvalget afgiver tillægsbetænkning over forslaget, der offentliggøres kl. 23.42. Udvalget indstiller i tillægsbetænkningen, at lovforslaget vedtages i den affattelse, det fik efter vedtagelsen af ændringsforslag ved 2. behandling.[15]

3. behandling af lovforslaget foretages kl. 23.45, efter at Folketinget giver samtykke efter forretningsordenens § 42 til at fravige forretningsordenens § 13, stk. 1, 1. pkt., hvorefter 3. behandling ikke må finde sted før 30 dage efter fremsættelsen, og før 2 dage efter at 2. behandling er afsluttet, og forretningsordenens § 8 a, stk. 2, 2. pkt., hvorefter 3. behandling af et lovforslag tidligst må finde sted 2 dage efter offentliggørelse af tillægsbetænkningen afgivet af det udvalg, som forslaget var henvist til. Ved 3. behandling vedtages lovforslaget enstemmigt ved afstemning kl. 23.47.[16]

Der bliver under Folketingets behandling af lovforslaget stillet 80 udvalgsspørgsmål til sundheds- og ældreministeren til skriftlig besvarelse og 1 udvalgsspørgsmål til mundtlig besvarelse (samrådsspørgsmål) og derudover en række mundtlige spørgsmål under den tekniske gennemgang af lovforslaget og samrådet med sundheds- og ældreministeren efter 1. behandling af lovforslaget. Af de 80 spørgsmål, der stilles, når 17 spørgsmål ikke at blive besvaret, inden Sundheds- og Ældreudvalget afgiver betænkning inden 2. behandling. De spørgsmål, som besvares, inden Sundheds- og Ældreudvalget afgiver betænkningen, optrykkes som bilag til betænkningen, mens de øvrige 17 spørgsmål optrykkes som bilag til udvalgets tillægsbetænkning, der afgives efter 2. behandling. I enkelte af spørgsmålene anføres, at det ikke har været muligt for ministeren at besvare spørgsmålet inden for fristen.

Det gælder f.eks. for spørgsmål nr. S 79 om, hvorvidt ministeren vil »yde teknisk bistand til et ændringsforslag, som indebærer, at sundheds- og ældreministeren får beføjelser til at kunne beslutte, at asylansøgere kan afvises ved grænsen i tilfælde af, at en pandemi er under opsejling eller direkte er erklæret af WHO.« I svaret anføres, at det ikke inden for fristen har været muligt at indhente bidrag fra Udlændinge- og Integrationsministeriet, under hvis ressortområde spørgsmålet hører.[17]

To andre spørgsmål besvares blot med »Det har ikke været muligt inden for fristens at indhente bidrag.«, uden nogen nærmere angivelse af, hvilken myndighed bidrag i så fald skulle indhentes fra.[18] Senere samme dag afgives dog supplerende svar. I spørgsmål nr. S 23, der er nærmere omtalt i kapitel 9, bedes regeringen oversende »hver enkelt af myndighedernes – såvel sund-

14 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 73.
15 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, tillægsbetænkning over L 133.
16 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 74.
17 Der henvises ligeledes til besvarelsen af folketingsåret 2019-20, L 133 – spørgsmål nr. S 80.
18 Folketingsåret 2019-20, L 133 – spørgsmål nr. S 56 og S 57.

hedsfaglige som øvrige – beslutningsgrundlag og indstilling til regeringen om de i lovforslaget foreslåede foranstaltninger«, men i svaret anføres, at Sundheds- og Ældreministeriet alene har haft mulighed for at besvare spørgsmålet på Sundheds- og Ældreministeriets vegne, hvilket sker ved oversendelse af bidrag, som ministeriet til brug for udarbejdelse af lovforslaget har modtaget fra Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Senere – den 24. marts 2020 – afgiver sundheds- og ældreministeren et supplerende svar, hvori ministeren beklager, at ikke alle sider i et brev af 8. marts 2020 fra Sundhedsstyrelsen til Sundheds- og Ældreministeriet var fremsendt i forbindelse med det oprindelige svar, ligesom Statens Serum Instituts bemærkninger ved en fejl ikke var vedlagt.[19]

Lovforslaget bliver stadfæstet den 17. marts 2020 og kundgjort som lov nr. 208 af 17. marts 2020 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme (Udvidelse af foranstaltninger til at forebygge og inddæmme smitte samt sikring af kapacitetsmæssige ressourcer m.v.). Stadfæstelsen kan ikke ske tidligere, da lovforslaget indeholder bestemmelser om ekspropriation, der indebærer, at lovforslaget efter grundlovens § 73, stk. 2, først kan stadfæstes 3 søgnedage efter den endelige vedtagelse.

Hastebehandling af lovforslag nr. L 158

Folketinget vedtager den 31. marts 2020 den anden ændring af epidemiloven fremsat den 26. marts 2020 af sundheds- og ældreministeren som forslag nr. L 158 til lov om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.).

Folketingets behandling af lovforslaget, der gennemføres i løbet af 6 dage, er skitseret i tabel 15.3 og nærmere beskrevet i det følgende.

Tabel 15.3. Tidsoversigt over behandlingen af lovforslag nr. L 158

Statsministerens orientering til Folketinget om lovforslaget	25. marts 2020, kl. 9.43
Oversendelse af lovforslaget til Folketinget	26. marts 2020, kl. 02.17
Fremsættelse af lovforslaget	26. marts 2020, kl. 10.00
1. behandling af lovforslaget	26. marts 2020, kl. 14.31-15.55
Offentliggørelse af Sundheds- og Ældreudvalgets betænkning	31. marts 2020, kl. 21.39
2. behandling af lovforslaget	31. marts 2020, kl. 22.01-22.44
Offentliggørelse af Sundheds- og Ældreudvalgets tillægsbetænkning	31. marts 2020, kl. 23.17
3. behandling af lovforslaget	31. marts 2020, kl. 23.30-23.44
Stadfæstelse af lovforslaget	4. april 2020

19 Folketingsåret 2019-20, L 133 – supplerende svar på spørgsmål nr. S 23. I besvarelsen er datoen for Sundhedsstyrelsens brev ved en fejl angivet til den 28. marts 2020.

Statsministeren orienterer i brev til Folketingets formand sendt den 25. marts 2020, kl. 9.43, formanden om forslaget og regeringens ønske til hastebehandling af forslaget. I brevet anføres bl.a.:

> »Regeringen forventer at fremsætte yderligere to hastelovforslag i denne uge.
>
> Det drejer sig for det første om et lovforslag fra justitsministeren med det formål at skærpe straffen for en række overtrædelser af straffeloven, hvis lovovertrædelsen har baggrund i eller sammenhæng med covid-19.
>
> For det andet drejer det sig om et lovforslag fra sundheds- og ældreministeren bl.a. med det formål at give myndighederne flere værktøjer, hvis der opstår behov for hurtigt at tage nye initiativer for at begrænse smittespredning i samfundet. Det gælder bl.a. en mulighed for at regulere den aktuelle grænse for forsamlinger på maks. 10 personer samt at udvide mulighederne for at regulere adgangen til offentlige institutioner mv.
>
> Begge lovforslag forventes fremsat i Folketinget torsdag den 26. marts, og det er regeringens håb, at lovforslagene kan 1. behandles senere samme dag med 2. og 3. behandling tirsdag den 31. marts.«[20]

Statsministerens forslag til tidsplan sendes den 25. marts 2020, kl. 13.31, i skriftlig høring i Udvalget for Forretningsordenen med svarfrist kl. 16.00. Der bliver i den forbindelse rejst kritik i udvalget af, at Folketinget ikke har tilstrækkelig viden om forslagets indhold til ordentligt at kunne forholde sig til tidsplanen. Parallelt hermed gennemføres møde kl. 13.00-14.30 i følgegruppen bestående af Folketingets sundhedsordførere, hvor sundheds- og ældreministeren præsenterer lovforslaget. Senere på eftermiddagen, kl. 16.03, modtager følgegruppen en e-mail fra Sundheds- og Ældreministeriet med et notat om forslaget og en invitation til et nyt møde med sundheds- og ældreministeren samme dag kl. 20.00-21.00. Udvalget for Forretningsordenen giver herefter samtykke til tidsplanen.

Folketinget modtager efterfølgende lovforslaget den 26. marts 2020, kl. 02.17, hvorefter det sendes til Sundheds- og Ældreudvalgets medlemmer kl. 02.22.

Lovforslaget fremsættes på møde nr. 84 i Folketinget den 26. marts 2020, kl. 10.00.

Det følger af lovforslaget, at Sundheds- og Ældreministeriet ikke inden fremsættelsen har sendt forslaget i høring henset til »den ekstraordinære situation, hvor de alvorlige konsekvenser af spredningen af COVID-19 i det danske samfund skal afbødes hurtigst muligt.«[21]

1. behandling af lovforslaget foretages på møde nr. 85 den 26. marts 2020, kl. 14.31. Inden 1. behandling giver Folketinget samtykke efter forretningsordenens § 42 til at fravige forretningsordenens § 11, stk. 1, 1. pkt., hvorefter 1. behandling tidligst må finde sted, 2 dage efter at lovforslaget er fremsat. Ved afslutningen af 1. behandling, der varer 1 time og 24 minutter,

20 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 68.
21 Folketingstidende 2019-20, tillæg A, L 158 som fremsat, s. 14.

henvises forslaget til Sundheds- og Ældreudvalget.[22]

Sundheds- og Ældreudvalget behandler umiddelbart efter 1. behandling lovforslaget i et lukket møde, der afsluttes kl. 15.55. Sundheds- og Ældreudvalget gennemfører senere, den 30. marts 2020, et lukket samråd med sundheds- og ældreministeren, der besvarer det stillede samrådsspørgsmål A:

> »Hvad kan regeringen oplyse om L 158?«

Under samrådet behandles en række spørgsmål til lovforslaget, herunder om inddragelse af sundhedsmyndighederne, hvis forsamlingsforbuddet skal gælde for færre end ti personer, og hvis dette er tilfældet, i hvilket omfang forsamlingsforbuddet skal finde anvendelse i relation til nære relationer.

Sundheds- og Ældreudvalget afgiver på møde den 31. marts 2020 betænkning over lovforslaget, der indeholder 16 ændringsforslag, hvoraf de 10 er stillet af sundheds- og ældreministeren og de øvrige af udvalgsmedlemmer fra forskellige folketingsgrupper. Betænkningen offentliggøres kl. 21.39. Derudover stiller Nye Borgerlige et ændringsforslag uden for betænkningen. I betænkningen indstiller Sundheds- og Ældreudvalget, at kravet om, at der skal gå 30 dage fra fremsættelsen til forslagets endelige vedtagelse, fraviges, og tilsvarende indstiller udvalget med undtagelse af Nye Borgerlige, at de øvrige frister i forretningsordenen for behandling af lovforslag beskrevet ovenfor fraviges.

2. behandling af lovforslaget bliver foretaget den 31. marts 2020, kl. 22.01, i møde nr. 73, der begynder kl. 16.00, men som ad flere gange udsættes, indtil Sundheds- og Ældreudvalget afgiver betænkning over lovforslaget. Inden 2. behandling giver Folketinget samtykke efter forretningsordenens § 42 til at fravige forretningsordenens § 8 a, stk. 2, 2. pkt., hvorefter 2. behandling tidligst må finde sted 2 dage efter offentliggørelse af betænkningen afgivet af det udvalg, som forslaget er henvist til. Under 2. behandling vedtages ændringsforslagene stillet af sundheds- og ældreministeren, mens de øvrige ændringsforslag forkastes. Lovforslaget bliver herefter henvist til fornyet behandling i Sundheds- og Ældreudvalget. 2. behandling afsluttes kl. 22.44.[23]

Sundheds- og Ældreudvalget afholder umiddelbart efter 2. behandling et møde, hvori udvalget afgiver tillægsbetænkning over forslaget, der offentliggøres kl. 23.17. Udvalget undtagen Nye Borgerlige indstiller i tillægsbetænkningen, at lovforslaget vedtages i den udformning, det har fået efter vedtagelsen af ændringsforslag ved 2. behandling.

3. behandling af lovforslaget bliver foretaget samme dag kl. 23.30 i møde nr. 89, efter at Folketinget giver samtykke til at fravige forretningsordenens § 13, stk. 1, 1. pkt., hvorefter 3. behandling ikke må finde sted før 30 dage efter fremsættelsen, og før 2 dage efter at 2. behandling er afsluttet, og forretningsordenens § 8 a, stk. 2, 2. pkt., hvorefter 3. behandling af et lovforslag tidligst må finde sted 2 dage efter offentliggørelse af tillægsbetænkningen afgivet af det udvalg, som forslaget er henvist til. Ved 3.

22 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 87.
23 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 88.

behandling vedtages lovforslaget enstemmigt ved afstemning kl. 23.44.[24]

Der bliver under Folketingets behandling af lovforslaget stillet 187 udvalgsspørgsmål til sundheds- og ældreministeren til skriftlig besvarelse og 1 udvalgsspørgsmål til mundtlig besvarelse (samrådsspørgsmål). 182 af de skriftlige spørgsmål bliver besvaret, inden Sundheds- og Ældreudvalget efter 1. behandling afgiver betænkning, hvori spørgsmålene og svarene optages som bilag. Sundheds- og ældreministeren besvarer efterfølgende de resterende fem spørgsmål den 31. marts 2020 inden 3. behandling. I besvarelsen af en del af de 187 spørgsmål anfører ministeren, at spørgsmålet ikke vedrører det pågældende lovforslag, og at det i stedet bør stilles på anden vis, hvormed formentlig menes som et almindeligt udvalgsspørgsmål med en længere frist for besvarelsen end for besvarelsen af spørgsmål til lovforslaget. Det gælder f.eks. for spørgsmål nr. S 111 om WHO's anbefalinger om test:

> »»Ministeren bedes redegøre for, om Danmark følger WHO's anbefalinger fsva. tests? Hvis ikke - på hvilke områder er der afvigelser, og hvad er begrundelsen herfor?«
>
> Svar: Jeg kan oplyse, at lovforslaget ikke indeholder bestemmelser eller bemærkninger, der vedrører gennemførelsen af tests for COVID-19. Jeg svarer dog gerne på spørgsmålet, hvis udvalget måtte ønske at stille det på anden vis.«[25]

Ministerens besvarelse af disse spørgsmål bliver efterfølgende taget op i Sundheds- og Ældreudvalget, hvor flere medlemmer anfægter, at spørgsmålene ikke skulle have den fornødne sammenhæng med lovforslaget.

Lovforslaget bliver stadfæstet den 4. april 2020 og kundgøres som lov nr. 359 af 4. april 2020 om ændring af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme og forskellige andre love (Yderligere foranstaltninger for at forebygge og inddæmme smitte med covid-19 m.v.). Stadfæstelsen kan ikke ske tidligere, da lovforslaget indeholder bestemmelser om ekspropriation, der indebærer, at lovforslaget efter grundlovens § 73, stk. 2, først kan stadfæstes 3 søgnedage efter den endelige vedtagelse.

Finansudvalgets behandling af covid-19-relaterede aktstykker

Folketingets Finansudvalg godkender løbende ansøgninger fra regeringen om bevillinger, der ikke er medtaget på finansloven, såkaldte aktstykker. Når Finansudvalget har tiltrådt et aktstykke, kan den pågældende minister handle, som om bevillingen er givet ved lov.

Regeringen fremsætter i perioden fra den 11. marts 2020 til den 30. april 2020 39 aktstykker vedrørende covid-19, som tilsluttes af Finansudvalget.[26] Det gælder bl.a. aktstykke nr. 106 om tilslutning til etablering af en kompensationsordning, som yder kompensation til arrangører af større arrangementer, der i perioden fra

24 Folketingstidende 2019-20, tillæg F, møde nr. 89.

25 Folketingsåret 2019-20, L 158 – spørgsmål nr. S 111. Der henvises endvidere til f.eks. folketingsåret 2019-20, L 158 – spørgsmål 70 og 71.

26 Foruden de nævnte aktstykker fremsætter erhvervsministeren den 19. marts 2020 aktstykke nr. 111 om etablering af likviditetskaution målrettet små og mellemstore virksomheder som følge af covid-19, der dog senere tages tilbage af ministeren.

den 6. til den 31. marts 2020 aflyses, ændres væsentligt eller udskydes som følge af covid-19, nr. 117 om midlertidig lønkompensationsordning som følge af covid-19 og nr. 135 om kompensationsordning til aflyste arrangementer som følge af covid-19. Indholdet af aktstykkerne er nærmere beskrevet i kapitel 13 om hjælpepakker.

Finansudvalget holder typisk udvalgsmøder en gang om ugen, men i perioden fra den 11. marts til den 31. april 2020 stiger mødefrekvensen, og udvalget holder i alt 14 møder, hvori det behandler aktstykker, mod til sammenligning 6 møder i den tilsvarende periode året før.

Procedurerne for behandling af aktstykker er nedskrevet i Finansudvalgets beretning af 7. april 2011 om Finansudvalgets arbejdsform m.v.[27] Det følger heraf bl.a., at Finansudvalget som udgangspunkt tiltræder aktstykker i et udvalgsmøde, men at udvalget eller formanden i ganske særlig hastende sager og/eller i perioder med meget lange tidsintervaller mellem udvalgsmøder kan beslutte, at et aktstykke afgøres efter en særlig procedure beskrevet i beretningen.[28] Finansudvalget følger i perioden den almindelige hovedregel og tiltræder aktstykkerne i udvalgsmøder, bortset fra aktstykke nr. 107 om midler til coronaforskning som følge af covid-19, der fremsættes den 15. marts 2020 af uddannelses- og forskningsministeren. Det følger af følgebrevet til aktstykket, at ministeren ønsker aktstykket hastebehandlet den 16. marts 2020, hvilket sker i en skriftligt procedure.[29]

I Finansudvalgets beretning angives en almindelig frist for fremsættelse af aktstykker, der dog kan fraviges i særlige tilfælde:

> »Fristen for elektronisk oversendelse af færdigbearbejdede aktstykker til Finansudvalgets sekretariat er normalt onsdage kl. 10.00 ugen før det møde, hvor aktstykket forventes behandlet første gang. I helt ekstraordinære tilfælde, hvor normalfristen ikke har kunnet overholdes og aktstykket derfor ikke har kunnet omdeles i førstkommende ugentlige aktstykkehæfte, vil der eventuelt kunne træffes aftale om en ekstraordinær procedure. Aftale herom kan kun træffes mellem vedkommende minister og Finansudvalgets formand.«[30]

Finansudvalget vælger i løbet af marts at se bort fra den almindelige frist henset til den særlige situation, som er opstået som følge af covid-19. De fleste covid-19-relaterede aktstykker, som regeringen fremsætter i marts og april, tiltrædes som følge heraf af udvalget enten samme dag eller en eller få dage efter fremsættelsen. Som beskrevet i kapitel 13 har mange af aktstykkerne inden fremsættelsen været genstand for politiske forhandlinger som led i forhandlingerne om hjælpepakker m.v. Det afspejles i flere aktstykker, hvori der henvises til indgåede politiske aftaler, herunder aktstykke nr. 112 om etablering af garantiordning målrettet større virksomheder, der udmønter dele af »Aftale om COVID-19-initiativer den 19. marts

27 Folketingstidende 2010-11, 1. samling, tillæg B, beretning nr. 6.
28 Folketingstidende 2010-11, 1. samling, tillæg B, beretning nr. 6, s. 7.
29 Folketingsåret 2019-20, Finansudvalget, aktstykke 107 – bilag 1.
30 Folketingstidende 2010-11, 1. samling, tillæg B, beretning nr. 6, s. 6.

2020«, som regeringen den 19. marts 2020 indgår med alle Folketingets partier.[31]

Den forudgående politiske behandling af mange af aktstykkerne indebærer, at det relevante ressortministerium i mange tilfælde allerede har besvaret spørgsmål til aktstykket, inden det fremsættes. En del af disse spørgsmål bliver efterfølgende formelt stillet af Finansudvalget, således at svarene er knyttet op på aktstykket, eller omdelt som bilag til aktstykket sammen med besvarelsen. I andre tilfælde indebærer behovet for hastebehandling, at aktstykker vedtages, førend ressortministeriet har besvaret spørgsmål, som udvalget ønsker besvaret, inden det træffer afgørelse. Dette leder til kritik i forbindelse med tiltrædelsen af aktstykke nr. 108 om tilslutning til etablering af en midlertidig lønkompensationsordning, hvorefter virksomheder kan få delvis kompensation for lønudgifter til fyringstruede medarbejdere som følge af covid-19, idet en del af udvalget i en påtegning på aktstykket beklager, at der fortsat er ubesvarede spørgsmål, og udtaler forventning om, at de snarest vil blive besvaret.[32]

Parlamentarisk kontrol

Folketingets parlamentariske kontrol med regeringen tager bl.a. form af spørgsmål stillet til ministre som enten udvalgsspørgsmål til mundtlig besvarelse på samråd eller skriftlig besvarelse eller som såkaldte § 20-spørgsmål om den pågældende ministers holdning til et offentligt anliggende til mundtlig besvarelse i spørgetiden, der afholdes i Folketingets møder om onsdagen, eller til skriftlig besvarelse.

Derudover gennemføres der flere gange om året spørgetime med statsministeren, hvor lederne af folketingsgrupperne uden for regeringen i Folketingssalen kan stille spørgsmål til statsministeren. Endvidere kan medlemmer af Folketinget med Folketingets samtykke stille en forespørgsel til en minister om et offentligt anliggende, som Folketinget efter ministerens mundtlige besvarelse gennemfører en forhandling om.

Uanset at Folketinget ikke er omfattet af regeringens nedlukning af store dele af den offentlige sektor m.v., opnås der på møde den 11. marts 2020 mellem statsministeren, Folketingets formand og lederne af Folketingets partier enighed om at begrænse Folketingets mødeaktivitet. Folketingets formand skriver på baggrund heraf samme dag i et brev til Folketingets medlemmer:

> »Som bekendt er vi desværre i en helt særlig og alvorlig situation.
>
> Det betyder, at det i aften på et møde med statsministeren og partilederne blev aftalt, at alle forespørgsler, beslutningsforslag, § 20-spørgsmål til mundtlig besvarelse og samråd udsættes. Det samme gør sig gældende for det almindelige lovprogram med forbehold for forslag, der efter deres indhold ikke kan vente.«

Udvalget for Forretningsordenen tilslutter sig på et møde dagen efter, den 12. marts 2020, den delvise nedlukning af Folketinget, der varer, indtil udvalget på møde den 16. april 2020 beslut-

31 Folketingstidende 2019-20, tillæg E, aktstykke nr. 112. Der henvises til folketingsåret 2019-20, Finansudvalget, alm. del – spørgsmål nr. S 282 for en oversigt over politiske aftaler om covid-19 og udmøntning af aftalerne i form af bl.a. aktstykker.

32 Folketingstidende 2019-20, tillæg E, aktstykke nr. 108. I påtegningen til aktstykke nr. 155 rejses der kritik af, at der ikke er tid til ordentlig behandling af sagen.

ter at påbegynde en normalisering af Folketingets arbejde, herunder behandling af udskudte lov- og beslutningsforslag, forespørgsler m.v. Endvidere beslutter udvalget at genoptage spørgetimen med statsministeren og spørgetiden, der afvikles første gang henholdsvis den 21. og 22. april 2020, hvor størstedelen af spørgsmålene vedrører covid-19. Samtidig genoptages muligheden for at afvikle fysiske samråd med ministre under iagttagelse af særlige forholdsregler i forhold til afstand m.v.

I perioden fra den 11. marts til den 30. april 2020 vedrører 198 af de 287 § 20-spørgsmål, der stilles til mundtlig og skriftligt besvarelse, covid-19. Fordelingen af, hvilke ministre spørgsmålene er stillet til, er angivet nedenfor i tabel 15.4.

Tabel 15.4. § 20-spørgsmål vedrørende covid-19 stillet i perioden fra den 11. marts til den 30. april 2020

§ 20-spørgsmål vedrørende covid-19 stillet i perioden fra den 11. marts til den 30. april 2020							
Erhvervsministeren	44	Udlændinge- og integrationsministeren	8	Uddannelses- og forskningsministeren	4	Klima-, energi- og forsyningsministeren	1
Sundheds- og ældreministeren	29	Statsministeren	6	Boligministeren	3	Miljøministeren	0
Børne- og undervisningsministeren	27	Ministeren for fødevarer, fiskeri og ligestilling	5	Kirkeministeren	2	Ministeren for nordisk samarbejde	0
Kulturministeren	21	Skatteministeren	5	Transportministeren	2	Ministeren for udviklingssamarbejde	0
Justitsministeren	20	Social- og indenrigsministeren	5	Udenrigsministeren	2		
Beskæftigelsesministeren	9	Finansministeren	4	Forsvarsministeren	1		

I perioden fra den 11. marts til den 30. april 2020 stilles der i de i tabel 15.5 medtagne folketingsudvalg i alt 642 udvalgsspørgsmål (alm. del) til skriftlig besvarelse vedrørende covid-19 svarende til tæt på halvdelen af de spørgsmål, der stilles i de pågældende udvalg i perioden. Det bemærkes, at Sundheds- og Ældreministeriet i perioden udsætter besvarelsen af spørgsmål, der ikke vedrører covid-19, ved i et foreløbigt svar, hvori det konkrete spørgsmål ikke berøres nærmere, at henvise til den »ekstraordinære situation, som Sundheds- og Ældreministeriet og ministeriets styrelser befinder sig i, i forbindelse med håndteringen af COVID-19.«[33] Dette gælder også for Sundheds- og Ældreministeriets bidrag til andre ministres besvarelse af udvalgsspørgsmål.[34] Der stilles i perioden 12 udvalgsspørgsmål til mundtlig besvarelse

33 Der henvises f.eks. til folketingsåret 2019-20, Sundheds- og Ældreudvalget, alm. del – spørgsmål nr. S 754, S 782 og S 923.
34 Folketingsåret 2019-20, Transportudvalget, alm. del – spørgsmål nr. S 408.

på samråd, der vedrører covid-19. Det første spørgsmål stilles imidlertid først den 14. april 2020, hvilket formentlig har sammenhæng med, at der ikke bliver holdt fysiske samråd i perioden, jf. ovenfor.

Tabel 15.5. Oversigt over udvalgsspørgsmål på alm. del til skriftlig besvarelse i perioden 11. marts til 30. april 2020 fordelt på udvalg

Udvalg	Covid-19-relaterede spørgsmål til skriftlig besvarelse (alm. del)	Covid-19-relaterede spørgsmål til skriftlig besvarelse (alm. del)[1]
Sundheds- og Ældreudvalget	223	84 pct.
Retsudvalget	114	58 pct.
Erhvervsudvalget	60	45 pct.
Social- og Indenrigsudvalget	31	44 pct.
Udlændinge- og Integrationsudvalget	28	45 pct.
Beskæftigelsesudvalget	27	71 pct.
Europaudvalget	26	70 pct.
Udenrigsudvalget	23	58 pct.
Børne- og Undervisningsudvalget	21	43 pct.
Finansudvalget	18	58 pct.
Skatteudvalget	16	28 pct.
Kulturudvalget	11	12 pct.
Miljø- og Fødevareudvalget	11	12 pct.
Transportudvalget	8	10 pct.
Kirkeudvalget	6	100 pct.
Udvalget for Forretningsordenen	6	50 pct.
Udvalget for Landdistrikter og Øer	5	25 pct.
Uddannelse- og Forskningsudvalget	3	18 pct.
Boligudvalget	2	29 pct.
Forsvarsudvalget	2	22 pct.
Klima-, Energi- og Forsyningsudvalget	1	3 pct.

I tabellen er medtaget spørgsmål, der enten direkte vedrører covid-19, eller hvor dette må antages at være tilfældet ud fra spørgsmålets og svarets indhold og kontekst. Fortrolige spørgsmål er ikke medtaget.
[1] Beregnet som pct. af samtlige spørgsmål (alm. del) stillet i det pågældende udvalg i perioden.

Foruden udvalgsspørgsmål inden for udvalgenes almindelige sagsområde (alm. del) stilles der i udvalgene, der behandler covid-19-relaterede lovforslag, et betydeligt antal spørgsmål til disse lovforslag. Det gælder bl.a. under Sundheds- og Ældreudvalgets behandling af de to ændringer af epidemiloven, der er omtalt ovenfor.

Den 29. april 2020 gennemføres som den eneste forespørgsel i perioden fra den 12. marts til den 30. april 2020 hasteforespørgsel nr. F 57 til statsministeren om, hvad statsministeren kan oplyse om den langsigtede plan for håndteringen af coronapandemien, genåbningen af det danske samfund og genopretningen af dansk økonomi. Udenrigsministeren og finansministeren deltager også. Som led i forespørgslen fremsættes nedenstående to forslag til vedtagelse, hvoraf sidstnævnte forslag vedtages af et flertal bestående af Socialdemokratiet, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten og 3 medlemmer uden for folketingsgrupperne med den virkning, at det førstnævnte forslag bortfalder.

Forslag til vedtagelse nr. V 63 stillet af medlemmer fra Venstre, Dansk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti, Nye Borgerlige og Liberal Alliance:

> »Folketinget understreger, at det skal stå klart for borgere og virksomheder, hvilke sundhedsmæssige forholdsregler der er vigtige at følge. Folketinget pålægger regeringen at få etableret et gennemsigtigt beslutningsgrundlag med sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske aspekter som afsæt for at lave en langsigtet plan for en sundhedsmæssigt forsvarlig genåbning.«[35]

Forslag til vedtagelse nr. V 64 stillet af medlemmer fra Socialdemokratiet, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten og Alternativet og medlemmer uden for folketingsgrupperne:

> »Folketinget opfordrer til bredt samarbejde om at få Danmark gennem pandemien, så sundhedsvæsenet kan følge med, og så samfundsøkonomien og velfærdssamfundet kommer bedst muligt igennem. Det indebærer bl.a. en grøn økonomisk genopretning. Folketinget pålægger regeringen, at der i arbejdet med genåbningen indgår åben, uvildig rådgivning, der kobler økonomi og sundhed.«[36]

Regeringens inddragelse af Folketingets partier

Generelt om inddragelsen af Folketingets partier

Ud over møder og behandling af sager i Folketinget inddrager regeringen i marts og april mere uformelt Folketingets partier i håndteringen af covid-19. Dette sker bl.a. i form af ordførermøder i ministerierne og efter vedtagelsen af den første ændring af epidemiloven den 12. marts 2020 ved nedsættelse af en særlig følgegruppe bestående af Folketingets sundhedsordførere, jf. nedenfor. Endvidere mødes statsministeren i flere tilfælde med lederne af Folketingets partier, inden regeringen udmelder væsentlige tiltag, herunder den 9., 11., 17. og 23. marts 2020, ligesom der i påsken holdes en række møder, hvor regeringen forhandler med partilederne om genåbningen.

35 Folketingstidende 2019-20, tillæg G, F 57, V 63.
36 Folketingstidende 2019-20, tillæg G, F 57, V 64.

Tabel 15.6. Regeringens møder med Folketingets partier i perioden fra den 11. marts til den 24. april 2020

Tabel 1 Afholdte møder i ministerierne med repræsentanter fra et parti uden for regeringen om håndtering af COVID-19 (11. marts – 24. april)

Ministerium	Antal møder
Statsministeriet	9
Beskæftigelsesministeriet	19
Børne- og Undervisningsministeriet	18
Erhvervsministeriet	22
Finansministeriet	49
Forsvarsministeriet	1
Justitsministeriet	5
Kirkeministeriet	4
Klima-, Energi-, og Forsyningsministeriet	2
Kulturministeriet	13
Miljø- og Fødevareministeriet	13*
Social- og Indenrigsministeriet	12
Skatteministeriet	4
Sundheds- og Ældreministeriet	14
Transport- og Boligministeriet	7
Uddannelses- og Forskningsministeriet	10
Udenrigsministeriet	5**
Udlændinge- og Integrationsministeriet	4
I alt	**211**

Anm.: Oversigten dækker over formaliserede møder, som der er sendt indkaldelse til (inkl. møder over videolink), hvor en eller flere ministre har deltaget sammen med en eller flere repræsentanter for et parti uden for regeringen. Hvis flere ministre har deltaget i et møde, er mødet alene angivet under det ministerium, som har arrangeret mødet. Møder, der i perioden er afholdt i Folketingets udvalg, fx Retsudvalget eller Sundheds- og Ældreudvalget, er ikke talt med i oversigten. Dertil er møder mellem ministre og arbejdsmarkedets parter og diverse organisationer ikke medtaget.
* Miljø- og Fødevareministeriet dækker både mødeaktivitet for Miljøministeren og Ministeren for fødevarer-, fiskeri- og ligestilling og minister for Nordisk samarbejde.
** Udenrigsministeriet dækker både mødeaktivitet for Udenrigsministeren og Udviklingsministeren
Kilde: Bidrag fra alle ministerier.

Statsministeren sender den 26. april 2020 ovenstående oversigt til Udvalget for Forretningsordenen, hvori regeringen angiver antallet af afholdte møder i ministerierne om håndteringen af covid-19, hvor den pågældende minister og mindst en eller flere repræsentanter for et af Folketingets partier uden for regeringen har deltaget.[37] Oversigten er gengivet i tabel 15.6. Der foreligger ikke systematisk information om indholdet og varigheden af disse møder.

Følgegruppen bestående af Folketingets sundhedsordførere

Nedsættelse af følgegruppen efter den første ændring af epidemiloven

I forbindelse med Folketingets vedtagelse af den første ændring af epidemiloven den 12. marts 2020 nedsættes en følgegruppe bestående af Folketingets sundhedsordførere. I det følgende beskrives Sundheds- og Ældreministeriets inddragelse af følgegruppen i håndteringen af covid-19. Beskrivelsen er navnlig baseret på en oversigt over møder i og skriftlige orienteringer af følgegruppen, som Sundheds- og Ældreministeriet har udarbejdet efter anmodning fra udredningsgruppen[38], og 11 videomøder, som udredningsgruppen har gennemført enkeltvis med partiernes sundhedsordførere og formanden for Sundheds- og Ældreudvalget om følgegruppens virksomhed, herunder om mødernes form og indhold.

Idéen til følgegruppen opstår i forbindelse med Sundheds- og Ældreudvalgets behandling af forslaget til den første ændring af epidemiloven, der fremsættes og vedtages den 12. marts 2020. Baggrunden for følgegruppen er dels, at der med lovforslaget overlades flere vidtrækkende bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren, dels, at epidemiloven i medfør af den solnedgangsklausul, der er indeholdt i lovforslaget, ophæves den 31. marts 2021, hvilket flere folketingsgrupper imidlertid ønsker skal ske på et tidligere tidspunkt.

I Sundheds- og Ældreudvalgets betænkning over lovforslaget til den første ændring af epidemiloven, lovforslag nr. L 133, beskrives følgegruppen på følgende vis:

> »Udvalget har noteret sig, at sundheds- og ældreministeren har tilkendegivet, at ministeren vil etablere en følgegruppe bestående af samtlige sundhedsordførere, der løbende kan drøfte aktuelle spørgsmål i forhold til håndteringen af COVID-19. Følgegruppen vil følge udviklingen i smittespredningen og blive inddraget i forbindelse med tiltag, der er på vej, herunder i form af udmøntning af bemyndigelser. I forbindelse med akutte hastesager med behov for hurtig handling, vil følgegruppen blive inddraget hurtigst muligt.«[39]

Følgegruppens sammensætning og rolle i forhold til på forhånd at blive inddraget i sundheds- og ældreministerens udmøntning af bemyndigelser i loven og som kontrolorgan drøftes den 12. marts 2020 indgående forud for afgivelsen af betænkningen i Sundheds- og Ældreudvalget. Dette sker på udvalgsmødet, hvori sundheds- og ældreministeren deltager, og i forbindelse med den efterfølgende tekniske gennemgang og det lukkede samråd med

37 Folketingsåret 2019-20, Udvalget for Forretningsordenen, alm. del – bilag 92.

38 Sundheds- og Ældreministeriets notat af 21. december 2020 om overblik over møder i følgegruppen og partiledermøder samt skriftlige orienteringer af følgegruppen i marts og april.

39 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 133, s. 1.

ministeren og i en pause under samrådet, hvor der forhandles om den endelige formulering i betænkningen. Flere af udvalgets medlemmer ønsker, at følgegruppen sikres større indflydelse på udmøntningen af de bemyndigelser, som er indeholdt i forslaget til ændring af epidemiloven, og beskrivelsen af følgegruppen i betænkningen har således karakter af et politisk kompromis.

Medlemmerne af følgegruppen giver på møderne med udredningsgruppen grundlæggende samstemmende beskrivelser af arbejdet i følgegruppen og samspillet mellem den og sundheds- og ældreministeren og de embedsmænd fra Sundheds- og Ældreministeriet og ministeriets styrelser, som ledsagede ministeren. Det fremgår imidlertid også af samtalerne med medlemmerne af følgegruppen, at der i starten af gruppens eksistens i et vist omfang var forskellige forventninger til følgegruppens rolle. Spørgsmålet var, om den skulle være et forum for ministerens orientering af ordførerne og Folketingets partier, eller om den også skulle have en rolle som forhandlings- og kontrolforum. De forskellige forventninger afspejler den diskussion, der fandt sted forud for beslutningen om at nedsætte en særlig følgegruppe. Dette fremgår af de politiske bemærkninger fra de forskellige folketingsgrupper i betænkningen og kommer også til udtryk i de samtaler, udredningsgruppen har ført med medlemmerne af følgegruppen.[40]

Følgegruppen bestående af sundhedsordførere videreføres med den anden ændring af epidemiloven, lovforslag nr. L 158, der vedtages den 31. marts 2020. I Sundheds- og Ældreudvalgets betænkning over forslaget anfører et flertal i udvalget:

> »Et flertal i udvalget (S, V, RV, SF, EL og Susanne Zimmer (UFG)) har noteret sig, at sundheds- og ældreministeren har tilkendegivet, at den følgegruppe for covid-19, der blev etableret i forbindelse med vedtagelse af lov nr. 208 af 17. marts 2020, som bl.a. vil blive inddraget i forbindelse med tiltag, der er på vej, herunder i form af udmøntning af bemyndigelser efter loven, også vil blive inddraget i forbindelse med udmøntning af bemyndigelserne i nærværende lovforslag. I forbindelse med akutte hastesager med behov for hurtig handling vil følgegruppen blive inddraget hurtigst muligt.«[41]

Videre anfører samme flertal om den foreslåede ændring af bemyndigelsen til sundheds- og ældreministeren i epidemilovens § 6, stk. 1:

> »Flertallet noterer sig, at følgegruppen for covid-19 vil blive inddraget og lederne af Folketingets partier konsulteret forud for en eventuel udmøntning af bemyndigelsesbestemmelsen.«[42]

I sundheds- og ældreministerens besvarelse af Sundheds- og Ældreudvalgets spørgsmål nr. S 43, der er optrykt som bilag til betænkningen, anføres det bl.a.:

> »Som det fremgår af betænkningen til det lovforslag (L 133), som førte til lov nr. 208 af 17. marts 2020, vil vi i COVID 19-følgegruppen løbende drøfte aktuelle spørgsmål i forhold til håndteringen af COVID-19, ligesom følgegruppen vil følge udviklingen i smittespred-

40 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 133, s. 1 f. og 3.
41 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 158, s. 1 f.
42 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 158, s. 2.

> ningen og blive inddraget i forbindelse med tiltag, der er på vej, herunder i form af udmøntning af bemyndigelser. I forbindelse med akutte hastesager med behov for hurtig handling, vil følgegruppen blive inddraget hurtigst muligt. Følgegruppen vil naturligvis blive inddraget på samme måde i forbindelse med eventuel udmøntning af de foreslåede bemyndigelser i nærværende lovforslag (L 158).«[43]

Følgegruppen nedsættes med formanden for Sundheds- og Ældreudvalget og samtlige sundhedsordførere fra Folketinget, herunder Alternativets sundhedsordfører, selv om folketingsgruppen ikke på dette tidspunkt har noget medlem i Sundheds- og Ældreudvalget, og sundhedsordføreren for partiet Frie Grønne, der ikke formelt udgør en folketingsgruppe. Deltagerkredsen synes dog undertiden at være udvidet med deltagelse af andre folketingsmedlemmer.

Tabel 15.7. Følgegruppens sammensætning

Navn	Parti
Rasmus Horn Langhoff (sundhedsordfører)	Socialdemokratiet
Martin Geertsen (sundhedsordfører)	Venstre
Jane Heitmann (formand for Sundheds- og Ældreudvalget)	Venstre
Liselott Blixt (sundhedsordfører)	Dansk Folkeparti
Stinus Lindgreen (sundhedsordfører)	Radikale Venstre
Kirsten Normann Andersen (sundhedsordfører)	Socialistisk Folkeparti
Peder Hvelplund (sundhedsordfører)	Enhedslisten
Per Larsen (sundhedsordfører)	Det Konservative Folkeparti
Lars Boje Mathiesen (sundhedsordfører)	Nye Borgerlige
Henrik Dahl (sundhedsordfører)	Liberal Alliance
Torsten Gejl (sundhedsordfører)	Alternativet
Susanne Zimmer (sundhedsordfører)	Frie Grønne
Simon Emil Ammitzbøll-Bille (sundhedsordfører)	Fremad

43 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, betænkning over L 158, s. 38.

Følgegruppens møder

Sundheds- og ældreministeren indkalder første gang følgegruppen til møde den 20. marts 2020, og til og med april 2020 afholdes i alt ni møder, jf. tabel 15.8. Derudover sender sundheds- og ældreministeren, jf. nedenfor, i perioden 57 skriftlige orienteringer om f.eks. udmøntninger af bemyndigelser i epidemiloven, etablering af TestCenter Danmark og statusrapport for covid-19 i Danmark.[44]

Tabel 15.8. Oversigt over møder i følgegruppen af sundhedsordførere i perioden fra den 12. marts til den 30. april 2020

	Mødedato
1	20. marts 2020
2	24. marts 2020
3	25. marts 2020
4	25. marts 2020
5	2. april 2020
6	11. april 2020
7	12. april 2020
8	17. april 2020
9	24. april 2020

Kilde: Sundheds- og Ældreministeriet.

Møderne i følgegruppen afholdes i den nævnte periode hver uge med yderligere møder i visse uger. Indkaldelse til møderne sker på sundheds- og ældreministerens initiativ. Sundheds- og Ældreministeriet udsender typisk ikke på forhånd nogen egentlig dagsorden for møderne og kun i begrænset omfang skriftligt materiale til brug for møderne.

Medlemmerne af følgegruppen forklarer i møderne med udredningsgruppen samstemmende, at der på følgegruppens møder er deltagelse af sundheds- og ældreministeren, der er mødeleder, og embedsmænd fra typisk Sundheds- og Ældreministeriets departement, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut og i nogle tilfælde endvidere fra andre myndigheder m.v., herunder Styrelsen for Patientsikkerhed, Lægemiddelstyrelsen, Danske Regioner og KL.

Der er ikke en fast struktur for møderne, men almindeligvis indledes møderne af sundheds- og ældreministeren, hvorefter sundhedsmyndighederne orienterer om den seneste udvikling i forhold til den aktuelle status for covid-19, herunder nyeste tal for antal test, smittede og indlæggelser m.v. Der kan være særlige punkter til behandling, herunder f.eks. forslaget til den anden ændring af epidemiloven, der præsenteres på mødet den 25. marts 2020, kl. 13.00-14.30. Følgegruppen kan på møderne komme med kommentarer og stille spørgsmål, der besvares af sundheds- og ældreministeren eller embedsmænd fra departementet eller de underliggende sundhedsmyndigheder. Undertiden bliver emner rejst af følgegruppens medlemmer taget op af ministeriet til behandling på efterfølgende møder.

Møderne er typisk planlagt til at vare en time, men går ikke sjældent over tid. Der føres ikke officielle referater.

Møderne i følgegruppen beskrives af sundhedsordførerne som værende af orienterende ka-

44 Sundheds- og Ældreministeriets notat af 21. december 2020 om overblik over møder i følgegruppen og partiledermøder samt skriftlige orienteringer af følgegruppen i marts og april.

rakter, og selv om der på møderne er mulighed for at komme med politiske kommentarer, har møderne ikke karakter af egentlige forhandlinger om påtænkte initiativer og tiltag. Således bliver følgegruppen ikke inddraget i overvejelser om udmøntningen af bemyndigelser.

Ved større regeringsinitiativer inddrages partilederne ofte og overtager i et vist omfang følgegruppens normale rolle. Det synes at variere lidt, om følgegruppen af sundhedsordførerne efterfølgende ligeledes informeres om tiltagene, eller om det overlades til partilederne at orientere deres respektive ordførere.

Skriftlige orienteringer af følgegruppen

Foruden orientering på møderne i følgegruppen orienterer sundheds- og ældreministeren løbende følgegruppen skriftligt om sin udmøntning af bemyndigelser i epidemiloven i form af bekendtgørelser, der typisk ikke bliver behandlet på møderne i følgegruppen, og om udviklingen i covid-19, visse konkrete sager og væsentlige tiltag, som regeringen iværksætter. Som nævnt ovenfor modtager følgegruppen i perioden fra den 12. marts til den 30. april 2020 i alt 59 skriftlige orienteringer. Orienteringerne om nye bekendtgørelser sker som udgangspunkt umiddelbart efter udstedelsen af dem.

I forbindelse med udmøntning af bemyndigelser indeholdt i den første ændring af epidemiloven, der træder i kraft den 17. marts 2020, udsteder sundheds- og ældreministeren natten mellem den 17. og 18. marts 2020 en række bekendtgørelser, herunder bekendtgørelse nr. 219 af 17. marts 2020 om begrænsning af rettigheder på sundheds- og ældreområdet i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19) og nr. 224 af 17. marts 2020 om forbud mod større forsamlinger og forbud mod adgang til og restriktioner for visse lokaler i forbindelse med håndtering af Coronavirussygdom 2019 (COVID-19), der begge er nærmere omtalt i kapitel 10. Følgegruppen orienteres om bekendtgørelserne i en e-mail sendt den 18. marts 2020, kl. 02.50, hvori det bl.a. fremgår:

> *»Kære følgegruppe for COVID-19*
>
> *Som jeres partiformænd er orienteret om, udsteder jeg nu en række bekendtgørelser. Desuden vil kulturministeren, social- og indenrigsministeren, erhvervsministeren, beskæftigelsesministeren og justitsministeren udstede en bekendtgørelse hver på deres områder.*
>
> *Vedlagt er ordførernotat, som giver en kort beskrivelse af bekendtgørelserne på mit område.*
>
> *Regeringen tager disse tiltag i brug ud fra Statens Serum Instituts anbefaling om, **at minimering af social kontakt mindsker smittefaren i samfundet**. Vi kan herudover oplyse, at ministeriet i samarbejde med Statens Serum Institut har planlagt en monitoreringsindsats af de enkelte tiltag således, at vi vil have en større grad af evidens i anden bølge af virus, og til at vurdere om de enkelte tiltag vil skulle forlænges.*
>
> *Jeg vil henlede ordførernes opmærksomhed på, at Sundhedsstyrelsens høringssvar følger samme linje, som til lovforslaget, nemlig, at styrelsen ikke har evidens for effekten af denne række tiltag, som tages i værk (vedlagt her). Sundhedsstyrelsens risikovurdering fra 10. marts anbefaler, at **nedbringe antallet af sociale kontakter,** men styrelsens holdning er, at der som hovedregel kun skal være tale om rene borgerrettede anbefalinger og altså ikke regler og lovgivning. Vi har i øvrigt modtaget en række tekstnære bemærkninger til de*

foreløbige udkast til bekendtgørelserne, som ikke er vedlagt her.

Mvh. Magnus

Vedlagt mailen er:
- Samlet dokument med bekendtgørelser
- Ordførernotat
- Høringssvar fra Sundhedsstyrelsen«

Skriftlige spørgsmål fra følgegruppens medlemmer til sundheds- og ældreministeren
Foruden muligheden for at stille mundtlige spørgsmål på møderne i følgegruppen får følgegruppens medlemmer en uformel adgang til at stille skriftlige spørgsmål til sundheds- og ældreministeren som alternativ til formelle folketingsspørgsmål gennem Sundheds- og Ældreudvalget og til § 20-spørgsmål. Antallet af spørgsmål til sundheds- og ældreministeren gennem Sundheds- og Ældreudvalget og som § 20-spørgsmål skal derfor ses, i sammenhæng med at et ikke nærmere kendt antal spørgsmål i stedet er blevet stillet gennem følgegruppen. Rammerne for følgegruppen er ikke formaliseret, og der er således i modsætning til reglerne i Folketingets forretningsorden om Folketingets udvalg ikke særlige regler i relation til tavshedspligt eller for svarfrister for spørgsmål stillet til sundheds- og ældreministeren. Endvidere sker der ikke offentliggørelse af spørgsmål stillet gennem følgegruppen og svar herpå i modsætning til spørgsmål stillet gennem Folketingets udvalg eller som § 20-spørgsmål.

Flere medlemmer af følgegruppen har beskrevet, at de oplevede, at der med de nævnte forskelle var fordele og ulemper ved at stille spørgsmål gennem følgegruppen i stedet for via Folketinget, hvilket fik betydning for, gennem hvilken kanal medlemmerne stillede spørgsmål.

Sammenfatning

Covid-19 fylder i begyndelsen af marts 2020 ganske lidt på Folketingets officielle dagsorden, hvilket ændrer sig, da sundheds- og ældreministeren den 12. marts 2020 fremsætter forslag til den første ændring af epidemiloven. Lovforslaget er det første blandt i alt 20 lovforslag, som regeringen fremsætter og ønsker hastebehandlet i marts og april. Dertil kommer en række aktstykker fra ministerierne, som tiltrædes af Finansudvalget.

Folketingets forretningsorden foreskriver, at der mindst skal gå 30 dage fra fremsættelse af et lovforslag til 3. behandling af lovforslaget og mindst 2 dage mellem hver af de tre behandlinger. Disse frister kan imidlertid fraviges med et trefjerdedelsflertal, og dermed kan Folketinget behandle og vedtage et lovforslag samme dag, som det fremsættes.

I månederne op til covid-19-krisen bliver spørgsmålet om, hvilken fremgangsmåde der bør følges ved hastebehandling, taget op til overvejelse af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen, der i et brev til statsministeren den 15. januar 2020 formulerer generelle retningslinjer, som udvalget opfordrer til som udgangspunkt at følge fremover, herunder at 1. behandling gennemføres 4 dage efter fremsættelsen, 2. behandling gennemføres 2 dage senere, og 3. behandling dagen efter, svarende til en behandling af lovforslaget over 8 dage. Endvidere lægger udvalget op til, at regeringens forslag til tidsplan for hvert lovforslag drøftes i Udvalget for Forretningsordenen inden fremsættelsen på baggrund af et brev fra den pågældende minister, hvori lovforslagets hovedindhold beskrives og begrundelsen for, at forslaget ønskes hastebehandlet, angives.

Flere af elementerne i de foreslåede retningslinjer bliver indarbejdet i den praksis, der dan-

nes i forbindelse med de covid-19-relaterede lovforslag, som regeringen fremsætter i marts og april. Det gælder navnlig for inddragelsen af Udvalget for Forretningsordenen, der i hvert tilfælde får forelagt og tiltræder regeringens forslag til tidsplan for behandling af lovforslaget. Endvidere dannes der i løbet af marts en praksis for, at udvalget til brug for vurderingen af tidsplanen får forelagt et notat om lovforslagets indhold. Samme betydning får retningslinjerne ikke for selve tilrettelæggelsen af behandlingen, der i mange tilfælde gennemføres på kortere tid, end der er lagt op til i retningslinjerne. Første ændring af epidemiloven behandles den 12. marts 2020 på én dag, og en relativt stor andel af de 20 lovforslag behandles over 3 dage og med et samlet gennemsnit af samtlige lovforslag på 6 dage.

Antallet af lovforslag, der hastebehandles i marts og april, er ganske atypisk for arbejdet i Folketinget, hvor der de senere år kun har været enkelte tilfælde, hvor lovforslag er blevet behandlet inden for få dage. Ofte har sådanne lovforslag berørt afgrænsede problemstillinger og affødt færre antal udvalgsspørgsmål end flere af de covid-19-relaterede forslag, der behandles i foråret, herunder navnlig de to lovforslag til ændring af epidemiloven, der bliver fremsat i marts 2020. Forslaget til den første ændring, lovforslag nr. L 133, der, jf. kapitel 12, indeholder bemyndigelser til sundheds- og ældreministeren til at fastsætte regler, hvormed der kan gøres væsentlige indgreb i borgernes retsforhold, fremsættes og behandles under et så komprimeret tidsforløb, at det ikke er muligt for sundheds- og ældreministeren at besvare samtlige 80 spørgsmål, der stilles gennem Sundheds- og Ældreudvalget.

Hastebehandling af lovforslag dominerer Folketingets dagsorden i anden halvdel af marts og i april 2020, hvor behandling af andre sager i vidt omfang udskydes, som følge af at Folketinget i forbindelse med den delvise nedlukning af Danmark vælger at begrænse Folketingets møder til primært behandling af hastelovforslag. Situationen indebærer, at den parlamentariske kontrol med regeringen indtil slutningen af april 2020 fylder mindre end normalt. Det gælder navnlig for samråd og forespørgsler, hvorimod der fortsat stilles skriftlige § 20-spørgsmål og udvalgsspørgsmål. Gennem denne adgang stilles der spørgsmål til de fleste ministre om håndtering af covid-19, og i en del udvalg tegner andelen af covid-19-relaterede spørgsmål sig for over halvdelen af de spørgsmål, der stilles i perioden.

Foruden det formelle samspil mellem Folketinget og regeringen, der i perioden navnlig viser sig gennem behandling af lovforslag og ministrenes besvarelse af folketingsspørgsmål m.v., inddrages Folketingets partier på forskellig vis mere uformelt i regeringens håndtering af covid-19. Det gælder bl.a. sundheds- og ældreministerens inddragelse af følgegruppen af partiernes sundhedsordførere, som nedsættes efter forhandlinger i Sundheds- og Ældreudvalget under udvalgets behandling af det første forslag til ændring af epidemiloven. Følgegruppen mødes typisk en gang om ugen med sundheds- og ældreministeren og får karakter af navnlig et informationsforum, hvorigennem ministeren enten skriftligt eller på møderne orienterer om udviklingen i covid-19 og regeringens tiltag. Følgegruppens medlemmer kan stille mundtlige spørgsmål på møderne og efterfølgende skriftlige spørgsmål, der i modsætning til spørgsmål stillet gennem Folketinget ikke offentliggøres.

Stockholms stad
Ta hand om varandra!
Fortsätt hålla avstånd.
JCDecaux

Kapitel 16

Covid-19-håndteringen i nabolandene

Som pandemi stiller covid-19 alverdens lande over for et fælles problem. Hvad kan og hvad skal de gøre for at mane den trussel mod folkesundheden og mod økonomisk-social velfærd, som sygdommen udgør, i jorden? De enkelte staters forudsætninger herfor er vidt forskellige. Det samme er de rammer, som deres forfatning og institutionelle indretning sætter for indsatsen mod pludseligt opståede og samfundstruende kriser.

Folketingets Udvalg for Forretningsordenen pålægger udredningsgruppen i relevant omfang også at inddrage erfaringerne fra andre lande. Beretning nr. 4 fra udvalget peger i den sammenhæng på nabolandene Norge, Sverige og Tyskland. Disse lande har sammen med Danmark sammenlignelige økonomiske og sociale strukturer og sundhedsvæsener på højt og moderne niveau. Der er imidlertid også forskelle mellem landene. De er betinget af forskellige politiske og administrative strukturer og af forskellige demokratiske og forvaltningsmæssige traditioner. Spørgsmålet, som er stillet til udredningsgruppen, er dermed: hvordan håndterer Danmarks umiddelbare nabolande krisen, og hvordan kommer hvert af landene frem til de beslutninger og strategier, som ligger til grund for håndteringen?

Det er en omfattende og i praksis umulig opgave inden for kort tid at gennemføre en udredning heraf sideløbende med udredningen af de danske myndigheders covid-19-håndtering. Udredningsgruppen har derfor rekvireret rapporter fra forskere i de tre nabolande og i den sammenhæng anmodet dem om at redegøre for tilrettelæggelsen af covid-19-håndteringen i deres lande. De i alt seks forskere, som har løst denne opgave, har ikke haft adgang til interne regerings- og myndighedsdokumenter. Deres analyser bygger derfor alene på offentligt tilgængelige dokumenter og statistiske oplysninger.

De tre landerapporter er oversat til dansk og optrykt som bilag 3-5 til denne rapport. For en detaljeret gennemgang af covid-19-håndteringen i hvert af de tre lande henvises hertil. Formålet med dette kapitel er på grundlag af rapporterne at uddrage tværgående erfaringer, som kan indgå som en del af grundlaget for den læring af covid-19-forløbet, som er endemålet for denne rapport.

Dette kapitel indeholder derfor ikke en opsummering af de mange konkrete informationer, der er indeholdt i landerapporterne.

Kapitlets afsæt er en kortfattet redegørelse for, hvordan covid-19 i løbet af vinteren og foråret 2020 rammer de fire lande. Udgangspunktet er for dem alle det samme: at de på ret præcis samme tidspunkt står over for en pandemi af ukendt karakter og omfang. Myndighederne oplever altså nøjagtig den samme udfordring, så hvordan skulle de tage den op? Hvilke problemer rejser pandemien i sig selv, og hvilke afledte effekter og problemer forårsager den for såvel sundhedsvæsenet som samfundet i sin helhed?

For at besvare disse overordnede spørgsmål giver kapitlet først en oversigt over covid-19-udviklingen og trækker de store linjer i håndteringen op. Dernæst ser det på, hvad det er for et beslutningsgrundlag og en beslutningsorganisation, man havde i de tre lande sammenlignet med Danmark. Derefter tages tre problemstillinger op af særlig relevans for denne udredning. For det første de problemer af retlig karakter, som vidtrækkende lov- og myndighedsindgreb i den normale samfundsorden rejser i landene. For det andet de afledte effekter på sundhedsvæsenet, som covid-19 forårsager for landenes regeringer og myndigheder. For det tredje rejser de stærke indgreb i form af vidtgående og usædvanlige bemyndigelser til regeringer og myndigheder spørgsmålet om de parlamentariske institutioners rolle i krisehåndteringen.

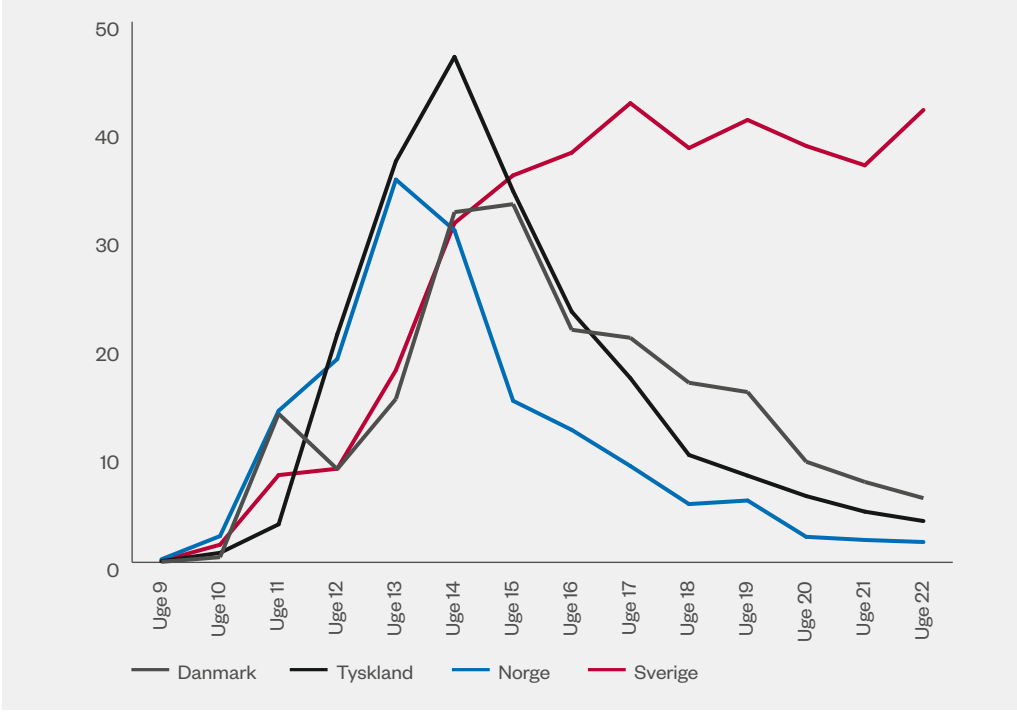
Covid-19: oversigt over udviklingen januar-maj 2020

Tyskland registrerer den første smittede den 28. januar 2020 – en tysk mand, som har deltaget i en konference i Bayern og øjensynlig er smittet af en kollega fra Kina. Sverige registrerer sin første smittede den 31. januar 2020 – en ung kvinde, som har besøgt Wuhan i Kina ugen forinden. Norge registrerer sin første smittede den 26. februar 2020, mens Danmark registrerer det første tilfælde dagen efter.

Alle fire lande oplever en betydelig stigning i antallet af smittede i begyndelsen af marts. Smittespredningen i de fire lande topper på lidt forskellige tidspunkter og på lidt forskellige niveauer i løbet af anden halvdel af marts og første halvdel af april. Som figur 16.1 viser, er der i starten af epidemien tilsyneladende en betydelig parallelitet i udviklingen i de fire lande. Men figuren viser også, at hvor antallet af konstaterede smittede falder fra og med uge 13-15 i Norge, Tyskland og Danmark, forbliver smittetallet på et relativt højt niveau i Sverige.

Registreringen af smittede med covid-19 er dog i denne tidlige periode meget usikker, og smittetallene udgør derfor et ringe grundlag for sammenligninger over tid og mellem landene. Et mere sikkert billede af epidemiens spredning giver tallene over antal indlagte med covid-19 på de enkelte landes sygehuse. Figur 16.2 viser for samme periode udviklingen i antal nyindlæggelser med covid-19 pr. uge.

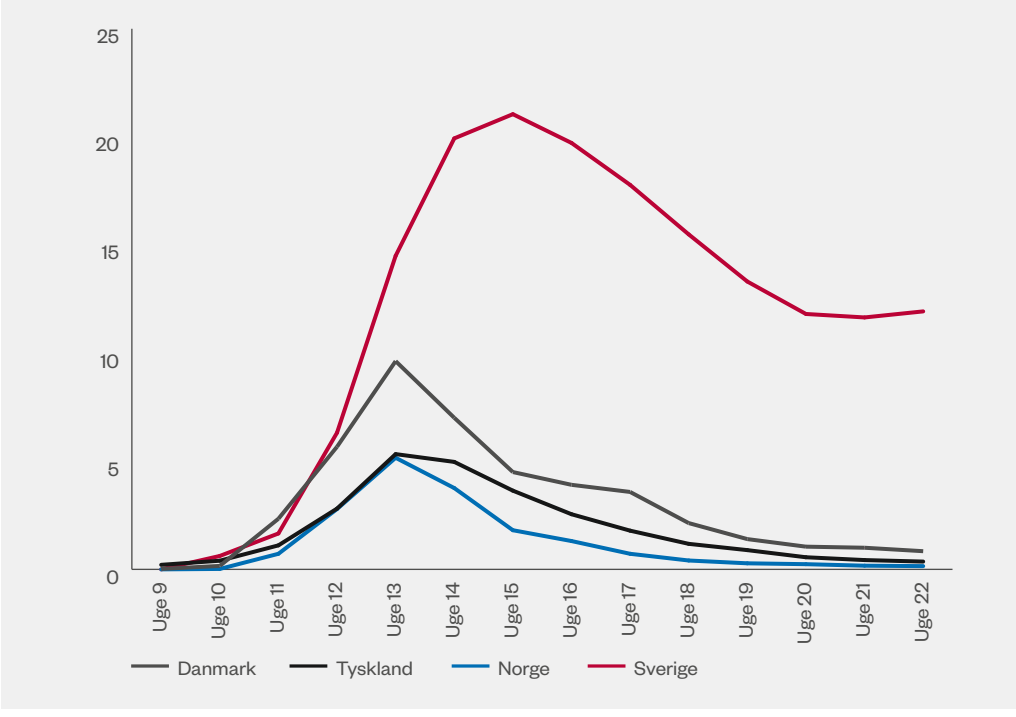
Figur 16.1. Antal konstaterede nye covid-19 tilfælde pr. uge pr. 100.000 indbyggere[1]



Kilde: Our World in Data.

1 Befolkningstal i de fire lande, som danner grundlag for beregninger i figurerne: Danmark: 5.792.203, Norge: 5.421.242, Sverige: 10.099.270, Tyskland: 83.783.945. Kilde: Our World in Data.

Figur 16.2. Nyindlæggelser med covid-19 pr. 100.000 indbyggere fordelt på uger

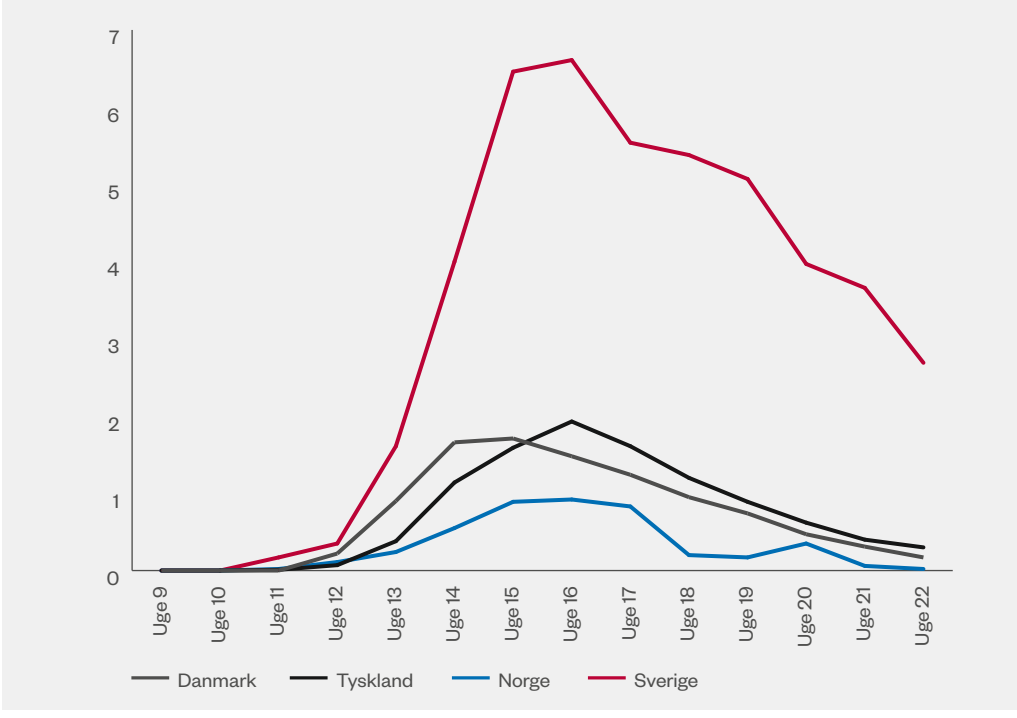


Kilder: Data for Danmark og Tyskland er hentet fra Our World in Data. Data for Sverige er fra den svenske Socialstyrelse. Data fra Norge stammer fra det norske Folkehelseinstituttet (FHI).

Tallene for de fire lande ligger i den tidlige fase af epidemien tæt op ad hinanden. Fra og med uge 11 ser man en kraftig stigning i antallet af nye indlæggelser med covid-19 i Danmark og Sverige, mens stigningen holder sig på et lavere niveau i Norge og Tyskland. Man ser også, hvordan antallet af nyindlagte covid-19-patienter begynder at falde i Danmark, Norge og Tyskland fra uge 13. For Sverige fortsætter stigningen i endnu nogle uger, og antallet af nyindlagte forbliver foråret igennem højt i Sverige. I uge 22 er der i Norge registreret 0,15 indlagte pr. 100.000 indbyggere. Tilsvarende tal for Tyskland er 0,36, for Danmark 0,84 og for Sverige 11,93.

De første covid-19-relaterede dødsfald i de fire lande bliver konstateret i uge 11 i 2020. Herefter stiger antallet af covid-19-relaterede dødsfald gradvis. Stigningstakten er mindst i Norge og størst i Sverige, mens stigningstakten i Danmark og Tyskland er nogenlunde ensartet og lidt højere end i Norge. I alle fire lande topper dødstallet i uge 15 og 16. Herefter falder de covid-19-relaterede dødsfald i alle fire lande frem mod udgangen af maj. Sverige er dog langt fra at komme ned på samme niveau som de øvrige tre lande. I Norge registreres bare 0,02 dødsfald pr. 100.000 indbyggere i uge 22. Det tilsvarende tal for Danmark er 0,17 og for Tyskland 0,3, mens det for Sverige med 2,69 dødsfald pr. uge for hver 100.000 indbyggere er væsentligt højere.

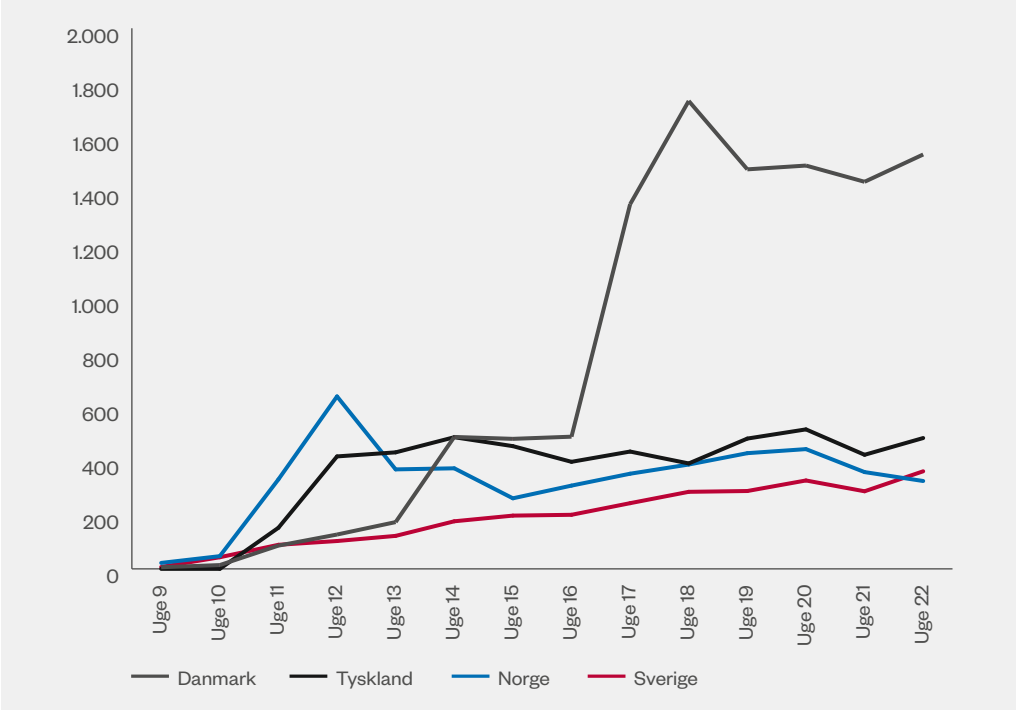
Figur 16.3. Antal nye covid-19-relaterede dødsfald pr. uge pr. 100.000 indbyggere



Kilde: Our World in Data.

Der er internationalt tidligt et fokus på gennemførelsen af test. Antallet af covid-19-test stiger i alle fire lande fra og med uge 12. Det fremgår af figur 16.4. Der er dog to markante forskelle mellem de fire lande. Den ene er, at Sverige nok gradvis udvider testkapaciteten, men holder den på et lavere niveau end Norge og Tyskland. Den anden og meget markante afvigelse er Danmark, hvor tallene tager nogle markante spring, hvilket bl.a. afspejler skiftene i den danske teststrategi, jf. kapitel 11. I uge 14 stiger antallet af test i Danmark til 488 pr. 100.000 indbyggere. Denne udvidelse fortsætter. I uge 18 når antallet af foretagne test således op på 1.731 test pr. 100.000 indbyggere, hvilket er mere end fire gange så højt som Tyskland og Norge på tilsvarende tidspunkt. Antallet af test i Danmark forbliver på det relativt høje niveau i de følgende uger. Ved afslutningen af perioden (uge 22) foretages 1.531 test pr. 100.000 indbyggere.

Figur 16.4. Antallet af nye test pr. uge pr. 100.000 indbyggere



Kilde: Data for Danmark, Norge og Tyskland er fra Our World in Data. Data fra Sverige er fra Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

Der tegner sig altså et billede af fire lande, som inden for samme tidsrum bliver ramt af pandemien, og hvor udviklingen i den allerførste fase forløber parallelt. Hurtigt afviger udviklingen i de fire lande dog fra hinanden. Covid-19-epidemien får et markant anderledes forløb i Sverige end i Danmark, Norge og Tyskland med flere indlæggelser og flere dødsfald i forhold til befolkningstallet. Samtidig skiller Danmark sig ret hurtigt ud ved at slå ind på en langt mere omfattende testaktivitet end de andre lande.

Oversigt over regerings- og myndighedsstrategier

Udbruddet af en omfattende og alvorlig pandemi sætter overalt i verden gang i overvejelserne om, hvad myndighederne politisk og administrativt kan og skal gøre for at inddæmme og begrænse de negative effekter for folkesundheden af covid-19. Det gælder også i Danmarks umiddelbare nabolande.

Der er generelt tale om meget intensive forløb, hvor myndighederne ganske pludseligt og i løbet af en kort periode tager stilling til, hvad de vil gøre inden for de lovgivningsmæssige og organisatoriske rammer, der i hvert af landene gælder for sundhedsberedskabet. Krisens karakter rejser dog hurtigt også spørgsmålet om, hvorvidt de gældende rammer giver myndighederne tilstrækkelige muligheder for effektivt og hurtigt at dæmme op for smittespredningen.

Det fører, som det fremgår af oversigten i figur 16.1 til, at man i alle fire lande træffer en lang række foranstaltninger, hvoraf nogle er sundhedsmæssige tiltag rettet direkte mod covid-19, mens andre er økonomiske følgetiltag, som man politisk iværksætter for at afbøde de negative økonomisk-sociale konsekvenser af epidemien.

Oversigten i figur 16.5 viser, hvordan der er tidsmæssigt iøjnefaldende sammenfald i myndighedernes reaktioner i de fire lande. Med få dages afstand beslutter man tiltag, der er rettet mod inddæmning og afbødning af covid-19. Endvidere er der i alle fire lande en samtidig indsats med tiltag rettet mod covid-19 og økonomiske afværgeforanstaltninger i form af økonomiske hjælpepakker rettet mod erhvervslivet og arbejdsmarkedet. Oversigten viser også, hvordan man beslutter gradvise lempelser af indgrebene, da smittesituationen letter i løbet af april og maj 2020.

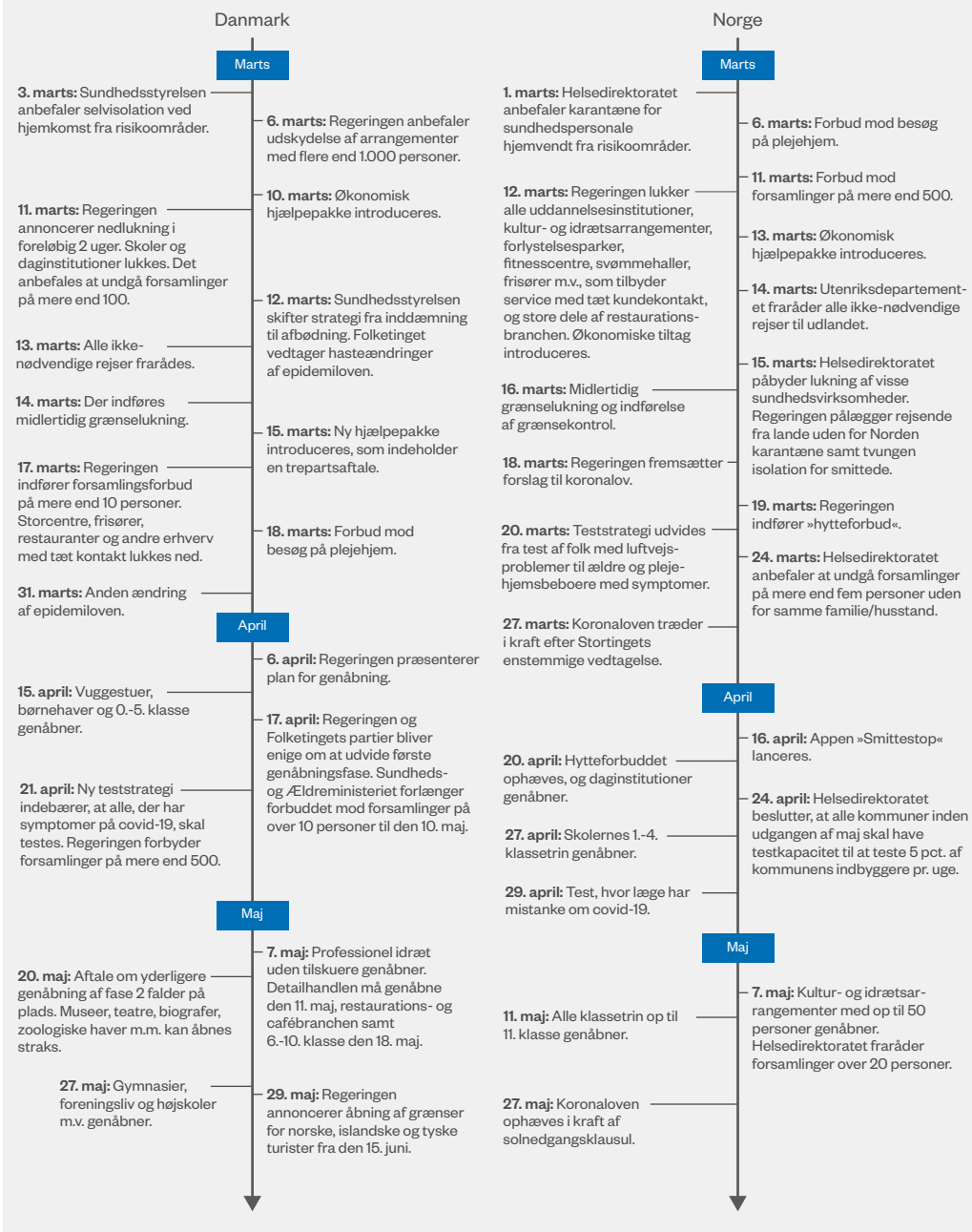
Trods disse ligheder er der også slående forskelle mellem reaktionsmønsteret i de fire lande. Der er to væsentlige iagttagelser her.

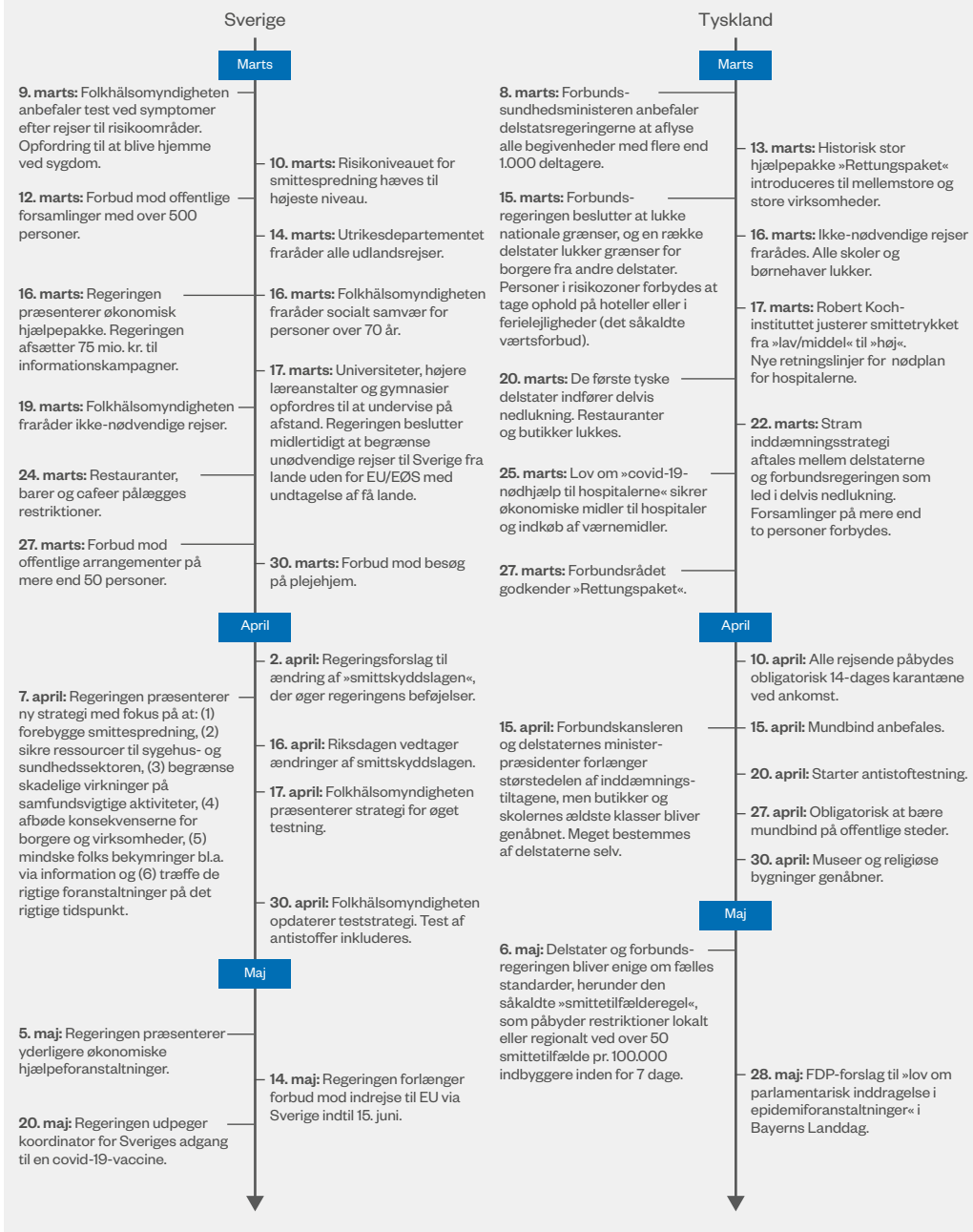
Den ene er, at Sverige adskiller sig fra de tre andre lande. Ganske vist er der i alle fire lande tidligt i marts en satsning på bløde tiltag i form af anbefalinger og vejledende retningslinjer fra regering og myndigheder. Men i Danmark, Norge og Tyskland skifter man hurtigt strategi, så påbud og forbud bliver de bærende elementer i strategien over for covid-19. Sverige fastholder imidlertid gennem hele perioden en strategi, som er baseret på færre indgreb og på offentlig information af borgerne med råd og vejledning, med hensyn til hvordan de bør opføre sig stillet over for smittetruslen.

Det er ikke ensbetydende med et fuldstændigt fravalg af retligt bindende tiltag i Sverige, sådan som det tidlige forbud mod offentlige forsamlinger med mere end 500 deltagere og den senere indskrænkning af deltagerantallet til 50 personer viser. Men fokus er ifølge den svenske regerings strategi fra den 7. april 2020 på blødere foranstaltninger som forebyggelse, ekstra ressourcetilførsel til sygehus- og sundhedssektoren, afbødning af konsekvenserne for samfundsvigtige aktiviteter, borgere og virksomheder og en informationsindsats for at dæmpe folks frygt for covid-19. Den erklærede regeringsstrategi er således mere henholdende end i de tre andre lande og bygger på denne principielle politik: »Den svenske strategi ved håndteringen af virus er, at de foranstaltninger, der besluttes, skal baseres på viden og dokumenteret erfaring, og at de rette foranstaltninger skal besluttes på rette tidspunkt.«[2] Den svenske strategi bygger derpå snarere på en afhjælpning af de økonomiske og sociale konsekvenser af epidemien end på en nedkæmpning af den. Det underliggende ræsonnement synes at være, at man herigennem kan mildne krisen for befolkningen uden kraftige indgreb i borgernes forhold, mens samfundet står epidemien igennem.

2 Dette er regeringens efterfølgende formulering, som den fremgår af kommissoriet for coronakommissionen, se Regeringen Dir 2020:74. Se også Johan Hirschfeldt og Olof Petersson, »Rättsregler i kris«, Dialogos Förlag, 2020, s. 104-116. Kommissionens opgave er at evaluere den svenske håndtering af covid-19.

Figur 16.5. Oversigt over covid-19 tiltag i Danmark, Norge, Sverige og Tyskland marts-maj 2020




Sverige
Marts
9. marts: Folkhälsomyndigheten anbefaler test ved symptomer efter rejser til risikoområder. Opfordring til at blive hjemme ved sygdom.
10. marts: Risikoniveauet for smittespredning hæves til højeste niveau.
12. marts: Forbud mod offentlige forsamlinger med over 500 personer.
14. marts: Utrikesdepartementet fraråder alle udlandsrejser.
16. marts: Regeringen præsenterer økonomisk hjælpepakke. Regeringen afsætter 75 mio. kr. til informationskampagner.
16. marts: Folkhälsomyndigheten fraråder socialt samvær for personer over 70 år.
17. marts: Universiteter, højere læreanstalter og gymnasier opfordres til at undervise på afstand. Regeringen beslutter midlertidigt at begrænse unødvendige rejser til Sverige fra lande uden for EU/EØS med undtagelse af få lande.
19. marts: Folkhälsomyndigheten fraråder ikke-nødvendige rejser.
24. marts: Restauranter, barer og cafeer pålægges restriktioner.
27. marts: Forbud mod offentlige arrangementer på mere end 50 personer.
30. marts: Forbud mod besøg på plejehjem.
April
2. april: Regeringsforslag til ændring af »smittskyddslagen«, der øger regeringens beføjelser.
7. april: Regeringen præsenterer ny strategi med fokus på at: (1) forebygge smittespredning, (2) sikre ressourcer til sygehus- og sundhedssektoren, (3) begrænse skadelige virkninger på samfundsvigtige aktiviteter, (4) afbøde konsekvenserne for borgere og virksomheder, (5) mindske folks bekymringer bl.a. via information og (6) træffe de rigtige foranstaltninger på det rigtige tidspunkt.
16. april: Riksdagen vedtager ændringer af smittskyddslagen.
17. april: Folkhälsomyndigheten præsenterer strategi for øget testning.
30. april: Folkhälsomyndigheten opdaterer teststrategi. Test af antistoffer inkluderes.
Maj
5. maj: Regeringen præsenterer yderligere økonomiske hjælpeforanstaltninger.
14. maj: Regeringen forlænger forbud mod indrejse til EU via Sverige indtil 15. juni.
20. maj: Regeringen udpeger koordinator for Sveriges adgang til en covid-19-vaccine.
Tyskland
Marts
8. marts: Forbunds-sundhedsministeren anbefaler delstatsregeringerne at aflyse alle begivenheder med flere end 1.000 deltagere.
13. marts: Historisk stor hjælpepakke »Rettungspaket« introduceres til mellemstore og store virksomheder.
15. marts: Forbunds-regeringen beslutter at lukke nationale grænser, og en række delstater lukker grænser for borgere fra andre delstater. Personer i risikozoner forbydes at tage ophold på hoteller eller i ferielejligheder (det såkaldte værtsforbud).
16. marts: Ikke-nødvendige rejser fraråded. Alle skoler og børnehaver lukker.
17. marts: Robert Koch-instituttet justerer smittetrykket fra »lav/middel« til »høj«. Nye retningslinjer for nødplan for hospitalerne.
20. marts: De første tyske delstater indfører delvis nedlukning. Restauranter og butikker lukkes.
22. marts: Stram inddæmningsstrategi aftales mellem delstaterne og forbundsregeringen som led i delvis nedlukning. Forsamlinger på mere end to personer forbydes.
25. marts: Lov om »covid-19-nødhjælp til hospitalerne« sikrer økonomiske midler til hospitaler og indkøb af værnemidler.
27. marts: Forbundsrådet godkender »Rettungspaket«.
April
10. april: Alle rejsende påbydes obligatorisk 14-dages karantæne ved ankomst.
15. april: Forbundskansleren og delstaternes minister-præsidenter forlænger størstedelen af inddæmnings-tiltagene, men butikker og skolernes ældste klasser bliver genåbnet. Meget bestemmes af delstaterne selv.
15. april: Mundbind anbefales.
20. april: Starter antistoftestning.
27. april: Obligatorisk at bære mundbind på offentlige steder.
30. april: Museer og religiøse bygninger genåbner.
Maj
6. maj: Delstater og forbunds-regeringen bliver enige om fælles standarder, herunder den såkaldte »smittetilfælderegel«, som påbyder restriktioner lokalt eller regionalt ved over 50 smittetilfælde pr. 100.000 indbyggere inden for 7 dage.
28. maj: FDP-forslag til »lov om parlamentarisk inddragelse i epidemiforanstaltninger« i Bayerns Landdag.

Den anden forskel er, at den politisk-administrative struktur er ret forskellig i de fire lande. Danmark, Norge og Sverige er såkaldte enhedsstater med centralregeringer. Det betyder, at der i disse tre lande ikke er stærke, indbyggede stopklodser for, hvad de nationale regeringer kan gøre, hvis blot de kan opnå støtte i de nationale parlamenter. Der er dog den forskel mellem de tre lande, at hvor der er et nationalt ansvar for sundhedsberedskabet i Danmark og Sverige, er der en højere grad af decentralisering til kommunerne i Norge.

Den store forskel kommer dog frem ved sammenligningen med Tyskland. Den beror på to forhold. Det ene er, at Tyskland er en forbundsrepublik, hvor ansvaret for gennemførelsen af lovgivningen som udgangspunkt ligger hos delstaterne, og hvor delstaterne supplerer den føderale lovgivning med delstatslovgivning. Det andet forhold er, at kommunerne og regionale, amtslignende myndigheder i Tyskland har en central placering i såvel sundhedsvæsenet som i kriseberedskabet.

Den høje grad af decentralisering, som ikke kun beror på føderalismen, betyder for det første, at der er lokal variation i tiltagene i Tyskland. For det andet betyder den, at nationale foranstaltninger forudsætter forhandlinger og enighed mellem forbundsregeringen og delstaternes parlamenter, de såkaldte landdage. I en norsk sammenhæng ser man også, hvordan den delvise decentralisering af kompetencen på sundhedsberedskabets område skaber spændinger mellem på den ene side regeringen og de nationale sundhedsmyndigheder og på den anden side kommunerne. Sammenlignet hermed er opgavefordelingen enkel i Danmark og Sverige. Ansvaret for sundhedsberedskabet og krisestyringen er i begge lande entydigt placeret på nationalt niveau hos de statslige myndigheder.

Erfaringerne fra det korte forløb i foråret 2020 godtgør imidlertid også, at disse institutionelle forskelle ikke er i stand til at forklare forskelle og ligheder i de fire landes håndtering af covid-19-krisen. De institutionelle forskelle sætter rammerne for, hvor svært eller let det er at træffe beslutninger om tiltag og opnå politisk tilslutning til dem, men de kan ikke forklare landenes valg af covid-19-håndtering. I sidste ende er de valgte tiltag i alle fire lande udtryk for politiske valg truffet på basis af intern rådgivning fra myndighederne til politikerne og i et vist omfang ekstern rådgivning rekvireret af de samme politikere. Resultatet af disse processer er, at man politisk i Danmark, Norge og Tyskland lagde sig fast på tiltag med væsentlige lighedstræk, som blev forberedt, forhandlet og besluttet inden for samme snævre tidsrum. Den svenske regering, den svenske rigsdag og de svenske myndigheder valgte en strategi, der var væsensforskellig fra de tre andre landes.

Beslutningsgrundlag og rådgivningsstruktur

Covid-19 er fra starten en sundhedsfaglig udfordring, men bliver hurtigt også et politisk og administrativt problem. Den videnskabelige usikkerhed med hensyn til sygdommens karakter og alvorlighed rejser fra starten spørgsmålet om grundlaget for myndighedstiltag imod sygdommen i og uden for sundhedsvæsenet. Der er mellem de fire lande en grundlæggende lighed i den institutionelle indretning af den sundhedsfaglige rådgivning, når samfundet står over for epidemiske trusler. Alle fire lande har således specialiserede institutioner, som kombinerer analytiske og forskningsmæssige opgaver på smitteområdet med overvågningsopgaver af myndighedskarakter. Institutionerne er endvidere i de fire lande placeret på nationalt niveau og bemandet med og ledet af specialister inden for et bredt sundhedsfaglige felt. Virologisk og epidemiologisk ekspertise er således kun ét af deres hovedområder.

Det er også fælles for disse institutioner, at de indgår i det administrative hierarki med en placering lige under ministerierne, som svarer til danske og norske departementer. Deres chefer refererer altså som udgangspunkt til de enheder i regeringsapparatet, som står for den politiske rådgivning af ministre og regering. Trods disse grundlæggende ligheder er der nogle forskelle mellem landene.

Danmark og Norge har her en organisation, der ligger tæt op ad hinanden. Rådgivningen på det epidemiologiske og virologiske område er en opgave for henholdsvis Statens Serum Institut og Folkehelseinstituttet. Den eneste umiddelbare forskel er, at Folkehelseinstituttet i en krisesituation refererer til Helsedirektoratet i stedet for til Helse- og Omsorgsdepartementet. Det hænger sammen med, at en lovfæstet delegation giver Helsedirektoratet myndighed til at koordinere den samlede indsats under en epidemi, og Folkehelseinstituttets rådgivning bliver med denne konstruktion et integreret led i direktoratets indsats over for epidemien. Det er ikke ulig situationen i Danmark ved krisens start, hvor Sundhedsstyrelsen koordinerede de andre styrelsers indsats og således også havde ansvaret for videreformidling af information og rådgivning fra Statens Serum Institut til regeringen.

Forskellene er større i forhold til Sverige og Tyskland. I en svensk sammenhæng er der specielt to forhold, som gør sig gældende. Det ene er, at Folkhälsomyndigheten i modsætning til de tre andre lande fremstår som en kombineret sektorforskningsinstitution og administrativ myndighed. Chefepidemiologen indgår i den som afdelingschef. Det andet er, at den svenske forfatning, regeringsformen, udelukker ministerstyre. Det indebærer for det første, at Folkhälsomyndigheten i lighed med andre styrelser er underlagt regeringen og ikke en enkelt minister, om end myndigheden hører under Socialdepartementets ressort. Det indebærer for det andet, at hverken regeringen eller ressortministeren kan intervenere i konkrete sager, som er til afgørelse i myndigheden. Formelt styrer regeringen i Sverige altså myndigheden gennem generelle retningslinjer såsom instrukser, budgetter og planer. En vigtig tilføjelse er, at det i covid-19-sammenhængen ikke drejer sig om behandlingen af konkrete afgørelsessager, men alene om formuleringen af generelle retningslinjer for myndighedsindsatsen. En anden væsentlig tilføjelse er, at den svenske forfatning ikke udelukker uformelle samspilsrelationer mellem en minister og myndigheder under dennes ressort.

Med den viden, der foreligger, er der i Sverige ret tætte uformelle relationer mellem på den ene side ministrene og departementernes embedsmænd og på den anden side ledelsen på myndighedsniveau. Men den samme empiriske viden siger også, at traditionen for myndighedernes selvstændighed som faglige specialistmyndigheder vejer tungt i svensk administrativ og politisk tradition, og at dette normalt giver forvaltningsenheder som Folkhälsomyndigheten et ikke ubetydeligt spillerum, hvor den i praksis er undtaget fra politisk intervention. Det er, som det fremgår af landerapporten for Sverige, denne alment forankrede tradition snarere end de formelle forfatningsmæssige forskrifter, som afholder en regering i Sverige fra at gribe ind over for den linje, som ledelsen af en myndighed har lagt.

Folkhälsomyndigheden er tidligt i covid-19-forløbet opmærksom på de risici, som sygdommen kan indebære, og på et tidligt tidspunkt i februar 2020 indstiller den til den svenske regering, at covid-19 klassificeres som en alment farlig sygdom – en indstilling, som regeringen følger. Det hører samtidig med til billedet, at Folkhälsomyndigheten vinteren og foråret igennem fraråder regeringen særlige lovindgreb. Det

sker under henvisning til de principper om frivillighed og personligt ansvar, som i en årrække har været bærende i svensk epidemilovgivning. Undtagelsen er en tilføjelse til epidemiloven, som indeholder en tidsbegrænset bemyndigelse til en række nedlukninger. Bemyndigelsen bliver dog aldrig brugt. Det er en linje, som i denne del af forløbet generelt og konkret i forbindelse med lovændringen finder tilslutning fra regeringen og et politisk flertal i den svenske rigsdag.

Forskellen til Tyskland beror på Tysklands føderale struktur. Den indebærer i denne sammenhæng, at Tyskland nok har en national epidemilovgivning, men at ansvaret for dens gennemførelse og håndhævelse ligger hos delstaterne. Det er yderligere i vidt omfang kommunerne og de amtskommunale kredsforvaltninger, der har ansvaret for det praktiske kriseberedskab. Det gør dog ikke nogen stor forskel i forhold til den sundhedsfaglige rådgivning, som på det epidemiologiske og virologiske område er forankret hos Robert Koch Instituttet. Dets opgaver og institutionelle indplacering er meget lig Statens Serum Instituts og Folkehelseinstituttets i Norge. Dets rådgivningsforpligtelse gælder både forbundsmyndighederne og delstatsregeringerne såvel som de lokale myndigheder.

Der er i hvert fald i Danmark, Norge og Tyskland en vis institutionaliseret pluralisme i den sundhedsfaglige rådgivning. Den har i alle tre lande haft ad hoc-karakter, idet de nævnte landes myndigheder har trukket på rådgivning fra hensholdsvis den faglige gruppe tilknyttet Sundhedsstyrelsen og modelgruppen tilknyttet Statens Serum Institut, den virologiske sagkundskab på Rigshospitalet i Oslo og det virologiske institut på Charitéhospitalet i Berlin. Derudover har der i alle fire lande været en åben og i faser kritisk faglig debat blandt forskere og hospitalsansatte læger om grundlaget for trufne beslutninger og strategivalg. Det er også indtrykket, at de risikoanalyser, som i alle fire lande løbende er udarbejdet af de ansvarlige myndigheder og institutioner, er lagt frem for offentligheden. Det er her værd at bemærke, at risikovurderingerne fra de fire landes sagkyndige rådgivningsinstitutioner perioden igennem nogenlunde har flugtet med hinanden. Det vil sige, at de på linje med vurderingerne fra WHO og ECDC, jf. kapitel 3 og 4, bevæger sig fra et lavrisikoforløb til et højrisikoforløb. Forskellen er først og fremmest, at man i Sverige i den sundhedsfaglige rådgivning og i den politiske beslutningsproces træffer andre beslutninger i valget af strategi over for covid-19.

Ovenstående sammenligning inddrager kun for Danmarks vedkommende information om det faktiske samspil mellem den nationale sundhedsfaglige rådgivning og de politiske og administrative beslutningstagere. Der er derfor ikke grundlag for sammenligninger mellem landene, når det gælder indhold og form for samspillet og dettes intensitet. Der er heller ikke for Norges, Sveriges og Tysklands vedkommende adgang til information om forekomsten af spændinger mellem de sundhedsfaglige rådgivningsinstitutioner og det politisk-administrative niveau. Det gælder imidlertid generelt, at man politisk og administrativt har påberåbt sig den sundhedsfaglige rådgivning i kommunikationen af de valgte strategier, og at de ledende rådgivere i Danmark, Norge og Tyskland har optrådt side om side med ministre og myndighedsrepræsentanter på de pressekonferencer, som er et gennemgående træk i krisekommunikationen. Derimod er indtrykket, at statsepidemiolog Anders Tegnell, der er afdelingschef i Folkhälsomyndigheten, i høj grad tegner linjen over for den svenske offentlighed, mens regeringen i højere grad holder sig i baggrunden.

Covid-19-pandemien er først og sidst en folkesundhedskrise. Den har imidlertid afledte økonomiske og sociale konsekvenser. I Danmark,

Norge og Tyskland kan disse umiddelbart føres tilbage til de beslutninger om gradvis nedlukning af private arbejdspladser og offentlige institutioner og de videregående konsekvenser, dette havde for virksomheder og arbejdsmarked. Sverige, hvis covid-19-politik er afvigende, bliver imidlertid økonomisk og socialt ramt i samme omfang som de tre andre lande. Krisens økonomiske og sociale konsekvenser fører i alle tilfælde til, at man politisk former og vedtager store økonomiske hjælpepakker. De er, efter den information, der foreligger for udredningsgruppen, i alle tilfælde forberedt i ministerielt regi.

En undtagelse er delvis den norske regering. Den vælger allerede i marts at nedsætte en økonomisk ekspertgruppe, det såkaldte Steinar Holden-udvalg. Det udarbejder i alt tre rapporter, som indgår i det grundlag, hvorpå regeringen med tilslutning fra Stortinget former sine økonomiske hjælpepakker. I de tre andre lande bliver der dog allerede i foråret udarbejdet uafhængige økonomiske vurderinger af de økonomiske tiltag. I Danmark sker det i regi af et ekspertudvalg nedsat af regeringen i maj måned, ligesom Det Økonomiske Råd senere publicerer en vurdering af de økonomiske aspekter af krisen. I Sverige og Tyskland behandler landenes vismandsinstitutioner, dvs. Finanspolitiska Rådet og Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, de økonomiske aspekter af krisen. I alle lande understøtter denne uafhængige rådgivning de valgte krisetiltag.

Håndteringens retlige aspekter

Håndteringen af en epidemi afhænger af, at borgerne ændrer adfærd, så de ikke spreder smitte eller udsætter sig selv for smitte. For at opnå en sådan adfærdsændring kan det være nødvendigt at indføre restriktioner og påbud. Det rejser spørgsmålet om, hvad myndighederne kan og skal gøre for hurtigt at opnå de adfærdsændringer, som er nødvendige for at håndtere epidemien.

Dermed er spørgsmålet også rejst, om man kan opnå dette inden for de lovgivningsmæssige og i sidste ende forfatningsmæssige rammer, som normalt gælder for myndighedernes regulering af borgernes adfærd. Det gælder specielt i demokratiske retsstater, hvor individet med få begrænsninger er sikret ret til frit at forsamle sig og til frit at bevæge sig i samfundet. Endvidere sikrer lovgivningen borgerne en række rettigheder, som regulerer deres adgang til social velfærd, f.eks. i form af ydelser fra sundhedsvæsenet. Endelig vil indgreb rettet mod epidemien kunne begrænse borgernes råderet over deres ejendom, hvad der igen rører ved grundlæggende og forfatningssikrede rettigheder.

Epidemibekæmpelsen rører tillige ved en anden væsentlig problemstilling af retlig karakter. Det er spørgsmålet om, hvem der kan foretage eventuelle indgreb, og på hvilket grundlag det kan ske. I nogle forfatningssystemer er der under nærmere bestemte forudsætninger en adgang til, at regeringen kan erklære undtagelsestilstand, hvor den i en periode sætter en række af lovgivningens – og forfatningens – regler ud af funktion for derigennem at sikre myndighedernes mulighed for en effektiv bekæmpelse af epidemien. Det skete som led i covid-19-håndteringen i en række lande i det sydlige Europa.

For de fire lande, som indgår i sammenligningen, forholder det sig anderledes. Ingen af de tre nordiske lande har i deres grundlove regler, der gør det muligt for regeringen eller regeringen og parlamentet at erklære undtagelsestilstand. Det er delvis anderledes i Tyskland, hvor grundloven indeholder sådanne bestemmelser, men de er knyttet til landets føderale opbygning og regulerer alene betingelserne for, at forbundsregeringen for en periode bestemmer, at delstatsregeringerne skal stille politi- og

andre myndighedsressourcer til rådighed for en anden delstat, som f.eks. er udsat for en naturkatastrofe. Bestemmelsen skal ses i et historisk perspektiv, hvor føderalismen fungerer som et værn mod opbygningen af en stærk centralstat med stærke nationale politi- og ordensmyndigheder. Den tyske regering afstår fra at bruge disse bestemmelser i grundloven under covid-19-krisen.

I alle fire landeer det retlige grundlag for indsatsen mod covid-19 knyttet til epidemilovgivningen. Det rejser et spørgsmål om både anvendelsen af lovens myndighedsbeføjelser og om en eventuel udvidelse af dem i den særlige situation, som covid-19 skaber. Det er ikke noget problem i svensk sammenhæng, hvor myndighederne som nævnt lægger sig fast på en indsats baseret på information og vejledning, og hvor regeringen, da den får udvidet sine beføjelser ved en lovændring, afstår fra at bruge dem. Sverige gennemfører dog begrænsninger i forsamlingsfriheden og i et vist omfang i bevægelsesfriheden i form af grænselukninger.

I de andre tre lande er situationen mere kompliceret. Deres strategier har, som det er fremgået, væsentlige lighedstræk med hinanden, idet de bygger på begrænsninger af forsamlingsfriheden, nedlukning af institutioner og virksomheder og indgreb i bevægelsesfriheden gennem mere omfattende grænselukninger end i Sverige og i et vist omfang også i den indenlandske bevægelsesfrihed. Men de retlige rammer er meget forskellige.

En forskel ligger i opgavefordelingen mellem det nationale og det decentrale niveau. Norsk epidemilovgivning tildeler kommunerne en central rolle i indsatsen mod epidemiske sygdomme. Tyskland har en føderal epidemilov, men det er delstaterne og de lokale sundhedsmyndigheder, som har ansvaret for gennemførelsen af foranstaltninger rettet mod covid-19. Selv om den føderale epidemilov indeholder en bestemmelse, som giver forbundsregeringen kompetence til at samordne indsatsen på tværs af delstater, er forbundsregeringens beføjelser stærkt begrænsede, når det kommer til den præcise udformning og implementering af indsatsen. Specielt i den tyske sammenhæng betyder det, at en national indsats over for covid-19 beror på forhandlinger mellem forbundsregeringen og delstaternes regeringer. I praksis er det forhandlinger mellem forbundskansleren og delstaternes ministerpræsidenter.

I en norsk sammenhæng betyder opgavefordelingen, at indsatsen over for covid-19 i høj grad beror på en afbalancering af nationale hensyn repræsenteret af regeringen over for lokale hensyn repræsenteret af kommunerne. Det kommer frem på forskellige måder. Den ene er regeringens udstedelse af et såkaldt hytteforbud, hvorefter nordmændene ikke må overnatte i fritidsejendomme uden for deres egen kommune. Den anden er de nordnorske kommuners udstedelse af forbud mod besøg af landsmænd fra de sydlige egne af Norge. Dette såkaldte søringsforbud bliver udstedt i strid med anbefalingerne fra Folkehelseinstituttet. Den tredje er, at nedlukningerne af f.eks. skolerne i et betydeligt omfang bliver sat i værk på kommunalt initiativ. Kommunerne bliver dog overhalet af en regeringsbeslutning med gyldighed for hele landet, men en række kommuner fastholder restriktioner, som er strammere end dem, der bliver fastlagt nationalt.

I og med at man i Sverige vælger en grundlæggende anderledes og blødere tilgang til håndteringen af covid-19, får man ikke en diskussion af de retlige problemstillinger, som knytter sig til de hårde tiltag, som bliver iværksat i Danmark, Norge og Tyskland. Den er dog kommet siden i lyset af de erfaringer, man i et længere tids-

perspektiv har gjort.[3] I de tre andre lande fører de kraftige retlige indgreb til gengæld allerede i foråret 2020 til kritiske overvejelser om og diskussioner af det retlige grundlag for indgrebene og deres konsekvenser for borgerne og retssamfundet.

Det sker på forskellig måde, hvad der formentlig afspejler nogle grundlæggende institutionelle forskelle og måske også grundlæggende forskelle af kulturel karakter. Norge og Danmark ligner som nævnt hinanden. Alligevel bliver der i Stortinget over for regeringen ytret tvivl om retmæssigheden og nødvendigheden af de meget vidtgående indgreb over for borgerne. Det fører til, at Stortinget rekvirerer en ekstern juridisk vurdering af forslaget til den såkaldte koronalov fra et udvalg af juridiske professorer og advokater samt det norske menneskerettighedsinstitut. Den danner grundlaget for såvel en kritisk debat som en modifikation af nogle af de bemyndigelser, som var indeholdt i regeringens lovforslag. Hertil kommer, at den norske forvaltningsombudsmand rejser kritik af en af de forskrifter, som regeringen udsteder.

I den tyske sammenhæng er problemstillingen lig den norske, men landets føderale struktur gør, at forløbet bliver anderledes. I og med at det er delstaterne, der står for implementeringen af tiltagene over for covid-19, kommer en væsentlig del af den kritiske debat til at udspille sig på decentralt niveau. Samtidig er det sådan, at delstaternes håndtering af covid-19 bygger på bemyndigelser i delstaternes egen lovgivning, således at de restriktioner, som de iværksætter, sker ved udstedelse af administrative bekendtgørelser. Spørgsmålet bliver derfor, om delstatsregeringerne i en række konkrete tilfælde overskrider de bemyndigelser, som er indeholdt i først og fremmest deres egen epidemilovgivning. Da Tyskland yderligere har forfatningsdomstole i form af dels Forbundsforfatningsdomstolen, dels forfatningsdomstole i delstaterne, bliver der rejst en række sager om indgrebenes forfatningsmæssighed. Det fører til, at såvel Forbundsforfatningsdomstolen som enkelte forfatningsdomstole på delstatsniveau underkender bekendtgørelser udstedt af delstatsregeringerne.

I Danmark er der for så vidt en tilsvarende diskussion af retlige problemstillinger i forbindelse med iværksættelsen af de meget indgribende tiltag over for covid-19. Den foregår imidlertid i Folketinget og i offentligheden, hvor tænketanken Justitia i foråret 2020 offentliggør en ganske omfattende kritisk rapport om regeringens og Folketingets håndtering af covid-19.[4]

Fælles for Danmark, Norge og Tyskland er i øvrigt, at de mange indgreb i vidt omfang er baseret på udmøntning af bemyndigelser i lovgivningen i bekendtgørelsesform er omfattet af solnedgangsklausuler, så de falder bort ved udløbet af gyldighedsperioden.

Dansk og norsk statsstyre og forvaltning har som nævnt væsentlige fællestræk. Det er derfor afslutningsvis værd at bemærke, at de to landes justitsministerier spiller en central rolle dels i forbindelse med forberedelsen af den lovgivning, der bliver vedtaget i løbet af foråret, dels i forbindelse med den juridiske forberedelse af de mange myndighedstiltag, der er de primære instrumenter for covid-19-indsatsen. I den sammenhæng er det bemærkelsesværdigt, at Danmark gennemfører en væsentlig mere omfattende lovgivning i relation til covid-19 end Norge. Den ret vidtgående såkaldte koronalov

3 Johan Hirschfeldt og Olof Petersson, »Rättsregler i kris«, Dialogos Förlag, 2020.

4 Jonas Christoffersen og Stine Brøsted Jensen, »Rapport om retsstaten og covid-19«, Justitia, 2020.

er imidlertid en undtagelse fra dette mønster, idet den giver den norske regering såkaldt forskriftshjemmel til at afhjælpe konsekvenserne af udbruddet af covid-19. Lovens gyldighed er i dens første udformning tidsbegrænset til en måned, men den bliver i april 2020 forlænget med en måned indtil slutningen af maj. Ved forlængelsen af loven vedtager Stortinget at styrke domstolskontrollen, således at domstolene får kompetence til at efterprøve, om forskrifter udstedt med hjemmel i loven er »forholdsmæssige« og »forsvarlige.«

Påvirkningen af sundhedsvæsenet

Udbruddet af covid-19 får naturligt alvorlige konsekvenser for sundhedsvæsenet. Det gælder i alle fire lande. Konsekvenserne er yderligere mangeartede. De viser sig i form af et direkte pres på såvel den almene praksissektor som sygehussektoren. Derudover rammer covid-19 i særlig grad ældre og personer med andre lidelser end covid-19. Det betyder, at ældresektoren, herunder plejehjemmene, er særlig belastet. Det viser sig ved større sygelighed blandt de ældre og også i en markant højere dødelighed. Det slår igennem i alle fire lande, men specielt den svenske ældresektor rammes hårdt. Baggrunden herfor er utvivlsomt kompliceret og er i Sverige gjort til genstand for en særskilt udredning.[5]

Påvirkningen af sundhedsvæsenet fra epidemien er også indirekte, idet den forventede belastning af specielt sygehusene rejser spørgsmålet om, i hvilken grad der er tilstrækkelig behandlingskapacitet. Der er to sider af problemstillingen, som går på tværs af landegrænserne. Det ene er spørgsmålet om kapaciteten på intensivafdelingerne og i forbindelse hermed respiratorkapaciteten. Det andet er spørgsmålet om dels sengekapacitet generelt, hvis indlæggelsestallene bliver så høje, at det er nødvendigt at inddrage anden kapacitet, dels personalekapaciteten. Der er igen to sider af det sidstnævnte problem. Det handler for det første om at sikre tilstrækkeligt uddannet personale til de infektionsmedicinske afdelinger og intensivafdelingerne. For det andet handler det om en generel mangel på medarbejdere. Det synes at være et særligt problem i den tyske sygehus- og specielt ældresektor, hvor man også forud for covid-19-epidemien led under, hvad der er betegnet som en generel »Pflegenotstand« med alvorlig mangel på plejepersonale.

Trods grundlæggende lighedstræk med hensyn til standarden i sundhedsvæsenet i de fire lande er der nogle forskelle, som gør det svært at gennemføre præcise sammenligninger af covid-19-påvirkningen af sundhedsvæsenet. Det hænger sammen med forskellige grader af decentralisering, men også med en afgræsning mellem den offentlige og den private del af sundhedssektoren. Det kompliceres yderligere af, at decentraliseringsgraden tager sig forskellig ud for henholdsvis sygehussektoren og den almene praksissektor.

Dertil skal man lægge, at de statistiske oplysninger om kapacitet og aktivitet inden for landenes sundhedssektorer ikke med sikkerhed er sammenlignelige. Det betyder, at det ikke giver mening at stille landene op over for hinanden i tabelform.

Med alle disse forbehold tegner der sig et billede, som er fælles for landene. Det har to træk. Det ene vedrører påvirkningen af aktiviteten, det andet usikkerheden, der knytter sig til de forventninger med hensyn til belastningen

5 »Äldreomsorgen under pandemin«, Delbetänkande av Coronakomissionen (SOU 2020:80).

af specielt sygehussektoren med covid-19-patienter, som bliver opstillet i de enkelte lande.

Den politiske prioritering er båret af de samme overvejelser i de fire lande. Det handler om at sikre kapacitet til tage imod covid-19-patienter, også selv om det betyder nedprioritering af andre patientgrupper. Prioriteringen indebærer dernæst den samme hensyntagen til dels de ældre, dels patienter med alvorlige lidelser, f.eks. cancer, for hvem udredning og behandling uden forsinkelse er afgørende. Af denne prioritering følger også en fælles accept af aflysninger af udredninger og behandlinger for elektive patienter, hvis helbredstilstand ikke vurderes at lide uopsættelig skade ved en udsættelse.

Der tegner sig herefter et mønster, hvor covid-19 har betydelige konsekvenser for den del af aktiviteten i sundhedsvæsenet, der ikke var covid-19-relateret. I Danmark viser den sig i form af et fald i antallet af indlæggelser med 42-46 pct. fra begyndelsen af januar 2020 til sidste halvdel af marts. For antallet af ambulante besøg er faldet endnu større i samme periode med en reduktion på 60-70 pct. Endnu i midten af maj ligger aktiviteten på begge mål væsentligt under det normale niveau. For Sverige og Tyskland rapporteres aktivitetsreduktioner på 40-50 pct. i løbet af foråret. I Norge ser man også en reduktion i aktiviteten, men den er efter de oplysninger, der foreligger, betydelig lavere end i de tre andre lande, idet aktivitetsreduktionerne udgør 7-14 pct.

Der er som nævnt en fælles målsætning om fortsat sikring af udredning og behandling af patienter med livstruende sygdomme som f.eks. kræft, som ikke tåler udsættelse. De tal, der foreligger, indikerer dog, at hverken det danske, svenske eller tyske sundhedsvæsen lever op til denne målsætning. I Danmark viser det sig ved en reduktion i antallet af gennemførte pakkeforløb for kræft på mellem 32 og 37 pct. fra årsskiftet til midten af marts og en reduceret aktivitet, som fortsætter hen igennem maj 2020.

Den påvirkning af aktiviteten i sundhedsvæsenet, som er beskrevet ovenfor, er udtryk for en betydelig omprioritering og også en betydelig evne til i løbet af kort tid at omstille specielt virksomheden på landenes sygehuse. Det er klart en positiv kvalitet, hvad enten vurderingen går på den politiske prioritering på overordnet niveau, eller den går på omstillingen i driftsleddet. Omstillingen sker på grundlag af forventninger til og prognoser for den direkte covid-19-belastning af specielt sygehusene, som bliver udarbejdet på det tidspunkt, hvor smittetallene stiger og nedlukningsbeslutningerne bliver truffet af de danske, de norske og de tyske myndigheder. For Danmarks vedkommende er det i kapitel 13 vist, at disse prognoser hvilede på et worst case-scenarie. Tilsvarende oplysninger om prognosegrundlaget kendes ikke for de tre andre lande.

Man kan efterfølgende fastslå, at forventningerne langtfra holder stik. Sygehusene får ikke det frygtede antal indlæggelser med covid-19-patienter, og da smittetrykket i løbet af april falder ganske markant i Danmark, Norge og Tyskland, falder antallet af indlagte covid-19-patienter også ganske hurtigt. Det samlede billede er derfor for disse tre lande, at omstillingen af sygehuskapaciteten er så kraftig, at sygehusene perioden igennem har en betydelig ledig kapacitet inden for alle andre specialer end dem, der behandler patienter med covid-19. Der er yderligere en træghed i tilpasningen til en normalsituation, hvor covid-19 lægger mindre beslag på behandlingskapacitet og personaleressourcer, ligesom der i hvert fald i Danmark, Norge og Tyskland bliver opbygget en overkapacitet på de afdelinger, hvor patienter med covid-19 er indlagt.

Det er givet i situationen vanskeligt at opstille mere præcise prognoser for det covid-19-relaterede kapacitetsbehov. Men erfaringerne fra de tre lande (Danmark, Norge og Tyskland), som i løbet af marts-april 2020 opnåede en betydelig grad af kontrol over sundhedssituationen, synes ud over denne metodiske udfordring også at indikere, at beslutningstagerne i en politisk styret proces kan have en tilskyndelse til at rette opmærksomheden mod den umiddelbare trussel, som dominerer mediebilledet og den politiske dagsorden, med den konsekvens, at de for det første ikke synes at medinddrage de afledte konsekvenser i deres overvejelser, og at de for det andet ser væk fra eller i det mindste ikke efterspørger hverken andre prognoser eller sandsynlighedsvurderinger af worst case-scenariet.

Parlamentarisk inddragelse

Det særlige ved kriser udløst af epidemiske og pandemiske sygdomme er, at effektiv håndtering for det første forudsætter hurtig indgriben fra myndighedernes og sundhedsvæsenets side, og for det andet, at den også forudsætter tiltag, som kan gribe ganske langt ind i borgeres og virksomheders forhold. Det rejser alvorlige problemer af retlig art, sådan som det er beskrevet ovenfor. Men det rejser tillige spørgsmålet om, på hvilket grundlag indgrebene skal ske. Skal det ske ved lovgivning, hvor parlamentet behandler og stemmer om forslag til ny lovgivning efter de normale parlamentariske procedurer? Det ligger i det parlamentariske demokrati, at den parlamentariske forretningsgang er tidkrævende, fordi det er med til at sikre den demokratiske debat, og fordi der heri også ligger en kvalitetssikring, således som det er beskrevet i kapitel 15. Andre muligheder er, at parlamentet dispenserer fra de normale regler og gennemfører en hastebehandling af lovforslagene, eller at regeringen har eller får bemyndigelse til at foretage indgreb ved administrativt fastsatte regler. De to sidste muligheder rejser igen spørgsmålet om, hvordan parlamenterne ved undtagelsesforanstaltninger af denne art kan sikre en form for kompenserende parlamentarisk medvirken og kontrol.

Problemstillingen er aktuel i de tre lande, som gennemfører ret ensartede nedlukningstiltag. Heri ligger en betydelig grad af parlamentarisk bekymring over for indgrebenes indhold, deres retlige forankring i bemyndigelser til regering og forvaltning og fravigelsen af normale parlamentariske procedurer.

I Norge kommer det til udtryk, ved at regeringen ikke får Stortingets tilslutning til alle de bemyndigelser, som indgår i dens oprindelige forslag. Samtidig beslutter Stortinget at nedsætte en særlig stortingskomité under ledelse af Stortingets formand og med samtlige partiledere som medlemmer.[6] Dernæst sætter et flertal i Stortinget igennem, at forskrifter udstedt med hjemmel i koronaloven træder i kraft med en såkaldt spærretid på 1 døgn. I løbet af dette døgn skal der gennemføres en høring over forskriften. Endelig bliver der indført en mindretalsgaranti, hvorefter et mindretal på en tredjedel af Stortingets medlemmer kan sætte sig imod udstedelsen af en administrativ forskrift med det resultat, at den bortfalder.

Den tyske situation minder på visse måder om den norske, men kompliceres af landets føderale struktur, der, som det er fremgået ovenfor, indebærer, at delstaterne har hovedansvaret for håndteringen af epidemiske kriser som

6 Den særskilte komité for å behandle spesielle saker vedrørende koronakrisen, Stortingets hjemmeside.

covid-19. Men forbundsregeringen er ikke desto mindre en vigtig aktør, og den tyske håndtering hviler derfor i udpræget grad på løsninger, som er nået gennem forhandlinger mellem forbundsregeringen og regeringerne på delstatsniveau.

Som i Norge er indsatsen domineret af regeringen og forvaltningen på begge niveauer, hvor indgrebene i høj grad er retligt funderet i bemyndigelser indeholdt i lovgivningen. Der er samtidig undervejs i kriseforløbet en tendens til styrkelse af det føderale niveau gennem udvidede beføjelser til forbundssundhedsministeren. Som krisen skrider frem, opstår der dog en kritisk diskussion på parlamentarisk niveau. Resultatet er dobbelt. Forbundsdagen sætter således igennem, at forbundsregeringen ikke kan aktivere de særlige beføjelser til regeringen i den tyske epidemilov uden Forbundsdagens tilslutning. Tilsvarende presser en række delstatsparlamenter, efterhånden som krisen skrider frem, igennem, at indgreb foretaget som led i covid-19-bekæmpelsen forudsætter parlamentarisk medvirken i form af lovgivning og parlamentarisk godkendelse.

Den norske og den tyske udvikling har således væsentlige lighedstræk med udviklingen i Danmark. I alle tre lande er der parlamentarisk opmærksomhed og parlamentariske betænkeligheder ved den koncentration af magt hos regeringen og forvaltningen, som er en konsekvens af bestræbelserne på at bekæmpe covid-19. Man ser imidlertid også, at alle tiltag bliver vedtaget, i det omfang der er tale om ny lovgivning, eller accepteret med meget brede flertal, nogle gange enstemmigt. Det samme gælder i øvrigt for Sverige, selv om de politiske tiltag var færre og mindre indgribende.

Det er samtidig et fællestræk for alle fire lande, at erfaringerne fra covid-19-krisen har vakt en ny opmærksomhed omkring forholdet mellem regering og parlament. Udredningsgruppens foreløbige vurdering er, at krisen i den første fase styrkede regeringsmagten, men også at parlamenterne, som krisen skred frem, har reagereret herpå i en bestræbelse på at styrke den parlamentariske inddragelse.

Sammenfatning

Dette kapitel har præsenteret en oversigtsmæssig sammenligning af håndteringen af covid-19 i Danmark og vores umiddelbare nabolande, Norge, Sverige og Tyskland. Det er lande, der økonomisk og socialt i høj grad ligner hinanden, og som alle har sundhedsvæsener, der ud fra internationale standarder befinder sig på et højt niveau. En mere udførlig gennemgang af erfaringerne fra nabolandene finder man i de tre landerapporter, som er trykt som bilag til rapporten.

Efter udredningsgruppens vurdering kan der ikke på det givne grundlag drages nogen entydig lære af denne sammenligning. Det gælder så meget mere, som sammenligningen kun dækker den tidlige periode af pandemien i vinteren og foråret 2020. Siden er alle fire lande i løbet af efteråret og vinteren 2020-21 ramt af en anden bølge af covid-19. Selv om man må tage dette forbehold, er der dog en række ret sikre konklusioner, som er nyttige i et læringsmæssigt perspektiv.

Sammenligningen udfordrer for det første de forsimplede konklusioner, der kunne tegne sig, hvis man kun ser på den danske håndtering af covid-19-forløbet. Fælles for mange af de tiltag, der bliver gjort i Danmark, er, at de samler mere magt hos regeringen og ikke mindst sundheds- og ældreministeren. Tilsvarende tendenser ser man i Norge og Tyskland. Men de to lande er i sammenligning med Danmark stadig og på hver sin måde kendetegnet ved en høj grad af decentraliseret beslutningsmagt og ansvar, når

det gælder sundhedsberedskabet og epidemihåndteringen. På trods af denne relativt høje grad af politisk og administrativ decentralisering har de to lande været i stand til at håndtere covid-19-krisen på en måde, som ikke i den periode, denne udredning beskæftiger sig med, afviger negativt fra den danske håndtering.

Erfaringerne fra Sverige afviger markant fra de tre andre landes. Det er i den sammenhæng udredningsgruppens vurdering, at denne forskel ikke opstår på grund af en anderledes institutionel struktur for det svenske sundhedsberedskab og den svenske covid-19-håndtering. Valget af en blød covid-19-strategi lader sig heller ikke føre tilbage til, at beslutningsstrukturerne i højere grad var decentraliserede i Sverige. Det er i den sammenhæng heller ikke sådan, at formuleringen af den svenske strategi har været overladt til de administrative myndigheder med Folkhälsomyndigheten og Socialstyrelsen i spidsen. Man vælger i Sverige snarere politisk at holde fast i en principiel strategi formuleret år tilbage – et politisk valg, som udtrykkeligt bakker op om den linje, som Folkhälsomyndigheten vælger at følge. Denne linje har i øvrigt haft grundlæggende opbakning fra partierne uden for regeringen. Det er, kan man konstatere, først sent på efteråret 2020, at Sverige får en bredere kritisk diskussion af håndteringsstrategien.

Udredningsgruppen fremhæver disse sammenlignende iagttagelser, fordi de med stor tydelighed viser, at man ikke kan drage slutninger, hvorefter én organisationsform er de andre overlegne.

Udredningsgruppen vil i forlængelse heraf pege på to andre iagtagttagelser, som følger af sammenligningen mellem de fire lande. I dem ligger bidrag til en positiv læring, som indbyrdes hænger nøje sammen. Den ene er vigtigheden af, at der i en krisesituation som den, der bliver skabt af covid-19, er faglige rådgivningsstrukturer, som bliver inddraget i rådgivningen, og som åbent lægger deres information, risikoanalyser og anbefalinger til de politiske og administrative beslutningstagere frem. Da sundhedskriser af denne art, som covid-19-forløbet til fulde viser, er præget af betydelig faglig usikkerhed, er det også væsentligt, at vilkårene for en pluralistisk diskussion af det sundhedsfaglige grundlag for den faglige rådgivning er sikret. Det er i den sammenhæng efter udredningsgruppens vurdering ingen ubetinget fordel at samle den sundhedsfaglige analysevirksomhed, de løbende risikovurderinger og den sundhedsfaglige rådgivning hos en og samme myndighed, således som det er tilfældet i Sverige. Den anden er vigtigheden af, at regeringen og de politiske partier erkender, at håndteringen af en sådan krise kræver, at man tager ansvar og erkender, at krisens håndtering involverer prioriteringer og beslutninger, som i bund og grund er politiske.

En sidste læringsbetonet konklusion, som sammenligningen af covid-19-håndteringen leder frem til, knytter sig til den parlamentariske inddragelse. En pandemisk sygdom som covid-19 udgør en form for stresstest af det parlamentariske demokrati. Behovet for og det politiske ønske om at kunne sætte hurtigt og effektivt ind over for sygdommen har i de tre lande (Danmark, Norge og Tyskland), hvor man politisk valgte en aktiv politik for nedkæmpning af covid-19, rejst spørgsmålet, om det praktisk var muligt at gøre dette under respekt for normale parlamentariske procedurer og normal praksis for politikforberedelse og i respekt for den normale magtdeling mellem parlament og regeringsmagt. Der opstår i den forbindelse et pres for at fravige normale principper og vanlig praksis, og der bliver i betydeligt omfang givet efter for dette pres. Erfaringerne fra de tre lande er imidlertid også, at det ikke bare udløser kritik, men at det også volder problemer i forhold til etablerede rettigheder for borgere

og virksomheder, og at dette i et vist omfang er en kilde til fejl.

Det er i den sammenhæng værd at bemærke, at man i alle tre lande i lyset af covid-19-erfaringerne har indledt en diskussion af, hvordan man i fremtidige lignende kriser kan kombinere muligheden for effektiv handling med sikringen af parlamentarisk inddragelse og kontrol. Udredningsgruppen noterer sig også, at en tilsvarende debat er indledt i Sverige.

Reserveret
Medlem af Folketinget

Kapitel 17

Udredningsgruppens vurdering af håndteringen af covid-19-krisen

Samfundstruende kriser rammer os, når vi mindst venter dem. Myndighederne kan forberede sig på, at de kommer, men hverken de eller andre ved, hvilken karakter og hvilket omfang den næste krise vil have, og heller ikke, hvornår den rammer os. Kriserne rummer på den måde et voldsomt overraskelsesmoment. Enhver kan bagefter se, at her var samfundet og nogle gange det internationale samfund ramt af en kæde af hændelser, som udgjorde en trussel mod de grundlæggende rammer for større eller mindre dele af samfundslivet. Men det er kendetegnende for en krise, at ingen har forudset dens komme her og nu, og ingen har forudset dens præcise karakter og været i stand til at vurdere alvoren af dens konsekvenser på kort og lang sigt. Endelig er det sådan, at de fulde konsekvenser først lader sig afdække efter krisen, ofte først lang tid efter.

Den samfundstruende krise kræver myndighedsreaktion. Det gælder, når krisen rammer lokalt og pludseligt i form af ulykker, katastrofer, herunder naturkatastrofer som oversvømmelser og stormflod, og sygdomsudbrud. Det gælder også, når den kommer snigende og er global som finanskrisen i 2008, og hvor myndighederne først efterhånden erkender, at der er tale om en rystelse, som kræver tiltag, som rækker ud over myndighedernes politiske og administrative standardrepertoire.

Covid-19-krisen foranlediget af den nye virus, SARS-CoV-2, er en sådan samfundstruende krise. Virusudbruddet i Wuhan i Kina var forudseligt og alligevel uforudset. Det var forventeligt, at en pandemi som denne kunne opstå, men da virusudbruddet i december 2019 bliver konstateret, er det uvist, hvordan det vil udvikle sig, og hvad konsekvenserne vil være. Det gælder lokalt og i regionen, og det gælder globalt. Dermed opstår der endnu et folkesundhedsmæssigt problem, som myndighederne verden over skal forholde sig til. Hvad den rette og effektive reaktion vil være, står dog hen i det uvisse. Det er situationen for sundhedsmyndighederne verden over, for de nationale regeringer og parlamenter og for internationale sundhedsorganisationer som WHO og Det Europæiske Agentur for Forebyggelse og Kontrol med sygdomme, ECDC. Nok var der, bl.a. i Danmark, et beredskab for pandemisk influenza, men covid-19 viste sig med tiden ikke at være en sådan influenzasygdom.

Covid-19 spreder sig i løbet af vinteren frem til den 11. marts 2020, hvor WHO erklærer, at udbruddet kan betegnes som en pandemi. I slutningen af februar rammer den også Danmark. Den danske regering og de danske myndigheder iværksætter i løbet af vinteren og foråret en række foranstaltninger med det sigte at håndtere den sundhedsmæssige krise, som er opstået, og som truer med at tage yderligere til. Det indebærer også vedtagelse af ny lovgivning og udmøntning af bemyndigelser i denne lovgivning ved ministerielle bekendtgørelser samt den politiske vedtagelse af omfattende økonomiske hjælpepakker.

Folketingets Udvalg for Forretningsordenen afgiver den 23. juni 2020 en beretning, hvor udvalget tilslutter sig en indstilling fra flertallet i et underudvalg om en udredning om håndteringen af covid-19.[1] I beretningen konstaterer flertallet.

> »at Danmark står i en helt ekstraordinær situation på grund af covid-19. Ikke tidligere har Danmark oplevet en krise som denne. Derfor har regeringen, Folketinget og befolkningen på meget kort tid skullet tage et stort ansvar og træffe vigtige beslutninger af væsentlig betydning for både befolkningens sundhed og samfundsøkonomien.
>
> Det rejser naturligvis spørgsmålet, om Danmark var godt nok forberedt på covid-19, og om der blev truffet de rigtige beslutninger i forbindelse med nedlukningen af Danmark. For selv om krisen langtfra er ovre, bør vi allerede nu evaluere indsatsen og dermed sikre en retvisende beskrivelse og læring for eftertiden, så vi står stærkere, hvis en lignende krise og pandemi igen rammer Danmark.«

Udvalget lægger således op til en systematisk vurdering af håndteringen af covid-19 i løbet af vinteren og foråret 2020 med et læringssigte i forhold til fremtidige kriser. Dette kapitel udgør første led i bidraget til denne læringsproces. I kapitlet fremlægger udredningsgruppen sin vurdering af forløbet. I kapitel 18 formulerer udredningsgruppen forslag, der efter gruppens vurdering kan bidrage til forbedring af kriseledelsen, hvis Danmark på et tidspunkt i fremtiden bliver ramt af en tilsvarende folkesundhedsmæssig krise, og hvis den nuværende krise trækker længe ud. I kort form er udredningsgruppens opgave at foretage en hensigtsmæssigheds- og tilstrækkelighedsvurdering af det beslutningsgrundlag, der lå til grund for håndteringen af covid-19, og af de procedurer, der blev benyttet under håndteringen. Opgaven er dernæst at overveje, hvordan og i hvilket omfang man i fremtidige krisesituationer kan drage nytte af erfaringerne fra covid-19-krisen.

Vurderingens begrænsninger

Dette og det efterfølgende kapitel hænger nøje sammen. Derfor skal udredningsgruppen indledningsvis understrege de begrænsninger, som gælder for både gruppens vurdering af håndteringen af covid-19 krisen og i formuleringen af anbefalinger og forslag til sikring af en bedre kriseledelse i fremtidige kritiske situationer.

Udredningsgruppen skal for det første understrege, at den ikke har noget grundlag for at foretage en helhedsvurdering af, om den delvise

1 Folketingstidende 2019-20, tillæg B, beretning nr. 4 om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19.

nedlukning, der blev besluttet og iværksat fra og med den 11. marts 2020, var det rette, mest hensigtsmæssige og mest effektive middel i håndteringen af covid-19. Det er i givet fald en omfattende og meget krævende analyse. Den lader sig i bedste fald først gennemføre, når hele krisen er gennemløbet, og når man har et grundlag for systematisk at sammenligne håndteringen på tværs af mange lande og holde deres håndtering op imod såvel udviklingen i folkesundheden som sociale og økonomiske indikatorer.

For det andet vil gruppen i forlængelse af den indledende karakteristik af kriser som uforudsete, overraskende og ofte også enestående i deres karakter understrege, at myndighederne i deres bestræbelse på at lære af en krise, som på evalueringstidspunktet ikke engang er fuldt gennemlevet, ikke bør indrette fremtidens kriseledelse efter en antagelse om, at den næste krise nok ligner den krise, som er genstand for vurdering i denne rapport.

For det tredje er gruppen af den overbevisning, at myndighedernes håndtering af covid-19 bør vurderes med udgangspunkt i den information, som var tilgængelig på tidspunktet for de enkelte beslutninger, og under hensyntagen til de vilkår med hensyn til først og fremmest tids- og kapacitetspresset, som gjaldt i de forskellige faser af kriseforløbet. Det er imidlertid også gruppens overbevisning, at man gennem systematisk udnyttelse af erfaringerne fra en overstået krise kan drage relevant læring, som styrker håndteringen af fremtidige kriser.

For det fjerde er det udredningsgruppens generelle opfattelse, som lægges til grund for vurderingen af krisehåndteringen og den efterfølgende formulering af forslag, at strukturelle og organisatoriske reformer ud fra en læringssynsvinkel sjældent er det sikre svar på en overstået krise, hvis målet er en højere grad af parathed, når en ny, men på væsentlige punkter anderledes krise, pludselig opstår med krav om handling. Strukturelle og stort anlagte organisatoriske reformer risikerer at låse kriseberedskabet fast. Det samme gælder løsninger baseret på tilførsel af ekstra ressourcer til beredskabet. Resultatet kan da være en indsnævring af opmærksomhedsfeltet med risiko for, at myndighederne ikke reagerer med fornøden fleksibilitet. Når en ny krise på et tidspunkt i fremtiden rammer landet, er det efter udredningsgruppens vurdering afgørende, at kriseledelsen og kriseberedskabet ikke er organiseret på en måde, der låser indsatsen til håndteringen af en allerede gennemlevet krise, som havde et andet forløb end den krise, som myndighederne nu og uventet står over for håndteringen af. Det handler altså om at opbygge et åbent og fleksibelt responsberedskab, som man kan sætte ind i situationer, som har hver deres særtræk. Det er efter udredningsgruppens vurdering også den logik, der ligger bag det sektoransvarsprincip, som i en årrække har været bærende for det danske beredskab.

At man ikke kan svare på, om det, man gjorde, var rigtigt eller forkert, betyder ikke, at man ikke kan drage læring af forløbet. Men det kræver, at man bider det store spørgsmål over og fokuserer på relevante delspørgsmål. Gjorde regeringen og myndighederne, hvad man med rimelighed kan forvente for at forstå den krise, landet stod over for? Forholdt regeringen og myndighederne sig til den information, der på det givne tidspunkt var til rådighed, og traf man beslutningerne på det bedst muligt oplyste grundlag? Kommunikerede regeringen og myndighederne – både internt og eksternt – i overensstemmelse med den information, der var til rådighed?

Grundlaget for vurderingen af disse spørgsmål er den kortlægning af håndteringen, som kapitel 6-11 indeholder, de retlige problemer, som håndteringen af covid-19 udløste, og som er trukket

frem i kapitel 12, og den påvirkning af sundhedsvæsenet, der er beskrevet i kapitel 13.

Covid-19-krisen er imidlertid ikke kun en folkesundhedskrise. Den har store økonomiske konsekvenser, som myndighederne har afbødet gennem en række økonomiske hjælpepakker rettet mod erhvervslivet og arbejdsmarkedet i bredeste forstand. I vurderingen indgår derfor også kapitel 14 om de beslutningsprocesser, som førte frem til de første af de politiske aftaler, der i foråret 2020 blev indgået mellem regeringen, arbejdsmarkedets og erhvervslivets organisationer og de politiske partier i Folketinget om hjælpepakker til arbejdsmarkedet og erhvervslivet.

Der er ovenfor refereret til *myndighedernes* håndtering af covid-19. Der ligger i ordet myndighederne et fokus på regeringen og først og fremmest de statslige myndigheder i og uden for sundhedsområdet. Folketinget var imidlertid involveret i håndteringen af covid-19, fordi regeringen som et led i krisehåndteringen fremsatte forslag til adskillige lovændringer, og fordi finansieringen af de økonomiske hjælpepakker ikke kunne gennemføres uden bevillingsmæssig hjemmel i form af aktstykker tiltrådt af Folketingets Finansudvalg. Vurderingen omfatter derfor også det samspil mellem regeringen og Folketinget, som er behandlet i kapitel 15.

Covid-19 udviklede sig til en global pandemi, som ramte alle verdens lande. Beretningen fra Udvalget for Forretningsordenen forudsætter på denne baggrund, at udredningen »i relevant omfang og under hensyntagen til den tidsmæssige ramme« klarlægger den danske håndtering sammenlignet med lande som Tyskland, Norge og Sverige. Det er sket i kapitel 16 og i de landerapporter, som er optrykt som bilag til rapporten.

Dette kapitel er delt op på følgende måde. Først genskabes beslutningssituationen, som den på forskellige tidspunkter tager sig ud for de politikere og embedsmænd, der har ansvaret for håndteringen af covid-19. Vægten er lagt på den viden, som sundhedsmyndighederne på forskellige tidspunkter har – og kunne have – om den nye SARS-CoV-2-virus og den smitsomme covid-19-sygdom, som den forårsager. Derefter redegøres der for de rammer, som gælder for regeringens og centraladministrationens arbejde, og det fastslås i den sammenhæng, at covid-19-krisen i kraft af sin karakter og sit omfang udgjorde et problem, som forudsatte politiske valg på regeringsniveau. I den sidste del af kapitlet præsenteres udredningsgruppens vurdering, som er inddelt i følgende fem temaer:

1. Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19.
2. Covid-19-håndteringens administrative organisering.
3. Covid-19-håndteringens retlige aspekter.
4. Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet.
5. Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen.

Beslutningssituationen: en hidtil ukendt virus

Ved indgangen til 2020 er det erkendt, at en ny virussygdom er i udbrud i dele af Kina. Det er også på det tidspunkt erkendt, at den virus, som forårsager sygdomsudbruddet, ikke er identisk med allerede kendte virusser. Mindre end 2 uger inde i 2020 deler de kinesiske myndigheder gensekvensen for den nye virus med resten af verden. Fra dette tidspunkt ved man, at der er tale om en ny coronavirus, som har lighedstræk med SARS-CoV, der forårsager sygdommen sars. Det tydeliggør man ved at tildele den nye

virus navnet SARS-CoV-2. Den sygdom, som den nye virus forårsager, får med tiden betegnelsen covid-19.

Fra og med januar 2020 må forskere og sundhedsmyndigheder over en lang periode med mellemrum tilpasse sygdomsforståelsen i takt med opbygningen af mere viden om sygdommens karakteristika, og det kendetegner perioden, at der er forskellige vurderinger af, hvordan den nye sygdom skal forstås, herunder hvor udbredt smitte før symptomdebut er, og om feber er en vigtig indikator på covid-19.

Der er også i begyndelsen af januar 2020 andre væsentlige usikkerheder i forståelsen af sygdommen. Det er således først den 19. januar 2020, at man med sikkerhed kan fastslå smitte mellem mennesker som årsag til spredning af covid-19. På samme måde er der betydelig usikkerhed med hensyn til sygdommens smitsomhed og smittens spredning i befolkningen samt dødeligheden blandt patienter med covid-19. Usikkerheden kommer til udtryk i estimater fra de kinesiske myndigheder, som angiver en dødelighed på under 1 pct. blandt patienter med konstateret covid-19 (den såkaldte Case Fatality Ratio, CFR), hvor andre estimater i denne tidlige periode svinger i intervallet 5,3-5,8 pct.

Covid-19 er i de første uger af januar 2020 begrænset til Kina. I løbet af måneden spreder sygdommen sig til andre asiatiske lande, ligesom man i slutningen af januar konstaterer de første tilfælde af covid-19 i Europa. Hvor dramatisk udviklingen er, viser figur 3.2 i kapitel 3. Det fremgår heraf, at nye covid-19-tilfælde gennem januar og langt ind i februar først og fremmest er et kinesisk fænomen. Det fremgår også, at sygdomsudviklingen i de europæiske lande først tager fart fra og med sidste uge af februar, hvor det første tilfælde konstateres i Danmark. Derefter stiger antallet af konstaterede nye covid-19-tilfælde i Danmark kraftigt frem mod den 10. marts 2020. Udviklingen er på dette tidspunkt, som det fremgår af tabel 3.1 i kapitel 3, særlig dramatisk i Italien med i alt 1.128 registrerede tilfælde og i alt 29 døde den 1. marts 2020. På dette tidspunkt erkender man, at smittespredningen i Italien nu fortrinsvis foregår lokalt.

Udviklingen bliver i løbet af januar og februar 2020 fulgt på flere planer. WHO rapporterer løbende om udviklingen og skærper den 30. januar 2020 vurderingen ved at erklære en international nødsituation under henvisning til udviklingen af covid-19. WHO definerer en sådan nødsituation som »ekstraordinære begivenheder, der udgør en international trussel mod folkesundheden, og som derfor kræver øjeblikkelig reaktion.« 4 uger senere kan WHO offentliggøre en rapport fra en ekspertgruppe, som sammenfatter den på det tidspunkt mere omfattende og mere sikre viden om covid-19. Ekspertgruppens budskab er:

> »Covid-19-virus er et nyt og meget smitsomt patogen, som kan sprede sig hurtigt og forårsage enorme helbredsmæssige, økonomiske og samfundsmæssige skader. Det er hverken sars eller influenza. Hvis vi kun lægger velkendte patogener til grund for vores bekæmpelsesstrategi, risikerer vi ikke at udnytte alle de midler, der er til rådighed for at forhindre eller reducere smittespredningen og dermed redde liv.«

Der går yderligere nogle uger, inden WHO den 11. marts 2020 erklærer covid-19 som en global pandemi, hvor covid-19 ukontrollabelt spreder sig over en eller flere verdensdele. På dette tidspunkt, hvor WHO udsender det alarmerende varsel, sker smitten i nyligt inficerede områder i høj grad lokalt.

Fra og med den 15. januar 2020 udsender Sundhedsstyrelsen regelmæssigt opdaterede retningslinjer rettet til sundhedsvæsenet med anvisninger på, hvorledes man der skal forholde sig til den nye sygdom. I de løbende revisioner af retningslinjerne ligger en gradvis udvidelse af de anbefalede forholdsregler, ligesom Sundhedsstyrelsen både udvider casedefinitionen og foretager en geografisk specifikation af sygdommens udvikling i forskellige dele af Europa. Endelig går styrelsen fra og med den 2. marts 2020 over til at basere sine retningslinjer på Statens Serum Instituts løbende risikovurderinger frem for oplysninger fra ECDC.

Der hersker altså hen over vinteren og i det tidlige forår en betydelig uvished med hensyn til karakteren af den nye virus og dens sygdoms- og sundhedsmæssige konsekvenser. Hverken forskerne eller sundhedsmyndighederne har i situationen, som den udvikler sig hen over vinteren og foråret 2020, et sikkert grundlag for at besvare helt afgørende spørgsmål:

- Hvilken karakter har covid-19, og hvordan adskiller den sig fra andre virussygdomme?
- Hvad vil skadevirkningerne af covid-19 være i forhold til folkesundheden?
- I hvilket omfang vil covid-19 belaste sundhedsvæsenet og især sygehusenes kapacitet?
- Hvilke konsekvenser vil covid-19-belastningen få for sundhedsvæsenets betjening af andre patientgrupper?
- Hvordan vil spredningen af covid-19 og eventuelle foranstaltninger rettet imod covid-19 påvirke samfundsøkonomien og samfundslivet i øvrigt?
- Hvor kan myndighederne sætte ind for at begrænse de direkte og afledte skadevirkninger af covid-19?

Covid-19 og de politiske valg

Den betydelige uvished om virustruslens karakter og potentielle skadevirkninger og om mulighederne for effektivt at sætte ind over for den indebærer efter udredningsgruppens vurdering, at der i dansk sammenhæng tidligt er tale om et samfundsmæssigt problem, som man ikke kan overlade til de sundhedsfaglige myndigheder alene. De sundhedsfaglige myndigheder er i den sammenhæng de statslige styrelser og institutioner, som overvåger sundhedstilstanden, fører tilsyn med sundhedsvæsenet og er inddraget i sundhedsfaglig rådgivning af ministre og regering. Disse sundhedsmyndigheder er altovervejende bemandet med medarbejdere med sundhedsvidenskabelige uddannelser, og de indgår i en dansk sammenhæng i faglige netværk med såvel sundhedsvæsenet som den sundhedsvidenskabelige forskning på universiteterne. Sundhedsmyndighederne indgår alle i Sundheds- og Ældreministeriets organisation med sundheds- og ældreministeren som politisk forvaltningschef.

Kombinationen af den nye sygdoms alvor og den videnskabelige uvished, som omgærder sygdommen og dens konsekvenser for folkesundheden, gør i sig selv, at det er en sag, som kræver politisk stillingtagen. Andre aspekter af udviklingen bidrager yderligere til at løfte covid-19 op på et niveau, der forudsætter politisk stillingtagen og politisk afvejning. Bliver samfundet ramt af en alvorlig pandemi som covid-19, har det sociale og økonomiske konsekvenser, uanset hvordan og hvor hårdt man griber ind for at håndtere den. Alt efter hvilke valg der bliver truffet i indsatsen mod covid-19, rejser der sig dernæst spørgsmål af retlig karakter, hvor spørgsmålet er, hvad myndighederne har hjemmel til, herunder også, hvor langt de kan gå uden at krænke de grundlovsmæssige rammer og grundlæggende retsstatslige principper.

Tilsammen indebærer det afvejninger af mange forskellige forhold over for hinanden – afvejninger, som må tages op til fornyet overvejelse, når og hvis situationen skifter. Sådanne afvejninger er i sidste ende en politisk opgave.

Beslutninger af denne karakter er også i en anden forstand politiske. De bliver truffet af politikere, som repræsenterer partier, som er i konkurrence med hinanden. Det er samtidig beslutninger, som politikere og partier bliver vurderet på af vælgerne og i særlig grad af de grupper i befolkningen, som er berørt af beslutningerne. Det har betydning på to måder. Først må man forvente, at politikerne, der træffer beslutningerne, lader det indgå i deres overvejelser, hvordan en given beslutning vil påvirke tilslutningen til deres partier. Dernæst har accepten af de trufne beslutninger i befolkningen og i særlig berørte grupper konsekvenser for efterlevelsen af den besluttede politik. Det understreger endnu engang, at håndteringen af en krise som covid-19-epidemien ikke er et rent fagligt anliggende for specielt sundhedsmyndighederne, men derimod problemer, som kun lader sig håndtere gennem politiske beslutninger, hvad enten det drejer sig om regeringen og dens ministre eller Folketinget.

Politisk og faglig rådgivning af ministre og regering

Beslutningernes politiske karakter forudsætter en rådgivning, som forholder sig til alle de beskrevne aspekter. I centraladministrationen er det departementerne, der leverer denne rådgivning til regeringen og dens ministre. Departementerne kan selv formulere rådene, men de er så godt som udelukkende bemandet med generalister med uddannelser som jurister, politologer og økonomer, og de har derfor ikke dybere faglig, f.eks. sundhedsfaglig, indsigt i de problemer, hvorom der skal træffes en politisk beslutning. Deres rådgivning tager derfor form af en formidling af den faglige rådgivning, som departementerne modtager fra og ofte vil have rekvireret hos ministeriernes styrelser; i Sundheds- og Ældreministeriets tilfælde navnlig Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og Statens Serum Institut, sidstnævnte med status som sektorforskningsinstitut under Sundheds- og Ældreministeriet.

Det er i lyset af sygdommens karakter og udvikling værd at føje til, at selv de specialiserede sundhedsmyndigheder på styrelsesniveau som udgangspunkt kun rådede over en generel sundhedsfaglig viden. Det samme var tilfældet for deres fagfæller i andre lande. Det er først efterhånden i forløbet, at sundhedsmyndighederne og den medicinske og mikrobiologiske forskning gradvis får opbygget en specifik indsigt i covid-19's karakter og konsekvenser.

I rådgivningsopgaven ligger, at departementet både skal vurdere kvaliteten og relevansen af den faglige rådgivning og i forlængelse heraf holde den op imod såvel alle de andre aspekter af beslutningssituationen, som er beskrevet ovenfor, som mod de politiske tilkendegivelser, som regeringen og ministeren har givet udtryk for. Det er altså ikke sådan, at departementet i sin rådgivning af ministeren og i sit bidrag til rådgivning af regeringen alene skal holde sig til den faglige rådgivning, som de faglige styrelser har bidraget med. Men der må være en forventning om, at departementet loyalt formidler de faglige vurderinger, som det modtager, til ministeren og i givet fald videre til regeringen.

Der indgår således ofte et samspil mellem departementet og en eller flere af ministeriets styrelser i forbindelse med den politiske rådgivning af minister og regering. Kravene til rådgivningen er sammenfattet i KODEX VII, som opstiller syv centrale pligter for centraladministrationens

embedsmænd, hvorefter »[e]mbedsmænd […] aktivt [skal] medvirke til at realisere de opgaver, strategier og mål, som ministeren og den administrative ledelse har fastlagt.«[2] Det indebærer, at embedsmændene i deres rådgivning af regeringen og ministrene skal inddrage såvel indholdsmæssige spørgsmål såsom retlige, økonomiske eller andre faglige problemstillinger som politisk-taktiske vurderinger af, hvordan sagen stiller sig i forhold til f.eks. de politiske partier og offentligheden. Udvalget om embedsmænds rådgivning og bistand til regeringen og dens ministre fastslår i den sammenhæng:

> »I praksis vil der ofte være en snæver sammenhæng mellem rådgivning om de indholdsmæssige aspekter og rådgivning om de politiske holdninger hos de berørte parter. Det kan således være en forudsætning for, at ministeren kan danne sig en opfattelse af f.eks. et konkret initiativs politiske aspekter, at det almindelige embedsværk både kan rådgive om det konkrete initiativs indholdsmæssige konsekvenser og bistå med at sætte denne analyse ind i den relevante politiske sammenhæng.«[3]

Indholdet af embedsværkets rådgivning og de dokumenter, der bliver udvekslet som led i rådgivningen, er som hovedregel af intern karakter. Der ligger heri i henhold til den såkaldte ministerbetjeningsregel i offentlighedslovens § 23, stk. 1, og § 24, stk. 1, (lovbekendtgørelse nr. 145 af 24. februar 2020), at dokumenter, som udveksles på et tidspunkt, hvor der er konkret grund til at antage, at en minister har eller vil få behov for embedsværkets rådgivning og bistand, ikke er åbne for andre. Det gælder også dokumenter, som et departement udveksler med egne styrelser eller med andre ministerier. Sigtet med reglen er netop at beskytte den interne politiske beslutningsproces i ministerierne og i regeringen.[4]

Det er her vigtigt at bemærke, at det danske regeringssystem bygger på kombinationen af ministerstyre, hvor ministrene er politiske forvaltningschefer, og parlamentarisme, hvor regeringen og ministrene er politisk ansvarlige over for Folketinget. Ministeriernes embedsmænd i departementer og styrelser er underlagt ministrenes politiske ledelse, og de står ikke til ansvar over for andre institutioner. Folketinget må derfor holde sig til ministrene, hvis det som led i lovgivningsarbejdet og den parlamentariske kontrol søger oplysninger om et bestemt sagskompleks, og hvis det ønsker at gøre et politisk ansvar gældende over for regeringen eller dens enkelte ministre. Det er en væsentlig præmis for vurderingen af regeringens og de administrative myndighederes håndering af covid-19-krisen.

Danske myndigheders håndtering af covid-19 januar-april 2020

Danske myndigheders håndtering af covid-19 i vinteren og foråret 2020 løber gennem tre faser. Den første fase, som strækker sig fra årsskiftet frem til den 26. februar 2020, er baseret på en systematisk overvågning og i den sidste

2 »KODEX VII. Syv centrale pligter for embedsmænd i centraladministrationen«, Finansministeriet, 2015.

3 »Embedsmænds rådgivning og bistand«. Betænkning nr. 1443 fra Udvalget om embedsmænds rådgivning og bistand til regeringen og dens ministre, 2004, s. 158.

4 Niels Fenger, »Forvaltningsprocessen«. I: Niels Fenger (red.), »Forvaltningsret«, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, 2018, s. 418-423.

del af fasen smitteopsporing blandt hjemvendte fra særligt udpegede risikoområder.

Den anden og meget korte fase strækker sig fra den 27. februar til den 10. marts 2020. Covid-19 har på det tidspunkt nået Europa, og specielt situationen i Italien vækker bekymring. Ved indgangen til denne fase diagnosticerer man den første danske patient med covid-19. Covid-19 bliver samtidig et problem, som rykker op på toppen af regeringens og myndighedernes dagsorden. Udredningsgruppen kan konstatere, at regeringen og myndighederne i denne fase både erkender situationens alvor og dens handlingskrævende karakter. Ræsonnementet i regeringen er, at det er klogt at sætte tidligt ind, men det er først i den tredje fase, at man for alvor sætter handling bag. I den anden fase opruster man til gengæld kraftigt den organisatoriske kapacitet til håndtering af covid-19, og regeringen igangsætter de første forberedelser til økonomiske hjælpepakker.

Den tredje fase starter den 11. marts 2020, hvor statsministeren på et pressemøde i Statsministeriet bebuder en delvis nedlukning af landet. Med nedlukningen forlader myndighederne inddæmningsstrategien, som således kun bliver kortvarig. Den bliver erstattet af en afbødningsstrategi, hvis sigte er at begrænse og forsinke smittens spredning, bl.a. med det formål at undgå et sammenbrud inden for sygehusvæsenet, hvor der er en begrænset fysisk og mandskabsmæssig kapacitet inden for specielt det infektionsmedicinske område og med hensyn til antallet af intensivsengepladser og respiratorer. Samtidig med nedlukningen og det sundhedsmæssige strategiskifte lancerer regeringen også de første økonomiske hjælpepakker.

Tabel 17.1 viser i komprimeret form, hvordan håndteringen af covid-19 udvikler sig gennem de tre faser. Det fremgår, hvordan håndteringen udvikler sig fra at være en ressortsag for Sundheds- og Ældreministeriet til at være et omfattende sagskompleks, som involverer mange ministerier. I den første fase er der klar myndighedsopmærksomhed på covid-19 og dens spredning. Det er en opmærksomhed, som kanaliseres inden for rammerne af den normale tilrettelæggelse af regeringsarbejdet og inden for rammerne af ministeriernes departements-styrelses-organisering. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, som er tillagt ansvaret for overvågningen, følger situationen og rapporterer dens udvikling. Sundhedsstyrelsen informerer også internt i sundhedsvæsenet gennem retningslinjer for, hvordan specielt sygehusene skal forholde sig. Sundheds- og Ældreministeriet, som løser de departementale opgaver på feltet, følger situationen på et mere overordnet niveau.

Eneste markante afvigelse fra den normale smitteovervågning i denne første fase er Statsministeriets meget tidlige og direkte engagement i covid-19-håndteringen. Internt i Statsministeriet er der allerede i januar opmærksomhed på, at en potentielt meget risikabel udvikling kan være undervejs, og ministeriet med departementschefen i spidsen udfordrer tidligt sundhedsmyndighedernes mere optimistiske vurdering af situationen. Sidstnævntes vurdering er i denne første fase, at risikoen for smittespredning til Danmark er lav, og forventningen er på denne baggrund, at covid-19 vil have få og mindre alvorlige konsekvenser for Danmark. Folketinget er i denne fase ikke inddraget i covid-19-håndteringen, når man ser bort fra sundheds- og ældreministerens orienteringer af sundhedsordførerne.

Tabel 17.1. Håndteringen af covid-19-krisen i vinteren og foråret 2020

Covid-19-krisens faser	Hovedaktørerne	Organisering	Koordination	Overordnet strategi	Covid-19-situationen	Inddragelse af Folketinget
Fase 1 31. december 2019- 26. februar 2020	SST SSI SUM	Normal regerings- og ministeriel organisering.	STM SST	Overvågning – internationalt og nationalt.	Begrænset global smittespredning. Forventning: få og mindre alvorlige konsekvenser for Danmark.	Nej.
Fase 2 27. februar- 10. marts 2020	STM JM EM SUM SSI SST FM UM	Covid-19-organisation bygges op. Funktionsdygtig inden for få dage.	STM + regeringen JM AC-gruppen NOST+ IOS EM	Inddæmning – opsporing og isolation. Forberedelse af hjælpepakker.	Covid-19 når Europa. Vurdering: Situationen er handlingskrævende, men delvis divergerende opfattelser af, hvad den rette indsats er.	Nej.
Fase 3 11. marts-midten af april 2020	STM JM EM SUM SSI SST FM UM	Covid-19-organisation danner rammen for krisestyring.	STM + regeringen JM AC-gruppen NOST+ IOS EM	Nedlukning, afbødning og genåbning kombineret med økonomiske hjælpepakker.	Efter nedlukningen falder smittetal, og gradvis genåbning forberedes og forhandles.	I forbindelse med hastelovgivning, hjælpepakker og genåbning.

Overgangen sidst i februar 2020 til den kortvarige anden fase indebærer ikke blot skiftet fra overvågning til en strategi med fokus på inddæmning, opsporing og isolation. Man træffer nu på såvel ministerielt niveau som regeringsniveau en række foranstaltninger, som bliver bærende for håndteringen af covid-19 gennem hele forløbet. For det første sker der en udvidelse af aktørkredsen. Statsministeriet træder mere tydeligt ind i en central koordinerende og initiativtagende rolle. På samme måde kommer Sundheds- og Ældreministeriets departement ganske som forventet ud fra normalorganisationen til at spille en aktiv rolle.

Krisens internationale karakter kombineret med vanskeligheder med at samle og sikre information om udviklingen i andre lande indebærer yderligere, at Udenrigsministeriet og de danske ambassader i udlandet får tildelt en væsentlig rolle. Den omfatter løbende rapportering om pandemiens udvikling og om de tiltag, som andre og især de europæiske lande gør for at inddæmme og afbøde sygdommen. Endelig

får Justitsministeriet tildelt opgaven med at samle trådene mellem de forskellige grene af centraladministrationen. Det indebærer internt i ministeriet en nedprioritering af andre opgaver, idet en stor del af departementets kapacitet bliver sat ind på løsningen af covid-19-relaterede opgaver.

I anden fase sætter regeringen og Statsministeriet den særlige covid-19-organisation op. Det indebærer for det første en aktivering af Den Nationale Operative Stab (NOST), der er det nationale koordinationsforum i krisesituationer. NOST er placeret i Rigspolitiets regi og er sammensat af repræsentanter for alle myndighedsgrene. Det indebærer imidlertid også hurtigt etableringen af det, der bliver kaldt NOST+, en snæver koordinationsgruppe, som under daglig ledelse af en politidirektør får til opgave at koordinere den operative indsats i forhold til covid-19 og at fungere som forbindelsesled til Justitsministeriet og til den såkaldte AC-gruppe.

AC-gruppen er betegnelsen for en tværministeriel ad hoc-gruppe, hvori alle ministerier i princippet er repræsenteret med typisk én eller flere afdelingschefer. Formand er en afdelingschef i Justitsministeriet. AC-gruppen bliver det forum, hvorigennem ministerierne samarbejder og leverer på de bestillinger, der tilgår dem i forbindelse med forberedelsen af de mange politiske og administrative tiltag, som bliver iværksat fra månedsskiftet februar-marts 2020 og hen igennem foråret. Erhvervsministeriet får i øvrigt allerede på dette tidspunkt tildelt en koordinerende opgave med hensyn til forberedelse af økonomiske hjælpepakker, som grundlæggende svarer til Justitsministeriets rolle i forhold til den direkte covid-19-indsats.

Fra og med fase 2 er der tydeligvis tale om en meget omfattende politisk og administrativ indsats. Den involverer mange forskellige myndigheder og rådgivning af såvel sundhedsfaglig som departemental karakter. Det er i denne fase fortsat sådan, at der hersker betydelig usikkerhed med hensyn til karakteren, alvoren og konsekvenserne af covid-19. Hvor de sundhedsfaglige vurderinger hos Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut i fase 1 var sammenfaldende om end præget af stor usikkerhed, ser man i fase 2 tegn på indbyrdes divergerende vurderinger mellem sundhedsmyndighederne med hensyn til, hvordan og i hvilket omfang man skal sætte ind over for covid-19, og hvilke afvejninger man i denne sammenhæng bør foretage.

Det er fra og med fase 2 klart for de fleste aktører, at kriseindsatsen nu er et regeringsanliggende, at indsatsen er politisk drevet, og at regeringens indsats er rettet mod såvel sundhedskrisen som dens økonomiske følgevirkninger. Folketinget er ikke inddraget i overvejelserne, om end sundheds- og ældreministeren får enkelte udvalgsspørgsmål.

Fase 3 står primært som nedlukningsfasen. Den politiske og administrative håndtering af covid-19 finder i fase 3 sted inden for rammerne af den særlige covid-19-organisering, som regeringen etablerer allerede i de første dage af marts. Den danner altså den institutionelle ramme om det meget hektiske forløb, hvor ministerierne inden for få dage forbereder en omfattende hastelovgivning, herunder en vidtgående revision af epidemiloven, og i forlængelse heraf et meget stort antal bekendtgørelser, der udmønter de bemyndigelser, som er indsat i epidemiloven og i de andre love, som tilsammen udgør covid-19-lovpakken. I de samme dage forbereder ministerierne, som delvis er de samme, som er involveret i forberedelsen af covid-19-lovpakken, også de økonomiske hjælpepakker. Det hele sker, så tiltagene kan træde i kraft endnu i marts 2020.

Endelig er der en glidende overgang til den gradvise genåbning. Den bliver annonceret og politisk aftalt, da smittetallet og antallet af indlæggelser falder fra og med månedsskiftet marts-april 2020. Det er samtidig ved overgangen fra delvis nedlukning til gradvis genåbning, at der bliver sat ind for at intensivere testningen, og hvor covid-19-test på sygehusene (sundhedssporet) bliver udvidet med etableringen af TestCenter Danmark under Statens Serum Institut (samfundssporet).

Det er først i fase 3, at Folketinget bliver aktivt inddraget i håndteringen af covid-19. Inddragelsen er nødvendig, da indsatsen kræver lovgivning og bevillingsmæssig hjemmel til at afholde de afledte udgifter. De tiltag, der forudsætter lovgivning, bliver efter statsministerens anmodning til Folketingets formand behandlet som hastelovforslag, ved at Folketinget dispenserer fra reglerne i Folketingets forretningsorden for behandling af lovforslag. Tilsvarende bliver de mange aktstykker, som skal sikre bevillingsmæssig hjemmel for udgifterne til finansiering af først og fremmest de økonomiske hjælpepakker, behandlet meget hurtigt i Folketingets Finansudvalg. Selv om regeringen i alle tilfælde opnår bred, som oftest enstemmig tilslutning til de enkelte lovgivningsmæssige og økonomiske tiltag, opstår der i denne fase diskussion om Folketingets rolle i forløbet og om vilkårene for parlamentarisk at overvåge og kontrollere regeringens tiltag. I løbet af fase 3 er der også tilløb til et skifte i regeringens adfærd over for Folketinget. Hvor statsministeren orienterer partilederne om fremsættelsen af en række hastelove, umiddelbart før det sker, er der en vis forudgående inddragelse af partierne både i forbindelse med etableringen af de økonomiske hjælpepakker og i forbindelse med fastlæggelsen af takten for og omfanget af den gradvise genåbning.

Udredningsgruppens vurderinger

Udredningsgruppen koncentrerer sig i sin vurdering af regeringens og myndighedernes håndtering af covid-19 om fem områder. De fem områder indgår alle som centrale elementer i den kortlægning af håndteringen, som fremgår af de foregående kapitler, og som er fastlagt i beretning nr. 4 afgivet af Folketingets Udvalg for Forretningsordenen den 23. juni 2020. Det drejer sig om:

1. Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19.
2. Covid-19-håndteringens administrative organisering.
3. Covid-19-håndteringens retlige aspekter.
4. Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet.
5. Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen.

I det følgende fremlægger udredningsgruppen for hvert af ovenstående punkter sin vurdering. De enkelte punkter starter med en kort redegørelse for udgangspunktet for vurderingen. Den munder punkt for punkt ud i tre spørgsmål, hvis besvarelse er afgørende for vurderingen. Besvarelsen af disse spørgsmål danner grundlag for udredningsgruppens fremhævelse af stærke og svage sider i håndteringen. Da sigtet med vurderingen, som det er præciseret ovenfor, er en generel læring med henblik på en styrkelse af indsatsen i fremtidige krisesituationer på sundhedsområdet, der ikke kan forventes at være identiske med covid-19-krisen, men som i deres alvor og omfang har lighedstræk med den, inddrager udredningsgruppen alene mere principielle forhold i sine vurderinger.

Sondringen mellem de fem vurderingsområder er nødvendig af hensyn til overblikket. Udredningsgruppen skal imidlertid understrege, at de fem områder i praksis er indbyrdes stærkt forbundne.

Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19

Ministerstyret hviler på en forudsætning om embedsmændenes lydhørhed over for regeringens og ministrenes politiske ønsker og embedsværkets evne og vilje til at leve op hertil inden for de grundlovsmæssige rammer og grundlæggende retsstatslige principper. Embedsmændene arbejder i den sammenhæng kun for ministeren og regeringen, og de er ikke at sammenligne med rådgivende institutioner uden for den ministerstyrede forvaltning. Det løsner dog ikke embedsværket fra enhver faglig binding i dets rådgivning.[5] Det er ovenfor beskrevet, hvordan dansk centraladministration er bygget op omkring to typer af forvaltningsenheder. Det er departementerne, der arbejder som sekretariater for ministrene, og ofte de faglige styrelser, der kombinerer løbende forvaltningsopgaver med en mere specialiseret faglig rådgivning, som understøtter departementernes opgaver som sekretariater for ministrene.

Danmark bevæger sig i lighed med andre lande i vinteren og foråret 2020 ret hurtigt ind i en alvorlig sundhedsmæssig situation. Den er på en og samme tid handlingskrævende og præget af stor uvished med hensyn til epidemiens karakter og dens sundhedsmæssige og økonomisk-sociale konsekvenser, og hvilke tiltag man kan tage i anvendelse over for den. De forhold løfter den op på regeringsniveau som en sag, der kræver politisk stillingtagen. Den store uvished og krisens mange og vidt forskellige aspekter gør, at regeringen og ministrene og i sidste ende også Folketinget har et meget stort rum for politisk handling, hvor legitimitetsgrundlaget er demokratisk og ikke fagligt og videnskabeligt. Faglig rådgivning formidlet til og afvejet over for regeringen og ministrene og videre til Folketinget er dog fortsat forudsætningen for, at de nødvendigvis politiske beslutninger hviler på så kvalificeret et informationsgrundlag som muligt i den foreliggende krisesituation.

I en krisesituation, hvor uvisheden er stor, og hvor den faglige viden er begrænset og usikker, og hvor der er behov for inden for kort tid at træffe politiske beslutninger, som regeringen og dens ministre skal begrunde og legitimere over for offentligheden, kan der være en tilskyndelse til, at regeringen og dens ministre fremstiller deres politiske valg som en afspejling af de faglige og endog forskningsbaserede og videnskabeligt funderede råd, som de har modtaget i den interne ministerielle rådgivningsproces. Er der imidlertid ikke dækning for denne fremstilling, bidrager den til at forvride den indsigt i beslutningsgrundlaget, som er nødvendig for Folketinget og offentligheden, når de skal vurdere de politiske tiltag, der bliver besluttet. Det kan ligeledes resultere i politiske beslutninger, som hviler på et mindre informeret grundlag end muligt.

Det rejser spørgsmålet om, hvor stærkt den faglige rådgivning står i forhold til den politiske rådgivning, som departementale embedsmænd yder til regeringen og dens ministre som led i covid-19-håndteringen. Der er her tre spørgsmål:

a. Modtager regeringen omstændighederne taget i betragtning en tilstrækkeligt kvalificeret rådgivning med hensyn til de sundheds- og samfundsmæssige konsekvenser?
b. Hvordan og i hvilket omfang inddrager regeringen den sundhedsfaglige rådgivning i sine beslutninger, og hvordan kommunikerer den det beslutningsgrundlag, som den påberåber sig, til Folketinget og offentligheden?

5 »Embedsmænds rådgivning og bistand«. Betænkning nr. 1443 fra Udvalget om embedsmænds rådgivning og bistand til regeringen og dens ministre, 2004, s. 152-155.

c. Tilrettelægger regeringen håndteringen på en måde, som sikrer en effektiv, hensigtsmæssig og rettidig indsats over for covid-19-krisen?

Ad a. Rådgivningens kvalitet med hensyn til vurderingen af de sundheds- og samfundsmæssige konsekvenser

Der efterspørges meget tidligt rådgivning fra sundhedsmyndighederne, og den efterspørgsel fortsætter igennem hele det forløb, som er afdækket i denne udredning. Det varierer, hvilke fora efterspørgslen kommer fra, men den kan som oftest føres tilbage til Statsministeriet. Efterspørgslen kommer typisk til udtryk, ved at der afgives en bestilling til Sundheds- og Ældreministeriet, som herefter videreformidler bestillingen til som hovedregel Sundhedsstyrelsen. En væsentlig del af den sundhedsfaglige rådgivning leveres i de notater, der tilbagesendes som svar på bestillingerne. Dertil kommer de vurderinger, der formidles i de daglige opdateringer, som Sundhedsstyrelsen udarbejder fra og med slutningen af januar, og som delvis bygger på risikovurderinger fra Statens Serum Institut. Endelig indgår der igennem hele perioden fagligt baserede råd og vurderinger i kraft af de mange email, styrelserne udveksler med Sundheds- og Ældreministeriets departement, og på de møder, der afholdes på tværs af ministerier med deltagelse af både ministre, departementschefer og repræsentanter for Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Hvad der bliver sagt på disse møder, og hvad der bliver givet af anden mundtlig rådgivning, kan udredningsgruppen ikke afdække på det skriftlige grundlag, som er udleveret til den.

Det er udredningsgruppens vurdering, at rådgivning fra de sundhedsfaglige myndigheder igennem hele udredningsperioden er både efterspurgt og leveret. Videre er det udredningsgruppens vurdering, at de i forhold til covid-19-håndteringen to centrale rådgivende myndigheder på sundhedsområdet, Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, i høj grad har tilstræbt at levere en rådgivning, som i videst muligt omfang var i overensstemmelse med relevant tilgængelig viden om epidemiens udvikling. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut har i den forbindelse især støttet sig til de udmeldinger og anbefalinger, der undervejs kommer fra WHO og ECDC, suppleret med mere uformelle kontakter til sundhedsmyndighederne i de andre nordiske lande. Det er dog først fra og med den 10. marts 2020, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer for håndtering af covid-19 bliver fremlagt og diskuteret i et forum med bredere deltagelse af relevante faglige eksperter fra universiteter og sygehuse (den faglige covid-19 arbejdsgruppe). Der bliver ikke formuleret noget egentligt kommissorium for denne gruppe.

Derudover har Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut i betydelig grad baseret sig på viden fra tidligere influenzaepidemier og taget afsæt i de pandemiplaner, som er udarbejdet før covid-19 krisen. Især fra februar måned og fremefter trækker Sundhedsstyrelsen i sine anbefalinger og indsatser på de anvisninger, der ligger i planen for pandemisk influenza fra 2013. Styrken ved dette er, at man i sin håndtering af covid-19 ikke skulle begynde helt forfra. Svagheden er, at Sundhedsstyrelsen og til dels Statens Serum Institut derved baserer sig på en sygdomsforståelse, som ikke fuldt ud svarer til den nye sygdom, man stod overfor, jf. citatet fra WHO ovenfor.

Der er igennem hele forløbet fra januar til april både efterspurgt og givet sundhedsfaglige vurderinger og råd, og udredningsgruppens vurdering er, at disse råd er udarbejdet med stor omhu, tidspresset og den store usikkerhed taget i betragtning.

På trods af denne vurdering er der begrænsninger ved den sundhedsfaglige rådgivning, som er vigtige i et læringsøjemed. Først og fremmest er det klart, at sundhedsmyndighedernes rådgivning ikke er fri og uafhængig, idet sundhedsmyndighederne, og dermed også Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, er og bliver en integreret del af centraladministrationen og dermed det politisk-administrative system. Rådgivningen havde ikke nødvendigvis været bedre, hvis den var givet af mere uafhængige myndigheder; også mange uafhængige eksperter kæmpede og kæmper stadig med at forstå covid-19. Ligeledes er der ikke grundlag for at konkludere, at den faglige rådgivning, der er leveret, har været underlagt stærk politisk styring. Faktisk er der i det forløb, som denne udredning afdækker, adskillige eksempler på, at især Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der ikke var faglig støtte for regeringens tiltag. Disse vurderinger har styrelsen endog meget klart og direkte givet udtryk for i sin rådgivning af ministrene og regeringen. Det er helt i overensstemmelse med kravene til den faglige rådgivning af regeringen og ministrene.

Styrelsernes og dermed den sundhedsfaglige rådgivnings integration i det politisk-administrative system viser sig snarere derved, at sundhedsmyndighedernes rådgivning ofte fremstår som en skønsom blanding af vidensbaserede, praktiske og driftsmæssige hensyn. For Sundhedsstyrelsens vedkommende kommer det eksempelvis til udtryk ved, at styrelsen undervejs har været tilbageholdende med at ændre vurderinger og anbefalinger. En sådan tilbageholdenhed kan alt andet lige være fornuftig i forhold til ikke at miste troværdighed og opbakning i det sundhedsfaglige bagland og i lyset af, at ethvert kursskifte kan give betydelige problemer i de udførende led i sundhedsvæsenet, men det gør det svært for regeringen og omgivelserne at vurdere, på hvilket grundlag der rådgives.

I forhold til Statens Serum Institut kan arbejdet med landelisten, som registrerer information om covid-19-status i en række lande, i begyndelsen af marts ses som udtryk for tilsvarende pragmatiske hensyn, idet instituttet internt giver udtryk for, at en væsentlig udvidelse af antallet af risikoområder på det tidspunkt vil være praktisk umulig at administrere, og at den vil sætte inddæmningsstrategien under pres. Det er formodentlig en korrekt vurdering, men institutets opgave i situationen er at give en nøgtern vurdering af den smitterisiko, der er forbundet med at rejse til andre lande. Om denne risikovurdering betyder, at der skulle bruges langt flere ressourcer på inddæmningsstrategien, må være op til regeringen eller andre myndigheder at tage stilling til.

Problemstillingen aktualiseres yderligere af, at også de internationale organisationer WHO og ECDC, som de danske sundhedsmyndigheder i meget høj grad orienterer sig efter, hver især er bundet ind i mange forskellige interesser. Derfor yder de en sundhedsfaglig rådgivning, hvori der ved siden af sundhedsvidenskabelig viden indgår praktiske, økonomiske og politiske hensyn. Den parallelle inddragelse af mange forskellige hensyn gør ikke i sig selv rådgivningen dårligere, men de mange hensyn gør det svært for regeringen og sundhedsmyndighederne at vide, hvornår de leverede råd bygger på det ene eller det andet hensyn, og hvordan disse hensyn er vægtet i forhold til hinanden.

I det lys gavner det kvaliteten af beslutningsgrundlaget og dermed kvaliteten af beslutningerne, hvis beslutningstagerne søger information fra en bred vifte af kilder. Det er netop, hvad regeringen med Statsministeriet som den drivende kraft gør. Tidligt i forløbet udfordrer Statsministeriet med departementschefen i spidsen Sundhedsstyrelsens normale monopol på sundhedsfaglig rådgivning af regeringen. Det sker ved løbende at orientere sig i artikler om

covid-19 i nationale og internationale medier og i sundhedsvidenskabelige publikationer om covid-19. Senere, i løbet af februar, udbygges og systematiseres indsamlingen af alternativ information i kraft af ambassadeindberetningerne fra en lang række især europæiske og asiatiske lande.

Det er udredningsgruppens klare indtryk, at regeringen og Statsministeriet i tidsrummet fra årsskiftet til og med marts 2020 har et meget stærkt fokus på de folkesundhedsmæssige konsekvenser af covid-19. Rådgivning om krisens og krisetiltagenes bredere samfundsmæssige konsekvenser, herunder deres økonomiske konsekvenser og de retlige problemstillinger, som med de meget stærke indgreb opstår, er i mindre grad genstand for opmærksomhed. Det er dog også sådan, at regeringen samtidig med de første aktive tiltag til inddæmning og siden afbødning af epidemien, indleder arbejdet med at forberede og forhandle de store økonomiske hjælpepakker. Det ligger imidlertid i regeringens forsigtighedsprincip, at hensynet til folkesundheden har førsteprioritet, og hjælpepakkerne fremstår i denne situation som den nødvendige følgeforanstaltning og følgeomkostning ved den valgte og klart prioriterede strategi. Det er efter udredningsgruppens vurdering baggrunden for, at regeringen først i maj måned nedsætter en økonomisk ekpertgruppe, som skal se på genåbingen af Danmark og i den sammenhæng også vurdere de økonomiske aspekter af den valgte strategi.

Ad b. Sundhedsmyndighedernes rådgivning og regeringens kommunikation og politiske valg

Det er udredningsgruppens klare vurdering, at man i regeringen og Statsministeriet ikke blot efterspørger rådgivning fra sundhedsmyndighederne, men også inddrager den rådgivning, man modtager herfra i beslutningsprocessen. Det sker i interne beslutningsprocesser, hvor beslutningerne bliver forberedt og truffet. Man læser således i kredsen af centrale aktører de mange notater, der bliver udarbejdet som svar på bestillingerne, og man forholder sig i vidt omfang til det, der står i dem. Man er blot på afgørende punkter uenig i den retning, som i den første fase af forløbet bliver udstukket af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Statens Serum Institut.

Regeringen formulerer tidligt i forløbet et såkaldt forsigtighedsprincip, som den ønsker, at myndighederne skal kommunikere ud fra og handle efter. Der er her en parallel til miljølovgivningen, som også opererer med et forsigtighedsprincip som styrende for beslutningerne i sammenhænge, hvor der hersker videnskabelig usikkerhed med hensyn til det problem, som man står overfor. Regeringen vælger med henvisning til et forsigtighedsprincip at placere sig op ad de mest pessimistiske vurderinger og at indarbejde worst case-scenarier i sin planlægning og opbygning af beredskabet. Samtidig påberåber regeringen sig tydeligt den faglige rådgivning, da den på pressemøder over for offentligheden skridt for skridt bekendtgør sin politik.

Sundhedsstyrelsen fastholder imidlertid i den periode, som udredningen dækker, et proportionalitetsprincip. Som styrelsens direktør Søren Brostrøm formulerer det, må det indebære en afvejning af gevinsterne ved specifikke tiltag over for en vurdering af de konsekvenser, de har for såvel andre dele af sundhedsvæsenet som samfundet som helhed. Der ligger altså i synsmåden en hensyntagen til, at isoleret fokus på tiltag rettet mod covid-19 kan sløre opmærksomheden over for store alternativomkostninger. Sidstnævnte opstår f.eks., hvis man som følge af en høj prioritering af covid-19-patienter må opgive behandling af alvorligt behandlingskrævende patienter med andre sygdomme. De opstår også, hvis lukning af skoler og daginstitu-

tioner har uforudsete sociale konsekvenser, og hvis en nedlukning af erhvervslivet har konsekvenser i form af stor og langvarig arbejdsløshed.

I praksis afhænger også afvejningen af proportionalitet af, hvor alvorligt man vurderer de enkelte alternativer, og det er efter udredningsgruppens vurdering en afvejning af grundlæggende politisk karakter, som man i et folkestyre kun kan henlægge til folkevalgte politikere. Det, der ud fra én vinkel kan anskues som udtryk for ekstrem forsigtighed, kan ud fra en anden vinkel anskues som udtryk for ekstrem uforsigtighed. Bruger man eksempelvis mange ressourcer på at forhindre, at personer bliver smittet og dør med covid-19, vil det være udtryk for stor forsigtighed i håndteringen af covid-19. Men betyder den prioritering, at man mangler ressourcer til behandling af andre alvorlige sygdomme, kan det på længere sigt vise sig at være en meget uforsigtig prioritering. Det centrale er, at sådanne afvejninger har en politisk karakter.

Der er intet i det forløb, der er afdækket i denne udredning, der tyder på, at regeringen i sine tiltag og indgreb ikke har gennemført en proportionalitetsovervejelse. Man kunne have gennemført en langt mere vidtrækkende nedlukning af landet, hvis det alene handlede om at forhindre smittede og døde med covid-19. Omvendt er der heller ikke noget, der tyder på, at Sundhedsstyrelsen ikke har taget covid-19 særdeles alvorligt. Det er i den forbindelse værd at understrege, at Sundhedsstyrelsens manglende støtte til den delvise nedlukning den 11. marts 2020 primært knytter sig til nedlukningen af daginstitutioner, skoler og uddannelsesinstitutioner, herunder til, hvornår en nedlukning her bør komme på tale. Det er ikke udtryk for en fundamental uenighed om, hvorvidt der på det tidspunkt skulle skrues ned for aktiviteten i samfundet.

Det er dog samtidig udredningsgruppens vurdering, at den uenighed, som hersker omkring dette væsentlige aspekt af den delvise nedlukning den 11. marts 2020, ikke bliver kommunikeret klart til offentligheden på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020. Tværtimod bliver det på pressemødet af regeringen med statsministeren i spidsen fremstillet sådan, at nedlukningen af aktivitet i bl.a. daginstitutioner, skoler og uddannelsesinstitutioner sker på myndighedernes anbefaling. Den redegørelse for forløbet op til nedlukningen, som er givet i kapitel 9 i denne udredning, giver ikke støtte til den formulering, som statsministeren bruger på pressemødet den 11. marts 2020. Tilsvarende bliver Sundhedsstyrelsens forbehold over for revisionen af epidemiloven ikke tydeligt nok videreformidlet til Folketinget i forbindelse med behandlingen af forslaget til den første ændring af epidemiloven den 12. marts 2020, jf. kapitel 10.

Udredningsgruppen har overvejet, om Sundhedsstyrelsens direktør med sin blotte tilstedeværelse på pressemødet den 11. marts 2020 og med sin deltagelse i en række andre covid-19-relaterede pressemøder er placeret i en position, hvor hans rolle som regeringens øverste sundhedsfaglige rådgiver bliver brugt som led i en politisk legitimeringsstrategi. Der er i det udleverede materiale flere eksempler på, at Sundhedsstyrelsens direktør har forsøgt at undslå sig for at deltage i pressemøder, hvor regeringen og sundheds- og ældreministeren skulle bekendtgøre tiltag af mere politisk karakter.[6] Det samme gælder i øvrigt for ledelsen i Statens Serum Institut, om end der ikke her ser

6 Der foreligger ikke materiale, der viser, hvorvidt det også var tilfældet i forbindelse med pressemødet den 11. marts 2020, men det sker både op til pressemødet den 6. marts og den 10. marts.

ud til at have været en tilsvarende intern diskussion om deltagelsen.

Det må efter udredningsgruppens vurdering i et system, der som det danske bygger på ministerstyre, jf. ovenfor, nødvendigvis være sådan, at embedsmænd deltager på pressemøder, hvis de bliver bedt om det. Deres deltagelse på de covid-19-relaterede pressemøder kan dog ikke tages som indtægt for, at de har anbefalet de tiltag, der meldes ud. De deltager her på regeringens vegne.

Ad c. Regeringens covid-19-håndtering og sikringen af den bedst mulige sundhedsfaglige rådgivning

Som det er understreget flere gange i denne rapport, er de første faser af covid-19-håndteringen ikke blot kendetegnet ved stor usikkerhed i myndighedernes viden om sygdommen, men også ved stort tidspres. Der går kun knap 2 måneder, fra nyheden om smitteudbruddet i Kina når de danske sundhedsmyndigheder, til myndighederne registrererer de første smittetilfælde.

Udredningsgruppen anerkender de svære betingelser. Den vurderer imidlertid, at tiden fra midten af januar og frem til slutningen af februar 2020 kunne være brugt mere hensigtsmæssigt. Det skyldes ikke mindst, at Statsministeriet allerede den 21. januar 2020 er opmærksom på den nye sygdom og erkender det pandemipotentiale, som den indebærer. Det giver mulighed for en tidlig og koordineret indsats. Statsministeriet med departementschefen i spidsen handler med det samme på den alvor, hvormed man ser situationen, og får sendt bestillinger af sted til Sundheds- og Ældreministeriet. Det sker i en bestræbelse på at få ministeriet til at gøre mere, end Statsministeriet oplever sundhedsmyndighederne gør på det tidspunkt. I de følgende dage og uger sendes flere bestillinger af sted, som oftest med meget korte svarfrister, ligesom der rekvireres daglige statusopdateringer hos Sundhedsstyrelsen.

På trods af dette forsøg på tidlig indsats og rettidig omhu ender regeringen alligevel med det, som tager sig ud som en dramatisk redningsaktion forberedt og udført over ganske få døgn op til den 11.-12. marts 2020. Det rejser spørgsmålet, om de mange dag til-dag bestillinger var den mest hensigtsmæssige brug af sundhedsmyndighedernes rådgivning og ressourcer. Udredningen har vist, at de mange bestillinger om stort og småt presser Sundhedsstyrelsens faglige processer. Det er samtidig en arbejdsform, der ikke inviterer til reflektion og analyse, men snarere til genbrug og marginale tilpasninger på tværs af notater. Rutineprægede reaktioner af denne art er forudsætningen for, at den sundhedsfaglige stab i Sundhedsstyrelsen kan leve op til de skrappe tidsfrister og idelige krav om opdateringer.

Genbrug af tekstpassager kendetegner også de daglige statusopdateringer, og selv markante udviklinger tager sig ofte ud som marginale ændringer, hvis de observeres på tværs af meget korte tidsintervaller. Derfor er de hyppige, daglige statusopdateringer ikke nødvendigvis velegnede til at identificere tendenser og til at tegne et dækkende situationsbillede.

Endelig må udredningsgruppen konstatere, at der i de mange bestillinger, der udgår fra Statsministeriet ikke er nogen klar skelnen mellem væsentligt og mindre væsentligt, bl.a. illustreret ved adskillige spørgsmål til sundhedsmyndighederne om placering af flyers, plakater og spritstandere m.v. i danske lufthavne, jf. kapitel 7. Det er udtryk for en tidlig detailkontrol og -styring af sundhedsmyndighedernes indsats. Her er det svært for udredningsgruppen at se, hvilken strategi der ligger bag, og det må i et tilbageblik konstateres, at det centraliserede og detailstyrende bestillingsregime ikke bidrager

til at skabe en fælles forståelse af covid-19-situationen på tværs af regering og sundhedsmyndigheder.

Også Sundhedsstyrelsens forvaltning af sit mandat påkalder sig kritisk refleksion. Styrelsen konkluderer øjensynligt meget tidligt i forløbet, at det primære ansvar for at håndtere covid-19-situationen ligger hos styrelsen selv. Hvis man alene ser på den centrale rolle, som Sundhedsstyrelsen indtager i de gældende beredskabs- og pandemiplaner, der er udarbejdet for sundhedsområdet, er det ikke en helt skæv opfattelse. Sådan er situationen imidlertid ikke, efterhånden som man opsamler viden om spredningen og alvorligheden af covid-19. Sundhedsstyrelsen synes her i ganske lang tid at have fastholdt sin oprindelige opfattelse af covid-19 som en mindre alvorlig sygdom. Det er i denne situation udtryk for manglende indsigt i og forståelse for, at krisen i februar udvikler sig til en højt proriteret politisk sag, der naturligt skal håndteres på regeringsniveau og på tværs af en række myndigheder. I modsat fald ville regeringen have placeret sig i en meget kritisabel situation over for Folketinget og offentligheden.

Allerede hjemtagelsen af borgere fra Kina sidst i januar 2020 får så megen medieopmærksomhed, at det klart er en sag, som sundheds- og ældreministeren og regeringen må engagere sig i. Dertil kommer, at covid-19-situationen ganske hurtigt både i nationale og internationale medier får en dækning og opmærksomhed, som gør håndteringen til en sag på regeringsniveau. Sundhedsstyrelsen kunne formodentlig have fået et mere konstruktivt og frugtbart samspil med regeringen, Statsministeriet og andre myndigheder, hvis styrelsen tidligere i forløbet havde anerkendt, at håndteringen af covid-19 ikke primært er en sag for Sundhedsstyrelsen – og Statens Serum Institut – alene, men at styrelsen indgår i et større myndighedsapparat, hvis effektivitet i sammenhængen beror på evnen til samarbejde på tværs af myndighedsgrænser.

Den organisatoriske konsekvens af, at der i den første fase aldrig bliver skabt en fælles forståelse af covid-19-situationen, som har dækning hos såvel Statsministeriet som Sundhedsstyrelsen, bliver draget sidst i februar, hvor regeringen og Statsministeriet sætter den særlige covid-19-organisering op. Som redegjort for i næste afsnit, må denne organisatoriske ændring til dels ses som en reaktion på de divergerende vurderinger mellem især Statsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Ud over en voldsom opskalering af de administrative ressourcer i covid-19-håndteringen, indebærer den særlige covid-19-organisering således, at Sundhedsstyrelsen ikke længere er den centrale aktør og drivkraft i processen. Sundhedsstyrelsen forbliver dog i den nye og midlertidige organisation det centrale bindeled til sundhedssektoren, ligesom regeringen og andre myndigheder fortsat efterspørger råd og vejledning fra styrelsen. Sundheds- og Ældreministeriet med departementschefen i spidsen får i løbet af udredningsperioden en tiltagende vigtig rolle som bindeled mellem Sundhedsstyrelsen og regeringen/Statsministeriet.

Covid-19-håndteringens administrative organisering

Udbruddet af covid-19 stiller såvel myndighederne som regeringen i en situation, hvor de inden for meget kort tid skal finde løsninger på problemer af omfattende og alvorlig karakter. Det forudsætter en betydelig administrativ kapacitet. Det gælder i centraladministrationen, som umiddelbart har til opgave at bistå med krisehåndteringen i form af rådgivning til regeringen, beslutningsforberedelse og udførelse af de trufne beslutninger. Det gælder også i det generelle kriseberedskab, herunder sundhedsberedskabet, som er sat op med henblik på indsats i kriser og kriselignende

situationer. Denne krise er imidlertid mere omfattende og truer med at være mere langstrakt end kendte krisesituationer. Det rejser igen en række spørgmål:

a. Har centraladministrationen den fornødne kapacitet og den fornødne evne til at omstille kapaciteten, da den med kort varsel får til opgave at bidrage til håndtering af covid-19-krisen?
b. Hvordan spiller centraladministrationens normalorganisation sammen med kriseberedskabet, og viser der sig uhensigtsmæssigheder i samspillet mellem dem og i samspillet med den særlige covid-19-organisering?
c. Hvilke sårbarheder og kilder til fejl er der indbygget i den måde, covid-19-håndteringen er organiseret på?

Ad a. Centraladministrationens kapacitet og omstillingsevne

Det fremgår af kortlægningen i de foregående kapitler og af den sammenfattende beskrivelse af covid-19-håndteringen ovenfor i dette kapitel, at ministerierne og deres styrelser inden for ganske få dage bliver stillet over for en ny og meget omfattende opgave. Krisens karakter og omfang gør yderligere, at den ganske pludseligt bliver løftet fra et administrativt rutine- og overvågningsniveau til et politisk regeringsniveau. Det stiller to store krav til ministerierne. Det ene er, at de – i praksis i løbet af få dage – skal løfte en række tunge opgaver i forbindelse med forberedelsen af ny lovgivning, udstedelse af bekendtgørelser, forberedelse af økonomiske hjælpepakker og tilrettelæggelse af deres administration. Det andet er, at de også skal servicere regeringen og dens ministre med bistand og rådgivning i relation til de krisetiltag, som regeringen overvejer og siden beslutter at iværksætte, og som endelig involverer et intenst og tidsmæssigt presset samspil med Folketinget.

Krisen er som udgangspunkt en sundhedskrise. Det gør, at Sundheds- og Ældreministeriet og dets styrelser står centralt i forløbet. På styrelsesniveau er det i starten specielt Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, som bidrager til håndteringen. Men som smitteopsporing, teststrategier og værnemidler bliver omfattet af krisehåndteringen, gælder det også Styrelsen for Patientsikkerhed og i nogen grad Lægemiddelstyrelsen.

Kriseforløbet udsætter fra slutningen af februar og hen igennem foråret Sundheds- og Ældreministeriet og de nævnte styrelser for et voldsomt arbejdspres. Udredningsgruppen har i sin kortlægning af forløbet kunnet konstatere, at embedsmænd i både departement og styrelser arbejder under et stort tidspres i et længere tidsrum, og at de i hvert fald på ledelsesniveau indgår i et tæt og tidsmæssigt presset samspil med især Justitsministeriet og Statsministeriet. Det samme gælder for især Sundhedsstyrelsen i forhold til det generelle kriseberedskab, der bliver aktiveret i regi af NOST, jf. nedenfor.

Det er udredningsgruppens vurdering, at Sundheds- og Ældreministeriet mobiliserer ministeriets ressourcer, således at de bliver sat ind i håndteringen af covid-19. Det er imidlertid også udredningsgruppens vurdering, jf. ovenfor om den sundhedsfaglige rådgivning, at der er spændinger mellem den sundhedsfaglige rådgivning, som ministeriets faglige styrelser leverer, og den politiske rådgivning, som er departementets opgave. Den er dog ikke så meget en konsekvens af arbejdstilrettelæggelsen i ministeriet som en afledt konsekvens af samspillet mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Statsministeriet og beslutningsprocessen på regeringsniveau.

Sundheds- og Ældreministeriet er ikke og kunne ikke være bemandet med henblik på håndteringen af en sundhedskrise som den, der

udvikler sig i slutningen af vinteren og det tidlige forår 2020. Der bliver derfor på regeringsniveau, sandsynligvis efter indstilling fra Statsministeriet, etableret en særlig covid-19-organisering. På departementalt niveau indebærer den tre tiltag:

1. Etableringen af AC-gruppen under Justitsministeriets formandskab.
2. Inddragelsen af Justitsministeriets departement i en koordinerende rolle i forhold til specielt udarbejdelsen af lovforslag og udmøntningen af bemyndigelserne i den vedtagne lovgivning.
3. Justitsministeriets praktiske bistand til specielt Sundheds- og Ældreministeriet i forbindelse med lovforberedelse og udmøntning af bemyndigelser i den reviderede lovgivning og i forbindelse med samspillet med Folketingets sundheds- og ældreudvalg.

De tre tiltag indebærer, at man i løbet af meget få dage sikrer en udvidelse af sagsbehandlingskapaciteten på det sundhedspolitiske område, hvad der demonstrerer en betydelig fleksibilitet i allokeringen af ressourcer på tværs af ministerierne. Det sker også ved hjælp af ret enkle procedurer, hvis fokus er tværdepartemental koordination og en række tosidige samarbejder mellem ministerierne og særlig mellem Sundheds- og Ældreministeriets og Justitsministeriets departementer. Kortlægningen af arbejdsgangen, som udredningsgruppen har rapporteret i de foregående kapitler, indikerer også, at samarbejdet på departementalt niveau mellem ministerierne i det tætte forløb foregår smidigt og uden alvorlige spændinger.

I forhold til forberedelsen af hjælpepakkerne er problemstillingen den samme som ved forberedelsen af de sundhedsmæssige tiltag. Den overordnede tilrettelæggelse er også den samme med AC-gruppen som samordningsforum og knudepunkt i koordinationen. De departementale opgaver bliver løst inden for de samme knappe tidsfrister, som karakteriserer den sundhedsmæssige indsats. I stedet for Justitsministeriet er Erhvervsministeriets departement tildelt rollen som tværgående koordinator af politikforberedelsen. Det sker i et tæt samarbejde med specielt Finansministeriet, som dels udarbejder økonomiske skøn over hjælpepakkernes udgiftsmæssige konsekvenser, dels varetager Finansministeriets normale opgave som overordnet bevillingsmyndighed, som forudsætter Finansministeriets tilslutning forud for fagministrenes fremsendelse af aktstykker med bevillingsansøgninger til Folketingets Finansudvalg.

Også i forbindelse med hjælpepakkerne er det udredningsgruppens vurdering, at fleksibiliteten i den departementale indsats er stor, og at ministerierne lykkes med at etablere et smidigt samarbejde om opgaverne. Det er kun i forbindelse med de beslutninger, der ligeledes med kort varsel må træffes omkring administrationen af hjælpepakkerne, at man sporer spændinger. Det gælder særlig i forholdet mellem Kulturministeriet og Erhvervsministeriet. Den betydelige fleksibilitet i mobiliseringen af administrative ressourcer kommer desuden frem i den hurtige etablering af udlånsordninger, som åbner for udstationering af medarbejdere fra andre ministerier, fra Erhvervsstyrelsen og fra Slots- og Kulturstyrelsen under Kulturministeriet.

Selv om de overordnede administrative rammer er de samme for forberedelsen af de sundhedsmæssige covid-19-tiltag og hjælpepakkerne, er der en afgørende forskel mellem dem. Det er ganske vist sådan på begge felter, at den administrative forberedelse finder sted inden for rammer fastlagt politisk på regeringsniveau. Hvordan og hvornår det sker, kan udredningsgruppen ikke altid afdække helt præcis. Det

gælder således for den temmelig afgørende beslutning om, at sundheds- og ældreministeren vil fremsætte et forslag til en temmelig vidtgående revision af epidemiloven, hvor det oprindelige oplæg fra Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen er en mere begrænset revision. Det samme gælder regeringens beslutninger om de økonomiske rammer for hjælpepakkerne.

Der er imidlertid en grundlæggende forskel i Statsministeriets rolle i de to parallelle forløb. Når det gælder de sundhedsmæssige tiltag gennem nedlukningen og de lovgivningsmæssige foranstaltninger, der bliver taget for at sikre dens hjemmelsmæssige grundlag, er Statsministeriet en stærk og udfarende aktør.

Statsministeriet er for det første meget tidligt opmærksom på de risici, som covid-19 rummer for det danske samfund, og ministeriet udfordrer forløbet igennem sundhedsmyndighederne på deres faglige vurderinger og indstillinger.

For det andet etablerer Statsministeriet sig som drivende kraft i den bestillingsdrevne organisering, der, som beskrevet udførligt i kapitel 7 og 8, udvikler sig.

For det tredje placerer Statsministeriet sig også i den særlige covid-19-organisering som den opfølgende instans, der overvåger og kontrollerer andre ministeriers indsats. Det indebærer i forhold til Sundheds- og Ældreministeriet, at Statsministeriet får en direkte involvering i samspillet med især Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Det indebærer også, at Sundheds- og Ældreministeriets departement sættes i en svær position, hvor det er placeret i et krydspres mellem Statsministeriets krav og især Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut, som i fasen omkring nedlukningen ikke er helt på linje med hinanden i deres rådgivning om krisetiltagene.

For det fjerde kommer Statsministeriets stærke involvering også frem gennem den centrale kontrol af al kommunikation til medierne og offentligheden, når det gælder covid-19-tiltagene.

Statsministeriet, hvis egen organisatoriske kapacitet er begrænset, kan kun påtage sig den beskrevne meget aktive og stærkt styrende rolle, fordi det lykkes med etableringen af AC-gruppen og med mobiliseringen af Justitsministeriets departement, således som det er beskrevet ovenfor. I denne sammenhæng noterer udredningsgruppen, at der i forløbet også refereres til »DC-gruppen.« Om der her er tale om en snæver gruppe af departementschefer eller stort set hele departementschefkollegiet er uklart. Rigtig meget peger imidlertid i retning af AC-gruppen som det administrative knudepunkt i den tværministerielle forberedelse af de mange covid-19-tiltag.

Det aflaster imidlertid i den sammenhæng også Statsministeriet og formentlig regeringen, at tilgangen er anderledes i forbindelse med forberedelsen af de økonomiske hjælpepakker. Løsningen er, som det er fremgået, også her baseret på placeringen af det overordnede koordinationsansvar hos ét af fagministerierne, i dette tilfælde Erhvervsministeriet i samvirke med Finansministeriet. Erhvervsministeriet samordner, i høj grad sammen med Finansministeriet, et tværministerielt samarbejde med andre ministerier, først og fremmest Beskæftigelsesministeriet og Skatteministeriet og i et vist omfang Kulturministeriet. Men til forskel fra de direkte covid-19-rettede tiltag, som i meget høj grad er underlagt statsministeriel samordning og kontrol, sker forberedelsen af hjælpepakkerne uden tilsvarende uophørlig intervention fra Statsministeriets side. Så vidt udredningsgruppen har kunnet afdække, indebærer det imidlertid ikke, at de ministerier, som forbereder hjælpepakkerne, har forberedt hjælpepakkerne uden politisk autorisation fra regeringens side.

Der finder således drøftelser af hjælpepakkerne sted i regeringens koordinationsudvalg og i dens økonomiudvalg undervejs i forløbet.

Forskellen på Statsministeriets rolle i de to parallelle forløb rejser spørgsmålet om, hvorvidt Statsministeriets stærke og centraliserede koordination og efterfølgende kontrol af covid-19-tiltagene har været nødvendig. Sammenligningen med forberedelsen af hjælpepakkerne indikerer ikke svigt i samarbejdet og i effektiviteten i forberedelsen med den mere decentraliserede model, som regeringen forlader sig på ved forberedelsen af hjælpepakkerne. Spørgsmålet er også, om der er noget, der i højere grad taler for en stærk centralisering i forbindelse med nedlukningen end på hjælpepakkernes område. Efter udredningsgruppens vurdering er det ikke entydigt, at denne del af covid-19-håndteringen krævede mere centralisering end hjælpepakkerne. Det synes derfor nærliggende, at regeringsarbejdet og den ministerielle forberedelse kunne befries for en del af det pres, som i perioden fra slutningen af februar og i løbet af marts kendetegner processen.

I den normale ministerielle arbejdstilrettelæggelse omkring forberedelsen af ny lovgivning, udmøntning af bemyndigelser i form af ministerielle bekendtgørelser og forberedelsen af udgiftskrævende tiltag er der indlagt en række arbejdsgange i form af institutionelle tjekmekanismer. Det gælder typisk i form af uformelle præhøringer, hvor det ansvarlige ministerium indhenter og modtager information og politiske og teknisk-administrative vurderinger fra eksterne organisationer, institutioner og myndigheder, og offentlige høringer, hvor ministerierne tilsvarende indhenter synspunkter og vurderinger fra eksterne interessenter, som ønsker at bidrage til processen. Høringer i disse to former er suspenderet under forberedelsen af covid-19-lovgivningen.

Det samme gælder forberedelsen af hjælpepakkerne. Det sker dog med den afgørende forskel, at hjælpepakkerne bliver forhandlet i en form for inviteret samspil mellem en række ministerier under Erhvervsministeriets koordination og erhvervslivets og arbejdsmarkedets hovedorganisationer. Disse forhandlinger foregår i lighed med andre dele af forberedelsen under stort tidspres.

Det er samtidig efter udredningsgruppens vurdering en ret ureguleret proces, som i praksis viser sig åben for fremsættelsen af ønsker om økonomisk bistand, uden at der i processen er indlagt egentlige prioriteringsmekanismer, f.eks. i form af en eller flere økonomiske og bevillingsmæssige rammer, som er fastlagt i form af udmeldinger fra regeringen. Dertil kommer, at tidspresset kombineret med den usikkerhed, som også økonomisk kendetegner krisen, gør, at Finansministeriet ikke udarbejder og næppe var i stand til at udarbejde fagøkonomiske analyser, som kunne understøtte processen. En sådan analyse, som igen understreger usikkerhederne i situationen, bliver først tilvejebragt, da regeringen i maj 2020 rekvirerer to rapporter fra et hold økonomer fra Aarhus Universitet.[7] Udredningsgruppen tolker forløbet sådan, at opgaven politisk er hurtigt at sikre aftaler om økonomiske hjælpepakker med erhvervslivets og arbejdsmarkedets organisationer. Udredningsgruppens vurdering er også, at ministerierne leverer på denne opgave, som den er formuleret af regeringen.

7 Torben M. Andersen, Michael Svarrer og Philip Schröder, »Rapport fra den økonomiske ekspertgruppe vedrørende genåbning af Danmark«, den 6. maj 2020; Torben M. Andersen, Michael Svarrer og Philip Schröder, »Rapport fra den økonomiske ekspertgruppe vedrørende udfasning af hjælpepakker«, den 27. maj 2020.

Ad b. Samspillet mellem centraladministrationens normalorganisation og kriseberedskabet

Kapitel 6 sondrer mellem tre sider af den centrale administrations organisering. Der er normalorganisationen med dens ministerier og styrelser og etablerede procedurer for bistand til regeringen og ministeren. Der er dernæst det hvilende beredskab, som Rigspolitiet koordinerer i regi af NOST. Endelig er der den særlige covid-19-organisering, som bliver etableret i de første dage af marts. Spørgsmålet for denne del af vurderingen er tredobbelt: Hvordan fungerer krisekoordinationen i NOST, hvordan fungerer samspillet mellem NOST og den særlige covid-19-organisering, og hvordan oplever man i ministerier og styrelser samspillet med beredskabsorganisationen?

Det hvilende kriseberedskab bygger, som det fremgår af kortlægningen, på et sektoransvarsprincip, hvor den eller de myndigheder, der i den daglige forvaltning har ansvaret for et givet opgaveområde, også har ansvaret, hvis der pludselig udbryder en krise på det ene eller det andet område. De kriser, der er tale om, og som man har erfaringer med, er typisk mere begrænsede og af kortere varighed. De kan dermed ikke fuldt ud sammenlignes med covid-19-krisen. Det er imidlertid udredningsgruppens vurdering, at sektoransvarsprincippet generelt er hensigtsmæssigt, og at det også fungerer hensigtsmæssigt under covid-19-krisen i vinteren og foråret 2020. Det sikrer en fleksibilitet i kriseindsatsen, som også er fornøden under covid-19-krisen. Krisens omfang og varighed indebærer dog situationsbestemte tilpasninger af princippet, hvad der efter udredningsgruppens vurdering ligger i det generelle koncept bag beredskabsplanlægningen.

Beredskabsorganisationen, inklusive NOST, er bygget op med henblik på håndteringen af samfundsmæssigt og tidsmæssigt mere begrænsede kriser. Den omfattende og langvarige sundhedskrise, som covid-19 udløser, rejser derfor spørgsmålet om en tilpasning af NOST til den særlige situation. Man vælger i denne situation efter et oplæg fra rigspolitichefen og beslutning på regeringsniveau at etablere NOST+, som er en ad hoc-gruppe med repræsentation af de mest berørte myndigheder. Rigspolitichefen udpeger en af landets politidirektører til leder af gruppen. Opgaven for NOST+ bliver at koordinere kriseindsatsen, og gruppen kommer især til at spille en rolle i forbindelse med sikringen af forsyningen med værnemidler og i bestræbelserne på først at sikre og siden at udbygge en testkapacitet i henholdsvis et sundheds- og et samfundsspor. Lederen af NOST+ bliver samtidig bindeleddet mellem den operative krisestab og Justitsministeriet og AC-gruppen og kommer også i et vist omfang til at indgå i samspillet med Statsministeriet, der som nævnt er stærkt involveret i selve covid-19-håndteringen.

Det er udredningsgruppens vurdering, at såvel nedsættelsen af NOST+ som udpegningen af lederen af NOST+ til bindeled i forhold til beslutningsmiljøet på departementalt niveau bidrager positivt til, at man fra og med begyndelsen af marts kan sætte hurtigt ind i håndteringen af covid-19.

Det er imidlertid også udredningsgruppens vurdering, at den parallelle eksistens af både AC-gruppen på tværdepartementalt niveau og af NOST og NOST+ på tværministerielt myndighedsniveau i unødig grad beslaglægger administrative ressourcer i de mest berørte ministerier. Problemet opstår, fordi både AC-gruppen, NOST og de enkelte ministerier og deres styrelser forbereder oplæg, der udgør grundlaget for beslutningstagen på regeringsniveau. Belastningen som følge af disse overlappende samordningsprocedurer rammer især Sundheds- og Ældreministeriet og ikke mindst Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen er Sundheds- og Ældre-ministeriets faste repræsentant i NOST, idet styrelsen har det overordnede ansvar for det nationale sundhedsberedskab. Men sådan som krisehåndteringen udvikler sig, har Sundheds-styrelsen også en væsentlig arbejdsbelastning som konsekvens af bestillinger fra ministeriets departement, som i vidt omfang videreformidler rekvisitioner fra Statsministeriet til Sundheds-styrelsen, Statens Serum Institut og Styrelsen for Patientsikkerhed. Det tids- og arbejdspres, som er et vilkår for de forskellige myndigheder, er således ikke alene en konsekvens af objektive omstændigheder omkring epidemiens udvikling, men også af den måde, hvorpå man centralt søger at detailstyre indsatsen.

Ad c. Sårbarheder og fejlkilder i covid-19-håndteringen

Den usikkerhed, som især i starten, men i praksis langt hen i kriseforløbet præger myndighedernes viden om virus og om den sygdom, som den forårsager, er naturligt nok en kilde til sårbarhed og usikkerhed i krisehåndteringen. Nøjagtig den samme usikkerhed knytter sig til vurderingen af de økonomiske og sociale konsekvenser af krisen. Myndighederne har i ingen af de to henseender noget solidt analytisk grundlag, hvorpå de kan bygge deres rådgivning af regeringen og ministrene. Det indebærer også, som der udførligt er redegjort for i indledningen til dette kapitel, at krisehåndteringen er politiske beslutninger, som i den danske kombination af ministerstyre og parlamentarisme ligger hos ministre, der står politisk til ansvar over for Folketinget. Det er det, som statsministeren efter udredningsgruppens vurdering med rette henleder opmærksomheden på, når hun på pressemødet den 10. marts 2020 siger:

> »Men jeg vil da gerne allerede nu sige, at jeg tror ikke på, vi kommer til at kigge ind i et forløb heller i den danske håndtering af corona, hvor vi ikke kommer til at begå fejl undervejs, og hvor der ikke ville være rig lejlighed til at diskutere det, fordi vi reagerer, og vi navigerer i en virkelighed, vi ikke 1) har prøvet før, og 2) som flytter sig eksplosivt hurtigt.«[8]

Så realistisk denne selverkendelse end er, er det i et læringsperspektiv vigtigt at identificere de sårbarheder og fejlkilder, som er indbygget i den måde, som ministerierne i vinteren og foråret håndterer covid-19-krisen på. Udredningsgruppen vil her pege på to forhold.

Det ene er, at tidspresset har været umådeligt stort. Det skaber i sig selv en risiko for fejl og uhensigtsmæssigheder. At sådanne fejl og uhensigtsmæssigheder faktisk indtraf, kommer til udtryk ved de ganske mange revisioner, som finder sted efter vedtagelsen af de første hastelove den 12. marts 2020 og efter udmøntningen af lovgivningens mange bemyndigelser i form af bekendtgørelser. På tilsvarende måde skaber den hurtige etablering af en organisation, som kan forvalte hjælpepakkerne, risiko for fejl i udbetalingen, hvorfor opbygningen af et tilstrækkelig stærkt kontrolregime omkring de store udbetalinger er et problem. Udredningsgruppen er her opmærksom på betydningen af at handle hurtigt med de karakteristika, som covid-19 har, men også af den opfattelse, at tidspresset ikke tillader en mere grundig overvejelse af, hvad der skal ske nu og her, og hvad der kan afvente en senere og mere grundig forberedelse. Udredningsgruppen er imidlertid ikke overbevist om,

8 Udskrift af pressemøde den 10. marts 2020, Statsministeriet.

at det tidspres, som gælder i dagene op til den 12. marts, har samme styrke senere i forløbet, f.eks. da regeringen den 26. marts 2020 fremsætter forslag til endnu en hastebehandlet revision af epidemiloven.

Det andet forhold knytter sig til den meget vidtgående centralisering, som præger specielt beslutningsforberedelsen i forhold til den sundhedsmæssige indsats over for covid-19. Selv om udredningsgruppen anerkender den positive rolle, som Statsministeriet i forløbet spiller som initiativtager og kritisk indpisker, er der en risiko for, at en så vidtgående centralisering, som omfatter alle faser af håndteringen, skaber flaskehalse og blokerer for bidrag til beslutningsforberedelsen, som kan styrke beslutningsgrundlaget. Udredningsgruppen undlader i den sammenhæng ikke at henlede opmærksomheden på, at erfaringerne fra Norge og Tyskland ikke indikerer, at en håndtering i et mere decentraliseret regi, i sig selv fører til en mindre effektiv covid-19-håndtering.

Covid-19-håndteringens retlige aspekter

Som et led i covid-19-krisen bliver der vedtaget en række lovændringer. Det sker i form af hastelove, som indeholder brede bemyndigelser til flere ministre, først og fremmest sundheds- og ældreministeren. Med hjemmel heri bliver der administrativt udstedt et stort antal bekendtgørelser, som giver myndighederne adgang til at foretage meget vidtgående indgreb i borgernes retsforhold. Regeringen såvel som de administrative myndigheder iværksætter derudover en række ret vidtgående foranstaltninger for at begrænse epidemien. Det forhold, at beslutninger bliver truffet og gennemført inden for et meget kort tidsrum, rejser spørgsmålet om det retlige grundlag herfor. Vurderingen heraf tager igen afsæt i tre principielle spørgsmål, der navnlig besvares med udgangspunkt i den første ændring af epidemiloven den 17. marts 2020 og regler udstedt i medfør heraf:

a. I hvilket omfang er der opmærksomhed på de problemer af retlig art, som knytter sig til den hastelovgivning, som regeringen fremlægger og Folketinget vedtager som led i håndteringen af covid-19?
b. I hvilket omfang har covid-19-håndteringen konsekvenser for borgernes og virksomhedernes retssikkerhed?
c. Hvilke konsekvenser har den valgte håndtering af covid-19 for sikringen af, at de trufne beslutninger er retligt korrekte?

Ad a. Opmærksomheden på retlige problemer i forbindelse med hasteændringerne af epidemiloven

Regeringen fremsætter i marts og april 2020 20 lovforslag som led i indsatsen over for covid-19. Forslagene behandles af Folketinget på ganske kort tid. Det er kun muligt, ved at Folketinget for hvert enkelt lovforslag fraviger de almindelige frister for behandling af lovforslag fastsat i Folketingets forretningsorden. Blandt lovforslagene er to revisioner af den gældende epidemilov.

Forberedelsen af den første revision af epidemiloven indledes som beskrevet i kapitel 10 i slutningen af februar 2020, hvor der imidlertid kun arbejdes på en mindre ændring af loven. Senere besluttes det at gennemføre en mere gennemgribende revision af epidemiloven, der over ganske få dage op til den 12. marts 2020 forberedes i Sundheds- og Ældreministeriet og – usædvanligt – tillige i Justitsministeriet. Arbejdsdelingen indebærer, at Sundheds- og Ældreministeriet skal skrive lovforslagets bemærkninger om hidtil gældende ret, mens Justitsministeriet skal skrive bemærkningerne til de nye bestemmelser.

Forslaget fremstår som en målrettet bestræbelse på at rette op på begrænsningerne i en lov, som ikke hidtil har været taget op til grundlæg-

gende revision med henblik på en ajourføring, og som ikke tager højde for de ændringer, der er sket med hensyn til spredningen af smitsomme og overførbare sygdomme.

Første revision af epidemiloven indeholder vidtrækkende bemyndigelser til især sundheds- og ældreministeren. Bemyndigelserne giver bl.a. adgang til at fravige anden lovgivning (stærk derogation), herunder til at fravige lovbestemte patientrettigheder og til at foretage vidtgående indgreb i borgernes retsforhold, herunder også i frihedsrettigheder, jf. kapitel 12. Der kan f.eks. gøres indgreb i forsamlings- og bevægelsesfriheden og erhvervsrettigheder ved forbud mod adgang til eller restriktioner på erhvervsdrivendes anvendelse af forretningslokaler. Endvidere fraviger bestemmelserne grundlæggende principper om individets selvbestemmelsesret i forbindelse med sygdomsbehandling og om individets fysiske integritet og privatlivets fred, f.eks. adgangen til tvangsbehandling og tvangsvaccination, jf. kapitel 12. Endelig kan ministeren efter loven overlade myndighedsopgaver til private aktører uden krav om, at de private aktører skal følge offentligretlige regler til sikring af borgernes retsbeskyttelse.

Forberedelsesproceduren indebærer med sikkerhed, at embedsmændene arbejder under et stærkt tidspres. Det bliver ikke mindre af, at ambitionsniveauet på et tidspunkt i marts 2020 hæves væsentligt i forhold til Sundheds- og Ældreministeriets oprindelige forslag til en lovrevision. Den pressede interne proces i de to ministerier betyder bl.a., at normale høringsprocedurer er fraveget.

Det er, baseret på bemærkningerne til lovforslaget og de interne dokumenter, som udredningsgruppen har fået udleveret, udredningsgruppens opfattelse, at man nok er opmærksom på en række retlige problemstillinger i forbindelse med udarbejdelse af lovforslaget. Men man har ikke særligt fokus på problemstillinger i relation til retsbeskyttelse og retssikkerhed og på, at hjemmelskravet generelt er skærpet, når der er tale om så vidtgående indgreb, som det er tilfældet med ændringen af epidemiloven. Det er således udredningsgruppens vurdering, at der ikke er opmærksomhed på alle aspekter, der giver anledning til overvejelser af retlig karakter, herunder sammenhængen med almindelige regler på området. Dette gælder f.eks. de sundhedsretlige, som er omtalt i kapitel 6, men det gælder også de almindelige forvaltningsretlige regler, jf. kapitel 12.

Det er endelig udredningsgruppens vurdering, at der i rådgivningen af regeringen ikke er fokus på at gøre ministrene opmærksom på de nævnte problemstillinger og på den fravigelse fra gængse lovgivningsmæssige standarder, som lovændringen er udtryk for. Det er dermed også uvist, i hvilket omfang man på regeringsniveau har været opmærksom på dem.

Ad b. Covid-19-håndteringens konsekvenser for borgernes og virksomhedernes retssikkerhed

Den reviderede epidemilov er som nævnt ovenfor karakteriseret ved bemyndigelser til navnlig sundheds- og ældreministeren, der giver adgang til at iværksætte vidtgående indgreb i bestående rettigheder for borgerne, herunder til administrativt at fravige lovgivningen i form af stærk derogation, der er sjældent forekommende i dansk lovgivning.[9]

9 Jørgen Grønnegård Christensen et al., »Når embedsmænd lovgiver«, DJØF Forlag, 2020, s. 55-58.

Lovforslagets karakter af en rammelov med brede bemyndigelser til ministeren betyder, at borgerne kun i meget ringe omfang har mulighed for at forudse og indrette sig på de foranstaltninger, som man administrativt måtte beslutte sig for at sætte i værk. Dermed rører forslaget ved helt grundlæggende principper om retssikkerhed og retsbeskyttelse over for offentlige myndigheder.

Det er udredningsgruppens vurdering, at epidemiloven og de ændringer, der foretages den 17. marts 2020, kun i meget begrænset omfang indeholder retssikkerhedsgarantier sammenlignet med, hvad der er almindeligt i gældende lovgivning. Således er der ikke indarbejdet særlige procedureregler, som myndighederne skal følge forud for beslutning om og ved iværksættelse af foranstaltninger for at begrænse smittespredning, f.eks. i forbindelse med tvangsbehandling og tvangsindlæggelse. Tilsvarende er der ikke fastsat regler om en nem klageadgang, hvilket er en væsentlig retsgaranti til sikring af, at borgerne får den ret, der tilkommer dem.

Ad c. Sikring af, at de trufne beslutninger i forbindelse med håndtering af covid-19 var retligt korrekte

Kombinationen af de mange og omfattende lovændringer, de mange bemyndigelser i den nye lovgivning og den omfattende og hurtige udmøntning af bemyndigelserne i form af bekendtgørelser bidrog i sig selv til at skabe et usædvanligt tids- og arbejdspres i de ministerier, som sammen forbereder den covid-19-relaterede retlige regulering. Som der er gjort rede for i vurderingen af centraladministrationens håndtering af covid-19, skaber det uundgåeligt en sårbarhed over for administrative fejl og uhensigtsmæssigheder.

Det slår også igennem i forhold til covid-19-håndteringens retlige aspekter. Som det er afdækket i kapitel 12 er sundheds- og ældreministerens beslutning af 28. februar 2020 om udvidelse af den hidtidige epidemilovs anvendelsesområde til at omfatte covid-19 næppe lovlig. Beslutningen er desuden uden retsvirkninger for borgerne, da den aldrig bliver kundgjort i Lovtidende, således som forudsætningen er for, at love og andre retsregler får bindende virkning.

Endvidere kan det fremhæves, at nedlukningen af den offentlige sektors myndigheder og institutioner også fører til en delvis nedlukning af domstolene. Domstolene nyder imidlertid en grundlovssikret uafhængighed, ligesom de administrativt er sikret en form for selvstyre, idet Domstolsstyrelsen, der refererer til en bestyrelse, ikke indgår i det ministerstyrede hierarki under Justitsministeriet. Domstolene har således adgang til selv at træffe beslutninger, som indebærer en delvis nedlukning.

Der kan imidlertid efter udredningsgruppens vurdering sættes spørgsmålstegn ved, om de meddelelser, som er tilgået de enkelte retter fra Domstolsstyrelsen, og som for nogles vedkommende er sket på foranledning af Justitsministeriets departement, harmonerer med domstolenes grundlovssikrede uafhængighed. Udredningsgruppen er her bekendt med, at en arbejdsgruppe nedsat af Domstolsstyrelsen den 4. december 2020 har afgivet en redegørelse om håndtering af fremtidige kriser af lignende karakter som covid-19-krisen. I en af arbejdsgruppens anbefalinger hedder det: »Krisestaben bør alene have besluttende kompetence inden for de områder, hvor Domstolsstyrelsen i dag kan træffe beslutninger. Herudover kan krisestaben komme med anbefalinger, opfordringer og vejledninger.«

Domstolsstyrelsen har efter udredningsgruppens vurdering med redegørelsen, som er tiltrådt af Domstolsstyrelsens bestyrelse, draget en relevant læring af forløbet i foråret 2020.

Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet

Kapitel 13 fokuserer på covid-19-krisens påvirkning af sundhedsvæsenets aktiviteter i perioden fra den 13. marts til begyndelsen af april 2020. Der er både tale om en direkte påvirkning og en påvirkning, der følger af de beslutninger, som politisk og administrativt bliver truffet for at håndtere krisen, og de beslutninger, der leder til disse konsekvenser.

Et centralt fokus for udredningsgruppen er derfor, om der bliver udvist den rette agtpågivenhed i de beslutninger, der bliver truffet for at sikre covid-19-patienters adgang til behandling. Agtpågivenhed indebærer i denne sammenhæng efter udredningsgruppens vurdering, at beslutningstagerne ikke alene har covid-19-patienter for øje, men også i deres beslutningsgrundlag og de overvejelser, som de på det grundlag gør sig, sikrer en prioritering, hvor indvirkningen af covid-19-indsatsen på andre patientgrupper bliver mindst mulig. Det er en problemstilling, som er relateret til både den proportionalitetsdiskussion, som ved flere lejligheder bliver rejst i foråret 2020, og den indskrænkning af patientrettighederne, som er nævnt i afsnittet ovenfor.

Udredningsgruppen er også i denne sammenhæng bevidst om den usikkerhed, som gælder for beslutningstagerne i foråret 2020, og om det tidspres, de oplever for at handle rettidigt i forhold til en alvorlig epidemi, hvis første bølge på dette tidspunkt er på sit højeste.

Udbruddet og spredningen af covid-19 stiller i løbet af foråret 2020 store krav til omstilling af sundheds- og sygehusvæsenet. Man skal i løbet af kort tid forberede sig på, at sundheds- og sygehusvæsenet skal være i stand til at tage sig af patienter, der er smittet med covid-19. Det gælder med hensyn til undersøgelser og test, ligesom det gælder behandlingen af patienter, der er smittet. Der opstår derfor helt klart et kapacitetsproblem. Kapacitetsproblemet er knyttet tæt sammen med spørgsmålene om den sundhedsfaglige og i forlængelse heraf den departementale rådgivning. Spørgsmålene rækker imidlertid videre, da de i vidt omfang også aktualiserer en række problemstillinger af økonomisk-administrativ karakter. Spørgsmålene er:

a. På hvilket grundlag vurderer man behovet for covid-19-relateret kapacitet i sundhedsvæsenet?
b. I hvilket omfang inddrager man vurderinger af covid-19-indsatsens konsekvenser for andre patientgrupper under covid-19-krisen?
c. Afspejler det beslutningsgrundlag, som man politisk påberåber sig, i tilstrækkelig grad den information, der er til rådighed?

Ad a. Grundlaget for vurdering af behovet for covid-19-relateret kapacitet i sundhedsvæsenet

Som gennemgået i kapitel 13 baserer man behovet for covid-19-relateret kapacitet på sygehusene på en prognosemodel udfærdiget af Statens Serum Institut. En sådan prognosemodel er nødvendig, idet der er brug for at forudsige et fremtidigt behov og planlægge derefter. Der udarbejdes dog tilsyneladende kun én prognose og foretages ikke følsomhedsanalyser. Prognosen er ovenikøbet en pessimistisk prognose baseret på et worst case-scenarie, hvor man ikke efterspørger en vurdering af sandsynligheden for et sådant scenarie i en dansk kontekst. Prognosemodellen tager heller ikke højde for en mulig effekt af den nedlukning af samfundet, der begynder den 11. marts.

Der bliver således taget en række beslutninger undervejs, der øger sandsynligheden for, at den igangsatte aktivitetsreduktion vil blive uhensigtsmæssigt stor. Regeringen vælger at styre efter en worst case-prognose, der bygger på

epidemiens forventede udvikling, såfremt ingen afbødningstiltag iværksættes, og såfremt ingen frivillige adfærdsændringer finder sted.

Det viser sig i praksis, at der er stor afvigelse mellem det faktiske behov for intensivkapacitet og den prognose, man styrer efter i de kritiske uger i marts måned. Prognosen afviger væsentligt fra det faktiske behov, idet behovet for covid-19-relateret kapacitet er markant lavere end forventet. Antallet af indlagte på intensivafdeling er højest den 1. april 2020. Her er 146 patienter med covid-19 indlagt på intensiv afdeling, hvoraf 129 er i respiratorbehandling. Dette tal er langt fra de 827-991, som prognosen angav. Sygehusene er uden tvivl belastede i perioden, men behovet for intensivpladser med respirator overstiger aldrig på nationalt plan i væsentlig grad den eksisterende ledige kapacitet. Epidemien udvikler sig altså ikke så drastisk som forventet i prognoserne fra Statens Serum Institut. En del af forklaringen er antagelig effekten af de afbødende tiltag, som regeringen med tilslutning fra Folketinget introducerer. En anden del af forklaringen kan være en sæsoneffekt, som indtræder med foråret.

I en efterfølgende vurdering fremstår det klart som uhensigtsmæssigt, at myndighederne træffer beslutninger, som lukker så stærkt ned for sygehusaktiviteten, når behovet viser sig ikke at have været der. Udredningsgruppen er i den sammenhæng fuldt opmærksom på, at beslutningen om bliver taget under stor usikkerhed om epidemiens forløb, og at man i den sammenhæng politisk vælger at basere den på et forsigtighedsprincip.

Derfor kan man ikke sige, at beslutningen er forkert. Men man kan diskutere, om beslutningsgrundlaget i situationen er tilstrækkeligt nuanceret, og om man forholder sig fuldt ud hensigtsmæssigt til usikkerheden, som knytter sig til beslutningen. Herudover må man rejse spørgsmålet om, beslutningsgrundlaget i tilstrækkelig grad belyser de mulige omkostninger i form af konsekvenser for andre patientgrupper, der er knyttet til beslutningen om at lukke ned for aktiviteten på sygehusene. Det leder frem til det næste spørgsmål.

Ad b. Vurderinger af covid-19-indsatsens konsekvenser for andre patientgrupper under covid-19-krisen

Der er i covid-19-håndteringen opmærksomhed på at minimere konsekvenser for andre patientgrupper. Det kommer til udtryk i »Notat om reduktion af hospitalsaktiviteter i forbindelse med COVID-19« offentliggjort den 13. marts 2020, hvor der er fokus på at prioritere aktivitetsreduktionen, så reduktion i aktiviteterne har mindst mulig indvirkning på dødeligheden (mortaliteten) og sygdomsbyrden for patienterne. Hensynet til andre patienter er dog tydeligvis sekundært i forhold til hensynet til covid-19-patienter, idet man i prognosemodellen ikke forsøger at handle efter så retvisende prognoser som muligt for derved at undgå at lukke mere ned for aktiviteten end nødvendigt.

I beslutningen om at sikre tilstrækkelig kapacitet til covid-19-patienter ligger nødvendigvis en prioriteringsøvelse. Der skal afvejes mellem risikoen for ikke at have tilstrækkelig kapacitet til covid-19-patienter og omfanget af reduktionen i adgangen til behandling for andre patientgrupper. Regeringens forsigtighedsprincip indebærer en stærk prioritering til fordel for at sikre adgang til behandling for covid-19-patienter. Der synes ikke i beslutningsprocessen at være fokus på at skalere eller time aktivitetsreduktionen under hensyntagen til andre patienter.

Regeringen vælger at iværksætte lukning af sygehusaktiviteterne allerede den 13. marts 2020. Det sker på trods af prognoser, der den 12. marts 2020 viser, at der kan oprettes de nødvendige covid-19-intensivpladser, selv

om man venter til den 23. marts 2020 med nedlukning af sygehusenes normale aktiviteter. Samtidig bliver den elektive aktivitet først genoptaget efter påske, på trods af at man allerede den 26. marts 2020 erkender, at udviklingen ikke følger den prognose, som var lagt til grund for beslutningen. Det samlede forløb betyder en markant reduktion af aktiviteterne i sundhedsvæsenet i 3-4 uger.

Den nedgang i aktiviteterne, der observeres, er ikke alene drevet af en tilsigtet reduktion i de planlagte aktiviteter, men er yderligere forstærket af en utilsigtet nedgang i den akutte og uplanlagte aktivitet både på sygehuse og hos den praktiserende læge. At efterspørgslen efter ydelser i sundhedsvæsenet falder, er sandsynligvis delvis drevet af adfærdsændringer hos borgere kombineret med dispositioner truffet af de sundhedsprofessionelle i form af utilsigtede og uhensigtsmæssige reaktioner på myndighedernes beslutninger om aktivitetsreduktioner og deres kommunikation til såvel borgere som sundhedsprofessionelle. Ikke mindst i starten af epidemien er der ikke tilstrækkelig opmærksomhed på, at kontakt til almen praksis først og fremmest sker på initiativ af borgeren, og at borgerens oplevelse af situationen derfor er yderst vigtig. Der er sandsynligvis borgere, som i denne periode afholder sig fra at kontakte deres læge, fordi de ikke vil belaste sundhedsvæsenet, eller fordi de vil undgå smitte. Det kan betyde, at borgere, der bør tilses af en læge, ikke får den nødvendige behandling og udredning. Det er udredningsgruppens vurdering, at handlingsanvisninger vedrørende sygdom, der ikke relaterer sig til covid-19, er utilstrækkelig i denne første periode af pandemien.

Ad c. Samspillet mellem det beslutningsgrundlag, som man politisk påberåber sig, og den foreliggende information

Når man som beslutningstager står over for situationer, der er forbundet med usikkerhed, er antagelsen typisk, at beslutningstageren lader sig styre af de mere sandsynlige scenarier og ikke udelukkende baserer sine beslutninger på et worst case-scenarie. Når regeringen vælger at planlægge aktivitetsreduktionen i sundhedsvæsenet alene ud fra information om et worst case-scenarie og ikke inddrager andre mulige scenarier i det beslutningsgrundlag, som den påberåber sig, kan det tages som udtryk for, at den vælger at følge et udpræget forsigtighedsprincip. Udredningsgruppen finder det dog i den sammenhæng bemærkelsesværdigt, at regeringen tilsyneladende ikke udbeder sig vurdering af andre scenarier, på trods af at Statens Serum Institut kan levere det og aktivt tilbyder at gøre det. Der efterspørges heller ikke en konkret vurdering af sandsynligheden for worst case-scenariet stillet over for sandsynlighederne for andre, mere optimistiske og også mere realistiske scenarier.

Beslutningen om at lukke ned for sygehusaktiviteten i stor målestok synes heller ikke baseret på en mere nuanceret og grundig vurdering af, hvordan ikke-covid-19-patienter vil blive berørt i takt med en stigende aktivitetsreduktion. Der er tilsyneladende ikke foretaget overvejelser over forskellige modeller for aktivitetsreduktioner, hvad angår omfang og timing. Det er derfor udredningsgruppens vurdering, at regeringen ikke har truffet denne beslutning på et tilstrækkelig fyldestgørende grundlag. Selv hvis der handles ud fra et forsigtighedsprincip, bør en sådan prioritering være velbegrundet og baseret på relevante afvejninger. Udredningsgruppen er i den sammenhæng opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen i sin rådgivning faktisk rejser disse problemstillinger.

Der er efter udredningsgruppens vurdering megen læring at udlede af det beslutningsgrundlag og de beslutningsprocesser, der fører frem til nedlukningen af sundhedsvæsenet i marts 2020. Det vigtigste budskab er, at

myndighederne i deres rådgivning i fremtidige lignende situationer har øje for alle patienter, når en epidemi rammer. Heri ligger også, at de politiske beslutningstagere ikke anvender et forsigtighedsprincip på en måde, hvor de for det første udelukkende fokuserer på epidemiens patienter, men også viser opmærksomhed over for alle andre patienter, som måtte blive berørt. For det andet er det vigtigt, at politikerne ikke kun rekvirerer prognoser, som lægger op til at understøtte deres implementering af et forsigtighedsprincip til ulempe for udsatte patientgrupper, som indirekte bliver berørt af en nedlukning. Beslutningsgrundlaget bør derfor så vidt muligt eksplicitere det fulde sæt af mulige scenarier, deres konsekvenser og sandsynlighederne herfor.

Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen

Covid-19-forløbet i foråret 2020 har to karakteristika, som er væsentlige i et demokratisk perspektiv. Det ene er, at regeringen fremlægger forslag til og får parlamentatisk tilslutning til en meget omfattende i et vist omfang tidsbegrænset hastelovgivning. Det andet er, at den nye lovgivning i vidt omfang giver ministrene bemyndigelse til vidtgående foranstaltninger, som griber ind i borgeres og virksomheders forhold ved bekendtgørelser. De to forhold rejser igen tre spørgsmål, som indgår i vurderingen:

a. Hvilke konsekvenser har fravigelsen fra normale lovgivningsprocedurer for det grundlag, som Folketinget tager stilling til lovforslagene på?
b. I hvilket omfang og hvordan har fravigelserne fra de normale procedureforskrifter konsekvenser for lovgivningens kvalitet og demokratiske legitimitet?
c. I hvilket omfang kompenserer den politiske følgegruppe for fravigelsen fra Folketingets normale procedurer for parlamentarisk kontrol?

Ad a. Konsekvenser af fravigelsen fra normale lovgivningsprocedurer for Folketingets beslutningsgrundlag

Kapitel 15 har redegjort for de procedurer, der normalt gælder for Folketingets behandling af lovforslag. Det fremgår også, at fravigelser i det omfang, som der ses i marts og april 2020, er meget sjældne. Samtidig sker disse fravigelser fra de normale parlamentariske sager som regel i sager, som har mindre betydning end den lovgivning, som regeringen i foråret 2020 anmoder Folketinget om at hastebehandle. Der er i kapitel 15 yderligere redegjort for de lovforslag, som regeringen fremsætter, og som den i det første tilfælde får Folketingets enstemmige tilslutning til allerede samme dag, og som den i andet tilfælde får Folketingets enstemmige tilslutning til inden for 6 dage.

Den umiddelbare konsekvens af hastebehandlingen er, at man ikke fastholder den tidsmæssige adskillelse mellem de tre behandlinger af lovforslagene og mellem udvalgenes afgivelse af betænkning og Folketingets forhandling i plenum af lovforslaget, og at man endelig heller ikke fastholder kravet om, at der skal gå mindst 30 dage fra fremsættelse af et lovforslag til 3. behandling af lovforslaget.

De tidsmæssige krav til lovgivningsproceduren er begrundet i, at Folketinget skal have den fornødne tid til at sætte sig ind i de lovforslag, som bliver fremsat. Det gælder ikke mindst i udvalgene. De stående udvalg har i den sammenhæng en vigtig opgave med gennemgang af lovforslagene, og de betænkninger, som udvalgene afgiver efter gennemgangen af hver enkelt lovforslag, rummer konklusionerne på udvalgets gennemgang af forslaget og partiernes stillingtagen til det. De opsummerer altså partiernes politiske vurderinger og er på den måde det centrale led i flertalsdannelsen forud

for Folketingets afstemninger om hvert enkelt forslag.

Den umiddelbare konsekvens af hastelovgivningen er, at Folketinget og specielt partiernes medlemmer af det stående udvalg, som behandler lovforslaget, og deres ordførere har begrænset tid til at sætte sig ind i forslaget og vurdere det grundlag, som det bygger på såvel som dets forventede konsekvenser. Det gælder særlig, hvis det enkelte forslag indgår i en større pakke af forslag, således som det var tilfældet her, hvis forslaget berører væsentlige retsprincipper, således som der er redegjort for i kapitel 12, og hvis forslagets samfundsmæssige konsekvenser er vidtgående.

Den normale lovgivningsprocedure letter Folketingets arbejde på to måder. For det første vil Folketinget til sin rådighed have ikke bare ministerens lovforslag med bemærkninger, men også adgang til de betænkninger og rapporter, som måtte være gået forud for forberedelsen og fremsættelsen af lovforslaget. Det er i sagens natur ikke muligt ved fremsættelsen af regeringens forslag til hastelovgivning. For det andet har ministeren forud for fremsættelsen af lovforslag sendt forslaget i høring. Det sker typisk i to former. Den ene form er en uformel præhøring hos de mest berørte organisationer og institutioner. Den finder sted på et tidligt tidspunkt i processen. Den anden form er den offentlige høring, hvor det færdige udkast til lovforslag sendes i høring hos en bredere kreds af organisationer, myndigheder og institutioner. Deres svar bliver offentliggjort på Høringsportalen.

Der er ofte kritik af knappe høringsfrister, som ikke respekterer den tilstræbte høringsfrist på 30 dage. Det er ikke desto mindre sådan, at høringsvarene, som tilgår det udvalg, som i Folketinget gennemgår lovforslaget, udgør et væsentligt supplerende grundlag for partiernes vurdering af et lovforslag. Det er således i høj grad høringssvarene, der inspirerer udvalgsmedlemmernes spørgsmål til ministeren i forbindelse med udvalgets gennemgang af lovforslaget, ligesom høringssvarene sammen med ministerens besvarelse af spørgsmål indgår i grundlaget for partiernes endelige stillingtagen.

I forbindelse med forberedelsen af hastelovspakkerne i marts 2020 supenderer regeringen den normale høringsprocedure, som er forudsat i Justitsministeriets vejledning vedrørende lovkvalitet. Det er i situationen en logisk foranstaltning, men den bidrager i væsentligt omfang til forringelse af de vilkår, som Folketinget arbejder under ved behandlingen af lovpakken.

Fravigelsen af den normale procedure har også på anden vis negative konsekvenser for Folketingets arbejde. Et fast led i udvalgsbehandlingen består i ministrenes svar på spørgsmål fra udvalgets medlemmer. Som det er fremgået af kapitel 15, bliver der stillet mange spørgsmål, men fristerne for besvarelse er knappe, og ministeriernes kapacitet begrænset. På tilsvarende vis gennemfører Sundheds- og Ældreudvalget samråd under udvalgsbehandlingen, men den stramme tidsplan gør, at udvalget ikke er i stand til at sikre et samspil mellem drøftelserne under samrådet og besvarelserne af de spørgsmål, som udvalget har stillet til skriftlig besvarelse. Resultatet er, at Folketinget må træffe sine beslutninger på et grundlag, som er afgørende forringet sammenlignet med forholdene under Folketingets normalprocedure.

Folketinget er ikke kun involveret i håndteringen af covid-19 som følge af hastelovgivningen. De økonomiske hjælpepakker til erhvervslivet og arbejdsmarkedet forudsætter indhentning af bevillingsmæssig hjemmel gennem ministrenes fremsendelse af aktstykkeansøgninger til Folketingets Finansudvalg. Der er også her i normalproceduren frister, som definerer den

tid, der skal være mellem Finansudvalgets modtagelse af et aktstykke og det tidligste tidspunkt, hvorpå udvalget kan give sin tilslutning. Finansudvalget fraviger disse frister under behandlingen af de aktstykker, der fremsættes i marts og april 2020. Konsekvenserne er de samme som for lovproceduren, hvortil kommer, at antallet af aktstykker er meget stort, og at de hver for sig rummer ansøgninger om meget store tillægsbevillinger. Det særlige ved aktstykkerne er, at de i et betydeligt omfang udmønter politiske aftaler mellem regeringen og partierne om hjælpepakkerne. Efter udredningsgruppens vurdering ændrer det dog ikke ved, at Finansudvalget under de givne frister i praksis har været afskåret fra en kritisk gennemgang af de enkelte bevillingsansøgninger og de forudsætninger, hvorpå de har hvilet.

Udredningsgruppen anerkender som nævnt ovenfor, at der kan være behov for at fravige Folketingets normale procedurekrav med hensyn til antal behandlinger, udvalgsbehandling og tidsfrister. Men udvalgsgruppen er i lyset af erfaringerne fra foråret 2020 ikke overbevist om, at tidspresset, der begrundede fravigelsen fra de normale procedurekrav gør sig gældende med samme styrke, da man når frem til slutningen af marts 2020.

Ad b. Konsekvenser for lovgivningens kvalitet og legitimitet

Fravigelsen af normalproceduren har efter udredningsgruppens vurdering konsekvenser for lovgivningens kvalitet. Det samme gælder for de aktstykkebevillinger, som Finansudvalget meddeler. De negative konsekvenser følger af de forhold, som er fremhævet i foregående afsnit. De opstår som følge af hurtigt udarbejdede lovforslag, hvis forarbejder ikke lever op til – og næppe kan leve op til – gængse krav med hensyn til gennemarbejdning og motivering. De følger også af, at suspensionen af høringsproceduren og andre ministerielle arbejdsgange, som normalt muliggør indhentning af information og vurderinger udefra. Disse forhold forringer i sig selv det grundlag, som Folketinget har at arbejde på under behandlingen af de enkelte lovforslag. Men dertil kommer de kvalitative konsekvenser af det tidspres, som Folketinget er underlagt.

Disse kilder til forringelse af lovkvaliteten hænger nøje sammen med hastetiltagenes demokratiske legitimitet. For udredningsgruppen handler det her om, i hvilket omfang borgerne oplever de besluttede og iværksatte tiltag som retmæssige og dermed som foranstaltninger, som de er indstillet på at efterleve.

For en første betragtning er problemet i den givne situation ikke stort. Det begrunder udredningsgruppen med, at regeringens lovforslag trods fravigelsen af normale parlamentariske spilleregler opnår tilslutning fra et meget stort flertal i Folketinget, ja, ofte bliver vedtaget enstemmigt. Det samme gælder helt overvejende bevillingerne til finansiering af de økonomiske hjælpepakker. Udredningsgruppen finder tilsvarende støtte for denne vurdering i de målinger af danskernes accept af covid-19-tiltagene, som løbende er gennemført af det såkaldte HOPE-projekt ved Aarhus Universitet, jf. kapitel 4 ovenfor. De samme målinger viser imidlertid også, at denne tilslutning ikke nødvendigvis er given, og at der kan opstå et legitimitetsproblem i den forstand, dette er defineret ovenfor.

Udredningsgruppen vurderer på baggrund af kapitel 12, at der i den måde, hvorpå man har udformet hastelovgivningen og specielt den helt centrale epidemilov, ligger kimen til et alvorligt demokratisk legitimitetsproblem. Problemet opstår på fire måder, selv om indføjelsen af en solnedgangsklausul i lovgivningen i et vist omfang modererer det.

For det første er lovgivningen en rammelovgivning med mange og vidtrækkende bemyndigel-

ser til ministrene. Bemyndigelserne er vide, hvilket betyder, at ministeren kan fastsætte regler, som ikke har været igennem parlamentarisk behandling. I et repræsentativt folkestyre savner disse administrative regler dermed den processuelle legitimitet, som man tillægger formel lovgivning.

For det andet giver bemyndigelserne den ansvarlige minister adgang til at udstede bekendtgørelser, som er indgribende i forhold til borgernes friheder og rettigheder, hvad der ud fra normale demokratiske og retlige standarder skærper hjemmelskravet.

For det tredje indebærer de vidtgående bemyndigelser sammen med ministrenes meget hurtige – og forudsatte – udnyttelse af dem, at man ikke gør brug af høringer og tilsvarende uformelle inddragelser af berørte grupper, hvad der i praksis kan kompensere for en del af det tab af demokratisk legitimitet, der ligger i fravigelsen fra normale lovgivningsprocedurer.

For det fjerde skaber den hurtige procedure, som dispensationen fra den normale lovgivningsprocedure i Folketinget åbner for, en risiko for, at der sker fejl, som ikke får opmærksomhed, før forslaget er vedtaget. Det samme gælder den hurtige udnyttelse af de bemyndigelser, der indgår i lovgivningen. Udredningsgruppen har rapporten igennem vist, hvordan sådanne fejl, mere eller mindre alvorlige, opstår hen igennem foråret, og hvordan de fører til kritik og hyppige fejlrettelser. Det er vurderingen, at sådanne kvalitetssvigt også på det lange sigt bidrager til undergravning af tiltagenes demokratiske legitimitet i borgernes øjne.

Ad c. Vurdering af den politiske covid-19-følgegruppe og mulighederne for parlamentarisk kontrol

Folketinget er under behandlingen af de to forslag til ændringer af epidemiloven henholdsvis den 12. marts og den 26. marts til 3. april 2020 på mange måder opmærksom på de problemer, der er trukket frem under punkt a og b ovenfor. Det fører først til en aftale mellem regeringen og de politiske partier om nedsættelsen af en politisk følgegruppe bestående af samtlige partiers sundhedsordførere dernæst til et løfte fra regeringen om at konsultere partilederne forud for en eventuel udmøntning af bemyndigelsen til at fastsætte et forsamlingsforbud for helt ned til flere end tre personer.

I begge tiltag ligger en bestræbelse på at imødegå nogle af de alvorlige problemer, som udredningsgruppen har trukket frem i dette afsnit. Efter udredningsgruppens vurdering er der her især grund til at trække følgegruppen frem, og den er derfor også behandlet ret udførligt i kapitel 15.

Følgegruppen er en nydannelse. Det er, så vidt udredningsgruppen er bekendt, første gang en sådan følgegruppe bliver nedsat i forbindelse med vedtagelsen af lovforslag, som ikke er omfattet af forlig indgået mellem regeringen og et eller flere af Folketingets partier.

Det er i den sammenhæng iøjnefaldende, at følgegruppens mandat ikke er præcist formuleret, ligesom der ikke er fastlagt præcise, skriftlige procedurer for dens arbejde og for samspillet med ministeren. Den adskiller sig dermed fra Folketingets stående udvalg, som arbejder på grundlag af et sæt faste procedureregler. Heri ligger også, at følgegruppen ikke har adgang til sekretariatsbistand. Den beror helt på den information, som tilgår den fra ministeren og ministeriets departement og styrelser.

Udredningsgruppen noterer i forlængelse heraf, at følgegruppen i undersøgelsesperioden er et forum for sundheds- og ældreministerens orientering af partierne om udviklingen i den sundhedsmæssige situation og om myndighe-

dernes og specielt syghusenes indsats over for covid-19. Det er udredningsgruppens vurdering, baseret på samtaler med medlemmer af følgegruppen, at gruppen havde adgang til information, og at den uhindret kunne indhente information hos embedsfolk i de relevante styrelser.

Det er imidlertid også udredningsgruppens vurdering, at følgegruppen er et forum for ministerens orientering af Folketinget og hverken for forelæggelse af og forhandling om f.eks. udmøntningen af bemyndigelserne i lovgivningen eller for en parlamentarisk kontrol, som kan supplere den kontrol, som foregår under almindelig del på Sundheds- og Ældreudvalgets dagsorden.

Udredningsgruppens vurdering er således, at følgegruppen i den periode, som udredningen dækker, yder et beskedent bidrag til at udbedre de demokratiske og parlamentariske mangler, der er en følge af hastelovsproceduren.

Fra vurdering til læring

Udredningsgruppens opgave er systematisk at gennemgå det beslutningsforløb, der ligger til grund for regeringens og myndighedernes håndtering af covid-19-krisen. Udredningen er begrænset til vinteren og foråret 2020, altså den periode, hvor krisen bryder igennem, og hvor regeringen og myndighederne sammen med Folketinget og de politiske partier tager stilling til, hvordan de vil håndtere covid-19.

Det er udtrykkeligt understreget i den beretning fra Folketingets Udvalg for Forretningsordenen, som fastlægger udredningsgruppens opgaver, at målet med gruppens rapport er læring med henblik på håndteringen af fremtidige kriser og kriseforløb. Sidstnævnte kan, som der er udførligt redegjort for i rapporten, være af meget forskelligartet karakter. De forslag, som udredningsgruppen lægger frem i det følgende kapitel er derfor alle rettet mod fremtidige større kriser af sundhedsmæssig karakter, som måtte ramme Danmark. Det ligger uden for udredningsgruppens opgaver mere generelt at give råd med hensyn håndteringen af samfundsmæssige kriser.

Udredningsgruppens forslag skal læses i sammenhæng med de vurderinger, som fremgår af dette kapitel. De indeholder en række vurderinger af covid-19-håndteringen. De forslag, som udredningsgruppen lægger frem i kapitel 18, er rettet mod svagheder og kritikpunkter, som udredningsgruppen har lagt frem i dette kapitel. Forslagene skal læses i sammenhæng med de styrker, som udredningsgruppen også finder i forårets covid-19-håndtering.

Proxy
Present
Yes
Abstain
No
Channel
Volume
Mute
Speak
Initial

Kapitel 18

Udredningsgruppens anbefalinger og forslag

Kriser er uventede og overraskende hændelser, som truer med at skade samfundet. Myndighederne kan nok have – og har i Danmarks tilfælde – et beredskab, som opfanger og varsler kriser, og som også siger, hvad man skal gøre, hvis og når krisen kommer. Beredskabet er dog ikke og kan ikke være perfekt, for så var der ingen kriser. Der forbliver et alvorligt overraskelsesmoment. Myndighederne kan nok forberede sig på, at krisen kan og vil komme, men ikke på, hvordan, hvornår og med hvilken kraft.

Når krisen alligevel kommer, er det helt naturligt, at man politisk og administrativt spørger: Hvad kan vi gøre for at være bedre beredt, næste gang en samfundstruende krise rammer os? Det spørgsmål er stillet hver gang, Danmark har overstået en krise af større eller mindre dimensioner. Derfor forholder det sig også sådan, at det kriseberedskab, som vi har, er udviklet i lyset af de erfaringer, myndighederne har indhøstet under tidligere og nu overståede kriser. Således var også den epidemilov, der gjaldt, da covid-19 ramte Danmark i slutningen af februar 2020, et resultat af fortidig læring. Den blev oprindelig til for mere end 100 år siden som svar på helbredsmæssige trusler, som havde ramt datidens danske samfund. Den er siden ændret flere gange, bl.a. ofte i lyset af erfaringerne med nye epidemiske sygdomme. På samme måde er den organisering af beredskabet ud fra det såkaldte sektoransvarsprincip, som Danmark har haft i en årrække, baseret på erfaringerne fra overståede kriseforløb.

Begge dele er altså resultatet af politisk og administrativ læring. Både lovgivningen og organiseringen af beredskabet illustrerer, hvor svært det er at drage læring på en måde, som bereder myndighederne på det uvisse. Epidemiloven var før ændringen i 2020 resultatet af en læring, hvis udgangspunkt var, at det samme må ikke gentage sig. Når der så skete noget nyt, som ikke var dækket af loven, gentog man endnu en gang justeringen og ræsonnerede, at nu ændrer vi den, så det samme ikke kan overraske os en gang til. Det var en blanding af reaktiv læring og konsekvensændringer i forhold til anden lovgivning. Læringen har dog været relativt begrænset, som følge af at epidemiloven fra 1979 efter udredningsgruppens viden ikke har været anvendt i praksis før covid-19.

En konsekvens heraf har formentlig været, at loven på mange måder har levet i ubemærkethed. Ingen spurgte i de mellemliggende år, om den lov, der var konciperet i 1979, men på mange måder videreførte bestemmelser, der går væsentligt længere tilbage, i længden kunne leve op til ukendte sundhedsmæssige trusler, som kunne sende nutidens danske samfund ud i alvorlig sundhedsmæssig, økonomisk og social krise, og om den i henseende til retssikkerhed var tidssvarende. Det var situationen, da covid-19 ramte Danmark sidste vinter.

Læring er altså i denne sammenhæng svær og fyldt med faldgruber. Alligevel ser man eksempler på fremsynet og proaktiv læring. Det gælder også inden for kriseberedskabets område. Det kriseberedskab, som bygger på sektoransvarsprincippet, er udviklet i begyndelsen dette årtusinde. Det var i vidt omfang en reaktion på erfaringerne med tsunamien, som ramte de sydøstasiatiske lande i 2004, men som havde alvorlige konsekvenser for borgere i Danmark og andre vestlige lande. Læringen var organisatorisk. Men den bestod ikke i opbygningen af nye myndigheder og nye myndighedsstrukturer. Reaktionen var i stedet fastlæggelsen af særlige procedurer for kriseberedskab og krisehåndtering inden for rammerne af den eksisterende myndighedsstruktur. Den Internationale Operative Stab (IOS) i Udenrigsministeriet er et eksempel, Den Nationale Operative Stab (NOST) under Rigspolitiet er et andet, og sundhedsberedskabet under Sundhedsstyrelsen er et tredje.

Erfaringerne fra covid-19 med den allerede eksisterende organisatoriske ramme er positive. Organiseringen baseret på sektoransvarsprincippet fungerede i praksis, da behovet viste sig. Alligevel blev den justeret og tilpasset. Det skete med oprettelsen af NOST+, med etableringen af AC-gruppen og med et tæt, ad hoc-betonet samarbejde, hvor ministerierne gennem samarbejde og udlånsordninger bistod hinanden med at håndtere de problemer, som ret pludseligt ramte dem. Den samme fleksibilitet så man på regeringsniveau, hvor veletablerede arbejdsgange blev sat til side og erstattet af andre og mere fleksible processer, som gjorde det muligt at handle hurtigere end normalt i en situation, hvor det blev vurderet at være påkrævet.

Det gør ikke ny læring overflødig. For som udredningsgruppen har vist i kapitel 17, er der også uhensigtsmæssigheder i den måde, regeringen og myndighederne håndterede covid-19-krisen på, da den i vinteren og foråret 2020 ramte Danmark. Der var også problemer af demokratisk karakter, som udredningsgruppen har trukket frem. De er fremhævet, både fordi de er alvorlige, og fordi der er løsninger på dem. Begge dele har partierne for så vidt selv erkendt og demonstreret gennem den aftale om en ny epidemilov, som et flertal af dem indgik med regeringen den 18. december 2020.[1]

De kriser, som Danmark i lighed med andre lande gennem tiden har gennemlevet, er vidt forskellige. Udredningsgruppen understreger dette, fordi det ikke uden videre er muligt at drage sikre konsekvenser fra en type af kriser til andre typer af kriser. De vurderinger, som udredningsgruppen har lagt frem i kapitel 17, vedrører alene håndteringen af covid-19-krisen. På samme måde er de anbefalinger og forslag, som gruppen præsenterer i dette kapitel, blevet til som resultater af en læring fra håndteringen af en alvorlig sundhedsmæssig krise og således

1 »Stemmeaftale mellem regeringen (Socialdemokratiet), Venstre, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti, Enhedslisten, Det Konservative Folkeparti, Liberal Alliance og Alternativet om en ny epidemilov« indgået den 18. december 2020.

rettet mod den fremtidige håndtering af sundhedsmæssige kriser.

Covid-19-krisen: Læringens grundforudsætninger

Udredningsgruppens anbefalinger bygger på nogle grundlæggende antagelser. De trækker på den viden, som eksisterer, om, hvordan politiske og administrative institutioner fungerer, og i høj grad også på, hvad forudsætningerne for demokratisk-politisk styring og parlamentarisk kontrol er i en dansk sammenhæng.

Den første grundforudsætning knytter sig til betingelserne for effektiv demokratisk styring og kontrol. Udredningsgruppens afsæt er her institutionel teori og forskning, som peger på værdien af, at den demokratiske kontrol, den være sig direkte eller indirekte, sætter ind, før de politiske og administrative beslutninger er truffet. En kontrol, som er efterfølgende, har derimod svært ved at slå igennem. Den står ofte over for fuldbyrdede kendsgerninger, og den kan derfor ikke rette op på konsekvenser, som viste sig uheldige. Udfordringen er, at det i en krisesituation som den, der opstår, når en pandemi rammer samfundet, skal være muligt at handle her og nu. Derfor kan der være en situation, hvor hurtig handling forudsætter, at man fraviger normale demokratiske og parlamentariske beslutnings- og kontrolprocedurer. Udredningsgruppen anerkender dette og anbefaler derfor, at den læring, man i en sådan situation drager, sikrer en gennemtænkning af, hvordan man kan minimere det demokratiske tab, som følger heraf. Det handler her om på forhånd at etablere rammer for det efterfølgende samspil mellem Folketinget og regeringen, der så godt som muligt kompenserer for det tab, der opstår, når procedurerne for forudgående parlamentarisk inddragelse og kontrol ikke lader sig benytte. I et læringsperspektiv er det således væsentligt, at man i lyset af erfaringerne fra covid-19-krisen udvikler procedurer, der i fremtidige krisesituationer sikrer mulighederne for forudgående parlamentarisk inddragelse og kontrol.

Den anden grundforudsætning er, at alvorlige kriser, sådan som covid-19-krisen har været det, er præget af en betydelig vidensmæssig usikkerhed. Denne usikkerhed var størst i krisens start, men den har på væsentlige punkter vist sig vedvarende. Da krisen samtidig forudsætter hurtig handling, er der en risiko for, at der bliver truffet beslutninger, som viser sig forhastede. Denne risiko stiger, jo mere man centraliserer beslutningerne. Den eneste måde, man kan kompensere for disse problemer på, er ved at sikre en betydelig åbenhed omkring beslutningsgrundlaget og beslutningsprocessen. Det drejer sig derfor om at skabe de bedste vilkår for, at forskellige faglige vurderinger kommer frem, således at de kan indgå både i øjeblikkets hastebeslutningsproces og i den sideløbende og efterfølgende demokratiske proces.

Den tredje grundforudsætning er, at udredningsgruppens anbefalinger skal være enkle, således at de hverken forudsætter store reorganiseringer, nye og omfattende regelsæt eller bevilling af merudgifter og mernormeringer af personale i en situation, hvor ingen kan overskue de langsigtede behov. Med den store usikkerhed, der hersker, om, hvad der vil karakterisere den næste sundhedskrise, og hvornår den vil opstå, kan det være forbundet med unødvendigt høje udgifter og omkostninger at lave omfattende reformer og regelsæt med snævert afsæt i covid-19-krisen.

Den fjerde grundforudsætning følger af samspillet mellem vidensmæssig usikkerhed og presset for hurtige beslutninger. Udredningsgruppen lægger derfor med sine forslag vægt på, at det skal være tiltag, som lader sig realise-

re, uden at deres gennemførelse stiller urealistiske krav til beslutningstagerne og deres rådgivere med hensyn til informationsindhentning og bearbejdning af information, som de under de givne betingelser er ude af stand til at honorere. Udfordringen er ikke at skabe systemer, der kan fungere, hvis beslutningstagerne har uendelig tid og uendelige ressourcer til rådighed. Den er derimod at indrette sig mest hensigtsmæssigt under iagttagelse af de faktiske bindinger på tid, ressourcer og viden, som kendetegner krisehåndtering i praksis.

De fire grundantagelser udgør udgangspunktet for det katalog af forslag, som udredningsgruppen redegør for nedenfor. Forslagene tager udgangspunkt i de fem områder, som vurderingen i kapitel 17 er bygget op omkring:

- Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19.
- Covid-19-håndteringens administrative organisering.
- Covid-19-håndteringens retlige aspekter.
- Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet.
- Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen.

Forslagene bliver præsenteret område for område. Udredningsgruppen gør dog opmærksom på de tætte sammenhænge mellem forslagene på tværs af de fem områder.

Den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19

Den sundhedsfaglige rådgivning er traditionelt indbygget i Sundheds- og Ældreministeriets organisation. Den er i den nuværende organisation forankret i forskellige styrelser med Sundhedsstyrelsen som den generelle sundhedsfaglige myndighed og med Statens Serum Institut som den institution, der i det danske infektionsberedskab er ansvarlig for overvågning af infektioner og beredskabsunderstøttende specialdiagnostik og referencefunktioner, som indgår i rådgivningen af sundhedsvæsen og myndigheder. Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed har tilsvarende opgaver med hensyn til rådgivningen om henholdsvis værnemidler og vacciner og om smitteopsporing. Intet i erfaringerne fra covid-19-håndteringen taler imod at opretholde denne flerstrengede organisation. Dens styrke har vist sig, ved at der i forløbet er skabt åbenhed om de usikkerheder, som har været et vilkår for beslutningstagerne i kriseforløbet.

Udredningsgruppen peger dog på tre tiltag, som kan understøtte den sundhedsfaglige rådgivning af regeringen såvel som af Folketinget, hvis og når en ny sundhedskrise rammer landet.

Etablering af et permanent råd for iværksættelse af epidemi- og pandemitiltag
Udredningsgruppen noterer sig, at aftalen om en ny epidemilov mellem regeringen og et bredt flertal af de politiske partier af 18. december 2020 forudsætter oprettelsen af en national epidemikommission. Kommissionen skal afgive indstilling, før der kan udstedes regler efter de bemyndigelser, der indgår i den reviderede epidemilov, og som er underlagt parlamentarisk kontrol. Kommissionen skal kunne fremsætte forslag efter anmodning fra ministeren, efter anmodning fra det folketingsudvalg, som nedsættes i henhold til den reviderede epidemilov, og af egen drift. Det skal have en bred sammensætning af sagkundskab og interesserepræsentanter. Det er udredningsgruppens vurdering, at aftalen retter op på en af svaghederne i covid-19-håndteringen i 2020, hvor der ikke eksisterede en formaliseret procedure for inddragelse af ekstern sagkundskab i rådgivningen.

Etablering af et eksternt sundhedsfagligt rådgivningspanel
Den nationale epidemikommission skal bidrage til at løse nogle af den slags problemer, som opstod i foråret 2020 i forbindelse med håndteringen af covid-19. Den får imidlertid fagligt og myndighedsmæssigt en meget bred sammensætning. Det skaber en risiko for, at den ikke i tilstrækkelig grad er i stand til at udføre sine rådgivningsopgaver hurtigt og specifikt. Samtidig er det sådan, hvad covid-19-forløbet viser, at der i takt med indhentningen og opbygningen af sundhedsvidenskabelig viden skal tages stilling til meget specifikke problemstillinger, som kræver specialiseret indsigt. Da situationen under forløbet fortsat er præget af usikkerhed, kan man ikke alene forlade sig på den faglige kapacitet, som sundhedsmyndighederne selv er i besiddelse af. Der er behov for at trække på relevant sagkundskab fra sundhedsvæsenet og fra universiteterne. Der er ikke noget nyt heri. Det skete med etableringen af Sundhedsstyrelsens faglige covid-19 arbejdsgruppe den 10. marts 2020. Udredningsgruppens forslag er at gøre denne konstruktion permanent. Dermed er den også fleksibel, forstået på den måde, at sammensætningen først endelig bestemmes, når sundhedsberedskabet varsler, at en epidemisk eller pandemisk trussel udgør en konkret fare, som man må forberede sig på. Et sådant panel bør få et udtrykkeligt kommissorium, der fastlægger dets opgaver og bestemmer, hvornår det skal inddrages som støtte for myndighedsrådgivningen.

Sikring af åbenhed om den sundhedsfaglige rådgivning af regeringen i krisesituationer
Udredningsgruppen har ovenfor understreget den særlige betydning af åbenhed om beslutningsgrundlag og beslutningsprocesser, når regeringen og myndighederne i en krisesituation skal håndtere sundhedsmæssige risici præget af stor usikkerhed, og som forudsætter hurtig indgriben og hurtig administrative gennemførelse heraf. Under disse vilkår stiger risikoen for fejl, ligesom der i processen er en risiko for myndighedsindgreb, som ud fra accepterede retsstatslige standarder er problematiske. Udredningsgruppen er af den opfattelse, at en høj grad af åbenhed kan bidrage til minimering af disse ulemper. Dens forslag er derfor, at man på epidemiområdet indfører de samme regler om offentlighed, som i henhold til et EU-direktiv gælder for miljøområdet.[2] Udredningsgruppens betragtning er, at de vilkår, hvorunder der gøres myndighedsindgreb på epidemiområdet, er af en karakter, som gør åbenhed om det faktiske grundlag, hvorpå beslutningerne træffes, overordentligt væsentlig. Der ligger i den åbenhed en fejlsikring af beslutningsprocessen. Udredningsgruppen er helt opmærksom på, at der her må ske en afvejning af hensynet til at kunne handle hurtigt og effektivt over for hensynet til at sikre, at beslutningerne bliver truffet på et grundlag, som det er muligt at udfordre både fagligt og politisk. I betragtning af de værdier, som er på spil, vægter udredningsgruppen her hensynet til åbenhed om og kvalitetssikring af beslutningerne højere end hensynet til beslutningseffektiviteten.

Udredningsgruppen tilslutter sig på dette punkt Ytringsfrihedskommissionens betænkning, der balancerer hensynet til fortrolighed i den

2 Lovbekendtgørelse nr. 980 af 16. august 2017 (Lov om aktindsigt i miljøoplysninger), der indeholder bestemmelser, der gennemfører Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2003/4/EF af 28. januar 2003 om offentlig adgang til miljøoplysninger og om ophævelse af Rådets direktiv 90/313/EØF.

politiske beslutningsproces over for hensynet til demokratisk åbenhed og legitimitet og på denne baggrund generelt anbefaler, at:

> »offentlighedsloven revideres med henblik på at give hensynet til informationsfriheden større vægt i mødet med andre hensyn. Det forekommer i den forbindelse mest nærliggende at overveje en indskrænkning af ministerbetjeningsreglen i offentlighedslovens § 24 og folketingspolitikerreglen i offentlighedslovens § 27, nr. 2, så der sikres øget adgang til faktuelle oplysninger. Det kan i den forbindelse overvejes, hvordan princippet om meroffentlighed kan tillægges større betydning, ligesom det kan overvejes, hvordan myndighederne kan tilskyndes til i højere grad klart at adskille faktiske oplysninger fra politiske overvejelser mv. Formålet med en ændring er ikke at gribe ind i behovet for fortrolige, politiske drøftelser, men at sikre indsigt i de faktiske oplysninger, der ligger til grund for de politiske beslutninger. En sådan ændring vil efter kommissionens vurdering kunne øge adgangen til aktindsigt og sikre legitimitet omkring de reviderede regler.«[3]

Covid-19-håndteringens administrative organisering

Centraladministrationen oplevede fra slutningen af februar 2020 og hen igennem foråret 2020 en sjælden belastning. En række af ministerierne og deres styrelser skulle i løbet af kort tid bistå regeringen med rådgivning med hensyn til håndteringen af covid-19 og yderligere iværksætte og overvåge den administrative implementering af de mange og omfattende beslutninger, som blev truffet. Det er, som det er fremgået af kapitel 17, udredningsgruppens vurdering, at centraladministrationen i det store og hele løste denne opgave effektivt og smidigt og på denne måde bidrog positivt til håndteringen af covid-19.

Udredningsgruppen hæfter sig i denne sammenhæng ved, at ministerierne under Statsministeriets koordination i løbet af kort tid fik sat en særlig covid-19-organisation op, som etablerede et tæt samarbejde på tværs af ministerierne, og som byggede på en betydelig grad af fleksibilitet i allokeringen af administrative ressourcer.

Det er imidlertid, som det er fremgået af kapitel 17, også udredningsgruppens vurdering, at den stærke centralisering og den detailstyring og kontrol, som ledsagede den, gør beslutningsprocessen sårbar over for fejl, ligesom en høj grad af centralisering kombineret med det massive tidspres, der var, risikerer at skabe flaskehalse og unødig belastning af de myndigheder, som ressortmæssigt er mest belastede i situationen.

Disse iagttagelser af forløbet, som er dokumenteret i rapportens analyser, leder frem til fire forslag.

Sikring af balancen mellem decentrale ressortmyndigheder og central koordination
Statsministeriet spiller i den danske tilrettelæggelse af regeringsarbejdet traditionelt rollen som den overordnede proceskoordinator. Det

3 Betænkning nr. 1573/2020, »Ytringsfrihedens rammer og vilkår i Danmark - del 1«, Ytringsfrihedskommissionen, s. 50.

overvåger og bidrager på statsministerens og regeringens vegne til, at ministrene og ministerierne i en regeringssammenhæng bidrager til at løse de opgaver, som de politisk er tildelt ved dannelsen af den siddende regering.

Under kriseforløbet i vinteren og foråret trådte Statsministeriet ind i en rolle, der gik ud over rammerne for Statsministeriets normale virksomhed. Det bidrog utvivlsomt positivt til, at den danske regering tidligt og hurtigt var beredt til at træffe foranstaltninger mod covid-19, da sygdommen var konstateret i Danmark. Men det trak samtidig Statsministeriets ret beskedne ressourcer ind i løsningen af forberedelses-, gennemførelses- og kontrolopgaver, som ellers ligger hos og under fagministerierne. Det er samtidig en udvidet rolle for Statsministeriet, som ikke er fuldt ud i overensstemmelse med det sektoransvarsprincip, som ellers gælder for kriseberedskab og krisestyring i en dansk sammenhæng. På grund af risikoen for fejl og flaskehalse i krisestyringsprocessen er det udredningsgruppens anbefaling, at Statsministeriet i fremtidig krisestyring finder tilbage til rollen som initiativtager og politisk-administrativt center for procesovervågning på statsministerens og regeringens vegne. Erfaringerne fra Norge og Tyskland, jf. kapitel 16, viser, at stærk central- og detailstyring ikke er en nødvendig forudsætning for effektiv covid-19-håndtering.

Sektoransvarsprincippet og NOST's rolle i krisestyringen

Det er generelt udredningsgruppens vurdering, at sektoransvarsprincippet er smidigt og velgennemtænkt, og at det viste sit praktiske værd under håndteringen af covid-19-krisen. I denne vurdering ligger også, at NOST løste opgaven som koordinationsknudepunkt for den operative del af krisehåndteringen, ikke mindst i forbindelse med styrkelsen af testkapaciteten. Det er også vurderingen, at etableringen af NOST+ som den enhed, der i det daglige havde ansvaret for den operative koordination under krisen, og hvis leder var forbindelsesled til specielt Justitsministeriet og AC-gruppen, viste sig velbegrundet og i praksis velfungerende.

Det er samtidig udredningsgruppens vurdering, at det i unødigt omfang belastede koordinationen mellem myndighederne, at forberedelsen af oplæg til krisetiltag i afgørende situationer blev kanaliseret gennem både AC-gruppen på tværdepartementalt niveau og NOST på styrelsesniveau. Udredningsgruppens forslag er på denne baggrund, at man justerer organiseringen af NOST, således at NOST i fremtiden kan koncentrere sig om samordningen af den operative planlægning og indsats. Med etableringen af AC-gruppen viste centraladministrationen på Statsministeriets initiativ, at ministerierne er i stand til inden for endog meget kort tid at etablere en fungerende strategisk koordination. Med udredningsgruppens forslag vil man adskille den strategiske og operative koordination og samtidig bidrage til reduktion af myndighedsbelastningen i en fremtidig krisesituation.

NOST sikrer i sin konstruktion, at i princippet alle grene af den statslige forvaltning er repræsenteret. Man har på den måde draget den organisatoriske konsekvens af sektoransvarsprincippet, idet man på forhånd har sikret sig, at den forvaltnings- og ressortmæssige specialviden, som man kan få behov for at trække på i en krisesituation, hvis præcise karakter er uvis, er integreret i det hvilende beredskab. Når krisen så kommer, er det selvsagt kun en mindre del af disse myndigheder, som det er nødvendigt og hensigtsmæssigt at trække ind i krisestyringen. De typiske situationer, hvor NOST bliver aktiveret, er dernæst geografisk og tidsmæssigt begrænsede.

Covid-19-krisen afviger herfra i kraft af dens samfundsmæssige omfang og varighed. NOST+ var i den situation en hensigtsmæssig videre-

udvikling af den eksisterende struktur. Den var også et hensigtsmæssigt tiltag, fordi man på denne måde kunne etablere et koordinationsforum, som var sammensat med henblik på håndteringen af en alvorlig sundhedsmæssig krise. Men den havde som konsekvens, at nogle af de styrelser og andre myndigheder, som er repræsenteret i NOST, delvis blev skudt til side, hvad der gav anledning til spændinger. Udredningsgruppens konklusion er her for det første, at i tilfælde af en samfundsomfattende og langvarig krise, som covid-19 udgør, indebærer etableringen af AC-gruppen, at NOST med NOST+ kan koncentrere sig om den operative koordination af kriseindsatsen. Den er for det andet, at politikkoordinationen hensigtsmæssigt foregår i AC-gruppens, Justitsministeriets og, i forhold til de økonomiske hjælpepakker, Erhvervsministeriets regi. Udredningsgruppen foreslår derfor, at man med henblik på den fremtidige indretning af NOST nøje overvejer, hvordan samspillet skal være mellem en snæver og handlekraftig NOST+-enhed og den generelle NOST-organisation.

Forskellen på Statsministeriets rolle i de to parallelle forløb rejser spørgsmålet om, hvorvidt Statsministeriets stærke og centraliserede koordination og efterfølgende kontrol af covid-19-tiltagene har været nødvendig. Sammenligningen med forberedelsen af hjælpepakkerne indikerer ikke svigt i samarbejdet og i effektiviteten i forberedelsen i den mere decentraliserede model, som regeringen forlader sig på ved forberedelsen af hjælpepakkerne. Spørgsmålet er også, om der er noget, der i højere grad taler for en stærk centralisering i forbindelse med nedlukningen end på hjælpepakkernes område. Efter udredningsgruppens vurdering er det ikke entydigt, at denne del af covid-19-håndteringen krævede mere centralisering end hjælpepakkerne. Det synes derfor nærliggende, at regeringsarbejdet og den ministerielle forberedelse kunne befries for en del af det pres, som i perioden fra slutningen af februar og i løbet af marts kendetegner processen.

Kvalitetssikring af den økonomisk-politiske styring i en krisesituation

Covid-19 truede ikke bare folkesundheden. Den truede også samfundsøkonomien og dermed den sociale velfærd i bredeste forstand. Ligesom de sundhedsmæssige konsekvenser af covid-19 var uvisse, gjaldt det også de økonomiske konsekvenser. De økonomiske ministerier med Finansministeriet i spidsen havde et yderst spinkelt grænsende til ikkeeksisterende grundlag for at vurdere konsekvenserne og også for at vurdere, hvordan og hvor massivt man skulle sætte ind med økonomisk-politiske foranstaltninger. Heraf fulgte også, at den traditionelle rammestyring, som den offentlige udgiftspolitik ellers bygger på, og som er blevet styrket siden vedtagelsen af budgetloven i 2012, var mindre relevant.

Der blev under krisen, som det er nævnt i kapitel 14, af regeringen iværksat to fagøkonomiske evalueringer af krisehåndteringen med det sigte at styrke beslutningsgrundlaget for de politiske forhandlinger om den gradvise genåbning. Det skete imidlertid først, efter at de økonomiske effekter af covid-19 og den delvise nedlukning var ved at vise sig, og efter at de første hjælpepakker var forhandlet og under implementering.

Med henvisning til de norske erfaringer, se kapitel 16, er udredningsgruppens forslag, at Finansministeriet nedsætter et fagøkonomisk rådgivningspanel, som skal aktiveres i en situation, hvor en epidemi eller pandemi igen truer med at ramme landet. Den skal givet de stramme tidsfrister ikke inddrages i den direkte politiske rådgivning af regeringen, men den skal parallelt med den politiske beslutningsproces i en offentligt tilgængelig rapport vurdere de besluttede og aftalte økonomisk-politiske krisetiltag.

Udredningsgruppen ser et sådan specialiseret fagøkonomisk panel som et nødvendigt supplement til den nationale epidemikommission, hvis sammensætning og mandat bliver meget bredt.

Et fagøkonomisk panel supplerer dermed forslaget nedenfor om indførelse af en høringsprocedure, der er tilpasset det tidsmæssige pres, der kendetegner beslutningssituationen ved udbrud af epidemier og pandemier.

Inddragelse af organisationer og civilsamfund
I den normale lovforberedelsesprocedure er der indbygget offentlige høringer og forudgående præhøringer af de mest berørte organisationer og institutioner. Det samme gælder i vidt omfang forud for udmøntningen af bemyndigelser i lovgivningen til at regulere ved bekendtgørelser. Den normale procedure var, som det er redegjort for i rapporten, suspenderet under covid-19-krisen i foråret 2020.

Især i dagene umiddelbart op til den 12. marts 2020, hvor forslaget til den første ændring af epidemiloven blev fremsat for og vedtaget af Folketinget, var der efter udredningsgruppens vurdering gode grunde hertil. Suspensionen skabte imidlertid både et kvalitetstab og et demokratisk legitimitetstab. Udredningsgruppen noterer sig i den sammenhæng, at den politiske stemmeaftale om epidemiloven af 18. december 2020 forudsætter, »at bekendtgørelser, der udstedes i medfør af epidemiloven, sendes i høring i videst muligt omfang.« Udredningsgruppen understreger vigtigheden heraf.

Covid-19-håndteringens retlige aspekter

Hastelovgivningen i foråret 2020, særlig de to hastelove, som ændrede epidemiloven, indebar, som der er redegjort for i kapitel 12 og vurderet i kapitel 17, en række problemer af retlig, herunder retssikkerhedsmæssig, karakter. De opstod, til dels fordi der blev handlet meget hurtigt.

Udredningsgruppen noterer sig også her, at den politiske aftale om epidemiloven af 18. december 2020 er opmærksom på mange af disse retlige problemer, og at den også indeholder en række tiltag, som bidrager til at mindske de problemer af retlig art, som blev tydelige i forbindelse med vedtagelsen og gennemførelsen af hastelovgivningen. Udredningsgruppen fremhæver i den sammenhæng:

- det aftalte automatiske udløb af bekendtgørelser,
- begrænsningerne af mulighederne for anvendelse af tvang,
- automatisk domstolsprøvelse ved påbud, der har karakter af frihedsberøvelse,
- obligatorisk administrativ efterprøvelse af tvangsforanstaltninger og
- parlamentarisk kontrol med udvidede fravigelsesbestemmelser (stærk derogation) i henhold til bemyndigelserne i epidemiloven.

Også flere af de beslutninger, som blev truffet af myndighederne i forbindelse med håndteringen af covid-19, giver, som det fremgår af kapitel 12 og 17, anledning til overvejelser af retlig karakter. Udredningsgruppen noterer sig i den forbindelse, at bestyrelsen for Domstolsstyrelsen, som er det øverste ledelsesorgan for den administrative drift af Danmarks Domstole, har truffet en række beslutninger, for så vidt angår domstolenes håndtering af fremtidige kriser, som aktualiserer stillingtagen til nedlukning af retterne. Det er udredningsgruppens vurdering, at disse tiltag på relevant vis imødegår de problemer, der opstod i forbindelse med nedlukningen af domstolene i foråret 2020.

Foruden de nævnte tiltag foreslår udredningsgruppen følgende:

Retlig kvalitetssikring af indgreb over for borgere og virksomheder i fremtidige krisesituationer
Selv om mange af de problemer af retlig karakter, som opstod i forbindelse med håndteringen af covid-19, således ser ud til nu at have vundet opmærksomhed og enten har fundet eller antagelig vil finde deres løsning, foreslår udredningsgruppen, at der på samme måde som vedrørende den sundhedsfaglige og den økonomiske rådgivning etableres en faglig rådgivningsgruppe bestående af jurister fra advokatbranchen, tænketanke, organisationer og universiteterne. Den skal fungere på samme vilkår som det sundhedsfaglige og det fagøkonomiske rådgivningspanel.

Udredningsgruppen henleder i den sammenhæng opmærksomheden på, at den norske regerings tiltag over for covid-19 i foråret 2020 var genstand for en sådan fagjuridisk vurdering, og at konklusionerne fra denne vurdering indgik i den politiske debat af myndighedshåndteringen. Denne gruppe af jurister, som blev nedsat på foranledning af Stortinget, blev i øvrigt også hørt forud for revisionen af den norske epidemilov. I Tyskland fungerede de tyske domstole som en effektiv kontrolinstitution i forhold til nogle af de indgreb, som politisk blev besluttet som led i indsatsen mod covid-19 i de tyske delstater.

Covid-19-håndteringens påvirkning af sundheds- og sygehusvæsenet

En af de alvorlige usikkerheder, som myndighederne skulle håndtere, da covid-19 ramte Danmark, var at sikre sundhedsvæsenets kapacitet til at behandle de patienter, der måtte blive ramt af sygdommen. I det lå også, at der med den givne kapacitet i specielt sygehusvæsenet, skulle findes en balance mellem hensynet til behandling af covid-19-patienter og undersøgelse, behandling og pleje af patienter med andre lidelser. Det var en beslutning, som var præget af mange af de samme usikkerheder, som ellers knyttede sig til håndteringen af covid-19.

Specielt på kort sigt var det en svær opgave. Den rejste spørgsmålet om tilstrækkeligheden af den kapacitet, som sygehusene havde på de infektionsmedicinske afdelinger og på intensivafdelinger generelt og med hensyn til antallet af respiratorer. Det var derudover et problem at sikre tilstrækkelig personalekapacitet. Sidstnævnte udgjorde et særligt problem, fordi arbejdet på de infektionsmedicinske afdelinger og intensivafdelinger kræver en specialuddannelse, som betyder, at man ikke bare kan overføre sygeplejersker og andet plejepersonale fra andre afdelinger.

Udredningsgruppen har i kapitel 13 vist, hvordan denne opgave blev løst, og i kapitel 17 er det yderligere vurderet, at der var en række uhensigtsmæssigheder i prioriteringen af de covid-19-relaterede opgaver over for andre opgaver i sundhedsvæsenet. Udredningsgruppen er fuldt opmærksom på, at denne efterfølgende vurdering bygger på en viden, som i beslutningsfasen var behæftet med usikkerhed. Vurderingen er dog, at mere systematiske prognoser og specielt en løbende opdatering af prognoserne for behovet for covid-19-relateret kapacitet kunne have medvirket til at undgå en del af de ret omfattende udskydelser af planlagte udredninger og behandlinger, som var en konsekvens af covid-19-håndteringen.

Det er derfor naturligt at overveje, hvordan man i fremtidige sundhedsmæssige kriser kan sikre et bedre styrings- og prioriteringsgrundlag, som kan sikre mod ubalancer i påvirkningen af sundhedsvæsenet. Udredningsgruppens forslag til

styrkelse af den sundhedsfaglige rådgivning vil bidrage hertil. Men udredningsgruppen anbefaler derudover tre yderligere tiltag.

Etablering af en procedure for inddragelse af regionerne og sygehusene
Håndteringen af covid-19 medførte en uundgåelig belastning af sygehusene. Det samme kan ske i en fremtidig epidemi- og pandemisituation. Der er allerede et beredskab for imødegåelse af pandemier. Der er imidlertid behov for, at regionerne og de enkelte sygehuse, som er i besiddelse af den præcise kapacitets- og driftsinformation, bliver tæt og systematisk inddraget i den konkrete prioritering af kapaciteten, når en sådan situation på ny opstår. Det skete ikke i tilstrækkeligt omfang i foråret 2020. Forslaget er derfor, at der etableres en forud fastlagt procedure, f.eks. i form af lynhøring af regionerne, relevante sygehuse og i særdeleshed ledelsen af de særlig relevante specialer.

Nedsættelse af et eksternt panel, som løbende følger sundhedsvæsenets drift, når det er udsat for ekstraordinære belastninger
Et alvorligt problem i forhold til sygehusene i foråret 2020 var som nævnt den manglende opdatering af prognoserne for belastningen af sygehusene. Det er relativt enkelt at imødegå dette problem. Udredningsgruppen foreslår derfor, at der som led i sundhedsberedskabet oprettes et eksternt panel, som løbende overvåger udviklingen i belastningen af sygehusene og sundhedsvæsenet i øvrigt. Panelet skal bestå af personer med sundhedsfaglig, administrativ og sundhedsøkonomisk indsigt.

Åbenhed og offentlighed om følsomhedsantagelser og -analyser i forhold til den forventede belastning af sundhedsvæsenet
Udredningsgruppen har i kapitel 13 vist, hvorledes tiltagene over for sygehusene var baseret på antagelser, som var ganske ekstreme i deres forventninger til belastningen. I overensstemmelse med udredningsgruppens forslag om at sikre en udvidet offentlighed om beslutningsgrundlaget og rådgivningen i forbindelse med den politiske håndtering af epidemier og pandemier foreslår udredningsgruppen, at der sikres fuld offentlighed om de følsomhedsanalyser, som er foretaget forud for politiske og administrative beslutninger om prioriteringen af kapaciteten på sygehusene under kriseforløbet.

Samspillet mellem Folketinget og regeringen under covid-19-krisen

Vedtagelsen og den efterfølgende gennemførelse af en omfattende hastelovgivning, som var forudsætningen for den lange række af tiltag, som blev iværksat som led i håndteringen af covid-19, brød med de normale regler for forberedelse og behandling af lovforslag i Folketinget. De mange og vidtgående bemyndigelser til ministrene, som var indeholdt i ændringerne af epidemiloven og i den øvrige lovgivning, som blev vedtaget i marts og april, flyttede derudover kompetence fra Folketinget til regeringen og forvaltningen. Disse beslutninger udgør ikke alene et brud med de grundlæggende principper for, hvordan et parlamentarisk demokrati fungerer og bør fungere. De bryder også med helt grundlæggende retsgarantier, som normalt anses for at være grundsten i den demokratiske retsstat, således som udredningsgruppen har redegjort for i kapitel 12.

Udredningsgruppen er fuldt ud opmærksom på, at der kan opstå krisesituationer, hvor det er nødvendigt og forsvarligt at fravige såvel de normale procedureforskrifter for behandlingen af lovforslag som at forskyde balancen mellem den lovgivende og den udøvende magt, således som det sker, når reguleringen sker ved udmøntning af bemyndigelser indsat i lovgivningen. Udredningsgruppen er i den sammenhæng

også opmærksom på, at forårets mange og vidtrækkende hastelove er vedtaget enstemmigt af Folketinget. Udredningsgruppen finder det alligevel overordentligt væsentligt at overveje institutionelle tiltag, som kan kompensere for det demokratiske underskud, som opstod med vedtagelsen af denne hastelovgivning, og den finder, at det er muligt at gøre dette, uden at man svækker den politiske handlekraft i fremtidige situationer, hvor der er behov for at foretage meget hurtige indgreb, som ikke lader sig gennemføre inden for rammerne af de normale procedurer for behandling af lovforslag.

Udredningsgruppen har ikke mindst i denne sammenhæng noteret sig indholdet af den aftale, som den 18. december 2020 er indgået mellem regeringen og et bredt flertal af partierne i Folketinget om en ny epidemilov. Aftalen forholder sig i meget høj grad til de grundlæggende demokratiske problemer, som er kortlagt i kapitel 15 og vurderet i kapitel 17. Resultatet er,

- at der i den nye epidemilov indføres særlige bestemmelser om parlamentarisk kontrol af tiltag, som besluttes i henhold til loven.
- at kontrollen henlægges til et nyt stående udvalg i Folketinget med 21 medlemmer.
- at ministeren skal forelægge udkast til nye regler i henhold til bemyndigelserne i loven for udvalget og ikke kan udstede disse, hvis et flertal i udvalget er imod.
- at den reviderede epidemilov udtømmende opregner de ministerbemyndigelser, hvor denne kontrolprocedure skal anvendes.
- at der dog indføres en procedure for særligt hastende tilfælde, hvor der foreligger en overhængende eller akut fare for eller trussel mod folkesundheden, hvor de pågældende tiltag først efterfølgende forelægges for udvalget.
- at bekendtgørelser udstedt med hjemmel i loven fremover sendes i høring i videst muligt omfang.
- at bekendtgørelser udstedt med hjemmel i loven får automatisk ophør.

Udredningsgruppen har på denne baggrund intet at tilføje. Den ser aftalen som et klart eksempel på, hvordan der i det parlamentariske folkestyre er indbygget mekanismer, som effektivt kan bidrage til sikring af relevant læring i lyset af de erfaringer, der er gjort i et forudgående alvorligt kriseforløb.

Bilag 1

Beretning nr. 4 om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19

FOLKETINGET

Folketingstidende
Tillæg B

Beretning nr. **4** Folketinget 2019-20

Beretning afgivet af Udvalget for Forretningsordenen den 23. juni 2020

Beretning

om

gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19

1. Baggrund for beretningen

Udvalget for Forretningsordenen besluttede på sit møde den 27. maj 2020 på baggrund af et ønske herom fra et flertal af partier at nedsætte et underudvalg til at overveje og forberede en udredning om covid-19 og håndteringen heraf.

Som medlemmer af underudvalget blev følgende udpeget: Flemming Møller Mortensen (S), Karsten Lauritzen (V), Peter Skaarup (DF), Andreas Steenberg (RV), Kirsten Normann Andersen (SF), Peder Hvelplund (EL), Mai Mercado (KF), Lars Boje Mathiesen (NB), Ole Birk Olesen (LA), Torsten Gejl (ALT), Simon Emil Ammitzbøll-Bille (UFG) og Sikandar Siddique (UFG).

Underudvalget konstituerede sig i sit første møde den 29. maj 2020 med Karsten Lauritzen (V) som formand og Flemming Møller Mortensen (S) som næstformand.

Underudvalget har i en række møder drøftet mulighederne for at iværksætte en udredning, med hensyn både til udredningens form og dens indhold og tidsmæssige udtrækning. Underudvalget har herunder afholdt møder med højesteretsdommer, dr.jur. Jens Peter Christensen, rigsrevisor Lone Strøm og statsrevisorerne Klaus Frandsen og Henrik Thorup. Endvidere har underudvalget modtaget repræsentanter for DJØF, Advokatrådet, Den Danske Dommerforening, Lægeforeningen og Foreningen af Speciallæger i foretræde.

Underudvalget besluttede i sit møde den 18. juni 2020 at give indstilling til Udvalget for Forretningsordenen om at afgive denne beretning indeholdende det under det følgende punkt anførte om gennemførelse af en udredning.

2. Nærmere om en udredning om covid-19

Et *flertal* i underudvalget (S, V, DF, RV, SF, KF og LA) ønsker en udredning efter følgende retningslinjer:

Formålet med udredningen: Læring af covid-19

Flertallet anerkender, at Danmark står i en helt ekstraordinær situation på grund af covid-19. Ikke tidligere har Danmark oplevet en krise som denne. Derfor har regeringen, Folketinget og befolkningen på meget kort tid skullet tage et stort ansvar og træffe vigtige beslutninger af væsentlig betydning for både befolkningens sundhed og samfundsøkonomien.

Det rejser naturligvis spørgsmålet, om Danmark var godt nok forberedt på covid-19, og om der blev truffet de rigtige beslutninger i forbindelse med nedlukningen af Danmark. For selv om krisen langtfra er ovre, bør vi allerede nu evaluere indsatsen og lære af, hvordan den indledende fase af coronakrisen blev håndteret. Det handler om at blive klogere og dermed sikre en retvisende beskrivelse og læring for eftertiden, så vi står stærkere, hvis en lignende krise og pandemi igen rammer Danmark.

Periodemæssig afgrænsning

Flertallet foreslår konkret, at der i første omgang søges opbakning til en udredning, der evaluerer perioden fra den 1. januar 2020, hvor det stod klart, at covid-19 spredte sig i Kina, og frem til, at Danmark gik fra nedlukningsfase til genåbningsfase i april 2020.

Undersøgelsesform: Ekspertudredning

Det er flertallets vurdering, at en uvildig ekspertudredning vil være det bedste og mest effektive redskab til at evaluere og opnå denne læring. En ekspertudredning vil samtidig kunne sikre grundighed og hastighed og dermed også den fornødne aktualitet.

Samme undersøgelsesform blev brugt i forbindelse med den historiske udredning af Danmarks militære engagement i Kosovo, Afghanistan og Irak. Der henvises til den politiske aftale, der lå til grund herfor.

Med en uvildig ekspertudredning vil et hold af sundhedsfaglige eksperter med indsigt i virologi og epidemiologi, samfundsvidenskabelige eksperter i form af jurister og politologer med speciale i henholdsvis offentlig ret og forvaltning og økonomer skulle kortlægge det materiale, der lå til grund for regeringens håndtering af krisen.

Herudover skal ekspertudredningen i fornødent omfang kunne inddrage dansk og international ekspertise, der kan bistå med at afdække håndteringen af covid-19 i lande som Norge, Sverige og Tyskland.

Ekspertgruppen skal bestå af fem personer, og det forudsættes, at de udpegede eksperter frikøbes til opgaven. Flertallet ønsker, at underudvalget vælger en formand for ekspertgruppen, der efterfølgende kommer med indstilling til underudvalget om, hvem de øvrige fire eksperter kunne være. Formanden vil blive bedt om at indstille to til tre forskellige personer til hver af de øvrige poster i ekspertgruppen. Med denne udpegningsprocedure sikres et godt og effektivt samarbejdsklima i gruppen og et højt fagligt niveau.

Flertallet ønsker, at eksperterne får adgang til alle relevante akter og dokumenter, herunder det materiale og den information, der tilgik Statsministeriet i den indledende fase fra andre ministerier og styrelser, med særligt fokus på henholdsvis Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Statens Serum Institut, Lægemiddelstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed, Justitsministeriet og Finansministeriet. Det vil naturligvis være op til regeringen at vurdere, hvilket materiale den ønsker at udlevere, da der kun findes lovhjemmel til at tvinge regeringen hertil, hvis en kommission nedsættes med ophæng i lov om undersøgelseskommissioner.

Flertallet ønsker som med krigsudredningen, at eksperterne selv tilrettelægger deres arbejdsform og metode.

Det er flertallets klare mål, at ekspertudredningen skal bringe viden om forløbet til brug for læring. Det er ikke flertallets ønske at placere et politisk eller retligt ansvar over for hverken embedsmænd eller politikere.

Det er flertallets ønske, at udredningen skal være færdig og offentliggjort senest i januar 2021. Alle involverede myndigheder skal medvirke til, at udredningsarbejdet fremmes hurtigst muligt, men bør gives rimelige frister til at fremfinde og udlevere materiale. Skulle epidemien blusse op igen, bør der udvises forståelse for, at myndighederne også skal anvende ressourcer til at bekæmpe epidemien.

Ekspertgruppen skal løbende orientere underudvalget om fremdriften i sit arbejde, jf. nedenfor.

Flertallet noterer sig, at nedsættelsen af ekspertudredningen ikke er til hinder for, at andre myndigheder, herunder Folketingets Ombudsmand, Rigsrevisionen eller Statsrevisorerne, igangsætter deres egen undersøgelse.

Ekspertudredningens omfang og indhold

Flertallet anerkender, at såfremt det skal være muligt at foretage en evaluering inden for den afsatte tid, er det afgørende med et snævert afgrænset kommissorium.

Til brug for at drage de bedste erfaringer og dermed lære mest muligt af den indledende fase af forløbet omkring covid-19 er der behov for, at udredningen bl.a. afdækker, hvilke forudsætninger sundhedsvæsenet og beredskabet havde for at håndtere en pandemi som covid-19, herunder om tidligere regeringers prioriteringer på sundhedsområdet har haft betydning herfor, og hvilke forudsætninger de nu nedlagte epidemikommissioner havde. Ydermere skal udredningen afdække, hvad beredskabet var, herunder hvilke foranstaltninger der blev truffet for at inddæmme smitten fra eksempelvis hjemvendte borgere, og afdække myndighedernes testkapacitet og sygehusenes behandlingskapacitet samt i forlængelse heraf vurdere regeringens strategi, herunder baggrunden for strategiskiftene undervejs og beredskabets betydning for regeringens valg af teststrategi. Udredningen skal i forlængelse heraf også kortlægge grundlaget for den hastelovgivning, der blev gennemført i forbindelse med nedlukningen, herunder redegøre for og vurdere karakteren af det sundhedsfaglige og fagøkonomiske grundlag for forslagene til hastelovgivning. Flertallet ønsker svar på, om faglige indsigter hos embedsmænd og myndigheder kunne formidles frit til Folketinget og offentligheden i overensstemmelse med den danske tradition for en centraladministration, som udvikler sin faglighed i et samspil med landets førende forskningsmiljøer, og som stiller sine indsigter til rådighed for Folketinget og offentligheden, når det af embedsmænd og myndigheder skønnes relevant, eller når det efterspørges af Folketinget og offentligheden.

Endelig skal udredningen – i forlængelse af ovenstående – afdække, hvilke muligheder Folketinget havde for at føre kontrol med regeringens ageren og samspil under nedlukningen.

Udredningen vil også i relevant omfang og under hensyntagen til den tidsmæssige ramme skulle klarlægge den danske håndtering sammenlignet med lande som Tyskland, Norge og Sverige.

Udredningen skal ud over en evaluering af den indledende fase af forløbet omkring covid-19 indeholde anbefalinger til, hvordan man bedst håndterer en lignende krise.

Som nævnt indledningsvis foreslås det, at udredningen skal evaluere perioden fra primo januar 2020, hvor det stod klart, at covid-19 spredte sig i Kina, og frem til genåbningen i april 2020, hvor Danmark gik fra nedlukningsfase til genåbningsfase.

Når udredningen foreligger, ønsker flertallet, at der skal afholdes en offentlig høring i Folketinget, hvor Folketingets medlemmer vil få mulighed for at spørge eksperterne bag udredningen nærmere ind til indhold, konklusioner og anbefalinger.

På samme måde vil det ligeledes være muligt at kalde regeringen i samråd m.v. på baggrund af udredningen.

Et *mindretal* i underudvalget (EL) bemærker, at mindretallet støtter forslaget om en udredning, men hertil bemærker mindretallet følgende:

Det er Enhedslistens opfattelse, at der skal gennemføres en undersøgelse af håndteringen af covid-19-pandemien, der omfatter tre faser: En første fase strækkende sig fra den 1. januar 2015 til den 31. december 2019, der belyser, hvilket beredskab der var til stede til håndtering af en epidemi, herunder sikringen af tilstrækkelig kapacitet i forhold til test, værnemidler, medicin, sengepladser og personalemæssige ressourcer, og hvilke politiske beslutninger der er truffet herom i perioden, en anden fase omfattende nedlukningsperioden fra den 1. januar 2020 til den 14. april 2020 og en tredje fase omfattende genåbningsperioden fra den 15. april 2020 til den 1. september 2020, hvor der for begge de sidstnævnte fasers vedkommende sker en belysning af de beslutninger, der er truffet af regering, Folketing og sundhedsmyndigheder.

Undersøgelsens formål skal være at sikre viden og læring, der kan give regering og Folketing et godt grundlag for at træffe beslutninger, der bedst muligt ruster det danske samfund til at forebygge og håndtere nye epidemier.

En afgørende forudsætning for at opnå den nødvendige læring er, at der sikres fuld åbenhed om beslutninger, der er truffet i alle tre faser, så det bl.a. klarlægges, om beslutningerne er truffet ud fra politiske, kapacitetsmæssige eller sundhedsfaglige hensyn.

Det er Enhedslistens ønske, at der skal sikres adgang til alle relevante dokumenter og mulighed for afhøring af vidner med de fornødne retssikkerhedsmæssige garantier. Enhedslisten beklager derfor, at underudvalgets flertal ikke har villet tilgodese Enhedslistens forslag om at indarbejde dette i forslaget til en udredning.

3. Udvalget for Forretningsordenens konklusioner

Udvalget for Forretningsordenen konstaterer, at et flertal i underudvalget, som modsvarer et flertal i Udvalget for Forretningsordenen og i Folketinget, står bag et ønske om en udredning efter de nærmere angivne retningslinjer i flertallets udtalelse ovenfor. Udvalget tilslutter sig på den baggrund, at en sådan udredning iværksættes.

Udvalget finder, at det nedsatte underudvalg bør følge udredningsarbejdet tæt og således fungere som følgegruppe for udredningen, herunder varetage dialogen med forskerne bag udredningen og søge at sikre, at arbejdet fremmes hurtigst muligt. Folketingsgrupperne bør på almindelig vis have mulighed for at udskifte deres medlemmer af underudvalget permanent eller midlertidigt.

Udvalget konstaterer, at der i underudvalget er ønske om, at professor emeritus Jørgen Grønnegård Christensen, Aarhus Universitet, udpeges som formand for ekspertgruppen og anmodes om at give indstilling om udpegning af ekspertgruppens øvrige medlemmer. Udvalget tilslutter sig dette ønske.

Udvalget konstaterer, at der vil være behov for fastsættelse af nærmere retningslinjer for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale fra myndighederne, på samme måde som der f.eks. blev fastsat retningslinjer for arbejdet med udredningen om baggrunden for Danmarks militære engagement i Kosovo, Afghanistan og Irak. Af retningslinjerne skal bl.a. fremgå, at alene ekspertgruppen skal have adgang til materialet fra myndighederne, og at materialet skal opbevares under betryggende forhold. Udvalget anmoder underudvalget om at fastsætte sådanne retningslinjer og forudsætter i den forbindelse, at det i relevant omfang sker i dialog med regeringen.

P.u.v.

Henrik Dam Kristensen
formand

Bilag 2

Retningslinjer for ekspertgruppens adgang til brug af materiale fra myndighederne i forbindelse med den kommende udredning om håndteringen af covid-19

Udvalget for Forretningsordenen 2019-20
UFO Alm.del - Bilag 132
Offentligt

FOLKETINGET

Retningslinjer for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale fra myndighederne i forbindelse med den kommende udredning om håndteringen af covid-19

1. Udvalget for Forretningsordenen afgav den 23. juni 2020 en beretning om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19 (beretning af almen art nr. 4, folketingsåret 2019-20).

Af beretningen fremgår bl.a. følgende i afsnittet om Udvalget for Forretningsordenens konklusioner:

> "Udvalget konstaterer, at der vil være behov for fastsættelse af nærmere retningslinjer for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale fra myndighederne, på samme måde som der f.eks. blev fastsat retningslinjer for arbejdet med udredningen om baggrunden for Danmarks militære engagement i Kosovo, Afghanistan og Irak. Af retningslinjerne skal bl.a. fremgå, at alene ekspertgruppen skal have adgang til materialet fra myndighederne, og at materialet skal opbevares under betryggende forhold. Udvalget anmoder underudvalget om at fastsætte sådanne retningslinjer og forudsætter i den forbindelse, at det i relevant omfang sker i dialog med regeringen."

15. juli 2020

J.nr.: 20-000520-10

Folketinget
Christiansborg
1240 København K
3337 5500
ft@ft.dk
www.ft.dk

Det omtalte underudvalg er det, som blev nedsat af Udvalget for Forretningsordenen den 27. maj 2020 til at overveje og forberede en udredning om covid-19 og håndteringen heraf, og som med beretningen fik til opgave at fungere som følgegruppe for udredningen under arbejdet.

2. Underudvalget har den 2. juli 2020 godkendt følgende retningslinjer for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale:

> "Som det fremgår af Udvalget for Forretningsordenens beretning nr. 4 af 23. juni 2020 om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19, vil det være op til regeringen at vurdere, hvilket materiale den ønsker at udlevere, da der kun findes lovhjemmel til at tvinge regeringen hertil, hvis en kommission nedsættes med ophæng i lov om undersøgelseskommissioner.
>
> Regeringen har med besvarelsen af spørgsmål nr. 32 fra Udvalget for Forretningsordenen tilkendegivet, at regeringen vil samarbejde med den kommende ekspertgruppe og i den forbindelse stille relevant skriftligt materiale til rådighed for ekspertgruppen inden for de

rammer, der er beskrevet i Udvalget for Forretningsordenens beretning nr. 4 af 23. juni 2020 og i overensstemmelse med de nærmere retningslinjer, som vil skulle fastsættes for ekspertgruppens adgang til og brug af materiale fra myndighederne.

Følgende retningslinjer vil gælde for adgangen til og brug af materiale hos danske myndigheder for medlemmerne af ekspertgruppen, der udpeges til at forestå udredningen om håndteringen af covid-19, jf. Udvalget for Forretningsordenens beretning nr. 4 af 23. juni 2020, og personer, der bistår disse (herefter samlet betegnet som "forskerne"):

Forskerne får adgang til at gennemgå som udgangspunkt alt foreliggende skriftligt materiale, som de finder relevant, hos de relevante myndigheder. Materialet stilles alene til rådighed for forskerne og skal opbevares under betryggende forhold.

Det er endvidere en forudsætning for forskernes adgang til materialet, at de accepterer tavshedspligt i henhold til et pålæg herom. Der vil således gælde tavshedspligt svarende til straffelovens § 152 og §§ 152 c-152 f. Tavshedspligten gøres i det fornødne omfang løbende til genstand for konkret drøftelse med myndighederne.

Oplysninger i det udleverede om myndighedernes interne overvejelser og om regeringsinterne overvejelser bør alene gengives i ekspertgruppens udredning, i det omfang de er relevante for udredningens konklusioner.

For så vidt angår eventuelt klassificeret materiale vil gælde følgende retningslinjer:

Det forudsættes, at eventuelt klassificerede dokumenter kan opbevares i overensstemmelse med kravene i cirkulære nr. 10338 af 17. december 2014 om sikkerhedsbeskyttelse af informationer af fælles interesse for landene i NATO eller EU, andre klassificerede informationer samt informationer af sikkerhedsmæssig beskyttelsesinteresse i øvrigt (sikkerhedscirkulæret).

Forskernes adgang til evt. klassificeret materiale sker under forudsætning af sikkerhedsgodkendelse til den nødvendige klassifikationsgrad i henhold til sikkerhedscirkulæret.

Forskerne skal håndtere sådant materiale i overensstemmelse med sikkerhedscirkulæret og efter nødvendig instruks.

Forskerne vil ikke kunne gengive klassificeret materiale, herunder af udenlandsk oprindelse, medmindre der opnås samtykke fra den myndighed, som måtte være i besiddelse af eller har udleveret det pågældende materiale. Denne myndighed skal om nødvendigt indhente samtykke fra udstederen af det pågældende materiale, ligesom myndigheden om nødvendigt bør indhente en udtalelse fra andre særligt berørte myndigheder, fysiske eller juridiske personer, inden samtykke gives. Der kan efter aftale med den relevante myndighed parafraseres over akter, som ikke kan figurere i noteapparatet, og myndigheden vejleder om dette, idet manuskriptet fremsendes til gennemsyn. Myndighedens gennemsyn og vejledning handler alene om, på hvilken måde et forhold kan omskrives og beskrives, uden at tungtvejende hensyn til fortrolighed og rigets sikkerhed sættes over styr."

Bilag 3. Landerapport

Norge og covid-19-krisen

Jostein Askim (Universitetet i Oslo) og Eirik Holmøyvik (Universitetet i Bergen)

I mødet med covid-19-krisen 2020 gennemførte Norge det, statsminister Erna Solberg omtalte som »de stærkeste og mest indgribende tiltag, vi har haft i Norge i fredstid« – tiltag mod smittespredning, der indebar lukning af skoler og daginstitutioner og omfattende rejserestriktioner, tiltag, der havde »stor indvirkning på indbyggernes personlige frihed« og »greb direkte ind i menneskers hverdag, og hvordan vores samfund fungerer«.[1]

I denne rapport beskrives Norges erfaringer i tre dele. Første del beskriver forløbet af covid-19-epidemien i Norge fra marts til oktober 2020. Norge har i den periode oplevet relativt lave smittetal og få døde af covid-19. Anden del beskriver regeringens og myndighedernes møde med epidemien med vægt på nedlukning, det retslige grundlag, foranstaltninger i sundhedsvæsenet og i ældreomsorgen og samfundsøkonomiske tiltag og effekter. Tredje del beskriver krisebeslutningsprocessen med vægt på ansvars- og rollefordeling, beslutningsforberedelser og aspekter af Stortingets, regeringens og domstolenes rolle.

Covid-19 i Norge frem til efteråret 2020

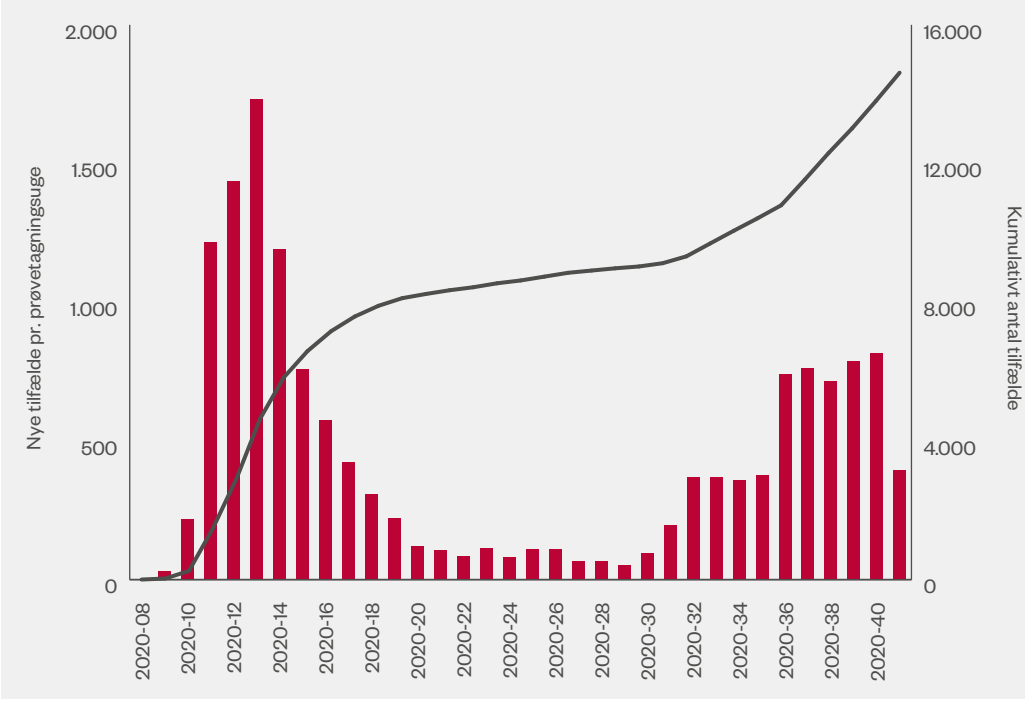
I dette første afsnit gennemgås epidemiens forløb i Norge fra marts til starten af oktober. Den mest centrale kilde er Folkehelseinstituttets (FHI's) temaside om covid-19, herunder FHI's ugerapporter om covid-19 publiceret samme sted.[2]

FHI publicerede sin første risikovurdering af covid-19 den 28. januar. Covid-19 blev første gang påvist i Norge den 26. februar. Antallet af nye registrerede smittede (smittespredningen) var på det højeste med over 1.000 pr. uge de sidste 3 uger af marts og den første uge af april (uge 11-14). Fra anden halvdel af april aftog smitten betydeligt, og i juni og juli var smitten meget lav. Da nordmænd afsluttede ferien og genoptog hverdagen i begyndelsen af august, tiltog smitten igen. I september var smittespredningen tilbage til niveauet fra april, se figur 1.

1 »Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset«, Statsministerens kontor og Helse- og omsorgsdepartementet, pressemeddelelse nr. 38, 12. marts 2020.

2 https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/.

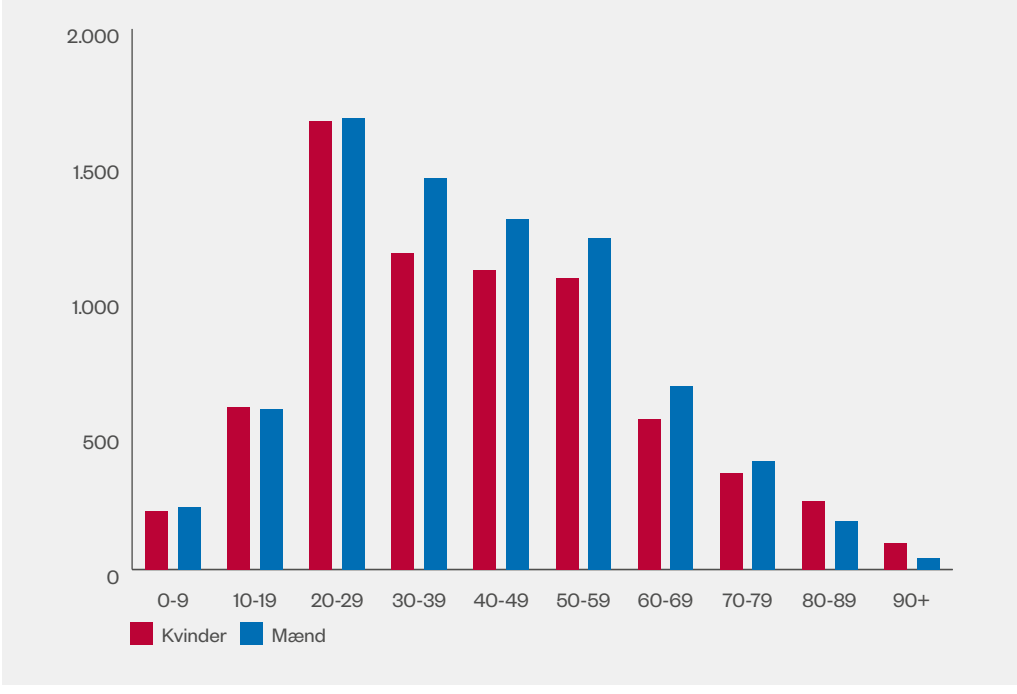
Figur 1: Bekræftede tilfælde af covid-19



Kilde: FHI (8. oktober 2020).

I uge 39 og 40 blev der registreret 792 tilfælde pr. uge (svarende til 29,4 pr. 100.000 indbyggere for de 2 uger samlet). Den 7. oktober 2020 var der kumulativt registreret 14.597 tilfælde af covid-19 i Norge (svarende til 272 pr. 100.000 indbyggere). Figur 2 viser køns- og aldersfordelingen blandt smittede med covid-19. Den 8. oktober 2020 var 52 pct. af de smittede mænd, og medianalderen 39 år. Af andre demografiske mønstre kan det nævnes, at 31 pct. af personer med påvist smitte med covid-19 havde fødeland uden for Norge. Blandt disse var der flest fra Polen, Pakistan, Rusland og Somalia (FHI covid-19 ugerapport uge 40, s. 7 og 11).

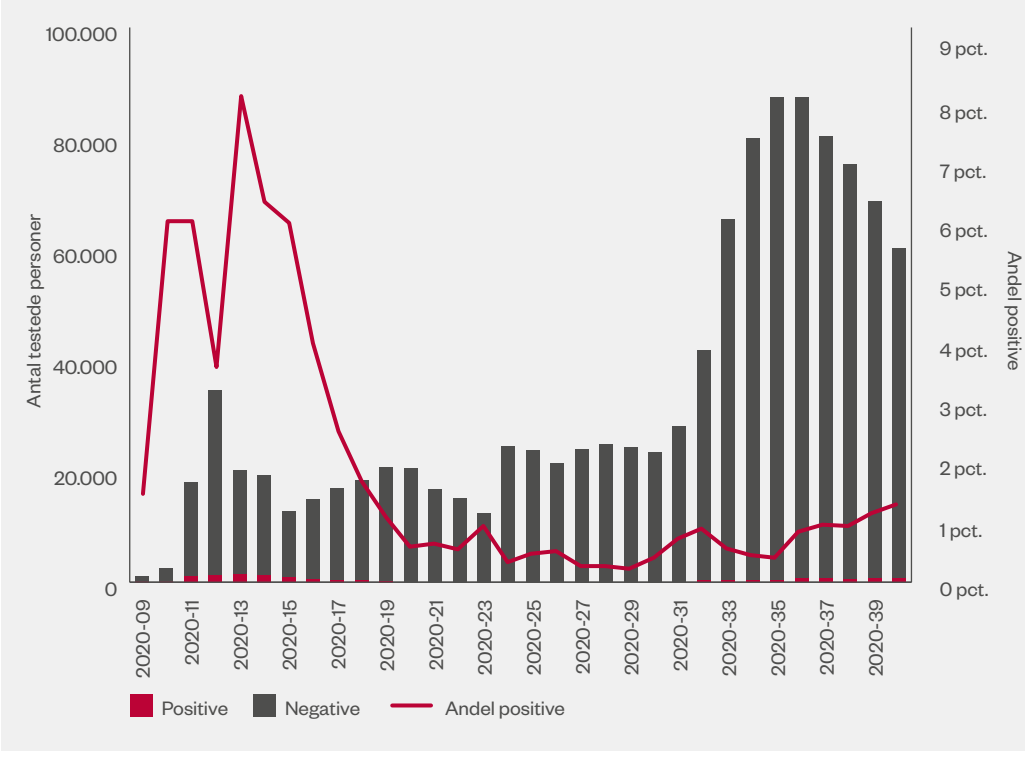
Figur 2: Antal bekræftede covid-19-tilfælde fordelt på køn og alder



Kilde: FHI (8. oktober 2020).

Smittespredningen var ikke jævnt fordelt på tværs af landet. Fylkesvis (Norge har 11 fylker) var smitten højest i Oslo med 685 tilfælde pr. 100.000 indbyggere og i nabofylket Viken med 322 pr. 100.000. Smitten var lavest i fylkerne Nordland (90 pr. 100.000) og Møre og Romsdal (100 pr. 100.000) (FHI covid-19 ugerapport uge 40).

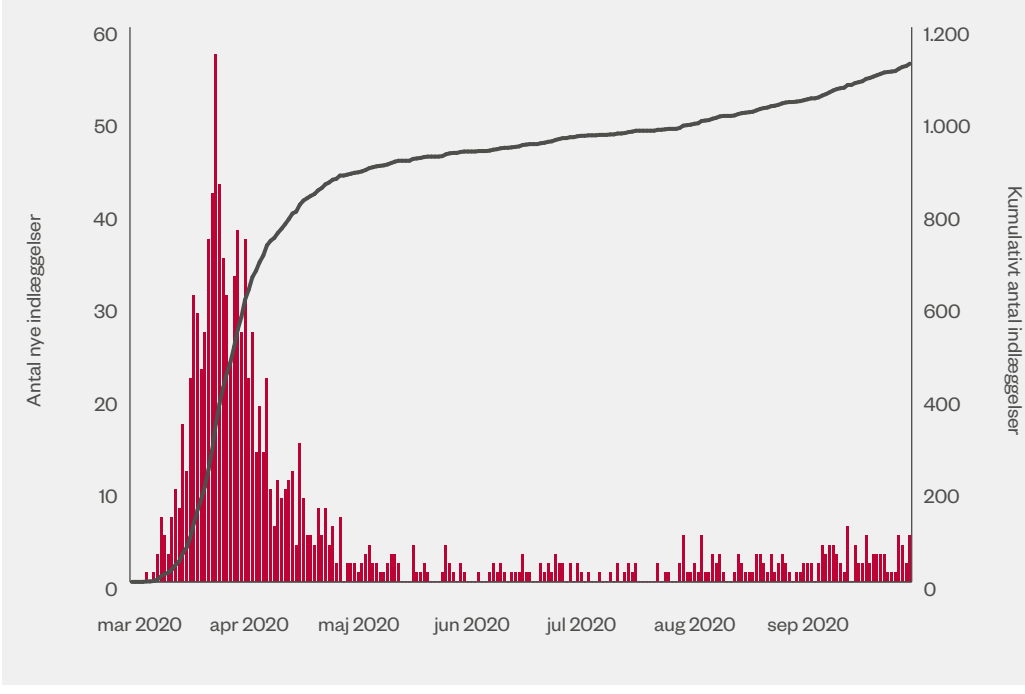
Figur 3: Antal nye personer testet for covid-19 pr. uge og andel positive blandt de testede



Kilde: FHI covid-19 ugerapport uge 40.

Kapaciteten til testning og regler om, hvem der skulle testes, blev ændret i løbet af perioden (se nedenfor), og det påvirker antallet af registrerede smittetilfælde. Den 7. oktober 2020 var der kumulativt gennemført ca. 1,4 millioner test fordelt på ca. 1,1 millioner personer (ca. 21 pct. af befolkningen). Figur 3 viser udviklingen i antal nye personer testet perioden igennem. I uge 40 var andelen af positive blandt de testede 1,3 pct.

Figur 4: Hospitalsindlagte med covid-19 som hovedårsag til indlæggelsen



Kilde: FHI (8. oktober 2020).

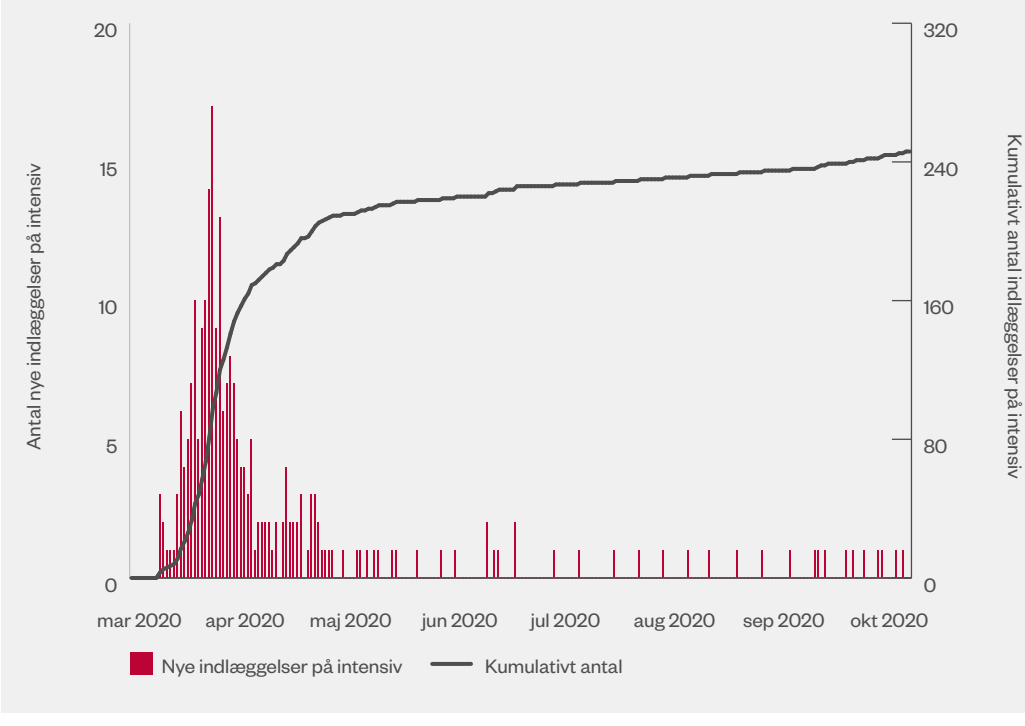
Figur 4 viser udviklingen i hospitalsindlæggelser med covid-19. Den 4. oktober 2020 havde 1.121 patienter været indlagt med covid-19 som hovedårsag til indlæggelsen (20,9 pr. 100.000 indbyggere).[3] Udviklingen toppede den 1. april med 324 indlagte. Indlæggelserne var ikke jævnt fordelt på tværs af landet; både antallet af indlæggelser og indlæggelser som andel af befolkningen var væsentlig højere i det centrale Østlandet end i resten af landet.[4] Blandt hospitalsindlagte var medianalderen 60 år, og 60 pct. var mænd (kumulativt den 8. oktober 2020).

3 Et noget højere antal havde påvist covid-19, uden at det var hovedårsag til indlæggelsen. I alt havde 1.358 patienter været indlagt med påvist covid-19.

4 Sundhedsvirksomheden Helse Sør-Øst Regionalt Helseforetak (RHF) havde pr. 4. oktober 2020 haft flest indlagte, efterfulgt af Helse Vest RHF, Helse Midt RHF og Helse Nord RHF.

Figur 5 viser udviklingen i patienter med bekræftet covid-19 indlagt på intensivafdeling. Udviklingen toppede den 1. april med 114 på intensiv, heraf 99 i respirator. Den 4. oktober 2020 havde i alt 244 patienter med covid-19 været indlagt på intensiv (4,5 pr. 100.000 indbyggere). Blandt de indlagte på intensiv var medianalderen 63 år, og 73 pct. var mænd (kumulativt pr. 8. oktober 2020). Bortset fra høj alder havde 68 pct. af de indlagte på intensiv mindst én risikofaktor med hjertesygdom, diabetes og fedme som de mest almindelige. Indlagte på intensiv udgjorde 18 pct. af alle hospitalsindlagte covid-19-patienter.

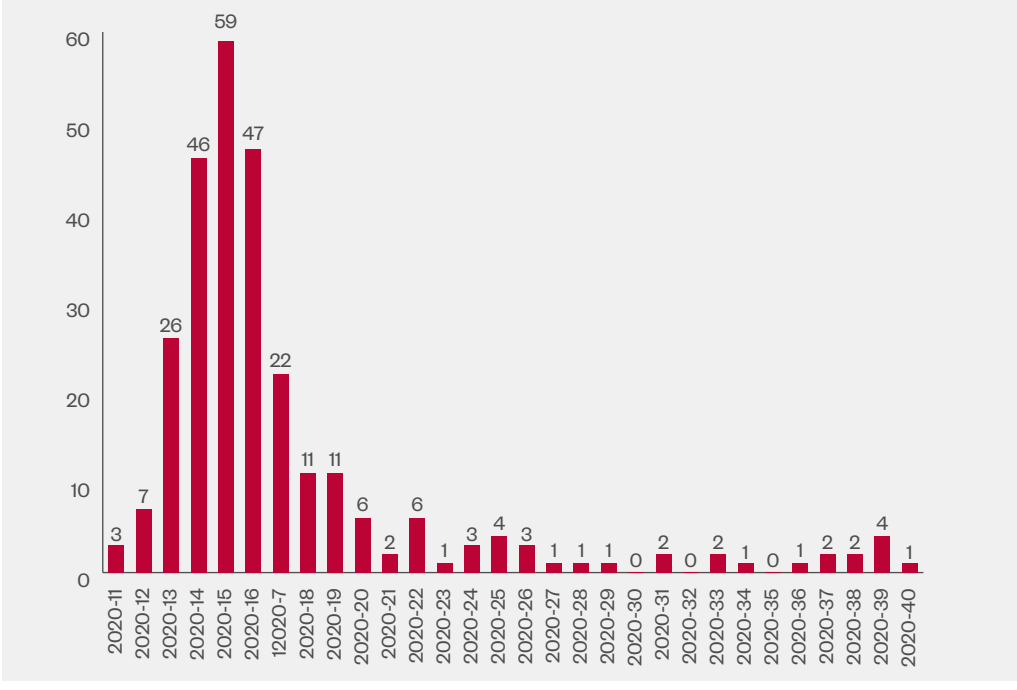
Figur 5: Antal nye patienter med covid-19 indlagt på intensiv afdeling



Kilde: FHI (8. oktober 2020).

Figur 6 viser udviklingen i antal døde med covid-19. Det første covid-19-dødsfald blev registreret den 12. marts. Den 8. oktober 2020 var der registreret 275 covid-19-associerede dødsfald[5] (5,1 pr. 100.000). Det kan bemærkes, at totaldødeligheden ifølge FHI har været »normal eller lavere end normalt« i perioden med covid-19-epidemi samlet set (Covid-19 ugerapport uge 40, s. 2).

Figur 6: Antal døde med bekræftet covid-19 pr. uge

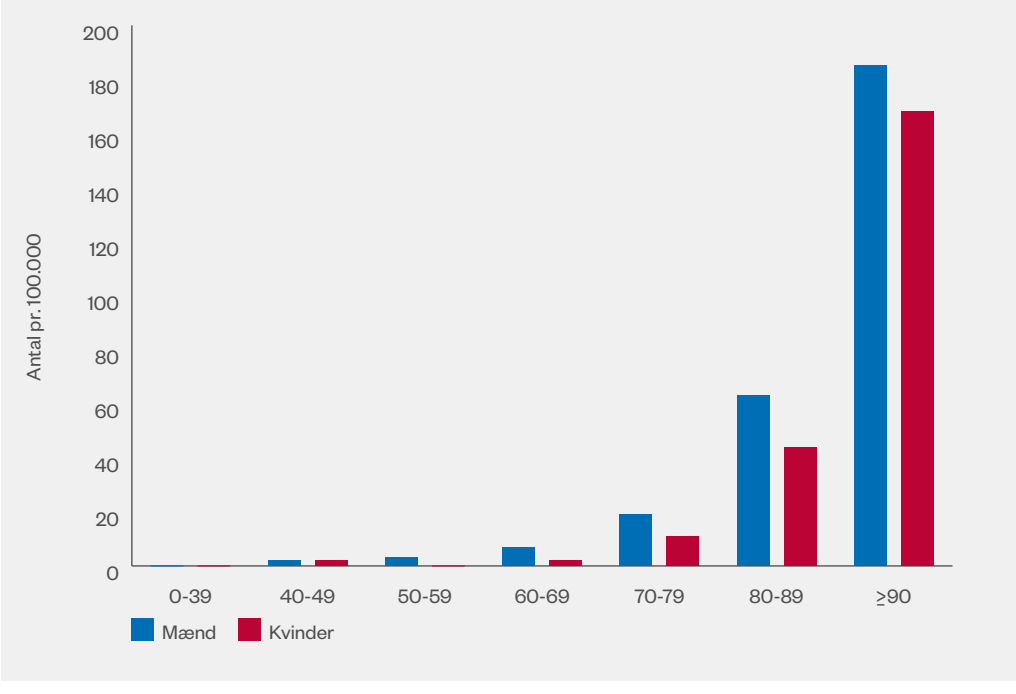


Kilde: FHI Covid-19 ugerapport uge 40.

5 *Associerede,* fordi det ikke altid er muligt at afgøre, om patienten er død af eller med covid-19.

Som figur 7 illustrerer, steg antallet af covid-19-dødsfald markant med stigende alder. Blandt de døde var gennemsnitsalderen 82 år, medianalderen 84 år. Der var ingen dødsfald i aldersgruppen 0-19 år. 89 pct. af de døde havde mindst én underliggende kronisk sygdom. 52 pct. var mænd.

Figur 7: Dødsfald blandt covid-19-tilfælde fordelt på alder og køn



Kilde: FHI Covid-19 ugerapport uge 40.

Regerings- og myndighedsstrategi januar-maj 2020

Nedlukning og andre forebyggende tiltag mod smittespredning

Den helt centrale dato i de norske myndigheders covid-19-respons er den 12. marts. Den dag indførte myndighederne det, statsministeren kaldte »de stærkeste og mest indgribende tiltag, vi har haft i Norge i fredstid« (jf. ovenfor). Nedlukningen skete inden for rammerne af den norske epidemilov, smittevernloven § 4-1, der giver Helsedirektoratet vidtrækkende bemyndigelser til at lukke offentlige og private virksomheder og pålægge forsamlingsforbud, bevægelsesrestriktioner og isolering (roller og ansvarsforhold er nærmere omtalt nedenfor). I medfør af denne bestemmelse lukkede Helsedirektoratet skoler, gymnasier, universiteter og andre uddannelsesinstitutioner. Lukning

og/eller forbud blev også pålagt kultur- og idrætsarrangementer, forlystelsesparker, fitnesscentre, svømmehaller, frisører og andre, som tilbyder service med tæt kundekontakt, og store dele af restaurationsbranchen. Samme dag vedtog også Stortinget undtagelse fra krav om fysisk tilstedeværelse i komitémøder og ved afstemninger.[6] Den 14. marts frarådede Utenriksdepartementet alle ikke-nødvendige rejser til udlandet. Den 15. marts vedtog Helsedirektoratet en beslutning med hjemmel i smittevernlovens § 4-1 om lukning af en række offentlige og private sundhedsvirksomheder, herunder fysioterapeuter, psykologer m.v., mens specialistsundhedstjenesten, som speciallægerne hører under, var undtaget. Samme dag pålagde regeringen igennem en forskrift i medfør af smittevernlovens § 4-3 rejsende ind i Norge fra lande uden for Norden hjemmekarantæne, uafhængigt af om de havde symptomer på covid-19 eller ej. Forskriften pålagde også smittede tvungen isolation. Overtrædelser blev gjort strafbare. Den 16. marts blev der indført udstrakt grænsekontrol. Udlændinge uden opholdstilladelse blev afvist ved grænsen.

Den 19. marts vedtog regeringen et forbud mod overnatning i fritidsboliger uden for egen kommune (»hytteforbud«) i medfør af smittevernlovens § 7-12. Dette element i myndighedernes covid-19-håndtering vakte betydelig forargelse i befolkningen. Der er ca. 450.000 hytter i Norge, og disse ligger hovedsagelig i kommuner med få fastboende. De enkelte kommuner har ansvar for smitteberedskab og primære sundhedstjenester for alle, som opholder sig i kommunen, og helseministeren udtalte, da hytteforbuddet blev indført, at »Sundhedstjenesten i vore hyttekommuner har ikke kapacitet til at sørge for hytteejere i tillæg til egne indbyggere«.[7] Mange var taget i deres hytter omkring den 12. og 13. marts, og kommunerne frygtede betydelig smittespredning i den forestående påskeuge. Der blev gjort forsøg på en blød regulering inden hytteforbuddet. Den 14. marts henvendte statsministeren sig til hytteejerne igennem medierne og opfordrede hytteejere til at rejse hjem og at blive hjemme.[8] Dagen efter, den 15. marts, vedtog regeringen en hjemmel til et hytteforbud, og der medfulgte en advarsel: »Vi er glade for, at mange nu har fulgt Statsministerens klare anmodning i går om, at man skal tage hjem, men vil i løbet af dagen se, om resten gør dette frivilligt. Hvis kommunerne efter dagen i dag fortsat rapporterer om, at folk er i deres hytter, vil regeringen indføre et forbud mod dette«.[9] Da forbuddet blev indført, udtalte regeringen, at: »Vi har fået tilbagemeldinger fra fylkesmændene om, at mange ikke har fulgt den klare anmodning om at rejse hjem frivilligt. Regeringen indfører derfor et forbud«.[10] Enkelte kommuner blev forargede over, at ikke alle forlod deres hytter umiddelbart, og bad om bistand fra politi og forsvar (Hjemmeværnet) for at få byfolkene til at rejse hjem. Dette blev langt hen ad vejen afvist af både regeringen, politiet og forsvaret.[11]

6 Se Stortingets beslutning, Stortingsvedtak af 12. mars 2020: »Med virkning fra 12. mars 2020 og inntil videre settes kravet om fysisk tilstedeværelse i Stortingets forretningsorden § 25 om komitémøter og § 26 om avstemminger i komiteene ut av kraft.«

7 »Innfører hytteforbud«, Helse- og omsorgsdepartementet, 19. marts 2020.

8 »Solberg: - Alle som er på hytta, reis hjem!«, Dagbladet.no, 14. marts 2020.

9 »Regjeringen kan forby opphold på fritidseiendommer og fastsetter tydelige regler for karantene og isolasjon. Reglene om karantene for personer som kommer fra utlandet er også endret«, Helse- og omsorgsdepartementet, 15. marts 2020.

10 Se note 7 ovenfor.

11 »Ber Heimevernet om hjelp mot hyttefolket«, Dagbladet.no, 16. marts 2020.

Efter godt og vel en måned begyndte der at vedtages gradvise lempelser af nedlukningen. Hytteforbuddet blev ophævet den 20. april. Daginstitutioner kunne genåbnes fra samme dato, den 20. april, skolernes 1.-4. trin fra den 27. april og al skole op til 12. trin fra den 11. maj. Den 7. maj blev der åbnet op for kultur- og idrætsarrangementer med op til 50 personer, den 1. juni blev det tilladt for barer og caféer uden madservering at holde åbent, og den 15. juni blev der åbnet op for organiseret udendørs idræt for unge under 20 år, professionel fodbold og kultur- og idrætsarrangementer med op til 200 personer.

Vedrørende forsamlingsfrihed gik Helsedirektoratet den 10. marts ud med en anbefaling om at aflyse arrangementer med mere end 500 deltagere gældende fra den 11. marts. Allerede den 11. marts blev anbefalingen omgjort til et forbud: »... flere kommuner og kommunelæger (...) ønsker klarere og tydeligere regler som gælder for hele landet. Derfor har vi nu indført et forbud, og ikke kun et råd, mod arrangementer med mere end 500 deltagere«.[12] Den 12. marts blev der som nævnt vedtaget forbud mod idræts- og kulturarrangementer. Den 24. marts anbefalede Helsedirektoratet at undgå alle forsamlinger i det offentlige rum med mere end fem personer, der ikke var fra samme familie eller husstand. Denne anbefaling blev fastholdt frem til den 7. maj, da anbefalingen blev revideret til, at man skulle undgå forsamlinger på mere end 20 personer (fortsat gældende medio oktober).

Den 14. august anbefalede Helsedirektoratet brug af mundbind i den offentlige transport ved trængsel i Oslo kommune og i fire kommuner øst for Oslo, hvor smitten var tiltagende. Brug af mundbind blev også anbefalet i offentlig transport hjem fra lufthavnen efter rejser, som medførte karantænepligt, og for personer, som var smittet eller havde symptomer på covid-19 under transport til og fra sundhedsinstitutioner eller teststeder. Det blev understreget, at brug af mundbind kun blev anbefalet »i enkelte situationer, i nogle geografiske områder og for en begrænset tidsperiode«[13], og at børn generelt ikke burde bruge mundbind.[14]

Af andre forvaltningsindgreb i indbyggernes lov- og grundlovsbestemte rettigheder og friheder kan nævnes lokale, kommunalt vedtagne rejse- og karantænebestemmelser. Når kommunernes indgreb medtages her, til trods for at notatets fokus ligger på de centrale myndigheder, skyldes det, at smittevernloven giver kommunerne en vigtig rolle i smitteberedskabet. De norske kommuners tiltag mod covid-19 må anses som funktionelt ækvivalent til en del af de indgreb over for indbyggerne, som regionale og nationale myndigheder har foretaget i andre lande. Set i det lys må kommunernes indsats beskrives i et vist omfang, for at sammenligningen på tværs af lande skal blive reel.

Efter smittevernlovens § 4-1 kan kommunalbestyrelsen imødegå »en almenfarlig smitsom sygdom« med bl.a. forbud mod møder og forsamlinger, lukning af daginstitutioner, skoler, detailhandel og andre virksomheder, hvor mennesker forsamles, standsning eller begrænsning af infrastruktur og isolering eller andre begrænsninger i personers bevægelsesfrihed.

12 »Situasjonen vi er i vil ta tid og er den nye normalen«, Helsedirektoratet, 11. marts 2020.

13 »Anbefaler bruk av munnbind i enkelte situasjoner«, Helsedirektoratet, 14. august 2020.

14 »Anbefaler munnbind på fulle busser og tog i Oslo og Indre Østfold-regionen«, Helse- og omsorgsdepartementet, 14. august 2020. Citat: »Børn i de nedre skoletrin (1. – 7. klasse) og de som er yngre end dette, anbefales ikke at bruge mundbind. Børn under to år skal ikke bruge mundbind overhovedet«.

Helse- og omsorgsdepartementet definerede covid-19 som en almenfarlig smitsom sygdom den 31. januar 2020 (se nedenfor). Kommuner vedtog i enkelte tilfælde lokale indgreb, der senere blev gjort landsdækkende af nationale myndigheder. Et eksempel er, at Oslo Kommune den 5. marts besluttede, at et stort idrætsarrangement (Holmenkollen skifest), som startede 2 dage senere, skulle afvikles uden publikum.[15] Et andet eksempel er, at landets to største kommuner om morgenen den 12. marts vedtog at lukke alle skoler (Oslo Kommune) og udskolingen og gymnasier (Bergen Kommune). Som nævnt blev beslutninger om skolelukning på nationalt niveau vedtaget og kundgjort senere samme dag. I andre tilfælde vedtog kommuner mere indgribende tiltag end det, som før eller siden har været besluttet nationalt. Et eksempel er Frøya Kommune, som den 16. marts forbød planlagte sammenkomster for personer fra forskellige husstande.[16] Mellem den 11. marts og den 8. september blev der fastsat 140 lokale (kommunale) forskrifter med hjemmel i smittevernlovens § 4-1 om kommunale karantænepåbud og begrænsninger i social omgang.[17] Norge har 356 kommuner.

De mest kontroversielle lokale forvaltningsindgreb i indbyggernes rettigheder og friheder var lukning af kommunegrænser. Kommuner forbød folk udefra at rejse ind i kommunen og/eller pålagde dem, der kom andre steder fra, at gå i 14 dages karantæne. Næsten alle kommuner i den nordligste del af landet vedtog lokale forskrifter for personer, der kom rejsende fra den sydlige del af landet. Kollektivt blev disse beslutninger omtalt som »søring-karantæne«, altså karantænepåbud rettet mod personer fra Sydnorge. Ifølge FHI havde »indrejseregler og karantæne mellem kommuner og landsdele … lille effekt på smittespredningen [og] i forhold til potentielle skadevirkninger, både med hensyn til frygt og frihed for den enkelte, anbefaler FHI derfor ikke at iværksætte sådanne tiltag«.[18]

Det var ikke kun regeringen og sundhedsmyndighederne, der opfordrede kommunerne til at trække rejsebegrænsningerne tilbage. Det samme gjorde den ledende arbejdsgiverorganisation NHO, den ledende arbejdstagerorganisation LO og kommunernes egen interesseorganisation KS.[19] Opfordringerne om at trække beslutningerne tilbage havde ikke den store effekt. Mange kommuner forlængede i stedet de aktuelle beslutninger. Regeringen forsøgte at få kommunale beslutninger ophævet igennem lovlighedskontrol hos Fylkesmanden (statens organ for opsyn med kommunerne)[20], justitsministeren bad politiet om ikke at prioritere håndhævelse, og rigsadvokaten bad regionale påtalemyndigheder om det samme.[21] Til trods for pres fra bl.a. arbejdsmarkedets parter holdt

15 Dette er en årlig skikonkurrence som samler flere titusinde tilskuere. Se nyhed: »Holmenkollen-rennene går uten publikum«, VG.no, 5. marts 2020.

16 »Forskrift om forebygging av koronasmitte i forbindelse med visse private sammenkomster og ansvar for arbeidsgivere, Frøya kommune, Trøndelag«, nr. 313 af 16. marts 2020. Forskriften er pr. 24. september stadig i kraft. Det kan nævnes, at kommuner også nedfældede vage retningslinjer som lokale forskrifter, hjemlet i smittevernlovens § 4-1. Som et eksempel på dette, nævner Hans Petter Graver Fauske kommune, som i forskrift nr. 357 af 12. marts 2020 besluttede, at »alle som oppholder seg i Fauske kommune skal ivaretage god og forsvarlig hånd-, hoste- og nysehygiejne«. Se endvidere Graver, H. P. (2020). *Pandemi og unntakstilstand. Hva Covid-19 sier om den norske rettsstaten.* Oslo, Dreyers forlag.

17 Baseret på tal fra retsdatabasen Lovdata.no.

18 »Folkehelseinstituttets anbefaling om lokale karantener og innreiseregler«, FHI, 19. marts 2020.

19 »Corona: NHO og LO: Folkehelseinstituttets anbefaling om lokale karantener og innreiseregler«, VG.no, 24. april 2020.

20 »Ordføreren reagerer på at »søringkarantenen« blir opphevet«, NRK.no, 1. april 2020.

21 »Søringkarantene: - Kan ikke straffes«, Dagbladet.no, 31. marts 2020.

regeringen sig fra formelt at nægte kommunerne at tage lokale karantæneregler og indrejserestriktioner i medfør af smittevernloven i brug. Regeringen nøjedes med at udgive en vejledning til kommunerne om sagen.[22] At regeringen ikke tog retlige skridt mod kommunerne i denne sammenhæng, kan skyldes, at det efter smittevernlovens § 4-1 er uklart, om regeringen og de nationale sundhedsmyndigheder kan tilsidesætte lokale forskrifter, som indfører strengere tiltag mod smittespredning end de nationale tiltag.

Det retlige grundlag

I modsætning til de fleste andre forfatninger[23] indeholder den norske grundlov ikke regler, som regulerer kriser i form af midlertidige undtagelser fra magtfordelingen eller menneskerettighederne. Der findes en vis historisk praksis for, at reglerne i Grunnloven kan fraviges i ekstreme krisesituationer med hjemmel i konstitutionel nødret.[24] Vilkårene for den slags nødret var imidlertid næppe opfyldt i forbindelse med covid-19, og myndighederne henviste ikke til dette retsgrundlag som grundlag for tiltagene. Undtagelser fra magtfordelingen, i form af at regeringen får kompetence til at ændre, supplere eller fravige lov, skulle derfor ske gennem delegering i lov givet af Stortinget. I Norge har det længe været accepteret, at Stortingets lovgivningsmyndighed efter Grunnlovens § 75 litra a sætter få grænser for delegering af lovgivende myndighed til regeringen.[25] Indgreb i menneskerettighederne i den norske grundlov eller internationale menneskerettighedskonventioner skal ske inden for rammerne af de enkelte rettigheder.[26] Ved fortolkning af menneskerettighederne i den norske grundlovs kapitel E vil norske domstole i stor grad fortolke Grunnloven i lys af parallelle rettigheder i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (EMRK) og andre menneskeretskonventioner.[27] I forbindelse med covid-19 har ti medlemslande i Europarådet givet meddelelse om derogation efter EMRK's artikel 15, men Norge er ikke blandt disse lande.[28]

Norsk lovgivning indeholder en række love, som inden for bestemte sektorer eller på tværs af sektorer giver regeringen særlige bemyndigelser til at løse forskellige typer kriser i ekstraordinære situationer i fredstid og i krigstid.[29] Trusler mod folkesundheden er hovedsagelig reguleret i to love: smittevernloven af 1994[30] og

22 »Rundskriv I-4 /2020 - Veileder til kommunene om lokale karanteneregler eller innreiserestriksjoner i forbindelse med utbruddet av Covid-19«, Helse- og omsorgsdepartementet, 29. marts 2020.

23 Se Christian Bjørnskov og Stefan Voigt, »The architecture of emergency constitutions«, i: *International Journal of Constitutional Law*, 2018, Vol. 16 No. 1, s. 101-127. Det norske Storting afviste i 2014 et forslag om at indføre hjemmel i grunnloven til at derogere fra menneskerettighetene, se Dokument 16 (2011-2012), »Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven«, s. 98.

24 Se generelt Ola Rambjør Heide (1998), *Konstitusjonell nødrett. Sett i lys av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen artikkel 15,* Oslo, Tano Aschehoug.

25 Se Eivind Smith (2017), *Konstitusjonelt demokrati,* 4. udg. Bergen, Fagbokforlaget, s. 210-212.

26 «Menneskerettsloven» (lov nr. 30 af 21. maj 1999). Loven inkorporerer EMRK og fire andre internationale menneskerettighedskonventioner som norsk lov og med fortrinsret frem for andre love ved modstrid.

27 Se Højesterets plenumsdom i HR-2016-2554-P (Holship), afsnit 82.

28 Albanien, Armenien, Estland, Georgien, Letland, Nordmakedonien, Moldova, Rumænien, San Marino og Serbien. Den fulde oversigt, »Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (ETS No. 5) Notifications under Article 15 of the Convention in the context of the COVID-19 pandemic«, findes på Europarådets sider: https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/webContent/62111354.

29 For en oversikt over regelværket for det norske beredskab, se »Når krisen inntreffer«, NOU 2019: 13, Justis- og beredskapsdepartementet.

30 Lov nr. 55 af 5. august 1994 »om vern mot smittsomme sykdommer«.

helseberedskapsloven af 2000.[31] Disse love har hidtil været det retlige grundlag for tiltagene for at bekæmpe covid-19.

Smittevernloven

Smittevernloven er en tværsektoriel lov, som pålægger kommuner, sundhedsvirksomheder, fylkesmænd og centrale sundhedsmyndigheder (Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) en række opgaver i forbindelse med smitteberedskab. Derudover giver loven særskilte bemyndigelser til kommuner og centrale sundhedsmyndigheder til at bekæmpe smitsomme sygdomme i udbrudssituationer. Dette omfatter regler om undersøgelse, smitteopsporing og vaccinering (smittevernlovens kapitel 3), tiltag til at forebygge eller begrænse smitte i form af bl.a. forsamlingsforbud, lukning af virksomheder, bevægelsesrestriktioner, karantæne, informations- og bistandspligter (kapitel 4), og pligter for smittede personer i form af isolation, tvungen lægeundersøgelse og andre tvangstiltag (kapitel 5).

Smittevernloven giver sundhedsmyndighederne hjemmel til at lave meget indgribende tiltag over for smittede og befolkningen i øvrigt. Efter § 1-5 er det et grundvilkår for alle smitteberedskabstiltag efter loven, at de »skal være baseret på en klar medicinfaglig begrundelse, være nødvendige af hensyn til smitteforebyggelse og fremstå tjenlig efter en helhedsvurdering«, og tvangstiltag »kan ikke bruges, når det efter sagens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmæssigt indgreb«. Det, vi uformelt kan kalde nedlukningen af Norge den 12. marts – i form af lukning af uddannelsesinstitutioner, karantænepligt og bevægelsesrestriktioner og isolation – blev gjort med hjemmel i § 4-1, som giver kommunerne lokalt og Helsedirektoratet nationalt vidtrækkende bemyndigelser til at lukke offentlige og private virksomheder og pålægge forsamlingsforbud, bevægelsesrestriktioner og isolation. Smittevernlovens § 8-1 giver også hjemmel til at pålægge straf i form af bøder og fængsel for brud på beslutninger eller forskrifter efter loven. I forbindelse med covid-19 har en række personer fået bøder for brud på karantænepligten.[32] Rigsadvokaten udsendte den 16. marts et cirkulære til anklagemyndigheden vedrørende håndtering af straffesanktionerede pålæg efter smittevernloven.[33] Her blev det anbefalet, at overtrædelse af forsamlingsforbud og karantæneregler normalt skulle medføre 20.000 kr. i bøde, mens brud på det såkaldte hytteforbud skulle medføre bøde på 15.000 kr.[34]

Som omtalt nærmere ovenfor er den norske smittevernlovs særkende et decentraliseret smitteberedskab. Et andet særkende ved smittevernloven er, at den giver et underordnet forvaltningsorgan, Helsedirektoratet, kompetence til at indføre nationale forebyggende tiltag mod smittespredning med meget indgribende konsekvenser for samfundet. I Norge er direktorater landsdækkende fagligt

31 Lov nr. 56 af 23. juni 2000 »om helsemessig og sosial beredskap«.

32 Se for eksempel »Oslo-mann fikk 20.000 kroner i bot for karantenebrudd«, Dagsavisen 18. august 2020. I et tilfælde af gentagne brud på karantænen, bad anklagemyndigheten om 18 dages ubetinget fængsel, men byretten i Oslo, Oslo tingret, gjorde fængselsstraffen betinget som følge av tilståelse, med tillæg af bøde på kroner 10.000. Se Oslo tingretts dom af 24. april 2020 (TOSLO-2020-61219).

33 Se »Koronavirus (Covid-19) – Riksadvokatens retningslinjer og direktiver« Riksadvokaten, 16. mars 2020.

34 Med tanke på en fremtidig vaccine mod covid-19, er det værd at bemærke, at smittevernloven § 3-8 giver Helse- og omsorgsdepartementet hjemmel til at beslutte at hele eller dele af befolkningen har pligt til at lade sig vaccinere og pålægge indgribende restriktioner i bevægelsesfriheden til personer som ikke er vaccineret.

styrede myndighedsorganer, som er underlagt et ministerium. Her adskiller smittevernloven sig fra lovgivningen i øvrigt, som lægger denne type af vigtige eller principielle beslutninger over til regeringen (kongen) i statsråd eller til ministerierne under ledelse af en ansvarlig minister (medlem af regeringen). Et eksempel er helseberedskapsloven, som vi drøfter nedenfor, hvor regeringen i statsrådet skal vedtage beslutning om at aktivere bemyndigelserne. Det skal understreges, at Helsedirektoratets kompetence efter smittevernloven ikke er delegeret kompetence fra regeringen, men en lovbestemt kompetence. Efter norsk ret er regeringen som udgangspunkt ikke afskåret fra at instruere et underordnet forvaltningsorgan i brug af lovbestemt kompetence.[35] Det er alligevel klart, at ordningen i smittevernloven i praksis gør det svært for regeringen at vedtage beslutninger i en akut situation. I mange tilfælde vil beslutninger vedrørende smitteberedskab skulle træffes hurtigt på grundlag af skiftende information og fagligt krævende vurderinger. Når loven lægger beslutningskompetencen over til Helsedirektoratet, har direktoratet ikke pligt til at informere regeringen om beslutninger på forhånd. Beslutningsprocessen er indrettet med det sigte, at Helsedirektoratet vedtager beslutninger. I en sådan situation vil regeringen i praksis have svært ved med kort varsel og uden fuld information at stoppe en beslutning, som Helsedirektoratet mener er nødvendig, og som haster. Såfremt regeringen havde været uenig i alle eller dele af de tiltag, der blev indført den 12. marts, ville regeringen have haft et meget kort tidsrum til at vurdere og eventuelt stoppe og ændre tiltagene, før de blev vedtaget. Resultatet af en sådan uenighed mellem regeringen og Helsedirektoratet ville kunne have medført, at tiltag mod covid-19 var blevet forsinket.

Et tredje og vigtigt særkende ved den norske smittevernlov er, at den giver både kommunerne og regeringen vidtgående myndighed til at regulere tiltag mod smittespredning i forskrifter. En forskrift indeholder generelle regler, som er bindende både for indbyggerne og for myndighederne (svarer til bekendtgørelser i Danmark).[36] Kompetencen til at udstede forskrifter kræver hjemmel i lov, og loven sætter grænser for, hvem der skal have kompetencen til at udstede forskrifter, og grænser for indholdet i disse. Fordi forskrifter er delegeret lovgivningsmyndighed og skal have hjemmel i lov, kan regeringen i udgangspunktet ikke udstede regler i forskrifter, som ændrer eller fraviger regler givet af Stortinget som love. Smittevernloven er imidlertid en undtagelse fra dette vigtige udgangspunkt for magtfordelingen mellem regeringen og Stortinget. I hastesager gives der i smittevernlovens § 7-12 kompetence til at udstede forskrifter »af lovgivningsmæssigt indhold« for at sikre folkesundheden og om nødvendigt »foretage afvigelser fra gældende lovgivning«. Det betyder, at regeringen med det formål at forebygge smittespredning er givet en bemyndigelse til at ændre love lavet af Stortinget, der går længere end på noget andet område i fredstid og lige så langt som beredskabsloven i krigstid. I forbindelse med covid-19 har regeringen benyttet hjemmelen i § 7-12 til at fastsætte de mest indgribende tiltag mod smittespredning såsom karantænepligt, isolationspligt, det såkaldte hytteforbud og

35 Se Eivind Smith (2002), »Instruksjonsmyndighet i den offentlige forvaltning og i ligningsforvaltningen«, i: *Stat og rett,* Oslo, Universitetsforlaget, s. 532.

36 For en kortfattet oversigt over begrebet *forskrift* i norsk forvaltningsret, se Store norske leksikon, https://snl.no/forskrift.

lukning af virksomheder,[37] og til at hjemle digital smitteopsporing.[38]

Smittevernloven har givet sundhedsmyndighederne de nødvendige hjemler til at bekæmpe selve udbruddet af covid-19. Loven er kun blevet ændret én gang for at give regeringen udvidede bemyndigelser. Stortinget tilføjede den 26. juni en midlertidig hjemmel for regeringen til at udstede forskrifter om isolation af personer, »som har eller efter en faglig vurdering antages at have covid-19« (§ 4-3 a). Bestemmelsen gælder til den 1. juli 2021.

Helseberedskapsloven

Den anden centrale lov i forbindelse med udbruddet af covid-19 er helseberedskapsloven. Denne lov regulerer sundhedsberedskabet i krigstid og fredstid og giver regeringen særlige bemyndigelser til at rekvirere ejendom, give ordre til sundhedspersonale og styre både offentlige og private virksomheder, som udbyder sundheds- og omsorgstjenester eller sociale servicer, fødevarelaboratorier, vandværker, apoteker og medicinalvirksomheder (§ 1-3). Efter § 1-5 skal regeringen i statsråd beslutte at aktivere bemyndigelserne i loven med virkning for 1 måned af gangen. I forbindelse med udbruddet af covid-19 aktiverede regeringen bemyndigelserne i helseberedskapsloven den 6. marts med virkning indtil den 6. april 2020. Regeringen delegerede bemyndigelser efter helseberedskapsloven til Helsedirektoratet.[39] Direktoratets brug af bemyndigelserne omtales nedenfor.

Koronaloven

Smittevernloven og helseberedskapsloven ser ud til at have givet regeringen og sundhedsmyndighederne de nødvendige hjemler til bekæmpelse af covid-19-udbruddet. Disse love kunne imidlertid ikke hjemle regeringens tiltag for at afbøde de økonomiske og sociale konsekvenser af tiltagene i smitteberedskabet. Der opstod derfor et behov for særregler og ændringer i gældende love. F.eks. var der behov for at tilpasse reglerne for sagsbehandling i Arbeids- og velfærdsetaten (NAV) til den voldsomme stigning i hjemsendelser og forskellige offentlige ydelser. Andre eksempler er behovet for ændringer af en række forskellige lovbestemte frister, som ikke længere kunne overholdes grundet tiltag mod smittespredning, f.eks. frister for afholdelse af generalforsamlinger og årsmøder i foreninger og revision af foreninger, aktieselskaber og kommuner, og tilpasning af lovgivningen for uddannelsessektoren som følge af lukningen af uddannelsesinstitutionerne og for at sikre sagsafvikling i domstolene.

I et ekstraordinært statsråd den 18. marts fremlagde regeringen et forslag til en midlertidig lov og forskriftshjemmel for at afhjælpe konsekvenserne af covid-19-udbruddet, den såkaldte koronalov.[40] Regeringen henviste til, at der i en krisesituation som covid-19-situationen kunne opstå behov for hurtige regelændringer, og at behandling i Stortinget ville vanskeliggøre dette. Lovens tilblivelse og begrænsninger omtales nærmere i afsnit 3.5. Et enstemmigt Storting vedtog de nødvendige beslutninger den 21. og 24. marts, og koronaloven blev

37 Forskrift nr. 294 af 15. mars 2002 »om karantene, isolasjon og forbud mot opphold på fritidseiendommer mv. i anledning utbrudd av Covid-19«. Forskrift nr. 470 af 27. mars 2020 »om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (Covid-19-forskriften)«.

38 Forskrift nr. 475 af 27. mars 2020 »om digital smittesporing og epidemikontroll i anledning utbrudd av Covid-19«.

39 »Delegering av myndighet til anvendelse av fullmaktsbestemmelsene i helseberedskapsloven«, vedtaget i statsråd 6. marts 2020.

40 Se Prop. 56 L (2019-2020).

stadfæstet i statsråd den 27. marts og trådte i kraft samme dag.[41] Samtidig vedtog Stortinget særskilte bestemmelser i forretningsordenen om behandling af forskrifter efter koronaloven.[42] Stortinget vedtog den 21. april at forlænge loven med 1 måned til den 27. maj 2020, men denne gang ikke enstemmigt.[43] Ved forlængelsen af loven blev domstolskontrollen styrket, ved at domstolene blev givet kompetence til at prøve, om forskrifter var forholdsmæssige og »forsvarlige«.[44] Loven og forskrifterne givet med hjemmel i loven blev ophævet automatisk den 27. maj 202 i kraft af lovens solnedgangsklausul.

Koronaloven medførte en omfattende overførsel af lovgivningskompetence til regeringen. Som nærmere omtalt senere i dette bilag blev den parlamentariske kontrol imidlertid væsentligt styrket under Stortingets behandling af koronaloven.

Erfaringen fra den periode, koronaloven var i kraft, viser, at regeringen, særlig i den første tid, vedtog en række forskrifter, som medførte ændringer i gældende lovgivning. Samtidig var Stortinget operativt og vedtog covid-19-relaterede love parallelt med regeringens forskrifter. I løbet af de 2 måneder, koronaloven var i kraft, vedtog regeringen 32 love med hjemmel i koronaloven,[45] mens Stortinget i samme periode vedtog 36 beslutninger, hvoraf 17 var love, som skulle afhjælpe negative konsekvenser af covid-19. Blandt disse var midlertidige ændringer i kommuneloven, som gav udvidet mulighed for elektronisk sagsbehandling og for at holde videomøder i fælleskommunale selskaber.[46] I forbindelse med forlængelse af loven den 21. april udtalte en samlet komité i Stortinget, at »Stortinget, i tiden efter at koronakrisen ramte os, har vist sig i stand til at behandle sager på meget kort tid. En række sager er blevet hastebehandlet af Stortinget«.[47] Set i bakspejlet er det imidlertid svært at sige om Stortingets hurtige lovbehandling betyder, at koronaloven var unødvendig. Det er vigtigt at huske, at et samlet Storting vurderede koronaloven som nødvendig i den første usikre fase efter indførelsen af tiltagene i smitteberedskabet den 12. marts.[48] Debatten ved indførelsen af koronaloven vedrørte i mindre grad, om loven var nødvendig, og i større grad, hvilke begrænsninger loven burde lægge på regeringens myndighed, se nedenfor. Derimod er der grund til at tro, at de positive erfaringer med hurtig lovbehandling i forbindelse med covid-19, sammen med den stærke kritik mod koronaloven, vil gøre, at Stortinget vil være tilbageholdende med at give en så vidtrækkende bemyndigelseslov på ny.

41 Se midlertidig lov nr. 17 af 27. mars 2020 »om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (koronaloven).«

42 Se Stortingets forretningsorden § 50 a, jf. Innst. 205 S (2019-2020).

43 Partierne Senterpartiet, Sosialistisk venstreparti og Rødt stemte imod forlængelse av loven.

44 Se koronaloven § 6: »Forskrift fastsatt i medfør af denne lov, kan ikke indskrænke adgangen til at bringe spørgsmål om beslutninger [norsk: *vedtak*] truffet i medfør af forskriften for domstolene. I en sådan sag kan retten prøve både lovligheten af den beslutning [norsk: *vedtak*] som er truffet, og af den forskrift den er truffet i medfør af. I prøving af lovligheten af forskriften kan domstolen prøve både tiltagets forsvarlighed og nødvendighed, herunder dets forholdsmæssighet, jf. også § 2«.

45 https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/forskrifter-etter-koronaloven/.

46 Se midlertidig lov nr. 27 af 17. april 2020 »om unntak fra kommuneloven, IKS-loven og partiloven (tiltak for å avhjelpe konsekvensene av utbruddet av Covid-19)«.

47 Se Innst. 240 L (2019-2020), s. 8.

48 I forarbejderne til koronaloven udtalte stortingskomitéen at den »erkender behovet for at regeringen må handle hurtigt.« Se Innst.204 L (2019-2020), s. 10.

Indgreb i personlige rettigheder og friheder
De norske tiltag i smitteberedskabet i forbindelse med covid-19 har medført indgreb i en række grundlæggende rettigheder og friheder. I Norge er menneskerettighederne beskyttet både i Grunnloven, som i kapitel E indeholder et relativt omfattende katalog af menneskerettigheder efter samme mønster som internationale konventioner, og på lovniveau gennem menneskerettighedsloven af 1999. Denne lov giver fem internationale menneskeretskonventioner, blandt dem EMRK og FN's konvention om borgerlige og politiske rettigheder, status som norsk lov med forrang frem for anden norsk lov. Norske domstole har efter Grunnlovens § 89 og langvarig praksis kompetence til at prøve, om både love og beslutninger i forvaltningen er i overensstemmelse med menneskerettighederne i Grunnloven og i de internationale menneskerettighedskonventioner. Både i EMRK og den norske grundlov er der vilkår om, at indgreb i menneskerettighederne har hjemmel i lov, har et legitimt formål og er nødvendige og proportionale.[49]

Karantænepåbuddene, pålæg om isolation for smittede og de lokale indrejseforbud rejser spørgsmål om forholdet til bevægelsesfriheden i Grunnlovens § 106 og EMRK's fjerde tillægsprotokol, artikel 2, og i nogle tilfælde også om beskyttelsen mod vilkårlig frihedsberøvelse i Grunnlovens § 94 og EMRK, artikel 5. Disse spørgsmål er endnu ikke blevet behandlet ved domstolene. For befolkningen som helhed var covid-19-tiltagene antagelig både nødvendige og forholdsmæssige for at opnå formålet med at redde liv og sundhed, som staten også har en positiv pligt til efter både Grunnloven og EMRK. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at de smitteforebyggende tiltag har virket særlig hårdt for visse udsatte grupper og har medført brud på menneskerettighederne. F.eks. indførte Kriminalomsorgsdirektoratet 14 dages isolation af alle nye indsatte i norske fængsler i strid med sundhedsmyndighedernes anbefalinger. Ombudsmanden for forvaltningen, som i Norge har ansvar for forebyggelse efter FN's torturkonvention, fandt, at dette tiltag ikke opfyldte de menneskeretslige krav til nødvendighed og forholdsmæssighed.[50] Et andet eksempel, som er afdækket for nylig, er, at mange norske kommuner misforstod de nationale retningslinjer tilbage i marts og indførte ulovlige besøgsforbud i omsorgsboliger og bofællesskaber for udviklingshæmmede.[51]

Forbuddet mod ophold på fritidsejendom, »hytteforbuddet« var et klart indgreb i ejendomsretten og retten til fri bevægelse. I den offentlige debat blev det også hævdet, at hytteforbuddet var grundlovsstridigt[52] og manglede lovhjemmel.[53] Heller ikke dette spørgsmål er blevet behandlet ved domstolene.

Et andet og meget omtalt forebyggende tiltag mod smittespredning, som rejste menneskeretslige problemstillinger, var Folkehelseinstituttets smittestopapplikation for mobiltelefoner. Appen med navnet Smittestopp blev annonceret den 27. marts, men først lanceret

49 For fortolkingen av den norske grundlov i lys af EMRK, se Højesterets dom i HR-2016-2554-P (Holship), afsnit 82.

50 Se Sivilombudsmannen, »Ivaretakelse av innsatte i fengsel under Covid-19-pandemien«, juni 2020.

51 »Flere kommuner innførte ulovlig besøksstans: – Misforståelse«, VG.no, 30. oktober 2020.

52 Se »Hytteforbudet strider mot Grunnloven« af Hans Petter Graver, Morgenbladet, 25. marts 2020 og Jon Wessel-Aas, der udtrykker sig kritisk til påtanden om grundlovsbrud i artiklen »"Hytteforbudet", smittevern og eiendomsretten«, rett24.no, 26. marts 2020.

53 Se »Hytteforbudet: Et juridisk kinderegg – og trolig ugyldig«, Hans Fredrik Marthinussen, Rett24.no, 3. april 2020.

den 16. april.[54] Appen skulle varsle om smittede i nærheden og lette arbejdet med smitteopsporing. For at give hjemmel til indsamling og behandling af personoplysninger vedtog regeringen en forskrift om digital smitteopsporing med hjemmel i smittevernlovens § 7-12.[55] Datatilsynet krævede imidlertid, at brug af appen skulle være frivillig af hensyn til privatliv og databeskyttelse.[56] Senere, den 8. maj, gav Datatilsynet også pålæg om en behandlingsprotokol for at opfylde kravene i EU's databeskyttelsesforordning og om mangler i dokumentationen af risiko- og sårbarhedsanalyser.[57] Appen blev ikke en succes i befolkningen og nåede aldrig målet om 60 pct. brugere over 16 år.[58] Datatilsynet udsendte den 12. juni varsel om midlertidigt forbud mod at behandle personoplysninger i appen Smittestopp.[59] Begrundelsen var bl.a., at lav smitteudbredelse og lav opslutning om smittestopappen gjorde indgrebet i privatlivets fred uforholdsmæssigt. Den 28. september meddelte Folkehelseinstituttet, at de på opdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vil udvikle en ny løsning for digital smitteopsporing.[60]

Blød regulering

De retlige tiltag mod covid-19 i form af retligt bindende beslutninger og forskrifter er blevet suppleret med en række ikke-bindende anbefalinger, forventninger og vejledninger rettet mod statslige og kommunale myndigheder, private virksomheder og befolkningen. Efter smittevernloven har Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet et særligt ansvar for denne aktivitet. Helsedirektoratet omtaler selv den slags anbefalinger og vejledninger som »normative produkter«, som beskriver nationale sundhedsmyndigheders opfattelse af, hvad der er god faglig praksis, hvordan relevant lovgivning skal fortolkes, og hvilke prioriteringer der overholder den vedtagne politik for forebyggelse af smittespredning.[61] Et eksempel er vejledninger for smitteforebyggelse, som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har givet for en række forskellige sektorer.[62] Bag Helsedirektoratets anbefalinger og råd ligger der en trussel om retligt bindende beslutninger med hjemmel i smittevernlovens § 4-1, stk. 2. Et eksempel er Helsedirektoratets brev af 2. oktober 2020 til alle landets kommuner og fylkesmænd, som udtrykte »nationale forventninger til kommunernes håndtering af udbrud af covid-19«. I dette brev anbefalede Helsedirektoratet en række tiltag i tilfælde af lokale udbrud af covid-19 og tilføjede: »Dersom enkelte kommuner eller kommuner i en region med højt smittepres ikke iværksætter nødvendige tiltag, vil regeringen på baggrund af råd fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vurdere opfølgning og om nødvendigt vedtage tiltag for enkelte dele af

54 »Utvikler app for smitteoppsporing«, FHI.no, 27. marts 2020 og kronikken »App for smittesporing: Nytt virkemiddel i en vanskelig tid« af FHI, VG.no, 27. marts 2020.

55 Forskrift nr. 475 af 27. marts 2020 »om digital smittesporing og epidemikontroll i anledning utbrudd av Covid-19«.

56 »Ny sporings-app for å hindre koronasmitte«, Datatilsynet, 27. marts 2020.

57 »Smittestopp-app får varsel om pålegg«, NRK.no, 12. maj 2020.

58 »Bare én av fem deler data fra Smittestopp-appen«, NRK.no, 4. maj 2020.

59 »Varsel om vedtak om midlertidig forbud mot å behandle personopplysninger - appen Smittestopp«, brev fra Datatilsynet til FHI, 12. juni 2020.

60 »Starter arbeid med ny løsning for digital smittesporing«, FHI, 28. september 2020.

61 Se »om Helsedirektoratets normerende produkter«, Helsedirektoratet.no, først publiceret 6. februar 2020.

62 Der er udgivet vejledninger for idrætsliv, skoler og daginstitutioner, luftfart, offentlig transport, krydstogtsbranchen, rejseliv på Svalbard, hjemmekontor og arbejdsplasser og sundhedsvirksomheder og domstolene. Folkehelseinstituttet har udgivet en generel »coronavejledning«, som henvender sig både til befolkningen, sundhedstjenesterne og forskellige sektorer og erhvervsgrupper, se mere på FHI.no/nettpub/coronavirus/.

landet i tråd med smittevernloven for at sikre, at man tager kontrol over smittespredningen«.[63] Et konkret eksempel er Oslo Kommune, som i slutningen af september indførte påbud om brug af mundbind i den offentlige transport efter stærkt pres fra helse- og omsorgsministeren og de nationale sundhedsmyndigheder.[64]

Den slags normer er også blevet påberåbt på politisk niveau over for befolkningen. Både regeringen og kommuner har opfordret befolkningen til at vise solidaritet og til at følge sundhedsmyndighedernes anbefalinger for at bekæmpe covid-19. Et eksempel er helse- og omsorgsminister Bent Høie, som i et læserbrev i avisen VG den 11. marts 2020 indkaldte befolkningen til »dugnad« mod Covid-19.[65] Dugnad er en norsk tradition for frivilligt, ubetalt arbejde, som bliver udført i fællesskab.[66]

Foranstaltninger i sundhedssektoren og ældreomsorgen

Den 31. januar definerede Helse- og omsorgsdepartementet covid-19 som en »almenfarlig og smitsom sygdom« og delegerede i tråd med *Nasjonal helseberedskapsplan* til Helsedirektoratet at koordinere sundheds- og omsorgssektorens indsats mod covid-19.[67] I henhold til *Nasjonal helseberedskapsplan* (s. 21) skal Helsedirektoratet »som hovedregel« få delegeret »myndighed fra Helse- og omsorgsdepartementet til at koordinere sundhedssektorens indsats i kriser«.[68] Tilsvarende den skelnen mellem liste A- og liste B-sygdomme, der er i Danmark, skelner smittevernloven i Norge mellem »smitsomme« og »almenfarligt smitsomme« sygdomme, og smittevernloven har særlige regler, som gælder for sidstnævnte.[69] Med indlemmelsen af covid-19 var 38 sygdomme defineret som almenfarligt smitsomme i Norge den 31. januar 2020.[70]

Tiltagene for at sikre kapacitet i sundhedssektoren havde to sider: udstyr og personale. Når det gælder udstyr, blev Helse- og omsorgsdepartementet den 28. februar 2020 bemyndiget (efter smittevernloven) til at fastsætte regler om rationering og eksportforbud for at sikre

63 Se Helsedirektoratets brev af 2. oktober 2020: »Nasjonale forventninger til kommunenes håndtering ved utbrudd av covid-19«.

64 Se »Oppgjør om smittetiltak i Oslo: – Jeg synes helseministeren gikk for langt. Det er uklokt«, Aftenposten.no, 28. september 2020 og »Notat fra FHI og Helsedirektoratet om vurdering og aktuelle tiltak ved økt forekomst av Covid19 i Oslo« af 25. september 2020.

65 »Innkalling til dugnad«, VG.no, 11. marts 2020.

66 Se Store norske leksikon, https://snl.no/dugnad.

67 »Delegert myndighet i forbindelse med koronavirus-utbruddet«, Helse- og Omsorgsdepartementet 31. januar 2020.

68 Nasjonal helseberedskapsplan findes tilgængelig på Helse- og omsorgsdepartementets netsider: https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/planer/helseberedskapsplan_010118.pdf

69 Ifølge smittevernloven § 1-3, nr. 1, regnes som smitsom sygdom »en sygdom eller smittebærertilstand som er forårsaget af mikroorganismer eller andre smittestoffer som kan overføres fra, til eller mellem mennesker«. En almenfarlig smitsom sygdom regnes efter nr. 3 som »en sygdom som er særlig smitsom, eller som kan optræde hyppigt, eller har høj dødelighed eller kan give alvorlige eller varige skader, og som a) almindeligvis fører til langvarig behandling, eventuelt hospitalsindlæggelse, langvarigt sygefravær eller rekonvalescens, eller b) kan få så stor udbredelse at sygdommen bliver en væsentlig belastning for folkesundheden, eller c) udgør en særlig belastning fordi der ikke findes effektive forebyggende tiltag eller helbredende behandling for den.« Om en smitsom sygdom defineres som en almenfarlig smitsom sygdom afgør om lovens bestemmelser om bl.a. ret til smitteforebyggende hjælp, pligter for smittede personer, tvangstiltag, isolering og smittesanering kommer til anvendelse. (...) Straffelovens bestemmelser om smitteoverføring og smittefare er også tilknyttet almenfarlige smitsomme sygdomme. For mere info, se FHI, »Lovverk og smittevern - veileder for helsepersonell«, publiceret 19. februar 2010, opdateret 1. juli 2019.

70 Se smittevernloven § 1-4 jf. forskrift nr. 100 af 1. januar 1995 »om allmennfarlige smittsomme sykdommer«. Listen over sygdomme kan ses på FHI.no, publiceret 6. november 2018, opdateret 29. februar 2020.

tilstrækkelig adgang til lægemidler, medicinsk udstyr, mundbind og andet udstyr.[71] For at forbedre sundhedstjenesternes adgang til værnebriller, handsker, mundbind og andre værnemidler blev der den 13. marts givet undtagelse fra normale kvalitetskrav (CE-mærkning); et tilsvarende tiltag blev den 25. marts gennemført i EU.

Som nævnt ovenfor blev Helsedirektoratet den 6. marts bemyndiget af regeringen efter helseberedskapsloven til at pålægge tjenestepligt eller beordre personale til at arbejde ud over ordinær arbejdstid.[72] Den 12. marts blev der indført forbud mod at rejse udenlands for sundhedspersonale med patientkontakt. Begrundelsen var at sikre personalekapaciteten i sundhedsvæsenet i en situation med mange syge på samme tid (videreført den 27. marts, ophævet den 7. maj). Da skoler og daginstitutioner lukkede den 12. marts, understregede Helsedirektoratet, at fysisk skole- og dagtilbud til børn af forældre ansat i sundheds- og omsorgstjenesten stadig skulle holde åbent, sådan at forældrene kunne blive ved med at møde på arbejde i stedet for at være hjemme.[73] Med hjemmel i helseberedskapsloven lavede regeringen også regler om licens til sundhedsfaglige studerende, så de kunne yde sundhedspleje i arbejdet mod covid-19. Af blødere tiltag for at sikre tilstrækkelig personale i sundhedsvæsenet kan det nævnes, at Helse- og omsorgsdepartementet den 17. marts opfordrede læger til at gennemføre patientkonsultationer digitalt og ikke fysisk for at hindre, at lægerne blev udsat for smitte.

Kapaciteten og strategien for testning for covid-19 blev som omtalt i ovenfor ændret i løbet af foråret 2020. Sundhedsvæsenets testkapacitet var begrænset i marts og april. I begyndelsen af udbruddet, den 13. marts, skulle testning forbeholdes visse patientgrupper og sundhedspersonale med luftvejssymptomer. Det medførte, at tusindvis, som ønskede at blive testet for covid-19, blev afvist.

En uge senere, den 20. marts, blev der også åbnet for testning af personer med symptomer på covid-19, som samtidig boede på plejehjem eller var over 65 år og havde en underliggende, kronisk sygdom. Fra den 29. april blev der åbnet for at teste alle tilfælde, hvor en læge havde mistanke om covid-19. Fra den 12. august blev alle, som havde ønske om det, testet. En lægelig vurdering var ikke længere påkrævet.

Ansvaret for prøvetagning ligger hos kommunerne på grund af deres ansvar for smitteforebyggelse efter smittevernloven. Fylkesmandsembederne skal være bindeled mellem stat og kommune og vejlede og føre tilsyn med kommunernes beredskabsplanlægning (*Nasjonal helsebereskapsplan*, afsnit 4.11).

Samme dag som det fik delegeret ansvaret for at koordinere sundhedsvæsenets covid-19-indsats, den 31. januar, sendte Helsedirektoratet et brev til landets regionale sundhedsvirksomheder og fylkesmandsembeder. De regionale sundhedsvirksomheder fik i opdrag at følge op på, om sundhedsvirksomhederne i deres region havde opdaterede og fungerende beredskabs-

71 Kongelig resolution nr. 20/535 af 28. februar 2020: »Delegasjon av Kongens myndighet av lov av 5. august 1994 nr. 55 om smittsomme sykdommer (smittevernloven) § 7-12 til Helse- og omsorgsdepartementet«.

72 Kongelig resolution nr. 20/1082 af 6. marts 2020 »Beredskapstiltak for å sikre liv og helse – utbrudd av koronavirus – anvendelse av fullmaktsbestemmelsene i lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap«.

73 Skole- og dagtilbud skulle også opretholdes for børn af forældre i andre såkaldte kritiske samfundsfunktioner, såsom forsvar, lov og orden, styring og kriseledelse, apoteker, transport og elforsyning.

planer for forebyggelse af smittespredning.[74] Og det hastede. Efter 1 uge (den 7. februar) skulle de regionale sundhedsvirksomheder og fylkesmænd rapportere til Helsedirektoratet, hvilke sundhedsvirksomheder og kommuner der havde mangler ved deres smitteberedskabsplaner, og hvilke forbedringstiltag de havde iværksat. Det viste sig, at 74 af landets 356 kommuner manglede eller havde en dårlig eller forældet beredskabsplan for forebyggelse af smittespredning, og disse måtte umiddelbart udarbejde nye eller bedre planer. Ifølge sundhedsdirektøren havde »de aller, allerfleste« kommuner fået adækvate planer på plads pr. 2. april.[75]

Efter smittevernlovens § 7-10 kan Helsedirektoratet beslutte, at kommuner skal organisere eller udføre nærmere bestemte tjenester eller tiltag, når det er nødvendigt for at sikre forebyggelse af smittespredning. Den 24. april besluttede Helsedirektoratet, at alle kommuner inden udgangen af maj skulle have etableret kapacitet til at teste 5 pct. af kommunens indbyggere for covid-19 pr. uge. Dette var et kapacitetsniveau, de fleste kommuner lå langt fra. For at få tilstrækkeligt personale til prøvetagning foreslog direktoratet, at kommunerne kunne »omrokere« ansatte og vurdere »brug af frivillige« (såsom Røde Kors) eller hyre eksempelvis studerende, afskedigede eller vagtselskaber".[76] Den 7. maj, 2 uger senere, modificerede direktoratet instruksen noget, og kommunerne fik besked om, at »en prøvetagningskapacitet på omkring 1,5 pct. af befolkningen ugentlig formentlig vil dække behovet for de fleste kommuner … over sommeren«. Kommunerne skulle alligevel have »en fleksibilitet i organiseringen« for »hurtigt at kunne nå et niveau på 5 pct. af kommunens befolkning ugentlig, hvis behovet skulle tilsige det«.[77] I august påpegede Helsedirektoratet, at 1,5 pct. var en tilstrækkelig testkapacitet.[78] For en folkerig kommune som Oslo var også 1,5 pct. et krævende mål. Den 11. august havde Oslo Kommune kun det halve af den kapacitet.[79]

I sin redegørelse til Stortinget om coronavirus den 10. marts udtalte helse- og omsorgsministeren følgende om intensivkapaciteten ved norske hospitaler: »Der er ca. 400-450 intensivpladser i daglig brug ved norske sygehuse. …1.400 er det maksimale antal tilgængelige intensivpladser i en kritisk situation, hvis alle tilgængelige respiratorer tages i brug, hvilket samtidig vil indebære en midlertidig standsning af planlagt operationsvirksomhed ved alle hospitaler«.[80] Andre overslag var lavere end regeringens. I juni lagde stortingsrepræsentanter fra Arbeiderpartiet til grund, at 925 var det maksimale antal tilgængelige intensivpladser.[81]

---

74 Se Helsedirektoratets brev af 31. januar 2020: »Oppdrag til de regionale helseforetak og fylkesmennene om smittevernberedskap i forbindelse med nytt coronavirus nCoV-2019«.

75 »Hver femte kommune sto uten god plan for smittevern tre uker før koronakrisen«, Aftenposten.no, 2. april 2020.

76 Se Helsedirektoratets brev til alle kommuner af 24. april 2020: »Utvidelse av prøvetakingskapasiteten for Covid-19 i alle kommuner - oppdrag fra Helsedirektoratet«.

77 Se Helsedirektoratets brev til alle kommuner af 7. maj 2020: »Utfyllende informasjon til kommunene vedrørende oppdrag om utvidelse av prøvetakingskapasiteten ved Covid-19«.

78 »Tilstrekkelig med 1,5% testkapasitet i dagens situasjon«, Helsedirektoratet 12. august 2020.

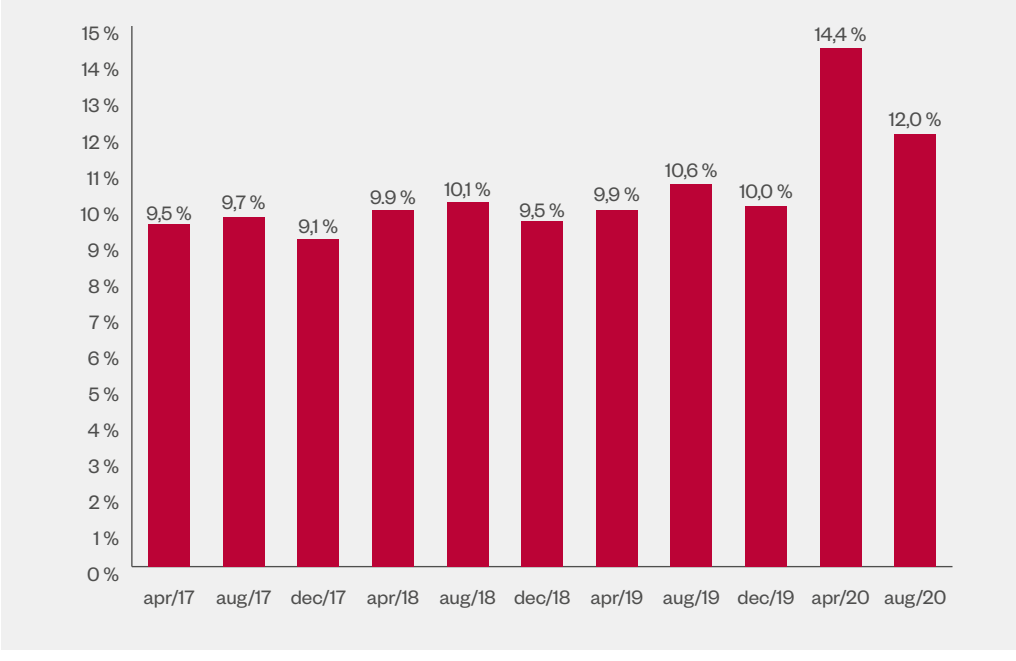
79 »Oslo kan berre koronateste halvparten så mange som kravet frå Høie«, NRK.no, 11. august 2020.

80 Stortinget, referat fra møte 10. marts 2020, sag nr. 2: »Redegjørelse av helse- og omsorgsministeren om koronaviruset«. I overslaget på 400-450 indgik både ordinære intensivpladser og den andel af landets intermediære sengepladser som var så avancerede at de kunne bruges som intensivpladser. Se også »Corona-viruset: Her er det høyest og lavest kapasitet på sykehusene«, VG.no 21. marts 2020.

81 Se Representantforslag 144 S (2019–2020), Stortinget 18. juni 2020.

Covid-19-indsatsen har påvirket sundhedsvæsenets kapacitet til at håndtere andre patientgrupper. En måde at måle dette på er at sammenligne forsinkelser i behandling på forskellige tidspunkter. Helsedirektoratets »passeret planlagt tid«-register opdateres kvartalsvis og giver oversigt over patientaftaler, som er forsinkede i forhold til tidspunktet registreret i patientdatasystemet.[82] Andelen af patientaftaler, som var forsinkede, var 14,4 pct. i andet kvartal 2020. Det var et betydeligt hop i forhold til alle tidligere målinger (siden 2017). Det normale har været, at ca. 10 pct. af patientaftalerne er forsinkede. I tredje kvartal var andelen 12 pct., hvilket indikerer, at sundhedsvæsenet havde indhentet en del af forsinkelserne, se figur 8.

Figur 8: Andelen af patientaftaler, der har passeret planlagt tidspunkt, Q2 2017-Q3 2020



Kilde: Helsedirektoratet, »Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten/Passert planlagt tid«.

Målt i forhold til andel af patientkontakter var den covid-19-relaterede stigning i forsinkelser pr. andet kvartal stor på fagområderne fysioterapi/rehabilitering og plastikkirurgi, mens der ikke var nogen stigning i andelen af forsinkelser på fagområderne lungesygdomme og børnesygdomme. Målt i forhold til volumen var det inden for fagområderne øre-næse-hals,

82 »Nasjonale styringsmål for spesialisthelsetjenesten/Passert planlagt tid«, Helsedirektoratet, første gang publiceret: 20. maj 2020.

ortopædisk kirurgi og øjensygdomme, at brud på fristerne steg mest i denne periode.[83] Den covid-19-relaterede stigning i forsinkelser var pr. andet kvartal størst i den mest folkerige region, Helse Sør-Øst, hvis vi måler forsinkelser i forhold til volumen. Procentvis var stigningen størst i Helse Nord.

Statistik for aktivitet ved somatiske hospitaler viser følgende hovedtal:[84]

- Omtrent 1,5 millioner patienter blev behandlet ved somatiske hospitaler de 8 første måneder i 2020, en nedgang på 5,5 pct. sammenlignet med samme periode i 2019.
- Lige under 480.000 døgnophold. Nedgang på 10, 3 pct.
- Lige over 190.000 dagbehandlinger. Nedgang på 13, 5 pct.
- Omtrent 3.840.000 ambulante kontakter. Nedgang på 7,5 pct.

Bemærk, at nedgang i antallet af behandlinger ikke relateret til covid-19 kan have andre forklaringer, end at covid-19 har forskudt andre behandlinger. Et studie publiceret i det videnskabelige tidsskrift *Circulation* viste en halvering af antallet af indlæggelser ved Akershus Universitetssykehus under covid-19-epidemien.[85] Ifølge en af forfatterne bag studiet skyldtes nedgangen ikke, at syge mennesker, som burde have været på hospitalet, holdt sig væk af frygt for smitte, men at samfundet som følge af de forebyggende tiltag mod smittespredning var nærmest fri for almindelig influenzasmitte: »Dermed er der mindre betændelse. Og vi ved at betændelsesreaktioner i kroppen giver en øget risiko for infarkt«.[86]

Tidsfrister, såkaldte fristkrav, spiller en betydelig rolle i styringsrelationerne mellem Helse- og omsorgsdepartementet, regionale sundhedsvirksomheder, sundhedsvirksomheder og de enkelte hospitaler. Da sundhedsvæsenet skulle prioritere kapacitet til covid-19, blev det vanskeligt at møde fristkravene. I slutningen af marts blev disse frister derfor forlænget eller ophævet, f.eks. blev den frist, sundhedsvæsenet har i forhold til at vurdere en patient, forlænget fra 10 til 30 dage. Helseministeren udtalte, at »Vi skal nedprioritere det, som kan vente uden alvorlige konsekvenser«.[87]

Den norske ordning med såkaldt frit behandlingsvalg indebærer, at den enkelte patient uden meromkostning kan vælge, om behandlingen skal ske på det nærmeste offentlige hospital, på et andet offentligt hospital eller på et privathospital. At vælge behandling ved et privathospital giver ikke meromkostninger for den enkelte patient, da privathospitaler modtager betaling fra det offentlige pr. behandling, de gennemfører. Da offentlige hospitaler aflyste patientaftaler for at prioritere kapacitet til covid-19-tilfælde, flyttede mange patienter den planlagte behandling til privathospitaler. Privathospitaler satte kosmetiske operationer og fedmeoperationer i bero og overtog behandlinger, som oprindelig var planlagt gennemført ved offentlige hospitaler. Henimod slutningen af marts mente helseministeren, at »sundhedsressourcerne må ses under ét og bruges lige«, og at det var »forkert,

83 »274.000 fikk utsatt behandling. Disse pasientene er hardest rammet«, Aftenposten 25. juni 2020.

84 »Aktivitet i somatiske sykehus, spesialisthelsetjenesten«, Helsedirektoratet, første gang publiceret 6. marts 2019.

85 Myhre, PL, I Grundvold, TH Paulsen, T Omland, & H Schirmer (2020): «Cardiovascular Hospitalizations, Influenza Activity and COVID-19 Measures» i: *Circulation*: https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.049118

86 »Halvering av hjerteinnleggelser under pandemien«, Dagens Medisin 11. september 2020.

87 »Pasienter kan ikke lenger velge behandling på private sykehus på det offentliges regning«, Aftenposten.no 27. marts 2020.

hvis patienter får en behandling i det private på det offentliges regning, og andre ikke« (Op. cit.). Ordningen med behandlingsvalg blev derfor suspenderet fra den 27. marts for simple, somatiske indgreb; noget, de private hospitaler mente var »meningsløst«, eftersom de besad »kompetence og kapacitet uden at den bliver benyttet«.

Ældreomsorgen

Den 29. februar publicerede FHI en vejledning med råd til plejehjem under covid-19-pandemien[88] og den 7. marts en vejledning med råd til sundheds- og omsorgstjenester i hjemmet og tilpassede boliger under covid-19-pandemien.[89] Vejledningerne indeholdt generelle råd vedrørende forebyggelse af smittespredning (eksempelvis at ansatte skal forlade arbejdsstedet umiddelbart ved symptomer, holde sig hjemme og testes så snart som muligt), råd om organisering (eksempelvis at ansatte burde have én arbejdsplads og arbejde i én afdeling og undgå rotation i teams og beboere), henvisning til karantænepligt og råd om opfølgning af beboere ved mistanke om eller bekræftet covid-19. Vejledningerne blev opdateret flere gange i løbet af perioden med covid-19. F.eks. er vejledningen om plejehjem blevet opdateret 23 gange frem til den 4. september.

Den 6. marts anbefalede Helsedirektoratet restriktioner i besøgsadgangen til plejehjem, døgnhjemmepleje og døgnvagt. Den 12. marts blev der indført national adgangskontrol og almindeligt besøgsstop på plejehjem. Efter dette indførte mange af landets kommuner besøgsforbud på plejehjem.[90] Den 4. maj udtalte helseministeren, at mange kommuner og plejehjem praktiserede adgangskontrollen for restriktivt, og bad om, at det i stedet blev tilrettelagt sådan, at pårørende kunne besøge deres gamle og syge på en forsvarlig måde i forhold til smittehensyn.

Samfundsøkonomiske tiltag

Hjælpepakker

Regeringen indførte en lang række tiltag for at håndtere de økonomiske konsekvenser af pandemien. Regeringen har omtalt de samfundsøkonomiske tiltag som grupperet i tre runder, ud fra hvornår de startede.[91] Første runde, som startede den 12. marts, handlede om at løse akutte økonomiske udfordringer, at sikre indtægt til arbejdstagere og at sikre likviditet til virksomheder for at undgå masseafskedigelser og konkurser. Til første runde/fase hørte bl.a. følgende tiltag:

- Regler om sygefravær blev ændret, sådan at arbejdsgiver kun betaler sygedagpenge for de første 3 dage med sygefravær mod normalt 16 dage med arbejdsgiverbetalt periode, før staten overtager.[92]
- Reglerne om hjemsendelser blev ændret, sådan at staten overtager indtægtssikringen

88 »Råd til sykehjem under covid-19-pandemien«, FHI, Publiceret 29. februar 2020, senest opdateret 22. september 2020.

89 »Råd ved helse- og omsorgstjenester i privat bolig og private hjem i samlokaliserte omsorgsboliger mv.«, FHI, publiceret 7. marts 2020, senest opdateret 9. november 2020.

90 »Ingen smittetilfeller i kommunen – likevel besøksforbud på sykehjem«, Kommunal Rapport 4. september 2020.

91 »Nye økonomiske tiltak for å dempe de økonomiske virkningene av virusutbruddet«, Finansdepartementet, pressemeddelelse nr. 24, 3. april 2020.

92 »Nye regler om koronarelatert sykefravær og egenmelding«, Arbeids- og sosialdepartementet, pressemeddelelse nr. 8, 20. marts 2020.

af den hjemsendtes indtægtssikring fra dag 3 mod normalt dag 16.[93]
- For at bedre virksomhedernes likviditet satte staten midler af til en obligationsfond og til garanti for nye lån på markedet.[94]
- Skatte- og afgiftssatser og tilhørende regler og frister blev ændret for virksomheder og selvstændige, f.eks. må virksomheder tilbageføre underskud i 2020 mod beskattet overskud fra 2018 og 2019. Arbejdsgiverbidraget blev midlertidigt reduceret og frister for indbetaling af forskudsskat, arbejdsgiverbidrag, merværdiafgift og særafgifter blev udsat.[95]
- Ekstra overførsler til kommunerne for at kompensere for merudgifter.[96]

I runde 2, som startede i april, blev mange af tiltagene fra første runde udvidet, og nye tiltag blev indført rettet mod brancher og virksomheder, som var specielt hårdt ramt af virusudbruddet. Centrale tiltag var:

- Kompensationsordning for virksomheder som har mindst 30 pct. fald i omsætningen sammenlignet med samme måned året før.[97] Den 25. september havde over 33.000 virksomheder modtaget støtte, og samlet var der udbetalt over 6 mia. kr. via ordningen. Overnatningssteder og restaurationsbranchen var de brancher, der modtog mest.[98]
- Lønkompensation til virksomheder, som tager hjemsendte tilbage i arbejde.[99]
- Perioden for hjemsendelse blev udvidet fra 26 til 52 uger for at modvirke afskedigelser.[100]
- Tiltag rettet mod enkeltbrancher som daginstitutioner (kompensation for bortfald af forældrebetaling), flyselskaber (statslig lånegaranti), togselskaber (køb af tjenester) og kulturlivet (kompensation for bortfald af billetindtægter).
- Diverse midlertidige afgiftsfritagelser (eksempelvis for naturgas) og udskudt indbetaling af afgifter (eksempelvis for bryggeribranchen).
- For oliebranchen blev der indført skattefradrag for investeringer i 2020 og 2021 og en ordning for udbetaling af skatteværdien af underskud i 2020 og 2021.[101]
- Kommunesektoren fik tilført betydeligt øgede midler i fase 2[102], og der blev nedsat en arbejdsgruppe med deltagere fra ministerier

93 »Slik blir endringene i permitterings- og dagpengeregelverket«, Arbeids- og sosialdepartementet, pressemeddelelse nr. 7, 20. marts 2020. Det var ikke kun lavere kostnader, der bidrog til at virksomhederne permitterede ansatte, det gjorde sandsynligvis øget dækningsgrad for arbejdstakere også: De fik nu fuld lønkompensation (indtil 6G) de første 20 dage mod 16 dage normalt. (»G« står for »folketrygdens grundbeløb«.)

94 »Garanti- og låneordninger for bedre likviditet i bedriftene«, Finansdepartementet nr. 8, 20. marts 2020.

95 »Tiltakspakker i forbindelse med koronasituasjonen«, Skatteetaten, senest opdateret 13. november 2020. Se også »Samlede skatte- og avgiftstiltak for å møte virkningene av Covid-19-utbruddet«, nyhedsbrev fra Advokatfirmaet BAHR 21. maj 2020.

96 »250 millioner kroner ekstra til kommunene i 2020«, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, pressemeddelelse 19. marts 2020.

97 »Foretak med minst 30 % omsetningsfall kan få kompensasjon«, Finansdepartementet, pressemeddelelse nr. 22, 2. april 2020.

98 »Bedrifter som har fått tildelt støtte«, E24.no, 25. september 2020.

99 »Lønnsstøtteordning for å ta permitterte tilbake i jobb«, Finansdepartementet 5. juni 2020.

100 »Utvider permitteringsperioden til 52 uker«, Arbeids- og sosialdepartementet, pressemeddelelse 13. august 2020.

101 »Tiltak for olje- og gassnæringen og leverandørindustrien«, Statsministerens kontor, pressemeddelse nr. 76, 30. april 2020.

102 »6,15 milliarder kroner mer til kommunesektoren«, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, pressemeddelelse 20. april 2020.

og kommunesektoren for at vurdere yderligere kompensationer.[103]

Det samlede omfang af de covid-19-relaterede samfundsøkonomiske hjælpetiltag er svært at anslå. Omfanget vil til dels være afhængigt af, hvordan ordningerne bruges, f.eks. hvor mange der ansøger om kompensation og fradrag og får disse ansøgninger bevilget. Den 21. september oplyste regeringen: »De coronarelaterede tiltag, som er lagt frem i 2020, beløber sig tilsammen til omtrent 125 mia. kr. … Dertil kommer øgede omkostninger til dagpenge og sygedagpenge samt lavere skatteindtægter«.[104]

En tredje runde/fase med samfundsøkonomiske hjælpetiltag er varslet – uden nærmere specificering af tidspunkt eller konkrete tiltag. Disse tiltag skal øge aktiviteten i økonomien, når virusudbruddet går tilbage og smitteberedskabet nedjusteres. I maj 2020 nedsatte regeringen et såkaldt NOU-udvalg, som skal rådgive regeringen om tiltag til værdiskabelse, produktion, beskæftigelse og velfærd efter pandemien.

Samfundsøkonomiske effekter

Aktiviteten i norsk økonomi faldt brat efter indførelsen af smitteforebyggende tiltag den 12. marts. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) gik bruttonationalproduktet (bnp) for Fastlandsnorge ned med 7,0 pct. i marts og 4,6 pct. i april. Efter den gradvise genåbning af samfundet steg bnp med 2,4 pct. i maj, 3,7 pct. i juni, før den økonomiske »indhentning stoppede« i juli (1,3 pct.) og august (0,6 pct.).[105] SSB forventer, at den økonomiske aktivitet er tilbage på samme niveau som før virusudbruddet i slutningen af 2021.[106]

Udviklingen i arbejdsløsheden gennem 2020 vises i figur 9. Antallet af arbejdssøgende steg dramatisk fra ca. 100.000 til tæt ved 450.000 fra uge 10 til uge 15. Siden er ledigheden gået gradvis ned, men den er stadig på et langt højere niveau, end før covid-19-krisen startede. Den 6. oktober er der registreret 103.500 fuldtidsledige, hvilket udgør 3,7 pct. af arbejdsstyrken. Medtager man de deltidsledige, er der 194.800 personer i alt, hvilket udgør 6,9 pct. af arbejdsstyrken.[107]

Den politisk-administrative krisebeslutningsproces

Regerings- og myndighedsstruktur i Norge

Norges regerings- og myndighedsstruktur har meget til fælles med den danske. Statsforvaltningen inddeles traditionelt i centralforvaltningen og regional- og lokalforvaltningen.[108] Centralforvaltningen omfatter departementerne (i dag 16 departementer) og statslige virksomheder, som er underlagt et departement og har hele landet som virkeområde. De statslige virksomheder har navne som direktorater, tilsyn, institutter, nævn, råd og udvalg. Antal statslige virksomheder er gået ned fra over 300 i 1980 til lidt over 150 i 2020.[109]

---

103 »Arbeidsgruppe skal vurdere hvordan koronakrisen har påvirket kommuneøkonomien«, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, pressemeddelelse, 30. april 2020.

104 »Regjeringen foreslår nye økonomiske tiltak«, Finansdepartementet, pressemeddelelse nr. 71, 21. september 2020.

105 »Nedgangen i norsk økonomi i 2. kvartal er den dypeste SSB har målt«, SSB, 25. august 2020; »Veksttakten i Fastlands-BNP avtar«, SSB, 8. oktober 2020.

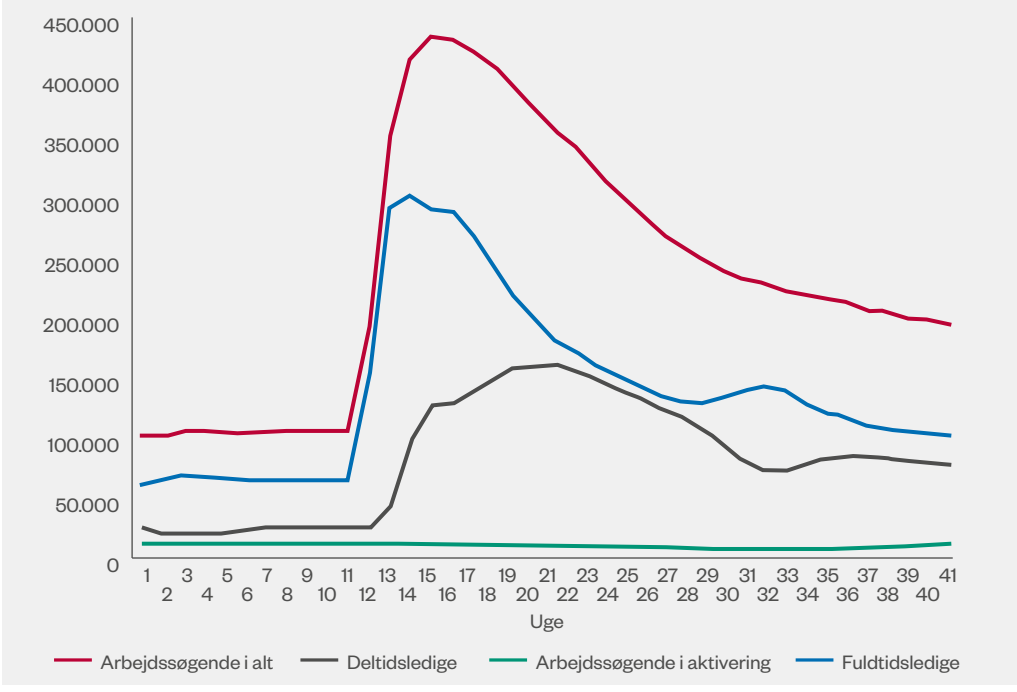
106 »Bedring i sikte, men situasjonen er fremdeles alvorlig«, SSB, 11. september 2020.

107 »3 100 færre arbeidssøkere den siste uken«, NAV, 6. oktober 2020.

108 Den statslige regional- og lokalforvaltning spiller en mindre rolle i dag, end tidligere, på grund af overføring av statslige opgaver til kommunerne og omdannelse af lokale organer fra statslige til kommunale.

109 Se kapitel 4 i »Ny forvaltningslov«, NOU 2019:5, Justis- og beredskapsdepartementet, og »Forvaltningsdatabasen«, Norsk senter for forskningsdata (NSD): https://nsd.no/polsys/forvaltning/.

Figur 9 : Antal arbejdsledige pr. uge, 2020



Kilde: NAV's ugerapport over arbejdsledige, uge 41.[110]

I henhold til statens reglement for økonomistyring, § 4, er det et grundlæggende styringsprincip, at departementerne skal fastsætte overordnede mål og styringsparametre for deres underliggende virksomheder, og at styring, opfølgning, kontrol og forvaltning skal tilpasses den enkelte underliggende virksomheds egenart samt risiko og væsentlighed. I henhold til § 7 skal departementerne stille bevillingerne til disposition for underliggende virksomheder ved tildelingsbrev, og tildelingsbrevene skal bl.a. indeholde overordnede mål, styringsparametre, tildelte beløb og krav til rapportering, samt hvilken myndighed vedkommende virksomhed har fået delegeret i henhold til bevillingsreglementet.[111] Sådan beskrives rammerne for et styringsregime med styring på

110 Link til ugentlig statistik over arbejdsledige: https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/flere-statistikkomrader/relatert-informasjon/ukentlig-statistikk-over-arbeidsledige.

111 »Reglement for økonomistyring i staten. Bestemmelser om økonomistyring i staten«, Finansdepartementet, Fastsat 12. december 2003, senest opdateret 23. september 2019.

armlængdes afstand og med vægt på mål- og resultatstyring.[112]

Retligt set er hovedmodellen for forholdet mellem departement og underliggende virksomhed alligevel, at den politiske ledelse, dvs. regeringen (kongen) eller departementet, kan gribe ind i forvaltningens sagsbehandling.[113] Det kan ske ved at give instrukser for forvaltningens afgørelser ex ante, at ophæve/omgøre forvaltningens afgørelser vedrørende egne tiltag ex post og at ophæve/omgøre forvaltningens afgørelser efter klage. Det konstitutionelle udgangspunkt for den norske normative model, Grunnlovens § 3, er en af de oprindelige bestemmelser i 1814-Grunnloven. Bestemmelsen genspejler det, der på det tidspunkt var forvaltningsskik under den dansk-norske enevælde: Kongens ubegrænsede adgang til at gribe ind i forvaltningens afgørelser. Ved indførelsen af parlamentarismen blev kongens personlige myndighed overført til den parlamentarisk ansvarlige regering. Grunnlovens § 3 blev derved en bestemmelse, der sikrede, at forvaltningen blev underlagt folkevalgt kontrol.

Myndighedsstrukturen relateret til covid-19-sagskomplekset er gennemgået i detaljer ovenfor. Det nationale ansvar for sundhedsberedskab ligger hos Helse- og omsorgsdepartementet. Koordinering af sundhedsberedskab i en krisesituation delegeres til Helsedirektoratet, der er et ordinært forvaltningsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelseinstituttet er også underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, og under normale omstændigheder sidestillet med Helsedirektoratet. I en krisesituation underlægges instituttet Helsedirektoratet som koordinerende organ for myndighedernes tiltag. Andre aktører, der har vigtige roller, er kommuner som beskrevet ovenfor og specialistsundhedstjenesten. Specialistsundhedstjenesten er organiseret i fem statslige, regionale sundhedsvirksomheder. Disse driver underliggende sundhedsvirksomheder, der driver hospitaler.

Kriseberedskab på epidemiområdet

Rollefordelingen i kriseberedskabet på epidemiområdet beskrives i *Nasjonal helseberedskapsplan*, jf. tabel A1 i appendiks.

Det er nærmere beskrevet tidligere i dette bilag, hvordan de centrale love, der regulerer og hjemler tiltag i en pandemikrise, retligt set er smittevernloven og helseberedskapsloven. Den norske smittevernlov og således også smitteberedskabet i almindelighed er kendetegnet ved et decentraliseret beredskab. I hovedtræk er denne model en videreførelse af sunnhetsloven af 1860. Forebyggende og begrænsende tiltag som forsamlingsforbud, lukning af virksomheder og begrænsning af bevægelsesfriheden efter § 4-1 kan vedtages individuelt af hver enkelt kommune. I kommunerne er det kommunalbestyrelserne, som er folkevalgte organer, der træffer beslutning om tiltag, mens kommunelægen kan træffe beslutning i hastesager. Det sidste er formentlig det mest almindelige. På nationalt niveau træffer Helsedirektoratet beslutning om tiltag for dele af eller hele landet, jf. § 4-1, stk. 2. Loven indeholder imidlertid ingen regler om kompetencefordeling mellem kommunerne og Helsedirektoratet. Dette er grun-

112 I praksis rummer styringsregimet med tildelingsbrev og styringsmøder/-dialog, både styring med mål og resultater, og styring med relativt detaljerede instrukser, jf. Askim, J., K.H. Bjurstrøm & J. Kjærvik (2019). »Quasi-contractual ministerial steering of state agencies: Its intensity, modes, and how agency characteristics matter« i: *International Public Management Journal*, 22(3): 470-498.

113 »Uavhengig eller bare uavklart? Organisering av statlig myndighetsutøvelse«, Difi-rapport 2012:7, Direktoratet for forvaltning og ikt (nu Digitaliseringstirektoratet).

den til, at mange kommuner som nævnt ovenfor kunne indføre karantænepligt for indrejsende i strid med anbefalingerne fra de nationale sundhedsmyndigheder.

Selv om kompetencen til at vedtage beslutninger med virkning for private hovedsagelig er forbeholdt kommunerne (og kommunelægerne) og Helsedirektoratet, er en række andre aktører også reguleret i smittevernloven. Beslutning om tvungen lægeundersøgelse eller tvungen isolation på hospitaler træffes af nævnet for smitteværn, Smittevernnemda, et domstolslignende forvaltningsorgan, jf. § 7-5. Folkehelseinstituttet har til opgave at overvåge den norske og den internationale epidemiologiske situation og giver faglig bistand og rådgivning til både lokale og statslige myndigheder, jf. § 7-9. Derudover fører Statens helsetilsyn overordnet tilsyn med både lokale og statslige myndigheders smitteforebyggende arbejde, jf. § 7-10 a.

Beslutningsforberedelse og beslutningstagning vinter og forår 2020

Sundhedsfaglig rådgivning

Den mest centrale aktør i den sundhedsfaglige rådgivning om covid-19 af regeringen og sundhedsmyndighederne har været Folkehelseinstituttet (FHI). Dette er et statsligt forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og en national videninstitution for hele sundhedssektoren. Ifølge *Nasjonal helseberedskapsplan* (s. 14) skal FHI »give bistand og vejledning til kommunale, regionale og statslige institutioner, sundhedspersonale og befolkningen om smitsomme sygdomme og forebyggende tiltag mod smittespredning [og] bistå Helsedirektoratet med faglige råd ved beredskab og kriser«.[114] Et centralt element i FHI's rådgivning har været instituttets notatserie med risikovurderinger for covid-19, hvoraf de tre første kom den 28. januar, den 25. februar og den 12. marts. Det hidtil sidste notat i serien, det 11. i serien, udkom den 11. september. Et andet centralt element har været daglige rapporter om covid-19 publiceret af instituttet i perioden marts til juni. Ugerapporter publiceres stadig. Den første ugerapport var for uge 11, udgivet den 18. marts 2020. Disse rapporter har været centrale referencer i Helsedirektoratets og regeringens redegørelser for tiltag og anbefalinger og grundlag for praktisk talt al mediedækning og offentlig debat omkring epidemien. FHI's ledere har dagligt været i nyhedsmedier og redegjort for og forklaret om epidemiens udvikling. Der har ikke været offentlig debat om information og rådgivning fra FHI vedrørende troværdighed eller den øvrige kvalitet. Fra eksterne fagmiljøer har FHI på sin side hentet faglige råd, bl.a. fra CBRNE-centeret (National behandlingstjeneste for CBRNE-medicin), som er en del af specialistsundhedstjenesten i Norge, placeret ved Oslo universitetssykehus.[115]

Økonomisk rådgivning

Den 25. marts nedsatte regeringen en ekspertgruppe til samfundsøkonomisk vurdering af smitteforebyggende tiltag. Udvalgets medlemmer kom fra forskellige dele af statsforvaltningen, herunder Norges Bank og Statistisk Sentralbyrå (SSB), og eksterne medlemmer fra konsulentvirksomheder og den akademiske

114 FHI har desuten »ansvar for overvågning af smitsomme sygdomme, modtagelse af meldinger og varsler, rådgivning, smitteopsporing og vaccineberedskab (…) national vaccineberedskab, nationalt vaccinationsregister [og] varslingssystem for smitsomme sygdomme«. FHI er nationalt kontaktpunkt for Det internationale sundhedsregulativ (IHR, WHO) og EUs Early Warning and Response System.

115 CBRNE-centret ble indtil 2020 ledet af Espen Nakstad, som lige efter 12. mars 2020 blev fungerende assisterende direktør i Helsedirektoratet og som gennem perioden med Covid-19-epidemien, var et af myndighedernes førende ansigter udad, når det kom til at forklare epidemien og smitteforebyggende tiltag overfor medierne og befolkningen.

verden. Udvalgets leder var Steinar Holden, professor i økonomi ved Universitetet i Oslo. Udvalget skulle »foretage samfundsøkonomiske beregninger som grundlag for at vælge og dimensionere forskellige tiltag for at reducere smittespredning og … finde alternativer, der kan minimere negative effekter på samfundet,« og desuden »bistå Helsedirektoratet med løbende økonomiske vurderinger«.[116] Udvalgets første rapport blev afleveret den 7. april, hvori der bl.a. blev beregnet direkte effekter på bnp og andre samfundsøkonomiske velfærdsomkostninger af forskellige strategier/scenarier for forebyggelse af smittespredning.[117]

I slutningen af april modtog Holdenudvalget yderligere to opgaver, en om økonomisk støttende tiltag (for Finansdepartementet) og en om forebyggende tiltag mod smittespredning fremadrettet (for Helsedirektoratet). I rapporten om forebyggende tiltag mod smittespredning, dateret den 22. maj,[118] beregnede udvalget, at »de økonomiske omkostninger fremover« ville blive »under det halve af det, de havde været ved udgangen af marts måned, da niveauet for tiltag er reduceret« (s. 89). Et »hold smitten nede«-scenario (eller -strategi) var ifølge udvalget »det klart bedste alternativ« fremover, og udvalgets beregninger tilsagde, at »de realøkonomiske omkostninger ved et stabilt hold nede-scenario« ville være »betydeligt lavere end i et bremse-scenario, hvor smitten gradvis går gennem befolkningen« (s. 89). De to scenarier er defineret af FHI bl.a. ud fra forskellige mål for reproduktionstallet.[119] Udvalget skrev, at »begrænsninger inden for kultur, idræt og udskænknings- og spisesteder, anbefaling om hjemmearbejde, afstand og størrelse på forsamlinger og reduceret åbningstid/kvalitet i daginstitutioner og skoler« var de tiltag »med højeste samfundsøkonomiske omkostning« (s. 5). Videre skrev udvalget, at »Reduceret åbningstid i daginstitutioner og skoler har ingen smitteforebyggende effekt. (…) Samtidig er de samfundsmæssige omkostninger høje. Dette er derfor den tilbageværende restriktion, som det er vigtigst at fjerne« (s. 5).

Den 12. maj nedsatte regeringen et NOU-udvalg, der skal vurdere grundlaget for værdiskabelse, produktion, beskæftigelse og velfærd efter pandemien. Udvalget ledes af Jon Gunnar Pedersen (Arctic Securities) og skal aflevere en samlet NOU i første kvartal 2021 og kortere analyser i form af offentligt tilgængelige notater undervejs i arbejdet.[120]

Juridisk rådgivning

Regeringen har ikke iværksat eksterne udredninger eller nedsat offentlige udvalg med særskilt mandat til at vurdere juridiske problemstillinger relateret til covid-19 eller myndighedernes håndtering af pandemien. Forskrifter i medfør af smittevernloven og koronaloven er blevet udformet med bistand fra juridisk ekspertise i departementerne, hvor Justitsdepar-

116 »Nedsettelse av en ekspertgruppe for samfunnsøkonomisk vurdering av smitterverntiltak m.v – Covid-19«, Finansdepartementet, 25. marts 2020.

117 »Samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak – Covid-19«, rapport fra ekspertgruppe på opdrag for Helsedirektoratet, 7. april 2020.

118 »Covid-19 –samfunnsøkonomisk vurdering av smitteverntiltak –andre rapport«, rapport fra ekspertgruppe på opdrag for Helsedirektoratet, 22. maj 2020. Se også »Ekspertgruppe har levert rapporter om økonomiske tiltak og smitteverntiltak«, Helsedirektoratet 27. maj 2020.

119 Se »Covid-19-epidemien: Kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 14«, FHI, notat, 5. april 2020, s. 42-43.

120 »Ekspertutvalget 'Norge mot 2025' skal vurdere grunnlaget for verdiskaping, produksjon, sysselsetting og velferd etter pandemien«, Finansdepartementet, pressemeddelse nr. 42, 12. maj 2020.

tementets lovafdeling har et overordnet ansvar. Koronakommisjonen, som er et udvalg nedsat af regeringen for at gennemgå og evaluere myndighedernes håndteringen af covid-19, har fået et mandat, som også giver grundlag for at vurdere sider af de retslige rammer for smitteberedskabet.[121]

Stortinget indhentede ekstern juridisk rådgivning i forbindelse med behandlingen af koronaloven. Som det beskrives nærmere nedenfor, bad Stortingskomitéen for covid-19-krisen fem professorer i retsvidenskab, Advokatforeningen, Dommerforeningen og Norges institution for menneskerettigheder om en vurdering af regeringens lovforslag.[122] Sidstnævnte er et eksternt kontrolorgan under Stortinget.

Stortinget og forskrifter efter koronaloven og smittevernloven

Vedtagelsen af koronaloven medførte, at regeringen fik delegeret lovgivende myndighed i stort omfang med få udtrykkelige begrænsninger. Når det gælder smitteforebyggelse, havde regeringen en sådan kompetence efter smittevernlovens § 7-12. Som nævnt ovenfor brugte regeringen disse bemyndigelser til at give en række forskrifter, som fraveg, ændrede eller supplerede love. På dette område medførte covid-19 altså en afvigelse fra den normale lovgivningsprocedure. Det er imidlertid vigtigt at fremhæve, at Stortinget som nævnt ovenfor gennem koronaloven begrænsede regeringens bemyndigelser så meget som muligt. Alt i alt blev afvigelsen fra den normale lovgivningsprocedure langt mere begrænset, end regeringen havde foreslået.

Når det gælder offentlighedskrav til love og forskrifter, blev covid-19-relaterede love og forskrifter gennemgående behandlet hurtigere end normalt. Hastigheden i regelproduktionen fik konsekvenser for den offentlighed omkring regelændringer, der finder sted i form af høringer. For forskrifter stiller forvaltningsloven krav om høringer med de berørte parter, så vidt det er praktisk muligt.[123] Som følge af tidspresset blev ingen af regeringens forskrifter med hjemmel i smittevernloven, der regulerede de mest strikse og mest indgribende forebyggelsestiltag, sendt i høring.[124] Derimod blev mange af regeringens forskrifter med hjemmel i koronaloven, som i hovedsagen var økonomiske, administrative og sociale tiltag til gunst for private, sendt i høring med én dags høringsfrist.[125] Denne forskel i sagsbehandlingen efter de to love kan forklares med den styrkede parlamentariske kontrol efter koronaloven, som medførte en spærrefrist på et døgn før forskrifternes ikrafttrædelse, for at Stortinget kunne stoppe forskrifterne. Denne spærrefrist åbnede samtidig for, at regeringen kunne sende forskrifterne i høring under spærrefristen. Eksemplet med forskrifterne efter koronaloven viser, at det var muligt at involvere offentligheden i lovgivningsprocessen også i en krisesituation med stort tidspres.

121 Se https://www.koronakommisjonen.no/mandat/.

122 De skriftlige indspil er tilgængelig online her: https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/korona/vurderinger_og_innspill.pdf.

123 Se forvaltningsloven § 37, stk. 4, litra a.

124 Oversigten »Oversyn over høyringssaker« viser sager i høring og kan ses på regjeringen.no.

125 Oversigten »Koronaloven og høringer« kan ses på regjeringen.no.

Afvigelse fra normal lovprocedure: Koronaloven

Som nævnt ovenfor fremlagde regeringen den 18. marts et forslag til en ny lov, omtalt som koronaloven. Lovforslaget gik ud på, at regeringen skulle have en generel bemyndigelse til at give forskrifter, som udfylder, supplerer eller fraviger gældende lovgivning, så langt som det var nødvendigt for at afhjælpe negative konsekvenser af udbruddet af covid-19. I lovforslaget var regeringens forskriftskompetence ikke udtrykkeligt begrænset til bestemte love eller sagsområder, og formålet var meget vagt formuleret. Loven og forskrifterne skulle også have en varighed på 6 måneder. Som sikkerhedsmekanisme mod misbrug åbnede lovforslaget for, at et mindretal i Stortinget med mindst en tredjedel af stemmerne helt eller delvis kunne ophæve forskrifter vedtaget af regeringen.

Lovforslaget blev umiddelbart stærkt kritiseret af jurister og i pressen for at give regeringen for omfattende bemyndigelser til at ændre love og bryde med magtfordelingen.[126] I Stortinget blev lovforslaget behandlet i et særskilt udvalg, Stortingskomitéen for covid-19-krisen, oprettet den 16. marts og sammensat af stortingspræsidenten og de parlamentariske ledere for alle partierne i Stortinget.[127] Komitéen bad den 19. marts fem professorer i retsvidenskab, Advokatforeningen, Dommerforeningen og Norges institution for menneskerettigheder om en vurdering af lovforslaget.[128] De faglige input var nogenlunde enige i, at rækkevidden af forskriftshjemmelen gik for langt med tanke på magtfordelingen mellem regeringen og Stortinget. Ud over at påpege en række mangler ved lovforslaget stillede flere af inputtene også spørgsmål ved behovet for en så omfattende forskriftshjemmel, da Stortinget er i stand til at vedtage love på kort tid.

Den 21. marts vedtog stortingskomitéen en enstemmig indstilling, som anbefalede en række vigtige ændringer i regeringens lovforslag.[129] For det første blev regeringens forskriftskompetence udtrykkeligt begrænset til at omfatte 62 love listet op i koronaloven. For det andet tilføjede stortingskomitéen en ny bestemmelse i § 1, som sagde, at regeringen ikke kunne give forskrifter »dersom formålet kan ivaretages gennem normal lovbehandling i Stortinget«. For det tredje blev loven og forskrifterne givet med hjemmel i loven tidsafgrænset til 1 måned. For det fjerde blev der indført en spærrefrist på én dag, fra regeringen vedtog en forskrift, til den trådte i kraft. Komitéen fjernede også kravet om, at Stortinget skulle vedtage en beslutning for at få en forskrift stoppet. Dette tillod et mindretal på en tredjedel af Stortingets medlemmer at stoppe en forskrift før dens ikrafttrædelse. Der blev også ændret i Stortingets forretningsorden, således at partierne kunne meddele stortingspræsidenten herom direkte via e-mail eller brev uden behandling på et stortingsmøde. Eftersom Arbeiderpartiet havde en tredjedel af Stortingets medlemmer alene, skulle dette parti i praksis give samtykke til alle regeringens forskrifter. Disse ændringer gjorde mindretalsreglen effektiv og praktisk, og den blev brugt til at

126 »Voldsomme reaksjoner på krisefullmakter i forslag til ny »koronalov««, Juridika.no 20. marts 2020.

127 »Den særskilte komité for å behandle spesielle saker vedrørende koronakrisen«, præsentation af komitéen findes på Stortinget.no.

128 De skriftlige innspil er tilgængelig online her: https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/korona/vurderinger_og_innspill.pdf

129 Se Innst. 204 L (2019-2020).

stoppe bestemmelser i fem forskrifter relateret til uddannelseslovgivningen.[130]

Burde regeringen have truffet flere beslutninger i fællesskab?

For »vigtige sager« kræver den norske grundlovs § 28 behandling og afgørelse af regeringen i statsråd. Grunden til, at »vigtige sager« skal behandles i statsråd efter grunnlovens § 28, er, at statsrådsbehandling sikrer, at regeringen står samlet bag vigtige afgørelser, og gør det muligt for Stortinget og offentligheden i eftertiden at føre kontrol med afgørelserne og de afvejninger, de bygger på. Pligten til statsrådsbehandling gælder, uafhængigt af om loven lægger kompetencen til et underordnet forvaltningsorgan. I forbindelse med covid-19 var det Helsedirektoratet og ikke regeringen der vedtog beslutningerne den 12. og 15. marts om nedlukning af undervisningsinstitutioner og en række andre virksomheder og om karantæne ved indrejse til landet. Ifølge oplysninger, som er fremkommet i eftertiden, kendte hverken regeringen eller helse- og omsorgsministeren til, *hvilke* tiltag Helsedirektoratet indførte den 12. marts, før samme dag.[131] Dette betyder ikke, at regeringen var en passiv tilskuer til de tiltag, Helsedirektoratet indførte, f.eks. vedtog regeringen en række forskrifter vedrørende smitteforebyggelse i løbet af disse dage, hvilket tyder på et tæt samarbejde mellem regeringen og Helsedirektoratet. Regeringen stillede sig også bag de tiltag, Helsedirektoratet vedtog, hvilket blev formidlet offentligt, ved at regeringen og Helsedirektoratet på en fælles pressekonference præsenterede tiltagene den 12. marts. Formelt var det imidlertid Helsedirektoratet, der med hjemmel i smittevernlovens § 4-1, stk. 2, vedtog de indgribende tiltag for forebyggelse af smittespredningen den 12. og 15. marts, som førte til nedlukningen af Norge.

Det kan argumenteres for, at disse tiltag, som med regeringens egne ord var de mest indgribende i fredstid, efter Grunnlovens § 28 skulle have været vedtaget af regeringen i statsråd, selv om smittevernloven lægger kompetencen over til Helsedirektoratet. Efter norsk ret står Grunnloven over lovene, og alle love, også smittevernloven, skal tolkes indskrænkende, dersom de strider mod regler i grunnloven. Grunnlovens § 28 er på den måde styrende både for Stortinget som lovgiver og for regeringen over for underordnede forvaltningsorganer som Helsedirektoratet. Problemet i denne sammenhæng er, at rækkevidden af Grunnlovens § 28 er uklar og som udgangspunkt giver regeringen udstrakt skøn,[132] mens smittevernlovens § 4-1, stk. 2, klart og utvetydigt tillægger Helsedirektoratet kompetencen og ikke regeringen. Man stod altså over for en klassisk situation med modstridende pligter på forskellige regelniveauer. Uklarheden blev forstærket af, at det kun er de allerfærreste smitteforebyggende tiltag, som kan tænkes at få så store samfundsmæssige konsekvenser, at de efter Grunnlovens § 28 kræver behandling i statsråd. Tiltagene, som blev indført den 12. og 15. marts mod covid-19, var imidlertid så omfattende, at selv om regeringen normalt har udstrakt skøn i vurderingen af, hvilke afgørelser der skal vedtages i statsråd, er der næppe tvivl om, at disse tiltag var »vigtige

130 Meddelelse fra Stortingspresidenten til Statsministerens kontor af 28. marts 2020 med erklæringer efter koronaloven § 5 stk. 2: »Erklæringer om å ikke støtte forskrifter i medhold av koronaloven«.
Link: https://stortinget.no/globalassets/pdf/korona/brev_om_forskrifter.pdf

131 »Slik var dramaet da Norge stengte«, VG.no 24. juli 2020.

132 Se for eksempel Højesterets afgørelse Rt-1992-1401 (Heerema), hvor Højesteret udtalte på generelt grundlag, at »regeringen selv i betydelig grad skal kunne afgøre, hvorvidt en sag er af sådan vigtighed, at statsrådsbehandling er nødvendig.«

sager« i grunnlovens forstand. Derudover stillede regeringen sig bag Helsedirektoratets tiltag, hvilket bevirkede, at det principielle juridiske spørgsmål ikke blev behandlet.

Vi nævner i denne sammenhæng, at kompetencefordelingen i smittevernloven sandsynligvis vil blive et tema i efterspillet efter covid-19. Allerede den 13. maj blev der i Stortinget fremsat et beslutningsforslag, som beder regeringen ændre smittevernloven på en række punkter, bl.a. i form af stærkere parlamentarisk kontrol med bemyndigelserne efter smittevernlovens § 4-1.[133] Forslaget er i skrivende stund stadig under behandling i Helse- og omsorgskomitéen i Stortinget.

Domstolene

Tiltagene mod spredning af coronavirus påvirkede også domstolene, som reducerede sagsafviklingen væsentligt den 12. marts. Nedlukningen af domstolene afdækkede mangler i reglerne vedrørende kompetencen til at beslutte nedlukning af domstolene.[134] I Norge er Domstolsadministrasjonen et forvaltningsorgan underlagt regeringens instruksmyndighed og har af hensyn til domstolenes uafhængighed ikke kompetence til at give pålæg til domstolene om deres dømmende virke.[135] I stedet sendte Domstolsadministrasjonen den 12. marts en ikke-bindende anbefaling til landets domstole om delvis nedlukning og anbefaling om prioritering af sagstyper. Manglende central styring bevirkede, at de enkelte domstolsledere indførte egne tiltag for de enkelte domstole, hvilket bevirkede en uorganiseret og forskelligartet nedlukning af domstolene, f.eks. blev en henstilling fra Domstolsadministrasjonen den 26. marts om at øge sagsafviklingen ikke efterkommet ved mange domstole.[136] Resultatet var, at befolkningens adgang til domstolene fra den 12. marts og hen over foråret varierede fra domstol til domstol. Lukningen af retslokaler for publikum rejser også spørgsmål knyttet til retten til offentlig rettergang efter Grunnlovens § 95 og EMRK, artikel 6, nr. 1.

For at sikre sagsafvikling i domstolene uden at bryde med covid-19-tiltag vedtog regeringen den 27. marts en forskrift om tilpasninger af sagsbehandlingsregler i domstolene. Bl.a. blev der givet udvidet mulighed for at holde videomøder og gennemføre videoafhøringer og udvidet brug af skriftlig behandling i straffesager og ved brug af straffeprocessuelle tvangsmidler. Forskriften blev videreført i en midlertidig lov den 26. maj.[137] Der blev også givet hjemmel til, at i tilfælde, hvor en domstol er sat ud af drift, kan en overordnet domstol flytte en eller flere sager til en anden domstol på samme niveau. Denne hjemmel løser problemet med adgang til domstolene i de tilfælde, hvor en domstol er tvunget til at lukke ned som følge af smitteforebyggende hensyn.

Brug af videomøder i fængslingssager rejser et spørgsmål om grundlæggende retssikkerhedsgarantier nedfældet i EMRK, artikel 5, nr. 3, og Grunnlovens § 94. Dette spørgsmål blev behandlet i en afgørelse fra Højesterets ankeudvalg den 8. maj, hvor en person sigtet for manddrab nægtede videomøde i forbindelse

133 Se Representantforslag 109 S (2019–2020).

134 »Vi gikk for langt for fort«, E24.no, 15. september 2020.

135 Se domstolloven § 33.

136 Se orientering fra direktøren i Domstolsadministrasjonen til bestyrelsen, sag 20/044 i »Styreprotokoll« fra ekstraordinært bestyrelsesmøde i Domstolsadministrasjonen 6. april 2020.

137 Forskriften blev videreført i midlertidig lov nr. 47 af 26. mai 2020 »om tilpasninger i prosessregelverket som følge av utbruddet av Covid-19 mv.«.

med spørgsmålet om fængsling.[138] Højesterets ankeudvalg kom her frem til, at straffeprocessloven skulle tolkes i lys af EMRK og grundloven, og at dette krævede en konkret vurdering og begrundelse af smitterisici. Eftersom den underordnede domstol kun havde henvist til generelle hensyn i forbindelse med smittefare som begrundelse for videomødet, blev afgørelserne ophævet og sendt retur til byretten til ny behandling. Afgørelsen viser, at norske domstole kan føre effektiv og reel kontrol med covid-19-tiltag, når de bliver indbragt for domstolene.

Appendix:

Tabel A1:

Hovedaktørerne i sundhedssektorens samfundssikkerhed og beredskab

	Ansvarsområder	
Aktører	**Sundheds- og omsorgstjenesten**	**Folkesundhedsområdet**
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)	Nationalt ansvar for sundhedsberedskab i hele sektoren.	
Helsedirektoratet	National myndighed for hele sektoren. Iværksætter den vedtagne politik og forvalter regelværket. Giver retningslinjer, råd og vejledning til kommunerne via Fylkesmannen vedrørende sundhedsberedskab. Delegeres som hovedregel kompetence fra HOD til at koordinere sundhedssektorens indsats ved kriser.	
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)	National fagmyndighed og tilsynsførende for strålebeskyttelse, miljø og atomsikkerhed. Forvaltning og tilsynsførende for brug af strålekilder i medicin, industri og forskning. Det faglige ansvar for DSA er delt mellem HOD, Klima- og miljødepartementet og Utenriksdepartementet. DSA leder og er sekretariat for Kriseutvalget for atomberedskap som koordinerer det nationale atomberedskab.	
Folkehelseinstituttet	National videninstitution for bl.a. smitteberedskab, miljømedicin, epidemiologi og psykisk sundhed.	
Statens helsetilsyn	Fører tilsyn med sundheds- og omsorgstjenester og sociale tjenester i Arbejds- og Velferdsetaten (NAV) og på anbringelsesområdet.	
Statens legemiddelverk	Fører tilsyn med hospitalsapoteker.	Forvalter legemiddellov og apoteklov, som regulerer forsyningskjeden av legemidler – apotek, grossister, produsenter.

138 HR-2020-972-U.

Hovedaktørerne i sundhedssektorens samfundssikkerhed og beredskab

	Ansvarsområder	
Aktører	**Sundheds- og omsorgstjenesten**	**Folkesundhedsområdet**
Mattilsynet		Direktorat og tilsyn for værdikæden fra hav/fjord/jord til forbruger. Håndterer hændelser hvor smitsom sygdom spredes fra næringsmidler, drikkevand eller dyr. Fører tilsyn med vandværker og lægemidler udenfor apoteker. Mattilsynet er underlagt Landbruks- og matdepartementet (LMD), det faglige ansvar er delt mellem LMD, Nærings og fiskeridepartementet og HOD.
Direktoratet for e-helse	Fagdirektorat på e-sundhedsområdet.	
Norsk Helsenett SF	Drifter sundhedsvæsnet på nettet og HelseCERT, sektorens nationale center for informationssikkerhed.	
Fylkesmannen	Fører tilsyn med sundheds- og omsorgstjenester og sociale tjenester i NAV og på anbringelsesområdet i fylkerne.	Tilsynsmyndighed for arbejdet med folkesundhed i fylkerne. Har også andre opgaver på folkesundhedsområdet.
Regionale sundhedsvirksomheder (4), ejet af HOD	Sørger for specialistsundhedstjenester gennem sundhedsvirksomhederne og, efter aftale, med private virksomheder.	Sørger for smitteberedskab, kemikalieværn og strålebeskyttelse i underliggende virksomheder.
Sundhedsvirksomheder	Yder specialistsundhedstjenester.	Har ansvar for smitteberedskab, og strålebeskyttelse i egen virksomhed.
Kommunerne	Yder sundheds- og omsorgstjenester.	Ansvar for smitteberedskab og for at sikre befolkningen mod miljømæssige faktorer som kan have negativ indvirkning på folkesundheden i kommunen.
Apoteker	Enkelte apoteker har beredskabsvagter efter aftale med kommuner, sundhedsvirksomheder og Folkehelseinstituttet.	
Lægemiddelgrossister	Lægemiddelgrossister skal sikre ekstra lager af særlige vigtige lægemidler til brug i den primære sundhedstjeneste. Beredskabslageret skal omfatte mindst to måneders ordinær omsætning af de lægemidler som fremgår af bilag til grossistforskriften.	

Kilde: »Å verne om liv og helse - nasjonal helseberedskapsplan«, Helse- og Omsorgsdepartementet, 2018, s. 21

Bilag 4. Landerapport

Sverige og covid-19-krisen

Carl Dahlström (Göteborgs Universitet) og Johannes Lindvall (Lunds Universitet)

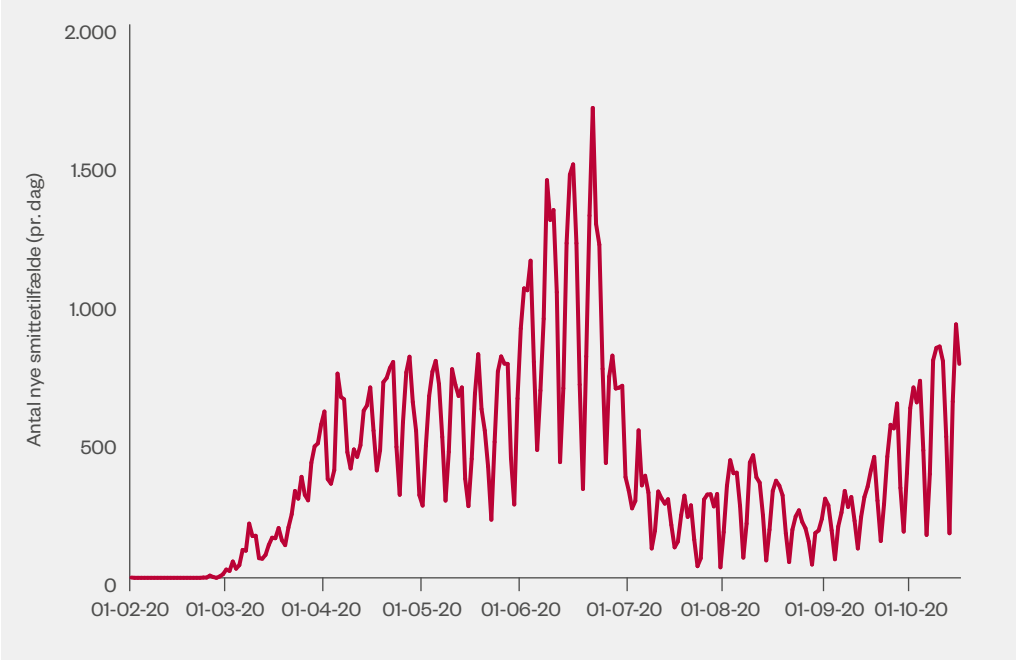
Da den nye coronavirus SARS-CoV-2 begyndte at sprede sig i Europa i begyndelsen af 2020, valgte Sverige en anden folkesundhedspolitik end de fleste andre europæiske stater. Regeringen, Riksdagen og de statslige myndigheder valgte ikke at gennemføre mange af de tvangsforanstaltninger, som andre lande havde vedtaget, og indførte ingen større begrænsninger i folks bevægelses- og forsamlingsfrihed. Børnehaverne og skolerne var åbne hele foråret ligesom de fleste restauranter og butikker. I stedet for at indføre tvangsforanstaltninger valgte de svenske myndigheder at udstede frivillige anbefalinger med henblik på at mindske spredningen af coronavirus ved at lade borgerne selv tage et medansvar for at begrænse deres sociale kontakter og beskytte andre mod smitte.

Vi indleder denne rapport med en kort oversigt over epidemiens forløb i Sverige. Derefter gør vi nærmere rede for den svenske strategi under covid-19-krisen – navnlig de foranstaltninger, der blev vedtaget for at mindske smittespredningen, imødekomme behovene i sundheds- og plejesektoren og begrænse de økonomiske konsekvenser – på baggrund af lovgivningen på folkesundhedsområdet. Til sidst drøfter vi den svenske strategi i lyset af de politiske forhold på tidspunktet for epidemiens udbrud, især med hensyn til forvaltningsmyndighedernes holdning, myndighedernes kriseberedskab og pandemiplanlægning samt Riksdagens og forvaltningsmyndighedernes arbejdsgange i foråret 2020.

Covid-19 i Sverige indtil efteråret 2020

Covid-19-epidemiens forløb i perioden fra januar til august 2020 fremgår af figur 1-5. Som det fremgår af tallene, steg smittespredningen meget hurtigt i marts 2020. Virussens spredning medførte høj sygelighed og dødelighed i slutningen af marts og begyndelsen af april. Derefter faldt antallet af smittede og døde langsomt, men kontinuerligt hen over foråret og sommeren 2020. I skrivende stund, medio oktober 2020, synes smittespredningen i Sverige igen at have taget fart.

Figur 1. Antal nye bekræftede smittetilfælde pr. dag i Sverige

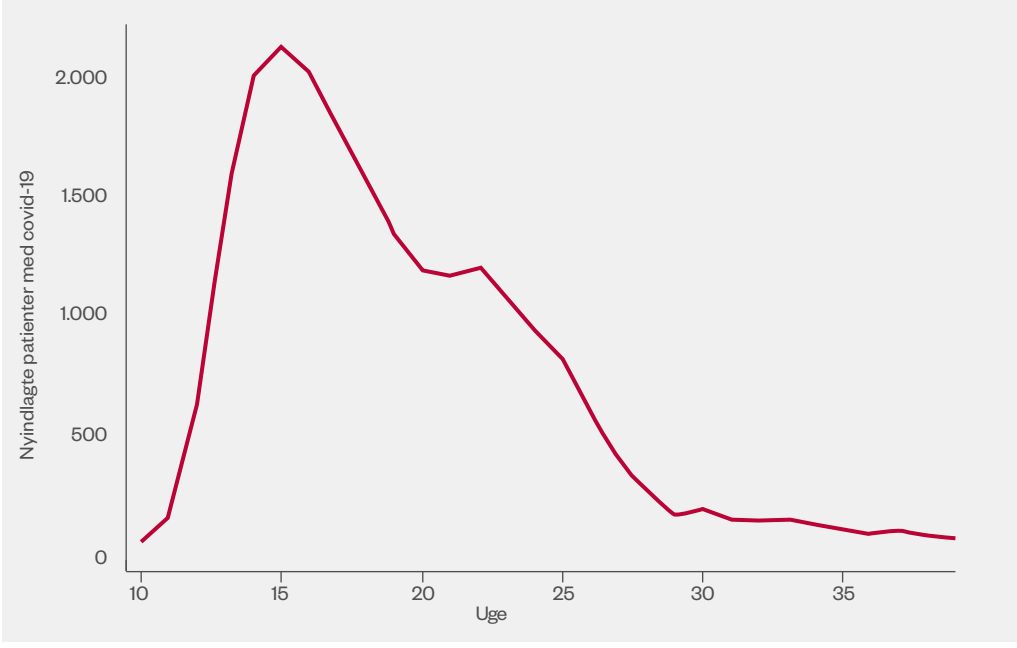


Kilde: Folkhälsomyndigheten (16. oktober 2020).
Note: Bemærk, at figuren ikke giver et præcist billede af det faktiske antal smittede, idet antallet af bekræftede smittetilfælde også afhænger af, hvor mange der testes.

Figur 1 viser, hvor mange nye smittede der frem til midten af oktober 2020 blev indberettet til den svenske sundhedsstyrelse, Folkhälsomyndigheten (pr. dag).[1] Figur 2 viser, hvor mange nye patienter diagnosticeret med covid-19 der blev indlagt på svenske sygehuse (pr. uge). Figur 3 viser, hvor mange patienter diagnosticeret med covid-19 der blev indlagt på svenske intensivafdelinger (pr. dag). Bemærk, at figur 3 ligesom figur 2 ikke viser det samlede antal patienter på et givet tidspunkt, men tilstrømningen af nye patienter. Endelig viser figur 4, hvor mange personer med bekræftet covid-19 der er døde (pr. dag). Bemærk, at tallene i figuren refererer til personer, der var smittet med covid-19, da de døde, hvilket ikke er ensbetydende med, at de døde af covid-19, idet covid-19 ikke nødvendigvis var dødsårsagen. Figur 5 beskriver til sidst Folkhälsomyndighetens skøn over det såkaldte kontakttal (også kaldet reproduktionstallet) frem til udgangen af august. Kontakttallet angiver, hvor mange personer en smittet i gennemsnit bringer smitten videre til.

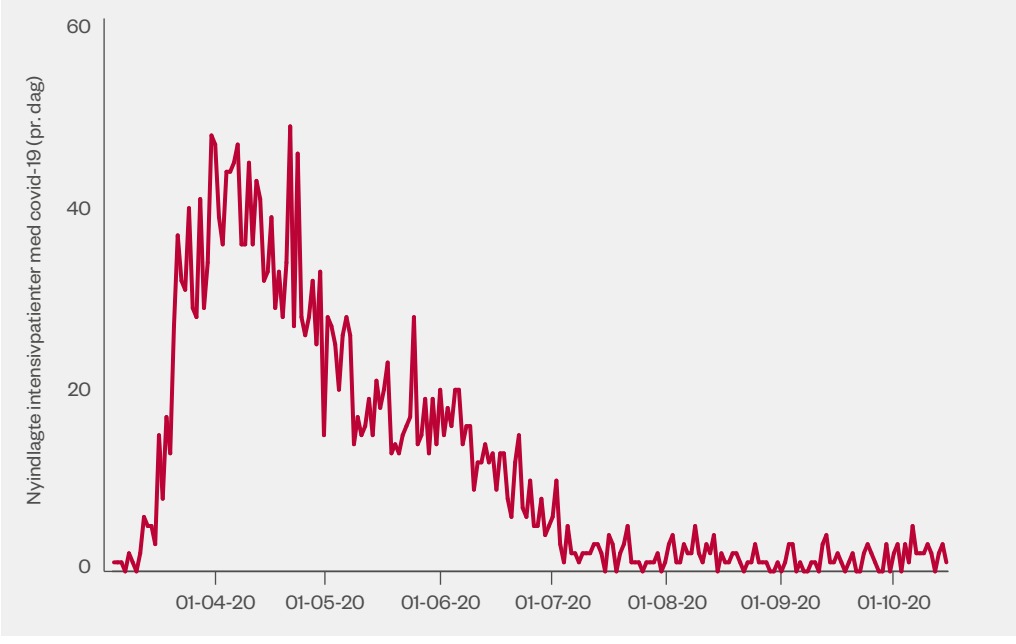
1 Folkhälsomyndigheten har ansvaret for at indsamle viden og analyser på folkesundhedsområdet og for at fremme folkesundheden og beskytte mod sundhedstrusler som f.eks. pandemier. Den svenske regerings- og myndighedsstruktur er nærmere behandlet i afsnit 3.1.

Figur 2. Indlagte med covid-19-infektion i Sverige



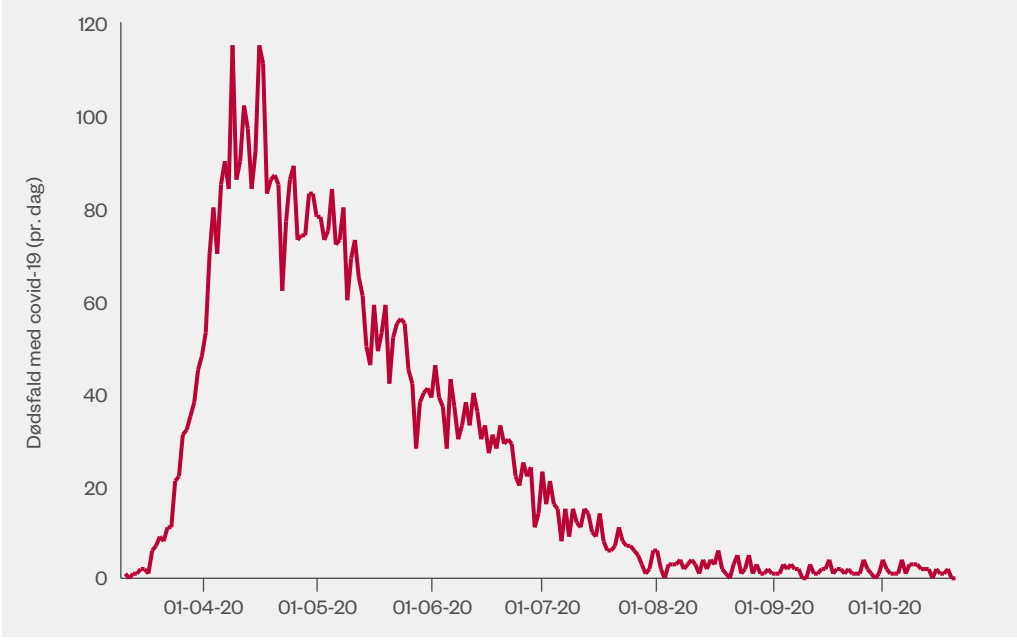
Kilde: Socialstyrelsen (16. oktober 2020).
Note: Bemærk, at tallene frem til uge 30 er baseret på patientregistret, mens tallene fra uge 31 er baseret på (frivillige) særlige indberetninger til Socialstyrelsen.

Figur 3. Nyindlagte intensivpatienter med covid-19 i Sverige



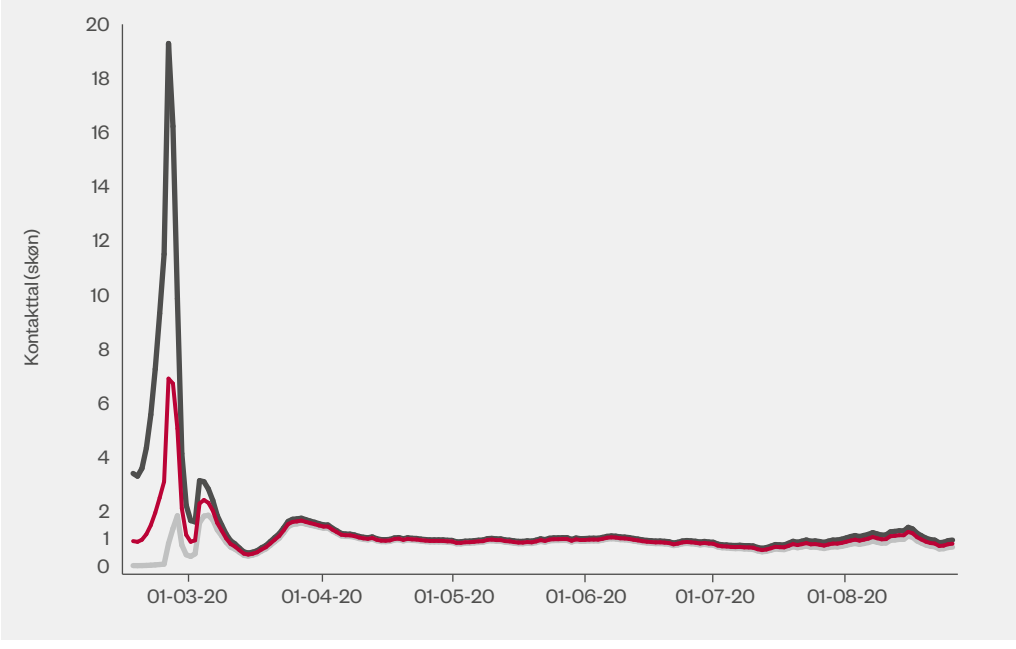
Kilde: Folkhälsomyndigheten (16. oktober 2020).

Figur 4. Dødsfald med covid-19 pr. dag i Sverige



Kilde: Folkhälsomyndigheten (15. oktober 2020).

Figur 5. Kontakttal i Sverige. Daglige skøn frem til slutningen af august



Kilde: Folkhälsomyndigheten (28. august 2020).
Note: Bemærk, at skønnene for den første måned har store konfidensintervaller, fordi der ikke er gået særlig lang tid, og fordi de fleste tilfælde blev importeret, og kun nogle få mentes at være blevet smittet i Sverige.

Dødstallet i Sverige var betydeligt højere end i nabolandene, herunder Danmark, også under hensyntagen til at Sverige er et betydeligt større land end Danmark, Finland og Norge. I slutningen af marts var forskellen mellem Danmark og Sverige ikke særlig stor – det samlede antal dødsfald pr. indbygger var dengang ca. 50 procent højere i Sverige end i Danmark. En måned senere, i slutningen af april, var antallet af dødsfald pr. indbygger næsten 250 procent højere i Sverige.

I foråret og sommeren 2020 udløste de store forskelle mellem dødstallene i Sverige og dødstallene i nabolandene en omfattende politisk debat i Sverige, og allerede der var der en intens debat blandt læger og eksperter i folkesundhed. Der var anerkendte forskere ved de svenske universiteter, som var udtalt kritiske over for Folkhälsomyndigheten og de metoder, der blev anvendt af styrelsen. Disse eksperter opfordrede til at indføre flere og mere indgribende tvangsforanstaltninger med henblik på at mindske spredningen af den nye coronavirus.[2]

2 Se f.eks. Marcus Carlsson m.fl., »Folkhälsomyndigheten har misslyckats – nu måste politikerna gripa in« (»Folkhälsomyndigheten har svigtet – nu må politikerne gribe ind«), DN Debat, 14. april 2020.

Regeringens og myndighedernes strategier i foråret 2020

Foranstaltninger til forebyggelse af smittespredning

Den 16. januar 2020 offentliggjorde Folkhälsomyndigheten de første nyheder om sygdommen covid-19 på sin hjemmeside.[3] Folkhälsomyndigheten informerede om opdagelsen og spredningen af den nye coronavirus i Wuhan i Kina, men vurderede på daværende tidspunkt, at risikoen for spredning til Sverige var »meget lav.«[4] Den 31. januar blev det første tilfælde af covid-19 imidlertid konstateret i Sverige.[5] I februar orienterede styrelsen befolkningen om covid-19-udbruddene i Sydkorea, Iran og Italien. Den 25. februar ændrede Folkhälsomyndigheten sin vurdering til, at risikoen for flere tilfælde i Sverige var »høj«, mens risikoen for generel spredning i Sverige stadig blev betragtet som »lav.«[6] Dagen efter at Folkhälsomyndigheten ændrede sin risikovurdering, blev det andet tilfælde bekræftet i Sverige, og de følgende dage blev yderligere tilfælde bekræftet. I begyndelsen af marts strammede sundhedsstyrelsen sin risikovurdering til »meget høj« risiko for flere tilfælde og »moderat« risiko for generel spredning i Sverige. Endelig blev risikoniveauet for generel spredning i Sverige den 10. marts hævet til højeste niveau: »meget høj« risiko.[7]

Det karakteristiske ved Sveriges politik under covid-19-krisen har været, at både Riksdagen, regeringen og forvaltningsmyndighederne med få undtagelser har undladt at gennemføre tvangsforanstaltninger, der griber ind i enkeltpersoners liv og virksomheders og organisationers aktiviteter. Tidligt i krisen understregede Folkhälsomyndigheten, at den overordnede svenske smitteforebyggende indsats bygger på frivillighed, og at velinformerede og motiverede borgere efter styrelsens erfaringer tager et personligt ansvar, hvorfor styrelsen vurderer, at en politik baseret på frivillighed er mere effektiv end tvangsforanstaltninger.[8] Den svenske smitteforebyggelse er derfor baseret på administrative forskrifter og generelle råd fra de relevante myndigheder.[9] Det er også sådanne forskrifter og generelle råd, der først og fremmest har haft indflydelse på virksomheder og menneskers

3 Folkhälsomyndigheten, 16. januar 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/nytt-coronavirus-upptackt-i-kina/. For nemheds skyld bruger vi navnene coronavirus, SARS-CoV-2 og covid-19 konsekvent i hele rapporten, selvom andre betegnelser blev anvendt, før virussen og sygdommen fik deres nuværende officielle navne.

4 Folkhälsomyndigheten foretager risikovurderinger på en 5-punktsskala med risikoniveauerne *meget lav, lav, moderat, høj og meget høj.*

5 Folkhälsomyndigheten, 31. januar 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/folkhalsomyndigheten-foreslar-att-nytt-coronavirus-tas-upp-i-smittskyddslagen/.

6 Folkhälsomyndigheten, 24. februar 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/februari/information-till-resenarer-om-det-nya-coronaviruset/.

7 Folkhälsomyndigheten, 10. marts 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/.

8 Folkhälsomyndigheten, 5. februar 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/februari/information-om-karantan/.

9 Folkhälsomyndigheten skelner mellem *generelle råd og anbefalinger.* Et generelt råd er en slags specifikation af, hvad borgerne og forskellige virksomheder kan gøre for at overholde gældende love, bekendtgørelser og administrative forskrifter. Et generelt råd er ikke bindende i sig selv, men er knyttet til bindende regulering. En anbefaling bygger på eksisterende viden uden at være knyttet til en bindende regel. For en forfatningsretlig og forvaltningspolitisk diskussion om denne sondring henvises til Henrik Wenander, »Sweden: Non-binding Rules against the Pandemic – Formalism, Pragmatism and Legal Realism«, ikke-udgivet manuskript, Lunds Universitet 2020.

liv under covid-19-epidemien – ikke bindende lovgivning.[10]

Ifølge tilgængelige undersøgelser har befolkningen også ændret adfærd under covid-19-epidemien. Siden den 21. marts har den svenske styrelse for samfundsbeskyttelse og beredskab, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB), løbende gennemført undersøgelser for at vurdere omfanget af bekymring, tillid og adfærdsændringer i befolkningen. I første halvdel af 2020, frem til den 31. maj, svarede næsten alle adspurgte (99 procent), at de på en eller anden måde havde tilpasset deres adfærd til krisen. Langt de fleste anførte også, at de fulgte Folkhälsomyndighetens anbefalinger om at være mere omhyggelige med at vaske hænder (86 procent) og holde større afstand til andre (85 procent).[11]

Krisehåndteringen under covid-19-epidemien kan opdeles i to forskellige faser: før og efter den 13. marts 2020. I perioden fra januar til midten af marts havde forebyggelsen af smittespredning til formål at identificere samtlige tilfælde af covid-19 i Sverige. Sygdomstilfældene blev identificeret ved at teste personer, der udviste symptomer efter rejser i områder med generel spredning, og indkredse personer, der havde været i kontakt med bekræftede covid-19-tilfælde. Personer, der havde befundet sig i områder med udbredt smittespredning, blev dog ikke bedt om at gå i karantæne. Personer, der vendte tilbage fra de berørte områder, blev opfordret til selv at være opmærksomme på symptomer, konsultere den svenske sundhedsguide, *1177 Vårdguiden*, med henblik på en yderligere vurdering og blive hjemme i tilfælde af sygdom.[12] Den valgte strategi var baseret på den antagelse, at personer uden symptomer ikke smittede, og at der ikke var nogen udbredt smittespredning i Sverige.

Frem til midten af marts forberedte man sig desuden på en situation, hvor mere indgribende foranstaltninger kunne være påkrævet. Covid-19 blev ved en bekendtgørelse i begyndelsen af februar optaget på listerne over alment farlige sygdomme i den svenske epidemilov, smittskyddslagen (2004:168), hvilket gav mulighed for, at de tvangsforanstaltninger, der er hjemmel til i loven, kunne anvendes i covid-19-tilfælde.[13] Folkhälsomyndigheten rettede henvendelse til regeringen med dette forslag den 31. januar 2020, og regeringen vedtog forslaget på et ekstraordinært regeringsmøde den

10 »Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.« (»Folkhälsomyndighetens forskrifter og generelle råd om alles ansvar for at forebygge smitte med COVID-19 m.m.«), i *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.* (Sveriges fælles lovtidende vedrørende sundhedsvæsenet, socialsektoren, lægemidler, folkesundhed m.v.) HSLF-FS 2020:12. Socialstyrelsen, den 16. april 2020.

11 Kantar Sifo, *Rapport om förtroende, oro och beteende under coronakrisen* (Rapport om tillid, bekymring og adfærd under coronakrisen), 21. marts–31. maj, Rapport til MSB, 2020-05-31. For så vidt angår svenske statsborgeres tillid til myndighederne under covid-19-krisen, henvises desuden til Peter Esaiasson, Jacob Sohlberg, Marina Ghersetti og Bengt Johansson, »How the coronavirus crisis affects citizen trust in institutions and in unknown others: Evidence from »the Swedish experiment«.« Antaget til offentliggørelse i *European Journal of Political Research* (doi:10.1111/1475-6765.12419).

12 Folkhälsomyndigheten 5. februar; Folkhälsomyndigheten 24. februar; Folkhälsomyndigheten, 9. marts 2020, se https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/folkhalsomyndigheten-rekommenderar-provtagning-av-sjuka-som-varit-i-tyrolen/. *1177 Vårdguiden* (Sundhedsguiden) er en platform for information og rådgivning om sundhed og pleje i Sverige. Enkeltpersoner kan bl.a. benytte sig af onlinetjenester eller ringe for at få rådgivning om sundhedspleje. *1177 Vårdguiden* er et samarbejde mellem Sveriges 21 regioner.

13 Se bekendtgørelsen (2020:20) om, at den svenske epidemilovs bestemmelser (2004:168) om alment farlige og samfundskritiske sygdomme finder anvendelse på infektion med 2019-nCoV.

1. februar. I begyndelsen af marts blev der også indført rejserestriktioner for visse lande.[14]

Den 10. marts meddelte Folkhälsomyndigheten, at der var tegn på udbredt smittespredning i Stockholmsregionen og Västra Götalandsregionen, og at der nu var en »meget høj« risiko for udbredt smittespredning i Sverige. To dage senere blev der indført et forbud mod offentlige arrangementer og forsamlinger med over 500 personer.

Den 13. marts, dagen efter indførelsen af forsamlingsforbuddet, meddelte Folkhälsomyndigheten så, at den smitteforebyggende indsats gik ind i en ny fase.[15] I modsætning til hvad der skete i Norge på samme tid, oplyste Folkhälsomyndigheten ikke, hvilke forskellige strategier styrelsen måtte have overvejet, hvilket blev kritiseret i den offentlige debat.[16]

Ifølge den svenske regering har formålet med smitteforebyggelsen i Sverige siden da været (1) at forebygge smittespredning i landet, (2) at sikre ressourcer til sygehus- og sundhedssektoren, (3) at begrænse skadelige virkninger på samfundsvigtige aktiviteter, (4) at afbøde konsekvenserne for borgere og virksomheder, (5) at mindske folks bekymringer, bl.a. gennem information, og (6) at træffe de rigtige foranstaltninger på det rigtige tidspunkt.[17]

Fra midten af marts, hvor smittespredningen allerede var omfattende i Sverige, traf regeringen, Folkhälsomyndigheten og den svenske socialstyrelse, Socialstyrelsen, en række beslutninger og kom med generelle råd og anbefalinger, der havde stor indflydelse på menneskers liv og på virksomheders og foreningers aktiviteter, selv om de fleste foranstaltninger ikke var påbud, men henstillinger. Det er fra dette tidspunkt, man kan tale om en »nedlukning« af aktiviteter i det svenske samfund. Den 14. marts frarådede det svenske udenrigsministerium, Utrikesdepartementet, alle udlandsrejser. Den 16. marts anbefalede Folkhälsomyndigheten, at personer over 70 år skulle undgå socialt samvær. Den 17. marts blev universiteter, højere læreanstalter og gymnasier opfordret til at undervise på afstand. Den 19. marts frarådede Folkhälsomyndigheten alle ikke-nødvendige rejser. Den 24. marts blev restauranter, barer og cafeer pålagt restriktioner. Den 27. marts blev offentlige arrangementer begrænset til 50 personer, og den 30. marts udstedte regeringen et besøgsforbud for alle plejehjem i Sverige.[18]

Folkhälsomyndighetens forskrifter og generelle råd om alles ansvar for at forebygge smitte med covid-19 m.v. indeholder også flere generelle råd, der i høj grad begrænser statslige myndigheder, virksomheder, kommuner, kommunale selskaber, regioner, foreninger og religiøse

14 Folkhälsomyndigheten, 6. marts 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/folkhalsomyndigheten-har-rekommenderat-avradan-fran-resor-till-norra-italien/; Folkhälsomyndigheten 9 mars 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/folkhalsomyndigheten-rekommenderar-provtagning-av-sjuka-som-varit-i-tyrolen/.

15 Folkhälsomyndigheten, 13.mart 2020, https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/ny-fas-kraver-nya-insatser-mot-covid-19/.

16 Det norske eksempel fremgår af Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet (Udbrudsgruppen i den norske sundhedsstyrelse), *Covid-19-epidemien: risikovurdering og respons i Norge,* version 3, 12. marts 2020. For at se eksempler på kritikken henvises til Olle Häggström, Olof Johansson Stenman, Joacim Rocklöv, Stefan Schubert og Markus Stoor, »Alternativ coronastrategi för Sverige kan rädda liv« (»Alternativ coronastrategi for Sverige kan redde liv«), DN Debatt, Dagens Nyheter, 30. april 2020.

17 Se https://www.regeringen.se/regeringens-politik/regeringens-arbete-med-anledning-av-nya-coronaviruset/.

18 Få et godt overblik henvises til Jonas Ludvigsson »The first eight months of Sweden's covid-19 strategy and the key actions and actors that were involved«, *Acta Paediatrica*, offentliggjort online den 20. september 2020.

samfund i deres udøvelse af aktiviteter. De generelle råd omfatter bl.a. restriktioner i antal forsamlede personer i et lokale for at undgå trængsel samt opfordringer til at undlade at afholde fysiske møder, afholde sig fra sociale sammenkomster og rejser og arbejde hjemmefra.[19] Disse råd har haft store konsekvenser for såvel virksomheder og foreningslivet som for befolkningen generelt – men forholdsvis få aktiviteter var lukket fuldstændig ned i perioden fra januar til maj.

Forsamlingsforbuddet på 50 personer ved offentlige arrangementer og forsamlinger fik store konsekvenser for mange kommercielle aktiviteter og for foreningslivet. Det har f.eks. medført, at koncerter og andre større begivenheder ikke har kunnet gennemføres, og at man har været nødt til at holde Sveriges forlystelsesparker lukket. Det skal dog bemærkes, at disse restriktioner kun gælder for de såkaldte »allmänna sammankomster« og »offentliga tillställningar« (offentlige arrangementer og forsamlinger), begreber, der er defineret i kapitel 2 i den svenske lov om orden og sikkerhed i det offentlige rum, ordningslagen. Dette har f.eks. betydet, at forlystelsesparker, men ikke stormagasiner er omfattet. Denne forskelsbehandling mellem de forskellige aktiviteter har vakt stor opmærksomhed i den svenske debat. I næste afsnit ser vi nærmere på lovgrundlaget, herunder spørgsmålet om, hvorvidt regeringen ville have været i stand til at træffe mere vidtgående foranstaltninger.

Endelig kan det være værd at nævne noget om, hvad der *ikke* skete i Sverige i foråret 2020. Børnehaverne og skolerne var åbne hele foråret. Der er ikke udsendt generelle råd eller anbefalinger om brug af mundbind i den kollektive trafik eller på offentlige steder. Og selv om både udenrigsministeriet og Folkhälsomyndigheten har udsendt anbefalinger om at begrænse rejser, er der ikke indført forbud mod at rejse inden for landets grænser eller rejse ud af landet. Der er heller ikke indført krav om sundhedskontrol eller karantæne ved indrejse i Sverige.

Lovgrundlaget

De svenske myndigheders arbejde med at begrænse spredningen af smitsomme sygdomme reguleres primært af den svenske epidemilov, smittskyddslagen (SFS 2004:168). Det er kendetegnende for den nye epidemilov, der blev vedtaget i 2004 og erstattede tidligere lovgivning, at den bygger på tvang og frivillighed på samme tid. På den ene side giver epidemiloven, i lighed med tidligere lovgivning, lægerne på området vidtgående beføjelser til at indføre tvangsforanstaltninger som f.eks. karantæne, isolation og rejserestriktioner.[20] På den anden side er epidemiloven baseret på ideen om, at den enkelte borger bærer et stort personligt ansvar. Kapitel 2 indledes f.eks. med at fastslå, at »Alle skal ved hjælp af opmærksomhed og rimelige forholdsregler bidrage til forebyggelse af spredning af smitsomme sygdomme.« Kombinationen af frivillighed og tvang, som prægede Sveriges politik i foråret 2020, var således ikke en ny opfindelse; den almindelige lovgivning

19 »Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd om allas ansvar att förhindra smitta av covid-19 m.m.« (»Folkhälsomyndighetens forskrifter og generelle råd om alles ansvar for at forebygge smitte med covid-19 m.v.«)

20 Se navnlig bestemmelserne i den svenske epidemilovs kapitel 3, §§ 8-12, om såkaldte ekstraordinære foranstaltninger til forebyggelse af smittespredning.

om sygdomsbekæmpelse i Sverige har længe været baseret på lignende principper.[21]

Epidemilovens bestemmelser om ekstraordinære foranstaltninger til forebyggelse af smittespredning er ikke blevet anvendt under covid-19-krisen i 2020. Da regeringen har forklaret, at covid-19 skal optages på listerne over alment farlige og samfundskritiske sygdomme, kan epidemilovens bestemmelser om de pågældende sygdomme anvendes.[22] Der er imidlertid ikke truffet mere vidtgående tvangsforanstaltninger med hjemmel i epidemiloven.

I stedet var de fleste af de tvangsforanstaltninger, der blev vedtaget under covid-19-krisen, hjemlet i andre love, først og fremmest ordensloven, som bl.a. regulerer orden og sikkerhed ved offentlige arrangementer og forsamlinger og på offentlige steder (SFS 1993:1617). Et forbud mod offentlige arrangementer og forsamlinger med over 50 deltagere blev således indført ved en bekendtgørelse (SFS 2020:114), som igen havde hjemmel i ordenslovens bestemmelser.[23] Ordensloven finder anvendelse på offentlige arrangementer og forsamlinger, hvilket er en vigtig del af forklaringen på de ofte konstaterede forskelle på, hvordan forskellige typer aktiviteter og organisationer i det svenske samfund er blevet påvirket af de restriktioner, der blev indført som følge af covid-19-epidemien. Det har bl.a. betydet, at det har været tilladt at være flere end 50 personer i en butik, men ikke i et teater eller til en sportsbegivenhed.

Nogle af de ufravigelige regler, som regeringen indførte under covid-19-epidemien, har imidlertid været hjemlet i andre love end ordensloven. I slutningen af marts indførte man således et nationalt forbud mod besøg på plejehjem ved en bekendtgørelse (SFS 2020:163), som igen havde hjemmel i en bestemmelse i kapitel 16, § 10, i den svenske lov om social service, socialtjänstlagen (SFS 2001:453).[24]

På nogle områder blev der endvidere vedtaget helt ny lovgivning i foråret 2020. Det drejede sig bl.a. om en ny lov om midlertidige foranstaltninger til forebyggelse af smittespredning på serveringssteder, som havde hjemmel i en tidligere regeringsbekendtgørelse.[25] I langt de fleste tilfælde havde de nye love, der blev vedtaget i løbet af foråret 2020, imidlertid til formål at afhjælpe de økonomiske og samfundsmæssige følger af covid-19-epidemien og ikke at forebygge smittespredningen som sådan. F.eks. blev der indført ændringer i den svenske selskabslov og andre love om organisationer og foreninger, som gjorde det muligt at afholde selskabers og foreningers generalforsamlinger på en sikker

21 Se Olof Peterssons artikel »Sverige valde coronastrategi med 2004 års smittskyddslag« (»Sverige valgte coronastrategi i henhold til epidemiloven fra 2004«), *DN Debatt*, 9. juni 2020. Den kendsgerning, at Sverige i lang tid har opnået en meget høj vaccinationsdækning uden tvangsforanstaltninger og økonomiske instrumenter, skulle være en historisk erfaring, der har styret Sveriges folkesundhedspolitik.

22 Se SFS 2020:20. Riksdagen godkendte senere optagelsen af covid-19 på listerne.

23 Förordning om förbud mot att hålla allmänna sammankomster och offentliga tillställningar (Bekendtgørelse om forbud mod offentlige arrangementer og forsamlinger) (2020:114). En diskussion om retsgrundlaget for de foranstaltninger, der blev truffet under covid-19-epidemien kan f.eks. ses i Henrik Wenander, »Sweden: Non-binding Rules against the Pandemic – Formalism, Pragmatism and Legal Realism«, ikke-udgivet manuskript, Lunds Universitet 2020.

24 Förordning (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19 (Bekendtgørelse om midlertidigt forbud mod besøg på plejehjem for at forhindre spredning af sygdommen covid-19).

25 Lag (2020:526) om tillfälliga smittskyddsåtgärder på serveringsställen (Lov om midlertidige foranstaltninger til forebyggelse af smittespredning på serveringssteder).

måde.[26] I den forbindelse kan det nævnes, at lovændringer ikke var nødvendige for at kunne afholde sikre kommunalbestyrelses- og udvalgsmøder. Sådanne møder kunne allerede afholdes på afstand, så længe visse betingelser var opfyldt, og antallet af medlemmer kunne begrænses ved frivillige aftaler inden for rammerne af den eksisterende lovgivning.[27] Nogle af de økonomiske hjælpepakker, der blev indført under krisen, resulterede også i ny lovgivning.[28]

I april 2020 vedtog Riksdagen en lov, der midlertidigt bemyndigede regeringen til at træffe mere drastiske foranstaltninger som følge af covid-19-epidemien. Det drejede sig mere konkret om en midlertidig tilføjelse til epidemilovens kapitel 9, som var gældende indtil juli 2020 (SFS 2020:241). Formålet med denne lov var at sætte regeringen i stand til »at udstede særlige bestemmelser om forholdet mellem private og offentlige interesser, der gælder for enkeltpersoners forpligtelser eller på anden måde vedrører indblanding i enkeltpersoners personlige eller økonomiske forhold, hvis det af smittebeskyttelseshensyn er nødvendigt for at kunne håndtere spredningen af den virus, der forårsager covid-19, og Riksdagens beslutning ikke kan afventes.« De foranstaltninger, som regeringen fik tilladelse til at gennemføre, omfattede bl.a. »midlertidig nedlukning af indkøbscentre og andre butikscentre«, »midlertidig nedlukning af sociale og kulturelle mødesteder som f.eks. barer, natklubber, restauranter, cafeterier, fitnesscentre og sportsfaciliteter, biblioteker, museer og offentlige forsamlingslokaler« og »midlertidig nedlukning eller andre restriktioner for … havne, lufthavne eller bus- og togstationer.«[29] De beføjelser, regeringen dermed havde til at lukke indkøbscentre og restauranter, blev imidlertid ikke brugt.

Den nye lovgivning, der blev indført i foråret og sommeren, var – med visse undtagelser, som f.eks. at covid-19-sygdommen blev optaget på listen over alment farlige og samfundskritiske sygdomme – af midlertidig karakter.

Nogle eksperter, herunder nationaløkonom Lars Jonung, har fremført, at Sveriges afvigende politik under covid-19-epidemien skyldes, at den svenske forfatning, den såkaldte Regeringsform (RF) fra 1974, gør det vanskeligt eller umuligt for regeringen og Riksdagen at vedtage love, som i væsentlig grad griber ind i enkeltpersoners liv og virksomheders og organisationers aktiviteter. Jonung henviser bl.a. til beskyttelsen af borgernes rettigheder og frihedsrettigheder i kapitel 2 i forfatningen, til princippet om kommunalt selvstyre og til forvaltningsmyndighedernes uafhængighed.[30] Vi mener, at denne fortolkning går for vidt. Det er vores opfattelse, at regeringen og Riksda-

26 Lag (2020:198) om tillfälliga undantag för att underlätta genomförandet av bolags- och föreningsstämmor (Lov om midlertidige undtagelser for at lette afholdelsen af selskabers og foreningers generalforsamlinger).

27 Sveriges Kommuner och Regioner, "Sammanträden med fullmäktige, nämnder och styrelser m.m.i kommun, region och kommunalförbund under spridningen av det virus som orsakar sjukdomen covid-19" (»Møder med bestyrelser, udvalg, forvaltninger m.v. i kommuner, regioner og kommunale sammenslutninger under spredningen af den virus, der forårsager sygdommen covid-19«), PM, Version 6, 2020-05-04.

28 Vedrørende støtteordninger til virksomheder, se f.eks. Lag (2020:548) om omställningsstöd (Lov om omstillingsstøtte).

29 Se nærmere om den midlertidige lov i Anna Jonsson Cornell, »Författningsberedskap i praktiken – en kommentar med anledning av lagen om ändring i smittskyddslagen« (»Forfatningsberedskab i praksis – en kommentar på baggrund af ændringsloven til epidemiloven«), *Svensk juristtidning*, hæfte 5-6, 2020. Regeringen havde oprindeligt foreslået mere vidtgående beføjelser, men det ville oppositionspartierne ikke gå med til.

30 Se Lars Jonung, »Sweden's Constitution Decides Its Covid-19 Exceptionalism«, Working Paper 2020:11, Institut for Nationaløkonomi, Lunds Universitet.

gen, hvis de havde ønsket det, godt kunne have ført en politik svarende til nabolandenes. Den svenske strategi under covid-19-epidemien var således et resultat af politiske beslutninger, ikke et resultat af forfatningsmæssige bestemmelser, der var specifikke for Sverige.

Hvad angår beskyttelsen af borgernes rettigheder og frihedsrettigheder i kapitel 2 i forfatningen, kan man for det første konstatere, at forsamlings- og demonstrationsfriheden, som ellers nyder meget stor beskyttelse, udtrykkeligt kan begrænses, hvis formålet er at »bekæmpe soten« (kapitel 2, § 24 i forfatningen; bestemmelsen bruger »farsot«, som er et gammelt nordisk ord for epidemi). Jonung gør gældende, at undtagelsen udelukkende gælder forsamlings- og demonstrationsfriheden og ikke f.eks. retten til at bevæge sig frit inden for Sveriges grænser (kapitel 2, § 8 i forfatningen).

Beskyttelsen af bevægelsesfriheden er imidlertid ikke absolut. I lighed med mange andre rettigheder og frihedsrettigheder, der er nævnt i forfatningens kapitel 2, kan også bevægelsesfriheden begrænses ved lov (kapitel 2, § 20 i forfatningen), hvis formålet »er acceptabelt i et demokratisk samfund«, og så længe en begrænsning ikke »går videre, end hvad der er nødvendigt for at opnå formålet med at indføre begrænsningen« eller truer »den frie meningsdannelse som en af folkestyrets grundlæggende værdier« (kapitel 2, § 21 i forfatningen).

For at love, der indskrænker borgernes rettigheder og frihedsrettigheder, skal kunne anvendes direkte og ikke med 12 måneders forsinkelse, kræves vedtagelse med kvalificeret flertal (i virkeligheden fem sjettedele af Riksdagens medlemmer). Det er naturligvis vanskeligt at afgøre, om man kunne have opnået et sådant kvalificeret flertal i foråret 2020, men det forhold, at Riksdagen støttede den forholdsvis vidtgående bemyndigelseslov, som regeringen fremlagde forslag til i april, tyder på, at det havde været muligt.

Også i forbindelse med det kommunale selvstyre giver den svenske forfatning Riksdagen mulighed for at vedtage love, der f.eks. pålægger kommunerne nye opgaver eller regulerer deres aktiviteter, så længe en begrænsning af selvstyret ikke »går videre, end hvad der er nødvendigt for at opnå formålet med at indføre begrænsningen« (kapitel 14, § 3 i forfatningen). Det samme gælder i forhold til de statslige myndigheder. Forvaltningsmyndighedernes grundlovssikrede uafhængighed betyder, at Riksdagen eller regeringen ikke kan »bestemme, hvordan en forvaltningsmyndighed *i en bestemt sag* skal træffe afgørelse i en sag, som vedrører myndighedsudøvelse over for en person eller en kommune, eller som vedrører anvendelsen af en lov« (kapitel 12, § 2 i forfatningen, vores kursivering). Det betyder naturligvis ikke, at regeringen er udelukket fra at styre de statslige myndigheder. Riksdagen og regeringen har flere instrumenter til rådighed, som vi vender tilbage til senere i denne rapport.

Vores konklusion med hensyn til det forfatningsretlige og generelle juridiske grundlag for Sveriges politik under covid-19-pandemien er derfor, at det ville have været muligt for regeringen og Riksdagen at indføre flere og mere indgribende tvangsforanstaltninger uden videre. Det ville fra et forfatningsmæssigt synspunkt have været muligt for Riksdagen at vedtage nye love, og det ville også have været juridisk muligt for regeringen at indføre mere vidtrækkende tvangsforanstaltninger med hjemmel i den gældende lovgivning, idet Riksdagen vedtog en bemyndigelseslov, der gav regeringen vidtgående beføjelser, i det mindste midlertidigt. Det betyder ikke nødvendigvis, at Riksdagen og regeringen burde have handlet anderledes (det er et folkesundhedsfagligt spørgsmål, vi ikke er kvalificerede til at tage stilling til). Men det

betyder, at forklaringen på, at Sverige i så høj grad valgte at gøre brug af frivillige anbefalinger, skal søges et andet sted.

Vi mener ikke, det er usandsynligt, at Sveriges politiske traditioner i almindelighed og Sveriges forfatningstradition i særdeleshed spillede en rolle, selv om der ikke var nogen formelle forhold, der forhindrede Riksdagen og regeringen i at handle anderledes. Sverige har i mange årtier ført en folkesundhedspolitik, der bygger på frivillighed, og denne politik opfattes i de fleste lejre, især blandt de ansvarlige forvaltningsmyndigheder, som en betydelig succes. F.eks. har Sverige siden afskaffelsen af koppevaccinationen i 1970'erne ikke tvunget folk til at vaccinere deres børn, men Sverige har alligevel en høj vaccinationsdækning. De ansvarlige myndigheder har nydt en høj grad af uafhængighed under covid-19-epidemien, hvilket sandsynligvis skyldes, at Riksdagen og regeringen af traditionsmæssige årsager, men ikke af forfatningspolitisk nødvendighed, plejer at lade forvaltningsmyndighederne passe sig selv inden for rammerne af den gældende lovgivning og gældende bekendtgørelser, instrukser og såkaldte reguleringsbreve. Vi vender nedenfor tilbage til spørgsmålet om arbejdsdelingen mellem Riksdagen, regeringen og forvaltningsmyndighederne.

Sundhedsvæsenet

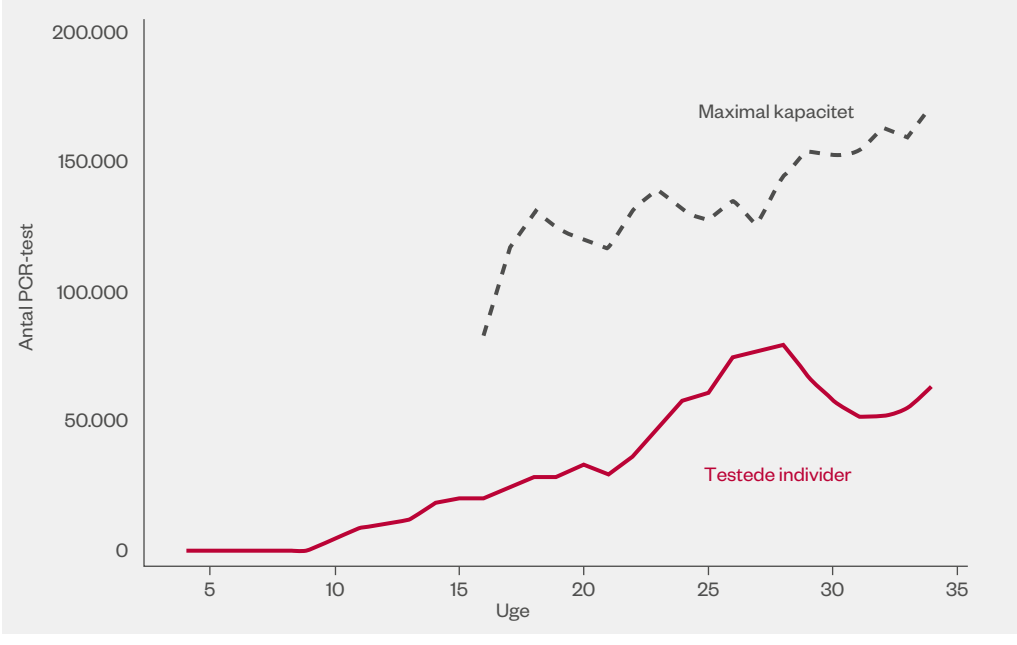
Udbruddet af covid-19 skabte store udfordringer for sundhedsvæsenet i Sverige ligesom i mange andre lande. Arbejdet med at begrænse de negative følger af pandemien har for sundhedsvæsenets vedkommende været fokuseret på dels at forebygge smittespredningen for ikke at overskride den disponible kapacitet i sundhedssystemet, dels at øge kapaciteten på de områder, hvor dette har været påkrævet.[31] Regering, regioner, kommuner og myndigheder har bl.a. arbejdet på at øge testkapaciteten, antallet af intensive og medicinske sengepladser på sygehusene og adgangen til værnemidler. Folkhälsomyndigheten og Socialstyrelsen har haft ansvaret for at overvåge og koordinere forskellige dele af Sveriges behandlingskapacitet, mens de 21 regioner og 290 kommuner under pandemien har haft ansvaret for at gennemføre en række indsatser inden for sygehus- og sundhedssektoren.

Generaldirektøren for Verdenssundhedsorganisationen (WHO), Tedros Adhanom Ghebreyesus, opfordrede i midten af marts verdens lande til at »teste, teste, teste.«[32] Muligheden for at udføre såkaldte PCR-test (*Polymerase Chain Reaction*) har eksisteret i Sverige siden den 17. januar, og alle universitetshospitaler havde kapacitet til at udføre PCR-test fra den 28. februar.[33] PCR er den gængse metode til påvisning af en aktiv covid-19-infektion. Ved hjælp af PCR-testen undersøges det, om der kan påvises arvemateriale fra den virus, der forårsager infektionen. Antallet af udførte PCR-test var dog forholdsvis lavt i Sverige på grund af manglende adgang til testudstyr og en uklar ansvarsfordeling.[34] I februar måned blev færre end 1.000 personer testet. I midten af marts var tallet steget til ca. 10.000 om ugen. Den 30. marts gav den svenske regering Folkhälso-

31 At »sikre ressourcer til sygehus- og sundhedssektoren« er et af regeringens mål i indsatsen for bekæmpelse af covid-19.
32 Dagens Nyheter, 16. marts.
33 Ludvigsson 2020, s. 11.
34 Ludvigsson 2020, s. 12.

myndigheten besked om hurtigt at øge antallet af test.[35] Kapaciteten er efterfølgende blevet udbygget gradvist. Folkhälsomyndigheten har taget skridt til at øge analysekapaciteten, så man kan komme op på en kapacitet på omkring 150.000 test om ugen, som blev nået i midten af juli (uge 29). I midten af april meddelte regeringen og Folkhälsomyndigheten, at der ville blive udført mellem 50.000 og 100.000 test om ugen.[36] Dette mål på 50.000 test på en enkelt uge blev nået i juni (uge 24).

Figur 6. Udførte test og testkapaciteten indtil udgangen af august i Sverige



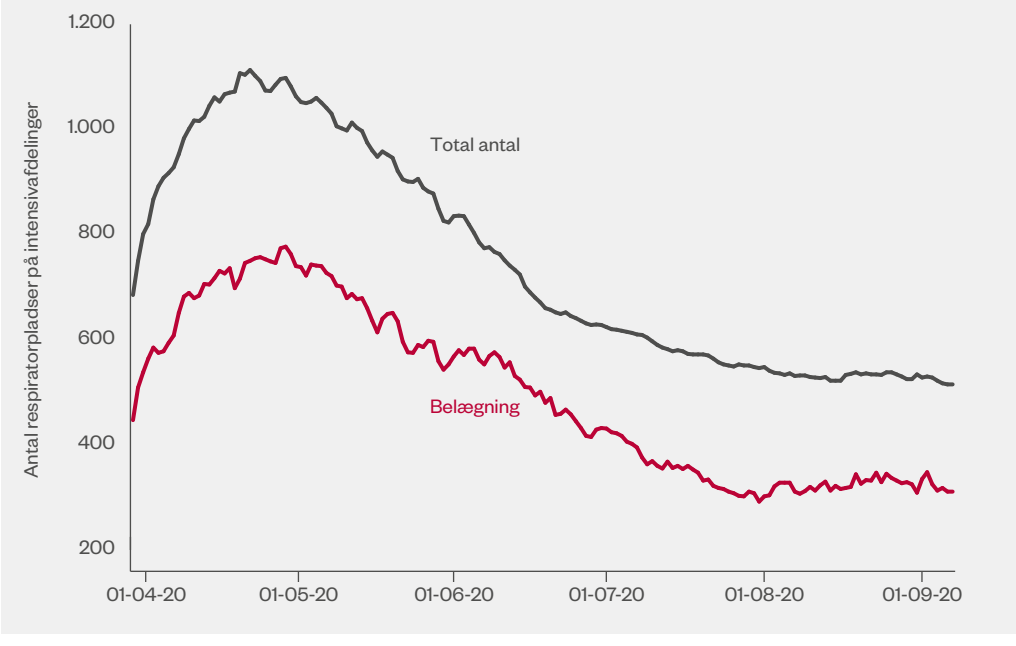
Kilde: Folkhälsomyndigheten (1. september 2020).
Note: I uge 4-26 meddeler Folkhälsomyndigheten, hvor mange personer der er blevet testet. Efter ønske fra den svenske regering offentliggør Folkhälsomyndigheten derefter antallet af udførte test fordelt på regioner. Fra og med uge 27 og frem har Folkhälsomyndigheten derfor foretaget et skøn over det ugentlige antal testede personer i hele Sverige. Dataene er ufuldstændige, da ikke alle laboratorier indberetter dette tal til Folkhälsomyndigheten. I de tilfælde hvor Folkhälsomyndigheten ikke får oplyst antallet af testede personer, erstatter man dette tal med antallet af udførte test i stedet, hvilket medfører et lidt for stort antal testede personer. Tallene vedrører kun PCR-test (påvisning af nukleinsyre).

35 Pålæg om hurtigt at øge antallet af test for covid-19, S2020/02681/FS. Den 8. maj meddelte regeringen desuden, at den havde taget initiativ til at udpege Harriet Wallberg som testkoordinator, og hun skulle arbejde i Folkhälsomyndigheten (https://www.regeringen.se/pressmeddelande/020/05/harriet-wallberg-ny-testkoordinator-for-coronatester/). Harriet Wallberg meddelte imidlertid, at hun ønskede at afslutte arbejdet efter ca. tre uger (Dagens Nyheter, 2. juni). Ifølge medierne var årsagen, at hun ikke havde et tilstrækkeligt stort mandat (Dagens Nyheter, 3. juni).

36 https://www.svtplay.se/klipp/26448670/antalet-coronatester-ska-utokas-kraftigt

Figur 6 viser antallet af personer, der er blevet PCR-testet i Sverige, og den maksimale testkapacitet pr. uge (oplysningerne kommer fra Folkhälsomyndigheten). Antallet af PCR-testede personer har svinget mellem 11 (uge 4) og godt 79.000 (uge 28). Figuren viser også, at selv om det blev anset som vigtigt at øge kapaciteten, har antallet af udførte PCR-test kun udgjort en del af analysekapaciteten i Sverige, i det mindste i den periode, hvor der foreligger data om maksimal kapacitet, som er fra midten af april (uge 16). Kapaciteten er således ikke blevet udnyttet fuldt ud.

Figur 7. Respiratorpladser, belægning og samlet kapacitet i Sverige



Kilde: Oplysninger fra Socialstyrelsen (e-mail af 25. september 2020).

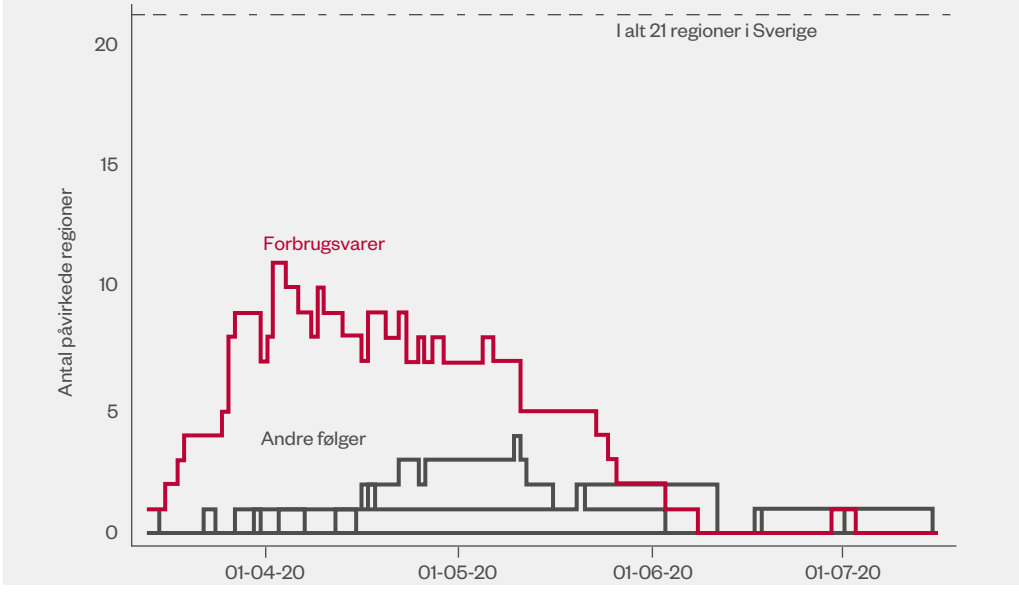
I dokumentet »Nationell strategi för utökad provtagning och laboratorieanalys av covid-19« (»National strategi for udvidet prøvetagning og laboratorieundersøgelse af covid-19«) gør Folkhälsomyndigheten rede for, at formålet med PCR-test er forskelligt i forskellige dele af en pandemis faser.[37] I første fase, som Sverige befandt sig i frem til midten af marts, koncentrerede man sig om at teste alle med symptomer og at smitteopspore. Derefter blev der foretaget en prioritering blandt dem, der skulle testes. Folkhälsomyndigheten har fastsat en prioriteret

37 Folkhälsomyndigheten, »Nationell strategi för utökad provtagning och laboratorieanalys av covid-19« ("National strategi for udvidet prøvetagning og laboratorieundersøgelse af covid-19"), version 4, 2020-06-10.

rækkefølge, hvor gruppe 1 består af personer, som på grundlag af en sundhedsfaglig vurdering udviser symptomer på eksisterende sygdom, gruppe 2 af sundheds- og plejepersonale, gruppe 3 af medarbejdere, der varetager andre nøglefunktioner i samfundet, og gruppe 4 af andre personer. Folkhälsomyndigheten skriver, at når fasen med udbredt smittespredning er overstået, kan alle med behov for det blive testet.

Den 16. marts bad regeringen Socialstyrelsen om at sikre adgang til personlige værnemidler og andet beskyttende udstyr, og den 19. marts fik Socialstyrelsen til opgave at oprette en koordinerende funktion for intensivpladser.[38] Figur 7 viser det samlede antal intensivpladser og belægningen pr. dag i Sverige fra den 30. marts til den 7. september (oplysninger modtaget fra Socialstyrelsen den 25. september). Tallene viser på den ene side, at kapaciteten blev forøget indtil udgangen af april, og på den anden side at mellem 65 og 70 procent af kapaciteten blev udnyttet i størstedelen af denne periode. Den samlede kapacitetsudnyttelse i Sverige kom aldrig over 75 procent. Nogle regioner kan dog have oplevet et større pres.

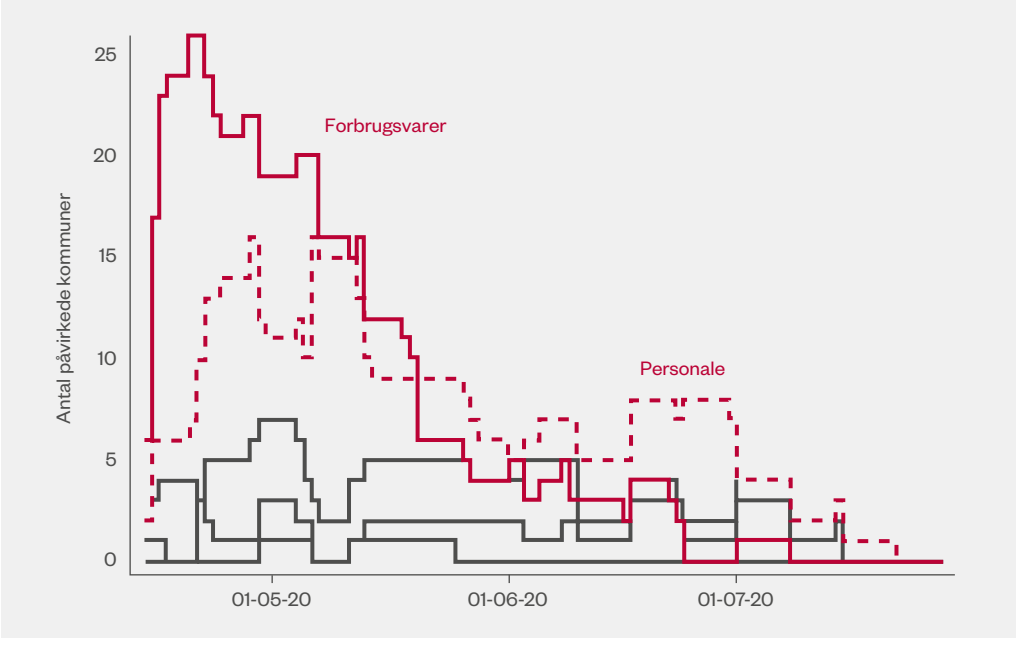
Figur 8. Antal regioner i Sverige med alvorlige eller kritiske følger på en 5-punktsskala



Kilde: Oplysninger fra Socialstyrelsen (e-mail af 25. september 2020).
Note: Skalaen har trinnene »ingen«, »moderate«, »betydelige«, »alvorlige« og »kritiske« følger. De grå linjer, der beskriver »andre følger«, repræsenterer følgende aktiviteter: akut medicinsk beredskab, kommunikation, logistik og service, lægemiddelforsyning, akut lægehjælp, sygetransportorganisation, infrastruktur og ledelse. Den eneste aktivitet, der var udsat for alvorlige eller kritiske følger i mere end to regioner samtidig, var lægemiddelforsyningen (som primært var påvirket i fire regioner i begyndelsen af maj).

38 Regeringsbeslutning S2020/011558/FS, S2020/011594/FS og S2020/01849/FS. Se også S2020/02443/FS.

Figur 9. Antal kommuner i Sverige med alvorlige eller kritiske følger på en 5-punktsskala



Kilde: Oplysninger fra Socialstyrelsen (e-mail af 25. september 2020).
Note: Skalaen har trinnene »ingen«, »moderate«, »betydelige«, »alvorlige« og »kritiske« følger. De tre grå linjer, der beskriver andre former for følger, repræsenterer hjemmehjælp, ledelse og lægemiddelforsyning. Der er i alt 290 kommuner i Sverige.

Socialstyrelsen samarbejder med Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) og lensstyrelserne om at holde øje med kapaciteten af intensive og medicinske sengepladser i regionerne samt behovet for medicinsk udstyr og værnemidler i regioner og kommuner. Figur 8 og 9 gør status over situationen i regionerne og kommunerne (oplysninger modtaget fra Socialstyrelsen den 25. september). Socialstyrelsen har en 5-punktsskala, der går fra ingen til kritisk indvirkning.[39] Den lodrette akse i figur 8 viser antallet af Sveriges 21 regioner, der har rapporteret om alvorlige eller kritiske følger i forbindelse med covid-19 inden for følgende områder: forbrugsvarer, akut medicinsk beredskab, kommunikation, logistik og service, lægemiddelforsyning, akut lægehjælp, sygetransportorganisation, infrastruktur og ledelse. Følgerne for forbrugsvarer har været alvorlige eller kritiske i en lang række regioner, som det fremgår af den røde linje; på andre områder er det kun nogle få regioner, der har oplevet alvorlige eller kritiske følger. Figur 9 viser tilsvarende, hvor mange af Sveriges 290 kommuner der har anført, at de

39 Skalaen trin er: »Ingen«, »Moderate«, »Betydelige«, »Alvorlige« og »Kritiske« følger. Oplysninger fra Socialstyrelsen, e-mail af 22. oktober 2020.

har oplevet alvorlige eller kritiske følger for forbrugsvarer, personale, hjemmepleje, ledelse og lægemiddelforsyning. Den fuldt optrukne røde linje repræsenterer antallet af kommuner, der har rapporteret om alvorlige eller kritiske følger for forbrugsvarer, mens den stiplede røde linje viser, hvor mange kommuner der har anført, at personalesituationen var alvorligt eller kritisk påvirket.

Presset på den svenske sygehus- og sundhedssektor var således stort i visse dele af landet, ikke mindst med hensyn til adgang til intensivpladser og forbrugsvarer. Situationen var særlig alvorlig i april. Socialstyrelsen skrev i sin statusrapport til Myndigheten för samhällsskydd och beredskap den 16. april, at følgerne på Socialstyrelsens områder varierede fra moderate til kritiske, og at de forventedes at vokse i de kommende uger. Socialstyrelsen forklarede, at »konsekvenserne inden for de næste to uger indebærer en risiko for alvorlige eller kritiske følger i flere regioner med hensyn til intensivpladser, værnemidler og medicinsk udstyr.« Desuden understregede Socialstyrelsen, at der var risiko for »øgede konsekvenser for de kommunale ydelser på sundheds- og socialområdet.«[40]

Indsatsen mod covid-19 og behandlingen af patienter med covid-19 har udskudt andre behandlinger. Der foreligger ikke nogen samlet vurdering af omfanget af denne såkaldte forskydningseffekt, men Socialstyrelsen har fulgt udviklingen på flere områder. Socialstyrelsen har bl.a. bemærket, at færre søger tandlægebehandling og behandling på psykiatriske akutmodtagelser, og at besøgene på somatiske skadestuer er faldet.[41] Antallet af fysiske besøg i lægehuse og sundhedscentre faldt med godt 40 procent fra januar til april 2020, og speciallægeklinikkerne konstaterede et fald på omkring 50 procent fra februar til april. På samme måde er antallet af operationer faldet markant – med hele 46 procent – selv om det igen er steget en del siden maj måned.[42] Socialstyrelsen vurderer, at kræftbehandlingen af patienter med en diagnose ikke er blevet berørt i en sådan grad, at det har haft sundhedsmæssige konsekvenser. Der kan imidlertid konstateres en faldende aktivitet på området for kræftscreeninger i løbet af foråret.[43] I rapporten »Uppskjuten cancervård« (»Udskudt kræftbehandling«) skriver den svenske rådgivningsinstans på kræftområdet, Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), at antallet af nyopdagede kræfttilfælde fra marts til august 2020 er faldet med gennemsnitligt 12 procent (medianværdien) over for samme periode i 2019.[44] RCC understreger, at der er store regionale forskelle, idet nedgangen i Stockholm f.eks. udgør hele 31 procent.[45]

Ældreplejen i Sverige har været hårdt ramt af covid-19. Plejen kan opdeles i to dele: hjem-

40 Socialstyrelsen 2020-04-16, j.nr. 10.2.5075/2020, s. 1.

41 Socialstyrelsen, »Faktablad - effekter av covid-19 på besök i tandvården« (»Faktablad - effekterne af covid-19 på tandlægebesøg«), 2020-10-13. Socialstyrelsen, »Faktablad -färre söker vård på psykiatrisk akutmottagning under coronapandemin« (»Færre søger behandling på psykiatriske akutmodtagelser under coronapandemien«), 2020-06-25. Socialstyrelsen, "Faktablad - effekter av covid-19 på hur patienter besöker somatiska akutmottagningar" (»Faktablad - effekterne af covid-19 på patienters besøg på somatiske skadestuer«), 2020-06-25.

42 Socialstyrelsen, »Hur covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider« (»Hvordan covid-19 har påvirket antallet af henvendelser til praktiserede læger m.v., operationer og ventetider«), 2020-06-17.

43 Socialstyrelsen, »Faktablad - påverkan på screeningverksamheter inom cancerområdet« (»Faktablad - følgerne for omfanget af kræftscreeninger«), 2020-06-25.

44 RCC er et samarbejde mellem Sveriges seks regionale kræftcentre.

45 Regionala cancercentrum i samverkan, "Uppskjuten cancervård" (»Udskudt kræftbehandling«), version 1, 2020-09-27.

mehjælp og plejehjem. I Sverige er ældrepleje et kommunalt ansvar (som i øvrigt betyder, at ældreplejen falder ind under de sociale myndigheders område og dermed ikke i første omgang hører under sundhedsområdet), men inden for både hjemmehjælp og plejehjem findes der både offentlige og private udbydere. I januar 2020 var der 191.910 personer over 70 år, som modtog hjemmehjælp i Sverige, og 79.410 personer over 70 år, som boede på plejehjem. Disse grupper har været meget sårbare. Den 28. april var 90 procent af de personer, som var døde af covid-19, over 70 år gamle. Halvdelen af disse personer var plejehjemsbeboere, mens lidt over en fjerdedel modtog hjemmehjælp.[46]

De ældres sårbare situation har været et kendt problem, og der er truffet foranstaltninger til at beskytte dem, men i den svenske debat har mange påpeget, at der ikke er gjort nok. En vigtig foranstaltning, der allerede er nævnt, var regeringens beslutning den 30. marts om at indføre et nationalt forbud mod besøg på plejehjem.[47] Andre vigtige spørgsmål synes at have været personaleudskiftningen på plejehjemmene, de smitteforebyggende foranstaltninger, som personalet har truffet og har været i stand til at træffe, og den lægebehandling, der har været til rådighed for plejehjemsbeboerne. Der har i medierne været fokus på store mangler i adgangen til personale og værnemidler.[48] Der har også været skrevet om, at skrøbelige ældres behov for kvalificeret pleje er blevet nedprioriteret i nogle regioner.[49] Disse oplysninger er imidlertid blevet afvist af de ansvarlige embedsmænd.[50] Samtidig har f.eks. interesse- og arbejdsgiverorganisationen for Sveriges kommuner og regioner, SKR, understreget, at det er den udbredte smittespredning, og ikke fejl og forsømmelser i ældreplejen, der ligger til grund for de høje dødstal i Sverige.

Systematiske analyser af årsagerne til, at nogle plejehjem har klaret sig relativt godt, mens andre har været hårdere ramt af covid-19, er endnu ikke tilgængelige, og det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at afgøre, hvilke eventuelle foranstaltninger der har været effektive. Endnu er det heller ikke muligt at fastslå, om systematiske fejl og forsømmelser har fundet sted i ældreplejen. I midten af april gav regeringen det svenske tilsyn for sundhedspleje og social pleje, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), til opgave at gennemføre en tilsynsindsats i alle kommuner for at afdække, hvordan arbejdet med bekæmpelse af covid-19 er foregået inden for ældreplejen. IVO er stadig i gang med at udføre denne tilsynsopgave. Efter en indledende gennemgang af mere end tusind virksomheder vurderede IVO, at omkring en tiendedel havde så store mangler, at man ville gå videre med en udvidet gennemgang. På baggrund af gennemgangen offentliggjorde IVO i maj en liste over de forhold, som tilsynet havde vist kunne begrænse spredningen af covid-19.[51]

46 Socialstyrelsen, »Statistik om smittade och avlidna med covid-19 bland äldre efter boendeform« (»Statistik over smittede og afdøde med covid-19 blandt ældre efter boligtype«), j.nr. 6.7-15552/2020, 2020-05-06.

47 Förordning om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19 (Bekendtgørelse om midlertidigt forbud mod besøg på plejehjem for at forhindre spredning af sygdommen covid-19), SFS 2020:163.

48 Dagens Nyheter 2020-04-08, Dagens Nyheter 2020-05-21.

49 Dagens Nyheter 2020-10-13, Eskilstuna Kuriren 2020-05-12.

50 Se samtalen i Dagens Nyheter 2020-10-19.

51 IVO's tilsyn med ældreplejen under covid-pandemien, https://www.ivo.se/tillsyn/ivos-tillsyn-av-aldreomsorgen-under-covid-pandemin/.

Samfundsøkonomiske foranstaltninger og virkninger

Riksdagen og regeringen har truffet en række foranstaltninger til at begrænse de økonomiske konsekvenser af covid-19-epidemien. Ifølge den såkaldte Riksdagsordning, som regulerer Riksdagens arbejde, har regeringen normalt kun lov til at foreslå ændringer til statsbudgettet to gange om året: i finanslovsforslaget (budgetpropositionen) om efteråret og i forslaget til retningslinjerne for Sveriges økonomiske politik og finanspolitik (ekonomiska vårpropositionen) om foråret. Derudover kan regeringen ved andre lejligheder fremlægge tillægs- og ændringsbudgetter, men kun hvis »der ifølge regeringen foreligger særlige grunde hertil« (kapitel 9, § 6 i Riksdagsordningen). I 2020 har regeringen fremlagt hele ti tillægs- og ændringsbudgetter (17., 19., 26. og 30. marts, 1. april, 14. og 15. maj, 10. og 15. juni og 10. september), hvilket siger noget om, hvor mange økonomisk-politiske foranstaltninger, der er blevet truffet under covid-19-krisen.[52]

Vi gør her rede for nogle af de vigtigste økonomiske foranstaltninger i 2020. Vi begynder med den enkeltvis dyreste foranstaltning, nemlig de nye regler om kompensation til midlertidig hjemsendelse (korttidsarbete), der blev indført i foråret. En støtteordning til hjemsendelse var allerede indført i 2013, da det var blevet påvist, at handlingsprogrammer, der letter virksomhedernes fastholdelse af deres medarbejdere, havde reduceret den negative effekt, den dybe økonomiske krise i 2008-2009 havde haft på beskæftigelsen, f.eks. i Tyskland. På baggrund af en bekendtgørelse fra regeringen og senere en ny lov, der trådte i kraft med tilbagevirkende kraft fra midten af marts 2020 (SFS 2020:375), blev det under covid-19-krisen muligt for virksomheder at ansøge om midlertidigt at hjemsende deres medarbejdere i op til 60 procent af arbejdstiden. Det blev senere muligt at opnå kompensation til hjemsendelse i op til 80 procent af arbejdstiden i månederne maj, juni og juli.[53] Denne omfattende støtteordning blev anslået til at koste staten ca. 50 mia. svenske kroner i 2020.

I takt med at arbejdsløsheden er steget til trods for virksomhedernes mulighed for at hjemsende deres medarbejdere, er dagpengeloftet og dagpengesatserne i arbejdsløshedsforsikringen blevet hævet, og det er blevet lettere for de enkelte lønmodtagere at opnå ret til medlemskab af en A-kasse.[54] På området for sygeforsikring er karensdagen – det vil sige første sygedag uden lønkompensation – blevet fjernet, bl.a. for at give medarbejdere et incitament til at blive hjemme, hvis de udviser symptomer på sygdom.

Derudover har regeringen og Riksdagen truffet en række foranstaltninger med henblik på at beskytte svenske virksomheder mere direkte mod konsekvenserne af den økonomiske afmatning. Den dyreste nye foranstaltning i 2020, næst efter hjemsendelsesordningen, var direkte støtte til svenske virksomheder baseret på de anslåede fald i virksomhedernes omsætning. Den tredjedyreste foranstaltning var en midlertidig nedsættelse af de sociale bidrag (som betales af arbejdsgiverne). Samtidig har staten midlertidigt overtaget udgifterne til sygedagpenge, som ellers betales af arbejdsgiveren i begyndelsen af en medarbejders sygdomsperiode. Nogle bestemte virksomhedskategorier

52 Se https://www.regeringen.se/sveriges-regering/finansdepartementet/statens-budget/ekonomiska-atgarder-med-anledning-av-covid-19/.

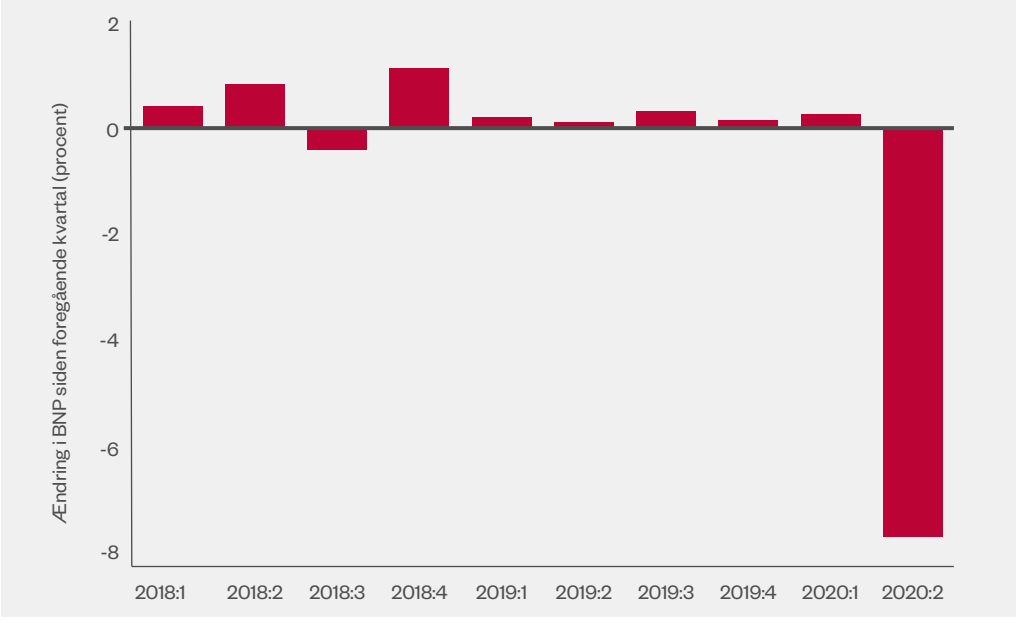
53 Finanspolitiska rådet, *Svensk finanspolitik 2020*, Stockholm: Finanspolitiska rådet, s. 26.

54 Finanspolitiska rådet, *Svensk finanspolitik 2020*, Stockholm: Finanspolitiska rådet, s. 69.

har også modtaget tilskud til lejeomkostninger, som har kostet staten omkring 5 mia. svenske kroner.[55]

Samtidig har regeringen og Riksdagen på grund af covid-19-epidemien forhøjet statens almindelige bloktilskud til kommunerne med omkring 15 mia. svenske kroner i 2020. Kommunerne og regionerne er ansvarlige for en stor del af de offentlige tjenesteydelser i Sverige, men med visse undtagelser må de ikke køre med underskud (i modsætning til staten, som godt kan udvise underskud på kort sigt, selv om det mellem- og langsigtede mål er, at staten skal være overskudsgivende). Øgede bloktilskud fra staten til kommunerne er derfor normalt et vigtigt element i stabiliseringspolitiske pakker i Sverige, hvilket også var tilfældet tilbage i 2009.

Figur 10. Ændring i Sveriges BNP siden foregående kvartal i forhold til 2018 og 2019



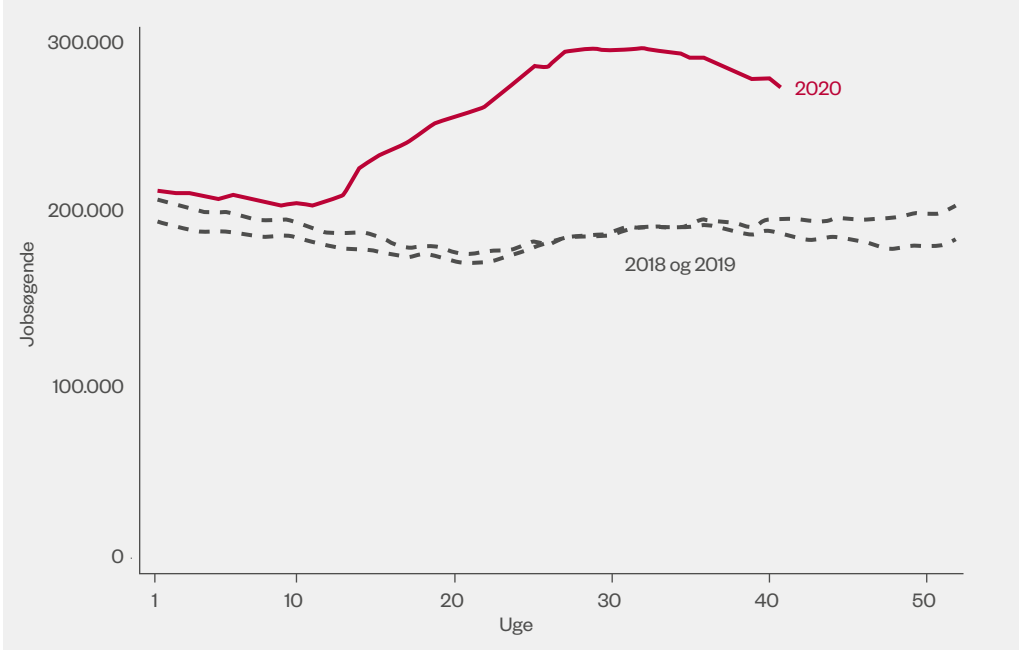
Kilde: SCB, Nationalräkenskaperna (nationalregnskabet) (ajourført 16. oktober 2020).

Figur 10 beskriver kvartalsvise ændringer i BNP (siden forudgående kvartal) i 2018 og 2019 og i de første to kvartaler af 2020 (sæsonkorrigerede data). Som det fremgår af figuren, faldt BNP med mere end 8 procent i andet kvartal af 2020 (i første kvartal havde covid-19-epidemien og foranstaltninger rettet mod epidemien endnu ikke haft nogen større økonomisk effekt). Det var den største kvartalsvise nedgang i BNP i moderne tid, men nedgangen var alligevel noget

55 Finanspolitiska rådet, *Svensk finanspolitik 2020*, Stockholm: Finanspolitiska rådet, s. 69.

mindre, end Konjunkturinstitutet og regeringen havde forventet. Nedgangen i BNP i Sverige i denne periode var på linje med udviklingen i andre sammenlignelige lande, men var mindre end i de hårdest ramte lande i Europa.

Figur 11. Jobsøgende i Sverige 2020 sammenlignet med 2018 og 2019



Kilde: Arbetsförmedlingens veckostatistik (arbejdsformidlingens ugestatistik) (ajourført 16. oktober 2020).

De mest detaljerede og hyppige statistikker over arbejdsløsheden i Sverige er den ugestatistik, der udarbejdes af den svenske arbejdsformidling, Arbetsförmedlingen. Figur 11 viser antallet af jobsøgende i Sverige i 2020 sammenlignet med de to foregående år. Som det fremgår af figuren, begyndte arbejdsløsheden at stige hurtigt i slutningen af marts, og i slutningen af foråret og begyndelsen af sommeren var der over 100.000 flere arbejdsløse end på samme tidspunkt sidste år. Uden de tidligere omtalte hjemsendelsesordninger ville antallet af arbejdsløse med stor sikkerhed være steget endnu mere. I begyndelsen af efteråret 2020 faldt den officielle arbejdsløshed en smule.

De politiske partier i Sverige har været uenige om nogle af de økonomisk-politiske foranstaltninger, der blev indført under krisen, navnlig i forhold til timingen. Den svenske regering under ledelse af socialdemokraterne har selvfølgelig været særlig optaget af at beskytte lønmodtagerne, f.eks. ved hjælp af ændringerne i arbejdsløshedsforsikringen, mens den borgerlige opposition har været mere optaget af at beskytte virksomhederne. I det store og hele er beslutningerne om økonomisk-politiske

foranstaltninger under covid-19-krisen imidlertid truffet med bred politisk enighed. Navnlig i begyndelsen af epidemien stod det klart, at Sverige bevægede sig fra en fase præget af politisk polarisering (som bl.a. afspejlede sig i den langvarige regeringsdannelse i 2018-2019) til en fase præget af større vilje til at indgå kompromiser.[56] Der har også været bred opbakning blandt økonomiske eksperter og blandt de vigtigste arbejdsmarkedsparter til den politik, som regeringen og Riksdagen har truffet beslutning om. Finanspolitiska rådet – en svensk ekspertinstans, der har til opgave at gennemgå den økonomiske politik i Sverige – konkluderede således i sin rapport om finanspolitikken i 2020, at krisepolitikken grundlæggende set var afbalanceret: »De indførte foranstaltninger er hensigtsmæssige og er i flere tilfælde blevet gennemført hurtigt.«[57]

Ud over de beslutninger, som regeringen og Riksdagen traf under covid-19-epidemien, kan det nævnes, at den svenske centralbank, Riksbanken, og det svenske finanstilsyn, Finansinspektionen, der er ansvarlig for reguleringen af bankvæsenet og de finansielle institutioner, på et tidligt tidspunkt indførte en række foranstaltninger med henblik på at stabilisere den svenske økonomi og styrke borgernes og virksomhedernes tillid til det finansielle system. Riksbanken øgede sin långivning til svenske banker og foretog støtteopkøb af statsobligationer og virksomhedsobligationer. Finansinspektionen gav samtidig bankerne tilladelse til at fritage boliglåntagere fra det krav om afdrag, der har været gældende i nogle år for nye boliglån i Sverige (den, der optager et boliglån på mere end 50 procent af boligens værdi, er som udgangspunkt forpligtet til at afdrage mindst 1 procent af lånet om året, nogle gange endnu mere).[58]

Politiske og administrative beslutningsprocesser under covid-19-krisen

Regerings- og myndighedsstrukturen i Sverige

Sverige har en anden regerings- og myndighedsstruktur end mange andre demokratier. Strukturen adskiller sig bl.a. fra, hvordan det forholder sig i nabolandene Danmark, Norge og Tyskland. Regeringskansliet i Sverige er lille og har i forhold til disse lande begrænsede midler til rådighed til at kunne iværksætte undersøgelser. De svenske myndigheder har desuden en mere uafhængig stilling, end det er tilfældet i de fleste andre lande.[59]

Regeringskansliet bestod i 2020 af Statsrådsberedningen (statsministeriet), Förvaltningsavdelningen (ministeriernes forvaltningsafdeling) og 11 departementer (ministerier). Den overordnede politiske ledelse af Statsrådsberedningen varetages af statsministeren, og hvert ministerium ledes af en ressortminister. Hvert ministerium består af en række underliggende institutioner (styrelser, råd og nævn), f.eks. Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen og Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). I januar 2020 var der i alt 341 institutioner under den svenske regering. De svenske

56 Om regeringsdannelsen 2018-2019 og den politiske situation i Sverige efter valget i 2018, se Jan Teorell, Hanna Bäck, Johan Hellström og Johannes Lindvall, *134 dagar (134 dage)*, Göteborg: Makadam Förlag 2020.

57 Finanspolitiska rådet, *Svensk finanspolitik 2020*, Stockholm: Finanspolitiska rådet, s. 84.

58 Finanspolitiska rådet, *Svensk finanspolitik 2020*, Stockholm: Finanspolitiska rådet, s. 70.

59 Shirin Ahlbäck Öberg og Helena Wockelberg, »The Public Sector and the Courts«, i Pierre, Jon (red.). *The Oxford Handbook of Swedish Politics.* Oxford: Oxford University Press 2016; Jon Pierre, "Central Agencies in Sweden: A Report from Utopia.", i Pollitt, Christopher og Colin Talbot (red.), Unbundled Government. London: Taylor and Francis 2004.

statslige myndigheder er indbyrdes forskellige og omfatter alt fra relativt små råd og udvalg med konkrete arbejdsopgaver til lensstyrelser, forvaltningsmyndigheder og universiteter.[60] I 2020 var der ca. 229.000 fuldtidsbeskæftigede i de statslige myndigheder, sammenholdt med ca. 4.600 beskæftigede i Regeringskansliet (dvs. i departementerne).[61] Størstedelen af medarbejderne i den svenske centraladministration arbejder således for myndighederne.

Myndighederne er underlagt regeringen, men samtidig har de stor uafhængighed. Den svenske forvaltningsmodel bygger på, at myndighederne foretager uafhængige vurderinger baseret på den bedste tilgængelige viden, og at regeringen lytter til myndighederne. I en international sammenhæng er det sandsynligvis mest opsigtsvækkende, at det i henhold til forfatningen er forbudt for svenske ministre at give instrukser til myndighederne i konkrete sager (kapitel 12, § 2 i forfatningen). En statslig undersøgelse, den såkaldte Styrutredningen, opsummerede den svenske forvaltningsmodel således: »Å ena sidan bestämmer politikerna och förvaltningen verkställer, å andra sidan skall förvaltningen tala tillbaka med en tydlig röst« (»På den ene side træffer politikerne beslutningerne, og forvaltningen udfører dem, på den anden side skal forvaltningen tale tilbage med en klar stemme.«)[62]

Den formelle styring af myndighederne i Sverige sker med hjemmel i almindelige love, bekendtgørelser og direktiver. Regeringens vigtigste formelle styringsinstrumenter er myndighedsinstrukser, budgetter og reguleringsbreve. Til hver myndighed udarbejder regeringen en instruks, der beskriver myndighedens opgaver og organisation. Regeringen kan frit ændre disse afgivne instrukser. Regeringen har også gode muligheder for at påvirke de enkelte myndigheders budgetter, selv om det er Riksdagen, der fastlægger statsbudgettet ved vedtagelse af finansloven. I de reguleringsbreve, der skrives i forbindelse med budgetterne, giver regeringen også de enkelte myndigheder instrukser om, hvordan midlerne skal anvendes. Reguleringsbreve og andre regeringsbeslutninger kan også anvendes til at pålægge en myndighed at udføre særlige opgaver (f.eks. opruste testindsatsen eller koordinere indkøb af værnemidler). Regeringen kan også styre myndighederne ved at udnævne myndighedschefer, men dette instrument er begrænset, idet en ansættelse udelukkende må ske på et sagligt grundlag (kapitel 12, § 5 i forfatningen), og idet svenske myndighedschefer i deres ansættelseskontrakter har en høj grad af jobsikkerhed i en på forhånd fastsat periode.

Ud over de formelle styringsinstrumenter skal der desuden være mulighed for uformelle kon-

60 Carl Dahlström och Mikael Holmgren, »The Political Dynamics of Bureaucratic Turnover«. *British Journal of Political Science* 49(3): 823-836, 2019.

61 Regeringskansliet, Regeringskansliets årsbok 2019 (Regeringskansliets årbog 2019). Stockholm: Regeringskansliet 2019; Statskontoret, *Statsförvaltningen i korthet* (Centraladministrationen kort fortalt). Stockholm: Statskontoret 2020.

62 SOU 2007: 75, *Att styra staten – regeringens styrning av sin förvaltning* (At styre staten – regeringen styring af sin forvaltning). Stockholm: Fritzes 2007, s. 13.

takter mellem regeringskontorerne og myndighederne.[63] Disse uformelle kontakter udgør en væsentlig del af de svenske myndigheders forvaltningsledelse. Forfatningsmæssigt er der ikke noget, der forhindrer ministre og embedsmænd i departementerne i at have uformelle kontakter med myndigheder inden for deres eget ministeriums ressortområde med henblik på at kunne indhente oplysninger eller opnå bestemte resultater – så længe dette ikke påvirker afgørelser i konkrete sager, hvilket ville være i strid med den svenske forfatning (kapitel 12, § 2 i forfatningen). Denne mulighed for uformelle kontakter anvendes i vid udstrækning og er en forudsætning for, at regeringen kan styre myndighederne problemfrit, også i en situation som covid-19-krisen.[64]

Kriseberedskabet ved epidemier

I 2019, lige før udbruddet af covid-19-epidemien, udgav den svenske sundhedsstyrelse, Folkhälsomyndigheten, publikationen »Pandemiberedskap«, hvori der redegøres for styrelsens syn på, hvilke foranstaltninger der kan være hensigtsmæssige, og hvilke krav der vil blive stillet til det svenske samfund under en pandemi, navnlig en influenzapandemi.[65] De overordnede mål for myndighedernes arbejde under en pandemi er ifølge publikationen at »minimere dødeligheden og sygeligheden i befolkningen« og »minimere andre negative konsekvenser for borgeren og samfundet.« I den sammenhæng understreges navnlig betydningen af at »forsøge at mindske smittespredningen og bremse pandemiforløbet«, således at »smittekurven topper senere og flader ud« for dermed at reducere »belastningen af sundhedssektoren og samfundet«, samt at øge »forberedelsestiden«, således at »vacciner hurtigt kan blive tilgængelige.« Anbefalingen om at holde afstand til andre anføres som en mulig foranstaltning til at nå disse mål. De ideer om at bremse smittespredningen for at »flatten the curve«, som blev diskuteret flittigt i medierne i en lang række lande, da covid-19-epidemien brød ud i begyndelsen af 2020, var således retningsgivende for de svenske myndigheders forberedelser før krisen.

Til gengæld fremgår det allerede af publikationen »Pandemiberedskap«, at der er en vis skepsis over for vidtgående »ikke-medicinske« foranstaltninger under en pandemi. På den ene side understreges det i publikationen, at der på et tidligt tidspunkt i et pandemiforløb er ringe muligheder for at begrænse smittespredningen og behandle syge med lægemidler, og at de »foranstaltninger, der på daværende tidspunkt er til rådighed for at mindske en pandemis indvirkning på samfundet, er såkaldte ikke-medicinske foranstaltninger«, f.eks. »håndhygiejne, hoste- og nyseetikette, frivillig hjemmeisolation ved sygdom, undgåelse af offentlige arrangementer og forsamlinger samt lukning af skoler.«[66] Formålet med sådanne foranstaltning-

63 Bengt Jacobsson, *Hur styrs förvaltningen? Myt och verklighet kring departementens styrning av ämbetsverken,* (Hvordan styres forvaltningen? Myte og virkelighed omkring ministeriernes styring af forvaltningsmyndighederne.) Lund: Studentlitteratur 1984; Cajsa Niemann, *Villkorat förtroende: Normer och rollförväntningar i relationen mellan politiker och tjänstemän i Regeringskansliet,* (Betinget tillid: Normer og rolleforventninger i forholdet mellem politikere og departementernes embedsmænd), Stockholms Universitet: Statsvetenskapliga institutionen (institut for statskundskab) 2013.

64 Bengt Jacobsson og Göran Sundström, »Governing the State«, i Pierre, Jon (red.). *The Oxford Handbook of Swedish Politics.* Oxford: Oxford University Press 2016; Jon Pierre »Nudges Against Pandemics: Sweden's covid-19 Containment Strategy in Perspective«, *Policy and Society* 39(3): 478–493, 2020.

65 »Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag« (»Pandemiberedskab. Hvordan vi forbereder os – en videnbase«). Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2019 (artikelnummer 19074-1).

66 »Pandemiberedskap. Hur vi förbereder oss – ett kunskapsunderlag« (»Pandemiberedskab. Hvordan vi forbereder os – en videnbase«), s. 20.

er er bl.a. at »forsinke spredningen af en virus i en befolkning«, at »forsinke epidemien og flade kurven ud« og at »reducere smittespredningen mellem forskellige samfundsgrupper.« På den anden side understreges det, at resultaterne af de undersøgelser, der er foretaget af ikke-medicinske foranstaltninger, ikke er entydige. Der henvises bl.a. til en WHO-undersøgelse, hvoraf det fremgår, at det ikke er klart dokumenteret, at sådanne foranstaltninger rent faktisk virker. Desuden understreges det, at visse ikke-medicinske foranstaltninger »kan påvirke samfundets funktioner negativt«, hvorfor foranstaltningerne skal være »afbalancerede.« En evaluering af, om de samfundsrelaterede ikke-medicinske foranstaltninger er hensigtsmæssige eller ej, afhænger ifølge Folkhälsomyndigheten af »pandemiens alvor, spredning og samfundsmæssige kontekst.«

Da repræsentanter for Folkhälsomyndigheten og den svenske regering under epidemien forklarede, hvilke forudsætninger der lå til grund for den svenske covid-19-strategi, henviste de generelt til netop denne form for balance mellem foranstaltningernes forventede effekt på smittespredningen på den ene side og omkostningerne ved at gribe forstyrrende ind i samfundets funktioner på den anden side. Beslutningen om at holde skolerne åbne blev f.eks. truffet på baggrund af, at smittespredningen blandt børn var lav på den ene side, og at de sociale omkostninger på den anden side ville blive høje, hvis skolerne blev lukket, og at der ville opstå personalemangel på sundheds- og plejeområdet, hvis nogle af de ansatte blev tvunget til at blive hjemme for at passe deres børn.[67] I det populære svenske radioprogram Sommer i P1 i juni fortalte Sveriges statsepidemiolog, Anders Tegnell, at han i begyndelsen af covid-19-epidemien gik ud fra, at andre lande ville gøre mere eller mindre som Sverige, idet han mente, at Sveriges strategi var i overensstemmelse med planlægningen af et beredskab til en kommende pandemi i en international sammenhæng.[68]

Når det drejer sig om organisatoriske spørgsmål, skelner Folkhälsomyndigheten i sin planlægning før covid-19-krisen mellem den rolle, som spilles af internationale organisationer, regeringen, statslige myndigheder, regionerne og kommunerne. Den svenske regering og Regeringskansliet antages at spille en forholdsvis begrænset rolle, nemlig at skabe »forudsætningerne for at sikre adgang til vacciner og antivirale lægemidler«, at beslutte, om en sygdom skal »klassificeres som en alment farlig sygdom og dermed være smittesporings-/anmeldelsespligtig« (se ovenfor om den svenske epidemilovs bestemmelser) og at vedtage »en strategi for oplagring af antivirale lægemidler.« Folkhälsomyndigheten antages dog selv at have en lang række opgaver, herunder koordinering af pandemiberedskabet på nationalt plan. Socialstyrelsen har til gengæld til opgave at koordinere kommunernes og regionernes kriseberedskab i sygehus- og sundhedssektoren og at udarbejde administrative forskrifter om brug af lægemidler (noget, som også den svenske lægemiddelstyrelse, Läkemedelsverket, skal arbejde med). Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) koordinerer forskellige aktører på nationalt plan og overvåger pandemiens indvirkning på samfundet som helhed.

67 Se f.eks. Sveriges Television, »Därför vill Folkhälsomyndigheten inte stänga grundskolor« (»Derfor vil Folkhälsomyndigheten ikke lukke skoler«), 18. marts 2020 (https://www.svt.se/nyheter/vetenskap/darfor-vill-folkhalsomyndigheten-inte-stanga-grundskolor) og Skolvärlden, »Beskedet: Anna Ekström stänger inga skolor« (»Meddelelse: Anna Ekström lukker ikke nogen skoler«), 12. marts 2020 (https://skolvarlden.se/artiklar/beskedet-anna-ekstrom-st%C3%A4nger-inga-skolor).

68 Se Anders Tegnells sommerprogram, https://sverigesradio.se/avsnitt/1518764.

Dertil kommer en række mere driftsmæssige opgaver for kommunerne, regionerne og deres læger med ansvar for smitsomme sygdomme.[69]

En iagttagelse, man kan gøre sig på grundlag af denne gennemgang, er, at der ifølge Folkhälsomyndighetens publikation ikke forventes at være behov for ny lovgivning eller for vidtgående regeringsbeslutninger om drastiske foranstaltninger til at mindske smittespredningen. Udgangspunktet synes snarere at være, at de ansvarlige myndigheder allerede har de instrumenter, der bliver brug for, inden for rammerne af den eksisterende lovgivning – en holdning, der også synes at have farvet Folkhälsomyndighetens høringssvar, da regeringen udarbejdede sit forslag om midlertidige beføjelser i slutningen af marts og begyndelsen af april. Regeringens udgangspunkt var, at epidemiloven måske ikke var tilstrækkelig, og at »situationen kræver yderligere foranstaltninger.« Folkhälsomyndigheten understregede i sit høringssvar »betydningen af de generelle retningslinjer for smitteforebyggelse, der er fastsat i epidemiloven«.[70]

Forberedelser og beslutninger i vinteren og foråret 2020

Tidligere i denne landerapport har vi nærmere beskrevet, hvordan Folkhälsomyndighetens billede af situationen ændrede sig i løbet af vinteren og det tidlige forår 2020, og vi har også beskrevet de foranstaltninger, som Riksdagen, den svenske regering og de ansvarlige myndigheder traf i løbet af foråret for at begrænse smittespredningen. Vi minder om, at der allerede blev taget en række vigtige skridt i januar, før covid-19 var endemisk forekommende i Sverige. For eksempel blev covid-19 allerede ved månedsskiftet januar-februar optaget på listerne over alment farlige og samfundskritiske sygdomme i den svenske epidemilov, smittskyddslagen (2004:168), hvilket gav mulighed for, at de tvangsforanstaltninger, der er hjemmel til i loven, kunne anvendes i covid-19-tilfælde. Optagelsen af covid-19 på listerne over alment farlige og samfundskritiske sygdomme var helt i overensstemmelse med den beredskabsplan, der er beskrevet i Folkhälsomyndighetens publikation »Pandemiberedskap«, som vi berørte i foregående afsnit. Ifølge denne plan var det netop en af regeringens forholdsvis få opgaver at træffe denne beslutning.

I publikationen »Pandemiberedskap« hedder det endvidere, at »et veletableret samarbejde mellem alle aktører på alle niveauer« er påkrævet, for at »arbejdet med at bekæmpe en pandemi skal fungere effektivt« (s. 9). Det fremhævede eksempel på en »allerede etableret samarbejdsstruktur« er den nationale pandemigruppe, hvis »opgave er at fremme koordineringen af planlagte og gennemførte foranstaltninger til håndtering af en pandemi.« I pandemigruppen indgår repræsentanter for Folkhälsomyndigheten (indkaldende medlem), Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket (den svenske arbejdsmiljøstyrelse) samt Sveriges kommuner og regi-

69 Læger med speciale i smitsomme sygdomme, der er udpeget af regionale råd med ansvar for offentlige sundhedsydelser i regionerne, "har et kollektivt ansvar for forebyggelse af smittespredning" i regionerne. »Smittskyddsläkaren skall planera, organisera och leda smittskyddet och verka för effektivitet, samordning och likformighet« (»Lægen med speciale i smitsomme sygdomme skal planlægge, tilrettelægge og lede forebyggelsen af smittespredning og bestræbe sig på at sikre effektivitet, koordinering og ensartethed«) (kapitel 6, § 1, i den svenske epidemilov). Det er lægerne med speciale i smitsomme sygdomme, der inden for visse geografiske områder har beføjelse til at træffe de »ekstraordinære foranstaltninger til forebyggelse af smittespredning«, som er nævnt i epidemilovens kapitel 3, § 8.

70 Forslag nr. 2019/20:155, s. 11.

oner. Den nationale pandemigruppe afholdt tre møder i foråret 2020, den 6. marts, den 6. april og den 11. maj.[71] Ifølge oplysninger fra Folkhälsomyndigheten er samarbejdet mellem forskellige aktører på forskellige niveauer imidlertid blevet fremmet på mange andre måder under covid-19-pandemien: Styrelsen »deltager regelmæssigt hver uge« i »flere forskellige beredskabsfora«, som omfatter både Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) og repræsentanter for de enkelte kommuner og regioner.[72] De høje dødstal på svenske plejehjem har været genstand for stor debat, og ledende repræsentanter for Folkhälsomyndigheten, bl.a. statsepidemiolog Anders Tegnell, har udtalt, at de betragter de højere dødstal i denne gruppe som en fiasko. Koordineringen mellem statslige myndigheder, regioner og kommuner på netop området for ældrepleje viser sig derfor at være en vigtig faktor. Vi har imidlertid ikke været i stand til at præcisere nøjagtigt, hvornår og i hvilke sammenhænge behovet for særlig beskyttelse af plejehjem er blevet behandlet på de forskellige samarbejdsmøder, der har fundet sted.

Riksdagen og de politiske partier

Den 16. marts 2020 nåede gruppelederne for de otte partier i Riksdagen til enighed om at ændre Riksdagens arbejdsgange, bl.a. ved at reducere antallet af Riksdagsmedlemmer, der deltager i afstemningerne, til 55, for at »sikre, at Riksdagen kan udføre sine opgaver, selv i tilfælde af at et større antal Riksdagsmedlemmer er forhindrede i at deltage i Riksdagens arbejde.«[73] Det er værd at bemærke, at denne aftale blev indgået på baggrund af frivillige, gensidigt forpligtende forhandlinger mellem gruppelederne for de otte parlamentariske partier. Der var således ikke tale om en formel ændring af Riksdagens forretningsorden eller anden lovgivning. Der er ikke noget usædvanligt ved, at arbejdsgangene i Riksdagen fastlægges ved uformelle aftaler af denne art (det samme gælder det såkaldte clearingsystem, som partierne i Riksdagen anvender i forbindelse med afstemninger, når nogle medlemmer er fraværende). Riksdagens arbejde fortsatte med disse uformelle ændringer i foråret og sommeren 2020, og som det fremgår af vores gennemgang af de lovgivningsmæssige foranstaltninger, der er truffet for at mindske smittespredningen, og de økonomisk-politiske foranstaltninger, der er truffet for at afbøde de økonomiske konsekvenser af krisen, har Riksdagens arbejdsindsats været intensiv.

Sammenholdet på tværs af partierne i Riksdagen var forholdsvis stærkt i begyndelsen af covid-19-epidemien, men konflikterne opstod gradvist hen over foråret 2020, samtidig med at det blev klart, at dødstallet i Sverige var langt højere end i nabolandene. Partierne til højre for midten har kritiseret den socialdemokratisk ledede regering for at føre en alt for forsigtig

71 Følgende fremgår af SKR's hjemmeside: »SKR har inte någon formell krisledningsroll, men följer utvecklingen nära och har fortlöpande kontakt med myndigheter, där SKR lyfter de behov som kommuner och regioner har. SKR tar även fram information som särskilt rör kommuner och regioner med anledning av det nya coronaviruset, främst arbetsgivarrelaterade frågor.« (»SKR har ikke en formel krisestyringsrolle, men følger udviklingen nøje og har løbende kontakt med myndigheder, hvor SKR fremhæver kommunernes og regionernes behov. SKR udarbejder også oplysninger, der specifikt vedrører kommuner og regioner i forbindelse med den nye coronavirus, primært arbejdsgiverrelaterede spørgsmål.«). Kilde til datoerne for møderne i den nationale pandemigruppe: e-mail fra Folkhälsomyndigheten, den 27. august 2020.

72 E-mail fra arbejdsgruppen for coronavirussygdom COVID-19, den 7. september 2020. Styrelsen tilføjer, at »Utöver detta deltar och håller myndigheten i flera olika samverkande möten regelbundet« (»Styrelsen deltager i og afholder desuden regelmæssigt møder i flere forskellige samarbejdsfora«).

73 Se »Överenskommelse om kammarens och utskottens arbete med anledning av spridningen av covid-19« (»Aftale om Riksdagens og udvalgenes arbejde med forebyggelse af spredningen af covid-19«). Sveriges Riksdag, Stockholm, 16. marts 2020.

politik, og de har efterlyst initiativer som f.eks. øget og mere systematisk testning og, for Sverigedemokraternas vedkommende, lukning af børnehaver og skoler. I partilederdebatten i svensk TV den 7. juni 2020 stod det helt klart, at forskellene mellem de politiske partier var store. Således udtalte lederen af Kristdemokraterna, Ebba Busch, at den socialdemokratisk ledede regering »med vilje havde tilladt en stor smittespredning.« Lederen af Sverigedemokraterna, Jimmie Åkesson, henviste til den borgfred, der havde hersket tidligere på foråret, og sagde, at oppositionen nu må træde mere i karakter: »Det er blevet stadig sværere at sidde stille i båden, og nogen er nødt til at tage bladet fra munden. Ansvaret ligger hos regeringen.«

I slutningen af foråret 2020 krævede flere politiske partier en statslig undersøgelse af, hvordan Sverige har håndteret covid-19-epidemien – en »corona-kommission.« Selv om regeringen i første omgang ønskede at vente med at sætte dette arbejde i gang, besluttede regeringen den 30. juni at nedsætte et udvalg, der skulle »evaluere de foranstaltninger, som regeringen, de relevante forvaltningsmyndigheder, regionerne og kommunerne har truffet for at begrænse spredningen af den virus, der forårsager covid-19-sygdommen, og følgerne af smittespredningen.« I udvalgets kommissorium indgår, at der skal »foretages en international sammenligning med de relevante lande af de forskellige indførte foranstaltninger og deres virkninger.«[74] Udvalget består hovedsagelig af forskere i samfundsvidenskabelige discipliner, selv om en tidligere administrerende direktør for Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) og en præst i den svenske folkekirke også er medlemmer.

74 Citaterne stammer fra pressemeddelelsen, da udvalget blev nedsat, https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/07/coronakommissionens-ledamoter-utsedda/.

Bilag 5. Landerapport

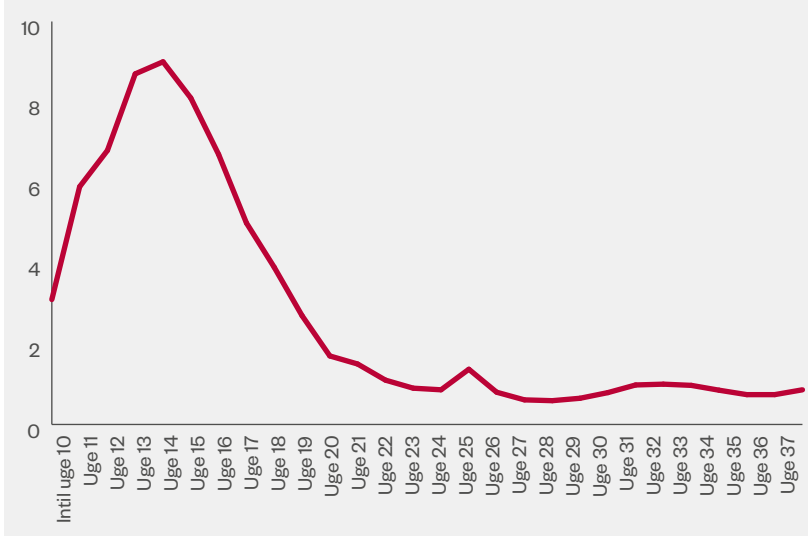
Tyskland og covid-19-krisen

Jochen Franzke og Sabine Kuhlmann (Potsdam Universitet)

Grundlæggende statistisk information om covid-19 i Tyskland

Fra det første covid-19 tilfælde blev opdaget den 28. januar 2020 indtil 21. september er i alt 272.337 personer testet positiv for SARS-COV2[1] i Tyskland, hvoraf 242.200 har overstået infektionen eller karantæne, og 9.386 er afgået ved døden med covid-19.[2] Efter en første periode med betydelig vækst fra slutningen af februar til slutningen af marts, hvor procenten af positive tests var højest (ca. 9 pct. i uge 14), blev der noteret en betydelig nedgang til en andel på ca. 1 pct. ved udgangen af maj. Siden da har andelen i den periode holdt sig mere eller mindre stabil, se figur 1.

Figur 1: Procent positive af alle covid-19 test i Tyskland (marts-september 2020)



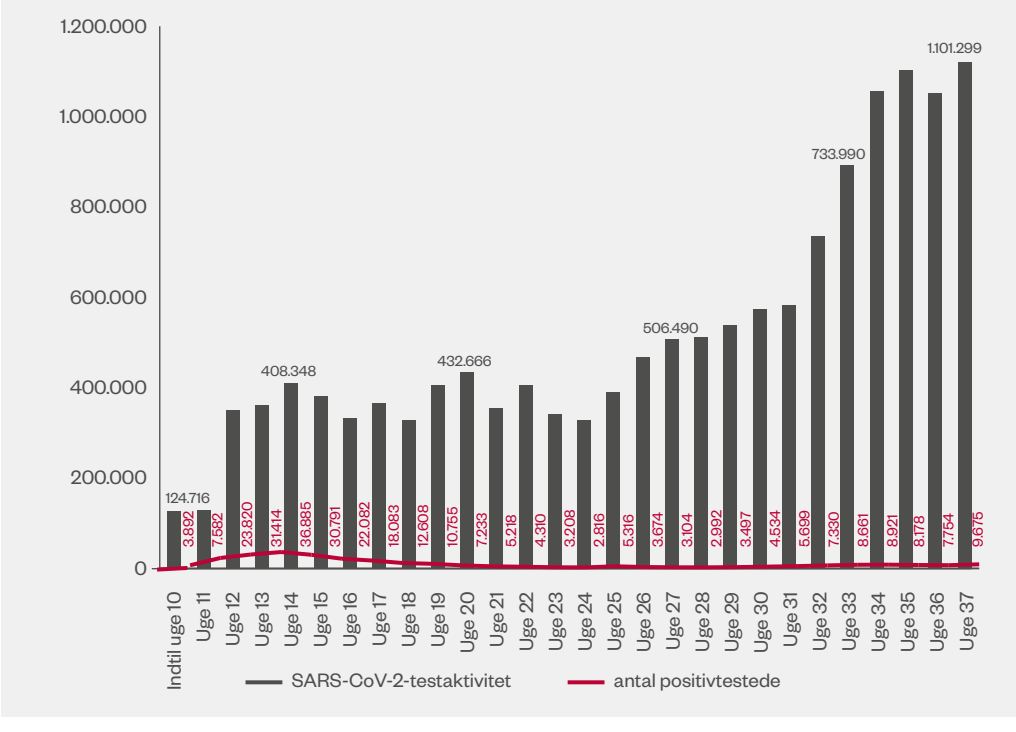
Kilde: Statista (2020): Anzahl durchgeführter Tests für das Coronavirus (COVID-19) in Deutschland, den 30. september 2020.

1 I det følgende bruger vi betegnelsen »tilfælde« for personer med et positivt PCR-testresultat i laboratoriet for SARS-CoV-2, uanset de kliniske fund.

2 Ifølge oplysninger på Robert Koch Instituttets dashboard den 22.9.2020.

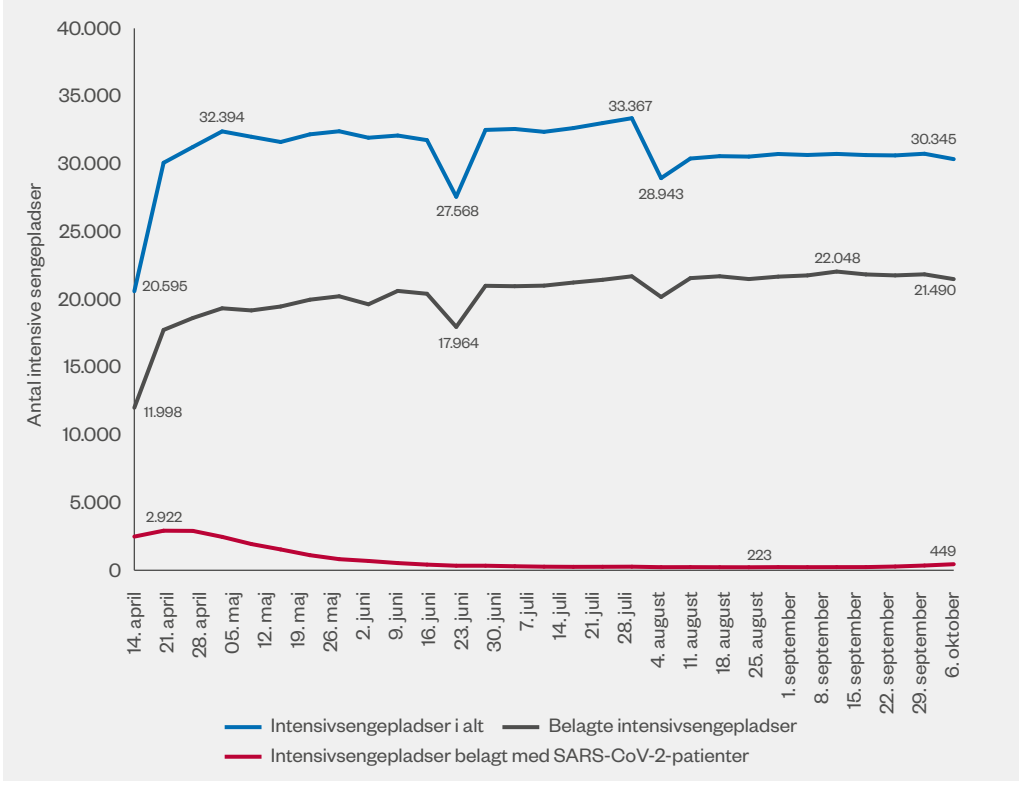
Testkapaciteten og -politikken har ændret sig betydeligt over tid i Tyskland. Ved pandemiens begyndelse var testfrekvensen begrænset til mellem 130.000 (marts) og 300.000 (april) ugentlige tests (se ovenfor). Disse var hovedsageligt koncentreret om personer med symptomer og dem, der havde været i kontakt med personer, der var testet positiv. Den tyske testpolitik blev på den ene side tilpasset kvantitativt, idet testkapaciteten blev øget til ca. en halv million test om ugen i juli og over en million i september (fra 6.000 til 12.000 ugentligt pr. en million indbyggere). Testfrekvensen blev dermed øget med en faktor otte. På den anden side blev teststrategien ændret ved i stigende grad at inkludere personer uden symptomer eller kontakt til personer, der var testet positiv (især rejsende, der kom tilbage fra ferie), og der skete et skift til en massetestningsstrategi. Den udvidede testaktivitet blev ledsaget af et stigende registrerede covid-19-tilfælde, idet andelen af positive tests dog var ganske stabil fra juli til september, se figur 2.

Figur 2: SARS-CoV-2-test og positive tilfælde (marts-september 2020)



Kilde: Statista (2020b): Anzahl durchgeführter Tests für das Coronavirus (COVID-19) in Deutschland, den 30. september 2020.

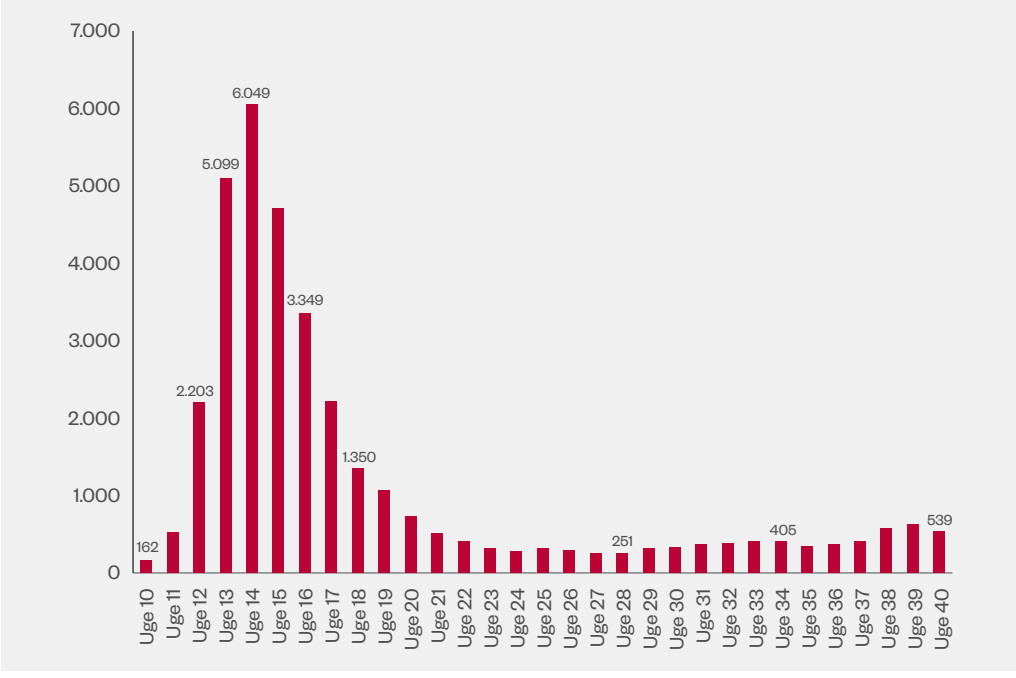
Figur 3: Intensivafdelinger og belægning af covid-19-patienter i Tyskland



Kilde: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Tagesreport, den 12. oktober 2020.

Da det tyske sundhedssystem i stort omfang er baseret på ambulant behandling, er patienterne hovedsageligt testet og behandlet uden for hospitalerne, hvilket betød, at hospitalerne ikke er blevet overbelastet, og at kapaciteten til kritisk behandling blev bevaret. Det antages, at strukturen med ambulant behandling spiller en afgørende rolle som forklaring på, at krisen i varierende omfang og med varierende styrke er slået igennem i forskellige dele af landet (se Beerheide 2020). Desuden har man dermed kunnet minimere situationer, hvor infektioner, der kom ind udefra, kunne blive farlige for indlagte patienter. Som et sidste, men betydningsfuldt punkt, skal det nævnes, at det aldrig er blevet besluttet at sende inficerede covid-19 patienter til plejehjem (som man f.eks. har gjort i Italien, UK og USA).

Figur 4: Covid-19-relaterede indlæggelser (indtil oktober 2020)



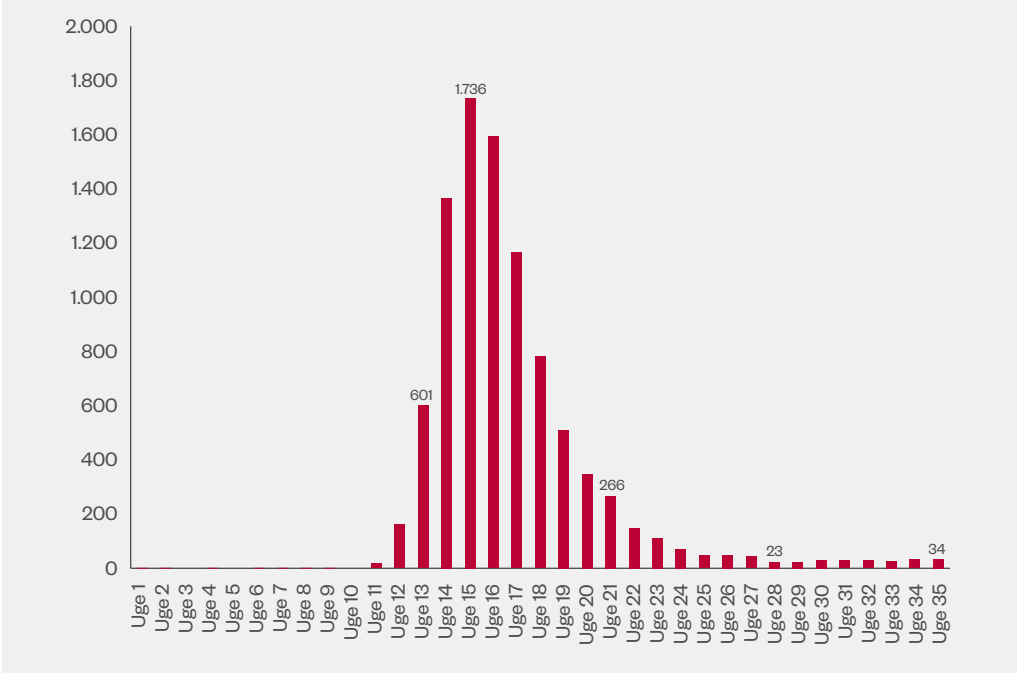
Kilde: RKI 2020: Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19, den 12. oktober 2020.

Hvad angår indlæggelser, så opstod den højeste belastning i april 2020, hvor i alt 6.049 patienter var indlagt, svarende til at 20 pct. af de registrerede covid-19-tilfælde var indlagt (jf. figur 4). Efterfølgende faldt antallet af indlagte fortløbende til omkring 244 i begyndelsen af juli, hvorefter antallet steg lidt igen til 300-370 tilfælde i august. I henhold til rapporter fra den tyske tværfaglige forening for intensiv medicin og akutmedicin *(Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, DIVI)* nåede man den højeste belastning på intensivafdelingerne i Tyskland den 18. april med 2.922 tilfælde (75 pct. af dem i respirator) ud af en samlet kapacitet på ca. 30.077 pladser på intensivafdelingerne (22. april 2020). Dermed blev mindre end 10 pct. af intensivafdelingernes kapacitet brugt af patienter, som var testet positiv for SARS-CoV-2.[3] Siden da faldt antallet af tilfælde på intensiv konstant til det var nede på et niveau af ca. 200 i september (DIVI 2020a). Det samlede antal indlagte patienter og patienter på intensiv er dermed forblevet under 400 siden juni, hvilket afslører, at det stigende antal personer, der testede positiv for SARS-CoV-2 ikke gav sig udslag i en kraftig stigning i antallet af personer, der blev alvorligt syge. På denne baggrund er den meget frygtede overbelastning

3 Se DIVI 2020b, Dagsrapport, 20.4.2020, Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin 2020: Udtalelse, 8.9.2020 (https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-20200903-covid19-update.pdf, 15.10.2020).

af det tyske sundhedsvæsen ikke indtruffet på noget tidspunkt indtil nu (pr. 21. september 2020).[4]

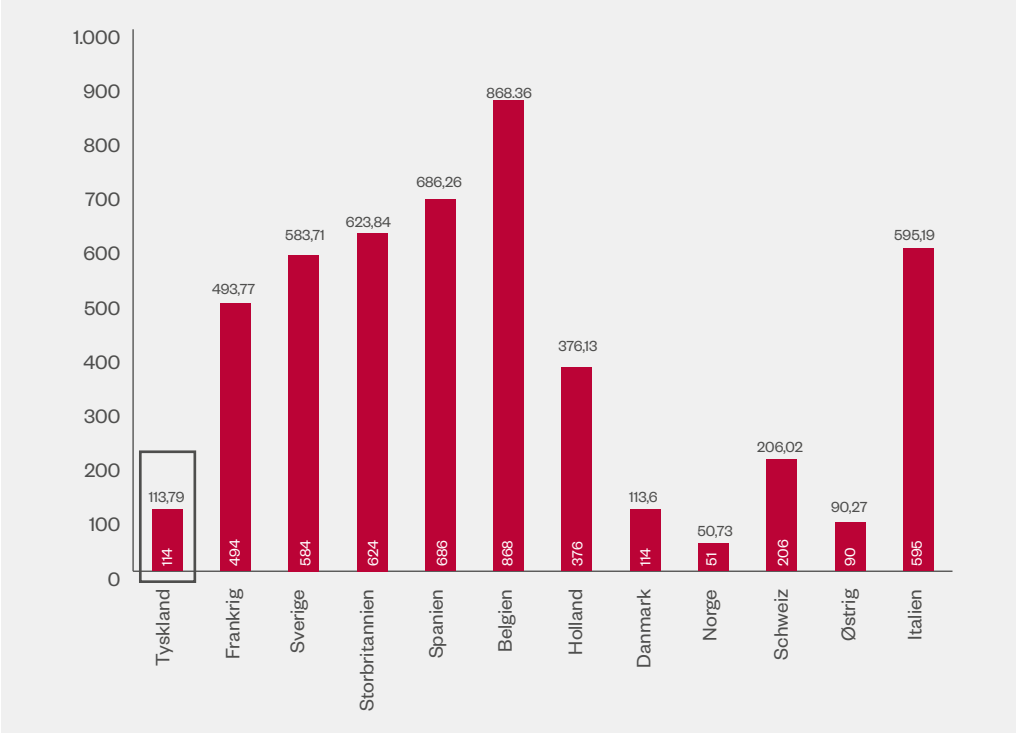
Figur 5: Ugentlige SARS-CoV-2-relaterede dødsfald i Tyskland (marts-september 2020)



Kilde: RKI (2020): Tabelle mit dem Verlauf der COVID-19 Todesfälle, den 8. oktober 2020.

4 Se også Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin 2020: 2.

Figur 6: Covid-19-relaterede dødsfald pr. million indbyggere i udvalgte europæiske lande (pr. 5. oktober 2020)



Kilde: Our World in Data (2020). Cumulative Confirmed COVID-19 Deaths per Million People, den 5. oktober 2020.

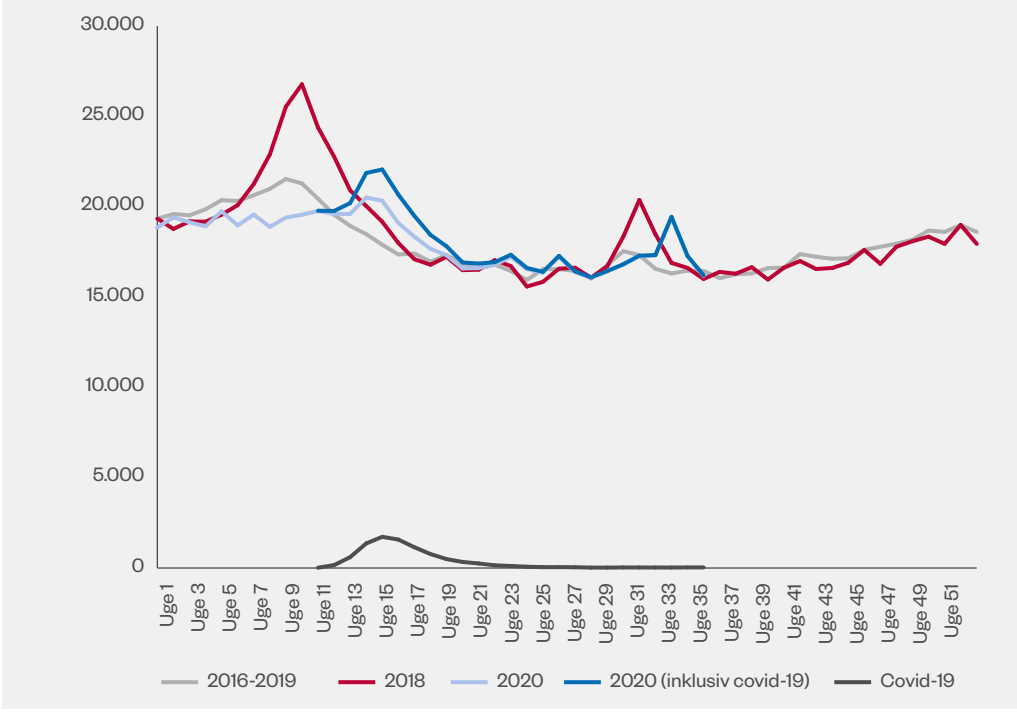
De første dødsfald med covid-19 blev registreret i Tyskland den 9. marts, og den 21. september var tallet steget til 9.386 se figur 5. Mens det højeste antal corona-relaterede dødsfald var i uge 13 (601) til uge 21 (266), med uge 15 som det allerhøjeste (1.736), hvilket bidrog til overdødelighed fra marts til maj (se nedenfor), så er antallet af dødsfald relateret til covid-19 faldet siden og har nået et ganske stabilt niveau på mellem 25 og 35 tilfælde om ugen siden uge 28. Medianen for dødsalder er 82 år.[5] Omkring 60 pct. af alle covid-19-relaterede dødsfald i Tyskland er sket på plejehjem eller i ambulatoriebehandlingen.[6] Målt pr. 100.000 indbyggere ligger Tyskland betydeligt lavere end andre lande (især USA, UK, Italien, Spanien, men også Sverige) og på tilsvarende niveau som Danmark og Østrig jf. figur 6. Som det fremgår af figur 7,

5 Statista 2020: Todesfälle mit Coronavirus (covid-19) in Deutschland nach Alter und Geschlecht, 13.10.2020.

6 Se Rothgang, H. et. al. (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Zentrale Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung vollstationärer Pflegeheime, i Pflege, 2020/33, S. 265-275, Ärztezeitung, 17.6.2020.

var der fra 23. marts til 3. maj, hvis man sammenligner med gennemsnittet for 2016-2019 (højest i uge 15 i april med en overdødelighed på +14 pct.). (jf. figur 7). En del af denne overdødelighed skyldtes covid-19 (i uge 15 var det 67 pct., men i uge 33 kun 0,9 pct.). Tager man ugerne 1 til 33 samlet, har der kun været en mindre overdødelighed i Tyskland på +0,5 pct. (+4.079 tilfælde i alt) sammenlignet med gennemsnittet for 2016-2019.[7]

Figur 7: Dødelighedsrate i Tyskland (gennemsnitligt antal dødsfald pr. uge 2016-2019, 2018, 2020)



Kilde: Destatis 2020 pr. 28. september 2020.

7 Se Destatis 2020. Særlig udredning af tallene for dødsfald i året 2020, 25.9.2020.

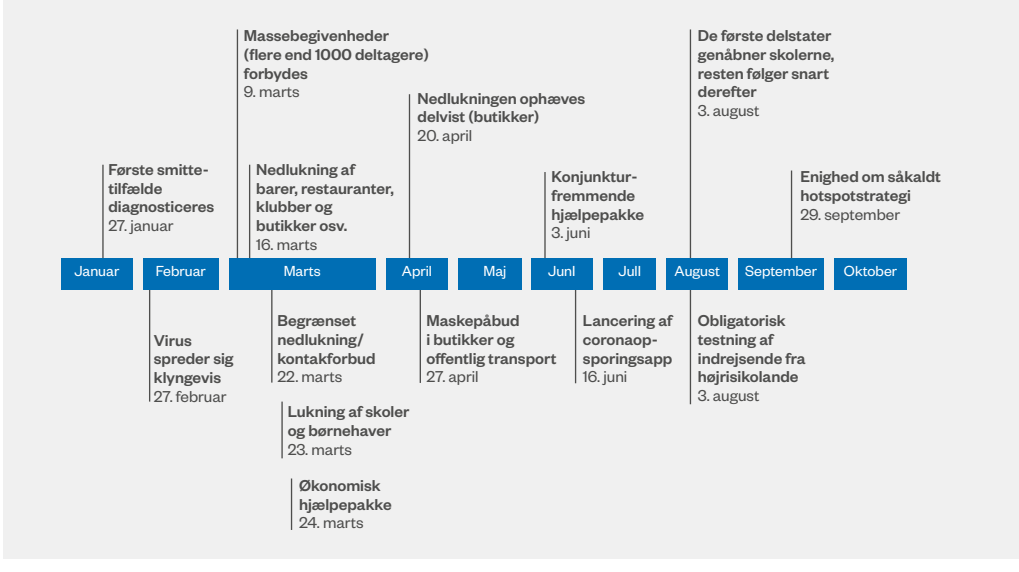
Opsummering af covid-19-strategien

Faser og begivenheder[8]

Krisestyringen af covid-19-pandemien i Tyskland i vores undersøgelsesperiode kan karakteriseres som et svingende pendul. Det betyder, at styringen gik fra decentral/lokal styring over mod samarbejde mellem delstater og forbundsregering samt fælles beslutningstagning med den virkning, at man centraliserede, for så senere at gå tilbage til decentraliserede mønstre, løsere koordinering på tværs af niveauerne, samt mere lokal selvbestemmelse.

Ser man på samarbejdet mellem delstater og forbundsregering, kan man skelne mellem tre faser af afhjælpning af pandemien med en gentagen afbalancering mellem de lokale strategier og strategierne for delstaterne inden for den tyske »enhedsføderalisme«[9], se figur 8.

Figur 8: Tidslinje over inddæmningstiltag i 2020



Kilde: Forfatterne.

8 Se figur 8 for en tidslinje over inddæmningsforanstaltningerne.

9 Kuhlmann, S., 2020: Between Unity and Variety: Germany's Responses to the covid-19 Pandemic. In: Joyce, Paul/Maron, Fabienne/Reddy, Purshottama Sivanarain (Hrsg.): The covid-19 Pandemic: Early Lessons for Public Governance. IIAS Special Report. Bruxelles

- Første fase: Fra opdagelsen af det første covid-19-tilfælde den 28. januar 2020 i Bayern indtil den 17. marts 2020, hvor Robert Koch Instituttet betegnede infektionsrisikoniveauet som »højt«, var logikken i styring af pandemien først og fremmest lokal eller i det mindste decentral. Ud over at delstatsregeringerne aflyste massebegivenheder, anså man ikke landsdækkende inddæmningsforanstaltninger for at være nødvendige. I denne fase styrede myndighederne under det nationale niveau (delstater, lokale myndigheder) pandemien ud fra egen vurdering i henhold til den tyske lov om forebyggelse af infektioner *(IfSG)* (se nedenfor). Ud over kontaktopsporing og karantæne i eget hjem gennemførte de lokale sundhedsmyndigheder punktvise inddæmningsbestemmelser, så som skolelukninger eller lukning af anlæg. Heinsberg amt i Nordrhein-Westfalen, som var det første tyske covid-19 hotspot, var den første myndighed til at bestemme en lukning af alle skoler og børnehaver; det skete den 26. februar 2020.
- Anden fase: Efter at Robert Koch Instituttet havde forhøjet infektionsrisikoniveauet fra »lavt/medium« til »højt« den 17. marts, blev mere koordinering af inddæmningsforanstaltningerne mellem delstaterne samt en ensartet national inddæmningsstrategi anset for passende, inklusive nogle forsøg på centralisering gennem lovgivning for hele Tyskland. »At tale med én stemme« blev det dominerende narrativ for en stigende og hurtig stramning af inddæmningsforanstaltningerne og en (tidsbestemt og delvis) ophævelse af næsten alle grundlæggende og borgerlige rettigheder, inklusive forsamlingsfriheden, retten til fri bevægelighed, samt retten til at udøve et erhverv. Med de »fælles retningslinjer for sænkning af spredningen af coronavirus«, som blev vedtaget den 16. marts, forsøgte forbundsregeringen og delstatsregeringerne sammen at foretage inddæmning af pandemien i hele landet gennem en harmoniseret procedure. Lukninger i hele landet blev gennemført af alle delstater og trin for trin blev alle skoler og børnehaver lukket, ligesom kontaktforbud (begrænsede nedlukninger) blev pålagt i hele landet og efterfølgende udvidet. Generelt var denne fase et »kapløb mod toppen« hvad angår delstaternes reaktioner på pandemien[10], og efter at nedlukningen var besluttet i Bayern og Saarland den 21. marts, fulgte alle de andre delstater trop bare en dag senere.
- Tredje fase: Da antallet af tilfælde, indlæggelser og dødsfald faldt og derefter forblev stabilt på et meget lavt niveau hen over foråret og sommeren, svingede pendulet tilbage igen mod mere variation på niveauerne under det nationale niveau. Debatter og beslutninger om bestemmelser, der skulle regulere, hvordan man kom ud af nedlukningen, og hvordan man skulle forholde sig til nye tilfælde på langt sigt, blev mere forskelligartede og mindre koordinerede. Nordrhein-Westfalen og Bayern udgjorde de to yderpunkter, idet førstnævnte delstat stod for en tilgang, hvor man tillod mere, mens sidstnævnte støttede en strammere tilgang. Selv om delstaternes ministerpræsidenter og kansler Merkel den 15. april besluttede at forlænge de fleste inddæmningsforanstaltninger (bortset fra genåbning af mindre butikker og de ældste skoleklasser i overensstemmelse med corona-hygiejnereglerne), fik delstaterne flere muligheder for at lave egne vurderinger og mere spillerum.

10 Eckhard, S./Lenz, A. 2020: Die öffentliche Wahrnehmung des Krisenmanagements in der Covid-19 Pandemie, Universität Konstanz, s. 7.

Nøgle-foranstaltninger i strategien for inddæmning af covid-19

Juridisk grundlag

Den tyske inddæmningsstrategi for covid-19 var hovedsageligt baseret på bemyndigelsen i den såkaldte almene bestemmelse (§ 28) i den tyske lov om forebyggelse af infektioner (*Infektionsschutzgesetz*, IfSG) til delstater og lokale myndigheder. Med deres dekreter om nedlukninger i samfundet, kontaktforbud og lukninger samt lukning af offentlige faciliteter suspenderede delstatsregeringerne midlertidigt en række grundlæggende rettigheder, så som forsamlingsretten, retten til fri bevægelighed, personers frie udvikling, fri udøvelse af ens religion samt fri udførelse af et erhverv. Størrelsen og omfanget af denne landsdækkende og delvist fortsatte suspendering af grundlæggende, forfatningssikrede rettigheder er uden fortilfælde i Tysklands historie i efterkrigstiden. Nogle af inddæmningsbestemmelserne, så som nedlukningen af Bayern, landsdækkende skolelukninger, udvidede begrænsninger for restauranter samt obligatorisk brug af mundbind i klasselokalerne blev af advokater anset for at være forfatningsstridige, da den almene bestemmelse i IfSG ikke udgør et tilstrækkeligt juridisk grundlag for at indføre sådanne omfattende foranstaltninger, og der blev i stigende grad sat spørgsmålstegn ved proportionaliteten af disse foranstaltninger.[11]

I mellemtiden har den tyske forfatningsdomstol (*Bundesverfassungsgericht*) og nogle få forfatningsdomstole i delstaterne også ophævet nogle af dekreterne og erklæret dem for at være forfatningsstridige. Dette vedrørte for eksempel den generelle, midlertidige ophævelse af forsamlingsretten, idet den tyske forfatningsdomstol fandt, at denne var forfatningsstridig, idet domstolen angav, at hver enkelt sag må undersøges og besluttes af de lokale myndigheder, som meddeler tilladelse til afholdelse af forsamlinger.[12] En lignende domstolsafgørelse vedrørte den generelle, midlertidige ophævelse til frit at udøve sin religion).[13] Desuden erklærede forfatningsdomstolen i Saarland, at kontaktsporing baseret på en bekendtgørelse udstedt af Saarlands regering var forfatningsstridig.[14] Som reaktion på dette begyndte delstatsparlamentet i Saarland, men også i andre delstater at vedtage deres egne love, som havde til formål at fortsætte inddæmningsforanstaltningerne på et mere solidt juridisk grundlag.

Følgende foranstaltninger har været kernen i Tysklands covid-19-strategi.

Aflysning af massebegivenheder, begrænsede nedlukninger samt kontaktforbud. Den første foranstaltning til afhjælpning af pandemien var aflysning af massebegivenheder med over 1.000 deltagere, idet dette blev anbefalet til delstaternes regeringer af den tyske sundhedsminister den 8. marts 2020. Alle delstater fulgte dette råd med varierende forsinkelse. Generelt blev dette forbud forlænget til udgangen af 2020.[15] Fra midten af marts indtil

11 Se Frankfurter Allgemeine Zeitung, 30.9.2020.

12 Se den tyske forfatningsdomstol (BVerfG), 15.4.2020, 1 BvR 828/20.

13 Se den tyske forfatningsdomstol (BVerfG), 29.4.2020, 1 BvQ 44/20.

14 Forfatningsdomstolen i Saarland, beslutning af 28.08.2020, Lv 15/20.

15 Fra september og fremefter blev undtagelser fra reglen tilladt, f.eks. i regioner uden tilfælde. Desuden blev massebegivenheder tilladt igen selv i regioner med højere antal tilfælde, dog på betingelse af at særlige "hygiejnekoncepter" blev gennemført, idet disse skulle udarbejdes af de lokale arrangører. Elementerne i disse "hygiejnekoncepter" var at holde 1,5 meters afstand, at kontakter skulle være sporbare (gennem registrering af oplysninger om deltagerne), samt at der skulle bæres mundbind (hvor 1,5 m afstand ikke var mulig). Ud fra disse restriktioner blev de første fodboldkampe med op til 10.000 tilskuere gennemført i oktober.

juni blev der ført en betydeligt strammere inddæmningsstrategi på grundlag af en aftale mellem delstaterne og forbundsregeringen af 22. marts. De alvorligste foranstaltninger under denne landsdækkende inddæmningstilgang var (begrænsede) nedlukninger (marts til april), lukninger, kontaktforbud samt lukning af offentlige faciliteter, inklusive skoler og børnehaver (nærmere oplysninger nederst i dette afsnit). Nogle byer (så som Freiburg i Baden-Württemberg og München i Bayern) samt nogle delstater (så som Bayern og Saarland) førte an og pålagde begrænsede nedlukninger (den 20. marts). To dage senere blev alle 16 delstaters ministerpræsidenter og kansler Merkel enige om en ganske sammenhængende og ensartet inddæmningsstrategi med en række fælles nøgle-foranstaltninger til at sikre, at folk holdt afstand i hele landet. Alle var enige om en begrænset nedlukning og et kontaktforbud (i stedet for en skrap nedlukning som i Frankrig, Italien, Spanien, osv.), som betød, at folk generelt havde lov at forlade deres hjem, men skulle holde en afstand til andre på mindst 1,5 meter, ligesom man ikke måtte indgå i grupper på mere end 2 personer (bortset fra familier og samlevende). Det blev forbudt for grupper at holde fest eller forsamle sig i offentligheden, og enhver kontakt til personer uden for ens egen husholdning skulle begrænses mest muligt. Børnenes legepladser blev lukket. Indendørs private foranstaltninger og familiebegivenheder, hvor man ville komme i konflikt med disse regler, blev ligeledes forbudt. Overholdelsen af disse regler blev overvåget af de lokale myndigheder med ansvar for offentlig sikkerhed og orden samt af politiet. Delstatsregeringerne indførte bøder, såfremt folk ikke overholdt reglerne. I nogle delstater blev mere restriktive regler indført.

Lukninger. Den 20. marts indførte næsten alle delstater lukninger af restauranter og forretninger. Aftalen mellem delstatsregeringer og forbundsregering den 22. marts sørgede for ensartede regler. På dette grundlag blev store dele af økonomien lukket ned i hele landet i ca. en måned (først lempet den 15. april). Lukningen berørte især restaurationsbranchen, »krops-relaterede« tjenesteydelser (frisører, skønhedssaloner, tatovører, osv.), biografer, teatre, diskoteker, barer, klubber og sportsanlæg. Desuden blev museer, gallerier, udstillinger, offentlige mindesmærker, zoologiske haver og botaniske haver lukket ned (først lempet den 30. april). Forsamlinger af mennesker i kirker, moskeer og synagoger til religiøse formål var også forbudt, hvilket også omfattede påskegudstjenesterne i april (se ovenfor).

Lukning af grænser mellem delstaterne samt interne rejserestriktioner. Ud over at de ydre grænser blev lukket efter beslutning fra forbundsregeringen den 15. marts, lukkede nogle delstater også deres egne grænser for ikke-bosiddende personer, der kom fra andre delstater. I Mecklenburg-Vorpommern fik ikke-bosiddende, inklusive folk med en feriebolig i delstaten, for eksempel ikke lov at komme ind i delstaten længere. Først den 4. september åbnede denne delstat igen sine grænser for dagsturister udefra og borgere fra andre tyske delstater. Ud over at det er gældende for andre lande, så definerer Robert Koch Instituttet også regioner i Tyskland med over 50 nye tilfælde pr. 100.000 indbyggere over en periode på 7 dage (»incidensreglen«) som corona-»risikozoner.« I oktober 2020 indførte de fleste af delstaterne rejsebegrænsninger for borgere, der kom fra »risikozoner« i Tyskland. Borgere med permanent ophold i »risikozoner« fik ikke lov at indlogere sig på hoteller eller i ferielejligheder i disse delstater (et såkaldt »værtsforbud«). Denne foranstaltning er særdeles kontroversiel, og de første domstole har nu omstødt den, samtidig med at de første delstatsregeringer er ophørt med at anvende den.

Lukning af skoler og børnehaver. Fra midten af marts gav nogle kommuner retningslinjer for enkelte skoler i tilfælde af at man opdagede smittetilfælde.[16] Dette blev fulgt af delstaterne, som drøftede skolelukninger for hele deres jurisdiktion, og i sidste ende kom der en ganske homogen tilgang fra delstaterne vedrørende landsdækkende skolelukninger og en generel udvikling i retning af hjemmearbejde og fjernkommunikation. Da skolerne udelukkende er delstaternes kompetenceområde og børnehaverne ligger inden for kommunernes område, så omfattede de fælles retningslinjer for delstaterne ikke lukning af børnehaverne. På trods af nogle forsøg på at koordinere skolepolitikken under pandemien på tværs af delstaterne gennem den såkaldte »konference for delstaternes undervisningsministre« *(Kultusministerkonferenz, KMK),* kunne man ikke nå frem til enighed om skolelukning. Konferencen fastlagde blot den 13. marts, at beslutninger om lukning af skoler og børnehaver skulle tages af de kompetente, lokale sundhedsmyndigheder.[17] Selv om der altså ikke blev vedtaget nogen formelt harmoniseret løsning, så lukkede alle delstaterne skoler og børnehaver efter 16. marts, ledsaget af særlige regler for nødpasning af børn.

Fjernelse af inddæmningsforanstaltninger og indførelse af nye restriktioner

Den 15. april blev delstaterne og forbundsregeringen enige om at forlænge de fleste inddæmningsforanstaltninger (begrænset nedlukning, lukninger) indtil 3. maj. Delstaterne kunne selv bestemme, om de ville afvige fra de generelle regler og fastlægge løsere eller strammere regler for deres respektive områder. Dermed opstod der variation i de konkrete detaljer angående fjernelse af inddæmningsforanstaltninger i de forskellige delstater og byer, idet nogle af dem indførte strammere og andre løsere regler. I den offentlige debat blev der i stigende grad spurgt, hvorfor den løbende midlertidige ophævelse eller »genindførelsen« af grundlæggende forfatningsmæssige rettigheder blev håndteret så forskelligt fra region til region. Generelt blev det sværere og sværere at nå ensartede løsninger på tværs af delstaterne.

Mere lokal inddæmning og indførelse af »incidens-reglen«. Der var en generel tendens til at gøre inddæmningspolitikken mere lokal, men dog baseret på landsdækkende standarder, der var aftalt mellem forbundsregeringen og delstatsregeringerne den 6. maj. Den vigtigste nationale standardregel udgøres af den såkaldte »incidens-regel«, som overvåges af Robert Koch Instituttet, og ud fra hvilken strengere inddæmning skal gennemføres regionalt eller lokalt under specifikke omstændigheder. I henhold til denne regel skal amter og amtsfrie byer, der har mere end 50 nye tilfælde pr. 100.000 indbyggere registeret inden for syv dage, udarbejde et strengt inddæmningskoncept inklusive kontakt-forbud og mulige, lokale nedlukninger.

Forpligtelse til at bære mundbind. Det blev gjort pligtigt at bære mundbind i offentlig transport, butikker og andre offentlige steder. De fleste delstater udvidede efterfølgende dette til også at omfatte andre offentlige steder, så som restauranter, kulturfaciliteter og sportsanlæg, offentlige bygninger, stationer, perroner, hoteller, kontorbygninger, osv. I første omgang (fra 15. april) var det blot en fælles, ikke-bindende anbefaling fra delstaterne og forbundsregering-

16 Byen Kehl i Baden-Württemberg var den første tyske by til at indføre en fuldstændig nedlukning af skolerne; det skete den 12. marts 2020. Delstatsregeringen i Saarland var den første delstatsregering til at lukke alle skoler; det skete den 16. marts 2020.

17 Se KMK 2020: Zum Umgang mit dem Corona-Virus. Beschluss 369. Kultusministerkonferenz, 12.3.2020.

en til at bære mundbind baseret på rådgivning fra Robert Koch Instituttet. Efterfølgende var Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern og Bayern de første tre delstater, der indførte en generel pligt til at bære mundbind i offentlig transport og i butikker. Alle andre delstater fulgte efter fra den 27. april, så dette blev dermed en landsdækkende forpligtelse. Byen Jena indførte den 3. april, som den første lokale myndighed, en pligt til at bære mundbind. Dette viser igen den dominerende tendens til et »kapløb mod toppen« blandt de lokale og regionale myndigheder, uden at dette blev centralt styret.

Tests, sporing, opsporing, karantæne. Mens antallet af hospitalsindlæggelser og dødsfald faldt hen over sommermånederne, blev test betydeligt udvidet fra ca. 125.000 om ugen i marts til mere end en million i september. Bayern indførte for eksempel en omfattende, offentligt finansieret massetest-strategi som en del af Bayerns stramme tilgang til inddæmning. Det omfattende system for sporing og eftersporing stillede i stigende grad de lokale sundhedsmyndigheder over for kapacitetsproblemer, fordi man nøje skulle undersøge hvert enkelt tilfælde (uagtet kliniske fund eller symptomer) med det formål at få opsporet alle mulige personer, der havde været i direkte kontakt med den smittede, og få dem sat i karantæne, eller – i tilfælde af større klynger eller »infektionskæder« som ikke kunne spores – at få lukket de pågældende faciliteter. På grund af den ændrede teststrategi blev der fundet flere tilfælde (også uden kliniske fund), og dermed nåede »infektionskæderne«, der skulle spores og opspores, op på et antal, der dårligt kunne håndteres. Som et resultat af dette nåede mange lokale sundhedsmyndigheder deres kapacitetsgrænse. I regioner med et stort antal tilfælde eller store populationer, blev forbundshæren (*Bundeswehr*[18]) indkaldt af nogle overbebyrdede, lokale sundhedsmyndigheder som støtte til opsporing af »infektionskæder« og overvågning af karantæne. Den tyske »corona advarsels-app«, der blev lanceret af forbundsregeringen i juni 2020, havde til formål at støtte inddæmningen af pandemien og specifikt at aflaste lokale sundhedsmyndigheder for i det mindste noget af byrden ved at opspore infektionskæder. Download af app'en skulle være helt frivillig. Selv om kun ca. 23 pct. af befolkningen har downloadet app'en indtil nu, og selv om betydeligt færre brugere har meddelt deres positive test til sundhedsmyndighederne via app'en, end det antal, der kunne have gjort det, er app'en fortolket som en succes af udbyderne.

Sundhedskapacitet og foranstaltninger i forhold til hospitaler og plejehjem[19]

Grundstrukturen i det tyske sundhedsvæsen

Tyskland har et socialt sikringssystem med en veletableret, decentraliseret struktur med ambulant behandling af patienter. Ud over det offentlige sundhedsvæsen og behandling af indlagte patienter (hospitalerne) har disse ambulatorier spillet en afgørende rolle for styring af pandemien. Ambulatorierne har vist sig særligt vigtige til testning og behandling af milde tilfælde, hvorved hospitalerne i stort omfang er blevet skånet for en ukontrolleret tilstrømning

18 Den 15. april indgik forbundsregeringen og delstatsregeringerne aftale om, at forbundshæren kunne yde støtte til de lokale myndigheder med smitteopsporing.

19 Nøgleindikatorer angående kapacitet i sundhedsvæsnet kan findes i figur 9. Angående covid-19-relaterede indlæggelser og kapacitet på intensivafdelingerne henvises også til figur 3 og 4.

af patienter og skånet for at sprede infektioner på hospitalerne.[20] Ambulant behandling er leveret af almen praksis og af speciallæger i privat praksis, hvorimod behandlingen af indlagte patienter ligger hos hospitalerne, som i varierende grad drives af det offentlige (lokalt, delstaten), af private og af velgørende organisationer.[21]

Figur 9: Sundhedsvæsenets kapacitet i Tyskland

Sundhedsudgifter som pct. af BNP (2017; Euro/indbygger)	11.3 (4.160)
Hospitalssenge pr. 1.000 indbyggere (2017)	8
Totalt antal intensivsenge (ICU; 2018)	28.031 (33,7 pr. 100.000 indbyggere) heraf 25.000 med respiratorer
Stigning i antallet af intensivsenge under covid-19-krisen (slut marts 2020)	+12.000

Kilder: OECD 2018: 133, 135, 187; European Commission 2019a; WHO/EU 2020; Bouckaert et al. 2020; Rhodes et al. 2012: 1650.

Relevante nøgleindikatorer viser, at når det drejer sig om kapacitet inden for det offentlige sundhedsvæsen, så ligger Tyskland betydeligt højere end det europæiske gennemsnit, se figur 9. Det tyske sundhedsvæsen består af tre søjler: det offentlige sundhedsvæsen (*Öffentlicher Gesundheitsdients, ÖGD*), ambulatoriebehandling af patienter (*Ambulante medizinische Versorgung*) samt behandling af indlagte patienter (*Stationäre medizinsche Versorgung*). Systemet er meget decentraliseret og involverer under det nationale niveau samt lokalt en lang række institutionelle aktører, selvstyrende organer og myndigheder under delstatsniveau. Mens det føderale niveau grundlæggende er begrænset til overvågning, forskning og lovgivende funktioner, så er hovedparten af de sundhedsrelaterede opgaver lagt hos delstaterne og de lokale myndigheder, især når det drejer sig om sundhedsbeskyttelse og bistand, overvågning af professioner samt sundhedsfaciliteter, idet alt dette er baseret på delstatslovgivning om sundhedsvæsnet. Disse opgaver ligger institutionelt hos delstaternes sundhedsministerier, hvoraf de fleste har underordnede sundhedsmyndigheder (oftest kombineret med andre tilknyttede opgaver, så som sociale anliggender), som også yder støtte og teknisk ekspertise til lokale myndigheder.[22] Omkring 84,4 pct. af Tysklands samlede sundhedsudgifter finansie-

20 Beerheide 2020: Ambulante Versorgung: Systemvorteil in der Pandemie, in: Deutsches Ärzteblatt, 2020; 117(41): A-1903 / B-1621.

21 Se Schölkopf, M./Pressel, H. 2017: *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik*. 3. udgave. Berlin; Klenk, T./Reiter, R., 2012: Öffentliche Daseinsvorsorge, privat organisiert? Ein deutsch-französischer Vergleich der Bereitstellung der Krankenhausinfrastruktur. *Zeitschrift für Sozialreform (ZSR)* 58(4): 401-425.

22 11 af disse delstaters sundhedsmyndigheder har deres egne afdelinger for infektionsbeskyttelse eller epidemiologi. De bidrager til at bekæmpe pandemien, f.eks. ved at stille testkapacitet og udvikling af rammerne for hygiejneplaner vedrørende corona i børneinstitutioner og specialiserede uddannelsesinstitutioner.

res gennem myndighedernes programmer og obligatorisk forsikring, inklusive lovfæstet og privat sundhedsforsikring, idet private husholdninger bidrager med yderligere 12,9 pct. Sundhedsindustrien er en af de største sektorer i den tyske økonomi, da den står for 11,2 pct. af BNP. Ca. 85 pct. af befolkningen er dækket af den lovfæstede sundhedsforsikring, resten af private sundhedsforsikringer.[23]

Sundhedsvæsnet under det landsdækkende niveau i Tyskland ligger hos delstaterne og de lokale myndigheder, hvorimod forbundsregeringen ingen enheder har på decentralt niveau. Tildelingen af IfSG-relaterede opgaver, altså under loven om forebyggelse af smitsomme sygdomme, til de lokale myndigheders eller delstaternes sundhedsmyndigheder varierer fra delstat til delstat[24]. Selv om der findes sundhedsmyndigheder, som udgør en del af en delstats administration *(Landesgesundheitsämter),* udgøres rygraden i det offentlige, tyske sundhedsvæsen af de 375 lokale sundhedsmyndigheder (*Kommunale Gesundheitsämter*), som ligger i amterne og i de amtsfrie byer. Disse er hurtigt blevet forsynet med ekstra penge og personale under pandemien og er blevet »en af de centrale søjler i Tysklands reaktion på krisen.«[25] Imidlertid er deres vigtigste opgave under covid-19 at gennemføre loven om forebyggelse af infektioner *(IfSG)* ud fra deres egen vurdering og med tilsyn fra delstaterne.

I Tyskland ligger styringen og finansieringen af hospitaler hos delstaterne og de lokale myndigheder. Delstaterne skal sørge for de nødvendige investeringer og udarbejde hospitalsplaner for deres jurisdiktion, så man fastlægger antal, beliggenhed og medicinske specialer for hospitaler i forskellige dele af delstaten, samt antallet af hospitalssenge. Lokale myndigheder har ansvaret for styring af amtshospitaler og byhospitaler, hvor ca. 30 pct. af alle kliniske læger er ansat. Eksperter i offentlig sundhed vurderer kapaciteten i og styrken af det tyske hospitalsvæsen og plejesystem som ganske højt i sammenligning med andre lande, især i Sydeuropa og Østeuropa, men også i forhold til UK og USA.[26]

Ifølge en rapport fra Europa-Kommissionen om sundhedstilstanden i EU (»State of Health in the EU«)[27], er sundhedsudgifterne i Tyskland (4.300 euro pr. indbygger) og antallet af hospitalssenge pr. 1.000 indbyggere (8) de højeste i Europa. I marts 2020 havde de ca. 2.000 offentlige, private og selvejende hospitaler omkring 500.000 senge, hvoraf 28.000 var forsynet med udstyr til intensiv behandling, og 25.000 med respirator. Belægningen på hospitalerne var på det tidspunkt på mellem 70 pct. og 80 pct., og det blev vurderet, at kapaciteten let kunne tilpasses til de hasteindlæggelser, der skyldtes corona-pandemien, ikke mindst fordi ca. 100.000 hospitalssenge var ledige og der kunne tilføres yderligere 50.000 senge.[28] På trods af disse gode forhold i udgangspunktet, så ligger der et alvorligt problem i personalesituationen på hospitalerne og i plejen, hvilket har været genstand for alvorlig kritik fra mange eksperter og interesseorganisationer i Tyskland. I henhold til den tyske hospitalsforening er

23 Data for 2019 i henhold til Verband der Ersatzkassen, 12.10.2020.

24 Se Kersten, J./Rixen, S. 2020: Der Verfassungsstaat in der Corona-Krise, C.H. BECK, pp. 115f.

25 Financial Times, 4.6.2020.

26 taz, 12.3.2020.

27 Se OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019: Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruxelles.

28 taz, 12.3.2020.

der omkring 17.000 ledige stillinger i plejesektoren og omkring 3.500 ledige lægestillinger, og der er et presserende behov for et stort antal yderligere fagfolk i sundheds- og plejesektoren. Situationen er blevet mere og mere akut i årenes løb, for arbejdsforholdene i plejesektoren er blevet betydeligt forværret, og medarbejderne er blevet overbelastet og er dårligt aflønnet. I sammenligning er Tyskland et af de europæiske lande, der har det laveste antal ansatte i plejesektoren i forhold til indbyggertallet. Denne såkaldte »nødtilstand i plejesektoren« (*Pflegenotstand*) har vundet stigende genklang i den politiske debat, dog uden at der indtil nu er fundet effektive løsninger. I 2018 var 37 pct. af de tyske hospitaler i privat eje, 29 pct. var ejet af det offentlige, og 34 pct. blev drevet af velgørende institutioner.[29] Privatiseringen og kommercialiseringen af hospitaler i Tyskland er blevet debatteret intensivt siden 1990'erne.[30]

Øget kapacitet i sundhedsvæsenet under pandemien

På alle myndighedsniveauer bestræbte man sig på at øge hospitalskapaciteten og forberede sig på en kriserelateret overbelastning af de offentlige sundhedsinstitutioner, således som man så det i Italien; det ville Tyskland undgå. På den ene side besluttede forbundsregeringen at fremsætte et lovforslag, som havde til formål at støtte hospitaler og læger økonomisk og nedbringe bureaukratiet for bosteder. Den nye lov om »covid-19 hospitalshjælp«, som blev vedtaget den 25. marts 2020, ydede bl.a. økonomisk støtte til hospitaler, der stod over for problemer på grund af udskydelse af planlagte operationer (€2,8 mia.), og som støtte til køb af værnemidler (økonomisk tilskud på €50 pr. patient). Desuden blev der vedtaget foranstaltninger til forøgelse af hospitalernes likviditet og til at yde kompensation til læger for mistet indtægt grundet faldende antal patienter, og endelig ville man midlertidigt afholde sig fra strenge kvalitetsvurderinger af og besøg på bosteder.

Parallelt traf delstaterne forskellige foranstaltninger for at øge deres hospitalskapacitet som forberedelse til en forventet stigning i antallet af tilfælde. Deres strategier var baseret på en aftale mellem forbundskansleren og ministerpræsidenterne i delstaterne; denne blev indgået den 17. marts, og fastlagde en beredskabsplan for de tyske hospitaler. Et af de store elementer i planen var en fordobling af de 28.000 intensivpladser (heraf 25.000 med respirator) samt omdannelse af genoptræningscentre, hoteller og større haller til områder, hvor milde corona-tilfælde kunne behandles. Delstaterne havde ansvaret for sammen med deres sygehuse mv. at udarbejde lokale planer for etablering af midlertidig behandlingskapacitet til de forventede corona-patienter, om nødvendigt med støtte fra tysk Røde Kors (*Deutsches Rotes Kreuz*, DRK) eller den tekniske beredskabsorganisation (*Technisches Hilfswerk*, THW). Desuden udviklede lokale myndigheder koncepter sammen med deres sundhedsmyndigheder og corona-taskforce, hvor formålet var at omdanne lokale ejendomme til hospitalslignende bygninger eller genaktivere gamle kliniske bygninger eller endda opføre helt nye centre til behandling af corona-patienter. Sidst men ikke mindst begyndte hospitalerne at omorganisere deres interne processer, så de kunne være organisatorisk parat til at modtage en stor tilstrømning af corona-patienter.

Et afgørende kapacitetsspørgsmål har lige fra pandemiens start været tilgængeligheden af ledig intensivkapacitet for covid-19-patienter.

29 Statista 2020, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser.

30 Se Klenk/Reiter 2012: 410.

Især ved pandemiens begyndelse var der bekymring for, om intensivafdelingernes kapacitet – som i Italien og Spanien – ikke var tilstrækkelig til den forventede store tilstrømning af covid-19-patienter. Imidlertid erklærede mange eksperter tidligt i pandemien, at der »ikke var grund til at være bekymret for, at det ville blive nødvendigt at foretage visitation af covid-19-patienter i Tyskland«[31], forudsat at der ikke skete en eksponentiel vækst i antallet af covid-19-patienter. Desuden finansierede forbundsregeringen opsætningen af tusinder af nye intensivsenge med over en halv milliard euro fra pandemiens start. Et nøddekret blev udstedt i april 2020. Dette sørger for, at der dagligt tilgår oplysninger om belægningsgraden på intensivafdelingerne. Det betyder, at det tyske forbundssundhedsministerium kan reagere meget hurtigt for at fjerne flaskehalse. Figur 3 viser, at procentdelen af intensivsenge, der anvendes til covid-19-patienter i Tyskland har været ganske lav i hele pandemien. I april, hvor man så det højeste antal covid-19-patienter på intensivafdelingerne, var kun ca. 3.000 senge ud af 30.000 intensivsenge i brug til disse patienter. Derefter faldt tallene kontinuerligt over sommermånederne (august: 223 intensivsenge med covid-19-patienter ud af et samlet antal intensivsenge på 30.500), hvorefter tallet steg lidt hen imod efteråret (450 ud af 30.500 i oktober). Det tyske sundhedsvæsen har derfor været godt rustet og forberedt på en epidemi, som vakte national bekymring. Indtil nu (oktober 2020) har der ikke været nogen flaskehalse vedrørende hospitalssenge og intensivafdelinger.

Desuden er der etableret over 10.000 nye senge, siden pandemien begyndte, så der har været overskud af sengekapacitet til de (forventede) covid-19-patienter, snarere end en mangel (se figur 9). På denne baggrund blev forbundsregeringens politik, som forpligtede hospitalerne til at holde betydelige dele af deres kapacitet klar til forventede corona-patienter, i stigende grad kritiseret af eksperter. Sammen med den generelle nedgang i antallet af ikke-covid-19-relaterede kirurgiske indgreb på hospitalerne under pandemien og den påtvungne udsættelse af planlagte operationer (aftalt mellem forbundsregeringen og delstatsregeringerne) medførte denne politik en situation, hvor hospitalernes kapacitet i voksende omfang blev underudnyttet. Ved udgangen af april 2020 var ca. 50 pct. af alle planlagte operationer blevet aflyst, og der var stigende bekymring over denne akkumulering af udsatte operationer.[32] Da vi nåede frem til maj, var mere end 908.000 planlagte operationer blevet aflyst, inklusive ca. 851.000 elektive indgreb og 52.000 cancerooperationer.[33] Hospitalerne modtog økonomisk kompensation for de operationer, der blev udsat. Mens man i løbet af sommermånederne påbegyndte en opstart af de udsatte operationer, så er en yderligere udsættelse af operationer blevet gennemført siden starten af oktober for at holde intensivsenge fri til den (forventede) anden bølge af covid-19-patienter.

Plejehjem

Ca. 40 pct. af covid-19-relaterede dødsfald i Tyskland (3.736 beboere og 41 medarbejdere) er sket på forskellige typer plejefaciliteter og

31 Stang, A./Stang, M./Jöckel, K. 2020: Estimated Use of Intensive Care Beds Due to covid-19 in Germany Over Time, in: Deutsches Ärzteblatt, April 2020, p. 117.

32 Se udtalelse fra formanden for den tyske hospitalsforening, Gerald Gaß (se Gaß i BZ, 17.4.2020).

33 Data ifølge Die Welt, 29.05.2020.

ca. 60 pct. er sket på plejehjem for ældre eller ved anden, ambulant pleje. Da medianalderen for dødsfald med covid-19 er 82 år i Tyskland, er målrettet beskyttelse af plejehjem afgørende for styringen af pandemien. Imidlertid var situationen på tyske plejehjem i starten meget værre end på hospitalerne. Mens en generel inddæmning for hele befolkningen var i centrum for styringen af pandemien, gjorde politikerne mindre for målrettet at beskytte sårbare grupper, især ældre, som allerede har andre sygdomme.

I modsætning til de fælles reguleringer, der hurtigt blev opnået for de landsdækkende, generelle lukninger og nedlukninger, var der ingen aftale mellem forbund og delstater om ensartet håndtering af 12.000 plejehjem, og der blev ikke defineret nogen landsdækkende beskyttelsesstandarder, f.eks. hvad angår personaledækning eller lagre af værnemidler. Dette blev gentagne gange kritiseret af eksperter og interesseorganisationer, f.eks. den tyske patientbeskyttelsesfond, som angav, at »for højrisikogrupper sker der stort set ingenting.« Fonden krævede, at plejepersonale skulle sendes fra de (underudnyttede) hospitaler til plejehjemmene – et forslag som forbundsregeringen imidlertid ikke gik videre med. Selv om aftalen af 16. marts mellem forbundsregeringen og delstatsregeringerne og de tilsvarende bestemmelser i delstaterne krævede, at plejehjemmene skulle begrænse besøg udefra, så blev de konkrete tiltag stort set overladt til en lokal vurdering.

I lyset af det manglende personale og den prekære mangel på værnemidler til plejepersonalet, udstedte alle tyske kommuner et komplet forbud mod besøg gældende for næsten alle plejehjem; i nogle tilfælde var der endda tale om en komplet nedlukning for beboerne. Det er blevet betegnet, som »det langt alvorligste indgreb i grundlæggende rettigheder i hele corona-perioden.« I henhold til en undersøgelse gennemført af den tyske plejeforening *(BIVA-Pflegeschutzbund)* i maj 2020 med over 1.000 respondenter (især slægtninge til beboere) har kontaktforbuddet og nedlukningen på plejehjem haft alvorlige helbredsmæssige konsekvenser. Ca. 70 pct. melder om en generel helbredssvækkelse, 65 pct. taler om fald i kognitive færdigheder, og 50 pct. rapporterer et betydeligt vægttab.

Selv om forbuddet mod besøg på plejehjem gradvist er fjernet fra maj 2020, er situationen stadig anspændt. Indtil nu har hovedvægten i behandlingen af problemerne bestået i at gennemføre nye regler angående besøg og kontaktgrænser, f.eks. grænse for antallet af besøgende, registrering før og screening efter den besøgende er kommet ind, registrering på en gæsteliste, forbud mod besøg på eget værelse, permanent brug af mundbind, etc. Desuden vil der ifølge et lovforslag blive gennemført en national massetestningsstrategi på plejehjemmene fra 15. oktober og fremefter. Imidlertid hævdede 70 pct. af de respondenter, der deltog i ovennævnte undersøgelse, at den fjernelse af forbuddet, som blev opnået i maj, endnu ikke har ført til mærkbare forbedringer.

Økonomisk redning og stimuleringstiltag

I første halvdel af 2020 befandt den tyske økonomi sig i den dybeste recession i efterkrigstiden. Efter en nedgang på 2,0 pct. i første kvartal af 2020 faldt det tyske BNP med 9,7 pct. i andet kvartal, hvilket var en historisk, hidtil uset, kvartalsvis nedgang. Tre ud af fire tyske virksomheder blev negativt påvirket af covid-19-pandemien (se KANTAR 2020a:

2020b).[34] De økonomiske sektorer, som er hårdest ramt, er hospitaler, sundhedsvæsnet, sociale serviceydelser, køretøjer og maskiner, samt fødevareproduktion. Virksomhederne var hyppigst påvirket af manglende efterspørgsel og likviditetsproblemer. Ca. halvdelen af alle tyske, private virksomheder måtte nedlægge driften midlertidigt, enten delvist eller fuldstændigt. De seneste prognoser for udviklingen i BNP i 2020 fra førende tyske økonomiske forskningsinstitutter ligger for nærværende (september 2020) på mellem -5,2 pct. (IMK og ifo Institute), -6 pct. (DIW) og -6.25 pct. (IW; se også figur 10).[35] Nedgangen i BNP forventes at være noget mindre end ved den globale finanskrise i 2009, hvor den tyske økonomi oplevede et kollaps på 5,7 pct.

På grund af den omfattende brug af en forlænget, kortvarig arbejdsløshedsydelse, steg arbejdsløsheden fra 5,1 pct. i marts til 6,2 pct. i september 2020.[36] Ca. 25 pct. af denne stigning relaterer til coronaen, især fordi arbejdsløse under pandemien har haft sværere ved at finde et nyt job.[37] Arbejdsløsheden i Tyskland faldt i september 2020. Siden juli 2020 har der ikke været nogen »corona-relateret stigning i arbejdsløsheden på arbejdsmarkedet«[38] og siden maj 2020 har alle arbejdsmarkedsindikatorer udvist fortsat bedring.

Flere instrumenter, hvoraf nogle allerede kendes fra tidligere kriseperioder (f.eks. finanskrisen i 2008/09), har været anvendt for at afbøde den økonomiske indvirkning af inddæmningen af coronaen.

34 KANTAR 2020a: *Betroffenheit deutscher Unternehmen durch die Corona-Pandemie, Mai 2020, KANTAR 2020b: Betroffenheit deutscher Unternehmen durch die Corona-Pandemie, zweite Erhebungswelle, Juli 2020* (Studier bestilt af det tyske økonomi- og energiministerium).

35 Se DIW 2020: *German Economy: On the Long, Slow Road to Normality*, DIW Weekly Report, No. 10, 11.9.2020, ifo Institute 2020a: *ifo Business Climate Index Rises*, September 2020, ifo Institute 2020b: *Economic forecast Autumn 2020:* German Economy still on force for recovery, 22.9.2020, IMK 2020: *Prognose der wirtschaftlichen Entwicklung 2020/2021,* IMK-Report 161, September 2020, IW 2020: Weite Wege der Erholung. IW-Konjunkturprognose Herbst 2020 (IW-Forschungsgruppe Gesamtwirtschaftliche Analysen und Konjunktur) (IW-Report 46/2020.

36 Det tyske beskæftigelsesagentur (2020): Månedsberetning om arbejds- og uddannelsesmarkedet, september 2020.

37 Se Frankfurter Allgemeine Zeitung, 1.10.2020.

38 Det tyske økonomi- og energiministerium 2020: Tysklands økonomiske situation i september 2020, Pressemeddelelse, 14.9.2020.

Figur 10: Nøgletal for den tyske økonomi

	2019	2020	2021	2022
Bruttonationalprodukt (procentmæssig ændring fra foregående år)	0.6	-5.2	5.1	1.7
Beskæftigede (1.000 personer)	45.269	44.919	45.167	45.319
Arbejdsløse (1.000 personer)	2.267	2.678	2.599	2.520
Arbejdsløshedsprocent (i procent af civil arbejdsstyrke)	5.0	5.9	5.7	5.5
Forbrugspriser (procentmæssig ændring fra foregående år)	1.4	0.6	1.4	1.6
Statsbudget	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
- I millioner euro	52.5	-170.6	-86.9	-68.4
- I procent af bruttonationalprodukt	1.5	-5.1	-2.4	-1.8
Betalingsbalance	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
- Milliarder euro	244.0	215.4	276.2	290.1
- I procent af bruttonationalprodukt	7.1	6.4	7.7	7.8

Kilde: Ifo Institute 2020: Economic Forecast Autumn 2020, den 22. september 2020.

Ydelse for arbejde på nedsat tid (Kurzarbeitergeld), som i Tyskland er det »klassiske« fordelingsinstrument til afhjælpning af en økonomisk krise, spillede også en afgørende rolle i den nuværende krise med midlertidigt at redde arbejdspladser og sikre eksistensen af virksomheder på samme måde som under finanskrisen i 2008. I løbet af pandemien blev midlertidige bestemmelser indført fra 1. marts 2020 indtil årets udgang for at forenkle og forøge muligheden for at modtage ydelse for arbejde på nedsat tid. Denne ordning er forlænget til udgangen af 2021. Medarbejdere, hvis løn nedsættes med mindst halvdelen, modtager op til 70 pct. af den mistede nettoløn fra fjerde måned (77 pct. for medarbejdere med mindst et barn) og 80 pct. fra syvende måned (87 pct. for medarbejdere med mindst et barn). Den maksimale varighed af ydelsen for arbejde på nedsat tid, betalt af den tyske arbejdsmarkedsstyrelse (*Bundesagentur für Arbeit*), er 24 måneder. Antallet af personer, som arbejdede på nedsat tid, var højest i april 2020, hvor der var 5,95 millioner modtagere af ydelsen. Dette værktøj har vist sig ganske effektivt, fordi det fjerner medarbejdernes løn fra virksomhederne, hvilket hjælper til at undgå omgående afskedigelser og gør det lettere at beholde medarbejderne i virksomhederne.

Økonomiske redningspakker med flere nødfinansieringsordninger under coronaen. Den økonomiske redningspakke *(Rettungspaket),* som blev vedtaget af forbundsregeringen i marts 2020, udgør den mest omfattende statsstøtte, der er ydet i Tysklands historie til dato. Pakken omfatter en redningsfond på ca. €600 mia. for mellemstore og store virksomheder, bestående af lånegarantier for €400 mia., €100

mia. til statslige ejerandele af virksomheder, samt €100 mia. til finansiering af nemmere adgang til brobygningslån fra den statsejede, tyske genopbygningsbank (*Kreditanstalt für Wiederaufbau*, KfW). Desuden blev der gennemført hjælpepakker til små virksomheder og enkeltmandsfirmaer til en værdi af omkring €50 mia. Ovennævnte foranstaltninger udgjorde en samlet værdi på omkring 750 mia. euro[39] og ved afstemningen i *Bundestag* den 25. marts var der en sjælden enstemmighed blandt alle partierne; *Bundesrat* sagde ja den 27. marts. Derudover blev momsen nedsat fra 1. juli til 31. december 2020. Den almindelige momssats faldt fra 19 pct. til 16 pct., og den reducerede momssats faldt fra 7 pct. til 5 pct.

Disse yderligere udgifter omfatter bl.a. en generel corona-udgiftsramme for mulige, krise-relaterede nødsituationer (€60 mia.), støtte til det offentlige sundhedsvæsen til kampen mod coronavirus (€3,1 mia.), samt sociale beskyttelsesforanstaltninger til jobsøgende (€3 mia.). I denne sammenhæng har regeringen også ændret på den bankredningsfond, der blev etableret under bankkrisen i 2008/09, så den er blevet til en ny økonomisk stabiliserings- og redningsfond, der har mulighed for at yde ekstra midler til virksomheder. Alt i alt forventes budgettet for hele forbundsrepublikken at stige fra € 343 mia. til €508 mia. og gældsætningen til €231 mia., hvilket er uden fortilfælde i landets historie. På grund af manglen på pålidelige data trækker det tillægsbudget, der blev vedtaget den 24. marts, på de erfaringer, der blev gjort under bankkrisen i 2008/09.

Det tyske økonomi- og energiministerium gennemførte en redningspakke for forretninger, små og mellemstore virksomheder og freelancere rettet imod at give omgående, økonomisk hjælp til små virksomheder (op til €50 mia.), hvilket også omfattede tilskud til små og mellemstore virksomheder og enkeltmandsvirksomheder, der arbejdede som freelancere. Disse beløb skulle ikke betales tilbage. Desuden gives der mulighed for likviditetsbistand, udskydelse af skattebetalinger og mere fleksibel håndtering af ydelsen for arbejde på nedsat tid, tillige med statsgarantier for op til €600 mia. som del af en ny økonomisk stabiliserings- og redningsfond. €100 mia. stilles til rådighed, således at staten kan nationalisere (i det mindste delvist) strategisk vigtige store virksomheder, så som Lufthansa, der blev alvorligt påvirket af krisen, for at undgå salg af disse virksomheder til udenlandske investorer under krisen. Det er dog meningen, at disse virksomheder skal blive private igen efter krisen. Igen ligger det i delstaternes administrative portefølje at forvalte de tilskud, der gives af forbundsregeringen og at håndtere de lokale ansøgningsprocedurer. For nærværende tilbyder forbundsregeringen 10 forskellige corona-finansieringsordninger, se figur 11).

Mens foranstaltningerne i første omgang fik megen støtte i den offentlige debat, er de senere i stigende grad blevet kritiseret, fordi de siges at mangle social balance, idet der ikke ydes nok støtte til socialt sårbare personer, og idet den kulturelle sektor negligeres; desuden siges foranstaltningerne at fokusere for meget på efterspørgselssiden. Ud over forbundsregeringens redningspakke har mange tyske delstater indført deres egne foranstaltninger til støtte for deres økonomier; disse beløber sig til €141 mia. i direkte støtte og €63 mia. som lånegarantier på delstatsniveau).[40]

39 Det tyske finansministerium/det tyske økonomi- og energiministerium 2020.

40 Se IMF (2020): *Policy Responses to Covid-19*, Country Policy tracker Germany, 24.9.2020.

Social sikring. Den 23. marts fremlagde det tyske beskæftigelsesministerium samt social- og sundhedsministeriet en hel pakke af foranstaltninger til social beskyttelse, rettet mod at afhjælpe situationer, hvor mennesker har fået sociale problemer og livstruende omstændigheder på grund af pandemien. For det første blev adgangen til grundlæggende bistandshjælp for jobsøgende (såkaldt *Hartz IV*) forenklet for hurtigt at kunne støtte arbejdstagere, som måske mister deres arbejde under krisen og i dens efterdønninger. Mange af disse personer kommer fra små virksomheder, de er freelancere eller såkaldte »enkeltmandsfirmaer.« Disse grupper er blandt de hårdest ramte økonomiske aktører, for i mange tilfælde har lukningerne medført en fuldstændig aflysning af alle ordrer og et stop for alle forretningsaktiviteter. Desuden har ejere og medarbejdere i små virksomheder og enkeltmandsfirmaer normalt ikke adgang til dagpenge eller andre sociale sikringsforanstaltninger, og de har ikke nogen særlige økonomiske reserver til rådighed til at slå bro over en længere periode med manglende indkomst. Desuden blev det besluttet, at der skulle gives henstand med husleje fra april til september 2020 som hjælp til de lejere, som ikke længere kunne betale deres husleje på grund af et indtægtstab, der var forårsaget af kriserelaterede lukninger og nedlukninger.

Paradigmeskift i finanspolitikken samt ny gældsætning. Pandemien har dybtgående økonomiske konsekvenser for Tyskland.[41] Til at finansiere de økonomiske kriseafhjælpningsprogrammer har forbundsregeringen besluttet at foretage ny gældsætning for 156,3 mia. euro, hvilket er den største nye gældsætning i landets historie. Med den økonomiske redningspakke kommer Tysklands budget i 2020 til at overstige den tilladte kreditgrænse på 99,755 mia. euro. Dette strider mod den forfatningsmæssigt fastlagte gældsbremse (med en øvre grænse for strukturel netto-låntagning på 0,35 pct. af BNP), og det udgør et grundlæggende paradigmeskift i tysk finanspolitik. For første gang anvendte man den i forfatningen fastlagte mulighed for midlertidigt at suspendere gældsbremsen. Dette er muligt i tilfælde af naturkatastrofer eller exceptionelle nødsituationer, som staten ikke har kontrol over, og som har en betydelig, negativ indvirkning på statens økonomiske stilling. For at gøre suspenderingen af gældsbremsen juridisk mulig, besluttede *Bundestag* i en nødprocedure den 25. marts[42], at der forelå en exceptionel nødsituation i overensstemmelse med grundlovens artikel 115, og at man på dette grundlag skulle fjerne den forfatningsmæssige gældsbremse for finansåret 2020. Indtil nu er der udarbejdet et tillægsbudget nummer 2 for 2020, og den første debat har fundet sted i parlamentet om budgettet for 2021, se figur 12.

41 Se Finansministeriet 2020a: Udvikling af forbundsbudgettet til og med august 2020. Månedsberetning september, Finansministeriet 2020b: Forbundsbudget 2021 og finansplan indtil 2024 – parlamentarisk drøftelse begynder, 2.20.2020, DIW 2020: *German Economy: On the Long, Slow Road to Normality,* DIW Weekly Report, No. 10, 11.9.2020, ifo Institute 2020a: ifo Business Climate Index Rises, September 2020, ifo Institute 2020b: *Economic forecast Autumn 2020:* German Economy still on force for recovery, 22.9.2020, IMK 2020: *Prognose der wirtschaftlichen Entwicklung 2020/2021*, IMK-Report 161, September 2020, IW 2020: Weite Wege der Erholung. IW-Konjunkturprognose Herbst 2020 (IW-Forschungsgruppe Gesamtwirtschaftliche Analysen und Konjunktur) (IW-Report 46/2020), Gebhardt, H. & Siemers, L.-H. (2020). Wirkung der Corona-Krise auf die Staatsfinanzen, in: Wirtschaftsdienst 2020/7, pp. 468-470.

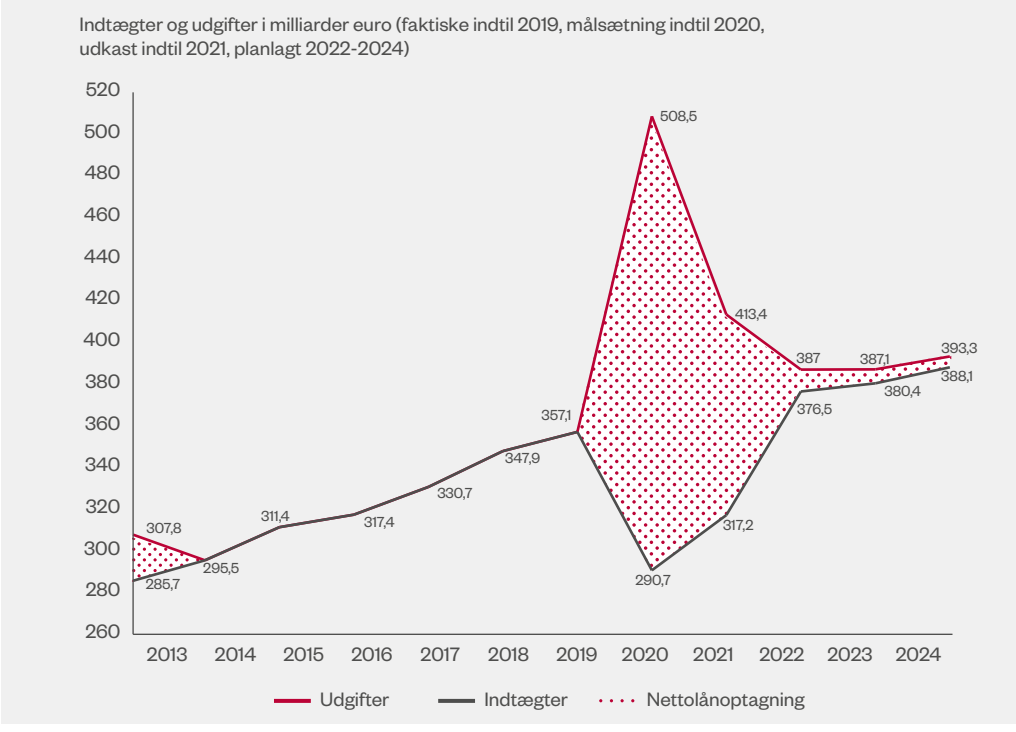
42 I alt 469 stemte (3 imod, 55 undlod, hele Alternative für Deutschland). En sådan beslutning kræver det såkaldte "kanslerflertal", dvs, et flertal af medlemmerne af Bundestag, som for nærværende har 355 stemmer.

Figur 11: Coronastøtteordninger – oversigt over indgreb

Redskab	Målgruppe	Indhold/budget	Løber indtil
Hjælp til iværksættere	Nystartede virksomheder	Adgang til hele pakken af coronastøtteordninger. Private kapitalfonde modtager ekstra offentlig støtte, så investorer kan finansiere nystartede virksomheder under pandemien.	---
Økonomisk stabiliseringsfond	Større virksomheder	400 milliarder euro til statsgaranti for gæld, 100 milliarder euro til direkte statsinvesteringer, 100 milliarder euro til refinansiering ved den statsejede udviklingsbank KfW	31.12.2020
KfW kviklån (Soforthilfe)	Alle virksomheder med flere end 10 ansatte	Kreditomfang max. 800.000 euro	31.12.2020
KfW specialprogram	Større virksomheder	Forlængelse af ekstraordinære tiltag, inklusiv lavere rentesats, simplificeret risikoanalyse, øget ansvarsfritagelse (op til 90 %).	31.12.2020
Varekreditforsikring, eksportkreditgaranti	Alle virksomheder med flere end 10 ansatte	Den føderale regering overtager erstatningsansvar fra varekreditforsikringen på op til 30 milliarder euro og giver eksportvirksomheder betalingsgaranti (op til 24 måneder)	31.12.2020
Garantier	Alle virksomheder	Dækker op til 90 % af kreditrisikoen	---
Dagpenge	Alle virksomheder	Op til 87 % af nettolønnen fra den 7. referencemåned. Børn udløser ekstra penge. Det føderale beskæftigelsesagentur (BA) tilbagebetaler fuldt ud eventuelle socialsikringsindbetalinger.	31.12.2020
Skattetiltag	Alle virksomheder, soloiværksættere og freelancere	Lavere moms fra 1. juli 2020.Den almindelige skatteprocent blev sænket fra 19 til 16 procent; den nedsatte skatteprocent fra 7 til 5 procent	31.12.2020
Mellemfinansiering/midlertidig kassekredit	Alle virksomheder, soloiværksættere og freelancere	Økonomiske tilskud, der ikke skal tilbagebetales, til faste driftsomkostninger.	---
Lettere adgang til basissikring	Soloiværksættere og freelancere	Lettere adgang til basissikring for jobsøgende.	31.12.2020

Kilde: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2020): Corona-Hilfen: Förderinstrumente auf einen Blick, den 30. september 2020.

Figur 12: Udviklingen i Tysklands føderale budget til 2024



Kilde: Bundesministerium der Finanzen 2020: Forslag til finanslov 2021 og budgetplanen for 2022 til 2024.

Beredskabsorganisation og -procedurer

Styring af nødsituationer i det føderale system

Aktører under det nationale niveau er dominerende

Koordinering i det føderale system er baseret på en særdeles decentraliseret og fragmenteret struktur. Et fremtrædende træk ved corona-krisestyringen er den manglende beføjelse på føderalt niveau til at pålægge hele landet nødforanstaltninger i forbindelse med pandemien (så som lukninger og nedlukninger). Da den tyske regering ikke gjorde brug af de ifølge forfatningen mulige bestemmelser i tilfælde af en indre nødsituation (grundlovens artikel 91 og artikel 35), men har anvendt den såkaldte almene bestemmelse (§ 28) i den tyske lov om forebyggelse af infektioner *(Infektionsschutzgesetz, IfSG)*, var forbundsregeringens muligheder for at gribe ind i pandemikrisen ret begrænsede lige fra starten.

Inden for rammerne af den tyske administrative føderalisme har delstaterne og de lokale myndigheder ansvaret for gennemførelse af lov om forebyggelse af infektioner *(IfSG)*. Ud fra lovens almene bestemmelse (§ 28) har delstatsmyndighederne ret til at pålægge deres befolkninger restriktioner i tilfælde af specifikke risikosituationer som den, der forårsages af SARS-CoV-2

virus. Forbundsregeringen kan give anbefalinger til delstaterne og presse på for at få gennemført koordinerede foranstaltninger, men har ikke mulighed for at pålægge disse.

For at opnå nødløsninger for hele landet og ensartede standarder er det nødvendigt at have både den horisontale selvkoordinering af de 16 tyske delstater og den vertikale involvering af forbundsniveauet. I første omgang var delstaterne meget forskellige i deres tilgang, især vedrørende nedlukninger, lukninger generelt og skolelukninger. Efter flere møder mellem delstaternes ministerpræsidenter og kansler Merkel så det regulatoriske landskab ganske homogent ud i de forskellige regioner, dog med en noget striksere håndtering i Bayern og en mere afslappet tilgang, i det mindste i visse henseender, i Nordrhein-Westfalen og Brandenburg. Konvergensen var også et resultat af domstolsafgørelser. Variationen mellem delstaterne voksede dog igen, da foranstaltningerne blev ophævet.

De lokale sundhedsmyndigheder, som udgør en del af de lokale myndigheder (i byer og amter; se beskrivelse af den institutionelle struktur ovenfor), kan trække på mange års erfaring med håndtering af trusler mod sundheden, såsom SARS i 2003, fugleinfluenzaen i 2006 eller svineinfluenzaen i 2009, men også med inddæmning af lokale udbrud af mæslinger og andre infektionssygdomme. Disse opgaver hører til deres traditionelle arbejdsopgaver. De lokale sundhedsmyndigheder har som institutioner vist sig at være stærke og dygtige til at klare disse. Ved tidligere epidemier har de lokale, tyske sundhedsmyndigheder (*Gesundheitsämter*) fået mere og mere erfaring med at spore infektionskæder, opspore kontakter og inddæmme spredningen af virus dette har vist sig særdeles nyttigt under covid-19-pandemien. At disse institutioner har denne baggrund kan være en vigtig forskel i forhold til lande med centrale enheder (så som Storbritannien), hvor ekspertise og viden på niveauer under det nationale niveau og på det lokale niveau påskønnes mindre af de centrale myndigheder og de centrale myndigheder har mindre tiltro til disse andre niveauer.

Beredskab: Pandemiplaner og risikoanalyser

I Tyskland blev den første nationale pandemiplan offentliggjort i 2005 af Robert Koch Instituttet, som er den føderale myndighed for sygdomsovervågning og –forebyggelse. Denne plan blev revideret og opdateret flere gange, senest den 4. marts 2020.[43] Den udgør den generelle procesmæssige ramme for kommende foranstaltninger til forberedelse mod og inddæmning af en pandemi. Desuden har alle tyske delstater og mange lokale myndigheder fastlagt pandemiplaner for deres områder. Disse tager udgangspunkt i den nationale plan. For eksempel vedtog delstaten Brandenburg en plan i 2007 og ændrede den i marts 2020.

Under coronakrisen har disse planer tjent som vigtige kilder for politiske beslutningstagere på nationalt niveau og under dette niveau, samt for lokale fagpersoner og ledere, når der skulle tages konkret handling, etableres de nødvendige styringsmekanismer (f.eks. krise-task forces), og træffes beslutning om passende foranstaltninger til krisehåndtering i de forskellige faser af pandemien (inddæmning, beskyttelse, afhjælpning, genopretning). Imidlertid har krisehåndteringen i praksis vist, at de forskellige pandemiplaner ikke altid er kompatible, men undertiden noget i konflikt med hinanden, hvilket har gjort koordineringen af inddæmnings-

43 Se RKI 2017: Nationaler Pandemieplan Teil I Strukturen und Maßnahmen, RKI 2016: Wissenschaftlicher Teil des Nationalen Influenza-Pandemieplans (Teil II), RKI 2020: Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan. covid-19, 4.3.2020.

foranstaltninger på tværs af jurisdiktionerne vanskelig.

Risikoanalyser. I Tyskland er risikoanalyser blevet et vigtigt instrument, når offentlige organisationer skal forberedes på katastrofer, især når det drejer sig om nødsituationer forårsaget af oversvømmelser.[44] Risikoanalyser er gennemført på alle myndighedsniveauer, men i skiftende grad og med forskellig indvirkning i relation til den nuværende covid-19 krise. I henhold til § 18 i den føderale lov om beskyttelse af civilbefolkningen og om katastrofehjælp (*Zivilschutz und Katastrophenhilfegesetz des Bundes, ZSKG*), er den føderale regering forpligtet til at gennemføre risikoanalyser inden for området beskyttelse af civilbefolkningen. På dette grundlag blev der i 2012 gennemført en omfattende risikoanalyse af forbundsstyrelsen for beskyttelse af civilbefolkningen og for katastrofehjælp (*Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, BBK*) samt andre relevante, føderale kontorer, som var godkendt af den tyske *Bundestag* i 2013.[45] I denne analyse blev der lavet en model for forskellige scenarier af mulige katastrofer (for smeltevandsoversvømmelser og pandemier) med udgangspunkt i tidligere erfaringer med tilsvarende katastrofer (såsom oversvømmelsen af Elben i 2002 og svineinfluenzapandemien i 2009). Risikoanalysen af pandemier blev udarbejdet af et konsortium af specialister under ledelse af Robert Koch Instituttet, og analysen blev rundsendt til alle føderale myndigheder og delstatsmyndigheder.

Selv om denne analyse inkluderede et scenarie med en pandemi forårsaget af en sars virus, svarede den forudsete skade for Tyskland (f.eks. millioner af døde, lige påvirkning af alle aldersgrupper fra virussen) ikke til den nuværende covid-19-pandemi. Den har vist sig at have meget mildere sundhedsrelaterede virkninger end modellen tilsagde. Imidlertid er der nogle af de forudsete beskyttelsesforanstaltninger og modellen for følgeskaderne (f.eks. økonomisk og samfundsmæssig indvirkning), som delvis afspejler den nuværende situation. Det er imidlertid interessant, at denne risikoanalyse og forudsigelserne om en sars-viruspandemi ikke er taget konkret i betragtning af beslutningstagerne, især med henblik på forberedende foranstaltninger, så som rekruttering og opgradering af læger og plejepersonale, eller egenproduktion af værnemidler og materialer, samt etablering af passende forvaltningsmæssige arrangementer til forberedelse af den forudsete begivenhed.

Hvad angår de lokale myndigheder, har en undersøgelse foretaget af det fælles tyske agentur for kommunal forvaltning (*Kommunale Gemein-schafts-stelle für Verwaltungsmanagement, KGSt*) afsløret, at under 10 pct. af de tyske lokale myndigheder har indført et omfattende risikostyringssystem for deres områder, hvorimod omkring en tredjedel angiver, at de har en risikostyring for dele af deres område.[46] Det samme gælder beredskabsplaner, som kun er sat i værk i et mindretal af tyske lokale myndigheder under corona-krisen.[47] Konkret har mindre kommuner med under 5.000 indbyggere (som udgør 73 pct. af alle tyske kommuner), ikke nogen beredskabsplaner eller strategier for deres områder, som de kan trække på.

---

44 Oversvømmelser er blandt de farligste naturkatastrofer i Tyskland og er blevet mere og mere alvorlige I de seneste årtier.

45 Deutscher Bundestag, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012, Drucksache 17/12051, 3.1.2013.

46 Se KGSt 2019: Umsetzungsstand des kommunalen Risikomanagements. Ergebnisse einer Umfrage: Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen, 1/2019, Köln.

47 Se Public Governance 2020, Zeitschrift für Öffentliches Management, Sommer 2020, Berlin, p. 8.

Desuden har de eksisterende beredskabsplaner ofte vist sig at være nytteløse, da de er skræddersyet til andre former for katastrofer end pandemier (f.eks. oversvømmelser) eller er forældede.[48] En anden (ikke-repræsentativ) undersøgelse fandt, at kun en tredjedel af de offentlige risikostyringssystemer eksplicit indeholdt pandemier som en mulig risiko.[49] Dermed har risikostyring fungeret temmelig dårligt som værktøj til kriseforberedelse i den nuværende covid-19-pandemi.

Risikoanalysens dårlige virkning som værktøj til beredskabsstyring gælder ikke kun den efterfølgende og løbende vurdering af krisens virkninger i første runde, dvs. de umiddelbare, sundhedsrelaterede skader, der måles ved antallet af smittede, hospitalsindlæggelser og dødsfald. Det er i endnu højere grad gældende, når man taler »afvejning af risici over for hinanden« eller »virkninger i anden runde« af krisestyringen, idet disse skal beregnes i en omfattende, flerdimensionel risikovurdering.[50] Denne analyse har til formål at undersøge de forventede følgeskader af selve kriseafhjælpningsforanstaltningerne (de såkaldte »virkninger i anden runde«), som vedrører alle former for håndteringsstrategi, og som kan være økonomiske, sociale, politiske, mentale, miljømæssige, men også sundhedsrelaterede på den lange bane. En sådan vurdering, som inkluderer utilsigtede bivirkninger af pandemi-inddæmningsforanstaltningerne, ville medføre en mere afbalanceret, flerdimensionel risikoanalyse og modsvare det forfatningsmæssigt påkrævede proportionalitetsprincip i kriseafhjælpningspolitikkerne (især når disse ledsages af en suspendering af grundlæggende rettigheder).[51] Imidlertid er flerdimensionelle risikovurderinger i overensstemmelse med proportionalitetsprincippet, som f.eks. anført af det tyske videnskabernes akademi, *Leopoldina*, kun blevet anvendt rudimentært under krisen og er blevet forsinket af delstaternes ledere, hvis de overhovedet er blevet anvendt.[52]

Afvigelser fra de normale procedurer og institutionernes planer

Beredskabs-task force på tværs af ministerier

Selv om det i fredstid forholder sig sådan, at kontrol med farer og forebyggelse af farer ligger under det nationale niveau, dvs. hos de tyske delstater (se § 30 i grundloven), så kan forbundsregeringen i situationer, som giver anledning til national bekymring, yde støtte til delstaterne (information, rådgivning, levering af ressourcer). Desuden skal forbundsregeringen sikre, at koordineringen mellem delstaterne og det føderale niveau sikres for så vidt angår risikovurdering og beskyttelsesforanstaltninger. Ved en national nødsituation etableres en be-

48 Se Erhardt, C. 2020: Virus traf Deutschlands Kommunen unvorbereitet (https://kommunal.de/corona-umfrage-buergermeister, 29.3.2020).

49 Se Public Governance 2020: 8.

50 Se også Collins, A./Florin, M.-V./Renn, O. 2020: covid-19 risk governance: drivers, responses and lessons to be learned, in: Journal of Risk Research, online.

51 I Tyskland er proportionalitetsprincippet (eller forbud mod at gøre for meget) et generelt offentligretligt princip; det kommer fra retsstatsprincippet, som alle statslige indgreb i individets rettigheder skal overholde. Det består af krav til egnethed af enhver regeringsforanstaltning, nødvendigheden af denne, og dens proportionalitet. Proportionalitetsprincippet betyder, at ethvert statsindgreb skal være proportionalt med det ønskede, opnåelige mål. Myndighederne bør ikke gribe hårdere ind, end det er absolut nødvendigt. Proportionaliteten i enhver statslig beslutning kan forelægges domstolene, hvis de berørte ønsker at klage.

52 Se Leopoldina 2020: Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden, 13.4.2020, p. 11.

redskabs-task force på tværs af ministerierne i forbundsregeringen som et relevant værktøj til koordinering på tværs af afdelingerne. Denne form for organisering på tværs af ministerierne udgør en undtagelse fra det normale resortprincip *(Ressortprinzip)*, som er fastlagt i forfatningen og i øvrigt ligger til grund for koordineringen på forbundsregeringsniveau. Denne tværfaglige sammensætning af en beredskabs-task force har til formål at sammenknytte forskellige ministeriers interesser og garantere, at der sker en horisontal koordinering og er en fælles tilgang til beredskabsstyringen på centralt plan i tilfælde af omfattende risikosituationer, såsom en pandemi.

Under covid-19-pandemien blev denne opgave fra 27. februar og fremefter håndteret af forbundsregeringens sundhedsminister og indenrigsminister som de førende ministre i den task force, som mødtes to gange om ugen. Desuden inddrog man repræsentanter fra økonomiministeriet, finansministeriet og socialministeriet samt andre ministerier, idet man tog højde for den høje risiko for følgeskader på økonomien og samfundet. Desuden blev der etableret to (et lille og et stort) »corona-kabinet« i forbundsregeringen. De mødtes to gange om ugen, mens der var lukket ned.[53]

Til koordinering mellem det føderale niveau og delstatsregeringerne i nationale risikosituationer med stort behov for at konsultere hinanden mellem disse niveauer dannes der en specifik, interministeriel koordinationsgruppe (*Interministerielle Koordinierungsgruppe des Bundes und der Länder, IntMinKoGr*) som garanti for koordineret handling på tværs af de føderale ministerier og på tværs af delstaterne ud fra den professionelle ekspertise vedrørende risikovurderinger, forudsigelser, fælles aftalte anbefaler samt kommunikationsstrategier. Denne interministerielle koordineringsgruppe støttes i driften af forbundsagenturet for beskyttelse af befolkningen *(Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, BBK),* som påtager sig de generelle funktioner som koordinerende sekretariat for gruppen. Under covid-19-pandemien var de råd, der blev givet til delstaterne i denne gruppe, især baseret på risikoanalyserne fra forbundsministerierne for sundhed og for indenrigsanliggender, og de fokuserede især på sundhedsrelaterede risikovurderinger.

I midten af marts etablerede alle delstatsregeringerne også beredskabs-task forces til at håndtere pandemikrisen i deres områder. Disse beredskabs-task forces arbejdede tæt sammen med de interministerielle koordinationsgrupper for at sikre koordinering af afhjælpningsforanstaltningerne mellem myndigheder (på det føderale og lokale niveau). I delstaten Brandenburg blev der for eksempel etableret et sådant team den 14. marts under ledelse af delstatens sundhedsminister. Op til det, der indtil nu har været toppen af pandemien, har den interministerielle koordinationsgruppe holdt møder døgnet rundt i Brandenburgs ministerium for indre anliggender i ministeriets koordinationscenter for krisestyring. Den væsentligste opgave var at samle de mange, hurtigt skiftende, oplysninger, der kom fra forbundsregeringen og andre tyske delstater for hele tiden at foretage en ny vurdering af den regionale pandemisituation på dette grundlag, samt træffe de nødvendige foranstaltninger og foretage koordinering med

53 Det såkaldt lille corona-kabinet, ledet af forbundskansleren, omfattede forbundsregeringens ministre for forsvar, finans, indenrigs, udenrigs, sundhed samt lederen af forbundskanslerens kontor. Det såkaldt store corona-kabinet omfattede desuden alle de forbundsministre, som specielt havde ansvaret for emnerne på dagsordenen. Hvis man f.eks. skulle drøfte spørgsmålet om at organisere nok høstarbejdere, var forbundsministeren for landbrug med (se pressemeddelelse fra forbundsregeringen, 9. april, 2020).

forbundsniveauet og, hvor det var relevant, med andre delstatsregeringer. Gruppen offentliggjorde en daglig »Corona« rapport.

Selv om de lokale myndigheder kun spillede en mindre rolle i de kriserelaterede, besluttende organer i delstaterne og ofte blev stillet over for »fuldbyrdede kendsgerninger« som Schleswig-Holsteins ministerpræsident Günther senere formulerede det,[54] så havde de en række nøglefunktioner vedrørende den lokale inddæmning af pandemien og beskyttelse af borgernes sundhed.[55] Inden for deres brede opgaver med mange formål havde lokale myndigheder ikke kun ansvaret for sundhedsrelaterede problemstillinger, men mere generelt for krisehåndtering af pandemien inden for deres område samt den horisontale koordinering af forskellige kriserelaterede administrative enheder på lokalt niveau samt den vertikale koordinering mellem de forskellige delstatsmyndigheder og det føderale niveau (især Robert Koch Instituttet). De traf store beslutninger om kriseafhjælpning og inddæmning af pandemien og stod også for at organisere de relevante administrative processer og kommunikationen over for den lokale offentlighed.

Hos de lokale myndigheder tilstræbte man ligeledes koordination på tværs af sektorerne af beredskabsarbejdet. Dette blev gjort gennem specifikke beredskabs-task forces, som var blevet etableret i alle amter og byer med købstadsstatus fra midten af februar 2020. De havde til formål at støtte de lokale beslutningstagere i alle kriserelaterede anliggender, samt internt at koordinere afhjælpningsforanstaltninger og garantere for sammenhængen i krisestyringen på tværs af administrative enheder og over for andre lokale, jurisdiktioner. Sammensætningen af disse corona-beredskabs-task forces varierede mellem de jurisdiktioner, men generelt afspejlede de de mange funktioner og evnen til tværgående, horisontal koordinering blandt lokale myndigheder i Tyskland. Dette kan illustreres med kriseteamet i Rhin-amtet Neuss (Nordrhein-Westfalen), som har holdt møder siden den 26. februar. Teamet ledes af chefen for amtets administration. Lederne af følgende afdelinger har deltaget: de lokale sundhedsmyndigheder, det lokale udvalg for offentlig sikkerhed, samt kontoret for den offentlige orden (*Ordnungsamt*)[56], skole- og ungdomskontoret, socialudvalget, personaleafdelingen, den kommunale tilsynsmyndighed (*Kommunalaufsicht*), amtets presseafdeling, amtets koordinationscenter for brandvæsnet (*Kreisleitstelle der Feuerwehr*) samt forbindelsesledelsen i militæret *(Bundeswehr, Kreisverbindungskommando)* tillige med den lægelige direktør for redningstjenesten og amtets brandchef.[57] Afhængig af de lokale omstændigheder blev yderligere eksterne eksperter inddraget, f.eks. fra politiet eller de kommunale hospitaler.

Afhængig af den lokale smitteinfektionssituation har mange amter fra 20. april trukket personale ud af deres beredskabs-task forces eller lukket disse aktiviteter. Fra august 2020 er kriseteams blevet aktiveret igen i en række områder, hvor antallet af personer, der testede positiv, var stigende.

54 Der Tagesspiegel, 7.6.2020.

55 Franzke, J. 2020: German Municipalities in the covid-19 Pandemic Crisis. Challenges and Adjustments. A preliminary analysis, Online-Report for International Geographical Union.

56 I dette konkrete tilfælde tænkes der på amtsadministrationens kontor, der har ansvaret for at undgå trusler mod den offentlige sikkerhed eller orden i dets område; dette inkluderer en uniformeret håndhævelsesenhed. Imidlertid er der også sådanne kontorer i de større byer I nogle tyske delstater har også delstatsmyndighederne sådanne myndighedskompetencer.

57 Se Rhein-Kreis Neuss, Pressemeddelelse, 20.3.2020.

Udvikling hen imod centralisering og et udfordret kontrolsystem

Pandemien blev også anvendt af politiske aktører som en »mulighed« til at opnå ændringer i institutionernes funktionsmåde.[58] Som tidligere forklaret, betyder den decentrale funktionsmåde af den tyske pandemistyring, at operationel beslutningstagning og udførende kompetencer i al væsentlighed ligger hos aktører under det nationale niveau (delstater, lokale myndigheder), hvorved forbundsregeringens juridiske muligheder for at gribe ind begrænses. Selv om det ikke var et resultat af systematiske, regulatoriske analyser eller evidensbaserede vurderinger, lykkedes det forbundssundhedsministeren at styrke sin institutionelle position ved at flytte rundt på beføjelser i det institutionelle kontrolsystem og erhverve yderligere kompetencer vedrørende pandemistyring på regionalt og lokalt niveau.

I første omgang havde forbundsregeringen planlagt, at den skulle bemyndiges til at erklære (og standse) en nationalt bekymrende epideminødsituation uden at involvere parlamentet, *Bundestag*. Imidlertid blev denne idé afvist af et flertal i *Bundestag*. Den 24. marts 2020, opnåede partierne FDP, Linke og Bündnis 90/Die Grünen (tre af de fire oppositionspartier i *Bundestag*), at beføjelsen til at træffe beslutninger om at erklære og ophæve en nationalt bekymrende epideminødsituation blev tillagt parlamentet. Dermed kunne den nye lov om »beskyttelse af befolkning i tilfælde af en begivenhed, som er en nationalt bekymrende epideminødsituation« vedtages på grundlag af bred enighed i parlamentet. Kun Alternative für Deutschland (AfD) og die Linke afholdt sig fra at stemme. På grundlag af denne nye lovgivning kan *Bundestag* nu erklære (og standse) en »nationalt bekymrende epideminødsituation.« Ved at sikre, at den lovgivende forsamling kan træffe beslutninger om erklæring af en national nødsituation og ved selv under en pandemi at fastholde parlamentets ret til at tage forbehold heroverfor, forblev adskillelsen mellem den udøvende og den lovgivende magt sikret i denne henseende.[59]

I henhold til den ændrede § 5 i loven om forebyggelse af infektioner *(IfSG)* fra 27. marts får sundhedsministeren, når det drejer sig om en nationalt bekymrende epideminødsituation, betydeligt udvidede beføjelser og valgmuligheder, når det drejer sig om selv at beslutte foranstaltninger og udstede bekendtgørelser i et (i øvrigt decentraliseret) pandemistyringssystem, så længe nødsituationen varer ved. Sundhedsministeriet har dermed bemyndigelse til at gennemføre undtagelser fra IfSG-loven ved bekendtgørelse uden parlamentarisk godkendelse og uden at høre delstaterne og deres parlamentariske kammer (*Bundesrat*), hvilket ifølge nogle jurister er i modstrid med forfatningen[60] eller i det mindste tvivlsomme i forhold til forfatningen.[61] Omfanget og størrelsen af disse mulige undtagelser fra loven er ikke nærmere angivet, hvilket medfører den risiko, at store dele af en føderal lov kan fraviges af et enkelt ministerium. Sundhedsministerens nye beføjelser til at gribe ind under denne pandemi-nødsituationsregel omfatter blandt andet

58 Se Kuhlmann, S./Hellström, M./Ramberg, U./Reiter, R., 2020. Tracing divergence in crisis governance: Responses to the covid-19 pandemic in France, Germany and Sweden compared. In: IRAS 2021 (undervejs).

59 Se Kropp, S. 2020: *Zerreißprobe für den Flickenteppich? in:* Verfassungsblog.de, 26.5.2020.

60 Thielbörger, P./Behlert, T. 2020: i: covid-19 und das Grundgesetz: Neue Gedanken vor dem Hintergrund neuer Gesetze; in: Verfassungsblog.de, 26.9.2020.

61 Se Den tyske forbundsdags videnskabelige tjeneste 2020: Statsorganisation og § 5 i lov om beskyttelse mod infektioner (under udarbejdelse), 2.4.2020, S. 6.

retten til at beordre rejsende til at gennemgå en fysisk undersøgelse, indførelse af rejseforbud for specifikke lande, samt til sikring af køb af medicin og midler, medicinske produkter samt materialer til desinfektion og laboratorie-prognostik. Denne beføjelse er tidsbegrænset, og skal trækkes tilbage den 31. marts 2021 eller den 31. marts 2022 (paragraf 5, stk. 4 af IfSG, ny udgave), eller når epideminødsituationen ikke længere foreligger.

I henhold til en rapport fra den videnskabelige tjeneste i den tyske *Bundestag* behandler den nye § 5 i IfSG vigtige indgreb i de i forfatningen fastlagte, grundlæggende rettigheder, endda retten til livet og til kroppens integritet, for eksempel når det drejer sig om at bringe utilstrækkeligt afprøvede medicinske produkter og midler på markedet.[62] Hvad angår disse dele af loven, har *Bundestag* og delstaterne ingen midler til at gribe ind eller forebygge de lovgivningsmæssigt indførte ændringer, som helt klart er en udfordring i forhold til at udføre kontrol under denne »nødregel.«

Ændringen af IfSG fremmede mere centralisering og styrkelse af det føderale niveau (sundhedsministeriet og Robert Koch Instituttet) i tider med en pandemitrussel. Resultatet er en svækkelse af *Bundestag* og delstaterne, når der er erklæret en epideminødsituation, og samtidig sker der en klar opgradering af centralstatens udførende funktioner, især hos sundhedsministeren. På denne baggrund har to oppositionspartier i *Bundestag* (AfD, FDP) siden begyndelsen af maj krævet, at denne ekstraordinære, juridiske situation kaldet en »nationalt bekymrende epideminødsituation« skulle annulleres, idet de også har påpeget faldet i covid-19-relaterede infektioner, antal indlæggelser og dødstallet i Tyskland, for dermed at genetablere den normale situation med kontroller i det føderale system. Juridiske eksperter fra FDP-partiet kritiserede, at opretholdelse af epideminødsituationen (som har varet i over 7 måneder på det tidspunkt, hvor dette skrives) udgør en forfatningsmæssigt alarmerende undtagelsesordning, fordi et enkelt ministerium får beføjelse til at gennemføre undtagelser og afvigelser fra parlamentets love, og at disse undtagelser ikke er nøje specificeret og defineret. Den 6. maj 2020 blev AfD's forslag – gående ud på at annullere den nationale, epidemisituation[63] – afvist af alle de andre partier i parlamentet. Et andet forsøg fra FDP den 17. september blev ligeledes afvist.[64] Yderligere forslag med lignende intentioner fremlagt af AfD er endnu ikke afgjort, mens dette skrives.[65]

Sundhedsministeren har trukket på den nye »nødregel« og foretaget omfattende brug af de opdaterede reguleringskompetencer, som den indeholder. En række nye bestemmelser blev gennemført, som i en »ikke-nødsituation« ville ligge uden for sundhedsministerens kompetence. Det gælder for eksempel nye bestemmelser vedrørende forøgelse af lagrene af medikamenter til intensiv behandling, autorisationsregler for læger, tandlæger og farmaceuter, sikring af uddannelse i sundhedsprofessionerne, kompensation for de økonomiske byrder til tandlæger, medicinleverandører og klinikker, der arbejder med mødres sundhed, samt indkøb af medicinske produkter og personlige værnemidler, sikring af levering til befolkningen af medicinske produkter samt regler for udlandsrejser.

62 Ibid, s. 7.
63 Se Deutscher Bundestag, Tryksag 19/18999, 6.5.2020.
64 Deutscher Bundestag, Drucksache, 19/20046, 16.6.2020.
65 Se forslag fra AfD-partiet, Tryksag 19/22551(ny), 17.09.2020, og tryksag 19/22547, 16.9.2020.

Den brede bemyndigelse, som sundhedsministeren fik, vedrører betydelige dele af den føderale regulering.[66] Selv om den udøvende magt er blevet styrket under »nødtilstanden«, mens den parlamentariske opposition er svækket i forhold til pandemiindsatsen, er det værd at huske, at oppositionspartierne i sidste ende ikke stemte imod »nødloven«, men for den (FDP, Bündnis90/Die Grünen), eller afholdt sig fra at stemme (AfD, Linke). Imidlertid vedrører professor Thorsten Kinggreens kritik[67] også den kendsgerning, at offentligheden i stigende grad bekræftes i, at der er tale om en fortsat nødstilstand, hvor de normale forfatningsmæssige processer og instrumenter ikke længere fungerer, hvilket dog ikke svarer til virkeligheden.[68] Da epidemien må antages at blive en del af »normaliteten« mindst indtil marts 2021 (hvor det er hensigten, at alle nødbestemmelser skal udløbe), er der dem, der antager , at den forfatningsmæssigt tvivlsomme nødstilstandslovgivning kunne blive gjort permanent til efter de næste tyske valg i efteråret 2021.[69] Ud over denne opgradering af det føderale sundhedsministeriums operative beføjelser i relation til pandemistyringen og den nationale regulering af nødsituationer i pandemien er der taget yderligere trin til centralisering ved at opgradere Robert Koch Instituttets institutionelle position til »national myndighed for sygdomsovervågning og –forebyggelse«, hvor man er udstyret med nye beføjelser til at foretage indgreb og kapacitet til at koordinere afhjælpningsstrategierne mellem delstaterne og det føderale niveau.

En anden afvigelse ved håndteringen af covid-19 i forhold til normale nødprocedurer vedrører beslutningsprocessen for den nationale lukning og begrænsede nedlukning. Som anført ovenfor blev disse beslutninger ikke truffet af delstatsparlamenterne, men derimod af de 16 delstaters regeringer og deres underordnede i form af myndigheder, som gennemførte de forskellige ministerielle bekendtgørelser. Forbundsregeringen gav afkald på at bruge de i forfatningen fastlagte regler for nødsituationer (se ovenfor) og anvendte i stedet § 28 i loven om forebyggelse af infektioner *(IfSG),* hvorved man skabte betydelige spændinger i forhold til forfatningen. Det største problem vedrører den kendsgerning, at IfSG ikke giver mulighed for lukning og nedlukning på nationalt plan, således som det skete i Tyskland i midten af marts 2020. Ifølge
§ 28 og § 32 i IfSG, har delstatsregeringerne beføjelse til at udstede ministerielle bekendtgørelser som forsvar mod en epidemifare. Imidlertid skal disse indgreb være tidsmæssigt og regionalt begrænset. I modsætning hertil er massive og langvarige restriktioner vedrørende hele det sociale liv og individets frihedsrettigheder på nationalt plan ikke reguleret af IfSG.[70]

66 Data angående antallet af bestemmelser relateret til ministerens "carte blance" varierer. I henhold til de officielle oplysninger fra det tyske sundhedsministerium drejer det sig om 11 bestemmelser for nærværende (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen.html). De juridiske eksperter i FDP-partiet har imidlertid identificeret over 1.000 bestemmelser, som kunne være påvirket af denne bemyndigelse (Kingreen 2020a: Stellungnahme als geladener Einzelsachverständiger zu den BT-Drucks. 19/20042, 19/20046 und 19/20565, Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 19(14)197(2) zur öffentlichen Anhörung am 9.9.2020, p. 7).

67 Kingreen, Th. 2020b. Die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag. Rechtsgutachten für die FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, 11. Juni 2020.

68 Kingreen 2020a: 7.

69 Ibid: s. 8.

70 Se Papier, H.-J. 2020: Umgang mit der CORONA-Pandemie: Verfassungsrechtliche Perspektiven, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte,* Vol. 70, 35–37/2020, 24.8.2020, S. 7. Papier var præsident for den tyske forfatningsdomstol fra 2002 til 2010.

De beslutninger, som alle 16 delstater og forbundsregeringen blev enige om i fællesskab blev ikke kun taget på meget kort tid ud fra en bred konsensus blandt partier og niveauer, hvilket afviger fra den normale beslutningstagning i ikke-krisesituationer i det tyske føderale system (f.eks. inden for digitalisering eller skattemæssige forhold). Disse beslutninger var ydermere vidtgående og omfattende, idet de på markant vis (om end midlertidigt) ændrede status-quo ex ante ved at suspendere en række forfatningsmæssigt sikrede, grundlæggende rettigheder på nationalt plan. Dermed satte covid-19-pandemien gang i en usædvanlig hurtig proces med fælles beslutningstagning på tværs af delstater og niveauer, idet man der var enige med forbundsregeringen om at stramme restriktionerne, hvilket medførte ganske homogene inddæmningsreguleringer for hele den tyske befolkning. Dette er også blevet hyldet som en »ekstraordinær politisk præstation«[71]. I løbet af krisen kom der flere skift mellem på den ene side ensartethed, det omtalte såkaldte »kapløb mod toppen« blandt delstaterne som reaktion mod pandemien[72], og på den anden side decentraliserede beslutninger, hvor der er mere variation mellem de forskellige enheder under det nationale niveau. Imidlertid forekommer hastigheden og omfanget af de beslutninger, der blev vedtaget med konsensus på tværs af jurisdiktionerne ganske atypiske for det tyske føderale system. Procedurerne for gennemførelse af disse foranstaltninger afveg i mange henseender – både tidsmæssigt og indholdsmæssigt – fra den normale fælles beslutningstagning i det føderale system, som er kendetegnet ved undertiden lange forhandlinger mellem aktørerne.

Institutionel tillid og accept af pandemiens inddæmningsforanstaltninger

På trods af de alvorlige restriktioner, som regeringsbeslutningerne pålagde borgerne, viser de tilgængelige meningsmålinger en klar stigning i tilliden til alle statslige institutioner fra kansleren til de lokale bystyrer. *Bundestag* har også draget fordel af denne positive tendens, se også figur 13.[73] Accepten af inddæmningsforanstaltningerne er en vigtig indikator og forudsætning for succes med gennemførelsen og overholdelsen af reglerne. Når det gælder de forskellige typer af foranstaltninger (forbud mod begivenheder med mere end 100 deltagere, lukning af offentlige faciliteter, lukning af grænser, generel nedlukning, annullering af offentlig transport, lokalisering af mobiltelefoner uden samtykke), så har en undersøgelse fra universitetet i Mannheim vist[74], at graden af accept af disse foranstaltninger har været klart faldende over tid fra begyndelsen af pandemien indtil juli. Mens acceptraten vedrørende forbud mod begivenheder med mange deltagere, lukning af offentlige faciliteter og lukning af grænserne var næsten 100 pct. i marts, så faldt støtten til mellem 30 pct. (grænser) og 20 pct. (offentlige faciliteter), da vi nåede juli. Kun forbuddet mod begivenheder med mange deltagere var stadig accepteret af et klart flertal af den tyske befolkning (64 pct.) som en passende inddæmningsforanstaltning til at bekæmpe pandemien.

71 Thielbörger, P./Behlert, T. 2020: covid-19 und das Grundgesetz: Neue Gedanken vor dem Hintergrund neuer Gesetze; in: Verfassungsblog.de, 26.9.2020.

72 Eckhard, S./Lenz, A. 2020: Die öffentliche Wahrnehmung des Krisenmanagements in der Covid-19 Pandemie, Universität Konstanz, p. 7.

73 Frankfurter Allgemeine Zeitung, 16.5.2020.

74 Se Juhl, S./Lehrer, R./Blom, A./Wenz, A./Rettig, T./Reifenscheid, M./Naumann, E./Möhring, K./Krieger, U./Friedel, S./Fikel, M./Cornesse, C. 2020: Die Mannheimer Corona-Studie: Demokratische Kontrolle in der Corona-Krise, p. 6 et seq.

Andre inddæmningsforanstaltninger, som fra starten ikke havde så høje acceptrater fra befolkningen, blev i stigende grad afvist af befolkningen. Dermed faldt accepten af en generel nedlukning fra over 50 pct. til omkring 10 pct.; annulleringen af offentlig transport fra omkring 25 pct. til ca. 10 pct. Den ganske lave accept af lokalisering af mobiltelefoner uden samtykke forblev ret stabil på omkring 25 pct. Samtidig steg den andel af befolkningen, som ikke accepterer nogen af disse foranstaltninger, fra næsten nul i marts til ca. en fjerdedel af den tyske befolkning i juli.

Figur 13: Tillid til politiske institutioner (maj 2020)

Tillid er meget høj eller høj til følgende institutioner:

Forbundspræsidenten 76 pct. (+3)	Kansleren 72 pct. (+22)
Forbundsregeringen 60 pct. (+26)	Borgmestre 58 pct. (+10)
Delstatsregeringer 58 pct. (+11)	Kommunalbestyrelser 57 pct. (+9)
Kommuner 56 pct. (+9)	Bundestag 54 pct. (+13)
Den Europæiske Union 37 pct. (-3)	Politiske partier 25 pct. (+9)

Kilde: Forsa 2020 ifølge Frankfurter Allgemeine Zeitung, den 16. maj 2020 (tallene i parentes viser udviklingen i forhold til en forsa-undersøgelse i januar 2020).

Rådgivning af politikerne og åbenhed om den videnskabelige og politiske debat

Ledelsen på alle niveauer (føderale, delstater, lokale) baserede i stort omfang deres beslutninger på anbefalinger fra eksperter. Under corona-krisen er Robert Koch Instituttet blevet den vigtigste aktør, når det drejer sig om institutioner med ekspertise vedrørende den førte politik, ikke kun på vegne af forbundsregeringen[75], men også i forhold til de inddæmningsstrategier, der er udviklet af delstaterne og lokale beslutningstagere. Som en såkaldt overordnet forbundsmynidghed (*Bundesoberbehörde*) er instituttet direkte underlagt sundhedsministeriet. Dermed har det mindre selvstændighed og valgfrihed end, for eksempel, den statslige sundhedsmyndighed i Sverige.[76] I corona-krisen har Robert Koch Instituttets rådgivende funktion især været rettet mod tre hovedområder: (1) Risikoprognose før krisen, inklusive udarbejdelse af en national pandemiplan (se ovenfor); (2) Overvågning og offentliggørelse af antallet af inficerede (positiv PCR-test), antal af hospitalsindlagte tilfælde, samt hvor mange, der er kommet over infektionen, og hvor mange, der er afgået ved døden med infektionen; (3) Epide-

75 Robert Koch Instituttet har en lang historie som forsknings- og forebyggelsesinstitut (grundlagt allerede i1891 som det »Kongelige Preussiske Institut for Infektionssygdomme« og var tidligere tilknyttet den føderale sundhedsmyndighed indtil 2001. Da den første infektionsbeskyttelseslov (IfSG) blev vedtaget og den føderale sundhedsmyndighed blev afskaffet i 2001, blev Robert Koch Instituttet en myndighed underlagt det føderale sundhedsministerium. Instituttets væsentligste opgaver er biomedicinsk forskning og epidemiologiske analyser om smitsomme og ikke-smitsomme sygdomme; ud fra dette yder Robert Koch Instituttet rådgivning til forbundsregeringen, de offentlige sundhedsmyndigheder og den almene offentlighed angående forebyggelses- og inddæmningsforanstaltninger. Desuden har Robert Koch Instituttet ansvaret for tilsyn med offentlighedens sundhedstilstand og for at opdage sundhedsrisici for befolkningen.

76 Se Kuhlmann et al. 2020.

mi-risikovurdering ud fra de foranstaltninger til inddæmning, beskyttelse, afhjælpning og genopretning, der er anbefalet til politikerne og meldt ud til offentligheden.

Ud over Robert Koch Instituttets interne rådgivning angående politikken har beslutningstagere på alle niveauer i stort omfang holdt sig til de eksterne vurderinger og anbefalinger, der er kommet fra chefvirologen på Berlin Charité, professor Dr. Christian Drosten[77], der har tjent som direkte rådgiver for forbundsregeringen fra pandemiens begyndelse. Hvad angår råd til den førte politik på nationalt niveau kunne Robert Koch Instituttet kun give anbefalinger til delstaterne og de lokale myndigheder og ikke pålægge dem nogen beslutninger. Imidlertid blev anbefalingerne fra Robert Koch Instituttet fulgt nøje af delstaterne og de lokale myndigheder, som omsatte dem til retligt bindende beslutninger.

Modsat andre politiske diskurser i det tyske føderale system[78] forløb den videnskabelige diskurs om pandemi-risikovurdering og covid-19-afhjælpningsforanstaltninger ikke på en vertikalt decentraliseret og fragmenteret måde, som i Tyskland normalt bliver til langsom, gradvis forandring; i stedet var diskursen klart domineret af nogle ganske få, centralt placerede rådgivere, som havde en ganske indgribende og radikal tilgang til inddæmningen. Selv om der ud over Robert Koch Instituttet og Christian Drosten også var andre specialister (virologer, patologer, epidemiologer), der fra tid til anden bidrog til den offentlige debat, fik deres (delvist afvigende) vurderinger og anbefalinger ikke megen opmærksomhed hos politikere og andre ledere. Drastiske foranstaltninger blev anset for uundgåelige, når spredningen af virusset skulle undgås. Man skulle »holde kurven flad« og dermed undgå en nedsmeltning af sundhedssystemet, som man så det i Italien, Spanien og USA. Mere moderate eller skeptiske meninger, som satte spørgsmålstegn ved nødvendigheden (og opretholdelsen) af drastiske foranstaltninger, så som landsdækkende kontaktforbud, nedlukninger, skolelukninger og omfattende, påbudt brug af mundbind, har ikke vundet nogen nævneværdig indflydelse indtil nu.

En tværfaglig gruppe af førende akademikere tilknyttet det nationale videnskabernes akademi, Leopoldina, fremlagde deres tredje ad hoc-erklæring over for forbundsregeringen den 13. april 2020,[79] hvori man fremførte, at beskyttelse af andre retmæssige interesser ud over beskyttelse af sundhed og liv også må tages med i betragtning af de politiske beslutningstagere for at sikre proportionaliteten i foranstaltningerne. I henhold til Leopoldina-gruppen må flere perspektiver under forskellige disciplin-ers synsvinkel inddrages i en omfattende vurdering af såvel de overordnede konsekvenser som bivirkninger af krisestyringen for at sikre et afbalanceret valg af foranstaltninger, som respekterer forskellige grupper af interessenter og kredse i samfundet. En anden tværfaglig ekspertgruppe fra universiteterne i Berlin, Bremen og Køln kritiserede ligeledes den alt for

77 Professor Dr. Christian Drosten er tysk virolog og leder af Institut for Virologi ved Berlins universitetshospital Charité. Han blev internationalt kendt, da han var det første til at afkode genomet for SARS-virus fra den gruppe af virusser, som tidligt i 2003 udløste flere epidemier med atypisk pneumoni, især i Asien. Han blev også kendt nationalt under svineinfluenza-pandemien i 2009 og er blevet meget fremtrædende under covid-19-pandemien som "nationens corona-underviser" (Süddeutsche Zeitung 13.3.2020). Som ekstern rådgiver er han ikke formelt tilknyttet forbundsregeringen.

78 Se Kuhlmann, S./Wollmann, H. 2019: Introduction to Comparative Public Administration: Administrative Systems and Reforms in Europe. 2nd ed. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar, p.139 et seq.

79 Se Leopoldina 2020: Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie. Die Krise nachhaltig überwinden, 13.4.2020.

snævre offentlige og videnskabelige diskurs[80], idet gruppen ligeledes påpegede nødvendigheden af en mere afbalanceret, rationel og oplyst overvejelse, når det drejer sig om at fastlægge de passende, proportionale foranstaltninger. Desuden kritiserede de politiseringen af pandemien og instrumentaliseringen af videnskaben til politiske formål.

Mens det ved begyndelsen af pandemien især var virologer og epidemiologer, som dominerede diskursen, var det derimod på et senere trin i krisen i stigende grad repræsentanter fra andre discipliner (økonomer, psykologer, pædagoger, samfundsvidenskabsfolk, osv.), der tog ordet med det formål at tale om de vidtrækkende, ikke-medicinske virkninger af krisen på økonomien, samfundslivet og befolkningens mentale sundhed. Desuden påpegede nogle jurister de juridiske aspekter af de gennemførte bestemmelser, idet de dels betegnede bestemmelserne som en overtrædelse af grundlæggende forfatningssikrede rettigheder og dels satte spørgsmålstegn ved foranstaltningernes lovlighed.

Dette delvise skift i den politiske bevidsthed afspejles også i et nyligt forslag fra partiet Bündnis 90/Die Grünen, fremsat i den tyske *Bundestag* i juni 2020, hvor man anmoder om, at der etableres et uafhængigt, tværfagligt pandemi-råd, som skal rådgive forbundsregeringen om afhjælpningsproblemstillinger i pandemien ud fra en bred videnskabelig ekspertise. Hensigten er, at rådet skal identificere de forskelligartede sundhedsrelaterede, sociale, økonomiske, forfatningsmæssige, osv., indvirkninger af pandemi-inddæmningspolitikken, samt formulere anbefalinger om afbalancerede inddæmningsforanstaltninger og overveje resultaterne af omfattende konsekvensvurderinger.[81] Forslaget blev forkastet med stemmerne fra koalitionspartierne og AfD den 17. september.

De tyske parlamenters rolle i beslutningstagningen vedrørende covid-19

De føderale, parlamentariske beslutningskompetencer var bemærkelsesværdigt indsnævret lige fra krisens begyndelse og rent faktisk begrænset til erklæringen om, at der var en nationalt bekymrende nødsituation, samt til økonomisk redningslovgivning og stimuleringslovgivning, finanspolitik, især justeringer i det føderale budget, sundheds-/hospitalsrelaterede bestemmelser og politikker til afhjælpning af de negative sociale og økonomiske indvirkninger (utilsigtede virkninger i anden runde) af inddæmningen af pandemien (nedlukning, lukning). De relevante love blev vedtaget af parlamentet ekstraordinært hurtigt med forenklede og formelt afkortede procedurer baseret på en atypisk bred konsensus på tværs af partierne, hvor der midlertidigt ikke var nogen kontroverser (se nedenfor). For eksempel gennemførte man tre behandlinger af større lovgivningsforslag på en enkelt dag, idet oppositionspartierne gav afkald på deres ret til at blive hørt og afkald på tidsfri-

80 Se Autorengruppe 2020: Thesenpapier 4.0 Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 - der Übergang zur chronischen Phase, Köln, Berlin, Bremen, Hamburg, 30.8.2020, S. 7. Gruppen var sammensat af velrenomerede tyske videnskabsfolk, bl.a. formanden for sundheds-ekspertrådet (Prof. Dr. Schrappe, Kølns universitet), jurister med special i offentlig sundhed (f.eks. Prof. Dr. Hart, Bremen universitet), eksperter i offentlig sundhed (f.eks. Prof. Dr. Glaeske, Bremen universitet), en specialist i retsmedicin (Prof. Dr. Püschel, universitetsklinikken i Bremen) samt en ekspert i statskundskab (Prof. Dr. Manow, Bremen universitet).

81 Se forslag fra partiet BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Pandemierat jetzt gründen. Mit breiterer wissenschaftlicher Perspektive besser durch die Corona-Krise, Deutscher Bundestag, Tryksag 19/20565, 30.6.2020.

sterne. Direkte beslutninger om krisehåndteringen, inddæmning af pandemien og suspendering af grundlæggende, forfatningsmæssige rettigheder blev derimod juridisk lagt uden for *Bundestags* mandat og lå hos delstaterne og de lokale myndigheder (se ovenfor).

Bundestag begyndte den parlamentariske debat om covid-19 pandemien[82] den 12. februar, hvor den tyske forebyggelsesstrategi imod coronavirus blev drøftet på anmodning fra de to koalitionspartier (CDU-CSU og SPD). Debatten var fokuseret på ganske specifikke og mindre strategiske spørgsmål. På det tidspunkt begyndte oppositionspartierne at bruge de forskellige parlamentariske instrumenter til at fremlægge deres egne ideer til, hvordan man skulle bekæmpe pandemien. Den 4. marts udstedte den tyske regering sin første regeringserklæring (*Regierungserklärung*) om kampen mod coronavirus, forelagt af forbundsregeringens sundhedsminister.[83] Imidlertid lykkedes det ikke oppositionen at fremlægge reelle alternativer ved denne debat.[84] Den 6. marts informerede forbundsregeringen for første gang *Bundestag* om de foranstaltninger, forbundsregeringen ville indføre i covid-19-pandemien.[85] Da Robert Koch Instituttet den 17. marts klassificerede risikoniveauet som »højt« (se ovenfor), markerede dette begyndelsen på en fase, hvor det tyske parlament var intensivt involveret i pandemirelaterede debatter angående ovenstående beslutningsområder, hvor *Bundestag* har kompetencen. Kansler Merkel kom med sin første regeringserklæring om strategien til at bekæmpe covid-19-pandemien i Tyskland og Europa den 23. april i *Bundestag,* hvor hun understregede, at pandemien var en nødsituation, som helt sikkert ville »gribe ind i demokratiet.«[86]

Sikring af parlamentets funktionsdygtighed under pandemien

Pandemisituationen, især forholdsreglerne om sikkerhed og hygiejne, inddæmningsforanstaltningerne og karantænereglerne, satte det tyske parlament over for mange nye udfordringer angående parlamentets funktionsdygtighed. En af de centrale problemstillinger var den retlige »nødvendighed af fysisk tilstedeværelse fra medlemmer og andre deltagere ved møder og når *Bundestag* var i møde«, som det er foreskrevet i forfatningen.[87] Derfor voksede bekymringerne i marts 2020 med hensyn til, om parlamentet ville kunne arbejde under pandemien. I første omgang ønskede forbundsregeringen en hurtig ændring af grundloven for at kunne etablere et lille nød-parlament i stedet for *Bundestag* i tilfælde af en pandemi – lignende det paritetiske udvalg mellem *Bundestag* og *Bundesrat*, som kan etableres i situationer, hvor den militære sikkerhed er truet (*Verteidigungsfall*). Formanden for *Bundestag,* Wolfgang Schäuble, foreslog også at ændre grundloven, så det blev muligt at afholde virtuelle parlamentsmøder.

82 Et dossier med alt parlamentets materiale om pandemien (pr. 3.9.2020) kan findes her: https://www.bundestag.de/dokumente/parlamentsarchiv/dossier-689782.

83 Kansler Merkel var på det tidspunkt selv i karantæne.

84 Bundestag, 19. valgperiode, Protokol fra det 148. møde, 4.3.2020, S. 18438ff.

85 Deutscher Bundestag 2020: *Unterrichtung durch die Bundesregierung zur Haushaltsführung 2020*. Tryksag 19/17664, 6.3.2020.

86 Deutscher Bundestag, Protokol 156. møde, 23.4.2020, S.19296ff.

87 Den tyske Bundestags videnskabelige tjeneste (2020a): *Virtuelles Parlament. Verfassungsrechtliche Bewertung und mögliche Grundgesetzänderung,* WD 3 - 3000 - 084/2, S. 3.

Det ser ud til, at nøddrift af parlamentet baseret på den franske model også blev overvejet.[88]

Imidlertid blev planerne for en hurtig ændring af forfatningen eller nøddrift afvist af et flertal i parlamentet. Især oppositionspartierne ønskede ikke at haste en ændring af forfatningen igennem inden for et så sensitivt område. I stedet blev det aftalt at ændre forretningsordenen (*Geschäftsordnung*) for en begrænset tid. Derfor besluttede *Bundestag* den 25. marts næsten enstemmigt at ændre sin forretningsorden indtil udgangen af september 2020.[89] I denne periode vil det være tilstrækkeligt for at opnå et beslutningsdygtigt flertal, såfremt mere end en fjerdedel af medlemmerne er til stede. Denne nye regel gælder også for parlamentets udvalg, som nu også kan benytte sig af elektronisk kommunikation til afstemning og beslutningstagning. Udvalgsmøder med offentlig deltagelse samt høringer kan nu endda foregå udelukkende med elektroniske midler. Møder er blevet afkortet og beslutningstagning og afstemningsteknik er midlertidigt ændret. Desuden godkendte man den juridiske mulighed for at beordre inddæmningsforanstaltninger (f.eks. karantæneregler) ud fra IfSG over for medlemmer af *Bundestag*. Internt skiftede de politiske partier i *Bundestag* over til virtuelle gruppemøder, og dermed blev det sikret, at parlamentet kunne fungere under pandemien, især på tidspunkter med nedlukning og massekarantæne, om end i reduceret og begrænset omfang.

Siden afslutningen af lukninger og nedlukning er de pandemirelaterede justeringer af den parlamentariske proces gradvist ophævet, men hygiejnebegrænsningerne og inddæmningsreglerne (f.eks. at holde 1,5 m afstand, karantænebestemmelser, osv.) er uændrede. For at være bedre forberedt på lignende kriser i fremtiden blev det derfor foreslået at indføre en forsøgsparagraf i *Bundestags* forretningsorden for at se, for eksempel, om muligheden for at tillade digitale mødeformater kunne gøres til en permanent regel.[90]

Oppositionspartiernes rolle i den tyske Bundestag

Det var et slående træk ved parlamentets beslutningstagning i den tidlige fase af covid-19-krisen, at der var ekstraordinært bred konsensus på tværs af partierne og stort set ingen partipolitisk konkurrence om de store covid-19-relaterede beslutninger i den tyske *Bundestag*. Det gjaldt især nøglelovgivningen om »en nationalt bekymrende epideminødsituation« (se ovenfor) samt den første økonomiske redningspakke, som begge blev vedtaget ved udgangen af marts. Dermed var det at »tale med én stemme« på det tidspunkt ikke kun et styrende princip i koordinationen mellem niveauerne, men også i forhold til parlamentets beslutningstagning.

Dermed fremstod den demonstrative, ikke-parti-relaterede konsensus som atypisk for realiteterne i det tyske parlament, da man gensidigt mellem flertallet og opposition takkede hinanden for samarbejdet. Denne specifikke situation må dermed forstås i lyset af nødvendigheden af midlertidigt at suspendere den i

88 Formanden for Assemblée nationale besluttede den 17. marts 2020, i en telefonsamtale med præsidiet at indføre drift af parlamentet i begrænset format ("dans un format restreint") (Se Bundestags videnskabelige tjeneste 2020b).

89 Den tyske Bundestag 2020a: *Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung (1. Ausschuss) "Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages"*, Tryksag 19/18126. En forlængende af denne frist til 31. december 2020 drøftes i øjeblikket i Bundestag.

90 Se Decker, F./Ruhose, F. 2020: Verliert der Bundestag in der Krise an Bedeutung? In: *Demokratie im Ausnahmezustand. Wie verändert die Coronakrise Recht, Politik und Gesellschaft?* S. 2.

forfatningen fastlagte »gældsbremse« (*Schuldenbremse*). Dette var et afgørende element i lovgivningsforslaget om økonomisk redning, hvor der var brug for et såkaldt »kanslerflertal« (355 stemmer), således at der var brug for en del af oppositionens stemmer. Der var hasteprocedurer og alle oppositionspartier, endda de fleste medlemmer af AfD, stemte for covid-19-redningslovgivningen og muliggjorde hurtige beslutninger ved at give afkald på deres ret til høring og de i lovgivningsarbejdet fastlagte tidsfrister. På dette grundlag kunne regeringens økonomiske redningsforanstaltninger i forbindelse med covid-19 blive vedtaget af parlamentet og indarbejdet i otte love med en ekstremt hurtig procedure. Ud over de to koalitionspartier (CDU-CSU og SPD), stemte partierne Bündnis 90/Die Grünen og FDP for disse love, mens AfD og die Linke godkendte to love hver og afholdt sig fra at stemme om de øvrige. Generelt afspejler dette en ekstraordinær konsensus på tværs af partierne i *Bundestag* udløst af pandemisituationen; dette kaldes også en »våbenhvile«-situation i de partipolitiske debatter[91], og en sådan situation opleves sjældent i Tyskland.

Da man begyndte at ophæve pandemi-inddæmningsforanstaltninger i midten af april, sagde to oppositionspartier, FDP og AfD, klart, at de ville trække sig fra den »anti-corona-konsensus«, der var blevet opnået i *Bundestag* i marts. De to andre partier, die Linke og Bündnis 90/Die Grünen, kritiserede også forbundsregeringen i stigende grad, men udtrykte ikke en klar holdning om, at de ville trække sig fra den opnåede konsensus (den tyske *Bundestag* 2020d: 19311). Imidlertid holdt konsensus blandt partierne fast – i det mindste delvist – i beslutningerne om seks kriserelaterede love indtil udgangen af maj 2020.[92] Afstemningerne i denne periode fulgte kun tvedelingen mellem koalition og opposition i to tilfælde.[93] Ved alle andre love var der delvis konsensus mellem regeringskoalitionen og nogle af oppositionspartierne.[94] I begyndelsen af maj begyndte parlamentets aktiviteter, så som beslutningsforslag og mindre spørgsmål, i stigende grad at vedrøre langsigtede aspekter, samt de samfundsmæssige og økologiske virkninger af krisen.

Generelt blev lovforslag, som det normalt er tilfældet, forberedt af forbundsregeringen i et særligt nært samarbejde med de to koalitionspartier i *Bundestag,* som udgør regeringens

91 DIE ZEIT online, 23.4.2020.

92 I mindst et tilfælde endnu længere. Den 17. september 2020 godkendte venstrefløjspartiet Bündnis 90/Die Grünen et lovforslag fra CDU/CSU og SPD om at ændre covid-19-konkurs-suspenderingsloven (Drs. 19/22593), mens AfD og FDP stemte imod.

93 Den "Anden lov til beskyttelse af befolkningen i en epidemisk situation af national betydning" og "Lov om afhjælpning af konsekvenserne af covid-19-pandemien ved større begivenheder".

94 "Lov om afhjælpning af konsekvenserne af covid-19-pandemien vedrørende konkurrencelovgivningen og for selvstyrende organisationer i den kommercielle sektor" blev vedtaget enstemmigt, og det samme blev "Lov om forældreydelser i kølvandet på covid-19-pandemien" (hvor FDP undlod at stemme) samt "Lov om støtte til videnskab og studerende" (hvor AfD og die Linke undlod at stemme). Alle oppositionspartier undlod at stemme om "Social beskyttelsespakke II". "Planlægningsgarantiloven" modtog støtte fra FDP (Bündnis 90/Die Grünen undlod at stemme; AfD og die Linke stemte imod). FDP godkendte også "Corona-skattebistandsloven" (afvist af AfD; die Linke og Bündnis 90/Die Grünen undlod at stemme).

grundlag, CDU-CSU[95] (246 medlemmer) og SPD[96] (152 medlemmer). Den 22. april besluttede koalitionsudvalget (*Koalitionsausschuss*)[97] mellem CDU-CSU og SPD således de konkrete foranstaltninger, der skulle afhjælpe de sociale og økonomiske konsekvenser af inddæmningen af pandemien. Imidlertid blev nøglelovgivningen om »en nationalt bekymrende epideminødsituation« også forhandlet med tre af de fire oppositionspartier i parlamentet (FDP, Grüne, Linke) for at sikre en bred støtte på tværs af partierne om denne problemstilling og sikre lovgivningens legitimitet. En enkelt dag før det afgørende møde i *Bundestag* talte forbundsregeringens sundhedsminister på anmodning fra kansleren således med lederne af disse tre partier[98], som tilsyneladende fik et samtykke ud af ham, gående ud på at *Bundestag*, ikke forbundsregeringen, ville have kompetencen til at erklære og ophæve »en nationalt bekymrende epideminødsituation« (se ovenfor). Kompromiset var en forudsætning for, at oppositionen ville støtte eller i det mindste ikke stemme imod loven. Som et resultat heraf var den meget kritiserede »bemyndigelse af sig selv« fra forbundsregeringens side i en tid med en epidemi-»nødregel« taget af bordet.

Rollen for delstaternes parlamenter

De grundlæggende bestanddele af den nationale inddæmningsstrategi blev forhandlet og aftalt mellem forbundsregeringen og delstatsregeringerne, hvorved delstatsparlamenterne blev temmelig marginaliserede, idet de formelt ikke er nødvendige for nødaktiviteter under en pandemi. Denne situation blev i første omgang accepteret med stort flertal af delstaternes parlamenter, især under nedlukningen i marts/april 2020.

I løbet af krisen søgte de i stigende grad og med et vist held at udvide deres rolle i flere henseender. For det første blev især oppositionspartierne mere kritiske over for, at delstatsregeringerne vedtog covid-19 bestemmelser uden at involvere parlamenterne. For det andet begyndte den tyske forfatningsdomstol (*Bundesverfassungsgericht*) og nogle forfatningsdomstole i delstaterne i stigende grad at ophæve inddæmningsdekreter fra myndighederne fra april og fremefter og erklærede nogle af dem forfatningsstridige. Dette satte delstatsparlamenterne under pres for selv at agere. Da den ensartede håndtering af pandemibeslutningstagningen blev opgivet i maj/juni og koordinationen mellem forbundsregering og delstatsregeringer ophørte, skete der desuden det, at delstaternes valgmuligheder for individuelt at fastlægge deres egen covid-19-strategi blev forøget, hvilket fik nogle delstatsparlamenter til at trappe deres egen rolle i overvejelserne om krisehåndteringen op.

95 CSU er del af den bayerske delstatsregering; CDU er nu med i regeringen i ti delstater.

96 SPD er nu involveret i elleve delstaters regering.

97 Koalitionsudvalget har siden 1961 været et uformelt organ for den tyske forbundsregeringskoalition, og udvalget består af partipolitiske ledere og andre ledere fra det føderale niveau og i nogle tilfælde delstatsniveauet. I princippet har koalitionsudvalget til opgave at koordinere samarbejdet mellem koalitionspartierne i forbundsregeringen, i Bundestag og om muligt i Bundesrat. Det nuværende koalitionsudvalg har følgende medlemmer: Forbundskansler Merkel (CDU) og vicekansler Scholz (SPD), partilederne Kramp-Karrenbauer (CDU), Esken/Walter-Borjans (SPD), Söder (CSU) samt lederne af parlamentsgrupperne, dvs. Brinkhaus (CDU/CSU), Mützenich (SPD) og Dobrint (CSU regional gruppe). Se CDU 202): Resultat fra koalitionsudvalget, 22.4.2020.

98 FDP (80 medlemmer) og die Linke (69 medlemmer) var tættere involveret i det lovgivningsmæssige forberedelsesarbejde fra forbundsregeringen end højrefløjspartiet AfD (det største oppositionsparti i Bundestag med 89 medlemmer, men politisk isoleret).

Indtil nu har delstatsparlamenterne kun vedtaget få love under pandemien. Mange delstatsparlamenter har dog vedtaget tillægsbudgetter for 2020, f.eks. Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern og Sachsen. De respektive delstatsregeringer er ofte blevet givet bemyndigelse til at optage kreditter af parlamenterne: i Baden-Württemberg (€ 5 mia.), Nordrhein-Westfalen (€ 25 mia.) og Sachsen (€ 6 mia.)[99]. Bemærkelsesværdigt var det, at to tyske delstatsparlamenter erklærede en undtagelsestilstand (*Katastrophenfall*). Juridisk kan dette gøres af myndighederne (delstater eller lokale) uden at involvere parlamenterne. Imidlertid blev det i Bayern og Baden-Württemberg besluttet at tildele delstatsparlamenterne denne beføjelse[100] for at sikre bred, politisk legitimitet til denne exceptionelle juridiske status, som giver regeringer yderligere bemyndigelse til indgreb og til egne vurderinger. Et andet særligt tilfælde var, at parlamenterne i Bayern og Nordrhein-Westfalen vedtog deres egne delstatslove om forebyggelse af infektioner, hvilket udvidede delstatsregeringens muligheder for handling i tilfælde af en katastrofe; handling, som kunne gå ud over den føderale IfSG-lov. Den 16. marts havde den bayerske delstatsregering erklæret Bayern i katastrofetilstand. Desuden vedtog den bayerske Landdag den 25. marts en bayersk infektionsbeskyttelseslov *(BayIfSG).* Denne bestemmer, at delstatsregeringen kan erklære en »sundhedsnødtilstand« i løbet af pandemien og definerer visse betingelser for dette. Under coronakrisen udvider loven handlingsmulighederne for delstatens agenturer og giver Bayerns myndigheder omfattende beføjelser, som går ud over den føderale IfSG-lov.

Debatten om de udøvende myndigheders dominans i kampen mod pandemien vokser også i delstatsparlamenterne. Den grundlæggende holdning, som indtages af oppositionen og regeringspartierne i delstaterne, kan bedst beskrives ved at bruge det bayerske delstatsparlament som eksempel. Partierne FDP og SPD fremlagde den 28. maj 2020[101] og den 8. juni 2020[102] to udkast til en »Infektionsbeskyt-

99 Se Gesetz zur Feststellung einer Naturkatastrophe, der Höhe der Ausnahmekomponente und zur Festlegung eines Tilgungsplans nach § 18 Absatz 6 der Landeshaushaltsordnung für Baden-Württemberg vom 19.3.2020, Gesetzblatt für Baden-Württemberg, Nr. 6/2020, S. 125, Gesetz über die Feststellung eines Nachtrags zum Haushaltsplan des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2020 (Nachtragshaushaltsgesetz 2020 – NHHG 2020) vom 24. März 2020, Gesetz- und Verordnungsblatt (GV. NRW.), Nr. 8/2020, S. 185 bis 196.Sächsisches Coronabewältigungsfondsgesetz vom 9. April 2020 (SächsGVBl. Nr. 9/2020, S. 166).

100 Baden-Württembergs delstatsparlament fastslog den 19. marts 2020, at corona-pandemien er en naturkatastrofe inden for den betydning, der ligger i lovgivningen om delstatsbudgettet. Dette bemyndiger delstaten til at optage lån på til 5 mia. euro til tilbagebetaling inden for 10 år. Den 16. marts 2020 fastslog Bayerns delstatsparlament, at der var tale om en katastrofe i overensstemmelse med Bayerns katastrofebeskyttelseslov (BayKSG), som blev ophævet den 16. juni 2020. I en katastrofesituation arbejder alle myndigheder, agenturer og organisationer, som er involveret, sammen under ledelse af katastrofeberedskabsmyndigheden.

101 Lovudkastet fastlægger, at den bayerske delstatsregering i de næste tolv måneder skal forelægge alle udkast til dekreter med begrænsende virkning for borgerne for parlamentet til godkendelse. Som regel bør dette gøres før offentliggørelsen. Hvis dette ikke er muligt skal bestemmelsen drøftes i delstatsparlamentet inden for syv dage efter, at den trådte i kraft. I modsat fald træder den automatisk ud af kraft. En debat om de dekreter, der udstedes af delstatsregeringen, skaber ifølge oppositionen "ikke kun bedre legitimitet og gennemsigtighed, men sikrer også kvalitativt bedre lovgivning". Se Gesetzentwurf zur Beteiligung des Bayerischen Landtags beim Erlass von Rechtsverordnungen nach § 32 Infektionsschutzgesetz (Bayerisches Infektionsschutz-Parlamentsbeteiligungsgesetz, BayIfSPBG) Drs. 18/7973.

102 Gesetzentwurf zur Verbesserung der Ausübung der Befugnis des Freistaates Bayern von Gesetzen im Sinn des Art. 80 Abs. 4 Grundgesetz und zur Sicherstellung des Grundrechtsschutzes bei bayerischen Rechtsverordnungen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nach § 32 Satz 1 Infektionsschutzgesetz (Bayerisches Infektionsschutzmaßnahmen-Parlamentsbeteiligungsverbesserungsgesetz, BayIfSMPBVerbessG).

telseslov med parlamentets deltagelse« for det bayerske delstatsparlament for at øge parlamentets involvering i vedtagelse af delstatsdekreter i henhold til IfSG-loven. Parlamentet er stadig (oktober 2020) i gang med at debattere udkastet. I mellemtiden har man i nogle tyske delstater startet en ex-post evaluering af delstatsregeringernes covid-19-krisehåndtering. Parlamentet i Rheinland-Pfalz var det første til at oprette et særskilt undersøgelsesudvalg (*Enquete Kommission*) i maj 2020 for at undersøge de forebyggende foranstaltninger og de kontrolforanstaltninger mod spredning af coronavirus, som var vedtaget i Rheinland-Pfalz, og for at arbejde videre med konsekvenserne for de yderligere politiske tiltag mod pandemien.[103] Udvalget begyndte sit arbejde den 3. juli og planen er, at det skal forelægge sine resultater for parlamentet og komme med anbefalinger i december 2020. Også i Brandenburg har parlamentet på anmodning fra AfD-medlemmerne etableret et undersøgelsesudvalg (*Untersuchungsausschuss*) den 23. september for at undersøge delstatsregeringens krisepolitik under covid-19-pandemien (Landtag Brandenburg 2020).

103 Forslaget blev vedtaget med stemmerne fra de regerende partier SPD, FDP og BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN og det største oppositionsparti, CDU. AfD stemte imod.

Bilag 6

Tidslinje over udviklingen og håndteringen af covid-19[1]

1 Tidslinjen medtager oplysninger om udvalgte, centrale offentligt tilgængelige beslutninger og begivenheder med relation til covid-19 i første halvår af 2020.

Verden	Danmark
30. december 2019 ProMEDmail, som er et internetbaseret overvågningsprogram for smitsomme sygdomme, rapporterer om tilfælde af lungebetændelse af ukendt oprindelse (ætiologi) i Wuhan, Kina.	
31. december 2019 WHO's landekontor i Kina orienteres om udbrud af, hvad der forventes at være lungebetændelse, i Wuhan. 27 tilfælde af en ukendt lungebetændelse er registreret i Wuhan, meddeler det kinesiske medie People's Daily.	
4. januar 2020 WHO meddeler i et tweet, at der er konstateret udbrud af lungebetændelse i provinshovedstaden Wuhan i Hubeiprovinsen i Kina.	
	8. januar Statens Serum Institut udsender en pressemeddelelse, hvor der orienteres om, at WHO har oplyst om et muligt udbrud af lungebetændelse med ukendt årsag i Kina. Udbruddet har relation til et fiskemarked i byen Wuhan.
9. januar WHO meddeler, at udbruddet ifølge kinesiske myndigheder er forårsaget af en nyt coronavirus.	
11. januar Kina registrerer det første dødsfald som følge af covid-19 i Wuhan. **11. januar** WHO tweeter, at organisationen har modtaget den genetiske identifikation på den nye coronavirus fra de kinesiske myndigheder.	
	15. januar Sundhedsstyrelsen udsender information og retningslinjer om covid-19 til dansk sundhedspersonale.
17. januar Første møde i EU's komité for sikkerhed og sundhed (HSC) om udbrud af covid-19 i Wuhan. Medlemslande bedes informere om bl.a. antallet af hospitalspladser.	
22. januar Andet møde i HSC. Medlemslande bedes indberette antal af respiratorer og værnemidler. **22. januar** Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) udgiver en risikovurdering, hvor de vurderer, at der er lav risiko for, at sygdommen vil sprede sig til EU/EØS. I WHO er der uenighed om, hvorvidt covid-19 kan karakteriseres som en international sundhedskrise.	**22. januar** Sundhedsstyrelsen vurderer i en pressemeddelelse, at »der er meget lille sandsynlighed for, at sygdommen kommer til Danmark«.
23. januar Wuhan i Kina lukkes ned.	**23. januar** Sundhedsstyrelsen offentliggør retningslinjer for sundhedsvæsnets håndtering af patienter, der mistænkes at være smittet med covid-19, og til borgere, der skal ud at rejse.

Verden	Danmark
24. januar Frankrig registrerer første tilfælde af covid-19 i Europa.	
27. januar Tredje møde i HSC. EU-medlemslandene melder, at deres beredskabsniveau er højt, men de giver udtryk for, at der ikke er brug for at oparbejde et større fælles lager af værnemidler.	
28. januar Tyskland registrerer første tilfælde af covid-19 i landet. De tyske sundhedsmyndigheder vurderer, at virussen næppe vil sprede sig. **28. januar** Det kroatiske EU-formandskab beslutter at aktivere EU's Integrerede Mekanisme for Politisk Kriserespons (IPCR), og Frankrig aktiverer EU's civile beskyttelsesmekanisme (UCPM) for at hjælpe med at hjemtage strandede EU-borgere i Wuhan.	**28. januar** Sundhedsstyrelsen vurderer fortsat, at »der er lille sandsynlighed for, at sygdommen kommer til Danmark«, og anbefaler ikke, at der indføres screening for sygdom ved indrejse til Danmark. Kommer en person til Danmark med klare symptomer, vil han/hun blive testet og komme i behandling om nødvendigt.
	29. januar Udenrigsministeriet tilbyder danskere i Hubeiprovinsen i Kina hjemrejse.
30. januar WHO erklærer virusudbruddet for en »international nødsituation«. På dette tidspunkt er der ifølge WHO globalt registreret 7.834 smittede, heraf 7.736 i Kina. 170 har mistet livet som følge af udbruddet – alle i Kina. **30. januar** Storbritannien hæver risikoniveauet fra »lavt« til »moderat«.	**30. januar** Sundhedsstyrelsen udmelder, at »faren for at en smittet person kommer til Danmark er lav. Men skulle det alligevel ske, er sundhedsvæsenet informeret om sygdommen, og hvorledes den skal håndteres«.
31. januar Storbritannien registrerer første tilfælde af covid-19. Italien registrerer det første tilfælde af covid-19 i landet og lukker ned for flytrafik fra Kina. **31. januar** WHO's generaldirektør opfordrer til ikke at lukke grænserne for rejsende fra Kina. ECDC opfordrer lande til at sikre tidlig påvisning af smittetilfælde og passende foranstaltninger. **31. januar** Fjerde møde i HSC. Europa-Kommissionen afsætter 10 mio. euro til vaccine, fremlægger plan for laboratorienetværk og giver status på kontakt til medlemslandene. Intet land efterspørger hjælp til flere værnemidler, og kun fire lande melder om et »potentielt behov« for personligt beskyttelsesudstyr.	
4. februar Femte møde i HSC. Europa-Kommissionen minder om procedurer for udveksling af medicinsk udstyr og er klar til at støtte lande med et fælles udbud om nødvendigt. Kommissionen beder ECDC om en ny vurdering af behovet for personlige værnemidler.	**4. februar** Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen skærper beredskabet for at forebygge smitte med covid-19 i Danmark på baggrund af anbefalinger fra ECDC. Det centrale i strategien for at forhindre smittespredning er, at smittede personer hurtigt opdages og isoleres, og opsporing af personer, de smittede kan have været i kontakt med.

Verden	Danmark
	5. februar 14 danskere evakueres fra Hubeiprovinsen. Rejsen er arrangeret af Udenrigsministeriet i samarbejde med Storbritannien, Frankrig og Kina med finansiel støtte fra EU. Alle er testet negativ for covid-19.
	7. februar Udenrigsministeriet opdaterer samtlige 77 rejsevejledninger på baggrund af udbruddet af covid-19. Sundhedsstyrelsen udsender informationsmateriale til alle danske lufthavne med internationale flyvninger om covid-19.
10. februar 1.018 personer er registreret døde af covid-19 på globalt plan.	**10. februar** Yderligere syv danskere vender hjem fra Hubeiprovinsen. Uge 7 begynder, hvor mange danskere tager på skiferie.
11. februar Coronavirussen bliver officielt navngivet Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Sygdommen forårsaget af virus bliver navngivet covid-19.	
13. februar Møde blandt EU's sundhedsministre, der vedtager fælles konklusioner om covid-19 og beder Europa-Kommissionen om hjælp til koordinering på en lang række områder.	
21. februar Italien registrerer første covid-19-relaterede dødsfald.	
	22. februar Danmark bidrager med 8 mio. kr. til WHO's krisefond til globalt beredskab.
24. februar Niende møde i HSC. Medlemsstaterne opdateres om situationen i Italien. ECDC vurderer, at risikoen for, at andre lande kan opleve samme tilstande som i Italien, er »moderat« til »høj«. Kommissionen beder medlemsstaterne om at afklare behov for værnemidler, så de kan indgå i et fælles udbud. **24. februar** EU afsætter 114 mio. euro til WHO som del af en samlet pulje på 232 mio. euro til globale indsatser.	**24. februar** Sundhedsstyrelsen meddeler, at det danske beredskab løbende tilpasses, og at sandsynligheden for tilfælde i Danmark stiger i takt med flere smittetilfælde i lande uden for Kina.
	25. februar Sundhedsstyrelsen ændrer risikovurderingen for lokal smittespredning fra »lav« til »moderat«, mens risikoen for udbredt smitte i det danske samfund fortsat vurderes som lav. Nye retningslinjer for håndteringen af covid-19 udsendes. Sundhedsstyrelsen meddeler samtidig, at strategien for Danmark fortsat er opsporing, testning og inddæmning af virussen.
	27. februar Den første dansker testes positiv for covid-19, og Sundhedsstyrelsens informationsindsats omkring covid-19 øges.

Verden	Danmark
28. februar Italien aktiverer den civile beskyttelsesmekanisme og anmoder om hjælp til værnemidler, men flere uger efter har ingen EU-lande svaret. Tyskland centraliserer indkøb af værnemidler og udvider testkapaciteten. WHO vurderer, at risikoen for global spredning af virussen er steget til »meget høj«.	**28. februar** Sundhedsstyrelsen holder den første pressebriefing om status på covid-19 i Danmark: »Vi må forvente, at vi vil se flere tilfælde i Danmark de kommende dage og uger«. **28. februar** Sundheds- og ældreministeren beslutter på baggrund af indstilling fra Sundhedsstyrelsen, at de foranstaltninger, der kan iværksættes mod alment farlige sygdomme, jf. epidemilovens §§ 5-9, også kan iværksættes mod covid-19 i de situationer, hvor det er Sundhedsstyrelsens indstilling.
29. februar Storbritanniens nationale sundhedssystem, NHS, advarer om mangel på værnemidler.	
2. marts Tysklands sundhedsmyndigheder øger risikoniveauet for covid-19 til »moderat«.	
3. marts Frankrig og Tyskland indfører midlertidigt forbud mod eksport af værnemidler.	**3. marts** Sundhedsstyrelsen anbefaler, at alle danskere, der har været i højrisikoområder, f.eks. Norditalien, Iran og Kina, skal i karantæne i 2 uger.
6. marts EU's sundhedsministre afholder et ekstraordinært møde for at drøfte covid-19-udbruddet.	**6. marts** Statsministeren holder sit første covid-19-pressemøde og opfordrer til at udskyde eller aflyse alle arrangementer med flere end 1.000 deltagere. Det anbefales at undgå at give hånd og kram. Udenrigsministeriet ændrer rejsevejledninger, så alle »grønne« områder ændres til »gule«. Antallet af bekræftede smittede i Danmark er 21.
9. marts I Italien lukkes skoler, universiteter, kulturliv m.v.	

Verden	Danmark
10. marts Første videotopmøde blandt EU's statsledere. Her drøfter man, hvordan medlemslandene skal koordinere EU's indsats mod covid-19-udbruddet. Formanden for Det Europæiske Råd (DER), Charles Michel, fremlægger fire prioriteter: begrænse spredningen, sikre forsyningen af medicinsk udstyr, fremme forskning og håndtere de socioøkonomiske konsekvenser.	**10. marts** Statsministeren holder sit andet covid-19-pressemøde. Det meddeles, at der vil blive behov for at hastebehandle en række lovforslag for at sikre, at myndighederne får de nødvendige beføjelser. Sundheds- og ældreministeren præsenterer to grafer, som sidenhen er blevet kendt som »den røde og grønne kurve«. Der opfordres til at undgå offentlig transport i myldretiden. Det annonceres, at der vil blive introduceret en række hjælpepakker til støtte af dansk erhvervsliv. Udenrigsministeriet fraråder at rejse til regioner i Norditalien, Iran, Kina, Sydkorea og Østrig. Flytrafikken fra disse områder til Danmark indstilles. **10. marts** Finansminister Nicolai Wammen, erhvervsminister Simon Kollerup og beskæftigelsesminister Peter Hummelgaard introducerer hjælpepakken ved et pressemøde. Man kan søge om kompensation for aflyste arrangementer med flere end 1.000 deltagere og virksomheder får lov til at udskyde betaling af moms, arbejdsmarkedsbidrag og indkomstskat. Der oprettes en coronaenhed, der sammen med erhvervslivet skal drøfte tiltag.
11. marts Den tyske forbundskansler, Angela Merkel, udtaler, at op mod 70 pct. af alle tyskere kan forventes at blive smittet. WHO slår fast, at verden er ramt af en pandemi. Østrig lukker grænsen til Italien. USA's præsident, Donald Trump, meddeler, at der udstedes indrejseforbud for personer, der har opholdt sig i Schengenområdet fra den 14. marts (Storbritannien og Irland undtages).	**11. marts** Tredje covid-19-pressemøde med statsministeren: Danmark lukkes ned i foreløbig 2 uger. Alle offentligt ansatte, der varetager ikkekritiske funktioner, sendes hjem. Alle skoler og daginstitutioner lukkes, og der opfordres til, at man begrænser brugen af kollektiv trafik og besøg på plejehjem og hospitaler. Det anbefales at undgå forsamlinger på mere end 100 personer. Der er registreret 514 smittede danskere.

Verden	Danmark
12. marts Kommissionsformand Ursula von der Leyen og formand for DER Charles Michel udsender en pressemeddelelse, hvor de tager afstand fra USA's indrejseforbud. Kommissionen godkender dansk støtteordning på 91 mio. kr., der skal kompensere arrangører for tab som følge af aflysning af større arrangementer.	**12. marts** Sundhedsstyrelsen skifter teststrategi: Kun de mest syge testes (fra inddæmningsstrategi til afbødningsstrategi). Folketinget vedtager hastelovgivning om ændringer i epidemiloven, som giver regeringen yderligere beføjelser til at bremse smittespredning, herunder en lang række beføjelser til sundheds- og ældreministeren til at træffe beslutning om bl.a. påbud om undersøgelse, indlæggelse, behandling og isolation, forsamlingsforbud, opholdsforbud, adgangsforbud m.v. **12. marts** Sundheds- og Ældreudvalget noterer i betænkningen over lovforslag nr. L 133, at ministeren vil etablere en følgegruppe bestående af samtlige sundhedsordførere, der løbende kan drøfte aktuelle spørgsmål i forhold til håndteringen af covid-19. **12. marts** Udvidelse af hjælpepakken introduceres: Større udlånsmuligheder for banker, to nye garantiordninger for virksomheder og refusion fra første dag, en medarbejder er syg af covid-19 eller er i karantæne. Ordningen med arbejdsfordeling bliver mere fleksibel.
13. marts Ellevte møde i HSC: ECDC opdaterer risikovurdering og HSC anbefaler, at der tidligt indføres regler om social afstand. Kommissionen vil lancere fælles udbud af respiratorer og vil nu også anvende den såkaldte rescEU-mekanisme til at oprette et EU-lager af f.eks. vacciner og værnemidler.	**13. marts** Fjerde covid-19-pressemøde med statsministeren. Det annonceres, at grænserne lukkes den efterfølgende dag kl. 12.00 – foreløbig til og med den 13. april 2020. Udenrigsministeriet fraråder alle ikkenødvendige rejser til hele verden og meddeler, at alle danskere i udlandet bør vende hjem.
14. marts Litauen lukker alle sine grænser. Schweiz lukker grænsen til Italien. Tjekkiet lukker grænserne til Østrig og Tyskland. Østrig lukker nu også grænserne til Schweiz og Liechtenstein.	**14. marts** Danmark lukker alle grænser midlertidigt som et af de første lande. Det betyder, at alle besøgende fra udlandet vil blive afvist ved grænsen – medmindre de har et anerkendelsesværdigt formål i Danmark. Det vil stadig være muligt at transportere fødevarer, medicin og andre vigtige forsyninger. Danske statsborgere kan altid komme ind i Danmark. Lukningen kritiseres af EU. Udviklingsminister Rasmus Prehn bevilger 10 mio. kr. til global forskningsfond, der arbejder med at udvikle vacciner mod bl.a. covid-19. **14. marts** Den første dansker med covid-19 dør. Sundhedsstyrelsen forventer, at omkring 10 pct. af befolkningen vil blive smittet i løbet af en første bølge over foråret 2020. Behandlinger og operationer, der kan vente, udskydes, så der kan frigøres personale, sengepladser og intensivkapacitet til at håndtere covid-19-patienter.

Verden	Danmark
	15. marts Femte covid-19-pressemøde med statsministeren: Regeringens tredje hjælpepakke, der er baseret på en trepartsaftale, sikrer milliardstøtte til større virksomheder, der er nødsaget til at sende medarbejdere hjem, således at der gives lønkompensation til funktionærer på 75 pct. af lønnen.
16. marts Norge og Portugal lukker alle sine grænser. Tyskland lukker grænsen til Danmark, Luxembourg, Schweiz og Østrig. **16. marts** WHO' generaldirektør opfordrer alle lande til at øge antallet af test, isolation og kontaktopsporing. »Test, test, test«, lyder budskabet. **16. marts** Europa-Kommissionen udgiver en række retningslinjer for grænseforanstaltninger, der skal beskytte sundheden og sikre adgang til varer og vigtige tjenesteydelser. **16. marts** Kommissionsformand von der Leyen fastslår på et pressemøde, at EU vil gøre alt, hvad der er nødvendigt for at understøtte europæerne og den europæiske økonomi. Hun beklager samtidig, at enkelte medlemslande tager unilaterale skridt.	**16. marts** Det udmeldes, at hjælpepakken indeholder udskydelse af momsbetalingen for små og mellemstore virksomheder og udskydelse af fristen for betaling af B-skat. **16. marts** Udenrigsministeriet opretter taskforce til evakuering af 1.100 danskere i Marokko.
17. marts Stats- og regeringscheferne beslutter på et videotopmøde at lukke EU's ydre grænser i første omgang i 30 dage for ikkenødvendige rejser til EU for ikke-EU-borgere. Frankrig indfører udgangsforbud. Storbritannien lukker sine skoler. Tysklands sundhedsmyndigheder øger risikoniveauet for covid-19 til »højt«.	**17. marts** Sjette covid-19-pressemøde med statsministeren: Regeringen beslutter, at det fra den 18. marts er forbudt at forsamles mere end ti personer. Storcentre, frisører, restauranter og andre erhverv med tæt kontakt pålægges at lukke ned. Der indkøbes en større testkapacitet, og man opruster og gearer sundhedsvæsenet til en situation med mange smittede. Der er ca. 1.000 respiratorer, som ville kunne frigøres til at håndtere covid-19. **17. marts** HM Dronning Margrethe taler til den danske befolkning om covid-19.
	18. marts Styrelsen for Patientsikkerhed udsteder forbud mod besøg på plejehjem og sygehuse.
20. marts Kommissionen foreslår at aktivere den generelle undtagelsesklausul i vækst- og stabilitetspagten som reaktion på pandemien.	
21. marts Kommissionen godkender en dansk garantiordning på 1 mia. kr. for små og mellemstore virksomheder.	**21. marts** Udviklingsministeren bevilger 100 mio. kr. til ny akutpakke, der skal hjælpe udviklingslandene med at bekæmpe covid-19.
23. marts Storbritannien lukker ned.	**23. marts** Syvende covid-19-pressemøde med statsministeren: Alle tiltag forlænges til den 13. april. Sundheds- og ældreministeren fastslår, at der er behov for en mere offensiv teststrategi.

Verden	Danmark
	26. marts Regeringen indgår aftaler med KL og Danske Regioner om tiltag, som skal understøtte økonomien.
30. marts Trettende møde i HSC. ECDC fastslår, at sundhedsvæsenets kapacitet ikke kan følge med. Der er mangel på testudstyr og personlige værnemidler. Europa-Kommissionen godkender en dansk likviditetsgarantiordning på 1 mia. kr. for små og mellemstore virksomheder med visse eksportaktiviteter.	**30. marts** Ottende covid-19-pressemøde med statsministeren: Danmark genåbner langsomt efter påske, hvis den positive udvikling fortsætter. Parallelt med den gradvise genåbning vil regeringen indføre et nyt testspor, som i første omgang vil muliggøre test af ca. 5.000 mennesker dagligt.
31. marts Ungarns premierminister Viktor Orbáns bemyndigelseslov/nødretslov træder i kraft, hvorefter Orbán kan regere pr. dekret.	**31. marts** Folketinget vedtager yderligere ændringer og justeringer af epidemiloven, som giver regeringen mulighed for at forbyde forsamlinger på mere end to personer og mulighed for at regulere adgangen til offentlige institutioner m.v. Det medfører bl.a. en række øgede beføjelser til, at sundheds- og ældreministeren kan begrænse retten til at tage ophold bestemte steder.
	1. april Sundhedsstyrelsen reviderer retningslinjerne til sundhedsvæsenet, så personer med milde symptomer nu også kan testes efter henvisning fra egen læge. **1. april** Der opnås bred politisk enighed om hjælpepakke til Afrika og nærområder for at bekæmpe covid-19 m.v.
	2. april Folketinget vedtager hastelov om covid-19-relateret kriminalitet, så straffen for f.eks. at stjæle håndsprit skærpes.
3. april Fjortende møde i HSC. Medlemslande efterspørger bl.a. ansigtsmasker. Europa-Kommissionen introducerer retningslinjer for apps og eHealth Network. Flere lande arbejder på »contact tracing«-apps gennem HSC.	
	6. april Niende covid-19-pressemøde med statsministeren: Planen for, hvordan Danmark skal åbne igen, præsenteres. Vuggestuer, børnehaver og 0.-5. klasse åbner igen fra den 15. april. Forbud mod store forsamlinger gælder til og med august, hvorfor alle festivaler m.v. aflyses. Sundheds- og ældreministeren forlænger forbuddet mod forsamlinger på over ti personer til den 18. april.
	9. april Det kommer frem, at de respiratorer, som Danmark vil sende til Italien, ikke kan bruges til covid-19-patienter.

Verden	Danmark
14. april USA's præsident, Donald Trump, meddeler på et pressemøde, at USA's økonomiske bidrag til WHO stopper, mens organisationens rolle i forbindelse med håndteringen af pandemien bliver nærmere undersøgt. USA er WHO's største bidragsyder.	**14. april** Tiende covid-19-pressemøde med statsministeren: Tallene for indlæggelser og indlagte på intensiv af personer med covid-19 er faldet, og der er 380 indlagte. Statsministeren annoncerer, at man vil påbegynde fase et af en kontrolleret genåbning af Danmark, og at fase et kan gøres en smule mere omfattende end forventet.
	17. april Regeringen og Folketingets partier bliver enige om at udvide den første genåbningsfase af Danmark til bl.a. at omfatte de liberale erhverv og domstolene. Frisører og tandlæger m.v. får derfor lov til at genåbne den 20. april under iagttagelse af en række forholdsregler. Sundheds- og ældreministeren forlænger forbuddet mod forsamlinger på over ti personer til den 10. maj.
	18. april Regeringen og Folketinget justerer og udvider hjælpepakker til dansk økonomi. Aktiviteten i sundhedsvæsenet øges, så patienter og borgere igen kan modtage behandling for andet end det allermest kritiske.
	21. april Ny teststrategi: Alle, der har symptomer på covid-19, skal fremover testes for smitte. **21. april** Regeringen forbyder forsamlinger på mere end 500 personer frem til den 1. september.
23. april Stats- og regeringscheferne holder deres fjerde covid-19-videotopmøde. De godkender finansministrenes genopretningspakke på 540 mia. euro og giver Europa-Kommissionen til opgave at udarbejde et forslag til en genopretningsfond og et nyt udkast til EU's budget, MFF.	**23. april** Statsminister Mette Frederiksen meddeler efter EU-topmødet, at hun vil stå i spidsen for, at de europæiske lande bliver mere selvforsynende med hensyn til værnemidler.
	25. april Politiet indfører opholdsforbud ved et butikscenter på Rømø og senere på Islands Brygge.
27. april Italien ansøger som det første land om støtte fra EU's Solidaritetsfond til sundhedsmæssige krisesituationer.	**27. april** Domstolene begynder gradvis genåbning som følge af regeringens henstilling og baseret på sundhedsmyndighedernes tilbagemelding.
29. april Italien takker nej til Danmarks tilbud om respiratorer og felthospital.	
	4. maj Danmark tilbyder 13 nye respiratorer til Italien, som kan bruges til covid-19-patienter.

Verden	Danmark
	7. maj Ellevte covid-19-pressemøde med statsministeren: Det handler primært om fase to af genåbningen. Professionel idræt uden tilskuere kan genåbne med det samme, mens bl.a. detailhandelen må genåbne den 11. maj og bl.a. restaurations- og cafébranchen må genåbne den 18. maj. Skolerne må genåbne de ældste klassetrin (6.-10. klasse) den 18. maj. **7. maj** En alliance uden om regeringen bestående af Venstre, Dansk Folkeparti, Radikale Venstre, Det Konservative Folkeparti, Nye Borgerlige, Liberal Alliance og Alternativet går sammen om et såkaldt åbenhedsmanifest. De kræver »fuld åbenhed om alle data og alle beslutninger, der træffes i coronakrisen«.
8. maj Europa-Kommissionen opfordrer medlemslandene til at forlænge restriktionerne for ikkenødvendige rejser til EU til den 15. juni.	
	9. maj Udenrigsministeriet forlænger sin globale rejsevejledning og fraråder dermed alle ikkenødvendige rejser til hele verden indtil den 31. maj.
	10. maj Sundhedsstyrelsen ændrer retningslinjer til 1 meters afstand i det offentlige rum (før 2 meter).
11. maj Frankrig genåbner gradvis og ophæver udgangsforbuddet. Det er obligatorisk at bære mundbind, og man må højst befinde sig 100 km fra eget hjem.	**11. maj** Forbuddet mod forsamlinger på flere end ti personer forlænges til den 8. juni.
	12. maj Tolvte covid-19-pressemøde med statsministeren: Regeringen opretter en ny styrelse, der skal styrke indsatsen mod covid-19 og fremtidige epidemier med bedre forsyning af værnemidler og øget testkapacitet. **12. maj** Sundhedsstyrelsen præsenterer ny teststrategi: Formålet er at anlægge en mere offensiv tilgang med meget bredere testning af både symptomatiske og asymptomatiske personer. Myndighederne vil fremover opspore alle, som har været i kontakt med en covid-19-smittet, hvorefter de testes og isoleres.
13. maj Charles Michel opfordrer EU-medlemslandene til at åbne grænserne så hurtigt som muligt. Tyskland melder sig klar til at åbne grænsen mellem Tyskland og Danmark.	
14. maj Italien takker ja til Danmarks tilbud om 13 nye respiratorer til covid-19-patienter.	

Verden	Danmark
	15. maj For første gang i 2 måneder er der ingen nye dødsfald registreret det seneste døgn som følge af covid-19.
17. maj En koalition af 62 lande støtter Australien og EU's opfordring til at indlede en uafhængig undersøgelse af udbruddet af covid-19 og det internationale modsvar ved et møde i World Health Assembly (WHA) i Genève.	
18. maj Yderligere 54 afrikanske lande tilslutter sig Australiens initiativ, således at mere end 110 lande nu støtter en uafhængig undersøgelse.	**18. maj** Restaurations- og caféliv, folkekirken og trossamfund samt ind- og udlån på bibliotekerne genåbner. 6.-10.-klasserne, klubtilbud, stu, eud, fgu og efterskolerne genåbner.
19. maj WHA vedtager en resolution, som anmoder WHO om at iværksætte en upartisk, omfattende evaluering af WHO og det internationale samfunds håndtering af covid-19.	
	20. maj Aftale om yderligere genåbning i fase to falder på plads. Museer, teatre, biografer, zoologiske haver m.m. kan åbnes straks.
27. maj Kommissionen fremlægger et udkast til en genopretningsfond på 750 mia. euro, som skal hjælpe med opretningen efter covid-19.	**27. maj** Gymnasier, foreningsliv, højskoler m.m. genåbner, og der er igen fysisk tilstedeværelse i den offentlige sektor (undtagen i Region Hovedstaden og Region Sjælland).
	29. maj Trettende pressemøde med statsministeren: Den 15. juni åbner Danmark grænsen for norske, islandske og tyske turister, der kan dokumentere seks overnatninger uden for København/Frederiksberg. Udenrigsministeriet fraråder rejser til resten af verden indtil den 31. august.
	8. juni Folketingets partier bliver enige om den videre etapeplan for en gradvis lempelse af forsamlingsforbuddet først fra 10 personer til 50 personer, og Justitsministeriet varsler endvidere, at forbuddet forventes yderligere udvidet pr. 8. juli (100 personer) og 8. august (200 personer).
	11. juni Begrænset lempelse af besøgsrestriktioner på plejehjem åbner mulighed for besøg på udendørsarealer.

Verden	Danmark
15. juni Stor grænseåbningsdag i Europa – mange grænser genåbner.	**15. juni** Den danske grænse åbner for tyske, norske og islandske turister, der enten har booket seks overnatninger i Danmark, ejer et sommerhus eller besøger kærester eller nær familie. Danskere i udlandet kan igen tage ægtefæller og børn med sig ind i Danmark.
	23. juni Beretning afgivet af Udvalget for Forretningsordenen om gennemførelsen af en udredning om håndteringen af covid-19.
	27. juni Udenrigsministeriet offentliggør nye rejsevejledninger for EU-lande, Storbritannien og Schengenlandene: Der åbnes for rejser til alle lande, hvor smittetrykket er under 20 pr. 100.000 indbyggere.
	29. juni Sundheds- og Ældreministeriet meddeler, at der fra torsdag den 2. juli som udgangspunkt frit kan aflægges besøg på både uden- og indendørs arealer på plejehjem, i plejeboliger og på aflastningspladser, sygehuse og klinikker.
	2. juli Besøgsrestriktioner på plejehjem ophæves.
9. juli WHO nedsætter uafhængigt panel, som skal vurdere WHO og det internationale samfunds håndtering af covid-19. Formænd for panelet er New Zealands tidligere premierminister Helen Clark og Liberias tidligere præsident Ellen Johnson Sirleaf.	

Bilag 7

Udskrift af statsministerens tale på pressemødet i Statsministeriet den 11. marts 2020[1]

»Velkommen til endnu et pressemøde her i Statsministeriet.

Det, jeg vil sige i aften, det kommer til at få store konsekvenser for alle danskere.

Der vil komme svære situationer nu for rigtig mange borgere, og der bliver brug for, at vi hjælper hinanden.

Før jeg når til det, så vil jeg indlede med den situation, vi kigger ind i, og baggrunden herfor.

Da vi stod her i går, var der 157 danskere, der var smittet med corona.

I dag har vi 514 danskere, der er smittede.

Antallet er mere end en tidobling siden mandag, hvor tallet var 35.

Coronavirus spreder sig ekstremt hurtigt.

Italien er lukket ned. På hospitaler mangler der respiratorer og personale.

Jeg vil gerne understrege: Det ikke er et skræmmebillede. Det er ikke et fantasifuldt udtænkt fremtidsscenarie. Det er virkeligheden i et land, som de fleste af os kender, og hvor mange har været på ferie – et land i Europa, i vores del af verden.

Vi har som myndigheder, borgere og som land lige nu én opgave, der er vigtigere end alle andre: Vi skal undgå, at for mange danskere bliver smittet på én gang. Som det er sket i Italien.

Det går allerede hurtigt herhjemme. Det går for hurtigt nu. Og derfor intensiverer myndighederne indsatsen for at afbøde og forsinke smitten i Danmark.

Jeg vil gerne igen understrege, at vi har en meget stor forpligtelse til især

1 Kilde: Udskrift af pressemøde i Statsministeriet den 11. marts 2020, Statsministeriets hjemmeside.

at hjælpe de svageste i vores samfund, dem der er mest sårbare over for sygdomme, mennesker med kronisk sygdom, kræftpatienter og ældre. Af hensyn til dem må smitten ikke sprede sig.

Hvis mange bliver smittet, så kan kapaciteten på landets intensivafdelingerne ikke følge med. Sundhedspersonalet kan heller ikke følge med. Ikke kun fordi, at sygehusene kan blive overbelastede af kritisk syge mennesker. Men også fordi en del af personalet selv kan blive smittet og blive sendt i karantæne.

Det er den situation, og det er de situationer, vi skal gøre, hvad vi kan for at undgå.

Vi har bevæget os nu videre mod den næste fase i epidemien, hvor smitten ikke kun kommer fra dem, der har været ude at rejse, men hvor vi også begynder at smitte hinanden her i Danmark.

Og derfor skal vi tage stærkere midler i brug for at hindre smittespredning.

Det kan kun lykkes, hvis alle gør det. Og alles adfærd – alles adfærd – bliver helt afgørende, og derfor må alle nu være klar over situationens alvor.

Den sundhedsfaglige smitteanalyse er, at der er én ting, der virker imod smitten. Og det er, at vi mennesker ikke omgås hinanden for meget. Vi skal stå sammen, og vi skal passe på hinanden. Men vi skal gøre det på en anden måde, end vi plejer.

Vi plejer som danskere at søge fællesskabet ved at være tæt med hinanden. Nu skal vi stå sammen ved at holde afstand til hinanden.
Og vi får brug for samfundssind. Vi får brug for hjælpsomhed. Jeg vil gerne sige tak til alle borgere, virksomheder, frivillige organisationer, arrangører – alle, der indtil nu har vist, at det er præcis det, vi har i Danmark – samfundssind. Og det får vi brug for i de kommende uger. Og det er vores klare overbevisning, at vi hellere skal handle i dag end at fortryde i morgen. Vi skal sætte ind, hvor det virker. Der, hvor smitten spredes mest, Og det er, hvor mennesker forsamler sig. Der, hvor mange mennesker er samlet – daginstitutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, aktivitetstilbud, arrangementer, kollektiv trafik.

Og derfor er det myndighedernes anbefaling, at vi lukker al unødvendig aktivitet ned på de områder i en periode. Vi anlægger med andre ord et forsigtighedsprincip. Og derfor tager myndighederne nu følgende skridt:

Elever og studerende på alle uddannelsesinstitutioner sendes hjem nu.

Og foreløbigt to uger fra fredag. Elever og studerende på alle uddannelsesinstitutioner.

Alle indendørs kulturinstitutioner, biblioteker, fritidstilbud med videre lukker nu. Og foreløbigt to uger fra fredag.

Alle private institutioner, frivillige foreninger, trossamfund opfordres kraftigt til at gøre det samme.

Alle offentligt ansatte, der ikke varetager kritiske funktioner, sendes hjem fra arbejde fra fredag og foreløbigt to uger frem.

Det vil ske på den måde, at offentlige arbejdsgivere opfordres kraftigt til at sende flest muligt medarbejdere hjem nu. Flere er allerede gået i gang.

Alle offentligt ansatte, der varetager en kritisk funktion, skal blive på arbejde. Andre skal hjem.

Dem, der bliver sendt hjem, skal selvfølgelig, så vidt det er muligt, arbejde hjemmefra. Men alle hjemsendte vil få løn i den offentlige sektor.

Dem, der ikke kan sendes hjem, er blandt andet, og jeg siger blandt andet, personale i sundhedssektoren, ældresektoren, politi, mennesker, der arbejder med socialt udsatte.

Og lige præcis jer har vi brug for mere end nogensinde i den kommende tid.

Alle private arbejdsgivere opfordres kraftigt til at sikre, at flest muligt af jeres medarbejdere også kan arbejde hjemmefra. At der afspadseres og afholdes ferie om muligt.

Vi skal minimere aktiviteten i samfundet mest muligt, men uden at sætte Danmark i stå. Og vi skal ikke kaste Danmark ud i en økonomisk krise. Så vi vælger ændringer i den offentlige sektor for at understøtte, at den private sektor kan fortsætte bedst muligt i længst mulig tid. Og alle vi andre skal selvfølgelig kunne købe varer i butikkerne. Der skal produceres, der skal transporteres, og der skal sælges. Og jeg vil gerne understrege: Vi står ikke i en fødevarekrise. Der er ingen grund til at hamstre hverken rugbrød eller toiletpapir. Heller ikke i morgen.

Der kommer mere!

Alle skoler og dagtilbud lukkes fra på mandag og to uger frem.

Og jeg vil opfordre alle forældre og familier, der allerede fra i morgen kan holde børnene hjemme, til at gøre det. Så vi får en gradvis indfasning.

Hvordan skal børnefamilierne klare det her? Først og fremmest skal vi hjælpe hinanden. Og jeg vil opfordre til, at familierne allerede nu at taler med hinanden om, hvordan man måske kan arbejde forskudt, indrette sig på mest fleksibel måde, naboer, venner, familie bliver nødt til at hjælpe hinanden og også hjælpe med at passe hinandens børn.

Skoler og institutioner vil blive holdt åbne til de forældre, der ikke kan finde en anden løsning. Og vil også blive åbent til børn af de forældre, der ikke kan finde en løsning, og som varetager en af de kritiske funktioner i vores samfund.

Hvis man ikke har andre muligheder, og vi lever jo i meget forskellige familiesituationer. Jeg tænker her også på nogen af vores enlige forsørgere, så møder man op med sit barn, og så finder vi en løsning på det ude på den enkelte skole og i den enkelte daginstitution. Det er ikke farligt at gå i skole, men der er en smitterisiko, når mange børn er samlet. Og der vil også komme ordninger for de forældre, som jeg sagde før, der bliver nødt til at møde ind på arbejde, fordi man varetager en af de kritiske funktioner.

Alt det her, kan jeg lige så godt sige nu, kommer ikke til at være på plads fra dag et. Og derfor appellerer jeg allerede nu også til tålmodighed. Det er store forandringer, vi kigger ind i.

Det næste, jeg vil fremhæve, det er, at vi skal begrænse anvendelsen af den kollektive trafik. Vi er i gang med, at udbyderne tager de nødvendige initiativer til at sikre, at passagererne ikke står for tæt. Det er begyndt at virke. Det har vi kunne se i i dag. Nu kommer der yderlige til. Der indføres pladsbilletkrav hos DSB på alle afgange på regional-, intercity- og lyntog.

Sygehuse og plejehjem opfordres til at begrænse besøgende med øjeblikkelig virkning. Og det er vigtigt, at alle pårørende respekterer det.

Myndighederne har på et tidligere tidspunkt opfordret til, at man ikke samles mere end 1.000 mennesker. Nu lyder opfordringen herfra til, at

man ikke samler flere end 100 mennesker indendørs. Og til at natklubber, diskoteker, værtshuse med videre holder lukket i en periode.

Vi har ikke hjemmel til at forbyde det, som lovgivningen er i dag. Men vi kommer til at bede Folketinget om at vedtage hastelovgivning allerede i morgen. Og fra starten af næste uge udstedes der derfor et egentligt forbud.

Alle de drastiske ting, jeg her har nævnt, betyder, at vi danskere kommer til at se mindre til hinanden i de kommende uger. I første omgang to uger. Derudover indskærper Udenrigsministeriet igen rejsevejledningerne. Der er allerede en række lande og områder, man ikke skal rejse til. Det er Norditalien, Iran samt en række specifikke områder i Kina, Sydkorea, Østrig. Nu bliver en række lande og regioner tilføjet listen. Derudover overvejer vi også i regeringen muligheden for at indføre yderligere restriktioner ved indrejse til Danmark. Det kan for eksempel være tvungen helbredsundersøgelse, før man kan komme ind i Danmark. Alt det her tilsammen kommer til at få kæmpe konsekvenser, kæmpe konsekvenser. Men vores vurdering er, at alternativet kan blive langt værre. Det håber jeg, der vil være forståelse for. Det føler jeg mig nu også overbevist om, at der vil være forståelse for.

Under normale omstændigheder, der vil en regering ikke fremlægge så indgribende meldinger og foranstaltninger, uden at have alle løsninger klar for de mange berørte danskere. Men vi står i en ekstraordinær situation. Og jeg vil sige fuldstændigt ærligt til jer alle sammen – det her kommer til at rejse mange spørgsmål, relevante spørgsmål. Og hverken jeg eller myndighederne kommer til at kunne svare på dem alle sammen, endnu.

Jeg vil også sige helt ærligt, at vi kommer ikke igennem det her som land, uden at det har omkostninger. Virksomheder kommer til at opleve tab. Der er er nogen, der vil komme til at miste deres arbejde, desværre. Regeringen vil fortsat gøre, hvad vi kan for at afbøde konsekvenserne både for virksomheder og lønmodtagere. Og vi er i dialog, tæt dialog, med arbejdsmarkedets parter om, hvordan vi gør det bedst.

Jeg vil derudover kraftigt opfordre alle sårbare borgere til at blive hjemme. Dem, som corona kan ramme særligt hårdt. Jeg ved godt, jeg har sagt det før, jeg siger det igen i aften: Alle, der er raske og ikke selv føler sig udsatte, vi har et kæmpe ansvar for de mest udsatte i vores samfund. Og jeg hører mange steder fra og måder at organisere sig på – naboen køber ind, man laver mad til hinanden, man holder øje og er opmærksom. Lad os nu vise, at vi kan det alle sammen, når det for alvor gælder, og det er der, vi er.

Rigtig mange mennesker udviser et fantastisk samfundssind. Det skal I blive ved med at gøre. For det er det, der fungerer. Og meget af løsningen på det, vi står overfor, hviler på danskernes skuldre.

Jeg vil også gerne sige tak for et godt samarbejde med Folketingets partier. Jeg har igen her til aften holdt møde med alle partiledere og Folketingets formand om hastelovgivning på en række områder. Der er fuld opbakning til, at vi går i gang med det for at sikre, at vi har de nødvendige redskaber for eksempel på epidemilov og anden lovgivning.

Til sidst vil jeg også nævne, at jeg har gået min egen kalender igennem. Jeg vil ikke selv deltage i udadvendte aktiviteter i de næste 14 dage. Og det samme kommer til at gælde for regeringens ministre.

Når vi holder møder i Statsministeriet nu, så sidder vi kun på hver anden stol. Præcis som her ved pressemødet. Det er måske små ting.

Men det er også summen af de små ting, der er en del af løsningen. Og nu har jeg talt om nogle af de små ting. Det, jeg beder danskerne om samlet set i dag, sammen med myndighederne, er store ting – indgribende. Vi gør det, fordi vi forventer, at det har effekt. Vi skal ikke gå i panik, men vi skal hjælpe hinanden, vise overskud, tænke på andre, særligt på dem, der er udsatte.

Jeg vil også gerne allerede nu takke alle de medarbejdere i sundhedsvæsenet, som er i gang med at yde en kæmpe indsats. Både den indsats vi allerede har set, men i lige så høj grad den indsats, vi får behov for i den kommende tid.

Jeg ved godt, det her er en lang indledning på et pressemøde. Det er store forandringer, vi kommer til at se. Og jeg tror, vi skal være ærlige over for hinanden og sige, at det bliver hårdt. Situationen kommer til at stille store krav til os alle sammen. Og det kommer selvfølgelig til, især at stille store krav til sundhedspersonale ude på intensivafdelinger, og højrisikostuer, og dem, der er kontakt med dem, der måtte blive patienter. Vi får meget, meget brug for jer i den kommende tid.

Jeg vil også sige til hele den danske befolkning, at vi står på ubetrådt land i den situation, vi står i. Vi har ikke prøvet det før.

Kommer vi til at begå fejl? Ja, det gør vi.

Kommer jeg til at begå fejl som statsminister? Ja, det gør jeg.

Og vi kommer til i en række sammenhænge også til at bede om tålmodighed. Vi kan ikke svare på alle spørgsmål nu. Vi bestræber os på at svare på alle spørgsmål så hurtigt, det overhovedet kan lade sig gøre. Og derfor vil der også i morgen være pressemøde med en række ressortministre, hvor der vil være mulighed for at stille de mange opklarende og også mere tekniske spørgsmål, som, jeg ved, kommer til at være fra mange sider.

Og allerede i dag kan jeg nok også varsko om, at selvom det her er de mest indgribende foranstaltninger, der er truffet endnu, hvad angår coronavirus, så betragter vi det herfra ikke som en udtømmende liste, og det betyder, der kan komme yderligere initiativer.

Vi er der nu, hvor vi skal gøre alt, hvad vi kan for at passe på Danmark, og det håber jeg på alles stor opbakning til.«