



Rami Ismail Ubaid

Desentralisert pandemihåndtering? En analyse av kriseregulering på
kommunenivå i kampen mot Covid-19

Masteroppgave i Offentlig Administrasjon og Styring
OsloMet – storbyuniversitetet
Handelshøyskolen
Fakultet for samfunnsvitenskap

Forord

Arbeidet med dette prosjektet har vært både spennende, lærerik og ikke minst tidkrevende. Mitt engasjement startet under mitt praksisopphold hos NOVA knyttet til faget forskningspraksis. Spenningen og viktigheten av temaet førte til at jeg valgte samme tema for masteroppgaven min. Jeg vil først takke alle hos NOVA for deres varme velkomst, støtte og det fantastiske arbeidsmiljøet de skaper, spesielt Janikke Solstad Vedeler. En spesiell takk rettes også til Therese Dokken og Kristian Heggebø for deres faglige støtte og motivasjon.

Stor takk til mine veiledere i dette prosjektet, Therese Sefton og Are Vegard Haug, som har vært til hjelp gjennom hele prosessen med verdifulle innspill og veiledning. Jeg setter stor pris på deres tilgjengelighet og støtte under hele perioden.

Til slutt vil jeg også takke Anita Schjølset, ansvarlig for emnet fagforskningspraksis, som var til stor hjelp og støtte fra starten av dette prosjektet.

Rami Ubaid

Sammendrag

Den norske modellen for krisehåndtering under pandemien var svært desentralisert. Denne modellen kom til uttrykk under koronapandemien, da mange norske kommuner innførte lokale forskrifter om restriktive tiltak utover de reguleringer som var nasjonale.

Medieoppslagene i pandemien ga inntrykk av at de lokale tiltakene skapte uenighet grunnet variasjon mellom kommunene. Imidlertid forble omfanget av bruken av lokale reguleringer i norske kommuner ukjent mens pandemien pågikk. Denne studien utforsker omfanget av- og hvordan lokale reguleringer varierer mellom kommunene i pandemien., Målsetningen er å etablere et grunnlag for en mer effektiv og koordinert krise- og beredskapsarbeid med fokus på kommunenes rolle i krisehåndtering.

For å gjennomføre analysen brukte jeg en blandet metode, hvor alle lokale koronarelaterte forskrifter ble kartlagt. I tillegg ble det utviklet en indeks for å måle variasjonen mellom kommunene knyttet til disse koronareguleringene. Analysen avdekker et stort omfang av lokale reguleringer, med 171 kommuner som vedtok lokale forskrifter om restriktive tiltak. Dessuten viser analysen store regionale forskjeller, særlig med en høy konsentrasjon av kommuner som tok i bruk lokale tiltak i Østlandet. Variasjonen i koronareguleringene var også stor innenfor de største tettstedene i landet, noe som antyder manglende koordinering.

Hovedfunnet i denne analysen er at kommuneoverlegenes rolle var stor, særlig i den første smittebølgen, og de utgjorde den største vedtaksinstansen for inngripende tiltak som ble implementert på lokalt nivå. Denne form for makt som kommuneoverlegene dels gjennom smittevernlovgivning og dels ved delegering fra kommunestyret, fikk under pandemien, reiser spørsmål om ekspertenes rolle i krisetider og om det kan være i konflikt med demokratiske prinsipper. Med andre ord, det reises spørsmål om nødvendigheten av tilpasning av smittevernloven § 4-1 med tanke på aspekter som er avgjørende for ansvarliggjøring og legitimitet i styring under kriser. Imidlertid er resultatene i denne studien begrenset til tilgjengelige data, da det er usikkerhet knyttet til om alle lokale forskrifter ble registrert i Lovdata.no.

Nøkkelord: desentralisering, selvstyre, lokale forskrifter og Covid-19-pandemien

Abstract

The Norwegian model for crisis management during the pandemic was highly decentralized. During the corona pandemic, this model was expressed, when many Norwegian municipalities introduced local regulations on restrictive measures beyond the national regulations. The media reports gave the impression that the local measures created controversy due to differences between the municipalities. However, the extent to which local regulations were used in Norwegian municipalities remained unknown during the corona pandemic. Therefore, this study explores the extent of and how local regulations vary between municipalities during the pandemic. The aim is to establish a basis for more efficient and coordinated crisis and preparedness work with a focus on the municipalities' role in crisis management.

I used a mixed method approach to analyze data, where all local corona-related regulations were mapped. In addition, an index was developed to measure the variation between the municipalities related to these corona regulations. The analysis reveals a large extent of local regulations, with 171 municipalities adopting local regulations on restrictive measures. In addition, the analysis shows large regional differences, particularly with a high concentration of municipalities that adopted local measures in Eastern Norway. The variation in the corona regulations was also large within the largest conurbations in the country, which suggests a lack of coordination.

The main finding in this study is that the role of the municipal superintendents was large, particularly in the first wave of infection, and they constituted the largest decision-making body for intervention measures that were implemented at local level. This form of power that the municipal superintendents gained during the pandemic, partly through infection control legislation and partly through delegation from the municipal council, raises questions about the role of experts in times of crisis and whether it may conflict with democratic principles. In other words, questions are being raised about the necessity of adapting Section 4-1 of the Infection Control Act in view of aspects that are crucial for accountability and legitimacy in management during crises. However, the results in this study are limited to available data, as there is uncertainty related to whether all local regulations were registered in Lovdata.no.

Keywords: decentralization, self-government, local regulations and the Covid-19 pandemic

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon.....	7
1.1 Innledning.....	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Bakgrunn	8
1.4 Oppgavens struktur.....	11
2. Oppgavens teoretiske fundament	11
2.1 Desentralisering i den norsk politiske- og styringsmodellen.....	11
2.1.1 Desentralisering og effektiv problemløsning.....	11
2.1.2 Desentralisering og Lokal demokratiet.....	12
2.2 Organisering av norsk forvaltning.....	13
2.2.1 Statsforvalteren.....	13
2.2.2 Den kommunale forvaltningen	14
2.3 Organisering av samfunnssikkerhet	16
2.3.1 Samfunnssikkerhets prinsipper.....	16
2.3.2 Samordningsinstanser for samfunnssikkerhet- og beredskapsarbeidet	17
2.4 Rettslige/normative rammer for kommunenes krisehåndtering under pandemien	17
2.4.1 Smittevernloven og kommunenes ansvar i pandemikriser	18
2.4.2 Menneskerettigheter	20
2.4.3 Statlige tiltak og strategier.....	21
3. Metode.....	21
3.1 Datagrunnlaget	22
3.2 Fase 1: kvantitativ innholdsanalyse.....	23
3.2.1 Systematisering og opptelling av forskriftenes innhold	24
3.2.2 Fire variabler ble kartlagt	25
3.3 Fase 2: Konstruksjon av Reguleringsgradindeksen.....	29
3.3.1 Utviklingstrinnene for reguleringsgradindeksen	29
3.3.2 Gjennomføringen.....	31
3.3.3 Reliabilitetstest for reguleringsgradindeksen	32
4. Analyse.....	32
4.1 Antall forskrifter per kommune.....	33
4.2 Regulerte områder i kommunenes forskrifter.....	34
4.3 Antall regulert område per kommune.....	37
4.4 Reguleringsgradindeks	38

4.4.1	Resultater fra reliabilitetstesten (Cronbach's alpha-test)	39
4.4.2	Kommunenes reguleringsgrad.....	40
4.5	Vedtaksinstans	40
4.5.1	Andelen regulerte områder per vedtaksinstans.....	42
4.5.2	Kommunelegenes reguleringsrolle.....	43
4.6	Tidslinje.....	44
5.	Diskusjon.....	49
5.1	Stor variasjon mellom kommunene.....	49
5.1.1	Hva forklarer variasjonen.....	49
5.1.2	Variasjon innen store tettsteder.....	51
5.2	Utviklingen av lokale reguleringer over tid.....	52
5.2.1	Regulerte områder	53
5.2.2	Tiltakene og menneskerettigheter.....	54
5.2.3	Politikkutvikling og læring.....	56
5.3	Vedtaksinstansen.....	57
5.4	Begrensninger i denne studien.....	59
6.	Konklusjon	59
	Litteraturliste	61

1. Introduksjon

1.1 Innledning

Kriseregulering på kommunalt nivå var til tider hyppig omtalt i norske medier under Covid-19 pandemien. NRK rapporterte den 20. mars 2020 at koronatiltakene varierte betydelig fra en kommune til en annen, noe som skapte betydelig forvirring og bekymring hos innbyggerne (Kringstad et al., 2020). VG omtalte i februar 2021 at Ordfører Torgeir Dahl fra Molde (H) kritiserte Oslos byråd, hvor Dahl påsto at Oslos byråd ikke håndterte koronapandemien tilfredsstillende. Dette ifølge ham hadde negative konsekvenser for andre kommuner (Lode, 2021). Disse medieopplagene gir et bilde at den lokale håndteringen har vært preget av stor mangfoldighet, samtidig som det har oppstått diskusjoner om graden av koordinering.

Denne oppgaven utforsker kriseregulering på kommunenivå i Norge under Covid-19-pandemien. Interessen ligger i norske kommuners betydelige autonomi sammenlignet med andre nordisk og europeiske land. Generelt har kommunesektoren i Norden større omfang og betydning enn de fleste andre land i Europa, også i verden (Baldersheim & Rose, 2014, s.9; Ladner et al., 2019). Dette er fordi kommunene har en sentral rolle som tjenesteleverandører, samfunnsutviklere, myndighetsutøvere og demokratiske arenaer. Dessuten har kommunene en Tradisjonen for desentralisering og tidlig innføring av velferdstilbud, noe som gjør Norden til et verksted for demokrati og reformer (Baldersheim & Rose, 2014, s.9).

Imidlertid betyr likheten mellom de politiske- og styringssystemene i de nordiske landene likevel ikke at de er helt identiske (Nordensvärd et al., 2023). Omfanget av desentralisering i Norge er mer omfattende enn andre nordiske land, noe som kom til uttrekk under koronapandemien. Der hadde Norge den mest desentraliserte modellen for pandemihåndtering blant disse landene (Haug et al., 2022). Den norske staten innførte en rekke nasjonale forskrifter, retningslinjer og anbefalinger om smittevernstiltak på nasjonalt nivå. Samtidig vedtok flere kommuner lokale forskrifter om restriktive tiltak utover de nasjonale for å tilpasse sine spesifikke behov og forhold (Indset & Stokstad, 2020).

En omfattende analyse av tiltakene som ble innført i norske kommuner under Covid-19 pandemien vil gi oss et bedre bilde av hvordan den desentraliserte modellen for pandemihåndtering har fungert i praksis, herunder omfanget og variasjonen mellom kommunene av dens bruk. Denne innsikten kan være svært nyttig for å forstå krisehåndtering

fra ulike perspektiver og kontekster som igjen kan være et positivt bidrag til fremtidig krisehåndtering i kommuner.

1.2 Problemstilling

Gitt den desentraliserte modellen for pandemihåndtering i Norge, er det totale omfanget av dens bruk i norske kommuner fortsatt ukjent, da det ikke har vært gjennomført noen systematisk kartlegging av dette. En betydelig mengde lokale forskrifter om restriktive tiltak ble vedtatt i norske kommuner. Disse varierer både i tiltakene de har og vedtaksdato, og instansene som vedtok dem (Ubaid, 2022).

Hovedmålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan den desentraliserte modellen for pandemihåndtering ble brukt i norske kommuner. Dette innebærer en kartlegging og analyse av alle kommunenes lokale koronarelaterte forskrifter, samt å avdekke variasjonen mellom kommunene knyttet til bruken av disse forskriftene. Problemstillingen i denne oppgaven bygger på en analyse og rapport fra høsten 2022, gjennomført av forfatteren i forbindelse med forskningspraksisopphold. Problemstillingen var "Hvordan kom bruken av lokale forskrifter til uttrykk i praksis?" (Ubaid, 2022). Denne oppgaven vil benytte det samme datagrunnlaget, men vil undersøke fenomenet mer utdypende.

Problemstillingen i denne oppgaven er derfor todelt:

- 1. Hvor stort er omfanget av lokale reguleringer for å håndtere koronapandemien?*
- 2. Hvordan varierer reguleringene mellom de norske kommunene?*

1.3 Bakgrunn

Covid-19-pandemien har vært en av de mest utfordrende og omfattende globale helsekrisene i moderne tid (Mamelund & Dimka, 2021). Pandemien var en helsekrise, og håndteringen av den medførte også en samfunnskrise hvor både velferdsordninger, økonomi og arbeidsplasser ble rammet (Indset & Stokstad, 2020, s. 4). Det er også blitt argumentert at håndteringen av krisen medførte en demokratisk tilbakegang i industrialiserte demokratier, særlig i den første bølgen hvor den demokratiske kontrollen over håndteringen av pandemien ble midlertidig satt

til side (Jahn, 2022). Disse demokratiene har igjen gjenopprettet den demokratiske orden etter at de har overvunnet den første bølgen.

Coronaviruset ble kjent i starten av 2020, og den 31. januar ble det forskriftsfestet som en allmennfarlig smittsom sykdom av Helse- og omsorgsdepartementet i Norge (NOU 2021:6, s. 255). Det første Covid-19-tilfellet ble bekreftet i Norge den 26. februar 2020, og norske myndigheter iverksatte en rekke tiltak for å begrense spredningen av viruset. Alle forvaltningsnivåer var involvert i pandemihåndteringen, der både statlige og kommunale myndigheter vedtok forskrifter om restriktive tiltak (Indset & Stokstad, 2020, s. 4). Oslo kommune startet den lokale krisereguleringen ved å vedta to forskrifter med restriktive tiltak den 11. mars 2020, en dag før de nasjonale reguleringsene trådte i kraft. Den første nasjonale forskriften ble vedtatt den 12. mars 2020. Den ble etterfulgt av en bølge av lokale forskrifter som ble vedtatt i ulike norske kommuner på forskjellige tidspunkter (Indset & Stokstad, 2020, s. 4). Pandemihåndteringen både nasjonalt og lokalt varte i nesten 23 måneder frem til 12. februar 2022, da alle lokale og nasjonale forskrifter ble opphevet (Statsministers kontor, 2022).

Som en følge av styring gjennom et flernivåsystem ble både smittevernarbeidet og krise- og beredskaps arbeidet bygget på det så kalte nærhetsprinsippet som gir kommunene et primært ansvar innenfor deres områder, territorielt og organisatorisk.. Dette kommer til uttrykk i håndteringen av koronapandemien hvor kommunene vedtok et stort antall lokale forskrifter om restriktive tiltak (Høgberg et al, 2023).

Kommunale vedtak ble delvis utredet av Indseth & Stokstad (2020) som en underlagsrapport til Koronakommisjonens første rapport, som ble publisert i 2021. Analysen i rapporten baserte seg på en kvantitativ kartlegging av kommunale vedtak som ble innført i perioden mars til november 2020. Formålet var å undersøke hvordan kommunene praktiserte smittevernloven under covid-19-pandemien. Kartleggingen omfattet 177 vedtak som ble gjort i 95 kommuner, som representerer alle landets fylker. Hensikten med analysen var å skape en oversikt over hvilke typer vedtak som ble gjort av ulike instanser, og hva disse vedtakene dreide seg om (Indseth & Stokstad, 2020, s.5).

Kartleggingen avdekker en betydelig variasjon mellom kommunene når det gjelder tilnærmingen til håndtering av koronapandemien. Dette gjenspeiles i ulik regulering av

forskjellige samfunnsområder på kommunenivå. I tillegg avdekker rapporten at over 60 % av alle vedtakene er blitt fattet av kommunelegene, mens resten er blitt vedtatt av formannskapet og kommunestyret. Rapporten indikerer også at ikke alle de lokale forskriftene er blitt registrert i Lovdata.no, til tross for at kommunene har en juridisk forpliktelse til å gjøre dette (Indseth & Stokstad, 2020).

Imidlertid inkluderer ikke rapporten alle lokaleforskrifter som ble vedtatt i løpet av hele pandemiperioden. Dessuten gir den ikke en omfattende måling av variasjonen mellom kommunene knyttet til reguleringene, og den gir heller ingen forklaring på de variasjonene som oppstod blant kommunene i hvordan smittevernloven ble praktisert under covid-19-pandemien.

Lokale forskrifter ble også analysert som en del av et samarbeidsprosjekt mellom flere juridiske fakultet i Norge som resulterte i publikasjonen av boken "Kriseregulering" i 2023. Boken gransker myndighetenes regulering av pandemien i Norge og presenterer både juridiske aspekter av- og juridisk rammeverk for krisehåndtering i Norge. Analogien tar for seg både nasjonale og lokale tiltak på ulike samfunnsområder, med det overordnede målet å etablere en forskningsbasert plattform for forbedring og kunnskap innen feltet kriseregulering (Høgberg et al., 2023s. 28). Et par kapitler problematiserte anvendelsen lokale forskrifter som var svært innskrenkende for innbyggere i de kommuner som innførte hytteforbud, stenging av kommunegrenser og så videre (Lie, 2023; Marthinussen, 2023). Imidlertid omfatter ikke boken en fullstendig kartlegging av de lokale forskriftene, og den gir heller ingen diskusjon om variasjonen og omfanget av reguleringer mellom kommunene, samt hva som kan forklare variasjonen.

Målet med denne oppgaven er å kartlegge alle forskrifter som ble vedtatt i norske kommuner for å håndtere Covid-19-pandemien. Dette vil gir oss et grundigere innblikk i hvordan den desentraliserte modellen for pandemihåndtering har fungert i praksis i norske kommuner. Denne innsikten kan være svært verdifull for å innføre fremtidige forbedringer i krisehåndteringslover, strategier og planer. Den kan også danne grunnlaget for en mer effektiv og koordinert fremtidig krisehåndtering.

1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven består av seks ulike kapitler. Videre vil Kapittel 2 redegjøre for oppgavens teoretiske fundament, inkludert desentralisering, grunnlaget for kommuneselvstyre, samt kommunenes rettslige og normative rammer for krisehåndtering under Covid-pandemien. Kapittel 2 tar for seg å presentere den metodologiske tilnærmingen som er benyttet i oppgaven for å besvare problemstillingen, inkludert studiedesign, datainnsamling og definisjon av forskningsenheter. Deretter følger Kapittel 4 som presenterer analysens resultater, etterfulgt av Kapittel 5 som utforsker funnene i sammenheng med det teoretiske fundamentet. Til slutt gir Kapittel 6 en konklusjon med svar på problemstillingen, fremhever hovedfunnene og gir innsikt i mulige konsekvenser samt veier for videre forskning.

2. Oppgavens teoretiske fundament

For å forstå grunnlaget for etablering av kommunal forvaltning, er det viktig å redegjøre nærmere for desentraliseringsbegrepet. Dessuten må det forklares hva desentraliseringen i det norske politiske- og styringssystemet innebærer og hvordan desentralisering og statlig styring legger betingelser for det lokale selvstyret. Dette kontekstualiseres ved å beskrive både organisering av offentlig forvaltning og samfunnsikkerhet arbeidet. Til slutt vil det redegjøres for kommunenes rammer i krisehåndtering under koronapandemien.

2.1 Desentralisering i den norsk politiske- og styringsmodellen

Tanken om desentraliserte myndighetsnivåer har sitt fundament i desentraliseringsteoremet utviklet av Wallace E. Oates (Ubaid, 2022). Teoremet går ut på at tilpasning av produksjonen av statlige goder og tjenester til innbyggernes spesifikke preferanser og lokale forhold, vil øke den økonomiske velferden utover hva som oppnås gjennom mer standardisert tjenesteyting på nasjonalt nivå (Oates, 1999, s.1122). I den norske politiske- og styringsmodellen innebærer desentralisering at kommuner og fylkeskommuner fungerer som både forvaltnings- og demokratiske organer. Gjennom disse to rollene søkes det å oppnå både effektivitet og demokrati. Disse kjerneverdiene utgjør grunnlaget for prinsippet om selvstyre (Rømming, 1999, del 1).

2.1.1 Desentralisering og effektiv problemløsning

Desentralisering innebærer at statlige forvaltningsoppgaver delegeres til kommuner og fylkeskommuner. Målet med denne delegeringen er å oppnå mest mulig effektive resultater, ettersom myndighetene på lavere nivå besitter lokal kunnskap og innsikt i lokale forhold,

behov og ressurser. Gjennom lokalt selvstyre mobiliseres denne lokale kunnskapen for å få effektive beslutninger som bedre samsvarer med lokale behov, allokeringseffektivitet (Baldersheim & Rose, 2014, s. 22). I tillegg forenkler denne lokale kunnskapen koordineringen av innsatsen på tvers av ulike aktivitetsområder, og dette fører til mer effektiv utnyttelse av ressursene, kostnadseffektivitet. Derfor utgjør effektivitet verdien en viktig del av legitimiteten for det lokale folkestyre (Baldersheim & Rose, 2014, s. 22).

Samtidig følges denne statlige delegasjonen av statlig reguleringer som styrer hvordan oppgavene skal løses gjennom bruk av ulike styringsmidler (Rømming, 1999, del 1). Statens behov for å regulere og styre hvordan kommunene løser sine pålagte oppgaver kan forklares ut fra ulike grunner, inkludert hensynet til likebehandling, ivaretagelse av rettsikkerhet i samfunnet og kommunenes funksjon som apparat for gjennomføring av statlig politikk (NOU 2019: 5, s.94). Staten Kan benytter tre hovedtyper av styringsvirkemidler for å påvirke kommunene: rettslige, finansielle og pedagogiske De juridiske virkemidlene gir hvilke oppgaver kommunene kan ta på seg, samtidig som de etablerer regler for hvordan disse oppgavene skal løses. De økonomiske styringsmidlene omfatter finansiell kontroll og insentiver for å støtte finansieringen av kommunens tildelte oppgaver. Pedagogiske styringsmidler involverer veiledning, deling av informasjon og fering av kompetanseutvikling (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2020).

De statlige reguleringene av de delegerte oppgavene setter rammer for kommunenes og fylkeskommunenes forvaltningsarbeid. Innenfor disse rammene har kommunene og fylkeskommunene et handlingsrom for prioriteringer og tilpasning av løsninger til lokale forhold. Dette gir dem en viss grad av lokal beslutningsmyndighet (Rømming, 1999, kapittel 1). På denne måten avgjør både omfanget av oppgaver som staten delegerer, og graden av reguleringer som kreves ved oppgaveløsningen, rammer og begrensninger for kommunenes selvstyre (Rømming, 1999, del1).

2.1.2 Desentralisering og Lokal demokratiet

Gjennomføringen av delegerte oppgaver og utøvelsen av beslutningsmyndighetene knyttet til disse skal være forankret i folkeviljen, da kommuner og fylkeskommuner er folkevalgte organer (Rømming, 1999, del 1). Demokrativerdier utgjør en viktig del av legitimiteten for det lokale folkestyret (Baldersheim & Rose, 2014, s. 23). Lokalt demokrati innebærer at de

øverste myndighetene i kommunen og fylkeskommunen er kommunestyret/fylkestinget. Disse organene velges direkte av lokale befolkningen, og representantene som kommer inn i disse organene styrer på vegne av dem. Ifølge Rømming er fordelingen med lokaldemokrati at «det reduserer avstanden mellom de som styrer og de som blir styrt, slik at den enkelte får en sårbar mulighet til å påvirke sin egen hverdag» (1999, del 1).

2.2 Organisering av norsk forvaltning

Som følge av desentraliseringen i den norske politiske- og styringsmodellen er offentlig forvaltning organisert som et hierarki med tre ulike nivåer, der sentralforvaltningen befinner seg på toppen, med regjeringen som øverste leder. Neste nivå er fylkeskommunal forvaltning, og på det laveste nivået kommer kommunalforvaltningen (NOU 2019: 5, s. 95). Statlig forvaltnings hovedoppgaver inkluderer blant annet regelhåndheving, sikring av grunnleggende velferd, miljøvern, samt bidrag til å opprettholde og bygge tillit i samfunnet. Forvaltningsoppgavene inkluderer ikke lovgivende eller dømmende funksjoner, og disse tilhører henholdsvis Stortinget og domstolene. (NOU 2019: 5, s. 95).

En rekke forvaltningsoppgaver er inndelt mellom de ulike nivåene i av i Norge. Et eksempel på dette er inndelingen av ansvar for helse- og omsorgstjenester. Både Helse- og omsorgstjenesteloven og Spesialisthelsetjenesteloven regulerer fordelingen av helse- og omsorgstjenester mellom kommuner, fylker og staten. Mens kommunene har ansvar for blant annet primære helsetjenester, som fastlegeordning, hjemmetjenester, legevakt og sykehjemstjenester, har staten ansvar for spesialisthelsetjenester gjennom fem regionale helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023; Ubaid, 2022).

Da denne oppgaven konsentrerer seg om kommunenes rolle i pandemihåndtering, vil det påfølgende avsnittet redegjøre for statens forvalters rolle som et bindeledd mellom de statlige, regionale og lokale forvaltningsnivåene. Samtidig vil det også gi en nærmere redegjørelse for den kommunale forvaltningen.

2.2.1 Statsforvalteren

Statsforvalteren er regjeringens representant overfor kommuner og fylkeskommuner og har en dobbel rolle: tilsyns- og koordineringsfunksjon (NOU 2019: 5, s.92). Tilsynsoppgaven innebærer å sikre at kommunene gjennomfører nasjonal politikk overfor sine innbyggere.

Dessuten fungerer statsforvalteren som en viktig rettssikkerhetsinstans på flere områder, inkludert helse- og sosialtjenester, utdanning og plan- og bygningssaker (NOU 2019: 5, s.92). Dette innebærer at statsforvalteren har myndighet til å vurdere klager på kommunale beslutninger, slik at borgere kan appellere hvis de er uenige med kommunens avgjørelser. I tillegg til tilsynsrollen har statsforvalteren en koordineringsrolle som omfatter samarbeid mellom ulike statlige organer i sitt fylke og samarbeid mellom staten og kommunene i fylket. Denne koordineringsfunksjonen er spesielt viktig i beredskapsarbeid og krisesituasjoner (NOU 2019: 5, s.92).

2.2.2 Den kommunale forvaltningen

Per januar 2020 hadde Norge 356 kommuner. En kommune defineres som et geografisk avgrenset område som utgjør et selvstendig rettssubjekt, politisk organ og styres på vegne av kommunens befolkning (NOU 2023: 9, s. 25). Kommunene har fire grunnleggende oppgaver, inkludert å være en lokaldemokratisk aktør og arena, tjenesteyter, samfunnsutvikler og myndighetsutøver. Kommuneloven gir kommunene betydelig frihet til å utforme sin egen politikk i tråd med lokale forhold og behov. Imidlertid gir statlige lover og forskrifter rammer for kommunenes handlefrihet (NOU 2019: 5, s. 94).

2.2.2.1 kommunenes organisering og folkevalgte organer

Kommunenes politiske og administrativstyring er regulert i kommuneloven, og kommunene kan enten organiseres etter formanskapsmodellen eller etter den parlamentariske modellen. Formanskapsmodellen er den mest utbredt modellen, og de fleste norske kommuner er organisert etter den, bortsett fra Oslo og Bergen som er organisert etter den parlamentariske modellen (NOU 2019: 5, s.94).

I formanskapsmodellen er kommunestyret det øverste politiske styringsorganet, ledet av ordføreren. Modellen kjennetegnes av et formanskapsorgan, bestående av fem folkevalgte medlemmer valgt blant kommunestyrets medlemmer, som har hovedansvar for saksforberedelse. Den administrative styringen i kommunen er separat fra den politiske ledelsen. Kommunedirektøren, som leder den administrative delen, er ikke et folkevalgt organ. Dens primære ansvar, i tråd med kommuneloven (2018, §7-3), omfatter utredning av saker for de folkevalgte, implementering av kommunestyrets vedtak, samt gjennomføring av den daglige driften av kommunen (Saxi, 2015, s. 2).

I den parlamentariske modellen, som Oslo og Bergen er organisert etter, er politiske styringen ikke adskilt fra administrative styringen, der et byråd (kommuneråd) utøve begge roller.

Byrådet må utgå fra flertallet i bystyret (kommunestyret), dvs. må ha flertallet i bystyret.

Dessuten står byrådet ansvarlig overfor folkevalgte i bystyret og kan bli avsatt av bystyret ved mistillit (Saxi, 2015, s.2).

Blant de folkevalgte organer som kommuneloven nevner er kommunale utvalg (kommuneloven, 2018, §5-1). kommunale utvalg er en folkevalgte organ som opprettes av kommunestyre for kommunalt formål. Der både utvalgs leder, nesteleder og øvrige medlemmer velges direkte av kommunestyret. Kommunestyret fastsetter selv hvilke saker et utvalg skal behandle og kan delegere vedtaksmyndighet knyttet til disse sakene til utvalget, i henhold til kommuneloven (kommuneloven, 2018, §5-7).

Kommuneloven fastsetter at kommunestyre er det øverste organet i kommune som treffer vedtak på vegne av kommunens befolkning. Loven gir regler for delegerings av vedtaksmyndighet, og fastsetter at kommunestyre kan delegere vedtaksmyndighet til interne organer i kommunen, inkludert folkevalgte organer, ordføreren eller kommunedirektøren (kommuneloven, 2018, §5-3). I tillegg kan kommune delegere vedtaksmyndighet til andre rettssubjekter så langt loven åpner for det og hvis saken har ikke prinsipielle betydning (kommuneloven, 2018, §5-3).

2.2.3 Hva er en lokal forskrift

Lokal forskrifter er kommuner og fylkeskommuners redskaps for reguleringen i sine områder i henhold til loven. Ifølge forvaltningsloven er en forskrift «et vedtak som gjelder rettigheter og plikter for et ubestemt antall eller en ubestemt krets av personer» (Forvaltningsloven, 1967, §2). Forskrifter generelt vedtas av forvaltningsorganer, inkludert sentrale forvaltningsorganer som departementer og direktorater, fylkeskommuner eller kommuner. De er rettslig bindende og må følges. Lokale forskrifter skiller seg fra sentrale forskrifter med at de gjelder et bestemt område (vedtakskommune, eller vedtaksfylke), mens sentrale forskrifter vedtas av et departement eller et direktorat og gjelder hele landet (Utdanningsdirektoratet, 2021).

Forvaltningsloven stiller krav til form og kunngjøring av forskrifter. Disse omfatter først å gi en uttrykkelig henvisning til lovbestemmelser som gir forvaltningsorganet hjemmel til å lage

forskriften (Forvaltningsloven, 1967, §38). Det som menes med hjemmel er rettslige grunnlag, f.eks. lover eller nasjonale forskrifter, som gir vedtaksmyndighetene tillatelse til å lage forskriften. Dessuten bør en forskrift nevne hvilke forvaltningsorgan som har gitt den. Kunngjøringskravet omfatter å kunngjøres i norsklovtiden, og at kunngjøringen betegnes som en forskrift (Forvaltningsloven, 1967, §38).

2.3 Organisering av samfunnssikkerhet

Samfunnssikkerhet refererer til samfunnets evne til å opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike kriser, herunder menneskeskapte og naturskapte kriser (Fimreite et al., 2011, s.16). Sikkerhets- og beredskapsarbeidet er regulert gjennom flere lover, inkludert Lov om nasjonalsikkerhet (sikkerhetsloven) og Forskrift om kommunal beredskapsplikt (sikkerhetsloven LOV-2018-06-01-24) og (FOR 2021-12-17-37-23).

2.3.1 Samfunnssikkerhets prinsipper

Nasjonal sikkerhet og beredskapsarbeid i norsk forvaltning opererer med fire hovedprinsipper. Disse er ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet, likhetsprinsippet og samvirkeprinsippet (Høgberg et al., 2023, s. 47).

Ansvarsprinsippet innebærer at hvert enkelt forvaltningsorgan, organisasjon eller sektor har ansvaret for samfunnssikkerheten i sin organisasjon og dermed plikten til å håndtere en krise innenfor sitt område (Høgberg et al., 2023, s. 46).

Likhetsprinsippet innebærer at organisasjonsformene som benyttes under kriser, skal være så lik som mulig de som brukes i normale situasjoner. Det er viktig å være forsiktig med å gjøre større endringer enn det som er akutt nødvendig.

Nærhetsprinsippet innebærer at kriser skal håndteres på lavest mulig nivå. Dette betyr at geografisk begrensede kriser skal håndteres av de som har ansvar i de berørte områdene. Prinsippet gir dermed kommunene en viktig rolle. Ideen bak nærhetsprinsippet er at lokal kunnskap og samarbeid mellom aktører som kjenner hverandre, noe som ofte karakteriserer kommuner, øker muligheten for vellykket krisehåndtering (Høgberg et al., 2023, s. 47). Kommunenes rolle er nærmere definert i forskrift om kommunal beredskapsplikt (FOR-2011-08-22-894), som pålegger kommunene mange oppgaver i beredskapsarbeidet.

Samvirkeprinsippet er et koordineringsprinsipp og innebærer at de som har ansvar innenfor en sektor, region eller kommune har selvstendig ansvar for å sikre best mulig samarbeid med relevante aktører og virksomheter som også må håndtere krisen (Høgberg et al., 2023, s. 46)

2.3.2 Samordningsinstanser for samfunnssikkerhet- og beredskapsarbeidet

Organisering av samfunnssikkerhet dreier seg i stor grad om samordning (Høgberg et al., 2023, s.23) På statlig nivå er samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet organisert med to sentrale instanser: Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskapsarbeid (DSB), under justis- og beredskapsdepartementet, og Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM), under forsvarsdepartementet. Begge direktoratene har tversgående ansvarsoppgaver overfor andre offentlig organisasjoner, selv om ansvaret for samfunnssikkerhet også ligger hos virksomhetene selv etter ansvarsprinsippet (Fimreite et al., 2011, s.19). I koronakrisen hadde regjeringen, sammen med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Helse- og omsorgsdepartementet den koordineringsrollen, og verken DSB eller NSM hadde nødvendigvis denne koordineringsfunksjonen. (Høgberg et al., 2023, s. 48).

Mellom styringsnivåene har statsforvaltning en viktig samordningsrolle i krise- og beredskapsarbeidet. På den ene siden bidra til at stortingets og regjeringen vedtak, mål og retningslinjer ble fulgt opp. På den andre siden skal statsforvalteren handler på eget initiativ til beste for innbyggere og næringsliv i fylket, for eksempel ved å fremme forslag overfor departementer og direktorater. I tillegg skal fylkesmannen bidra til koordinering og samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner (NOU 2019: 5, s.92).

2.4 Rettslige/normative rammer for kommunenes krisehåndtering under pandemien

Desentralisering og statlig styring påvirker forholdet mellom styringsnivåene ved å legge føringer for det lokale selvstyret (Rømming, 1999, kapittel 1). Som følge av dette er kommunenes handlingsrom definert og regulert gjennom lover, statlige forskrifter og strategier, som gir rammer for deres arbeid. Innenfor disse rammene har kommunene valgmuligheter til å tilpasse tiltakene til lokale forhold.

Dette innebærer at både smittevernloven, den nasjonale strategien for håndtering av pandemien og statlige forskrifter danner rammen for kommunenes arbeid under

koronapandemien. I tillegg må kommunenes reguleringer være i samsvar med grunnloven, annen norsk lovgivning og prinsipper om demokratiske prosesser og menneskerettigheter. I neste avsnitt vil rammene for kommunenes smittevernarbeid under koronapandemien presenteres. Først vil smittevernloven bli presentert, etterfulgt av en gjennomgang av menneskerettigheter som har betydelig innvirkning på reguleringens handlingsrom, samt statlig koronarelaterte strategier og forskrifter.

2.4.1 Smittevernloven og kommunenes ansvar i pandemikriser

Smittevernarbeidet er primært regulert av smittevernloven, som styrer både løpende og langsiktig smittevernarbeid. I motsetning til andre hoved helselover, skiller smittevernloven seg ved at den ikke bare tar hensyn til pasienters helse, men har som mål å forhindre spredning av smitte. Lovens bestemmelser dekker ulike aspekter av smittevernarbeid, inkludert smittesporing, fastsetter plikter for smittede personer, gjennomfører undersøkelser og administrerer vaksinasjoner. Smittevernloven inneholder også bestemmelser som er relevante i krisesituasjoner, spesielt ved utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Både kommuner og staten har myndighet til å vedta forskrifter om omfattende og inngripende tiltak i henhold til loven (NOU 2021:6, s. 255)

2.4.1.1 Kommunens vedtaksmyndighet i pandemikriser

Kommunens myndighet til å treffe vedtak i pandemisituasjoner gis i smittevernloven § 4-1. Den gir kommunestyret full makt til å bestemme smitteverntiltak som skal iverksettes når det er *nødvendig* for å forebygge allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke spredning av den (Smittevernloven, 1994, §4-1).

2.4.1.2 Tiltakskrav

Smittevernloven stiller grunnleggende krav for implementeringen av smitteverntiltak, som inkluderer både krav om, nødvendighet og proporsjonalitet basert på en helhetlig vurdering, samt kravet om medisinskfaglig begrunnelse. Dessuten legger loven vekt på frivillig deltakelse fra de som blir påvirket av tiltakene (Smittevernloven, 1994, § 5-1).

Kravene om nødvendighet og proporsjonalitet er sammenkoblet og betyr at tiltakene må være effektive for å forebygge smittespredning, samtidig som at nytten av planlagte tiltak må veies opp mot belastningen hvert tiltak medfører (NOU 2021:6, s. 256). Dette innebærer at tiltakene må gjennomføres uten å forårsake unødvendig skade eller urimelige inngrep i enkeltpersoners

rettigheter (NOU 2021:6, s. 257). Dessuten skal Vedtakene straks oppheves eller begrenses når det ikke lenger er nødvendig (Smittevernloven, 1994, § 4-1). Kravet om nødvendighet betyr imidlertid ikke at det må påvises smitte innenfor kommunegrensen som en forutsetning for lokale tiltak. Tiltakene kan også være proaktive med formål om å forhindre smittespredning fra andre kommuner i landet (NOU 2021:6, s. 257).

Med kravet om medisinskfaglig begrunnelse menes at tiltakene må være relevante i forhold til den aktuelle sykdommen basert på medisinskfaglig innsikt, selv om det ikke nødvendigvis krever vitenskapelig dokumentert effekt. Derfor må det alltid utføres en skjønnsmessig vurdering i den konkrete situasjonen (NOU 2021:6, s. 256).

Dessuten må vedtak som kommunen kan vedta, være innenfor vilkårene i bokstavene a) til e) i bestemmelsen i §4-1 første ledd. Disse omfatter:

- a) å forby Arrangementer, private sammenkomster og forsamlinger eller å sette begrensninger
- b) stengning av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks., butikker, treningssenter, skoler og universiteter - eller begrense aktiviteter
- c) stans eller begrensninger i kommunikasjoner,
- d) isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,
- e) pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. (Smittevernloven, 1994, § 4-1).

2.4.1.3 kommuneoverlegens rolle i smittevernarbeidet

Kommuneoverlegen har en stor rolle i smittevernarbeidet. Folkehelseloven § 27 stiller krav til at kommuneoverlegen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven (Folkehelseloven, 2011§27). Hoved oppgaver til kommuneoverlegen er organisert i smittevernloven §7-2. Disse omfatter blant annet å ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, lede smittevernarbeidet i kommunen, herunder utarbeide forslag til både beredskapsplaner og forbyggende tiltak. I tillegg har den ansvar overfor innbyggerne som å gi informasjon, opplysninger og råd om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven, 1994, §7-2).

Under krisesituasjoner har kommuneoverlegen fått en stor myndighet til å vedta håndterende forskrifter etter smittevernloven § 4-1 femte ledd «I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen» (smittevernloven, 1994, § 4-1).

Definisjonen av hastesaker kom i Forvaltningsloven som «når det er nødvendig å treffe et vedtak så raskt at det ikke er tid til å innkalle det organet som skulle ha avgjort saken» (kommuneloven, 2018, § 11-8).

2.4.2 Menneskerettigheter

Smittevernloven alene gir ikke den eneste rammen for hvordan kommuner håndterer pandemier. Grunnloven og internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, som Norge er forpliktet til, legger begrensninger på hvordan kommunene kan bruke smittevernloven. Disse i krisetider spiller en særlig viktig rolle for å beskytte borgeres rettigheter og forhindre eventuelle overgrep (Høgberg et al, 2023, s.198). Flere menneskerettighetskonvensjoner er innført som norsk lov, inkludert FNs menneskerettighetserklæring og den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, og disse har forrang foran andre norske lover (Høgberg et al, 2023, s.198).

Mange menneskerettigheter ble sterkt påvirket av statlige tiltak under koronapandemien, inkludert retten til liv og helse, bevegelsesfrihet, forsamlingsfrihet, retten til respekt for privatliv og familieliv, barns rett til utdanning, retten til egen eiendom og vern mot vilkårlig frihetsberøvelse (Høgberg et al, 2023, s. 208). Konflikten mellom retten til liv og helse, som koronatiltakene sikter mot, og andre rettigheter som disse tiltakene innskrenker, ble tydelig (Høgberg et al, 2023, s.199).

Forfatterne til analogien som beskriver og analyserer juridiske aspekter ved krisehåndtering i pandemier nevner en rekke statlige og kommunale reguleringer som var i strid med menneskerettighetene som er nedfelt i grunnloven og internasjonale menneskerettighetskonvensjoner. Dette inkluderer hytteforbudet, innreiseforbud og karantenebestemmelser, tiltak som påvirker barns rettigheter, som retten til utdanning og deltakelse i aktiviteter. I tillegg diskuterer boken kommunale inngrep, som forbud mot private sammenkomster. Som et eksempel diskuterer boken Bergen kommunes forbud mot private sammenkomster med mer enn fem personer (Høgberg et al, 2023, s.441). Denne oppgaven har ikke til hensikt å vurdere hvor inngripende disse tiltakene er, eller deres forholdsmessighet,

men heller omfanget av slike tiltak i norske kommuner og deres utvikling over tid under koronapandemien.

2.4.3 Statlige tiltak og strategier

Selv om kommunene har primærrolle i smittevernarbeidet etter smittevernloven og har fått betydelig makt i krisepreget smittesituasjoner overfor sine innbyggere, må de innrette og bidra til å gjennomføre statlig tiltak og strategien (NOU 2021:6, s. 255). Derfor kan ikke kommunene innføre mindre strenge restriksjoner enn de nasjonale forskriftene, men kan derimot innføre strengere tiltak i henhold til smittevernloven §4-1 og den nasjonale strategien for håndtering av koronapandemien (NOU 2021:6, s. 255).

starten av mai 2020 la regjeringen frem en langsiktig strategi for håndtering av Covid-19. Det overordnede målet i denne strategien er å beskytte sårbare grupper som kan bli rammet av pandemien. Disse gruppene inkluderer eldre mennesker over 60 år og personer med underliggende sykdommer. I tillegg har strategien som mål å beskytte sykehuskapasiteten, da ukontrollert smittespredning kan føre til mange sykehusinnleggelses av koronapasienter. Dette kan igjen føre til at pasienter med andre sykdommer som trenger sykehusbehandling, ikke får den hjelpen de trenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 2). Regjeringens strategi var å kontrollere smittespredningen for å sikre at den forble håndterbar og ikke oversteg kapasiteten innen helse- og omsorgstjenesten, inkludert kapasiteten for testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK). Samtidig skulle håndteringen av pandemien ivareta hensyn til økonomien og sosialt liv, og justeres i tråd med utviklingen av pandemien. Håndteringen av pandemien skulle være frem til innbyggerne ble vaksinert eller hadde utviklet immunitet mot viruset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 2). Kommunene underpandemien

3. Metode

Målet med denne studien er todelt: først søker jeg å avdekke omfanget av håndteringen av Covid-19-pandemien i norske kommuner; deretter, å identifisere variasjonen mellom kommunene knyttet til denne reguleringen. For å oppnå disse målene, ble forskningsdesignen gjennomført ved bruk av en sekvensiell mixed methods-tilnærming (MMR). Mixed methods research design refererer til kombinasjonen av både kvalitative og kvantitative metoder for å

oppnå en bredere og dypere forståelse (Schoonenboom & Johnson, 2017, s. 108). Denne studien består av to faser: i den første fasen ble det benyttet kvantitativ innholdsanalyse, der kommunenes forskrifter om restriktive tiltak under pandemien ble lest, kodet, sortert og deretter kvantifisert. Koding og sortering av innholdet i lokale forskrifter, som utgjør kvantitative data, involverer en kvalitativ tilnærming, mens kvantifiseringen av disse dataene er en kvantitativ tilnærming. I den andre fasen ble disse kvantifiserte dataene omgjort til en indeks som måler variasjonen i koronareguleringene mellom kommunene, og dette er en kvantitativ tilnærming.

Trianguleringen av disse to fasene ble gjennomført i en sekvens, der koding og sortering av dataene i den kvantitative innholdsanalysen ble gjennomført før konstruksjonen av indeksen som måler variasjonen mellom kommunene (Morse, 1991, s. 120).

Studiens faser kan beskrives som følger:

Fase 1: I den første fasen av studien ble alle lokale koronarelaterte forskrifter, samlet inn. Innholdet i disse forskriftene ble deretter kodet, gruppert og kvantifisert ved hjelp av kvantitativ innholdsanalyse. Målet med denne fasen var å avdekke omfanget av lokal koronahåndtering og identifisere variasjonene mellom kommunene knyttet til denne håndteringen. Disse kvantifiserte dataene dannet grunnlaget for å utvikle en måling for variasjonen mellom kommunene i den påfølgende fasen.

Fase 2: I den andre fasen ble en kvantitativ indeks, reguleringsgradindeksen, utviklet basert på de tidligere kvantifiserte dataene. Denne indeksen ble designet for å kvantifisere variasjonen mellom kommunene knyttet til lokale koronareguleringer. Et overordnet mål var også å gjøre regresjonsanalyser med reguleringsindeksen som avhengig variabel. Grunnet begrensninger med plass og tid valgte jeg til slutt å fokusere på fase 1 og fase 2.

3.1 Datagrunnlaget

Datagrunnlaget for denne studien er samtlige lokale forskrifter som er registrert i lovdata.no (Ubaid, 2022, s11). Disse forskriftene er tilgjengelige på Lovdata.no, ettersom kravene til form og kunngjøring i henhold til Forvaltningsloven § 38, pålegger kommunene å gjøre alle lokale forskrifter tilgjengelige der (Forvaltningsloven, 1967, § 38). Valg av alle lokale

forskrifter kan begrunnes utfra målet med denne studien om å oppnå en helhetlig forståelse av hvordan den desentraliserte modellen for pandemihåndtering fungerte under koronapandemien.

Ved oppstarten av oppgaven var alle tidligere koronarelaterte lokale forskrifter opphevet allerede i 12 februar 2022 (Statsministers kontor, 2022). Jeg gjennomførte derfor en søkning på Lovdata.no for å samle opplysninger om opphevede koronarelaterte lokale forskrifter. Samlet ble det registrert 838 slike lokale forskrifter som var vedtatt i perioden fra 11. mars 2020 til og med januar 2022 (Ubaid, 2022, s11).

Rapporten av Indseth og Stokstad fra 2020 til koronakommisjonen indikerer at ikke alle lokale forskrifter var registrert på Lovdata.no da rapporten ble utarbeidet i november 2020 (Indseth & Stokstad, 2020, s.5). For å sikre inkludering av alle vedtatte lokale forskrifter i norske kommuner, kontaktet jeg statsforvalterne i alle norske fylker. Fire statsforvaltere svarte og opplyste at kommunene er lovpålagt å registrere sine forskrifter på lovdata.no, men de hadde ikke formelt kontrollert denne registreringen per september 2023 (se vedlegg 6). Selv om det nå har gått nesten to år siden Indseth og Stokstads rapport, er det en viss usikkerhet knyttet til om alle forskriftene har blitt registrert i mellomtiden. Dette kan være en begrensning for denne oppgaven.

Analyseenheter

Formålet er å avdekke variasjonen i reguleringene mellom kommunene. Dette innebærer at Norske kommuner er analyseenheter (N=356). Årsaken til inkluderingen av alle kommuner kan forklares ut fra målet med denne studien om å gi et helhetlig bilde av pandemihåndteringen på kommunenivå.

3.2 Fase 1: kvantitativ innholdsanalyse

Denne studien baseres på et stort datamateriale som er blitt bearbeidet i omtrent en årstid med hjelp av metode for kvantitativ innholdsanalyse. En slik analytisk metode defineres som «teknikker for sammenfatning og beskrivelse av innhold i tekst ved hjelp av kvantitativt mål» (Bratberg, 2014, s. 84). Dette innebærer å måle forekomsten av bestemte elementer gjennom å tallfeste innholdet slik at det kan legges til grunn for statistikk analyse (Bratberg, 2014, s. 84).

Hensikten med denne type analyse er å gi en konsentrert gjengivelse av innholdet i tekstmaterialet gjennom deskriptiv statistikk som påviser mønstre i teksten, som i dette tilfelle gjelder lokale forskrifter og områder som reguleres. Dette gjør denne metoden godt egnet til å få frem alle innholdstyper for å belyse problemstillingen i denne studien, nemlig omfanget og typen reguleringer i de lokale forskriftene.

3.2.1 Systematisering og opptelling av forskriftenes innhold

Den kvantitative innholdsanalysen i denne oppgaven omfatter to steg: Først systematisering av innholdet kommunenes forskrifter har etterfulgt av en opptelling (Ubaid, 2022, s11).

For å få best mulig oversikt over innholdet i forskriftene utviklet jeg et kodeskjema med fire spesifiserte variabler (Ubaid, 2022, s11). Disse variablene omfatter vedtakskommune, vedtaksdato, vedtaksinstans og; regulerings områder og typeregulerings i hvert område. Hver forskrift omtaler alle fire variablene, da det er et formkrav at disse variablene skal være til stede i en forskrift (Forvaltningsloven 1967, § 38). For hver variabel ble det registrert ulike kategorier basert på omtale i forskriftene. Denne prosessen var induktiv, da koder for kategoriene ble generert underveis i undersøkelsen av kommunenes lokale forskrifter. Deretter ble det gjennomført en opptelling over hvordan de ulike variablene fordeler seg på de ulike kategoriene både for alle kommuner samlet, og for hver kommune. Denne prosessen blir beskrevet detaljert nedenfor.

For å gjennomføre denne kodingen og selve analysen benyttet jeg analyseprogrammet NVIVO (Ubaid, 2022, s11). Dette programmet er spesielt utviklet for å hjelpe brukere med å organisere, lagre og analysere ikke-numeriske eller ustrukturerte data (NTNU, u.å.). Programmet brukes for både kvalitativ data og blandede forskningsmetoder. Det støtter både deduktive metoder gjennom forhåndsinnstilte kodeskjemaer, ofte basert på nye temaer fra en litteraturgjennomgang, samt induktive metoder, hvor koder genereres under undersøkelse av innsamlede data (NTNU, u.å.).

Kartleggingen av de fire bestemte variablene vil gjøre datamaterialet klart for den deskriptive innholdsanalysen som har tå hovedmål. Først å gi innsikt i det totale omfanget av lokale koronatiltak i norske kommuner og avdekker variasjonene mellom kommunene knyttet til den. Deretter går målet over til å transformere resultatene av variasjonen til en indeks som måler variasjonen mellom kommunene.

3.2.2 Fire variabler ble kartlagt

Ifølge Tufte refererer variabler til egenskapene ved enhetene som studien tar sikte på å beskrive (2018, s. 20). De variablene som er nødvendig for å avdekke omfanget av lokale reguleringer i norske kommuner er listet opp og begrunnet nedenfor (Ubaid, 2022):

1. Antall forskrifter per kommune: Denne variabelen registrerer hvilken kommune som har vedtatt forskriften. En lokal forskrift gjelder kun for kommunen som har vedtatt den ettersom den baserer seg på kommunens myndighet, forhold, og behov. Gjennom denne variabelen kan man vite hvilke kommuner som ikke valgte å vedta lokale forskrifter om koronahåndterende tiltak, og hvilke som vedtok, herunder antall forskrifter per kommune.

2. Vedtaksdato: Denne variabelen registrerer forskriftenes vedtaksdato. Pandemien har utviklet seg ulikt mellom og innenfor kommunene i løpet av pandemiens periode (NOU 2021:6, s. 26). Kommunene vedtok disse forskriftene etter grundige vurderinger av lokale forhold og behov på det tidspunktet da beslutningene ble fattet. Med andre ord reflekterer denne variabelen kommunenes spesifikke situasjon og viser hvordan pandemiutviklingen var i hver enkelt kommune (Ubaid, 2022). Analysen viser at den første forskriften ble vedtatt den 11. mars 2020, mens den siste ble vedtatt i januar 2022. Dermed strakte perioden for lokalhåndtering av pandemien seg over 23 måneder. Forskriftene ble derfor kategorisert i 23 grupper etter månedene de ble vedtatt, fra mars 2020 til og med januar 2022.

3. Vedtaksinstans: variabelen registrerer hvilken instans i kommunen som har vedtatt forskriften. Den viser hvordan kommuneledelsen har reagert på pandemiutviklingen og brukt Smittevernloven. Hovedansvaret for tiltak ligger normalt hos kommunestyret, men i hastige situasjoner kan kommunelegen utøve denne myndigheten (Smittevernloven, 1994, § 4-1). Hastige saker er definert som nødvendige avgjørelser som ikke gir tid til innkalling av det vanlige organet (kommuneloven, 2018, § 11-8).

Kommunestyret har også muligheten til å delegere denne myndigheten internt til folkevalgte organer, kommunedirektøren, eller eksternt til andre juridiske enheter i henhold til Kommuneloven § 5-3. Kartleggingen av denne variabelen gir graden av beslutningsdelegering i kommunene i henhold til forvaltningsloven § 5-4. Dette har betydelige konsekvenser for

demokratiske prosesser og vurderinger av forholdsmessighet, og gir en dypere forståelse av variasjoner i beslutningstaking på dette området.

Kategorisering av Forskrifters Vedtaksinstanser

Sorteringen av forskriftenes vedtaksinstanser følger både den samme sorteringen som ble anvendt i Indseth & Stokstad sin rapport og sorteringskriteriene som er fastsatt i kommuneloven (Kommuneloven, 2018, § 5-1) (Indseth & Stokstad, 2020, s. 15). Disse instansene er sju, og inkluderer både kommunestyre, formannskap/byråd, ordfører, kommunale utvalg, kommunedirektør, leger og krise- beredskapsledelse. Dette er detaljert beskrevet i analysekapitlet.

Av de 838 lokale forskriftene ble 813 vedtatt av en av de syv nevnte instansene, mens kun 25 ble godkjent av to separate instanser. Disse 25 forskriftene fordelte seg slik: 14 ble vedtatt av kommunelegen og kriseledelsen, 9 av kommunelegene og kommunedirektøren, og én av kommunelegen og økonomiutvalget.

For å enkelt kartlegge antallet vedtatt forskrifter per instans, ble de 25 forskriftene med to vedtaksinstanser behandlet slik: Forskriftene med to ikke-folkevalgte vedtaksinstanser, der kommunelegen en av dem, ble regnet som regulert av kommunelegen. Dette skyldes at kommunelegen med sin fagkunnskap, har mest innflytelse. En forskrift ble vedtatt av både kommunelegen og økonomiutvalget (folkevalgte), og derfor regnes den som regulert av utvalget.

4. Antall regulerte områder per kommune & type reguleringer i hvert område:

Variabelen registrere både områder som er regulert i hver kommune og type reguleringer som er vedtatt innenfor hvert område etter Smittevernloven § 4-1 første ledd a til e. Regulerings områder kan være for eksempel barnehager, arrangementer eller kollektivtransport.

Reguleringstype for et område, for eksempel arrangementer kan være å forby arrangementer, anbefalinger eller begrensninger av antall deltakere i disse arrangementer. Ved å kombinere både antall regulerte områder i hver kommune og typen reguleringer som ble innført i hvert område, vil vi kunne avdekke omfanget av lokale reguleringer for hver kommune. Dette kan deretter kvantifiseres og omgjøres til en variabel som tydeliggjør variasjonen mellom kommunene når det kommer til koronareguleringer.

Kartlegging av regulerte områder og typereguleringer i hvert område

Forskriftene inneholder ulike typer paragrafer som dekker ulike aspekter, inkludert straff, økonomisk ansvar, definisjoner og regulering. I denne studien er hovedfokuset rettet mot paragrafer som omhandler regulering om smittevern. Disse ble kartlagt, og jeg refererer til disse paragrafene som «reguleringsparagrafer».

Hver reguleringsparagraf er dedikert til å regulere et spesifikt område i samfunnet med hensyn på smittevern. Det er viktig å merke seg at størrelsen og omfanget av reguleringen innenfor hver paragraf kan variere fra forskrift til forskrift. Et illustrerende eksempel på dette er regulering av arrangementer. I noen forskrifter ble arrangementer regulert i en egen paragraf, uten å skille mellom utendørs eller innendørs arrangementer. Type regulering kunne være for eksempel enten forbud eller en maksimumsgrense på deltakeres antall. I de fleste forskrifter ble imidlertid innendørs og utendørs arrangementer regulert separat, med ulike typer regulering som har en sammenheng med spredning av viruset som sprer seg lettere innendørs enn utendørs (Rowe et al., 2021, s. 9) Dessuten regulerte noen få forskrifter kun enten innendørs eller utendørs arrangementer. Derfor ble det opprettet to separate reguleringsområder for arrangementer: ett for innendørs og ett for utendørs arrangementer ettersom dette var mønstre i de fleste forskrifter. Den samme tilnærmingen ble brukt for private sammenkomster (vedlegg 1).

På samme måte ble utdannings- og opplæringsinstitusjoner regulert i ulike forskrifter, enten som samlede enheter, kun noen av dem eller til og med bare en, for eksempel kun barnehager. Som et resultat av dette ble det etablert fire separate reguleringsområder: barnehager, grunnskoler, videregående- og voksenopplæringskoler, samt høyskoler og universiteter, i tillegg til fagskoler. Hvis en forskrift har en paragraf om å stenge alle utdannings- og opplæringsinstitusjoner, ble det regnet som fire områder (vedlegg 1).

To typer reguleringer ble innført i skoler og barnehager: enten full stengning eller justering av trafikklysmodellen. Denne analysen inkluderer kun registrering av full stengning, da vi ikke har tilgjengelige tiltak for justering av trafikklysmodellen i skoler og barnehager fra byer med bydeler, som Oslo, Bergen og Trondheim. Disse justeringene ble regulert av bydelene og var derfor ikke inkludert i forskriftene. Dermed er alle tiltak om justering av trafikklysmodellen ekskludert (vedlegg 1).

Paragrafer som kun gjentar nasjonale karanteneretningslinjer, er ekskludert. Kun bestemmelser som pålegger karantene for spesifikke grupper, ikke dekket av nasjonale retningslinjer, er inkludert, for eksempel karantene for smittede og deres nærkontakter.

For å muliggjøre en standardisert oversikt over innholdet i forskriftene, fulgte jeg visse kriterier for å sortere reguleringsområder i forskriftene, inspirert av sorteringsmetoden brukt av Indset & Stokstad i deres rapport (2020, s. 11). Kriteriene i denne oppgaven inkluderer først at et område må være regulert i en egen paragraf minst en gang. For det andre må området ha en unik definisjon som ikke overlapper med andre områder, det vil si at det gjelder for ett spesifikt forhold. For eksempel, utendørsarrangementer ble regulert i egne paragrafer, derfor anses utendørsarrangementer som ett område. Paragrafer som regulerer arrangementer generelt, uten å skille mellom utendørs- og innendørsarrangementer, anses for å regulere to områder, både innendørs- og utendørsarrangementer (vedlegg 1). I noen tilfeller ble de samme områdene regulert i flere forskrifter, men med ulike navn. I slike situasjoner valgte jeg å bruke det mest brukte navnet for dette området og inkluderte alle forskriftene som brukte forskjellige betegnelser under denne mest brukte betegnelsen

Typereguleringer for hvert område som er innført varierer betydelig mellom forskriftene, både innenfor og mellom kommunene. I denne studien ble disse reguleringstypene delt inn i tre grupper basert på både deres juridiske forpliktelse og omfanget av restriksjonene: Den første gruppen er den strengeste og inkluderer totalforbud, omfattende påbud eller fullstendig stans. Disse reguleringene er både lovpålagte og omfattende, og brudd på dem har juridiske konsekvenser. Eksempler på dette inkluderer totalforbud mot arrangementer, stans av breddeidrett for voksne, samt påbud om hjemmekontor. Den andre gruppen består av delvis begrensninger, delvis stengninger eller restriksjoner. Disse reguleringene er lovpålagte, men mindre omfattende. Dette kan inkludere begrensninger på antall deltakere i arrangementer eller private sammenkomster, begrensninger på besøk til sårbare grupper til helt nødvendig, og pålegg om karantene for personer fra spesifikke områder. Den tredje gruppen består av anbefalinger. Disse er ikke lovpålagte, og brudd på dem fører ikke til juridiske konsekvenser. Eksempler inkluderer anbefalinger om bruk av munnbind eller anbefalinger om å benytte hjemmekontor (se vedlegg 1).

Deretter ble en opptelling utført for å analysere fordelingen av de ulike variablene innen hver kategori, både på tvers av alle kommuner samlet og individuelt for hver kommune. Dette gjorde det mulig å avdekke det totale omfanget av koronareguleringer, samt omfanget for hver enkelt kommune.

3.3 Fase 2: Konstruksjon av Reguleringsgradindeksen

I denne fasen ble de kvantifisert dataene fra første fasen, som handler om kommunenes reguleringer i forskriftene, transformert til en indeks som måler regulerings grad i kommunene. *Reguleringsgradindeksen* er et enkelt *sammensatt* mål som tar sikte på å gi en overordnet *kvantitativ vurdering* av omfanget av lokale reguleringer i norske kommuner under koronapandemien. Målet skal fange opp både antall regulerte områder i kommunen, frekvensen av de regulerte områdene, samt type regulering i hvert område.

3.3.1 Utviklingstrinnene for reguleringsgradindeksen

Utviklingen av denne indeksen har fulgt Ringdals (2018) fem trinn for å utvikle et sammensatt mål. Disse trinnene inkluderer begrepsdefinisjon, valg av målmodell, identifisering av indikatorer, testing og fullføring (Ringdal, 2018, s. 356).

Å definere begrepet innebærer å gi en teoretisk begrunnet definisjon av egenskapen som skal studeres blant analyseenheter, basert på relevant teori og forskning innen området (Ringdal, 2018, s. 356). På bakgrunn av problemstillingen er formålet med undersøkelsen å utvikle en forklaringsmodell for variasjonen mellom norske kommuner knyttet til koronarelaterte restriksjoner og tiltak. Det vil si variasjonen i implementeringen av bestemmelsene i smittevernloven § 4-1 første ledd bokstavene (a til e) som ble forklart i teorikapittelet. Denne indeksen sikter derfor å måle reguleringsgraden i kommunene etter smittevernloven §4-1 første ledd.

Sammensatt måling består av minst to indikatorer (Ringdal, 2018, s.101). Denne indeksen ble utviklet fordi reguleringsgraden i kommunene ikke kan måles direkte (Ringdal, 2018, s.101). Dette skyldes at antallet forskrifter per kommune alene ikke nødvendigvis reflekterer reguleringsgraden i disse kommunene. På samme måte gjenspeiler det totale antallet regulerte områder per kommune alene ikke nødvendigvis omfanget av reguleringen i kommunen. Dette skyldes at ulike områder kan være underlagt ulike reguleringer i forskjellige kommuner og også innenfor samme kommune over tid.

For å måle omfanget av regulering i en kommune, må man derfor se på alle disse faktorene samlet. Denne indeksen tar med seg alle disse indikatorer og innlemmer dem til en variabel (Ringdal, 2018, s. 102). Fordelen ved å bruke et sammensatt mål er at flere sider ved den teoretiske variabelen fanges inn, altså målet blir lang mer fingradert og mindre utsatt for målefeil (Ringdal, 2018, s. 102).

Denne indeksen er et formativt mål som er basert på årsaks indikatorer, hvor indikatorene former eller påvirker verdien av den avhengige variabelen (reguleringsgradsindeksen). Dette skiller seg fra refleksive indekser hvor verdiene på indikatorene er skapt av den avhengige variabelen (Ringdal, 2018, s. 355).

Indikatoren "antall regulerte områder" refererer til mangfoldet av områdetyper som er underlagt regulering i en bestemt kommune. Dette inkluderer også områder som har blitt regulert flere ganger i samme kommune, men i ulike tidsperioder ettersom dette vil reflektere kommunenes reguleringsgrad. På den annen side gir "typen reguleringer" innsikt i hvilke spesifikke reguleringer som er blitt gjennomført i hvert område. Sammensetning av målene på disse to indikatorene vil forme verdiene på reguleringsgrad i en kommune. På denne måten utgjør reguleringsgradsindeksen et formativt mål.

Indeksen gir ingen indikasjon på hvilke områder som eventuelt kan ha størst innvirkning på innbyggerne i kommunene. Indeksen måler kun kommunenes bruk av reguleringer i henhold til smittevernloven. Derfor representerer indeksen en enkel kvantitativ sammenstilling av de varierte indikatorene, med mål om å gi en omfattende oversikt over reguleringene på tvers av kommunen.

Imidlertid inkluderer indeksen ikke variasjonen i varigheten av forskriftene. Variabelen for varighet ble ikke kartlagt i den kvantitative innholdsanalysen, hovedsakelig fordi mange forskrifter uttrykker at de gjelder «inntil videre». De fleste av disse forskriftene ble deretter opphevet eller erstattet med nye forskrifter innen to til fire uker. Selv om mange forskrifter anga en varighet, varierte denne tidsperioden fra en uke til fire uker. Dette gjorde

kartleggingen av denne variabelen svært tidkrevende. Derfor kan dette betraktes som en begrensning i denne studien.

3.3.2 Gjennomføringen

Den kvantitative innholdsanalysen av kommunenes forskrifter avdekker til sammen 34 forskjellige områder som ble omfattet av reguleringene (vedlegg 2). Utfra datamaterialet har kommunene 29 områder av disse 34 områder som felles områder, som for eksempel innendørs arrangementer, utendørs arrangementer og innendørsprivate sammenkomster (vedlegg 1). Derfor ble disse områdene brukt som standard for måling av regulerte områder i kommunene.

Fem områder ble ekskludert fordi ikke alle kommuner hadde regulert dem. Disse inkluderer fortøyning ved kommunale kaier, Skianlegg, cruiseskip samt andre fartøy, videregående skoler og universiteter. Siden formålet med denne undersøkelsen er å kvantifisere graden av reguleringsaktivitet i kommunene (reguleringsgrad), er det ikke hensiktsmessig å tillegge ulike områder ulik vekt. Med andre ord har alle områdene i indikatoren lik betydning. Samtidig ble områdene som ble regulert flere enn en gang i en kommune tatt med i beregningen ettersom dette vil reflektere kommunenes reguleringsgrad.

For å reflektere mangfoldet mellom kommunene knyttet til typereguleringer i ulike områder, ble typene av regulering i hvert område tildelt tre forskjellige verdier, etter hvor omfattende og forpliktende de er (se «Kartlegging av regulerte områder og typereguleringer i hvert område» delkapittelet). Disse verdiene spenner fra 0 til 3. Verdien 0 indikerte fravær av regulering, verdien 1 representerte områder som var regulert med anbefalinger, verdien 2 ble brukt for områder med delvis restriksjoner og begrensninger, mens verdien 3 ble tildelt til områder som var underlagt totalt forbud, påbud, full isolering eller stengning.

Dette poengsystemet ble benyttet for å kvantifisere og vurdere omfanget av reguleringer som ble pålagt på hvert område i forskriftene. Ved å beregne den samlede poengsummen for hver forskrift i hver kommune, kunne jeg utvikle en skala som representerte graden av reguleringer i hver kommune under pandemien. Høyere poengverdier indikerte en mer omfattende regulering. Denne sammenhengende skalaen gjør det mulig å sammenligne ulike kommuner og analysere variasjoner i reguleringens omfang gjennom regresjonsanalyse.

3.3.3 Reliabilitetstest for reguleringsgradindeksen

For å vurdere reliabilitet til Reguleringsgradindeksen, ble Cronbachs alfa (α) brukt som et reliabilitetsmål (Ringdal, 2018, s. 367). En fordel med denne testen er at den kan beregnes på grunnlag av tverrsnittsdata, dvs. målingene ble gjort på ett enkelt tidspunkt, slik tilfellet er i Reguleringsgradindeksen. Andre fordelen er at Cronbach's alpha spesielt egnet for å vurdere påliteligheten til en sammensatt indeks som inkluderer flere indikatorer eller elementer (Ringdal, 2018, s. 367). Denne testen ble gjennomført ved hjelp av SPSS- programmet som tilbyr avansert statistisk analyser med bedre effektivitet og minimal risiko for feil (IBM, u.å.).

Verdiene for α ligger i et spekter fra 0 til 1. Når α nærmer seg 0, indikerer det lav pålitelighet og manglende indre konsistens i indeksen. Når α nærmer seg 1, indikerer det derimot høy pålitelighet. En akseptert terskelverdi for å anse α som akseptabel er 0,7 eller høyere (Ringdal, 2018, s. 367). Dette betyr at hvis Cronbach's alpha-verdien for reguleringsgradindeksen 0, 7 og høyere, indikerer dette høy reliabilitet.

Gjennomføringen av denne metoden gjennom de nevnte fasene har forberedt datamaterialet for analysen. De påfølgende to kapitlene vil grundig presentere og diskutere de oppnådde resultatene.

4. Analyse

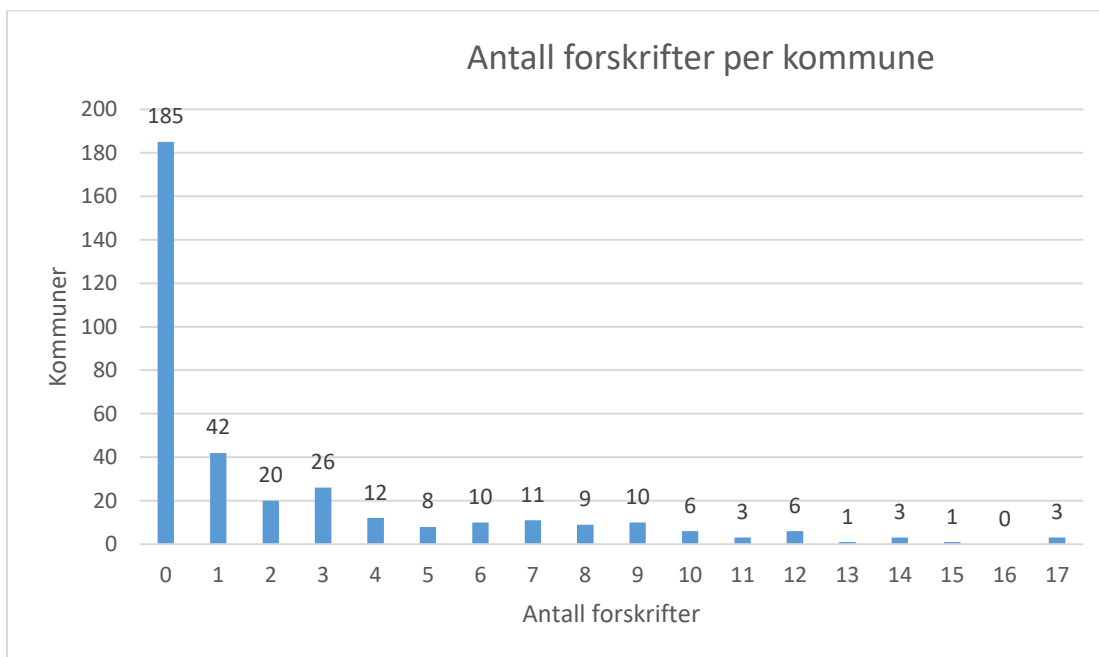
Dette kapitlet tar sikte på å presentere resultatene fra arbeidet med mål om å avdekke omfanget av pandemihåndteringen på lokalt nivå og variasjonen mellom kommunene knyttet til denne håndteringen. Analysen er delt inn i fem deler. Første del presenterer resultatene av antallet forskrifter per kommune. Deretter følger presentasjonen av regulerte områder og typer reguleringer for alle kommunene samlet, inkludert variasjonen mellom kommunene i forhold til regulerte områder.

Deretter vil analysen av reguleringsgradindeksen bli presentert for å vise forskjellene mellom kommunene knyttet til reguleringsgrad. Videre vil den fjerde delen presentere resultatene av kartleggingen av vedtaksinstansene og vise hvilke vedtaksinstanser som har regulert mest i kommunene. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av samtlige kommunale reguleringer over tid, inkludert antall forskrifter, regulerte områder og vedtaksinstanser. Dette vil bli kombinert med en beskrivelse av pandemiens utvikling.

4.1 Antall forskrifter per kommune

I løpet av koronapandemien ble det vedtatt 838 lokale forskrifter i norske kommuner.

Analysen avdekker en betydelig variasjon i antall vedtatte forskrifter per kommune, som framgår av figur 1. Av 356 kommuner som eksisterte da pandemien rammet Norge valgte hele 185 kommuner å ikke iverksette tiltak utover de nasjonale.



Figur 1 Antall forskrifter per kommune (N=838) fordelt på alle kommuner i Norge i stigende rekkefølge. Det var totalt 185 kommuner som ikke vedtok noen lokale reguleringer. Tre kommuner vedtok 17 lokale forskrifter utover de som gjaldt på nasjonalt nivå

På den andre side valgte 171 kommuner å innføre tiltak minst en gang i løpet av pandemiperioden. Figur 1 viser til at av 171 kommuner, innførte 42 kommuner kun en forskrift, mens 20 kommuner innførte 2 forskrifter, og 26 kommuner innførte tre forskrifter – og så videre. Tre kommuner i Rogaland fylke utmerker seg ved å toppe listen med hele 17 lokale forskrifter hver. Disse er Sola, Sandnes og Randaberg som grenser til Stavanger kommune som vedtok 14 forskrifter, deretter følger Oslo med 15 forskrifter (Ubaid, 2022, s.15).

Imidlertid viser analysen at en stor mengde forskrifter i en kommune ikke nødvendigvis betyr omfattende regulering innenfor kommunen, da tiltakene i forskriftene varierer betydelig fra en forskrift til en annen. Et illustrerende eksempel på dette kan sees gjennom en sammenligning av tre forskrifter vedtatt i tre ulike kommuner: I Værøy den 19.03.2020, i Evenes den 06.04.2020 og i Eigersund den 27.03.20, som kommer frem av tabell 1. Mens Værøy innførte

en rekke restriksjoner i syv ulike områder, implementerte Evenes restriksjoner i kun to områder, mens Lillesand kun gjorde det i ett område.

Tabell 1 Reguleringsområder og deres grad av regulering i tre forskrifter fra tre ulike kommuner. Tabellen viser variasjoner i omfanget av reguleringer i disse forskriftene.

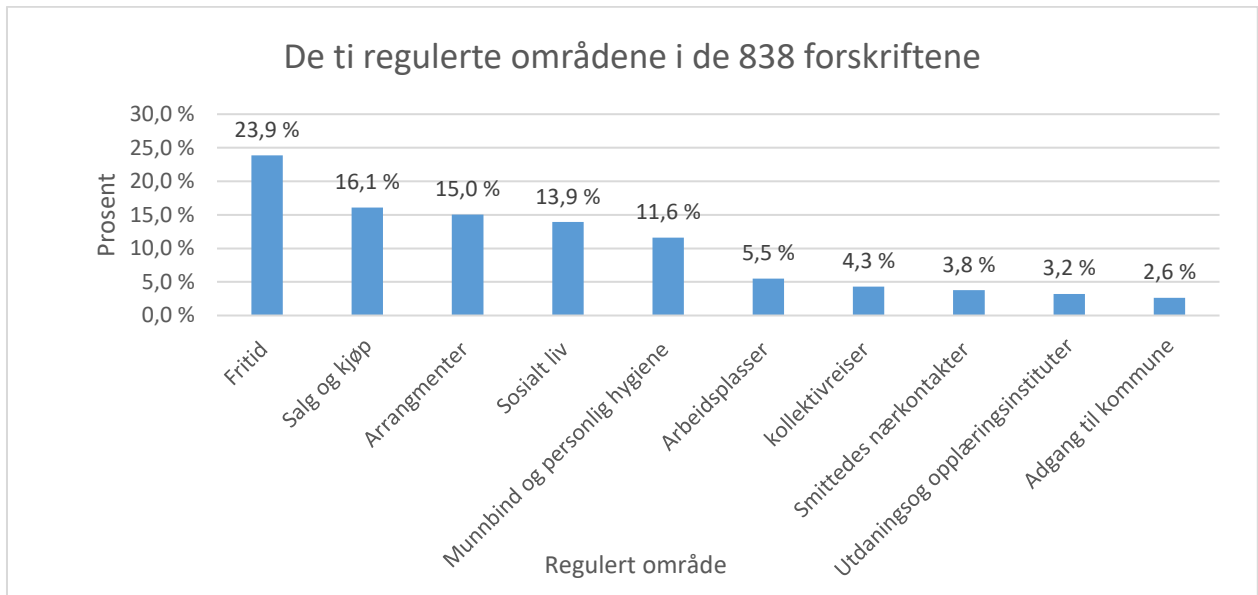
Kommune	Område	Reguleringstype
Værøy	1. Adgang til kommune	Innreiseforbudt
	2. Kollektive reiser	Restriksjoner (1 meter avstand)
	3. Arrangementer og sammenkomster	Forbudt
	4. Besøk til sårbare grupper	forbudt
	5. Mistenkt smittede	Karantene
	6. Kontorarbeidsplasser	Hjemmekontor
Evenes	1. Adgang til kommune	Karantene i 14 dager
	2. Besøk til sårbare grupper	Begrensninger
Lillesand	Campingplasser og gjestehavner	stengning

Forskjellen omhandler altså ikke kun antallet områder som ble regulert, men inkluderer også ulike typer reguleringer som ble iverksatt i hver enkelt av disse områdene. I samme eksemplet valgte både Værøy og Evenes å regulere adgang til kommunen og besøk til sårbare grupper. Mens Værøy valgte å forby både innreise til kommunen og besøk til sårbare grupper i denne forskriften, valgte Evenes å pålegge innreisende 14 dagers karantene og begrense besøk til sårbare grupper til kun nødvendige tilfeller. Av den grunn indikerer ikke antallet vedtatte forskrifter alene omfanget av regulering i en kommune. Dette illustrerer at det er viktig å kartlegge innholdet i forskriftene slik at vi får et helhetlig bilde av omfanget både med hensyn på antall reguler områder i disse forskriftene, og type reguleringer som varierer i hvor omfattende de er.

4.2 Regulerte områder i kommunenes forskrifter

Analysen identifiserte totalt 34 ulike samfunnsområder som ble regulert i alle 838 lokale forskrifter i norske kommuner (vedlegg 2). Disse områdene ble regulert til sammen 3628

ganger under hele pandemiens periode som varte fra 11. mars 2020 – 12. februar. 2023. Det var betydelig variasjon mellom kommunene i antall regulerte områder, og noen områder ble regulert flere ganger i samme kommune til ulike tidspunkt. Da flere områder er innenfor samme kategori som f.eks. sosialt liv, fritid, arrangementer osv., var det hensiktsmessig å kategorisere de 34 samfunnsområdene i totalt ti hovedområder, som framgår av figur 3.



Figur 2 viser ti hoved regulerte områder som prosentandel av det totale antallet reguleringer (N=3628) gjennom hele pandemi-perioden. Kategorien fritid har den høyeste prosentandelen av det totale omfanget, med 23,9%

Første hovedområde omhandler *fritid* for innbyggere og utgjør 23,9% av alle lokale reguleringer og omfatter ni underområder som gjelder innendørsaktiviteter som følger: trening, underholdning- og kulturvirksomheter. Disse utgjøre henholdsvis 6,2%, 4,8% og 4,4% av alle reguleringene (vedlegg 2). Breddeidrett og utendørstrening for voksne utgjør 5,5%, utendørstrening for barn 1,6% og aktiviteter som er tilrettelagt for eldre og personer med funksjonsnedsettelse 0,3%. Derneft kommer reguleringen av campingplasser 0,5% og hytter 0,3%. Regulering av disse områdene varierer mellom begrensninger og stengning eller totalt forbudt. På siste plass kommer Skianlegg med kun 0,17 %.

Kjøp og salg utgjør det nest største hovedområdet for reguleringer i norske kommuner, med en andel på 16,1%. Dette området omfatter tre undergrupper: regulering av skjenkebevillinger (5,7%), regulering av kafeer, restauranter og utesteder (5,7%), samt regulering av butikker og kjøpesentre (4,7%). Regulering som ble innført i disse områdene varierer mellom begrensning og total stans eller forbudt (vedlegg 1, 2)

Arrangementer utgjør det tredje hovedområdet som ble regulert, med en andel på 15% av alle regulerte områder. Dette hovedområdet inkluderer både innendørs arrangementer (8,32%), utendørs arrangementer (6,04%), og russefeiring (0,69%). Reguleringen som ble innført i disse områdene omfatter totalt forbudt og begrensninger i antall deltakere (vedlegg 1, 2)

Det fjerde hovedområdet omhandler innbyggernes sosiale liv, med en andel på 13,9% av alle regulerte områder. Dette hovedområdet omfatter aktiviteter som hjemmebesøk, som utgjør 1,68%, samt besøk til sårbare grupper som eldre på eldreinstitusjoner og pasienter på sykehus, som utgjør 1,54%. I tillegg inkluderer det både innendørs- og utendørs private sammenkomster. Innendørs sammenkomster utgjør 5,84% av alle reguleringer, mens utendørs private sammenkomster utgjør 4,85%. På samme måte ble disse underområder tillagt begrensninger i antall deltakere, eller gjester eller totalt forbudt (vedlegg 1, 2).

Munnbind- og personlig hygiene utgjør den femte hovedgruppen og utgjør 11,6% av alle reguleringene. Disse to underområdene omhandler innbyggernes kroppslige forhold. Kartleggingen viser at reguleringene som gjelder munnbind utgjør 11,25 % av alle regulert områder. Tre regulerings typer ble registrert i dette området; anbefaling om å bruke munnbind, påbud om å bruke munnbind i begrenset områder, eller påbud å bruke den i alle felles områder, der kan man ikke kan holde en meter avstand (vedlegg 1, 2). Personlig hygiene utgjør kun 0,36 % av alle reguleringer, og kun anbefalinger som ble innført i dette område (vedlegg 2).

Arbeidsplasser er den sjette hovedgruppe og utgjør 5,5% av alle reguleringer. Dette hovedområdet omfatter både kontorarbeidsplasser 5.1%, byggeplasser 0,30 %, og en- til en virksomheter, som frisører, hårpleie og utgjør bare 0,08% av alle områder Det ble registrert både påbud om hjemmekontor og anbefalinger om å benytte seg av hjemmekontor. På byggeplasser ble det kun registrert restriksjoner, mens en-til-en-virksomheter ble pålagt å stenge (se vedlegg 1 og 2).

På syvende plass kommer *kollektivreiser* og dette hovedområde utgjør 4,3% av alle reguleringer. Dette område ble regulert med enten anbefalinger om å unngå bruken av

kollektivreiser, restriksjoner i form av en meter avstand eller begrensning i kapasitet (vedlegg1, 2).

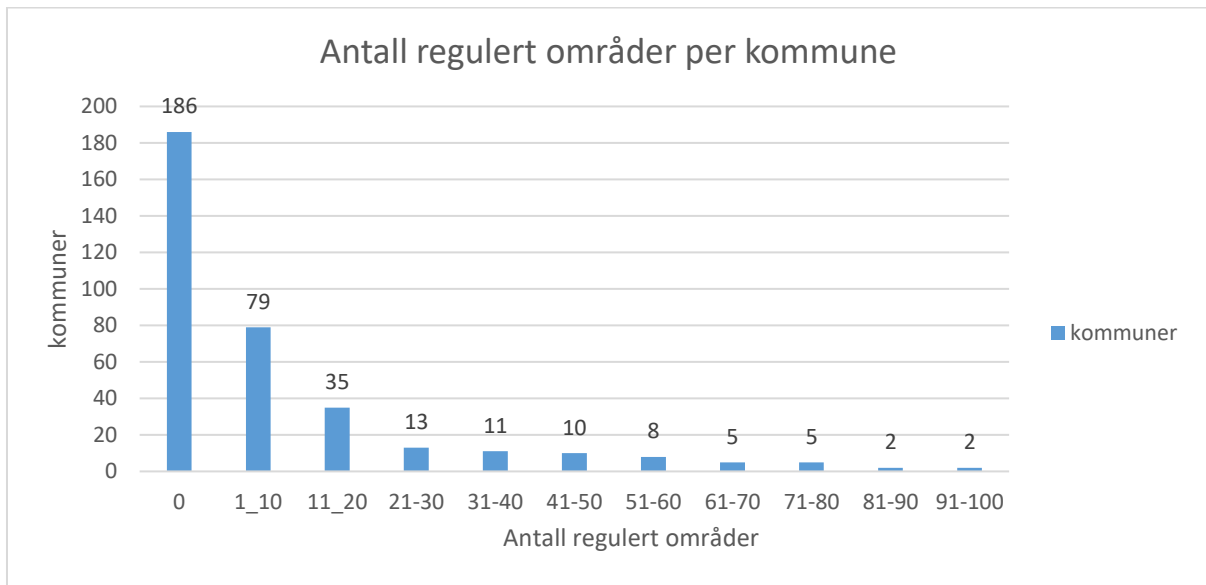
Hovedområde åtte omfatter bestemmelser rettet mot smittedes nærkontakter og familiemedlemmer og utgjør 3,8% av alle regulert områder. Analysen viser at obligatorisk karantene ble pålagt for denne gruppa. I noen kommuner ble det vedtatt unntak av karantaniabestemmelser knyttet til denne grupper for noen under grupper som elever under 18 år gammel eller sykepleiere.

Det niende hovedområde i analysen dreier seg om utdannings- og opplæringsinstitutter, som utgjør 3,2% av alle reguleringene. Dette området omfatter fire undergrupper: barnehager (0,3%), grunnskoler (0,58%), videregående skoler og voksenopplæring (1,30%), samt universiteter, høyskoler og fagskoler (1,05%). Hovedsakelig registrerer analysen stengning av disse institusjonene. Kartleggingen inkluderer ikke reguleringer som omfatter trafikklysmoellen, ettersom vi ikke har tilgjengelige data fra kommuner som har bydeler.

Siste hovedområde omhandler adgang til kommune, og utgjør kun 2,6% av alle regulerte områder. Det deles inn i tre undergrupper: innreise til kommunen via bil, buss og tog utgjør 2,23%, anløp av cruiseskip og andre fartøy utgjør 0,17%, og fortøyning ved kommunale kaier, brygger og gjestehavner utgjør 0,25% av reguleringene. Reguleringstiltakene av innreise varierte, fra anbefalinger om å unngå reiser til pålagt karantene på 7 eller 14 dager. I mer alvorlige tilfeller ble totalforbud mot innreise iverksatt. cruiseskip, andre fartøy, samt kommunale kaier, brygger og gjestehavner ble regulert med totalforbud som en del av reguleringstiltakene.

4.3 Antall regulert område per kommune

Figur 3 viser antall regulerte områder per kommune. På x-aksen er antallet regulerte områder gruppert i 11kategorier (0, 1-10, 11-20 osv.). På y-aksen angis antallet kommuner som har regulerte områder i samsvar med hver kategori på x-aksen.



Figur 3 Antall regulert områder per kommune. Grafen viser at 186 kommuner ikke hadde noen reguleringer utover de nasjonale og at 2 kommuner, Oslo og Sarpsborg, regulerte totalt 91-100 områder gjennom hele pandemien.

I figuren fremgår det tydelig at 186 kommuner ikke har regulerte områder i henhold til tilgjengelige data. Selv om 185 kommuner ikke vedtok lokale forskrifter, viser figuren at 186 kommuner ikke har regulerte områder. Dette skyldes at en kommune kun vedtok en lokal forskrift i januar 2022, som regulerte kun barneskoler med endringer i trafikklysmodellen. Tiltak som involverer endringer i trafikklysmodellen for skoler og barnehager ble ekskludert i denne studien på grunn av manglende tilgjengelighet av data fra kommunene med bydeler. I tillegg viser figuren at 79 kommuner har regulert totalt mellom 1 og 10 områder under hele pandemien, mens 35 kommuner har regulert mellom 11 og 20 områder, og så videre. Figuren viser også at to kommuner topper listen over regulerte områder, med mer enn 90 områder i løpet av hele pandemien. Disse to kommunene er Oslo, som har totalt 93 regulerte områder, og Sarpsborg, som har 91 områder. Deretter er det bare to kommuner som har regulert mellom 81 og 90 områder, og disse er Moss og Drammen, begge med 84 områder hver.

4.4 Reguleringsgradindeks

Siden antallet regulerte områder i en kommune ikke reflekterer omfanget av pandemireguleringene i kommunen, da det ble innført ulike typer reguleringer i hvert av disse 29 områdene som alle kommuner har (5 områder ble ekskludert ettersom ikke alle kommuner har dem, se metodekapittelet). For å fange det samlede omfanget av reguleringer ble *strengheten* av reguleringene i hvert område tatt med i betraktningen.

4.4.1 Resultater fra reliabilitetstesten (Cronbach's alpha-test)

Tabell 2 nedenfor viser Cronbach's Alpha-verdien for de 29 ulike indikatorene som utgjør reguleringsgradindeksen. Verdien er 0,931, noe som er betydelig høyere enn den vanlig aksepterte terskelverdien på 0,70 for denne typen test (Ringdal, 2018, s. 467). Dette indikerer en høy grad av pålitelighet for indeksen.

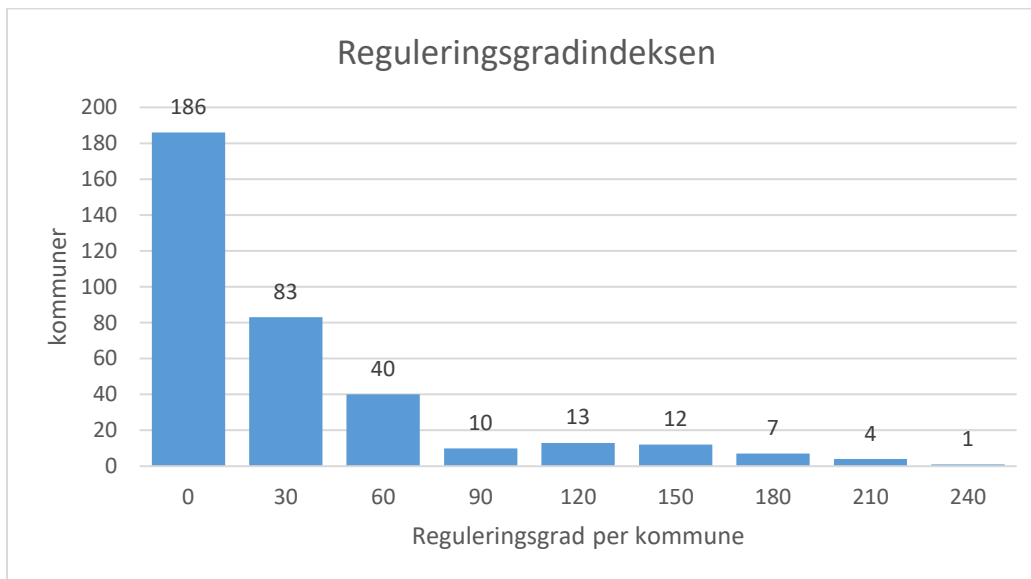
Tabell 2 Cronbach's alpha test. Denne testen demonstrerer at reliabiliteten til reguleringsgradindeksen er høy da den måler 0,931 (skala 0-1).

Cronbach's Alpha	N of Items	For å vurdere muligheten for å fjerne elementer fra de 29 indikatorene for å øke indeksens pålitelighet, ble det foretatt en analyse av hver enkelt indikator. To viktige faktorer ble vurdert for hver indikator: korrelasjonen med den totale poengsummen og innvirkningen på Cronbach's alpha (Ringdal, 2018, s. 369). To indikatorer ble identifisert som mulig å fjerne: «innreise" og "hytte," hvor indikatorenes korrelasjon er svært svak eller negativ, med verdier på henholdsvis 0,035 og -0,048. Videre ble det observert at ved å fjerne disse indikatorene fra reguleringsgradindeksen, ville verdien for Cronbach's alpha øke til 0,94 (se vedlegg 1).
,931	29	

Likevel ble beslutningen tatt om å beholde disse indikatorene (reguleringsområdene) i indeksen, da de representerer to av de mest kontroversielle områdene innen pandemihåndtering på lokalt nivå og utgjør en betydelig del av reguleringene i mange kommuner i den første bølge (se analysen av første bølge).

4.4.2 Kommunenes reguleringsgrad

Kommunenes reguleringsgrad presenteres i figur 4 som følger:



Figur 4 Reguleringsgrad per kommune. Indeksen fanger både antall regulerte områder, frekvensen av disse områdene, samt typeregulering som ble innført i hvert område. Figuren viser antall kommuner i hver av disse ni reguleringskategoriene

Figur 4 viser 9 reguleringskategorier. I den første kategorien finnes det 186 kommuner som scorer null poeng på indeksen. Dette er som tidligere vist kommuner som har ikke vedtatt lokale forskrifter. I den andre kolonnen viser det seg at 83 kommuner scorer mellom 1 og 30 poeng på indeksen, mens 40 kommuner scorer mellom 30 og 60 poeng, og så videre. En kommune topper reguleringskalaen, nemlig Sarpsborg, med 227 poeng (se vedlegg 3). I den nest største kategorien finner vi fire kommuner: Oslo, Drammen, Moss og Ullensaker, som oppnår henholdsvis 204, 197, 196 og 182 poeng hver. Selv om Bergen er den nest største kommunen etter Oslo, oppnår den kun 85 poeng. Trondheim og Stavanger scorer henholdsvis 133 og 134 poeng.

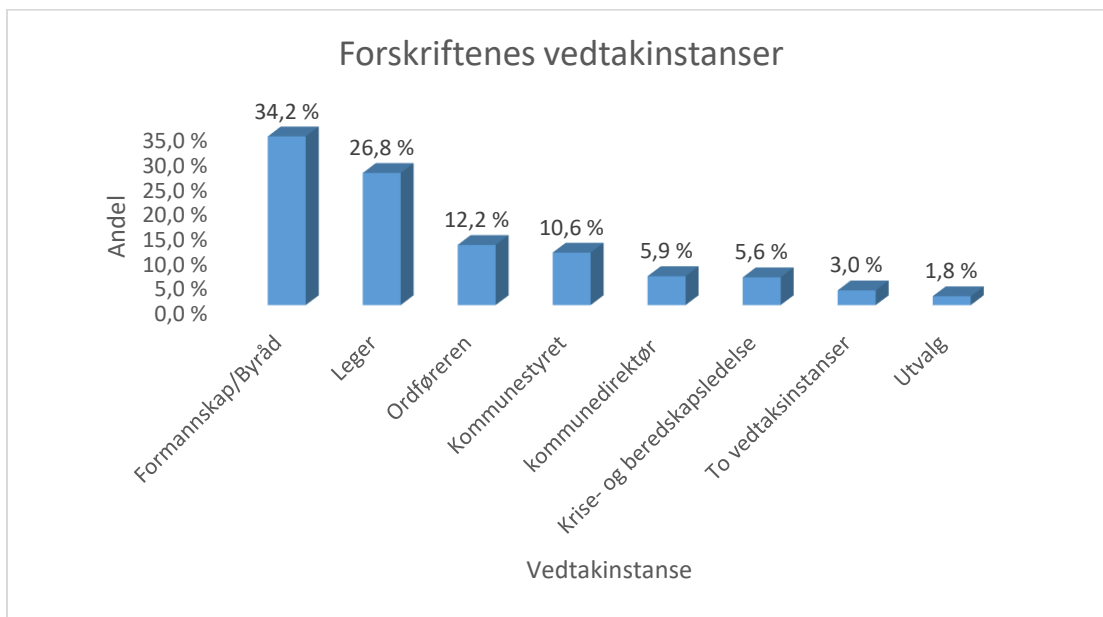
Når vi ser på hvor de kommunene som har regulert mest ligger, viser analysen at hele 30 av de 50 mest regulerte kommunene er lokalisert på Østlandet (vedlegg 3). Dette indikerer at faktorer som sentralitet og nærhet til Oslo kan ha spilt en rolle i beslutningene om å iverksette tiltak.

4.5 Vedtaksinstans

Hovedansvaret for å håndtere spredning av allmennfarlige sykdommer ligger hos kommunestyret, og i hastesaker kan kommuneoverlegen overta denne oppgaven (Smittevernloven, 1994 § 4-1). Denne delen av analysen vil vise hvordan kommunestyret har

ivaretatt dette ansvaret og kartlegge hvilke kommunale instanser som var involvert i håndteringen av pandemien i kommunene.

Analysen avdekker stor variasjon i vedtaksinstanser både innenfor og mellom kommunene. Et eksempel på dette er kommunene Oslo, Eigersund og Hå som har vedtatt henholdsvis 15, 3 og 3 lokale koronaforskrifter. Mens fire av Oslo sine forskrifter er vedtatt av smittevernoverlegen, er 11 vedtatt av byrådet. I Eigersund har ordføreren vedtatt to forskrifter, mens formannskapet har vedtatt en. I Hå er alle de tre forskriftene vedtatt av ordføreren.



Figur 5 Forskriftenes vedtaksinstanser. Figuren viser andelen av forskrifter som ble vedtatt av ulike grupper vedtaksinstanser i kommunene (Ubaid, 2022).

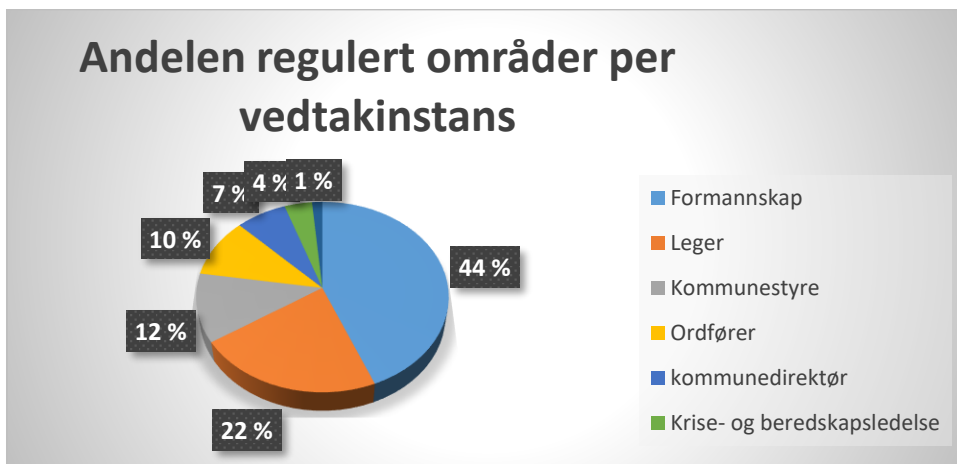
Figur 5 viser at hele 97% av forskriftene, som tilsvarer 813 forskrifter, har blitt vedtatt av en enkel vedtaksinstans, mens kun 25 lokale forskrifter, tilsvarende 3%, er vedtatt av to separate vedtaksinstanser. Av disse ble 14 vedtatt av kommunelegene og kriseledelse, 9 av legene og kommunedirektøren og en av lege og økonomiutvalg. Et illustrerende eksempel på en forskrift som har to vedtaksinstanser er Flå kommunes forskrift FOR-2020-12-21-2894, som er vedtatt av både kriseledelsen og kommunelegen.

Analysen har avdekket til sammen 15 ulike vedtaksinstanser i kommunene, som har blitt kategorisert i syv forskjellige grupper basert på sorteringen som ble brukt i Indseth & Stokstad sin rapport (Indseth & Stokstad, 2020, s.15). Blant disse instansene er det fire folkevalgte grupper og tre grupper som ikke er folkevalgte. De folkevalgte instansene

inkluderer kommunestyret, formannskapet/byrådet, ordføreren og ulike kommunale utvalg (Kommuneloven, 2018 § 5-1). Jeg identifiserte tre forskjellige utvalg som har vedtatt lokale forskrifter, nemlig Økonomiutvalget, Helse- og omsorgsutvalga og Utvalget for levekår. De instansene som ikke er folkevalgte omfatter leger, kommunedirektør og krise- og beredskapsledelse. Innenfor legeinstansene identifiserte jeg fire ulike type leger, inkludert kommunelegen, kommuneoverlegen, smittevernlegen og smittevernoverlegen. Når det gjelder krise- og beredskapsledelse, identifiserte jeg tre forskjellige instanser som har vedtatt lokale forskrifter, nemlig kriseledelsen, beredskapsledelsen og beredskapsrådet.

4.5.1 Andelen regulerte områder per vedtaksinstans

Ettersom forskriftene varierer med hensyn til innførte tiltak, er det hensiktsmessig at analysen inkluderer antall regulert område for hver av de syv hoved vedtaksinstanser som framgår av figur 6.



Figur 6: Andelen regulerte områder per vedtaksinstans. Figuren viser at formannskap/byråd-instansen kommer først, deretter følger leger, mens kommunestyret er på tredje plass.

Figur 6 viser at formannskap er den største vedtaksinstansen og har regulert 44% av alle områder. Dernest kommer leger med totalt 22%, på tredje til fjerde plass finner vi både kommunestyre og ordførere med henholdsvis 12% og 10 % av de regulerte områdene. På siste tre plassene kommer både Kommunaldirektører, krise- og beredskapsledelse og ulike utvalg med henholdsvis 7%, 4% og 1%.

Det primære ansvaret for å håndtere pandemier ligger hos kommunestyret, i henhold til smittevernloven (Smittevernloven, 1994, § 4-1). Dette er i tråd med prinsippene om folkesuverenitet og den demokratiske styringskjeden. Ordføreren, formannskapet og ulike

utvalg er alle folkevalgte organer, og deres rolle i pandemihåndteringen er i samsvar med demokratiske prinsipper.

4.5.2 Kommunelegenes reguleringsrolle

Et interessant funn som dataen illustrerer, er det store omfang av reguleringer hvor legene er vedtaksinstans og som utgjør 22% av det totale omfanget. Dette er ikke et folkevalgt organ som gjør det ekstra interessant å se på hvilke områder de har hatt mest innflytelse på og hvordan deres rolle utviklet seg over tid. Denne studien vil derfor se nærmere på dette i de kommende avsnittene.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over hvilke områder der legene i kommunene har gjennomført flest reguleringer.

Tabell 3 Viser 11 reguleringsområder hvor leger utgjør den største vedtaksinstansen.

Område	Regulering	Andelen av reguleringer
Barn og ungdommers utendørs Idrettsaktiviteter	Forbudt	41 %
Barnehager	stengning	40 %
Grunnskoler	Stengning	58 %
Videregående skoler og voksenopplæring	Stengning	36 %
Besøk til sårbare grupper	Restriksjoner og forbudt	38 %
Aktiviteter for eldre og funksjonshemmede	Stans	45 %
Innreise til kommune	Innreiseforbudet og innreisekarantene	52% (75% av alle innreise forbudet og 46% av all innreise karantene)
Hytte	Hytteforbudet	58 %
Campingplasser	Restriksjoner og stengning	50 %
Smittedes nærkontakter og familiemedlemmer	Unntak for noen grupper	33 %
Personlig hygiene	Anbefalinger	54 %

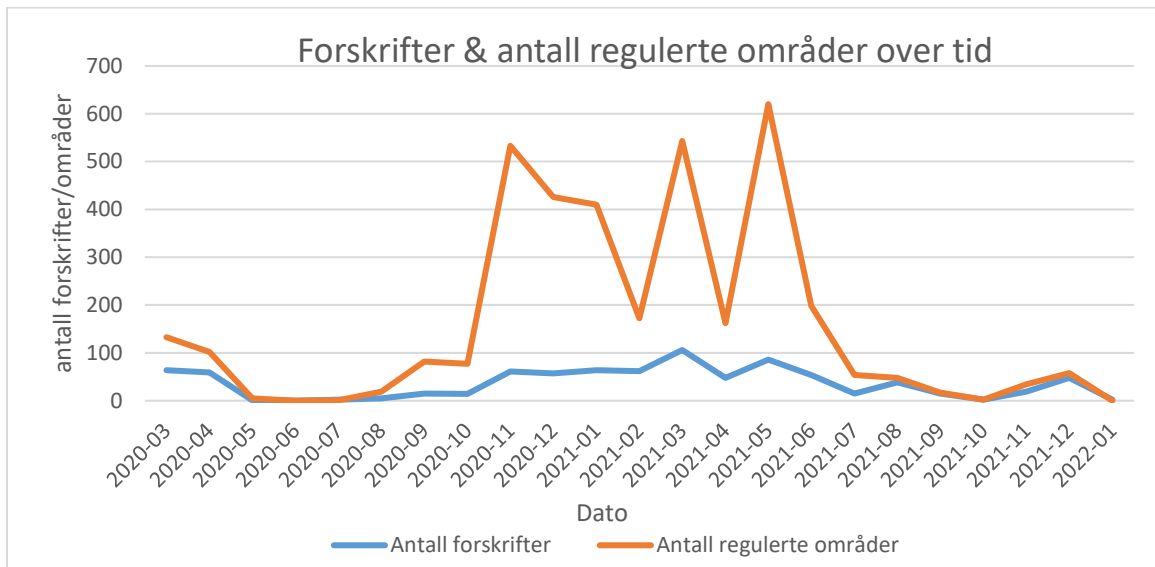
Tabell 3 viser at leger er den største vedtaksinstansen innenfor 11 av de 34 regulerte områdene som ble identifisert i analysen. Legenes tiltak rettet seg først og fremst mot barn og ungdom, sårbare grupper, adgang til kommunen, noen fritidsaktiviteter (hytte og campingplasser), nærkontakter av smittede, og bruk av munnbind.

Når det gjelder barn og ungdom, ble utendørs idrettsaktiviteter stanset, og barnehager og skoler ble stengt på legenes initiativ. For sårbare grupper ble det innført stans på arrangerte aktiviteter, samt restriksjoner og forbud mot besøk hos disse gruppene. Hytter og campingplasser, ble i stor grad også regulert av leger. Dette inkluderte forbud mot bruk av hytter og stengning samt restriksjoner på campingplasser.

Legenes regulering av smittede nærkontakter utgjorde hele 30% av alle tiltakene i denne kategorien, noe som tilsvarer 45 tiltak. Disse tiltakene involverte en pålagt karanteneperiode på 7 dager, og de fleste av dem ble implementert sent i pandemiforløpet, spesielt mot høsten 2021. Til slutt, når det gjelder anbefalinger om personlig hygiene, var det legene som styrte hele 54% av reguleringene innenfor dette området.

4.6 Tidslinje

Håndteringen av koronapandemien på kommunenivå strakte seg over en periode på 23 måneder, fra 11. mars 2020 til og med januar 2022. Dette blir tydelig illustrert i figur 7, hvor den blå grafen representerer fordelingen av forskrifter over tid, mens den oransje grafen viser antallet regulerte områder i disse forskriftene. Figuren demonstrerer at det var fem reguleringsbølger. I de kommende avsnitt presenteres hver bølge, inkludert antallet vedtatte forskrifter, type områder som ble regulert, samt andelen vedtak fattet av kommunelegene. Samtidig vil denne analysen kombineres med beskrivelse av pandemiens forhold gjennom disse fem bølger som beskrevet i *Kriseregulering* (2023). Figur 8 viser utviklingen av de regulerte områdene over tid, mens figur 9 viser endringene i vedtaksinstansene.



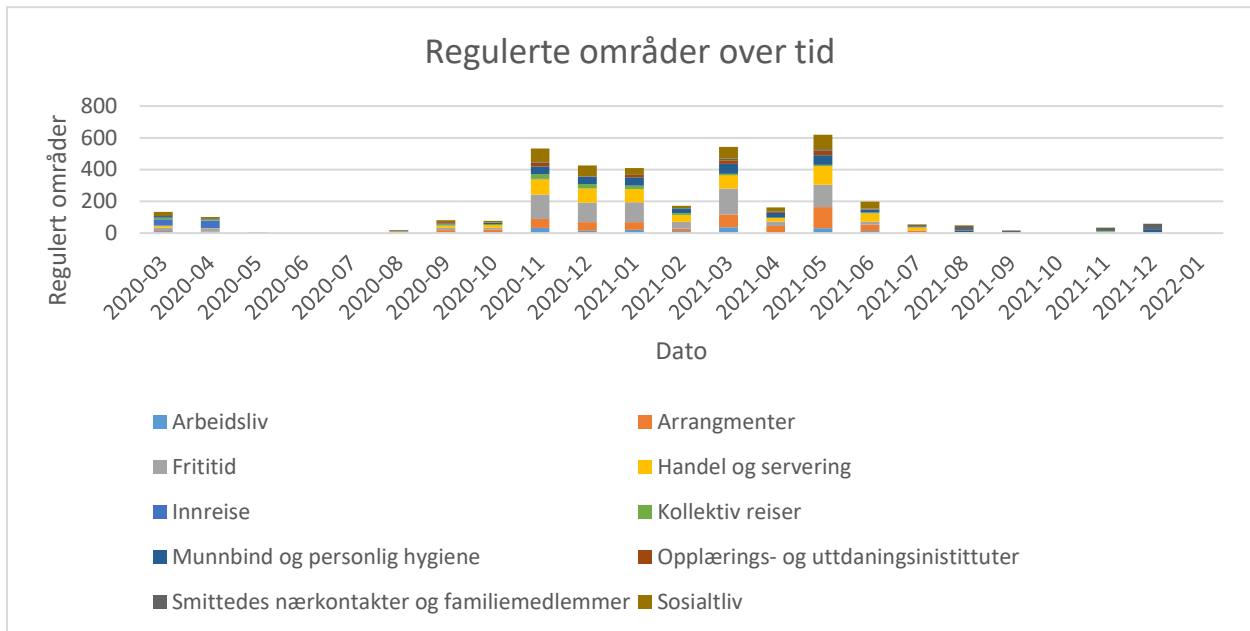
Figur 7 illustrerer både fordelingen av kommunenes forskrifter og reguleringsområder under pandemien. Den blå grafen representerer utviklingen av antallet forskrifter over tid, mens den oransje grafen viser antallet reguleringsområder i disse forskriftene

Den første reguleringsbølgen startet i mars 2020. Det var en respons på den betydelige økningen i påviste smittetilfeller i norske kommuner, og varte frem til begynnelsen av mai samme år (figur 7). Den 11. mars 2020 vedtok Oslo kommune to lokale forskrifter som innførte strenge restriksjoner. Samme dag vedtok også Værøy kommune en lignende forskrift. Dagen etter erklærte WHO Covid-19 som en pandemi, og Norge registrerte sitt første koronadødsfall. På samme dag innførte regjeringen de mest inngripende tiltakene i fredstid. Dette ble etterfulgt av en rekke kommunale forskrifter om restriktive tiltak i tillegg til de nasjonale tiltakene. (Høgberg et al., 2023, s. 40).

Totalt ble det vedtatt 142 slike forskrifter, som utgjorde 15% av det totale antallet forskrifter. Disse forskriftene regulerte 240 ulike områder, tilsvarende 6% av alle de regulerte områdene under pandemien. De områdene som ble mest regulert i denne perioden inkluderte innreise (39%), fritidsaktiviteter (15%) og arbeidsliv (8%), som vist i figur 8. Kommunelegene var vedtaksinstans for 60% av de 142 forskriftene som framgår av figur 9.

Antall smittetilfeller i denne bølgen nådd sin topp i den siste uken i mars, mens toppen i antall dødsfall ble registrert to uker senere, med 60 dødsfall (Høgberg et al., 2023, s. 41). Figur 7 illustrerer at toppen for regulering i denne perioden var i mars 2020, med hele 46 vedtatte forskrifter, hvorav kommunelegene var ansvarlige for hele 91% av dem (figur 9). Både antall

smittetilfeller, sykehusinnleggelses og dødsfall begynte å avta noe ut over april og frem til juli (Høgberg et al., 2023, s. 41). I løpet av denne perioden ble det vedtatt svært få lokale forskrifter.

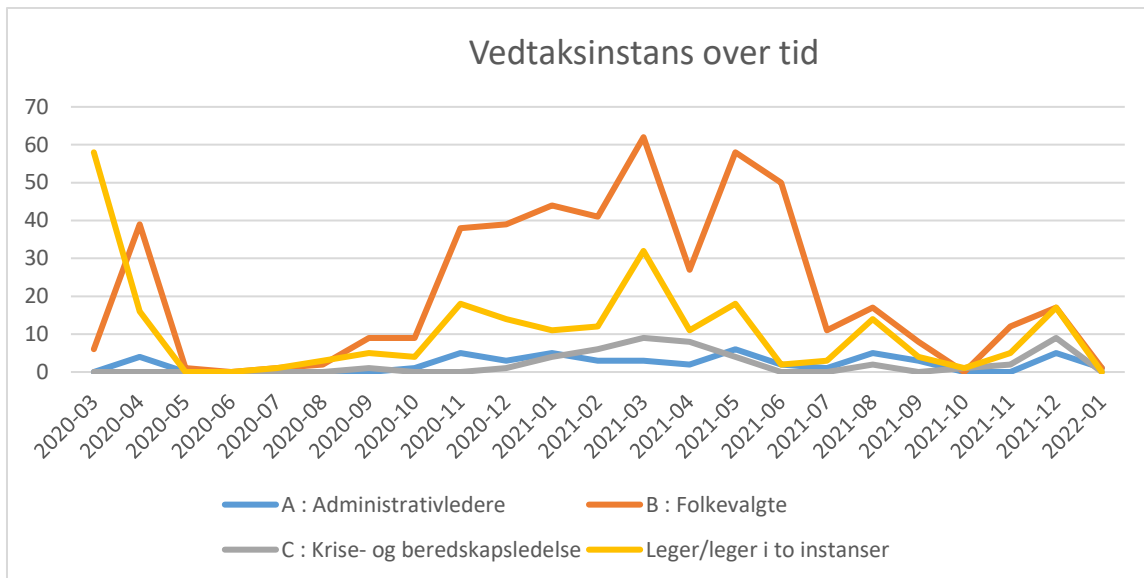


Figur 8: Utviklingen av regulert områder over tid. Figuren viser hvilke områder som var mest regulert i hver måned.

Andre reguleringsbølge: Figur 7 illustrerer at den andre bølgen av reguleringer gradvis startet i august 2020 og varte helt frem til februar 2021. Etter sommerferien og gjennom høsten begynte antallet smittetilfeller gradvis å øke og nådde sitt høydepunkt i november samme år (Høgberg et al., 2023, s. 41). Totalt ble det vedtatt 280 forskrifter i løpet av denne bølgen, som utgjorde 33% av alle lokale forskrifter. Disse forskriftene regulerte omtrent 1720 områder, noe som tilsvarer 47% av alle de regulerte områdene under pandemien. De områdene som ble mest regulert i denne bølgen inkluderte fritid (28%), handel (20%) og sosialt liv (13%), som vist i figur 8. Kommunelegene var ansvarlige for å vedta 24% av alle forskriftene i denne bølgen (figur 8).

Bølgen nådde sitt høydepunkt i november 2020, med totalt 61 vedtatte forskrifter, hvor kommunelegene var ansvarlige for 30% av dem (18 forskrifter). Samtidig startet vaksinasjonsprogrammet i Norge i slutten av desember 2020. I den siste perioden av denne bølgen opplevde Norge sine første to tilfeller av den engelske muterte varianten (Alfa) i

Nordre Follo kommune, noe som førte til nedstengning av denne og 25 kransekommuner, inkludert Oslo (Høgberg et al., 2023, s. 41).



Figur 9 Viser utviklingen av vedtaksinstansene over tid og illustrerer hvilke instanser som vedtok lokale forskrifter i de fem ulike reguleringsbølgene (Ubaid, 2022).

Tredje bølge: Spredningen av Alfa-varianten til flere kommuner i mars førte til at smittetoppen i denne bølgen ble nådd allerede den 22. mars 2021 (Høgberg et al., 2023, s. 42). Figur 7 viser at den tredje bølgen av lokale reguleringer startet i begynnelsen av mars 2020 og varte frem til april 2021. I samme periode ble det innført strenge nasjonale tiltak. På lokalt nivå ble det vedtatt totalt 154 forskrifter i samme perioden. Disse utgjør 18% av alle de lokale forskriftene. Leger vedtok 28% av disse forskriftene som regulerte 705 ulike områder, som tilsvarer 19% av alle de regulerte områdene. Figur 8 viser de mest regulerte områdene i denne bølgen inkludert; fritidsaktiviteter (27%), arrangementer (17%), handel og servering (15%), samt sosialt liv (14%). Toppen av reguleringer ble nådd tidlig i mars 2021, da det ble vedtatt hele 106 forskrifter, hvor leger sto for 30% av disse vedtakene (figur 9).

Fjerde bølge: I denne bølgen var den engelske Alfa-varianten den mest dominerende (Høgberg et al., 2023, s. 43). Ifølge figur 7 begynte den fjerde bølgen av lokale reguleringer i mai 2021 og varte helt frem til oktober 2021. I løpet av denne perioden ble det vedtatt totalt 210 lokale forskrifter i norske kommuner, noe som utgjorde 25% av alle lokale forskrifter. Disse forskriftene regulerte hele 939 områder, tilsvarende 25% av alle områdene. Områder som ble mest regulert i denne bølgen inkluderte salg og kjøp (21%), arrangementer (20%),

fritidsaktiviteter (17%) og sosialt liv (15%) som viste i figur 8. Legene var vedtaksinstans for 20% av forskriftene (figur 9).

Toppen for denne bølgen ble nådd tidlig i mai 2021, med vedtakelsen av 86 lokale forskrifter, hvor legene sto bak 37% av dem (figur 7, 9). Denne reguleringstoppen sammenfalt med innføringen av noen lettelsler i nasjonale tiltak fra regjeringen. Vaksinerte personer kunne nå delta i utendørs idrettsaktiviteter, og barnehager og skoler åpnet for mer fysisk undervisning, samt noen karantene lettelsler (Kunnskapsdepartementet, 2021). Dette indikerer en mulig erstatning av nasjonale tiltak til mer lokale tiltak i områder med høy smittespredning.

Antallet vedtatte lokale forskrifter begynte å avta i løpet av sommeren og høsten, og denne nedgangen fortsatte frem til november 2021. Dette sammenfalt med en gradvis økning i andelen vaksinerte. De fleste nasjonale tiltakene ble ikke opphevet totalt i løpet av sommerferien, men den 25. september ble det innført noen nasjonale lettelsler i tiltakene (Høgberg et al., 2023, s. 43).

Femte reguleringsbølge: I løpet av november økte smittespredningen betydelig på grunn av Delta-varianten (Høgberg et al., 2023, s.43). Samtidig viser figur 7 at den femte bølgen av lokale reguleringer startet i november 2021 og varte helt til januar 2022. I løpet av denne perioden ble det vedtatt totalt 69 lokale forskrifter, som utgjorde 8% av alle lokale forskrifter. Disse forskriftene regulerte 94 områder, tilsvarende 3% av alle de regulerte områdene. De mest regulerte områdene, som vist i figur 8, omfattet tiltak for smittede nærkontakter som ble pålagt karantene (51%) og påbud om bruk av munnbind i alle fellesområder (34%). Legene sto bak 32% av disse forskriftene. Reguleringstoppen for denne bølgen ble nådd i desember 2021, da det ble vedtatt 48 forskrifter, og legene var ansvarlige for 35% av disse vedtakene.

Imidlertid økte antallet sykehusinnleggelser og dødsfall til nye rekordnivåer i desember 2021 (Høgberg et al., 2023, s. 43). Dette førte til at regjeringen innførte den tredje største nedstengingen, som varte frem til 14. februar 2022. I tillegg spredte Omikron-varianten seg raskt i januar og februar 2022, da den var den mest smittsomme varianten av coronaviruset, selv om den førte til mildere sykdomsforløp (Høgberg, et al., s. 44). Den høye vaksinasjonsgraden, økt motstand mot Omikron-varianten og dens mindre alvorlige symptomer førte til total oppheving av både nasjonale og lokale restriksjoner den 12. februar

(Statsminister kontor, 2022). Dette markerer slutten på både nasjonale og lokale koronareguleringer, da det ikke ble innført flere koronatiltak.

Analysen avdekker et stort omfang av lokale koronareguleringer, samtidig som den avslører mange viktige og interessante funn som kan bidra til å forstå variasjonene i kommunenes reguleringer. Mange kommuner i Østlandet har implementert omfattende reguleringer, til og med mer enn større kommuner i andre deler av landet. Det er også variasjoner mellom kommunenes reguleringer innenfor de største tettstedene i landet. Dessuten er det spesielt interessant å se på legenes rolle i beslutningene om reguleringer og demokratispørsmålet knyttet til dette. Alle disse funnene vil bli nærmere diskutert i neste kapittel.

5. Diskusjon

Dette kapittelet tar sikte på å belyse problemstillingen i oppgaven, om variasjonen i omfanget av koronareguleringer mellom norske kommuner. Målet er at denne studien, gjennom avdekking av ulemper, avvik og fordeler, vil bidra til forbedring og oppdatering av krise- og beredskapsarbeidet, inkludert smittevernarbeid. Analysen bygger på de funnene som er presentert, samt det teoretiske rammeverket som omhandler kommunenes rolle som forvaltningsorgan, herunder i krise- og beredskapsarbeidet og smittevernarbeidet, samt deres funksjon som demokratiske organ. Disse to rollene er det som legitimerer kommunalt selvstyre (Rømming, 1999, Del 1).

5.1 Stor variasjon mellom kommunene

Analysen avdekker en stor betydning av den desentraliserte modellen for pandemihåndtering på lokalt nivå. Dessuten avdekker analysen store variasjoner mellom kommunene knyttet til antall forskrifter, områder som ble regulert i disse forskriftene, samt tiltak i hvert område av disse. Variasjonen omfatter også forskriftenes vedtaksdatoer og vedtaksinstansene mellom og innen kommunene. For å oppsummere variasjonen i tiltakene utviklet jeg en indeks for å måle reguleringsgrad i kommunene. Indeksen spenner fra null til 227 poeng og viser betydelig variasjon mellom kommunene.

5.1.1 Hva forklarer variasjonen

Interessant nok avslører analysen at flertallet av kommunene med flest reguleringer ligger i Østlandet (se vedlegg 3). I Tabell 4 kommer frem de ti øverste kommunene på

reguleringsindeksen, hvorav sju av de ti mest regulerte kommunene er lokalisert i Østlandet. Særlig Sarpsborg topper listen, til tross for å være betydelig mindre enn Oslo.

Tabell 4 De ti Kommunene med høyest reguleringsgrad

Kommune	Reguleringsgrad
Sarpsborg	227
Oslo kommune	204
Drammen	197
Moss	196
Ullensaker	182
Sola	172
Randaberg	172
Porsgrunn	170
Stange	168
Sandnes	163

Dette funnet reiser spørsmålet om hvorfor de mest regulerte kommunene er konsentrert på Østlandet, og hva som gjør Sarpsborg til den mest regulerte kommunen. Kan dette skyldes variasjoner i smittetrykket, gitt den ujevne påvirkningen av pandemien på norske kommuner (NOU 2021:6, s. 26)? Dette støttes også av den langsiktige strategien for håndtering av covid-19-pandemien, som understreker at tiltakene skulle tilpasses smittetrykket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.4). Hvis det er

tilfellet, hvorfor var smittetrykket høyt i disse kommunene på Østlandet?

Dette kan forklares ved å se på tolkningen av første ledd i smittevernloven med hensyn til kravet om nødvendighet. Som diskutert i teorikapitlet, betyr kravet om nødvendighet ikke nødvendigvis at det må påvises smitte innenfor kommunegrensen som en forutsetning for lokale tiltak. Dette innebærer at tiltakene også kan være proaktive med formål om å forhindre smittespredning fra andre kommuner i landet (NOU 2021:6, s. 257).

Det er flere faktorer som antas å øke smittespredningen både mellom og innenfor kommunene, og det forventes at smitteekspertene tok disse i betraktning ved beslutningene om tiltak. Man kan anta at disse faktorene ble vurdert i tilfeller der hensikten med tiltakene var å hindre importsmitte (proaktive), også når det allerede var registrert smittetilfeller i kommunen, og formålet var å hindre spredning innenfor kommunegrensen.

Disse faktorene inkluderer blant annet befolkningstetthet (Carrozi, 2020), menneskemobilitet i kommunene (Zhou et al., 2020, s.417), og andelen innbyggere med innvandrerbakgrunn. Sistnevnte er en viktig faktor, da denne gruppen var overrepresentert ved sykehusinnleggelses- og koronarelaterte dødsfall, noe myndighetene var klar over allerede i en tidlig fase av

pandemien (NOU 2022:5, s. 391). Disse faktorene kunne være årsaken til at de fleste regulert områder er konsentrert på Østlandet, altså kunne forklare variasjonen mellom disse kommunene. Dette krever videre forskning på.

5.1.2 Variasjon innen store tettsteder

Denne delen vil belyse reguleringsomfanget innen noen av Norges største tettsteder, som består av flere enn en kommune. Disse er preget av et integrert arbeidsmarked og et felles kollektivtransportnettverk, uavhengig av kommunegrenser. Et tettsted er definert som en samling av boliger og andre offentlige og private bygninger, inkludert skoler, sykehus, fabrikker og boligblokker, der avstanden mellom disse bygningene vanligvis er relativt kort, typisk mellom 50 og 200 meter (Statistisk sentralbyrå, 2022). Det integrerte arbeidsmarkedet, felles kollektivtransport og korte avstander bidrar til høy mobilitet blant innbyggerne innen tettstedene.

Tabell 5 viser betydelige variasjoner i reguleringsgraden blant de ni Oslo-tettstedskommunene.

Oslo tettsted	Reguleringsgrad
Oslo	204
Bærum	23
Asker	119
Lillestrøm	135
Lørenskog	133
Nordre Follo	135
Rælingen	82
Nittedal	7
Leir	43

Oslo-tettstedet som består av ni kommuner er det største tettstedet i Norge med over en million innbyggere og et integrert arbeidsmarked og kollektivtransport (Statistisk sentralbyrå, 2022). Derfor kunne man forvente at kommunene i dette tettstedet, ikke ville variere mye i graden av reguleringsomfang.

Imidlertid viser tabell 4 at det er stor variasjon mellom disse kommunene. Tilsvarende variasjoner innen store tettsteder kan observeres i både Stavanger-tettstedet og Sarpsborg-Fredrikstad-tettstedet. Stavanger-tettstedet inkluderer kommunene Stavanger, Sandnes, Sola og Randaberg (Statistisk sentralbyrå, 2022). Mens kommunene Sola og Randaberg rangerer syvende og åttende på indeksen med 172 poeng hver, scorer Stavanger og Sandnes henholdsvis 143 og 163. Det samme gjelder for kommunene i Sarpsborg- og Fredrikstad-tettstedet. Mens Sarpsborg er den mest regulerte kommunen med 227 poeng på indeksen, scorer Fredrikstad kun 155.

Denne store variasjonen innen tettstedene reiser et spørsmål om variasjonen skyldes manglende koordinering mellom kommunene. Manglende koordinering kan føre til at

tiltakene blir mindre effektive (Boin & Bynander, 2015; Lagreid & Rykkja, 2015). For eksempel, en nedstengning i Oslo kombinert med åpning i nærliggende kommuner kunne førte til at innbyggere i Oslo dro til nærliggende kommuner som Bærum og Lillestrøm for å benytte de åpne tilbudene som kunne resultere i spredning av smitten.

Medieoppslag under pandemien støtter også antakelsen om manglende koordinering. I denne perioden ble det rapportert at folk fra Oslo flyktet til treningssenter i nabokommuner (Ødegard & Enghaug, 2020). Videre, mens Oslo var stengt ned i begynnelsen av mars 2021, var kjøpesentre, kafeer, restauranter og barer åpne i Asker, Bærum og Lillestrøm. Disse kommunene ligger bare noen få minutter fra Oslo, og folk reiste med tog for å benytte de åpne tilbudene (Hagen, 2021). Dette aspektet krever ytterligere forskning, da manglende koordinering kunne redusere effektiviteten av smittetiltakene.

5.2 Utviklingen av lokale reguleringer over tid

Beskrivelsen av pandemiens utvikling i boken *Kriseregulering* (2023) peker på fem separate smittebølger av ulike koronavirusvarianter som rammet Norge. Disse virusvariantene var preget av varierende smittsomhet og dødelighet (Høgberg et al., 2023, s., 41). Det er viktig å merke seg at det var betydelig usikkerhet knyttet til både dødelighet og smittsomhet da disse bølgene nådde Norge. I tillegg er det i dag tilgjengelige smittetall for det totale antallet smittede av alle koronavirusvarianter, og det finnes ingen separate data som skiller mellom smitte med de ulike variantene.

Samtidig, når vi kombinerer både pandemiens utvikling over tid med utviklingen av lokale reguleringer over tid, som denne studien viser, blir det tydelig at smittetallene ikke var den eneste årsaken til økningen i lokale reguleringer i visse perioder. Dette fenomenet kan forklares i noen eksempler: Ved starten av den første bølgen hadde nesten alle kommuner ikke testkapasitet, og det var ingen kjente tilfeller av smitte i disse kommunene. Likevel ble det vedtatt lokale forskrifter i mange av disse kommunene (Høgberg et al., 2023, s., 41). Et konkret eksempel på en kommune som vedtatt en rekke koronaforskrifter i den første bølge med omfattende tiltak før det ble påvist smittetilfeller, er Værøy kommune. Analysen viser at denne kommunen var den første med Oslo til å vedta en lokal forskrift allerede den 11. mars 2020, til og med før den første nasjonale forskriften som trådte i kraft den 12. mars 2020. I

løpet av samme måned og den påfølgende måneden (april) vedtok Værøy ytterligere tre forskrifter, som inkluderte forbud mot adgang til kommunen, forbudt på besøk til sårbare grupper og en rekke andre tiltak. Alle disse forskriftene ble vedtatt før det ble påvist smittetilfeller i kommunene, ettersom smittetall data viser at den første registrert smitte i kommunen var i 17. februar, 202 (VG, u.å.). Det som er spesielt interessant er at alle disse fire forskriftene ble vedtatt av kommuneoverlegen.

Dette tyder på at de fleste lokale tiltakene som ble innført i den første bølgen, var *proaktive* og basert på en vurdering av risikoen for mulig smittespredning. Proaktive tiltak kan sees i lys av forsiktighetsprinsippet (Meßerschmidt, 2020). Denne analysen viser at en stor andel av disse tiltakene var både innreiseforbud eller karantene (39%), samt stengning av campingplasser og hytteforbud for å hindre importert smitte.

I den sene fasen av den andre bølgen ble det påvist bare to smittetilfeller av den engelske varianten- Alfa i Nordre Follo kommune. Dette førte til at både denne kommunen og de omkringliggende kommunene innførte strenge tiltak, selv om det ikke var påvist lokal smitte av denne varianten i de omkringliggende kommunene (Høgberg et al., 2023, s. 41).

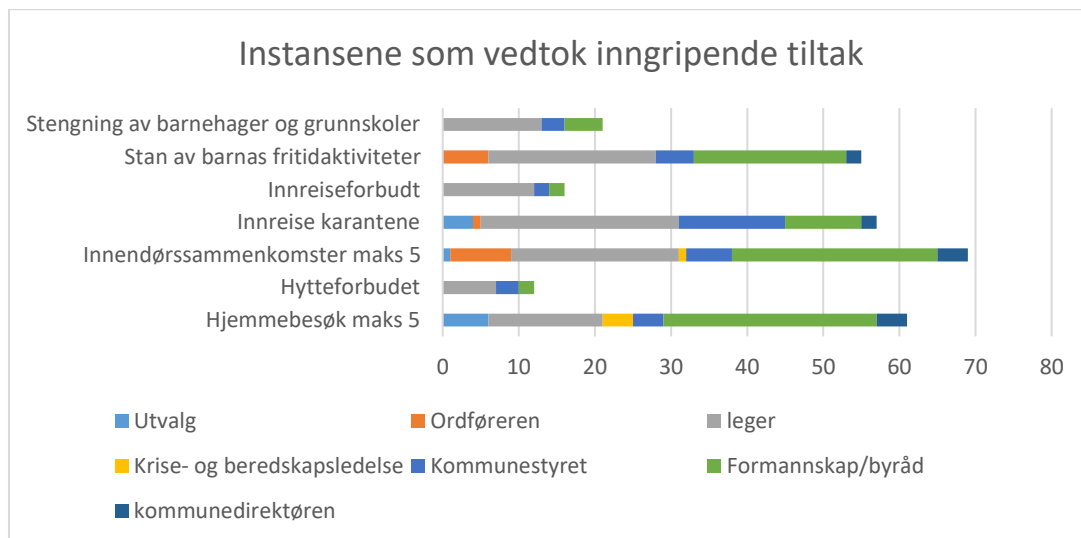
Usikkerheten rundt trusselen hver ny virusvariant var mot mennesker og samfunnet, i tillegg til usikkerheten om tiltak som var effektive resulterte sannsynligvis i en mer proaktiv tilnærming til regulering. Ikke minst demonstrerer eksemplene at dette mønsteret gjentok seg hver gang en ny koronavirusvariant ankom Norge. Figur 7 viser reguleringsbølgene, og beskrivelsen i analysen tyder på at både høydepunktene i første, tredje og femte bølge skyldtes nye koronavirusvarianter. Med andre ord er det tydelig at lokale reguleringer i norske kommuner ikke utelukkende var basert på smittetall, men ofte var et resultat av en proaktiv tilnærming til risikovurdering og usikkerheten knyttet til nye koronavirusvarianter.

5.2.1 Regulerte områder

Kartlegging av tiltakene som ble innført i kommunenes forskrifter viser at nesten alle ulike samfunnsområder ble tillagt en eller annen form av regulering etter smittevernloven § 4-1.bokstaf a) til e). I kommende delkapittel vil fokuset være rettet mot omfanget av brukte inngripende tiltak, hvem som vedtok dem, og hvilke menneskerettigheter de potensielt kan stride mot.

5.2.2 Tiltakene og menneskerettigheter

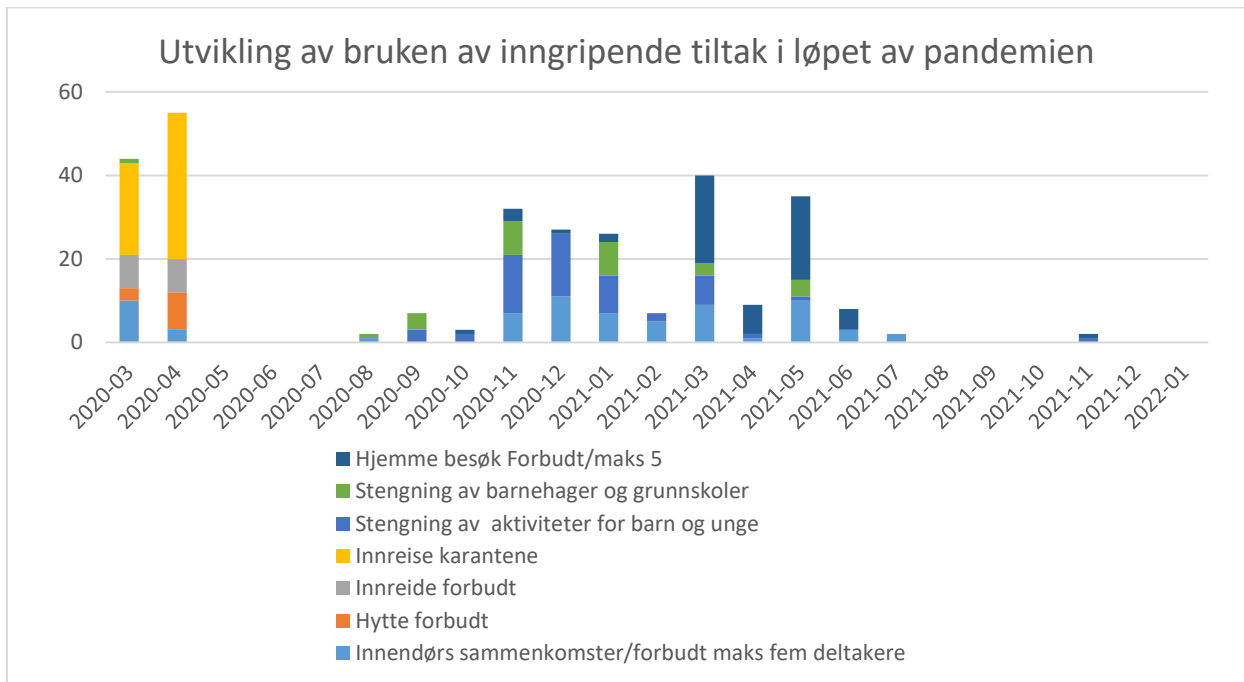
Som tidligere beskrevet i teorikapittelet, representerer Smittevernloven alene ikke den eneste retningslinjen som kommunene må følge når de håndterer pandemier. Kommunale tiltak må overholde både Grunnloven og menneskerettighetskonvensjonene som Norge er bundet av (NOU 2021: 6, s. 261). I både NOU 2021:6 og boken om Kriseregulering, publisert i 2023, diskuteres de juridiske rammene som regulerer en rekke tiltak, både på statlig og lokalt nivå, som anses å være inngripende. Disse tiltakene er oppsummert i figur 10. Denne studien fokuserer ikke på de juridiske rammene eller proporsjonaliteten av slike tiltak, men heller kartlegger omfanget av slike tiltak på lokalt nivå.



Figur 10 Inngripende tiltak i kommunene og de vedtaksinstansene som står bak dem

I Figur 10 fremgår det syv ulike tiltak som er ansett som de mest inngripende ifølge Krisereguleringsboken (Høgberg et al., 2023, s. 441). Disse tiltakene ble brukt totalt 291 ganger og kan kategoriseres i tre hovedgrupper basert på de områdene de regulerer. Den første gruppen inkluderer innreiseforbud, karantene ved innreise og hytteforbud, og disse ble regulert henholdsvis 16, 57 og 12 ganger. Kommunelegene var den største vedtaksinstansen som står bak disse tiltakene. Det er interessant å merke seg at Figur 11 viser at disse tre typene tiltak kun ble brukt under den første bølgen i mars og april 2020. Hytteforbudet utfordrer i høyeste grad menneskers rett til eiendom, som er fastslått i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon, som fastslår at "enhver har rett til å nyte sin

eiendom i fred" (NOU 2021: 6, s. 263). Både innreiseforbudet og karantene ved innreise kommer i konflikt med Grunnloven § 106 første ledd, som slår fast at landets innbyggere har rett til å bevege seg fritt innenfor landets grenser (NOU 2021: 6, s. 263).



Figur 11 Utvikling av bruken av inngripende tiltak i løpet av pandemien

Den andre gruppen av disse tiltakene omfatter regulering av både hjemmebesøk og private sammenkomster utenfor hjemmet, hvor det ble innført enten totalforbud eller en øvre grense på maksimalt fem personer. Når det gjelder hjemmebesøk, ble det innført totalforbud kun i to kommuner, Drammen og Vennesla, mens Nesbyen kommune i Viken innførte en maksimal grense på to gjester to ganger på rad. Maksimal grense på fem gjester ved hjemmebesøk ble innført hele 57 ganger. Disse tiltakene for å regulere hjemmebesøk ble hyppigst brukt i både den tredje og den femte bølgen, spesielt når Alfa-varianten, var utbredt. Formensskapet er den største instansen, etterfølge av leger (figur 10).

Forbud og en øvre grense på fem personer ved private sammenkomster ble innført 69 ganger og var mest utbredt i den andre, tredje og fjerde bølgen. På samme måte sto formannskapet bak de fleste tiltakene, etterfulgt av leger (Figur 10). Disse tiltakene kommer i direkte konflikt med retten til privatliv, nedfelt i Grunnloven § 102, som fastslår at "Enhver har rett til respekt for sitt privatliv, familieliv, hjem og kommunikasjon" (NOU 2021: 6, s. 263)

Den siste gruppen av disse inngripende tiltakene rettet seg mot barn og ungdommer, og inkluderte stenging av barnehager og barneskoler, samt stans av barnas fritidsaktiviteter. Stenging av barnehager og grunnskoler ble iverksatt 29 ganger, og dette tiltaket var mest utbredt i den andre, tredje og i begynnelsen av den femte smittebølgen. Stans av barnas aktiviteter ble brukt 55 ganger, med mest intens bruk i den andre og tredje smittebølgen, som Figur 10 viser. Kommuneleger sto bak de fleste av disse tiltakene, etterfulgt av formannskapet (Figur 10). Disse tiltakene griper direkte inn i barns rettigheter, som er fastlagt i Grunnloven § 109, spesielt retten til utdanning (NOU 2021: 6, s. 263).

Det er viktig å forstå at disse tiltakene utgjør et supplement til nasjonale tiltak, tilpasset kommunenes spesifikke behov og forhold (NOU 2021:6, s. 255). Fraværet av disse tiltakene i en bestemt smittebølge betyr nødvendigvis ikke at de ikke ble iverksatt som en del av nasjonale tiltak. Å vurdere proporsjonaliteten av disse tiltakene i forhold til kommunenes forhold krever videre forskning på hvert enkelt tiltak. Videre er det viktig å se nærmere på legitimiteten til slike inngripende tiltak da det ikke finnes mekanismer for ansvarliggjøring når ikke folkevalgte organer vedtar slike reguleringer/smitteverntiltak.

5.2.3 Politikkutvikling og læring

Både Figur 8 og Figur 11 gir innsikt i hvordan ulike regulerte områder har variert over tid i løpet av pandemien. Analysen av utviklingen av ulike tiltak avdekker betydelige forskjeller mellom de ulike reguleringsbølgene når det gjelder hvilke områder som har blitt regulert. Dette indikerer en dynamisk politikkutvikling og læringsprosess. Dette kan illustreres med konkrete eksempler:

I den første smittebølgen ble områder som omhandlet innreise, hytter og campingplasser regulert med strenge tiltak (se Figur 8). Imidlertid ble det observert at i senere smittebølger var disse områdene ikke lenger underlagt noen form for regulering, selv om de ikke var regulert på nasjonalt nivå (Høgberg et al., 2023, s.418). Disse tiltakene ble primært iverksatt for å begrense import av smitte fra andre kommuner. Gjennom denne analysen kan vi se at slike tiltak gradvis ble erstattet med andre former for regulering, for eksempel forbud mot bruk av treningssentre for personer som ikke var registrert bosatt i kommunen. Et annet

eksempel er påbud om bruk av munnbind. I den første smittebølgen ble dette tiltaket ikke brukt, men i senere bølger ble bruken av munnbind mye mer utbredt (figur 8).

På samme måte ble området som involverte familiemedlemmer og nære kontakter av smittede personer først regulert i oktober 2020, med pålegg om isolasjon for personer i denne gruppen i både Våler og Åsnes kommuner. I månedene som fulgte, ble det samme område regulert i bare noen få kommuner. Imidlertid nådde reguleringen sitt høydepunkt under den siste pandemibølgen som oppsto i november og desember 2021. I denne perioden utgjorde dette området hele 51% av de regulerte områdene. Disse eksemplene illustrerer hvordan reguleringen tilpasset seg i tråd med utviklingen av pandemien og endret seg i takt med endringer i situasjonen.

5.3 Vedtaksinstansen

Smittevernloven § 4-1 plasserer primæransvaret for håndtering av pandemier hos kommunestyrene. Samtidig gir den kommunelegene myndighet til å fatte hastevedtak når situasjonen krever umiddelbare beslutninger, uten tid til å innkalle det vanlige organet for beslutningstaking (Smittevernloven, 1994 §4-1). Analysen av forskriftenes vedtaksinstanser gir et bilde av hvordan kommunestyret, som er de høyeste demokratiske organer i kommunene, har ivaretatt sin rolle under koronakrisen.

Resultatene viser at kun 10,6% av alle lokale forskrifter ble vedtatt av kommunestyrene, og disse forskriftene dekker bare 12% av alle regulerte områder. Andre folkevalgte organer som formannskap, byråd, ordførere og ulike utvalg har vedtatt 48% av de lokale forskriftene, som regulerer 55% av alle regulerte områder.

På den andre siden har ikke-folkevalgte instanser i kommunene vedtatt 41% av forskriftene, som gjelder 33% av alle regulerte områder. Blant disse er kommuneleger den største instansen og har vedtatt hele 26,8% av lokale forskrifter som dekker 22% av alle regulerte områder. Dette indikerer at kommunelegene har fått betydelig myndighet under pandemien, til tross for at de ikke er folkevalgte. Videre viser analysen at kommunelegene har vært de mest betydningsfulle i å iverksette strenge tiltak, noen ganger med potensielle krenkelser av menneskerettigheter som er nedfelt i både grunnloven og internasjonale

menneskerettighetskonvensjoner. Dette inkluderer innreiseforbud, innreisekarantene, hytteforbud, nedstenging av grunnskoler og barnehager, samt spesifikke tiltak rettet mot sårbare grupper som bor i omsorgshjem og eldre med funksjonshemninger (se tabell 2, figur 10).

Den betydelige rollen som kommuneoverlegene fikk i håndteringen av pandemien, viser at bestemmelsen i Smittevernloven § 4, femte ledd, om hastesaker har blitt bredt anvendt og har resultert i innføringen av en rekke inngripende tiltak (Smittevernloven, 1994 § 4-1). Det faktum at slike omfattende tiltak, som påvirker og begrenser befolkningens rettigheter, har blitt fastsatt av ikke-folkevalgte, står i strid med prinsippet om folkesuverenitet. Dette prinsippet understreker at det er de demokratisk valgte representantene, kommunestyret, som skal ha myndighet til å ta slike beslutninger på vegne av kommunens innbyggere (Rømming, 1999, kapittel 1).

Dessuten var makten til kommunelegene på sitt høydepunkt i den første bølgen, der de var ansvarlige for flertallet av tiltakene som ble vedtatt (figur 9). Dette fenomenet peker på en parallell utvikling som er kjent fra industrialiserte demokratier. En rapport om koronareguleringer i slike demokratier har dokumentert hvordan den demokratiske styringen midlertidig ble satt til side under den første smittebølgen av koronapandemien. I stedet ble inngripende tiltak iverksatt av eksperter uten at de gjennomgikk den vanlige demokratiske beslutningsprosessen (Jahn, 2022).

Dette fenomenet kan illustreres i norske kommuner ved hjelp av to eksempler, både fra Oslo og Værøy. Analysen finner at I den første smittebølgen ble det vedtatt samtlige fire forskrifter om omfattende tiltak i Oslo kommune, og alle ble vedtatt av kommuneoverlegen. I senere smittebølger ble det vedtatt 11 forskrifter, alle av byrådet. I Værøy kommune ble totalt fire forskrifter vedtatt, og alle ble vedtatt i den første bølgen. Alle disse forskriftene innførte strenge og inngripende tiltak, inkludert innreiseforbud, og førte til at kommunen ble isolert fra resten av Norge over i nesten en måned, selv om det ikke ble påvist smittetilfeller i kommunen. Det som er interessant, er at kommunen ikke innførte flere tiltak i senere bølger, selv om de ble registrert smittetilfeller. Dette mønsteret gjentok seg, men i mye mindre grad i

de påfølgende reguleringsbølgene, som figur 9 viser. Her kan vi se at antallet forskrifter vedtatt av leger øker i hvert høydepunkt av disse reguleringsbølgene.

Prinsippene bak desentralisering og kommunalt selvstyre har som mål å utvikle effektive løsninger for lokale problemer og behov, samtidig som disse løsningene bør reflektere befolkningens vilje, preferanser og rettigheter. Med andre ord legitimerer effektivitet og demokrati det kommunale selvstyret (Rømming, 1999, kapittel 1).

Imidlertid viser denne analysen at under koronakrisen kom hensynet til effektivitet på bekostning av demokratiske prinsipper, spesielt med tanke på den betydelige makten som kommuneleger utøvde. Dette funnet reiser spørsmål om ekspertenes rolle i krisetider og om dette kan komme i konflikt med demokratiske prinsipper.

5.4 Begrensninger i denne studien

Funnene i denne studien er begrenset til de tilgjengelige dataene som ble benyttet og hentet fra Lovdata (lovdata.no). Det er en usikkerhet knyttet til om alle lokale forskrifter faktisk ble registrert. Dette skyldes at statsforvaltningen ikke har tilstrekkelig oversikt over om kommunene har rapportert alle sine lokale koronaforskrifter, til tross for at det har gått to år siden disse forskriftene ble opphevet. Dette er i strid med statsforvaltningens rolle med tilsyn og oppsyn (NOU 2019: 5, s.92).

Varigheten av disse forskriftene representerer en viktig faktor for å få et helhetlig bilde av omfanget av lokale koronareguleringer. Dessverre ble denne variabelen ikke fullstendig kartlagt, da innsamlingen av slike data er tidkrevende.

6. Konklusjon

Norge har en desentralisert modell for pandemihåndtering der kommunene spiller en sentral rolle i tråd med nærhetsprinsippet som krise- og beredskapsarbeidet er bygget på. Dessuten utgjør både smittevernloven, grunnloven, menneskerettighetskonvensjoner, og statens forskrifter og strategier rammer for kommunenes pandemihåndteringsarbeid. I denne studien ble en blandet metode brukt for å utforske hvordan norske kommuner har ivaretatt denne oppgaven under koronapandemien. Målet var å avdekke både omfanget av lokale koronareguleringer i kommunene, samt variasjonen mellom kommunene knyttet til denne

reguleringen. Formålet var å skaffe et helhetlig bilde som kan bidra til forbedring av lover og strategier på dette området.

Analysen finner at omfanget av bruken av lokale koronatiltak har vært stort, hvor 171 kommuner har funnet det nødvendig med lokale tiltak. En stor andel av disse kommunene ligger i Østlandet. Dette fenomenet krever videre forskning for å forstå hvorfor disse kommunene var blant de mest regulerte kommunene, og hvilke spesifikke kjennetegn som gjorde det nødvendig med lokale tiltak. Samtidig viser analysen at antall registrerte smittetilfeller i kommunene var ikke alene det som sto bak denne reguleringen i visse perioder. Dette tyder på at det kunne være andre forhold i disse kommunene i tillegg til smittetrykket som bidro til denne store reguleringen. Videre avdekker analysen store reguleringsforskjeller innen norske største tettsteder, noe som kunne ha påvirket effektiviteten til disse tiltakene. Videre forskning er viktig for å danne et grunnlag for en mer koordinert håndtering.

Det mest interessante funnet i denne studien er kommuneoverlegens rolle i håndtering av pandemien. Omfanget av deres rolle har vært stort, altså tiltakene som de vedtok var blant de mest inngripende. Dette funnet reiser spørsmål om ekspertenes rolle i krisetider og om dette kan komme i konflikt med demokratiske prinsipper. Med andre ord, reises det spørsmål om behovet for endringer i smittevernloven § 4-1 med tanke på aspekter som er viktige for ansvarliggjøring og legitimitet i styringen i krisetider.

Litteraturliste

Baldersheim, H., & Rose, L. E. (2019). *Det kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (1. utgave. ed.). Fagbokforlaget.

Boin, A., & Bynander, F. (2015). Explaining success and failure in crisis coordination. *Geografiska Annaler, Series A: Physical Geography*, 97(1), 123–135.
<https://doi.org/10.1111/geoa.12072>

Carozzi, F., Provenzano, S., & Roth, S. (2022). Urban Density and COVID-19. *Annals of Regional Science*, 201-232. <https://www.iza.org/publications/dp/13440/urban-density-and-covid-19>

Fimreite, A.L., Lango, P., Lægreid, P., Rykkja, L.H. (2011) *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering*. Universitetsforlaget.

Forvaltningsloven. (1967). Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (LOV-1967-02-10). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>

Hagen, F. (2021, 2. mars). Nabokommunene åpnes mens Oslo holder stengt: frykter ikke øl-turister. *Dagsavisen, nyheter*. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/2021/02/17/nabokommunene-apner-mens-oslo-holder-stengt-frykter-ikke-ol-turister/>

Haug, A.V., Baldersheim, H. og Sefton, T. (2022). *Citizen acceptance of local pandemic measures: Comparative analysis of the Nordic countries*. Artikkelutkast presentert på NORKOM-konferansen i Reykjavik, november 2022 (etter avtale, upublisert)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 07. mai). Langsiktig strategi for håndteringen av covid-19-pandemien. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/id2848194/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, 16. januar). Grunnstrukturen i helsetjenesten. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

Høgberg, B. M., Holmøyvik, E., & Eriksen, C. C. (Red.). (2023). *Kriseregulering: Lovgivning under koronakrisen* (1. utg.). Universitetsforlaget.

IBM. (u.å.). *IBM SPSS Statistics*. Hentet 7. november. 2023 fra <https://www.ibm.com/spss>

Indset, M & Stokstad, S (2020). *Kommunenes praktisering av smittevernloven under covid19-pandemien*. By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet.
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/6527>

Jahn, D. (2022). Politics and corona lockdown regulations in 35 highly advanced democracies: The first wave. *International Political Science Review*, 44(11124), 019251212210781. <https://doi.org/10.1177/01925121221078147>

Johan P. Olsen (Ed.) (1978). Politisk organisering, Bergen, Oslo, Trondheim. Universitetsforlaget.

Kommunal- og distriktsdepartementet. (2020, 12. desember). *Statlig styring av kommuner og fylkeskommuner*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/8d68861d5d014c6ab4183f9f77137760/veileder-om-statlig-styring-av-kommunesektoren-med.pdf>

Kommuneloven. (2018). Lov om kommuner og fylkeskommuner (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83>

Kringstad, K., Børstad, J., Zondag, M. H. (2020, 20. mars). Kommuner vedtar egne koronaregler – kan stride mot loven. *NRK*. <https://www.nrk.no/trondelag/fylkesmenn-skall-kontrollere-om-kommunenes-koronavedtak-er-lovlige-eller-ikke-1.14953723>

Kunnskapsdepartementet. (2021, 21. mai). *Åpner for grønt tiltaksnivå i barnehager og skoler og mer fysisk undervisning for studentene*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/kd/nyheter/2021/apner-for-gront-tiltaksniva-i-barnehager-og-skoler-og-mer-fysisk-undervisning-for-studentene/id2850286/>

Lagreid, P., & Rykkja, L. H. (2015). Organizing for “wicked problems” – analyzing coordination arrangements in two policy areas: Internal security and the welfare administration. *International Journal of Public Sector Management*, 28(6), 478–493. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2015-0009>

Lie, M. H. (2023). Kommunal innreisekarantene (“Søringkarantene”). In B. M. Høgberg, E. Holmøyvik, & C. C. Eriksen (Eds.), *Kriseregulering. Lovgivning under Koronakrisen* (pp. 393–415). Fagbokforlaget.

Liren, h. Qi, C. Yang, Z. Shang, L. Xie, G. Wang, R. Sun, L. Xu, M. Yang, W. Chung, M. C. (2021). Socio-Economic Factors Affecting the Regional Spread and Outbreak of COVID-19 in China. *Iran Journal Public Health*, 50(7), 1324-1333. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8426763/pdf/IJPH-50-1324.pdf>

Lode, S.C. (2021, 28. februar). Molde-ordfører om smitten: – Lite imponert over hva Oslo har fått til. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/1BRkpK/molde-ordfoerer-om-smitten-lite-imponert-over-hva-oslo-har-faatt-til>

Mamelund, S. E., & Dimka, J. (2021). Not the great equalizers: Covid-19, 1918–20 influenza, and the need for a paradigm shift in pandemic preparedness. *Population Studies*, 75(S1), 179–199. <https://doi.org/10.1080/00324728.2021.1959630>

Marthinussen, H. F. (2023). Kommunal forbudsiver og rettsstatens utilstrekkelighet. In B. M. Høgberg, E. Holmøyvik, & C. C. Eriksen (Eds.), *Kriseregulering. Lovgivning under Koronakrisen* (pp. 441–482). Fagbokforlaget.

Meßerschmidt, K. (2020). COVID-19 legislation in the light of the precautionary principle. *Theory and Practice of Legislation*, 8(3), 267–292.

<https://doi.org/10.1080/20508840.2020.1783627>

Morse, J. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Nursing Research*, 40(2), 120–123. https://www.researchgate.net/profile/Janice-Morse/publication/231749811_Development_of_a_Scale_to_Identify_the_Fall-Prone_Patient/links/54e88a070cf27a6de10f01bc/Development-of-a-Scale-to-Identify-the-Fall-Prone-Patient.pdf

Nordensvärd, J., Sefton, T., & Godenhjelm, S. (2023). Interpreting the state – citizen nexus in contemporary Nordic legal and social citizenship: the case of divergence in restriction on freedom of movement as a mitigation policy in the COVID-19 pandemic. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/ics.2023.5>

NOU 2019: 5. (2019). *Ny forvaltningslov: Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)*. Justis- og beredskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-5/id2632006/>

NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien Rapport fra Koronakommisjonen*. Statsminister kontor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>

NOU 2022: 5. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*.

Statsministerens kontor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>

NOU 2023: 9. (2023). *Generalistkommunesystemet: Likt ansvar – ulike forutsetninger*.

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Teknisk redaksjon.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-9/id2968517/>

NTNU (u.å.). *NVivo*. Hentet 1. desember 2022 fra <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/NVivo>

Oates, W. E. (1999). An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*, 37, 1120–1149. <https://www-jstor->

org.ezproxy.oslomet.no/stable/2564874?searchText=&searchUri=&ab_segments=&searchKey=&refreqid=fastly-default%3Ad7d22827a2404fc611846ba8438f418f&seq=1

Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (4. utg.). Fagbokforlaget.

Rowe, B.R., Canosa, A., Drouffe, J.M., & Mitchell, J.B.A. (2021). Simple quantitative assessment of the outdoor versus indoor airborne transmission of viruses and COVID-19. *Environmental Research*, 198, 111189. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111189>

Rømming, E. (1999). *Makt- og demokratiutredningens rapportserie* (ISSN 1501-3065). Universitetet i Oslo.
<https://www.sv.uio.no//mutr/publikasjoner/rapporter/rapp1999/rapport5.html>

Saxi, H.P. (2015) *Formannskap eller kommuneråd? Passer parlamentarisme i vår kommune?*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/618c764e07eb413a8e2d7cda7c212f47/notat-formannskap-eller-parlamentarisme.pdf>

Schoonenboom, J., & Johnson, R. B. (2017). How to construct a mixed methods research design. *Kolner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 69(Suppl 2), 107–131.
<https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1>

Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer. (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernloven>

Høydahl, E. (2017). *Ny sentralitetsindeks for kommunene* (Notater 2017/40). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/330194?_ts=15fdd63c098

Statsministers kontor. (2022, 12. februar). *Smitteverntiltakene oppheves lørdag 12. februar*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/smitteverntiltakene-oppheves/id2900873/>

Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* (1. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Ubaid, R. I. (2022). Demokratisk forankring av lokale forskrifter i Norge under Covid-19-pandemien (Semesteroppgave). OsloMet.

Utdanningsdirektoratet. (2021, 06. juni). *Lokale forskrifter*. Udir.
<https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/saksbehandling/lokale-forskrifter/>

VG. (u.å.). VG Corona Spesial - Fylker og Kommuner. Hentet 09. november. 2023 fra <https://www.vg.no/spesial/corona/fylker/18/kommuner/1857/>

Zhou, Y., Xu, R., Hu, D., Yue, Y., Li, Q., & Xia, J. (2020). Effects of human mobility restrictions on the spread of COVID-19 in Shenzhen, China: a modelling study using mobile phone data. *The Lancet Digital Health*, 2020(2), 417-424. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-7500%2820%2930165-5>

Ødegård, S.S. (2020, 10. nov). Flyktet fra lockdown-Oslo: – Vi stenger ikke ute Oslo-borgere. *TV 2, Nyheter*. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/flyktet-fra-lockdown-oslo-vi-stenger-ikke-ute-oslo-borgere/11769226/>

Vedlegg 1: Kategorisering av Reguleringsområder og Typeregulering i respektive områder

Hoved samfunnsområder	Underområder (33 områder)	Typeregulering		
		Anbefaling	Begrensninger	Streng
Fritid	Treningsvirksomheter - Treningssentre - Svømmehaller		- Kun Individuelle trening - En meter/to meter avstand - Kun for de som er bosatt i kommunen	Stengning
	Underholdningsvirksomheter - Fornøyelsesparker - Bingohaller - Spillehaller - Lekeland - Bowlinghaller - Tilsvarende steder			Stengning
	Kulturs virksomheter - Offentlige steder og virksomheter der det foregår kultur aktiviteter som museer, biblioteker, kinoer og liknende		- Stengning av noen virksomheter - Begrensning av antall gjester	Stengning av alle
	Breddeidrett og utetrening for voksne - Breddeidrett - Organiserte gruppetrening for voksne		- Begrenset antall deltakere	Stans
	Fritidsaktiviteter for barn			Stans
	Campingplasser		Vilkår for åpning av campingplasser	Stengning
	Hytte			Forbudt for personer som ikke er bosatt i kommunen
	Aktiviteter for eldre og funksjonshemmede			Stans
	Skianlegg			Stengning
	Kjøp og salg	Butikker og kjøpesentre		Begrensning i antall kunder
Utesteder, restauranter og kafeer			- Gjestregistrering - Avstandskrav (en meter)	Stengning
Skjenkebevilling			- Skjenkestopp 21:00	Forbudt

			<ul style="list-style-type: none"> - Skjenkestopp 22:00 - Skjenkestopp 23:00 - Skjenkestopp 24:00 	
Arrangementer	Innendørsarrangementer <ul style="list-style-type: none"> - Idrettsarrangementer - Konserter - Kulturarrangementer - Seminarer - religiøse samlinger 		Begrensning i antall deltakere Registrering krav	Forbudt
	Utendørsarrangementer <ul style="list-style-type: none"> - Idrettsarrangementer - Konserter - Kulturarrangementer - Markeder - Religiøse samlinger 		Begrensning i antall deltakere Registrering krav	Forbudt
	Russefeiringer i form av rolling			Forbudt
Sosialt liv	Hjemme gjester		Begrensning i antall gjester 10+	Forbudt Maks 2 gjester Maks 5 gjester
	Besøk til sårbare grupper Bor i helse- og omsorgsinstitusjoner <ul style="list-style-type: none"> - Sykehus - Eldreinstitusjoner - bofelleskap og boliger med sårbare grupper 		Begrenset til det som er helt nødvendig, i tillegg til andre pålagte restriksjoner	Forbudt
	Innendørs private sammenkomster <ul style="list-style-type: none"> - bursdagsselskaper - bryllup - jubileer - familiesammenkomster, vennemøter lignende arrangementer 		Begrenset antall deltakere 10+	Forbudt Maks 5 deltakere
	Utendørs private sammenkomster <ul style="list-style-type: none"> - bursdagsselskaper - bryllup - Jubileer - Familiesammenkomster - lignende arrangementer 		Begrenset antall deltakere 10+	Forbudt/ maks fem deltakere
Munnbind og personlig hygiene	Munnbind	Anbefaling om bruk av munnbind	I noen områder som: <ul style="list-style-type: none"> - Kollektivreiser - Butikker - En- til- en virksomheter 	Påbudt I alle felles arealer

	Personlig hygiene	Anbefalinger		
Arbeidsplasser	Kontorarbeidsplasser (hjemmekontor)	Anbefaling		Påbud
	En til en virksomheter - Frisør - Hudpleie - Tatoverings - Hulltakingstjenester			Stengning
	Byggeplasser		Restriksjoner	
	Kollektivreiser	Anbefaling om å unngå kollektivreiser	Begrensning i kapasitet En meteravstandskravet	
Smittedes nærkontakter	Smittedesfamiliemedlemmer og nærkontakter		Unntak for noen grupper Ungdommer under 18 Sykepleiere	Karantene
Utdannings- og opplæringsinstitusjoner	Barnehager			Stengning
	Grunnskoler - Barneskoler - Ungdomsskoler			Stengning
	Videregående skoler og voksenopplæring			Stengning
	Universiteter og høyskoler og fagskoler			Stengning
Adgang til kommune	Innreise til kommune	Anbefaling	Karantene	Forbudt
	Fortøyning ved kommunale kaier og brygger og gjestehavner			Forbudt
	Anløp av Cruiseskip og andre fartøy			Forbudt

Vedlegg 2: Reguleringsområder i Prosent

	Hoved regulertområder	%		Underområder	%
1	Fritid	23,9 %	1	Treningsvirksomheter	6,15 %
			2	Breddeidrett og utetrening for voksne	5,54 %
			3	Underholdningsvirksomheter	4,88 %
			4	Kulturs virksomheter	4,36 %
			5	Utendørsfritidsaktiviteter for barn	1,60 %
			6	Hytte	0,33 %
			7	Skianlegg	0,17 %
			8	Campingplasser	0,52 %
			9	Aktiviteter for eldre og funksjonshemmede	0,33 %
2	Salg og kjøp	16,1 %	10	Utesteder, restauranter og kafeer	5,71 %
			11	Skjenkebevilling	5,65 %
			12	Butikker og kjøpesentre	4,71 %
3	Arrangementer	15,0 %	13	Innendørsarrangementer	8,32 %
			15	Utendørsarrangementer	6,04 %
			16	Russefeiringer i form av rolling	0,69 %
4	Sosialt liv	13,9 %	17	Innendørs private sammenkomster	5,84 %
			18	Utendørs private sammenkomster	4,85 %
			19	Besøk til sårbare grupper	1,54 %
			20	Hjemme gjester	1,68 %
5	Munnbind og personlig hygiene	11,6 %	21	Munnbind	11,25 %
			22	Personlig hygiene	0,36 %
6	Arbeidsplasser	5,5 %	23	Hjemmekontor	5,13 %
			24	Byggeplasser	0,30 %
			25	En til en virksomheter	0,08 %
7	kollektivreiser	4,3 %	26	Kollektivreise	4,30 %
9	Smittedes nærkontakter	3,8 %	27	Smittedes nærkontakter og familiemedlemmer	3,80 %
	Utdanning- og opplæringsinstitusjoner	3,2 %	28	Barnehager	0,30 %
			29	Grunnskoler	0,58 %

10			30	Videregående skole og voksenopplæring	1,30 %
			31	Universiteter, høyskoler og fagskoler	1,05 %
11			32	Innreise	2,23 %
			33	Fortøyning ved kommunale kaier og brygger og gjestehavner	0,25 %
			34	Anløp av Cruiseskip og andre fartøy	0,17 %
	Adgang til kommune	2,6 %			
	Sum	100,0 %			100%

De 33 underområdene sortert fra høyeste til laveste andel

	I prosent
Regulert områder	
Munnbind	11,25 %
Innendørsarrangementer	8,32 %
Treningsvirksomheter	6,15 %
Utendørsarrangementer	6,04 %
Innendørs private sammenkomster	5,84 %
Utsteder, restauranter og kafeer	5,71 %
Skjenkebevilling	5,65 %
Breddeidrett og utetrening for voksne	5,54 %
Hjemmekontor	5,13 %
Underholdningsvirksomheter	4,88 %
Utendørs private sammenkomster	4,85 %
Butikker og kjøpesentre	4,71 %
Kulturs virksomheter	4,36 %
Kollektivreise	4,30 %
Smittedes nærkontakter og familiemedlemmer	3,80 %
Innreise	2,23 %
Hjemme gjester	1,68 %

Utendørsfritidsaktiviteter for barn	1,60 %
Besøk til sårbare grupper	1,54 %
Videregående skole og voksenopplæring	1,30 %
Universiteter, høyskoler og fagskoler	1,05 %
Russefeiringer i form av rolling	0,69 %
Grunnskoler	0,58 %
Campingplasser	0,52 %
Personlig hygiene	0,36 %
Hytte	0,33 %
Aktiviteter for eldre og funksjonshemmede	0,33 %
Byggeplasser	0,30 %
Barnehager	0,30 %
Fortøyning ved kommunale kaier og brygger og gjestehavner	0,25 %
Skianlegg	0,17 %
Anløp av Cruiseskip og andre fartøy	0,17 %
En til en virksomheter	0,08 %
Sum	100,00 %

Vedlegg 3: De 50 mest regulerte kommunene

	Kommune	Region	Reguleringsgrad
1	Sarpsborg	Østlandet	227
2	Oslo kommune	Østlandet	204
3	Drammen	Østlandet	197
4	Moss	Østlandet	196
5	Ullensaker	Østlandet	182
6	Sola	Vestlandet	172
7	Randaberg	Vestlandet	172
8	Porsgrunn	Østlandet	170
9	Stange	Østlandet	168
10	Sandnes	Vestlandet	163
11	Fredrikstad	Østlandet	155
12	Nannestad	Østlandet	151
13	Skien	Østlandet	150
14	Askøy	Vestlandet	140
15	Hamar	Østlandet	137
16	Frogn	Østlandet	136
17	Nordre Follo	Østlandet	135
18	Lillestrøm	Østlandet	135
19	Stavanger	Vestlandet	134
20	Lørenskog	Østlandet	133
21	Trondheim	Trøndelag	133
22	Ringsaker	Østlandet	128
23	Hammerfest	Nord-Norge	125
24	Frøya	Trøndelag	122
25	Asker	Østlandet	119
26	Løten	Østlandet	118
27	Halden	Østlandet	109
28	Våler (Innlandet)	Østlandet	109
29	Sula	Vestlandet	104
30	Åsnes	Østlandet	103
31	Samnanger	Vestlandet	103
32	Giske	Vestlandet	102
33	Ålesund	Vestlandet	101
34	Gran	Østlandet	100
35	Kristiansand	Sørlandet	98
36	Enebakk	Østlandet	95
37	Vennesla	Sørlandet	94
38	Bergen	Vestlandet	85
39	Hvaler	Østlandet	83
40	Rælingen	Østlandet	82
41	Bamble	Østlandet	78

42 Vestby	Østlandet	75
43 Osterøy	Vestlandet	73
44 Nesodden	Østlandet	69
45 Kvitsøy	Vestlandet	65
46 Froland	Sør-Norges	62
47 Indre Østfold	Østlandet	61
48 Hitra	Trøndelag	58
49 Værøy	Nord-Norge	56
50 Elverum	Østlandet	56

Vedlegg 4: Vedtaksinstans

1. Antall forskrifter per vedtaksinstans

Vedtaksinstans	Antall Forskrifter	I %
Kommunestyre	89	10,6 %
Formannskap/byråd	287	34,3 %
Ordfører	102	12,2 %
Utvalg	15	1,8 %
Krise- og beredskapsledelse	47	5,6 %
Kommunedirektøren	59	7,0 %
Leger	238	28,4 %
sum	837	100,0 %

2. Antall regulertsområder per vedtaksinstans

Vedtaksinstan	Antall regulert områder
1 : Administrativledere	262
2 : Formannskap	1612
3 : Kommunestyret	430
4 : Krise-og beredskapsledelse	143
5 : IEGER	810
6 : Ordføreren	371
7 : Utvalg	53
Sum	3681

3. Områder som Leger og kommunedirektørene regulert mest

Område	Regulering	Andelen som vedtatt av leger	andelen vedtatt av kommunedirektøren	leger + kommunedirektør
Barn og ungdommers utendørs idrettsaktiviteter	Forbudt	41 %	5 %	46 %
Barnehager	stengning	40 %	0 %	40 %
Grunnskoler	Stengning	58 %	0 %	58 %
Videregående skoler og voksenopplæring	Stengning	36 %	4 %	40 %
Besøk til sårbare grupper	Restriksjoner og forbudt	38 %	11 %	49 %
Aktiviteter for eldre og funksjonshemmede	Stans	45 %	18 %	63 %

Innreise til kommune	Innreiseforbudet og innreisekarantene	52% (75% av alle innreise forbudet og 46% av all innreise karantene)	2 %	54 %
Hytte	Hytteforbudet	58 %	0 %	58 %
Campingplasser	Restriksjoner og stengning	50 %	6 %	56 %
Smittedes nærkontakter og familiemedlemmer	Unntak for noen grupper	33 %	18 %	51 %
personlig hygiene	Anbefalinger	54 %	0 %	54 %

Vedlegg 6: Oversikt over de ti regulerte områdene gjennom de fem reguleringsbølgene

Dato	Arbeidsliv	Arrangementer Fritid	Handel og servering	Innreise	Kollektiv reise	Munnbind og personlig hygiene	Opplærings- og utdanningsinstitutter	Smittedes nærkontakter og familiemedlemmer	Sosialliv	Sum	i %
Første bølge											
2020-03	12	7	16	11	41	11	9	1	0	25	133
2020-04	6	3	19	2	50	6	4	0	0	12	102
2020-05	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5
2020-06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2020-07	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Sum	19	10	35	13	93	18	14	1	0	38	241
i %	8 %	4 %	15 %	5 %	39 %	7 %	6 %	0 %	0 %	16 %	100 %
Andre bølge											
2020-08	1	0	5	5	1	1	1	1	1	3	19
2020-09	3	16	14	14	0	7	7	8	0	13	82
2020-10	6	17	11	16	0	7	9	2	0	9	77
2020-11	32	57	153	98	1	30	49	25	3	85	533
2020-12	14	56	122	89	0	29	45	2	2	67	426
2021-01	20	50	124	82	0	23	52	18	1	40	410
2021-02	13	15	44	41	0	13	30	0	1	15	172
Sum	89	211	473	345	2	110	193	56	8	232	1719
i %	5 %	12 %	28 %	20 %	0 %	6 %	11 %	3 %	0 %	13 %	100 %
Tredje bølge											
2021-03	37	80	164	84	1	8	62	22	11	74	543
2021-04	6	39	28	22	0	3	30	6	3	25	162
Sum	43	119	192	106	1	11	92	28	14	99	705
i %	6 %	17 %	27 %	15 %	0 %	2 %	13 %	4 %	2 %	14 %	100 %
Fjerde bølge											
2021-05	31	133	141	117	0	9	59	29	10	91	620
2021-06	13	39	21	51	0	5	19	2	4	44	198
2021-07	5	12	0	20	0	0	6	0	8	3	54
2021-08	0	0	2	5	0	0	9	0	29	3	48
2021-09	0	0	0	1	0	0	1	0	15	0	17
2021-10	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Sum	49	184	164	194	0	14	94	31	68	141	939
i %	5 %	20 %	17 %	21 %	0 %	1 %	10 %	3 %	7 %	15 %	100 %
Femte bølge											
2021-11	3	1	1	4	0	3	7	0	14	1	34
2021-12	0	0	0	1	0	0	24	0	33	0	58
2022-01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	3	1	1	5	0	3	31	0	47	1	92
i %	3 %	1 %	1 %	5 %	0 %	3 %	34 %	0 %	51 %	1 %	100 %
Sum total	203	525	865	663	96	156	424	116	137	511	3696
i %	5 %	14 %	23 %	18 %	3 %	4 %	11 %	3 %	4 %	14 %	100 %

Vedlegg 6: Respons fra statsforvaltere vedrørende gjennomgang av registreringen av lokale forskrifter

1. statsforvalteren Nordland

Henvendelse fra masterstudent - koronarelaterte lokale forskrifter som ble vedtatt av norske kommuner i l...



Sande, Tor <tor.sande@statsforvalteren.no>
Til Rami Ismail Ubaid

Svar

Svar til alle

Videresend



Tue 17/10/2023 13:17

Avsenderen tor.sande@statsforvalteren.no er fra utenfor organisasjonen.

Følg opp. Fullført 06 November 2023.

Henvendelse fra masterstudent - koronarelaterte lokale forskrifter som ble vedtatt av norske kommuner i løpet av pandemiperioden.PDF
318 KB

Start svar til alle med:

Takk for svar.

Takk for svaret.

Takk for den raske responsen.

Tilbakemelding

Hei.

Viser til din henvendelse hit 09.09.23.

Vi har ingen oversikt over hvilke lokale forskrifter som nevnt som ikke er publisert i Norsk Lovtidend.

Jeg anbefaler derfor at du kontakter den enkelte kommune om dette.

Med vennlig hilsen

Tor Sande
Underdirektør

Telefon: 75 53 16 20

Mobil:

E-post: tor.sande@statsforvalteren.no

2. Statsforvalteren Innlandet



Statsforvalteren i Innlandet

Vår dato:

18.09.2023

Vår ref:

2023/3277

Deres dato:

Deres ref:

Rami Ismail Ubaid

Saksbehandler, innvalgstelefon

Katrine Tømmerdal Nordby, 62 55 11 37

Svar på henvendelse vedrørende Registrering av Koronarelaterte Lokale Forskrifter i Norsk Lovtidend

Statsforvalteren viser til henvendelse den 09.09.2023, Vi har ikke en slik oversikt som du ber om. Vi ga mye veiledning og bistand til kommunene om dette, men selve registreringen i lovdata har ikke vi noe oversikt over.

Med hilsen

Katrine Tømmerdal Nordby (e.f.)
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent

3. Statsforvalteren Vestfold og Telemark

Kunngjøring av lokale korona-forskrifter



Biering, Mette <mette.biering@statsforvalteren.no>
Til Rami Ismail Ubaid

Avsenderen mette.biering@statsforvalteren.no er fra utenfor organisasjonen.

[← Svar](#)[↶ Svar til alle](#)[→ Videre send](#)

Thu 14/09/2023 10:

Det er ikke ofte du mottar e-post fra mette.biering@statsforvalteren.no. [Finn ut hvorfor dette er viktig.](#)

Vi viser til e-post av 09.09.2023 der du ber om informasjon om alle kommuner i vårt fylke har fulgt kravene til registrering og kunngjøring av lokale korona-forskrifter.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark har ingen fullstendig oversikt over dette. Du bør derfor ta direkte kontakt med kommunene for å få denne informasjonen.

Med vennlig hilsen

Mette Biering
fagsjef



Statsforvalteren i Vestfold og Telemark

Telefon: 33 37 11 28
Mobil: 41 33 20 56
E-post: mette.biering@statsforvalteren.no
Web: www.statsforvalteren.no/vt

4. Statsforvalteren Oslo og Viken

Spørsmål om kunngjøring av lokale smittevernforskrifter



Nygaard, Jens Ragnar <jens.nygaard@statsforv>
Til Rami Ismail Ubaid
Kopi Asbjørnsen, Anette

Avsenderen jens.nygaard@statsforvalteren.no er fra utenfor organisasjonen.

[← Svar](#)[↶ Svar til alle](#)[→ Videre send](#)

Fri 22/09/2023 08:2

Det er ikke ofte du mottar e-post fra jens.nygaard@statsforvalteren.no. [Finn ut hvorfor dette er viktig.](#)

Vi takker for henvendelsen din med spørsmål om kommunene i fylket har etterlevd forvaltningslovens krav til kunngjøring av lokale forskrifter under koronapandemien.

Helseavdelingen hos statsforvalteren var som fagavdeling tildelt en rekke oppgaver i den regionale håndteringen av pandemien, bl.a. å holde oversikt over og koordinere kommunenes håndtering av smittevernet lokalt. Vi kjenner ikke til at det har forekommet at påberopte lokale forskrifter ikke oppfyller forvaltningslovens krav til kunngjøring. I vårt løpende arbeid med å holde oversikt over de aktuelle lokale forskriftsfestede smitteverntiltakene har vi benyttet kunngjøringene hos Lovdata som grunnlag, i tillegg til kommunenes egenrapportering av enkelte tiltak som vi har videreformidlet til Helsedirektoratet.

Dersom du har behov for å innhente informasjon om praksis for kunngjøring av forskrifter i den enkelte kommune, må vi henvis deg til å kontakte kommunene direkte.

Med vennlig hilsen

Jens Ragnar Nygaard
seniorrådgiver



Statsforvalteren i Oslo og Viken

helseavdelingen
Telefon: 69 24 70 92

