



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

Referat

Referat fra Koronakommisjonens intervju med Espen Nakstad

Intervju av	Espen Nakstad, ass helsedirektør (til 14. mars leder CBRNE)
Sted	Kommisjonens lokaler, Tollbugt. 12
Tid	12. januar kl. 11-12
Intervjuere	Stener Kvinnsland, Leder av Koronakommisjonen Egil Matsen, Geir Sverre Braut
Kommisjonsmedlemmer til stede digitalt	Knut Eirik Dybdal, Tone Fløtten, Nina Langeland
Ev intervjuobjektets bisittere	
Referent	Siri Halvorsen, sekretariatsleder og Thea Westhagen Edell, sekretariatet

1. Innledning av samtalen

Sekretariatsleder gikk gjennom en del formaliteter knyttet til gjennomføringen av intervjuet, og påpekte at det skrives referat og tas lydopptak fra samtalen.

Sekretariatsleder orienterte om at referatet og lydopptaket er interne dokumenter, som kommisjonen i utgangspunktet ikke gir innsyn i. Når arkivet overleveres til Arkivverket, vil offentlighet vurderes av Arkivverket etter offentleglova. *Sekretariatsleder* viste til at taushetserklæring er signert og understreket at brudd på taushetsplikt kan medføre sanksjoner. *Sekretariatsleder* presiserte at Nakstad er underlagt instruks om å forklare seg/bidra til kommisjonens arbeid, jf. statsministerens instruks om tilgang til opplysninger for Koronakommisjonen. Den som intervjues kan uten hinder av taushetsplikt gi Koronakommisjonen opplysninger som er nødvendige for kommisjonens arbeid, jf. lov om informasjonstilgang m.m. for Koronakommisjonen § 2.

Kvinnsland orienterte om hvem som er med under intervjuet, og at det starter med noen korte innledende spørsmål.

2. Innledende spørsmål

Kvinnsland: Kort om din rolle i pandemihåndteringen. Dvs. i CBRNE fram til nedstengingen og i Helsedirektoratet i tiden etterpå.

Nakstad: Fram til midten av mars var min rolle å delta i arbeidet ved det nasjonale CBRNE-senteret. Sentret er fast medlem i Beredskapsutvalget for biologiske hendelser, og har en viktig rolle når det gjelder sykdommer med høy smitterisiko. For eksempel under Ebola-

utbruddet i 2014, hadde vi en viktig rolle med å koordinere innsatsen. Senteret finansieres av RHF-ene og skal betjene spesialisthelsetjenesten, og de andre sektorene. Da pandemien kom, var det klart at Covid-19 ikke utelukkende var en såkalt høyrisikosmittesykdom. Samtidig var det såpass mange paralleller til utbruddet i 2014, at CBRNE tidlig begynte å jobbe aktivt med saken. Det gjalt spesielt erfaringene vi hadde gjort oss når det gjaldt å få tak i smittevernutstyr, som vi hadde erfart at var ekstremt vanskelig å få tak i. Derfor satte vi tidlig i gang arbeidet med å undersøke mulighetene for å få tilgang til utstyr.

Flere av oss i CBRNE har vært med på å utarbeide det nasjonale planverket for pandemi, og planen for håndtering av utbrudd av alvorlig smittsom sykdom. Vi har en rådgivende funksjon, og utover i februar ble det viktig å komme med innspill til- og gjøre arbeid for Beredskapsutvalget for biologiske hendelser.

Kvinnsland: Og da du kom til Helsedirektoratet?

Nakstad: Jeg ble bedt om å være vikar for Geir Stene Larsen, og det vikariatet ble forlenget. Deretter var det å sette seg inn i hele sakskomplekset, for direktoratet hadde fått delegert utvidet myndighet fra departementet. Etter at regjeringen videreførte tiltakene (etter den første nedstengingen), var det time-til-time krisehåndtering hele tiden. Min rolle var å stå i det sammen med de andre i direktørsjiktet, primært Bjørn Guldvog og Geir Stene-Larsen, men også Olav Valen Slåttebrekk hadde en viktig rolle.

Da JD ble lederdepartement, gikk det over til mer tradisjonell saksbehandling og mindre krisehåndtering. Det ble også mer tidkrevende prosesser, på godt og vondt, men pendelen svingte raskt tilbake når det oppstod utfordringer. Nå har direktoratet snart kvittert ut 300 oppdrag for departementet, som gjelder utredning av ulike problemstillinger under pandemien. Rollen til direktoratet har vært å koordinere sektoren, men også å samle inn gode råd fra andre, som Folkehelseinstituttet, Legemiddelverket, RHF-ene, kommunene og fylkesmennene. Innspillene blir samlet inn og vurdert, og så blir rådet fra direktoratet et helsefaglig bredt råd for hele forvaltningen. Det vil si ikke bare for smittevern, ikke bare legemiddelberedskap og heller ikke bare kommunehelsetjeneste, men at rådene må ses i en sammenheng. Derfor blir anbefalingene litt annerledes enn det som kommer fra de enkelte virksomhetene. Til slutt er det opp til regjeringen å vekte andre sektorhensyn og økonomi i dette når de tar sine beslutninger. Det er en prosess vi har levd godt med.

Kvinnsland: Hvordan vurderer du det som har skjedd? Dine innledende refleksjoner.

Nakstad: Det har vært utfordrende problemstillinger hele veien, men av litt ulik karakter. I den første fasen var det utfordrende å slå ned pandemien. Spesielt utfordrende var det å bygge opp en felles situasjonsforståelse og ett målbilde som de involverte aktørene kunne kjenne seg igjen i. På den måten kunne vi sikre gjennomføringen. Det har ikke vært enkelt i noen land, og heller ikke i Norge.

Utfordringen i sommer var å holde smitten nede, mens i høst har det vært krevende å håndtere bølge nummer to. Det har vært helt forskjellige utfordringer, og det utvikles nye sakskomplekser etter hvert som tiden går. Særlig hensynet til de som lider av tiltak som har vart lenge, veier tyngre og tyngre.

3. Sentrale spørsmål i dette intervjuet

De sentrale temaene i dette intervjuet er: Strategier for å håndtere pandemien, nedstengingen 12. mars og kommunikasjon.

Tema: Beredskap og planer.

Kvinnsland: Hva var det med denne pandemien som var så annerledes enn det en hadde sett for seg, og der svakheter i forberedelsen kom tydelig fram?

Nakstad: Jeg tror at årsaken til at pandemien har blitt håndtert så ulikt i de forskjellige landene, er at situasjonsforståelsen fra starten var forskjellig i ulike miljøer. Land som hadde erfart SARS i 2003, håndterte dette som et ukjent SARS-virus, til å begynne med. Derfor satte de inn kraftige tiltak, mens land som ikke hadde erfart et slikt utbrudd selv, hadde en tendens til å tone ned usikkerheten. De slo seg til ro med at dette var som en influensa, og knapt verre enn det. Det var signalet fra flere miljøer i februar. Budskapet og oppfatningen hos folk flest, i alle fall frem til 6./7. mars, var at dette ikke var verre enn influensa. Det er utfordrende når et slikt bilde har slått rot, og man skal stake ut en ny kurs.

Dette er langt fra det mest alvorlige viruset vi kunne bli truffet av i en pandemi, men det er likevel såpass mye verre enn influensa at man ikke kan ignorere det. Det er et dilemma. Viruset er ikke farlig nok til at alle skjønner at man må trykke på den røde knappen med en gang. Samtidig er det såpass lite farlig, at dersom smittenivået er lavt kan man i mange land leve godt med små tiltak over tid. Slik som Øst-Europa som egentlig ikke hadde en bølge nummer en, noe som sannsynligvis skyldes at de ikke reiser like mye som vest-europeere. Så dette har vært veldig fragmentert og ulikt håndtert i de ulike landene.

Kvinnsland: Det har vært mange varsko fra ulike miljøer. Vil du si at man tok dette på alvor?

Nakstad: Ja, jeg vil si det. I hovedsak vil jeg si at man gjorde det.

Kvinnsland: Da mener jeg før epidemien oppstod.

Nakstad: Det ble tatt på alvor på den måten at det har blitt jobbet mye med planverk og beredskap i Norge. Ikke bare på smittevernsområdet, men også med helheten i helsetjenestene. Det har det vært jobbet med helt siden terrorangrepet 22. juli 2011. Vi har gode planverk, gode systemer, og det har vært gjennomført mange gode øvelser som har inkludert alle nivåer. Slike forberedelser har ført til bedre samvirke og bedre forståelse.

Alle [i fagmiljøene] visste at det kunne komme en pandemi. Siden millenniumskiftet har vi sett at det kommer stadig nye epidemier, nesten hvert år. Det gjelder særlig i Asia, hvor mange av virusutbruddene har hatt potensiale til å bli en pandemi. Det har vært utbrudd av MERS, koronavirus, sikavirus, svineinfluensa, fugleinfluensa og EBOLA, sistnevnte i flere runder. Det har gitt et forvarsel om at det ville komme en pandemi. Men, ingen kan vite når, hvor eller hvordan, og heller ikke hva slags type virus det ville bli. Jeg tror vi ble tatt på sengen av at det ble en global pandemi. Det fikk vi merke spesielt når det gjaldt tilgangen på smittevernutstyr, slik hele verden åpenbart har fått føle på.

Over tid har det vært en bekymring knyttet til legemiddelberedskap. Derfor har det vært jobbet mye med tilgangen på legemidler de siste årene. Men, der har evnen til å sikre forsyninger vært overraskende god. Det er sannsynligvis fordi forbruksmønsteret har vært forholdsvis normalt, bortsett fra enkelte intensivlegemidler. Trolig er det denne stabiliteten i forbruket som er foranledningen til at produsentene har klart å holde tritt. Tilgangen på både smittevernutstyr og legemidler var likevel kritisk i innledningen til pandemien i Norge, og ble fulgt fra time til time.

Det utpeker seg to hovedproblemer i pandemihåndteringen;

I første rekke, hvor mye ressurser som skal brukes på forberedelser. Forberedelser på hendelser som kanskje ikke vil inntreffe, sett opp mot den daglige driften som også er viktig. Men også hvor mye ansvar det skal ligge til en fagmyndighet som Helsedirektoratet. Da tenker jeg på at systemer som bør være på plass, sett opp mot den generelle bruken av ressurser. Det siste som resultat av departementets bestillinger i styringslinjen. Når det blir tale om å bruke flere titalls millioner kroner på å kjøpe noe man kanskje ikke egentlig trenger, er det ikke bare for direktoratet å vise til et planverk, det må også gis støtte i styringslinja

dersom man ønsker det. Dette er dilemmaer i forbindelse med ressursbruk, og ikke bare planlegging og forståelse.

Kvinnsland: Hvis du ser med dagens øyne: Skulle man likevel tenkt noe lengre for tiltakslisten, ut over medisinske konsekvenser?

Nakstad: En generell problemstilling er at overvåknings- og varslingsystemet er basert på en annen type pandemi. Det er en stor treghet i WHO-systemet og i de europeiske smittevernsnettverkene. Det så vi i 2014, da det tok et halvt år fra vi sendte vår første overlege til Vest-Afrika i mai eller april, til WHO i august erklærte internasjonal folkehelsekrise. Den tregheten var litt mindre nå, men den var der. Særlig om man ser på reiserådene som ble gitt, så var de åpenbart ikke oppdaterte ut ifra hvor smitten befant seg.

Sammenholdt med det internasjonale helseregelverket IHR, gjør dette at det er veldig vanskelig å være tidlig på ballen. IHR har til formål å unngå inngripende grensetiltak, for at handel og økonomi skal fungere. I flere land har det trolig vært et problem at regelverket har gjort det vanskeligere å være tidlig ute med tiltak. Det er en erkjennelse vi må ha.

Noen land var raskere enn oss. Island var raskere og noen land i Asia var mye raskere. I Norge hadde vi en veldig alvorlig smittesituasjon i begynnelsen av mars. Det var mye mer smitte enn vi skulle tro, og frem til 31. mars hadde vi mer registrert smitte enn i Sverige. Det var nesten 5000 smittetilfeller, og det var store mørketall. Det viser at vi ikke var tidligst ute, men da tiltakene ble iverksatt hadde de god effekt.

Kvinnsland: Planverkene var bearbeidet, og hadde vært revidert flere ganger. Det er kanskje to sider av dette, nemlig at vi etter planverket var forberedt når det gjelder helsetjenestens kapasitet og på konsekvenser av sykdommen, men kanskje ikke på samme måte når det gjelder samfunnet som helhet med tanke på konsekvensen av smitteverntiltak.

Nakstad: Nettopp. Enhver krise av en viss størrelse blir en tverrsektoriell krise. Da blir det mange andre hensyn å ta. Da blir det viktig å ta innover seg at et planverk ikke kan løse enhver krise i seg selv. Det kan bygge en grunnleggende struktur som gjør deg i stand til å håndtere en krise, men planverket løser ikke krisen som dukker opp. Det kan være tusenvis av ulike ting som kan skje, og man kan ikke ha planverk for alle. Derfor må det finnes planverk som setter deg ressursmessig i stand til å takle det uforutsette. Det viktige blir at situasjonsforståelsen er felles og korrekt, og at den er tverrsektoriell og nivåuavhengig. Dersom den ikke er det, jobber ikke dette maskineriet godt sammen og trekker ikke i samme retning. Da blir det fryktelig vanskelig, selv om planverket er godt.

Det er en kjensgjerning at det er svært få personer som har lest det nasjonale planverket for alvorlige smittsomme sykdommer, eller samfunnssikkerhetsmeldingen, i sin helhet. Vi må erkjenne at planverket er en grunnmur, mens selve krisehåndteringen baserer seg på andre mekanismer. Da blir informasjonsdeling, situasjonsforståelse og felles målbilde viktige faktorer. BUB ble et viktig forum for å bygge situasjonsforståelse i denne pandemien.

Matsen: Nå noen spesifikke spørsmål om beredskap. Helsedirektoratet har omfattende ansvar for smittevern i denne krisen, men har liten kapasitet i «fredstid» eller i en normalsituasjon. Hvilke tanker gjør du seg rundt det?

Nakstad: Jeg vet ikke dette med kapasitet. Uavhengig av hvilken helsekrise som rammer, er det i stor grad de samme beredskapssystemene og det samme maskineriet som trekkes opp. Smittevernsmyndigheten i Norge er Helsedirektoratet, mens FHI er et forskningsinstitutt og kunnskapsleverandør. FHI har ikke juristmiljøer og er ikke rigget for å være smittevernsmyndighet. Det er en vesensforskjell.

De juridiske miljøene i Helsedirektoratet jobber heller ikke bare med smittevernsproblemstillinger. Vi har nettopp laget et forslag til ny helseberedskapslov, som jeg har vært involvert i. Det er flere prosesser som ikke direkte berører smittevern. Det er likevel klart at når det gjelder en så langvarig krise som dette, blir det et ressursproblem hvor lenge man kan arbeide med så stor oppgaveportefølje. Hvis man tenker på fredstid, er ikke systemet lagt opp til slik håndtering over ti måneder i strekk. Derfor er det også blitt forsterket.

Matsen: Hvordan vurderer du rollefordelingen mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i planverket? Og hvordan har det fungert i praksis?

Nakstad: Planverk i Norge er ofte scenariobasert og temabasert. De er ikke like godt egnet til å styre prosesser i forvaltningen. Mange nasjonale planverk begynner med en oppramsing på 20 sider om hva ulike etater har av ansvar og roller. Det har ofte etatene løftet frem selv, for å være helt sikker på at det kommer tydelig fram. Planverkets formål er sjelden å endre på hvordan forvaltningen jobber.

Spørsmålet er hvordan forvaltningen skal jobbe i en krise. Gjelder da vanlige forvaltningsprinsipper, slik at løsningsforslag kan sendes på internevaluering i fem uker i egen etat? Det er klart at det blir vanskelig i en krise. Derfor er det en utfordring når det er mange aktører involvert. Fordi de jobber på litt forskjellig måte, og man har få møtepunkter for å diskutere problemene før man går hvert til sitt for å jobbe med å løse dem. Det er en generell betraktning som gjelder uavhengig av denne pandemien.

Rollefordelingen er klar. I alle fall for Helsedirektoratet, men den har kanskje ikke vært like klar for alle ansatte i de ulike etatene, og det bærer kanskje arbeidet litt preg av noen ganger.

Matsen: Hvordan var det tenkt at beredskapsutvalget for biologiske hendelser (BUB), som du har fremhevet som et nyttig organ, og Pandemi- og epidemikomiteen skulle fungere i forhold til hverandre?

Nakstad: Det spørsmålet har CBRNE stilt til direktoratet. Jeg har forstått det slik at BUB skulle fungere utover pandemi-håndtering, fordi det er tverrsektorielt. Pandemikomiteen er ikke tverrsektoriell, men har fageksperter innen medisin. En grunn til at pandemikomiteen ikke har blitt brukt aktivt, er kanskje at FHI har nettverk som tilfredsstiller behovet for å diskutere med fagfolk. BUB tilfredsstiller det tverrfaglige aspektet og krisehåndteringsaspektet. Det er likevel et godt spørsmål om ikke kompetansen som sitter i pandemikomiteen, burde blitt brukt som rådgiver av BUB i større grad. Det kunne vært formålstjenlig, men det må andre vurdere.

Tema: Strategier for å håndtere pandemien.

Matsen: Vi har noen spørsmål om oppløpet i forkant av 12. mars, og gjennom februar. Mye er knyttet til din rolle som leder i CBRNE. Men først har jeg lyst til å spørre deg om noe som du nevnte under et av Kvinnslands spørsmål. Du sa at vi hadde mye mer smitte i tidlig mars enn hva vi trodde. Kan du kvantifisere det, og kan man si på hvilket kunnskapsgrunnlag bygger du på?

Nakstad: Jeg bygger på at den registrerte smitten, gitt den lave europeiske testkapasiteten i mars, var på rundt 4800 tilfeller per 31. mars. Jeg sjekket det en gang, fordi jeg fikk spørsmål fra media. Jeg sjekket også de svenske tallene, som var nesten de samme. Det var først i slutten av mars at Sverige passerte oss i registrert smitte. Poenget er at FHI har beregnet at kanskje bare en tiendedel av de smittede ble fanget opp. Det betyr at kanskje 50 000 mennesker hadde Covid-19 i mars, og noen titusener kanskje hadde det i april. Få hadde denne sykdommen i mai, juni, juli og august. I juli hadde vi bare tre pasienter innlagt, og det

er det laveste smittetallet i Norge gjennom hele pandemien. Det viser at effekten av tiltakene, ved at mobiliteten i samfunnet ble senket, hadde resultater.

Så har smittetallene tatt seg opp igjen i høst. Men nå fanger vi opp mye mer, og FHI har beregnet at nå fanges kanskje halvparten opp. Det betyr fremdeles at vi har opptil 8-9000 smittede i uken, og det har vi hatt i hele høst. Det er antakelig slik at mange var syke i mars og april, og mange har vært syke i høst. I høst har folk også vært syke over et litt lenger tidsrom enn i mars og april. Det er min tolkning av tallene. Slik kan det hevdes at bølge nr. 2 i norsk sammenheng, er mer alvorlig enn bølge nr. 1 og er vanskeligere å håndtere. I europeisk sammenheng ser denne tendensen ut til å være enda tydeligere.

Matsen: Så litt om oppløpet til nedstengningen da du var leder for CBRNE. Kan du beskrive hva du oppfatter som likheter og forskjeller mellom Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og CBRNE i tilnærming til pandemihåndtering i den tidlige fasen (før nedstenging)?

Nakstad: Jeg tror tilnærmingen til CBRNE var harmonisert med fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten. Det var enighet om at her måtte man være føre var. Det var et SARS-virus, men man visste ikke hvor alvorlig det var. All informasjon fra Kina viste at sykdommen medførte mange innleggelser på sykehus. Den ga et vesentlig høyere behov for intensivbehandling og det var mange dødsfall. Vi baserte våre vurderinger på offisielle tall om at under en prosent av befolkningen i Wuhan var blitt smittet gjennom januar og februar. Likevel måtte det bygges nye sykehus og antallet somatiske sengeplasser økes betydelig. Det viste at viruset er mer alvorlig enn influensa, og det var ingen som hadde immunitet fra tidligere mot dette koronaviruset.

Særlig det som skjedde i Italia, viste at også et moderne helsevesen [vil møte utfordringer i møte med viruset.] Nord-Italia har et av Europas mest moderne helsevesen, med høy intensivkapasitet, og de lå nede for telling etter noen få uker. Alt dette gjorde at en føre-var-holdning var viktig, og at det var viktig å begrense importsmitte. Det var den generelle situasjonsforståelsen som preget CBRNE-senteret og miljøene ved universitetssykehusene. Helsedirektoratet hadde også denne forståelsen, sammen med flere andre i BUB. Vi hadde den forståelsen ut ifra observasjonene som ble gjort.

Matsen: Var det derfor CBRNE var så pass tydelige i februar, og at dere var uenige med risikovurderingene som FHI den ga ut om at strategien var å forsinke og deretter bremse spredningen?

Nakstad: Det var åpenbart for oss at dersom ambisjonen var å la dette skride frem, ville det gå galt. Skulle vi innfinne oss med at mange ville bli smittet ganske snart, ut fra begrunnelsen at covid-19 ikke var så mye mer alvorlig enn influensa, så var det beregninger vi ikke kjente oss igjen i. Det var åpenbart at intensivkapasiteten i norsk helsevesen ikke har noe reservekapasitet som ikke går utover andre tjenester. Alle senger og all arbeidskraft er i bruk hver eneste dag. Det er en prioriteringssak, noe må tas ned hvis noe annet skal tas opp. Den forståelsen blir viktig dersom man ser på konsekvensene av at to millioner nordmenn skulle bli smittet, slik de første estimatene viste. Det må også tas med i betraktningen den anslåtte prosentandelen som ville trenge innleggelse og intensivbehandling, sett ut fra tallene. Når man beregner på pandemikalkulator blir det tydelig at man ikke tåler titusener av smittede hver uke før dette går dårlig. Det var det vi fremhevet for BUB.

Matsen: Er det et annet perspektiv enn det epidemiologiske?

Nakstad: Det er det nok. Det er ulike epidemiologiske miljøer i Europa, og fagfolkene gjør ulike vurderinger. Men, erkjennelsen av hvor smittsomt dette var, hvor sykdomsfremkallende det var, dødeligheten det hadde, og kompleksiteten det ville innebære for

spesialisthelsetjenesten, tilsa en restriktiv holdning. Det var ganske åpenbart for oss at vi ville være tjent med å slå ned viruset mest mulig for å få mer kunnskap, kjøpe oss mer tid, bygge opp mer beredskap, og forberede helsetjenesten bedre. Det var også for å kunne planlegge en bedre exit-strategi, før det ble så overveldende at man sto med ryggen mot veggen. Det var flere eksempler i Europa, hvor land og sykehus sto med ryggen mot veggen på det tidspunktet. Vi mente det var riktig å løfte de problemstillingene inn på den måten vi gjorde i BUB.

Matsen: Vi har et referat fra et møte som BUB hadde til 5. mars. CBRNE, kan være deg eller noen av dine kollegaer, er sitert på at vi bør være mest opptatt av effekt av tiltakene, og ikke konsekvenser. Kan du si mer om hva dere mente med det? Skal vi forstå konsekvenser som det som vi har lært oss at heter tiltaksbyrde?

Nakstad: Jeg er litt usikker på om jeg kjenner meg igjen i det. Står det i referatet, ordrett?

Matsen: Ja, det gjør det. Du får det uten kontekst nå, så jeg skjønner at det er vanskelig.

Nakstad: Det var nok ingen som så gjennom referatene den første tiden. Vårt budskap den 5. mars var at det var veldig viktig at tiltakene raskt fikk effekt. Det er fordi konsekvensene på sikt da blir mindre. Man må ikke bare fokusere på tiltaksbyrde og uheldige konsekvenser i et kort perspektiv, dersom de langsiktige konsekvensene blir større. Det var tenkningen den gang. Jeg er ikke helt sikker på hvem som sa det, eller i hvilken kontekst det ble sagt.

Det jeg husker ble sagt på et møte, (kanskje det neste BUB-møtet, 12 mars), var at hvis vi allerede på det tidspunktet innså at tiltakene ville bli nødvendige om en uke, var det meningsløst å vente. Dette var basert på informasjonen fra andre land, deriblant Danmark og Italia, som viste at smitten muligens ville doble seg på den uken. R-tallet var høyt den gangen. Vi visste, uten å regne på det, at å vente en uke ville kunne gi deg tre ganger større smittepress på det verste. Det har enorme konsekvenser. Det var tenkningen og begrunnelsen for det utsagnet.

Tema: Nedstengingen 12. mars.

Braut: Jeg kan følge litt opp på det siste. Vi skal nå begynne å nærme oss 12. mars. Men slik jeg tolker deg, og det du sier nå, er at situasjonsforståelsen var noe sprikende mellom de sentrale aktørene. Hadde man samme situasjonsforståelsen når det nærmet seg 12. mars, eller fortsatte spriket i situasjonsforståelsen også lenge etter 12. mars?

Den andre tingen jeg vil du skal si litt mer er hva som var avgjørende for beslutningen om å stenge ned. Hvem kom initiativet fra? Hva slags faglig og ikke-faglig input hadde man i dagene før 12. mars?

Nakstad: Situasjonsforståelsen, og når den ble samlet, er et godt spørsmål. Når det gjelder målsetningen, altså om man skal slå ned eller bremse, er det min erfaring at ikke alle aktører var enig i at man skulle slå ned før på forsommeren. Det gjenspeiles i FHIs risikorapporter fra sent i mars, og ønsket om å revurdere dette etter påsken. Om det var riktig å slå ned eller ikke. Det kan skyldes en vitenskapelig tilnærming, og at man ønsker evidens og derfor uttrykker seg sånn. Men det kan også være en genuin faglig uenighet. Og i alle fall for land utenfor Norge var det åpenbart at strategien var å bremse, og det vil si å tillate ganske høyt smittepress, og ikke slå det ned.

Men på forsommeren, før sommerferien, er min forståelse at alle aktører som hadde ansvar under pandemien, hadde erfart og innsett at vi er tjent med å ha lave smittenivåer. Det gjelder for helsetjenesten, for folk flest, for økonomien, for arbeidsliv, for sårbare grupper, for alle. Den erkjennelsen kom inn mot sommerferien. Jeg tror den kom fordi vi hadde så lave

smittetall og kunne gjenåpne, og at vi så at det ikke gikk greit i land som hadde mye smitte. Så enkelt tror jeg det var.

Braut: Betyr det at det var et sprik i situasjonsforståelsen mellom FHI og Helsedirektoratet i midten av mars?

Nakstad: Jeg kjenner ikke nøyaktig til hvilken situasjonsforståelse man hadde i de forskjellige avdelingene i ulike etater. Når det gjelder målsetningen, var ikke målbildet det samme på det tidspunktet, ikke i april og kanskje ikke i deler av mai heller. Det gjaldt både hvordan man jobbet med oppdrag og hvilke råd man spilte inn i forbindelse med prosesser i departementet. Etter hvert ble det et tydeligere felles målbilde om at det var riktig å slå ned. Jeg tror det var viktig at regjeringen hørte på rådet om å slå ned 12. mars, og dagene før det, og at det ble førende. Jeg tror alle i ettertid er enig i at det var viktig.

Når det gjelder situasjonsforståelsen for øvrig, er det klart at den er farget av hvilke oppgaver og roller man har, hvilket fagområde og sektor man tilhører. Det er vanskelig å uttale seg om hvorvidt den er lik. Den vil nok aldri bli helt lik, men den er antakelig mer samkjørt nå i høst enn den var i mars.

Braut: Kan du gi en beskrivelse av bredden i synspunkt som relevante aktører hadde rundt 12. mars?

Nakstad: Jeg var ikke tungt inne i disse prosessene før etter 12. mars. Jeg satt i BUB og jeg hadde jobbet litt med planverk på si i mange år, men jeg var ikke tungt inne i disse foraene i februar og mars. Men, min forståelse fra 12. mars og dagene etter det var at situasjonsforståelsen i samfunnet, både politisk og for mannen i gata, endret seg rundt 7. – 10. mars. Jeg tror at frem til 6. mars, så tenkte folk at dette ikke var farligere enn vanlig influensa, og at dette ville gå greit. At dette var et problem i Italia, og at det ikke var sikkert at det ville komme til Norge i det hele tatt. Jeg tror det var den gjengse oppfatningen. Så var det diskusjon om å stenge Holmenkollen-arrangementet 6. mars, og det var ikke en enkel beslutning. Det var direktoratet som fikk pushet gjennom at beslutningen ble tatt.

Mye endret seg, særlig etter 9. mars da vi hadde et Webinar, med deltakelse fra Italia og som ble referert til i Debatten på NRK. Da begynte folk å skjønne at [å få inn smitte i samfunnet] har store konsekvenser. Det skjedde mye den dagen, og de neste dagene. Men, hva som skjedde av møter og lignende rundt den 9.-12. mars vet jeg ikke for det var ikke jeg en del av, utover deltagelsen i BUB. Jeg er usikker på om man hadde så veldig langsiktige diskusjoner. Det var nok mer diskusjoner av hvor mye smitte det var, og hvor smitten var osv. Jeg tror at fordi FHI ikke anbefalte å stenge skoler og barnehager betyr det ikke at de anbefalte det motsatte. Og, da regjeringen videreførte nedstengingen, etter 14 dager, var det ingen som var imot at videreføringen.

Igjen har dette å gjøre med om man skal ha faglig dokumentasjon som grunnlag, eller om man skal drive krisehåndtering, eller om man prøve skal gjøre begge deler. Det er ofte utfordrende når man skal ha evidens for det man gjør, mens krisehåndtering er ofte litt annerledes. Jeg tror, siden dere sikkert har diskutert det mye, at stengingen av barnehager og skoler, utvilsomt reduserte mobiliteten for mange mennesker i Norge. Det er kanskje litt over en million mennesker i Norge mellom 0 og 19 år, og alle de satt hjemme, noe som vil si at foreldrene deres også satt hjemme. Det er vanskelig for arbeidsgivere å si at du ikke skal ha hjemmekontor, når du samtidig har hjemmeskole. Da falt mobiliteten i Norge nesten ned til null, og det gjorde at smittetallene i Norge falt like raskt som i land med portforbud. Det var veldig effektive tiltak for å få smitten raskt ned, og det var nok også det som gjorde at man kunne gjenåpne såpass raskt etter påske. I mange andre europeiske land åpnet ikke skolene før i august og september.

Så det er ett perspektiv på det, men det er en diskusjon jeg ikke har engasjert meg så mye i. Men media har vært veldig interessert i akkurat det.

Braut: Hva er ditt bilde av hvem som tok initiativ til å stenge ned den 12. mars, og hvorfor akkurat den 12. mars?

Nakstad: Jeg tror hele situasjonsforståelsen endret seg rundt 8. og 9. mars. Det var aktivitet i sykehusene, folk tok barna hjem fra skolene, og det skjedde ting i hele samfunnet de dagene. Utviklingen økte behovet for nye vurderinger, både politisk, i forvaltningen og i hele samfunnet. Hvem som tok initiativ til at nedstengingen skulle skje akkurat da, vet jeg ikke. Jeg tror det er mange som tenkte likt, og at det falt seg ganske naturlig. Det var også mange i media som argumenterte for at det hastet, fordi man så den eksponentielle veksten. Jeg tror kanskje at dette kom flere veier. Det kom definitivt ikke bare en vei, det var ikke bare én person eller én etat som foreslo noe. Det var en prosess der det var flere som tenkte det samme. Til slutt var det opp til direktoratet, som tross alt har ansvaret for å koordinere sektoren og som har ansvaret etter smittevernloven, som gjennomførte det.

Braut: Kan du fortelle litt om hvordan dere i direktoratet, etter at du kom inn, vurderte de samfunnsmessige konsekvenser av tiltakene. Og hvordan ble dette sett i lys av når vaksinasjonsprosessen kunne iverksettes.

Nakstad: Jeg tror ikke at exit-strategien med vaksinasjon sto klart for noen den 12. mars. Jeg tror allerede da at man tenkte at det ville være mulig å få en vaksine. Noen sa at det ville ta mange år, men det kom signaler allerede i mars om at flere selskaper var i gang med å utvikle en vaksine. Det var ingen grunn til å tro i mars at dette ville ta 8 år, men hvorvidt det skulle ta 1, 2 eller 3 år var det ingen som visste.

Når det gjelder konsekvensene og forholdsmessighet, er det klart at hovedfokuset var å unngå å komme i en verre situasjon og derfor å slå ned smitten. Men det var åpenbart at alle erkjente at konsekvensene av å ikke gjøre noe ville være større enn å gjøre noe. Det er hele det pedagogiske dilemmaet i en pandemi. De som tenker at tiltakene vil ha store konsekvenser, og at de derfor ikke kan gjennomføres, tar ikke inn over seg at konsekvensene vil være større dersom man ikke gjør noe, for nettopp de samme gruppene. Det er en stor pedagogisk utfordring å få frem budskapet uten å være for streng, og uten at man ikke hører på andre synspunkter. Det ble diskutert, men det ble ikke grundig utredet fordi det gikk så fort.

Når det gjaldt videreføring av tiltak, ikke bare etter 14 dager, men ved hver eneste sekvens utover, ble dette diskutert. Det ble tidlig lagt en plan for at man skulle gjenåpne barnehager først, så barneskoler og så de eldste elevene. Barn skulle komme først, så arbeidsplasser, og så alle de andre tingene til slutt. Det var det stor enighet om. Man vil se ut ifra oppdragene som begynte å rulle da og disse betraktningene kom tyngre og tyngre inn for hver dag.

Tema: Kommunikasjon.

Kvinnsland: Hva tenker du er de mest sentrale kriteriene for god kommunikasjon i kriser?

Nakstad: Det vi tenkte den gangen var at vi aldri ville fått dette til uten at folk bidrar selv og gjør sin del av jobben, og det vil de aldri gjøre hvis de ikke får vite hvorfor de skal gjøre det. Videre er det viktig at de også ser effekten av det, og at det de gjør faktisk hjelper. Det er grunnleggende. Samtidig var det en utfordring i mars at mange var redde. Flere hadde begynt å ta barna hjem fra skolene før de ble stengt, og det var stor frykt. Folk visste ikke om dette var svartedauden eller pesten, og det var generelt stor usikkerhet i samfunnet. Det ble viktig å kommunisere hva man visste, men også hvor lite smittefarlig viruset også kunne være, det var viktig. Vi la ikke en spesifikk strategi. Det var såpass krevende å jobbe i en

situasjon der nesten alle var i karantene og nesten ingen var på jobb, derfor ble det mye improvisasjon. Men, fagligheten i kommunikasjonen mener jeg at vi hadde godt ivaretatt. Når jeg ser tilbake må jeg si at jeg ikke tror vi har sagt mye som var direkte feil, men det er klart at det var mye vi ikke visste.

Det er også opplagt at det ligger et element av strategisk kommunikasjon i [våre forberedelser]. Både overfor befolkningen, men også for strategi og veivalg. Jeg tenkte på et tidlig tidspunkt at det åpenbart var god oppslutning i befolkningen. Vi hadde foreslått dagnadsbegrepet bevisst for å appellere til at alle må bidra, og at det ikke holder at bare noen gjør det. Vi hadde også en strategi om å fokusere på det viktigste først. Det vil si at det å holde seg hjemme når man er syk, er viktigere enn å vaske hendene. Den rekkefølgen var bevisst valgt fra vår side. Det var [flere kommunikasjonsgrep] som ikke var så tilfeldige som det fremstår. Det var krevende, men jeg tror at situasjonsforståelsen i befolkningen etter hvert ble ganske god, og at det tjente oss. Befolkningen godtok tross alt å la være å dra på påskeferie, selv om det ble begrunnet i noe annet enn smittevern hensyn. Det viser i hvilken grad folk hadde tatt dette innover seg.

Kvinnsland: Når du kom inn i mars, var det slik at denne typen kommunikasjonsstrategiske holdninger var noe man hadde tenkt på, eller ble det til der og da?

Nakstad: Dette var en krise hvor håndteringen gikk fra time til time. Det som kommunikasjonsstaben i Helsedirektoratet jobbet mye med, var koronatelefonen, hjemmesider for Helsenorge, alle portalene, oversette informasjon til ulike språk, kunstig intelligens i forbindelse med svar-roboter som generer automatiske svar. Det har vært enormt stor aktivitet med millioner av treff på sidene, samordning med FHI om hva som skal stå på deres sider (smittevern faglig informasjon), og hva som skal stå på Helsenorges sider (befolkningsinformasjon). Det har vært veldig mye jobb med dette. I det perspektivet, ut fra min rolle og oppgaveinstruks, brukte ikke jeg mye av presseavdelingens ressurser til å forberede ting. Det eneste var pressekonferanser, for å planlegge hva man skal si slik at ikke alle sier det samme. Ellers er mye blitt til underveis.

Kommunikasjonen er farget av det daglige arbeidet med oppdrag og problemstillinger, og må balanseres mot hva som det er naturlig at det politiske miljøet går ut med, hva som andre har ansvar for, hva som er viktig og hva som haster. Det er et logisk system, men det er ikke sånn at man åpner et planverk på ti sider der det står hvordan man skal kommunisere i en krise.

Kvinnsland: Pressekonferansene har svært ofte vært en blanding av politikere og fagmiljø, og der du også ofte har vært på banen selv. Er det en klar vurdering av skillet mellom fag og politikk i disse seansene?

Nakstad: Ja, jeg oppfatter at det er det. Det er alltid slik at kommunikasjonsavdelingene snakker sammen om hva som blir tema på pressekonferansene, hva ministeren- og fagmyndighetene skal gå ut med. Når regjeringen foretar beslutninger må de presentere dem, så kommenterer HDIR sine begrunnelser og FHI forteller om hvilke smittevern faglige innspill de har kommet med. Dette gjøres ganske balansert, og det har aldri vært noen store diskusjoner om hvem som skal si hva. Jeg oppfatter at fordelingen har vært god, og at det har vært relevant for dagsaktuelle oppdrag og beslutninger. Jeg mener det er viktig at regjeringen presenterer hva de har besluttet og hvorfor de har gjort det. Så er det viktig at de faglige innspillene blir synliggjort som begrunnelser for beslutningene. Jeg mener at det har fungert overraskende godt til at det har vært så mange pressekonferanser.

Kvinnsland: Har folk flest oppfattet at det har vært et klart skille mellom rollene FHI og Helsedirektoratet?

Nakstad: Nei, folk flest og media forstår ikke det skillet. Enkelte i forvaltningen forstår det heller ikke. Det er få som forstår at Helsedirektoratet er koordinator av kriser i helsetjenesten og smittevernmyndighet etter smittevernloven, mens FHI er et forskningsinstitutt. FHI har myndighetsoppgaver på vaksine og er rådgivende organ.

Det har avstedkommet en del misforståelser og medieoppslag. Det gjelder spesielt i de tilfeller der myndighetene ikke følger FHIs råd. Da er det fordi FHIs innspill er en del av informasjonsgrunnlaget til direktoratet, som må vekte smittevern mot andre perspektiver som direktoratet må vurdere og vektlegge i sine råd til regjeringen. Derfor blir det ikke alltid slik fagmyndighetene har anbefalt. Hadde regjeringen gått tvert imot fagmyndighetene, ved å si at det ikke stemmer eller ikke betyr noe, hadde reaksjonene fra fagmyndighetene vært sterke. Men det har aldri skjedd.

Ansvarsfordelingen og rollefordelingen er ikke godt forstått der ute. Det er heller ikke godt forstått i alle deler av forvaltningen heller. De som sitter med lederansvaret har imidlertid forstått det, og departementet har vært veldig klar på det.

Kvinnsland: Vil du si at det har vært en prosess rundt disse problemstillingene underveis? Hvordan vil man kunne forbedre dette, slik at rolleforståelsen fremstår tydeligere?

Nakstad: Det er noe departementene må ta ansvar for, tenker jeg. Det er det samme i justissektoren, der det ikke er alle som forstår forskjellen på DSB og POD når det gjelder ansvar for beredskap. Det finnes flere eksempler i andre sektorer hvor det er kryssende hensyn og overlappende ansvar. Det er fagetater i Norge som arbeider under flere departementer, for eksempel DSA. Det gir et komplisert bilde for de som ikke er tungt inne i forvaltningen å forstå det. Det er også viktig at aktørene bidrar selv til å oppklare det, og det er ikke sikkert alle ønsker det alltid heller.

Det blir vanskeligere for de som skal ta beslutningene, og det kunne vært mere samordnet. Noen ganger blir det tungt å jobbe på hver sin kant til siste time, for å så flette sammen dokumentene rett før leveringstidspunktet. Det er noe av grunnen til at vi startet med «kl. 10-møter» i direktoratet, hvor vi sammen med FHI går gjennom alle oppdrag hver dag med alle saksbehandlerne. Det har vi gjort hver dag fra i sommer og helt frem til nå. Da har alle oversikt, og alle vet hvilke arbeidsprosesser som må settes i verk før man konkluderer. Det har gjort det bedre.

Korte tidsfrister gjør det vanskeligere, særlig for de som jobber i forvaltningen og er vant til å sende ting på høring internt i mange runder. Resultatet er at flere av de nærmere 300 oppdragene vi har løst, har hatt en tyngre prosess enn nødvendig. På den andre siden er det en styrke at ting blir håndtert i ulike miljøer som har ulike roller og ansvar. Da får man flere perspektiver. Min totalvurdering er at selv om det har vært mer slitsomt for oss som har stått i det, så er det ikke sikkert at det er en bedre løsning å ikke ha diskusjon om oppdragene i de ulike etatene. Jeg tror det beriker diskusjonen, og gjør at man ikke låser seg fast til faste oppfatninger. Det gjør at vi i Norge har klart å vurdere ting med friske øyne hele tiden, og hele tiden stiller spørsmål ved om det fremdeles er riktig. Det ser jeg på som en styrke.

Kvinnsland: Avslutningsvis om oppslaget i dagens Aftenposten om hensynet til utsatte grupperinger og hvorvidt man har lyktes med å nå ut til minoritetsspråklige under pandemien. Hvordan synes du Helsedirektoratet har lyktes med dette?

Nakstad: Det har vært jobbet utrolig mye med dette siden mars. Mye av kommunikasjonsarbeidet har vært å oversette informasjon til ulike språk, opprette kontakt og jobbe med toneangivende personer i ulike miljøer. Vi har samarbeidet med Oslo kommune, som har gjort mye av det samme. Det har blitt laget filmer med ulike budskap på sosiale medier, som er dubbet og voicet på en lang rekke språk. Vi har bidratt i ulike fora for å nå

frem med budskapet. Vi har stilt opp og hatt fellessendinger som hele miljøer sitter og ser på, med dubbing og oversettelse.

Vi har jobbet utrolig mye med kommunikasjon til minoritetsspråklige gjennom hele pandemien. Det har hatt effekt, men likevel er det vanskelig hvis du bor i et land hvor du ikke snakker språket, bor tett i områder hvor man er eksponert, møter mange mennesker og har en storfamilietradisjon. Det er trolig delvis forklaringen på at det er de store byene i Europa, med høy befolkningstetthet, som har slitt i denne pandemien og vært drivere av pandemien i flere av landene. Men det har vært jobbet ekstremt mye med det, og mye mer enn folk tror. Mye mer enn det som er dokumentert også, fordi oppdragene ikke har gått så mye på dette. Likevel har det blitt jobbet mye med det.

Det har også blitt jobbet mye i aksen med sårbare grupper og idrett for barn, og for voksne, og med kulturlivet. Mange årsverk har blitt lagt ned i alle disse aksene gjennom hele pandemien.

4. Læringspunkter

Kvinnsland: Helt til slutt: Du har vært aktiv og sentral. Tenker du at Helsedirektoratet kan lære av håndteringen av pandemien, og hva i så fall?

Nakstad: Alle i Norge kan lære av denne pandemien. Alt kan i prinsippet gjøres bedre. Å jobbe under usikkerhet, og med manglende eller mangelfullt beslutningsgrunnlag, er krevende. At forvaltningen gjennom snart et år har blitt vant med å jobbe i en krisesituasjon, tror jeg at mange lærer mye av. Jeg tror alle går ut av dette med en bedre evne til å håndtere neste krise, fordi man har blitt bedre kjent med ulike etater og ulike miljøer. Mange har snakket med folk de aldri har snakket med før, etatsledere har mobilnummeret til hverandre og det hadde de ikke før. Sånne ting spiller en stor rolle. Betydningen av å bygge en felles situasjonsforståelse tidlig er så avgjørende, at jeg håper det legges mere trykk på det ved neste krise. Det at direktoratet, FHI og andre har vært trukket så tett inn i regjeringsskonferanser og regjeringens koronautvalg har vært avgjørende for at etatene selv forstår den politiske dynamikken og behovet for avklaringer. Men også at politiske myndigheter får gode faglige innspill hele tiden uten forsinkelser.

Kvinnsland: Blir det nedfelt i planverk eller andre prosessuelle dokumenter? Tar man vare på de gode erfaringene?

Nakstad: Jeg tror dette er prosesser og erfaringer som er vanskelige å kodifisere i planverk. Det er på et såpass høyt forvaltningsnivå, og dels politisk nivå, at jeg tror det er litt vanskelig dessverre. Men jeg tror det er mange av enkeltelementene som kan kodifiseres inn i planverk. Jeg tenker at mange sektorer i Norge bør gjennomgå planverkene sine etter pandemien, eller kanskje til og med før den er helt ferdig, for å justere ting og ta lærdom av ting. Der er det sannsynligvis et potensiale for forbedring.

5. Avsluttende spørsmål

Kvinnsland: Er det noe annet du mener vi burde ha spurt om?

Nakstad: Det er viktig å si én ting: Hvis vi ser på hvorfor vi lykkes bedre i Norge enn i mange andre land så langt i pandemien, er én av grunnene at vi har en smittevernlov som er som den er. Man må huske på at neste krise kan være mye mer tidskritisk. Vi kan få et virus som sprer seg ti ganger raskere enn dette viruset, eller som er ti ganger mer dødelig. Da er det å ikke ha et lovverk som gir en fagmyndighet muligheten til å raskt håndtere situasjonen, med politisk forankring etter hvert selvsagt, en stor svekkelse. Det vil være en stor svekkelse dersom smittevernloven svekkes.

Man ser andre land hvor dette har vært gjenstand for behandling i parlament og lange politiske prosesser. Vi har et naboland som ikke fikk en pandemilov før for noen dager siden, og som for noen uker siden sa at det skulle komme i mars 2021. Vi har noen fortrinn i Norge som jeg tror det er viktig å ta vare på. Personlig blir jeg litt skeptisk når det blir gjort til partipolitikk å ønske å svekke smittevernloven, eller endre på ansvar og roller ut fra eget forgodtbefinnende i politiske miljøer. Jeg tror den loven har tjent oss vel. Den er også innrettet ikke bare mot denne typen pandemi, men også mot andre typer pandemier og epidemier. Jeg tror ikke vi ville klart å gjøre dette 12. mars, dersom vi ikke hadde smittevernloven. Jeg tror det ville medført forsinkelse på hvert fall en uke, og kanskje enda mer forsinkelser. Det var helt avgjørende at vi hadde smittevernloven for å slå smitten raskt ned den 12. mars 2020.