



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT –CAMILLA STOLTENBERG

Intervju av:	Camilla Stoltenberg, administrerende direktør FHI
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	13.12.2021 kl. 12.00-14.00
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Astrid Aas-Hanssen, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Ingen
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Tone Fløtten og Ayan B. Sheikh-Mohammed fra kommisjonen. Frode Veggeland, Ida Skirstad Pollen og Anna Werenskjold fra sekretariatet. Anni Haugen fra PwC
Ev. bisittere	Gun Peggy Knudsen

PRESISERING OM REFERATET

Dette referatet er utarbeidet i dialogs form og er en gjengivelse av det som ble sagt under intervjuet, med enkelte språklige justeringer. Spørsmål og bemerkninger fra kommisjonen fremkommer i fet skrift.

INNLEDNING AV INTERVJUET

Astrid Aas-Hansen ønsket velkommen og presenterte deltagere til stede.

Ida Skirstad Pollen informerte om de praktiske og rettslige rammer for intervjuet:

- Det er satt av to timer til intervjuet.
- Det tas lydopptak av samtalen og skrives referat fra samtale. Referatet vil bli forelagt deg for gjennomlesning så snart det er renskrevet, og du kan da komme med eventuelle korrigeringer/suppleringer. Det er ikke tanken da at det skal være en ny forklaring.
- Lydopptaket og referatet er kommisjonens interne dokumenter, og det vil i utgangspunktet ikke bli gitt innsyn i dette materialet så lenge kommisjonen arbeider. Offentleglova gjelder og det er derfor en plikt til å vurdere meroffentlighet. Etter overlevering vil det vurderes meroffentlighet i sentrale referater. Etter avlevering av

kommisjonens arkiv er det Arkivverket er det de som forvalter innsyn i kommisjonens arkiv.

- Du har plikt til å forklare deg for kommisjonen. Det følger av forskrift at «[e]nhver som utfører arbeid eller tjeneste for et forvaltningsorgan underlagt Kongens instruksjonsmyndighet plikter å gi Koronakommisjonen den informasjon som er nødvendig for at kommisjonen kan utføre sitt arbeid i henhold til mandat».
- Det kan reises spørsmål om den som har forklaringsplikt overfor en granskingskommisjon kan straffes for å forklare seg bevisst uriktig etter straffeloven (2005) § 221 første ledd bokstav c. Kommisjonen mener at den ikke er et forvaltningsorgan som utøver offentlig myndighet, og at det derfor ikke er straffbart å forklare seg bevisst uriktig for kommisjonen. Det pekes imidlertid på at det kan være noe tvil om denne konklusjonen, og vi vil jo uansett oppfordre deg til å snakke sant.
- Du kan forklare deg også om taushetsbelagte forhold. (Se lov om informasjonstilgang for Koronakommisjonen (koronakommisjonsloven) § 2.) Og det du forklarer deg om –som er taushetsbelagt – har vi som er til stede her taushetsplikt om. (Forvaltningsloven §§ 13 til 13 f, jf. lovens § 3.)
- Det presiseres at opplysninger fra samtalen vil kunne bli vist til i den endelige rapporten. Kommisjonen vil følge praksis fra tidligere granskingskommisjoner: I utgangspunktet er det kun leder som vil bli navngitt. Dette innebærer likevel ikke en garanti for at ikke også andre personer kan bli identifisert ut fra konteksten i rapporten.
- Vi vil sterkt oppfordre deg til ikke å spre videre det som blir snakket om under dette intervjuet. Det vil svekke verdien av senere eventuelle forklaringer, og kunne være forstyrrende for den arbeidsroen kommisjonen trenger.
- Kommisjonen har adgang til å behandle personopplysninger uten samtykke, og er for øvrig bundet av personopplysningsloven.

Er det noen merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som er gjennomgått her?

Jeg har ingen spørsmål, bare en kort kommentar. Erfaringen fra forrige runde med koronakommisjonen er at alt som blir sagt blir offentligjort, samtidig som rapporten blir det. Det ryddige er kanskje at dere gjør oppmerksom på at det skjedde sist, og det skal nok mye til for at det ikke skjer igjen.

Ja, det kan tenktes og det er noe av det som ligger i at vi plikter å vurdere meroffentlighet og at vi ikke gjør det mens vi arbeider. Men vi har ingen garanti for at det ikke gjøres etterpå av kommisjonen selv eller av andre. Det gjør vi oppmerksom på. Det er nok ikke slik at alle referater blir offentliggjort, men noen av de mest sentrale blir nok det.

Astrid Aas-Hansen presenterer overordnet om temaene som vil bli tatt opp i dette intervjuet:

1. Overordnet om myndighetenes håndtering av pandemien
2. Vaksinestrategi og –utrulling
3. Kommuneoverlegenes situasjon under pandemien
4. Importsmitte
5. Refleksjoner/Læring

FORKLARING

Først ønsker vi å høre hva du mener er det viktigste å formidle til Koronakommisjonen?

Jeg tar utgangspunkt i situasjonen vi er i nå, og ser tilbake to år. Det er slik at der hvor vi har hatt planer og de planene har vært tatt i bruk, der vi har bygget på funksjonene vi vanligvis har, holdt oss til beredskapsprinsippene om nærhet, likhet, ansvar og samvirke, der har vi lyktes bedre enn der hvor vi må improvisere. Vi har også ofte lyktes på områder hvor vi må improvisere, men da oftere med løsninger som ikke vil stå seg senere. Dette gjelder på mange nivåer, fra digitale løsninger, juridisk grunnlag, institusjonell ansvarsdeling og samarbeid. Det å ha en gjennomgang og analyse av hvordan responsen har fungert og hvordan håndteringen har vært i lys av beredskapsprinsipper kan være bra.

Det andre er at vi har en kunnskapskrise. For FHI, som er en organisasjon som er forpliktet til å være kunnskapsbasert, har det handlet om å undersøke og oppsummere den kunnskapen vi har, og få kartlagt hvilken kunnskap vi ikke har. Vi må beskrive usikkerheten ved det vi har og beskrive det vi ikke har. Vi har forsøkt å skaffe kunnskap. På noen områder har vi hatt gode betingelser for det bl.a. gjennom beredskapssregisteret Beredt C19 som ble opprettet da krisen startet. Det var planlagt og juridisk forankret før krisen, og har gitt mulighet til å følge krisen i sanntid på helt annen måte enn tidligere. Vi har samtidig sett en stor kunnskapsmangel som er reflektert ved at vi ikke har hatt data om for eksempel gjestearbeidere, reiser inn i og ut av landet, hvordan smitten sprer seg i landet, for å nevne noen eksempler som er relevante i dag. Vi må bygge et kunnskapssystem som vil gi bedre kunnskap under krisen fremover og i nye kriser, men det vil ta tid å etablere. Det har ikke vært mulig å etablere alt i løpet de to årene som har gått.

Det tredje jeg vil ta frem er betydningen av kommunikasjon og åpenhet for å få folk med seg, for å forebygge og håndtere ansatser til polariseringer i ulike grupper i ulike deler av befolkningen, sektorer og aktører i håndteringen. Det må ses i sammenheng med kompensasjonsordninger og den tryggheten de skaper. De er forutsetninger for tilliten. Mange har pekt på tillit som avgjørende for håndteringen, som jeg er enig i, men som vi har sett kan tilliten variere raskt, fordi den er avhengig av de to komponentene. Den er også avhengig av aktører som er handlingsdyktige og beslutningsdyktige.

Dere tar opp et bredt spekter og noen kjenner seg svært godt og andre har jeg kjennskap til først og fremst gjennom andre.

GP: Jeg kan understreke usikkerheten som ligger i pandemiens utvikling i seg selv. Vi tar for gitt at det forstås, at vi snakker om kunnskapsmangel. Kunnskap er viktig, men det er mange ukjente faktorer i utviklingen i en slik pandemi.

CS: Kunnskapsmangel har to former. Det man kan gjøre noe med og skaffe kunnskap om, og det man ikke kan skaffe. Man kan ikke skaffe kunnskap om fremtiden, men vi kan få et bedre grunnlag for modeller og scenarier om hvordan det vil kunne komme til å gå.

Det vi kan gjøre noe med i en kunnskapskrise, hvem har ansvar der etter din mening?

Vi har ansvar for å peke på det og gjøre mest mulig med det innenfor de eksisterende rammer vi har. For eksempel innenfor eksisterende juridiske grunnlag, eksisterende arbeidsdelinger, digitaliseringsbetingelser og kompetanse, som er noen av komponentene. Det er politisk prosesser som er omfattende og på tvers av sektorer som må til for å lage et bedre kunnskapssystem. Det er ikke slik at andre land har dette på plass heller. Det har ikke vært utviklet kunnskapssystemer som både er funksjonelle i fredelige tider og som er funksjonelle under kriser. Tankegangen om å skaffe og bruke vitenskapelig kunnskap som et virkemiddel har ikke vært fremtredende for helsekriser. Det er oftest noe man har skaffet i ettertid eller ved siden av selve krisehåndteringen. Det å vekke interesser for den tenkningen er vi i gang med, vi ser nå blant annet at EU er mobilisert. Norske myndigheter er oppmerksomme på dette på en helt annen måte enn tidligere. Det å ha denne typen kriser over lang tid har bidratt til at dette har kommet på dagsordenen.

Kan du redegjøre kort for din utdanning og yrkesmessige bakgrunn?

Jeg er utdannet lege, har studert samfunnsvitenskap og har en doktorgrad i epidemiologi. Jeg har arbeidet først som forsker og så som leder i FHI siden tidlig på 90-tallet. Jeg praktiserte som lege ved siden av frem til 2000.

Tema: Overordnet om myndighetenes håndtering

Gjennom pandemien har fagmyndighetene gitt faglige råd, og politikerne tatt beslutningene. Hvordan vurderer du at forholdet mellom politisk nivå, embetsnivå og direktoratene har vært i håndteringen av pandemien? Hvordan har det fungert?

Overordnet mener jeg det har fungert veldig bra, og det har fungert bra fra begynnelsen av. Det betyr ikke at alt har vært bra, og at det ikke er forberedningsmuligheter. Jeg mener nøkkelen til håndteringen som jeg mener har vært vellykket i Norge, det er dette samspillet mellom nivåene – fagetater og politiske myndigheter, og samspillet med befolkningen.

Har forholdet mellom nivåene endret seg over tid?

Det er naturlig at forholdet har endret seg i den forstand at det først var behov for å få til rutiner og forståelse for hvordan rollene skulle utøves i krisehåndteringen. Da skal det litt til å få til alt med en gang, men det gikk egentlig fort. Det var slik at det i den første fasen i januar 2020 var FHI alene som håndterte utbruddet. Så fikk HDIR delegert myndighet fra HOD, både når det gjaldt beslutninger etter smittevernloven og koordinering av nivået under departementet. Den 12.mars ble delegasjonen etter smittevernloven trukket tilbake. Da oppsto det formelt sett en uklarhet om hva HDIRs rolle var, slik jeg oppfatter det, men i praksis fungerte det. HOD og regjeringen besluttet at de ville ha en aktiv ledelse. HOD koordinerte de underliggende etatene gjennom et fast møte som først var hver dag og senere tre dager i uken, der departementsråden ledet møtet og de underliggende relevante etatene og virksomhetene deltok.

Vi fikk på plass rutiner for oppdragshåndtering og kommunikasjon rundt oppdragshåndtering. Bruken av hyppige oppdrag, vi er straks på oppdrag 600, er en viktig styrings- og koordineringsmekanisme fra departementets side. Den tverrsektorielle håndteringen er også avgjørende i en krise som dette som er sektorovergripende. Der har regjeringen vært det viktigste organet for styring og koordinering. Det var supplert i den forrige perioden før gjenåpning 25. september ved at de hadde RCU som møttes mellom regjeringskonferanser og supplerte og forsterket det. Det fungerte som et underutvalg. Det var også kriserådet som var tverrgående med departementsrådene fra alle departementene. Regjeringen selv velger om de trenger den type supplering i en krise eller ikke. Eller om de vil ta det internt i regjeringskonferansene. For FHIs del har vi hatt behov for å få klarhet i uklarheten rundt HDIRs rolle etter 12 mars. Det ble beskrevet hvordan rollefordelingen skulle være i et brev fra HOD fra november 2020, og det er det vi nå legger til grunn.

Har det hatt betydning for forholdet mellom nivåene du beskriver nå, om forholdene er regionale, nasjonale, kommunale etc?

Ja, det har det hatt. Den løpende kontakten og rådgivningen til kommunene er det FHI som står for. Det er svært omfattende arbeid, særlig under utbrudd, når det er mye å håndtere i en kommune. Råd knyttet til enkeltkommuner har vi i stor grad gitt. Samtidig er det lav terskel for å løfte problemstillinger fra enkeltkommuner til statsforvalterne. Der er det HDIR som har hatt kontakt med statsforvalterne. Der har det igjen vært lav terskel for å løfte det til nasjonalt nivå. I denne sammenhengen fattes det beslutninger i to sammenhenger. Det er beslutninger om nasjonale tiltak og det er nasjonale beslutninger om regionale tiltak. De regionale tiltakene har noen ganger fulgt regionale grenser, mens de andre ganger har vært en sammensetning av kommuner innen en region som er omfattet av et sett regionale tiltak, mens andre regler gjelder for andre. Det er en kompleksitet der. For å svare på spørsmålet, hvorvidt en problemstilling er tilknyttet enkeltkommuner kan være lokalt, regionalt eller nasjonalt, det påvirker samhandlingen.

Etter smittevernloven § 1-5 skal tiltak etter smittevernloven være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse. I tillegg skal det foretas en forholdsmessighetsvurdering. Vurderer FHI forholdsmessigheten av tiltak?

FHI peker på hvorvidt vi mener det er forholdsmessig, men det er beslutningstaker som foretar den endelige forholdsmessighetsvurderingen. Der er det tre nivåer. Vi peker på forholdsmessighet ut fra det vi har av kunnskap, eller det vi skjønnsmessig vurderer om en tiltaksbyrde. Vi foretar en form for initial forholdsmessighetsvurdering. Primært gjør vi smittevernmessige vurderinger og peker på forholdsmessighetsmomenter. HDIR skal gjøre juridiske vurderinger av forholdsmessighet. Så er det beslutningstaker som skal foreta den endelige forholdsmessighetsvurderingen. Det er to problemer her, etter min mening. Det ene er at det ikke er helt klart hvem som skal foreta den endelige forholdsmessighetsvurderingen, det andre er kunnskapsgrunnlaget for disse vurderingene. FHI har ofte bedre kunnskap om smittevernmessige forhold enn om tiltaksbyrde mer spesifisk. Man kan grovt sett ha en formening om det, men det gjøres for eksempel få kost-nytte vurderinger, samfunnsøkonomiske vurderinger og andre typer vurderinger. De som har vært gjort mer systematisk er gjort i regi av Holden-utvalget. Det var gjort i tre omganger. I tillegg er det særlig barn og unge, skole og utdanningsfeltet som har drevet en ekspertgruppe i regi av BUFDIR og UDIR der også FHI har vært aktiv med eksperter. Gruppen har levert en serie rapporter om tjenestene og tiltaksbyrde som så igjen har vært et utgangspunkt for forholdsmessighetsvurderingene. Jeg tenker det er behov for å klargjøre spørsmålet om hvor og hvordan den endelige forholdsmessighetsvurderingen gjøres, og hvordan man skal skaffe et bedre kunnskapsgrunnlag for slike vurderinger.

Kan du konkretisere dette siste?

Det bør være tydelig ansvar i de ulike sektorene for kost-nytte vurderinger og mer skjønnsmessige vurderinger av hvordan tjenester og funksjoner vil være belastet ved ulike tiltak. Man må sørge for å skaffe tilgjengelig kunnskap og planlegge for å skaffe ny vitenskapelig kunnskap om tiltakenes effekter. Med tiltak mener jeg de samlede tiltakene, direkte rettet mot å ta ned smittespredning og redusere sykdomsbyrden, og særlig samfunnsmessige og atferdsmessige tiltak. Men jeg mener også at dette gjelder tiltak som bruk av legemidler,

behandling og vaksinasjon. For de tre siste områdene er det noe enklere, for der er det bedre etablerte systemer. De samfunnsmessige tiltakene, som de kontaktreduserende og mobilitetsreduserende, er det ikke gode systemer for, utover de to områdene jeg pekte på. Det er mer ad hoc-løsninger. Arbeidsorganisasjonene går sammen og beskriver hvilke effekter de ulike tiltakene har, men dette gjøres ikke systematisk.

Forstår jeg deg da rett ved at forholdsmessighetsvurdering er bedre der man har hatt Holden-utvalget eller andre ekspertgrupper innenfor f.eks området for barn og unge?

For barn og unge er tiltakets effekter og tiltaksbyrder beskrevet løpende. Ingen andre felt har gjort det så systematisk, så vidt jeg kjenner til. Det er i stor grad skjønnsmessige vurderinger. Det er gjort undersøkelser og studier underveis, men det er i liten grad bygget på vitenskapelige vurderinger og i større grad på egne rapporteringer fra de ulike tjenestene og sektorene.

Holden-utvalget har også arbeidet mer ad hoc, men har vært viktig fordi det faktisk er gjort samfunnsøkonomiske analyser av ulike faser. Man burde antagelig ha en stående funksjon. Det bør etter min mening vurderes om man tydelig skal tillegge de enkelte sektorene å ha disse type funksjonene, gjerne sammen. Det er ikke enkelt å sette opp dette ad hoc, men det er gjort ved akutte kriser i større grad.

Har du eksempler på at FHI ønsket vesentlig strengere tiltak på et område, men der politikerne sa nei?

Det første eksempelet på det var 12. mars 2020 der FHI foreslo karantene til alle i en husstand til nærkontakter og de som kom reisende fra andre land. Det ble ikke vurdert, det ble bare avslått som forslag. Vi har forståelse at det var et urealistisk forslag. Det er lett å se nå, når man skjønner hvordan det ville rammet mange viktige tjenester som helsetjenesten. Det er nok flere slike eksempler, men mye av dette er skjedd i drøftinger hvor vi har diskutert konsekvenser av tiltak. Vi forsøker å komme med forslag til tiltak som både er effektive og som man kan gjennomføre. Beslutningstakerne trenger forslag hvor det er en balanse mellom sannsynlighet for at tiltakene vil virke og for at de lar seg praktisk gjennomføre.

Jeg kan ettersende noen eksempler. Det er noen eksempler knyttet til rapporten om importsmitte der vi har gått inn aktivt og vært pådrivere når det gjelder å stanse militærøvelser. Der har vi også vært aktive mot cruisetrafikken og sagt at det er høyrisiko. Vi har vært kritiske til en del unntak som samlet og isolert har økt risikoen uten at man har tatt den ned på andre punkter.

Send gjerne eksempler hvor dere ønsker å gå lenger, får nei og gjerne politikernes begrunnelse. Og motsatt at politikerne er gått vesentlig lengre enn dere har anbefalt og deres begrunnelse for å gjøre det.

GK: Jeg kan legge til en ting til. Det grunnleggende i smittevern faglige vurderinger er at man også vurderer at de er mulig å gjennomføre for å at de skal ha en effekt. Ellers kunne man enkelt sagt at det mest effektive smitteverntiltaket er f.eks. veldig strenge og inngripende tiltak, men det

ligger i de smittevernfarende vurderingenes natur at man må ha med at det skal la seg gjennomføre og etterlevelse. Etterlevelse har også betydning for vurdering av effekt. De smittevernfarende vurderingene er avveieende i sin natur.

CS: Det gjelder ikke minst etterlevelse over tid. Det er en del tiltak som i første fasen av pandemien var mulig å innføre, men som ikke står seg etter noen uker eller måneder fordi de er umulig å leve med over tid, både for enkeltmennesker, offentlige tjenester, næringsliv etc. Det er hele tiden disse avveiningen som gjør at vi ofte ikke kommer med de ideelle fordringene, men de vi har mest tro på at fungerer i praksis.

Hvilken betydning hadde sykehusenes intensivkapasitet for nedstengningen i mars 2020, og for smitteverntiltakene generelt gjennom pandemien?

Det korte svaret er at sykehusenes intensivkapasitet var en del av grunnlaget for forslaget til tiltak. Det viktigste den gang var den store usikkerheten om epidemiens videre utvikling. Sannsynligheten for at hvis den ikke ble bremsset, så kunne den slått ut store deler av samfunnet. Ikke bare sykehusenes kapasitet, men også kommunenes kapasitet til å drive håndtering av smittespredning og de syke. Mange ville bli syke samtidig. Det ville bli stor belastning på sykehus og samtidig mye sykefravær. Det var helheten som var avgjørende og den store usikkerheten. I mange land hadde epidemien utviklet seg mye lengre enn de var klar over og de oppdaget den ikke før mange var alvorlig syke og døde, og det ble krise i tjenestene. Det var tilfellet i Italia i februar-mars 2020. For å unngå dette var helheten avgjørende. Dette sier jeg for FHI sin del.

Du nevnte at FHI deltar i RCU. Vi har og hørt at dere deltar i R-konferanser. Kan du beskrive den rollen FHI har i disse møtene?

Vi har ikke deltatt i regjeringsskonferanser i ny regjering. Vi bidrar med saksunderlag.

Vi var med i mange RCU-møter og regjeringsskonferanser fra mars 2020 til tappen av forrige regjeringssperiode. Rollen vår var å orientere om status. For min del var det oftest epidemiens utvikling og utbredelse og vaksinasjon som var de viktigste punktene på dagsorden. Vi svarte på mange spørsmål til oppklaring. For vår del fungerte dette godt. Vi fikk en god innsikt. Jeg har ikke kjennskap til om underliggende etater har vært til stede på slikt vis tidligere. Vi, HDIR, departementsråd fra JD og HOD og noen ganger andre, var de som oftest var til stede. Det fungerte på den måten at vi fikk nært innsyn i beslutningsprosessene og god forståelse for hvordan regjeringen arbeidet og hvilke dilemmaer regjeringen sto i, og hvilke tilleggsmomenter de måtte vurdere i tillegg til våre bidrag til beslutningen.

Er dette noe du vil anbefale i kriser, å trekke inn fagmyndigheter på den måten?

For FHI sin del var det nyttig og effektivt. Men jeg må tenke gjennom svaret, for det var tidkrevende. Jeg brukte personlig mye tid med regjeringen. Jeg er svært positiv til det i utgangspunktet, men har ikke tenkt gjennom systematisk om det er en mekanisme jeg vil anbefale eller ikke. Helt overordnet var det at regjeringen har en mer direkte kontakt med aktørene nyttig og effektivt da det ikke går gjennom så mange ledd. HOD som vårt departement har en

selvstendig rolle og ansvar for vurderingene, men prosessene gikk ofte så raskt at det var tett kontakt mellom oss og regjeringen, så vi opptrådte som en arena sammen med HOD og regjering. For FHI var det en stor fordel, men jeg vil gjerne tenke gjennom dette mer.

Hvis du har kapasitet til det, så takker vi gjerne ja til det. Gjerne med henblikk til hvilken betydning det har hatt for politikerne også.

Vi har fått beskrevet at prosessene frem til det er truffet beslutninger i regjeringen har gått raskt. Har du gjort deg noen refleksjoner rundt hva tempoet har hatt å si for rådene man gir, grunnlaget for helhetlige forholdsmessighetsvurderinger?

Det er naturlig at tempoet er høyt i en krise. Samtidig er behovet for å ha kapasitet og planleggeslik at man kan ha høyt tempo når behovet oppstår, men samtidig tenke mer langsiktig når man jobber med det som skal være grunnlaget når behovet for å øke tempoet oppstår, den akutte krisen oppå krisen. Det er et dilemma. FHI, HOD og HDIR har vært strukket kapasitetsmessig fra første stund. Det å sette av folk og ressurser til å tenke langsiktig og jobbe med grunnlaget som må være der for en beslutning, har vært krevende. Høyt tempo i seg selv er greit i akutte kriser, selv om det noen ganger er unødig kort tid. Det som ikke er greit at vi i for liten grad har hatt kapasitet til samtidig å legge planer for fremtiden slik at det blir bedre kvalitet neste gang vi står i lignende situasjoner.

Du nevnte unødig kort tid. Har du eksempler på at det er gått raskere enn det ut fra smittevernflaglig synspunkt har vært nødvendig og hvor det har fått uheldige konsekvenser?

Det må jeg se mer på, det er et komplisert spørsmål å svare på. Det vet vi ikke svaret på. Det blir en vurdering av om det hastet så mye eller ikke. En vurdering av hvor mye vi vant, og om vi vant noe, da vi f.eks. vurderte innføring av obligatorisk karantene og testing av alle på grensen, ville være nyttig. Tilsvarende gjaldt situasjonen i Nordre Follo. Det er situasjoner der FHI i tre tilfeller på grunn av nye varianter har vært aktive i å foreslå nye inngripende tiltak raskt. Da har man jobbet døgnet rundt og innført nye strenge tiltak svært raskt. Det er usikkerhet i situasjonene som har gjort at man har vurdert det fort. Det har vært en del å bygge på. Vi har basert seg på vurderinger av tidligere tilsvarende tiltak. Vi har fått til mye i løpet av svært kort tid, med overraskende lite svekket kvalitet, men med store behov for justeringer i ettertid. For de som skal motta dette materialet til beslutning, som departement og regjering, så kan det være vanskelig at det kommer nye ting i ettertid. På den andre siden er beslutningsprosessen rask, men det skal likevel skje på forsvarlig og lovmessig måte. Det skal ofte via statsforvaltere, kommuner, Storting, andre deler av regjeringen og det skal forberedes praktisk. Dermed må det legges inn den tiden det tar i ettertid etter vi gir våre råd. Det er den samlede prosessen man må se på, og den samlede usikkerheten. Det gjør at det er ganske vanskelig å komme med gode eksempler på dette. Det er nok noe som krever en mer inngående analyse for å kunne svare godt.

Har det vært tilfeller der dere opplever et ytre press på at regjering skal vise handlekraft, som har presset frem et høyt tempo, mer enn smittesituasjonen?

Vi har skrevet det ganske omfattende i oppfølgingsspørsmål om importsmitte til den koronakommisjonen. Hele saken med importsmitte i fjor høst og frem til man løsnet restriksjonene, er en sak der det har vært politisk press fra opposisjonen mot forrige regjering, der dynamikken har handlet vel så mye om det, som om smittevernmessige kriser. Det betyr ikke at det ikke har handlet om det smittevernmessige også, men det har vært drevet av det politiske i stor grad.

Konsekvenser av tiltak:

Etter en lang periode med mer eller mindre inngripende tiltak - er det grupper du mener det er grunn til bekymring for, nå?

Ja, det er grupper jeg mener det er grunn til bekymring for. Det er klart at dokumentasjonen vi har om utsatte deler av barne- og ungdomsbefolkningen tyder på at det er grunn til bekymring. Hvor stor grunn det er til bekymring på sikt er det vanskelig å si, men med gjentatte nedstengninger i de årene i livet er det grunn til bekymring. Så er det folk som er alene og isolert fra før, der veldig mye offentlig aktivitet og tilbud blir borte. Vi ser at gjennomgående rammer epidemien og tiltakene sosialt og økonomisk skjevt. Vi kjenner ikke den langsiktige effekt av dette, men er bekymret for det. Det er for eksempel de gruppene som har vært sterkest utsatt for permittering hvor det på sikt kan bli nedleggelser. Det er vanskelig å bedømme nå fordi man har kompensasjonsordninger. De fungerer kanskje bra for en del og mindre bra for andre.

Vi er bekymret hele tiden for sykdomsbyrden av covid-19 totalt i befolkningen. Den har imidlertid vært håndtert godt hittil. Vi har sett fra andre land at når de ikke har kontroll på pandemien får de høy dødelighet og mange har fått intensivbehandlinger som kan gi varige skader. Det problemet har vi i liten grad i Norge til nå.

I hvilken grad har du / FHI vært involvert i diskusjonen om hvordan sårbare grupper kan skånes, samt eventuelle kompenserende tiltak?

Ja, i stor grad. Vi har vært aktive når det gjelder barn og unge særlig, med ekspertgruppen og rapportene derfra. Vi har en del forskningsprosjekter som handler om dette, særlig om psykisk helse og u-helse. Vi har mye arbeid knyttet til innvandrergupper og løpende rapporter om status og effekter av tiltakene og av selve pandemien. Det er noen eksempler. Det viktigste er barn og unge. Der har vi gjort mest.

Hvilke tidsperspektiv ble lagt til grunn for smitteverntiltakene, i mars 2020?

Jeg er litt usikker på hva du spør om. Når det gjelder hvor lenge en pandemi kan vare så vi i FHI med en gang for oss at en pandemi kan vare i flere år. Det har mange tidligere pandemier gjort. Vi var usikre frem til sent på høsten 2020 når det gjaldt vaksinene, når de ville komme og effekten av dem. Uten vaksiner var vi forberedt på at pandemien kunne vare i flere år.

Når det gjelder tiltakene som ble innført 12.mars 2020 var vi opptatt av at tiltakene skulle justeres raskt. Det ble gjort. Det ble lagt frem forslag om justeringer 7. april og lettelser allerede 7. mai. Vi var opptatt av å åpne skoler. Vi utviklet trafikklysmodellen som en konsekvens av det, for å kunne ha virksomme smitteverntiltak, men unngå nedstengning.

Tar smitteverntiltakene anbefalt høyde for langt perspektiv?

Både ja og nei. De tar ofte høyde for behov for akutt kontroll. De tar også høyde for at de skal raskest mulig tas ned dersom det er grunnlag for det. Fordi de er belastende og det kan bli bruk for dem igjen. Det er den situasjonen vi står i nå. FHI har anbefalt inngripende tiltak som er iverksatt og vi har anbefalt at de foreløpig gjelder for fire uker. Det betyr at vi mener det er nødvendig å vurdere dem hyppig, da de har store konsekvenser og må være forholdsmessige til enhver tid.

GK: Pandemi kan være langvarig, men man hadde usikkerhet og manglende kunnskap om viruset på det tidspunktet. Forslag om varighet har gjenspeilet den kunnskapen man har til enhver tid. Man har lært mye om sesongvariasjon og ulike bølger fra mars/april 2020 til nå.

CS: Selv om mars 2020 var viktig, har vi i Norge hatt mer alvorlige og langvarige bølger etterpå. Som har vært vanskeligere å håndtere fordi det har vært mer smittsomme varianter, for eksempel med både alfa-varianten i vinteren 2020-21 og delta-varianten sommeren 2021 som har vært mer alvorlige, og har ført til flere dødsfall. Det var bølgen som startet i fjor høst, som utviklet seg til alfa-varianten, der var det mer langvarig nedstengning i Oslo og Viken, med mer differensiering på landsbasis. Den førte til flere dødsfall og flere sykehusinnleggelser. Men man har blitt mer vant til det. Derfor tror jeg 12. mars 2020 får uforholdsmessig mye oppmerksomhet. Men usikkerheten har vært nokså lik hver gang en ny variant har tatt over, knyttet blant annet til evnen til å spre seg, hvorvidt vaksinen virker like godt og alvorlighetsgraden. Dette tar det lang tid å finne ut av, og det samme gjelder usikkerhet rundt tiltak og hvordan de virker. Usikkerheten er en vesentlig begrunnelse for tiltakene som er iverksatt nå. På grunn av usikkerhet er tiltakene kortvarige for å kunne justere dem hvis vi får ny kunnskap eller situasjonen endrer seg.

Har du noen refleksjoner om man kunne gjort noe annet underveis for å ivareta disse gruppene du nevnte i sted på en bedre måte?

Jeg tror svaret er at det bør vi bruke tid på å tenke grundig gjennom. Det å ha en høy terskel for å stenge helt ned og finne løsninger som gjør at man kan drive tjenester videre er veldig viktig. Det gjelder barn og unge og andre utsatte grupper i befolkningen.

Tema: Kommunikasjon til befolkningen:

Du har vært en sentral person i kommunikasjonen til befolkningen under hele pandemien. Kan du fortelle litt om arbeidet og strategien som ligger bak det som er kommunisert og på hvilken måte?

Vi jobber med å kommunisere kunnskapsgrunnlaget, de vurderinger og rådene vi til enhver tid gir. Når det gjelder kunnskapsgrunnlaget leverer vi daglige rapporter. Når det gjelder andre rapporter er ukesrapporten svært viktig. Der er det mye informasjon vi ser at mediene bruker svært aktivt. Så er det risikovurderinger og andre typer mer ad hoc ekspertrapporter. For eksempel om innvandrere, bivirkninger av vaksiner ol. Det å formidle hva vi til enhver tid vet og jobber for å vite mer om er en veldig viktig del av det.

Så er det å formidle vurderinger av hvilken vei det går, hva vi tror om de neste ukene og månedene. Det er samfunnsvurderinger basert på internasjonal informasjon. Dette er mye viktigere enn det som fremkommer i kommunikasjonen, tenker jeg. Vi peker ofte på noen andre land, men den kontinuerlige møtevirksomhet og rapporteringen fra den europeiske smitteverninstitusjonen (ECDC), WHO og internasjonale overvåkningssystemer for epidemier, det er viktig. Sammen med vurderingene vi får fra andre land om smittesituasjon der. Det er viktig som i situasjonen nå, at så mange land vurderer situasjonen likt. Det kan ta noen dager mellom tidspunktene for når de ulike landene stenger ned, men vurderingene er ofte ganske like. Kunnskapsgrunnlaget, vurderingene og de konkrete rådene er viktige. På grunn av måten regjeringen jobber på så kommuniseres de konkrete rådene vi gir etter at regjeringen har truffet sin beslutning. Der kan det være vanskelig å kommunisere de konkrete rådene. Er det fullt samsvar mellom hva FHI, HDIR og regjering har ment, så er det greit. For de fleste gangene er det slik. Noen ganger har vi formulert oss ulikt og hatt ulike vurderinger av løsningene. Regjeringens beslutning gjelder, så det kan bli en balansegang mellom å forklare rådet vi har gitt og følge opp rådet regjeringen har gitt. Det er som oftest ikke problematisk, men når det er det kan det bli mye arbeid med å forklare forskjellene, hvorfor og hvor viktig det er. Vi mener ikke det er feil hvis regjeringen beslutter noe annet enn vi har gitt råd om. Det er ofte begrunnet i at de skal ta andre hensyn som er legitime. Det er ikke mange eksempler på at vi har opplevd dramatiske forskjeller. Men i de tilfellene bruker vi ofte en god del tid på formidling.

Så bruker vi mye tid på å forklare forskjeller på ulike scenarier og modelleringer med usikkerhet og det som faktisk skjer. Det kan være krevende, men det vi hovedsak har sett er at mediene som formidler dette videre og de som skal bruke det videre, som kommunene og befolkningen, forstår dette bedre og bedre.

Det er gjennomgående viktig for FHI å være åpne. Det er grunnlaget for kommunikasjonen. Derfor er en del av det som kommer ut noe uferdig. Det er vår vurdering at det er bedre enn å vente. Vi er åpne om usikkerheter og alt vi ikke vet, for det er en viktig del av beslutningsgrunnlaget.

I situasjoner hvor det er kort tid til å gjøre faglige vurderinger og mangelfull kunnskap. Hvordan kommer man frem til konkrete råd og anbefalinger som skal være faglige da?

De er å gå gjennom det som finnes av kunnskap. Det kan være kunnskap som ikke nødvendigvis er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Såkalte pre-prints, som er manuskripter som finnes tilgjengelig på nettet, men som ikke er fagfellevurdert og antatt i tidsskriftene. Det er å følge opp twittermeldinger og annet om hva man har funnet, for eksempel fra de store vaksineselskapene. Man må ta høyde for interessene de har selvfølgelig, men de har kommunisert mye om vaksineeffekt og oppfriskningsdose som er nyttig. Det er å bruke erfaringer fra tidligere, der man ser hvilke tiltak eller kombinasjoner av tiltak som ser ut til å virke. Det handler om erfaring med håndtering av denne krisen, men også tidligere kriser og andre typer utbrudd.

Da er vi inne på hvorfor man kan se ulike råd fra ulike land, fordi man har denne usikkerheten rundt kunnskapsgrunnlaget.

Ja, og også ulike råd i eget land. Jeg bekymrer meg mer for at vi er for enige, at vi leter etter felles løsninger, heller enn å tvinge oss selv til å tenke nytt og peke på alternative løsninger. Ved bedre tid bør vi ha en systematisk gjennomgang av tenkbare alternativer, gitt det lille vi vet.

Tema:Vaksinestrategi

Du nevnte innledningsvis at der det er et eksisterende planverk så gikk det bedre enn der man ikke hadde det. Gjelder det også for vaksiner? Opplevde du at man kunne bruke det at det lå et planverk til grunn?

Ja, men her vil jeg gå lengre for her gjelder prinsippet om nærhet, likhet, ansvar og samvirke. Det som er annerledes er at HOD i så stor grad styrer det. De har tatt noen roller vi normalt har, med god grunn, og at regjeringen går inn og beslutter. For øvrig drives dette slik vi driver vaksinasjonsprogrammer til daglig. Vi driver store vaksinasjonsprogrammer til vanlig. Det er omfattende virksomhet for oss og kommunene, og det er den ordinære vi bygger på i koronavaksinasjonsprogrammet. Derfor er det mulig å bygge og drive et slikt program, til tross for stor usikkerhet, stadige ny kunnskap, veldig kompleks logistikk etc. Her har man fått det beste ut av beredskapsprinsippene. Det er ikke bare planverket for krise, men alt det andre som ruller og går til vanlig. At man i stor grad gjør det man vanligvis gjør. Det har av andre tidligere vært pekt på at helsetjenesten, som tok imot skadde og pasienter etter terrorangrepet 22.juli, fungerte bra fordi de gjorde det de vanligvis gjorde og hadde trent på det ekstra som skulle gjøres. Det er naturligvis ikke det samme, men prinsipielt er det det samme som gjelder.

Det er tatt mange beslutninger på regjeringsnivå om vaksinestrategien. Har du noe inntrykk av hva som er avgjørende for hvilket nivå beslutninger er tatt på?

Jeg antar at du ikke spør om anskaffelser, men løpende strategier. Jeg tror det avgjørende for regjeringens engasjement har vært at vaksinasjon er så viktig del av responsen og håndteringen at de har ønsket å gå inn i det aktivt. Begrepsbruken har vært ulik gjennom vaksinasjonsprogrammets periode. Det ble tydeliggjort i forbindelse med diskusjoner om fortsatt bruk av Astrazeneca-vaksinen og hvorvidt de skulle ta inn Jansen-vaksinen i programmet. Det

ble tydeliggjort at FHI kom med anbefaling og at regjeringen besluttet. De valgte å beslutte om mye, også detaljerte endringer i strategien og mindre saker innenfor vaksinasjonsprogrammet. Også faglige saker. Tidligere var begrepsbruken fra forrige regjerings side initialt, at FHI beslutter. Vi har hele tiden ment at det FHI beslutter er hvilken anbefaling vi gir til HOD og regjeringen. Det var en oppklaring det som skjedde da, og det ble tydelig for offentligheten hvordan rollefordelingen har vært og er.

Opplevde du at beslutningene lå på et hensiktsmessig nivå?

Slik koronavaksinasjonsprogrammet har utviklet seg tenker jeg det er hensiktsmessig. Hadde det vært mange saker med sprik mellom våre faglige anbefalinger og regjeringens beslutninger kunne det sett annerledes ut, men det er en høy terskel slik jeg oppfatter det hos regjeringen mot å gå mot de faglige rådene. Det har vært et engasjement som har gitt behov for å se dette annerledes gjennom noen tilleggsvurderinger.

Vi har noen spørsmål knyttet til prioriteringene og endringene i dem:

Hvorfor valgte FHI å ikke følge WHO's forslag til vaksineprioriteringer, med helsepersonell med stor risiko for smitte og videreføring av smitte først, og så den eldre befolkningen etter alder?

Det var den epidemiologiske situasjonen før vaksinene kom. Dette ble raskt endret. Det var allerede i januar at vi anbefalte å prioritere helsepersonell samme med eldre. Vi gikk over på en strategi som var lik den WHO hadde, men med den forskjellen at vi vaksinerte helsepersonell parallelt med de med høyest risiko. Det var dels fordi vi hadde grei tilgang på vaksiner og situasjonen i helsevesenet var ikke slik at vi skulle slutte å prioritere de med høyest risiko.

Den geografiske prioriteringen, den ble anbefalt allerede i november/desember i fjor. Hva var avgjørende for tiden det tok før man foretok geografisk prioritering?

Tilgangen på vaksiner. Det var meningen å først vaksinere de med svært høy risiko, så fordele vaksiner annerledes fordi risikoen ikke var så høy og det ville ha mer konsekvenser for de i arbeidsfør alder.

Da den danske vaksinestrategien ble laget, la de danske folkehelsemyndigheter til grunn at vaksinen hadde effekt på smittespredningen. Hvordan ville den norske prioriteringsrekkefølgen for vaksiner sett ut fra start, dersom en hadde latt til grunn at vaksinene hadde effekt på smittespredningen?

Jeg tror ikke det hadde vært vesentlig annerledes. Vi antok også effekt på smittespredning, men vi var usikre på nivået. Med de nye variantene ser vi også at det har vært lavere effekt mot smittespredning. Den danske rekkefølgen har vært nokså lik den norske og ser ikke ut til å ha slått ut vesentlig forskjellig. Vi la vekt på smittespredning ved å innføre geografisk prioritering. Jeg tror ikke det hadde hatt vesentlig betydning, det er tilgang på vaksiner som har hatt betydning.

Hvilken betydning fikk det da en senere la til grunn at vaksinene hadde effekt på smittespredningen?

Det var med i vurderingene. Vi la til grunn at det ville ha en effekt. Det var med i vurderingene, men har ikke trumfet betydningen av den direkte effekten. Altså vurderingen av nytte og risiko for den enkelte som et overordnet prinsipp. Effekten på smittespredning har i økende grad vært en medvirkende faktor, men ikke trumfet annet.

Hvordan har det internt i FHI har vært diskusjoner om hvorvidt barn smitter?

Vi har vært opptatt av å skaffe et stadig bedre kunnskapsgrunnlag om barns smitte. Det grunnlaget er ufullkomment. Vi har gjort studier av smittespredning i Norge blant barn. Diskusjonen har handlet om å forsøke å skaffe bedre kunnskap om det, og det har handlet om å være åpen for at vi kan få ny kunnskap som kan endre vårt syn på det. Vi har hele tiden ment at barn kan bli smittet og smitte videre. De blir svært sjelden alvorlig syke, og smitter sannsynligvis mindre videre. Det er styrket i enkelte studier at barn ser ut til å smitte mindre. Det er ulikheter i vurderingen internasjonalt av hvor stor betydning det har. Jeg tenker at siste ord ikke er sagt om det, det kan også være ulikt i ulike land.

Er det anbefalinger basert på matematisk modellering som du i ettertid har tenkt at var for svakt vitenskapelig fundert?

Vi har ikke gitt anbefalinger basert på matematisk modelleringer alene. Det finnes ingen eksempler på at matematisk modellering er brukt som eneste grunnlag. Vi har alltid understreket forutsetningene for modellene, begrensningene og usikkerheten i dem.

Når en matematisk modellering er et element i en anbefaling, har du der tenkt at noe i ettertid var for svakt fungert.

Det har hele tiden vært usikkerheter, men det blir ikke for svakt fundert så lenge vi understreker hvor svakt eller sterkt det er. For svakt fundert gitt det vi vet, tror jeg ikke det har vært, men at vi burde hatt mer kunnskap for at det skulle vært sterkere fundert er sikkert. Vi har understreket fra første øyeblikk at modelleringer ikke er kunnskapsgrunnlag alene. Det er ulik grad av tillit til modelleringer. Det som er prediksjoner for de neste ukene har vi mer tillit til, fremfor det som er langsiktige scenarioer. Det vi har basert på perioder med relativt god oversikt over antall smittede i landet, har vi mer tillit til enn perioder med dårlig oversikt. Vi har foretatt mange slike modelleringer, der det er ulike deler av det vi har ulik tiltro til. Vi sammenholder det med en rekke annen type informasjon. Selv innenfor et råd vil det variere hvordan vi har brukt matematisk modellering. Modellering er et viktig tilleggsverktøy, men det er ofte tatt ut av sammenheng i offentligheten. Det så vi nå nylig da vi gikk ut med det vi kalte «en foreløpig illustrasjon», om grunn til å tro det kunne bli høy smittespredning. Vi sa vi hadde liten tiltro til tallene, men tiltro til tendensen.

Jeg vet ikke om det mulig å svare på spørsmålet. Vi gir mange råd vi mener er svakt fundert, fordi vi får ikke mer kunnskap ut av det enn det vi har tilgjengelig.

Hvordan var hendelsesforløpet, dilemmaene og diskusjonene knyttet til AstraZeneca-vaksinens bivirkninger?

Det var en spesielt krevende situasjon, for på tidspunktet da vi oppdaget bivirkningen i Norge og Danmark, så antok vi at Astrazeneca og Janssen-vaksinene ville være svært viktige for gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet. Samtidig var det raskt åpenbart at det var en sannsynlig årsakssammenheng mellom tilstanden og vaksinen. Det var også raskt klart at vi ikke ville få lite eller ingen hjelp fra andre land enn Danmark med å finne ut av dette, for de hadde ikke informasjon om hvor mye de hadde av dette raskt nok. USA sa nå nettopp at de ikke ville bruke Janssen-vaksinen på grunn av bivirkningene. Dilemmaet den gangen var stort, men det var ikke tvil om beslutningen. Jeg mener det var bra at regjeringen nedsatte en ekspertgruppe for å vurdere dette.

Tillit hos befolkningen relatert til vaksinasjonsprogrammet. Gjorde FHI noe spesielt for å sikre tillit hos befolkningen? Var det noe FHI unnlot å gjøre for å sikre tillit?

Vi har først og fremst sagt at vi skal informere om det vi vet om virkninger og bivirkninger, og at vi skal gjøre det fortløpende og ikke holde tilbake informasjon. Det er viktig for tilliten. Det betyr at det for eksempel i går kom foreløpige analyser av meldte bivirkninger om blødningsforstyrrelser, samtidig som vi er opptatt av å oppfordre til vaksinasjon fremover.

Er det gjort noen særskilte tiltak for å nå enkelte deler av befolkningen?

Ja, mange. Det er godt beskrevet i dokumentet om kommunikasjon.

Er det noen læringspunkter når det gjelder utarbeidelse av vaksinestrategi og kommunikasjon mot befolkningen?

Vi jobber med dette kontinuerlig og bruker vår erfaring for eksempel med utrulling av HPV-vaksiner og andre vaksineprogrammer. Det handler om tett kontakt med befolkningen, saklig og ryddig informasjon til befolkningen. Respekt for alle grupper, også for de som er redde for og skeptiske til vaksiner.

Tema: Kommunelegenes situasjon under pandemien

Kan du redegjøre for «grensesnittet» mellom FHI og HDIR når det gjelder oppfølging/bistand overfor kommuner og kommuneleger? Hvem har bidratt med hva? Hvordan har dette fungert?

FHI har den løpende kontakten med kommunen slik vi også har vanligvis. Det har vi med smittevernhandtering og ved utbrudd. Det har ikke HDIR og heller ikke under pandemien, selv om de har vært med og gitt råd direkte i en del møter med kommuner. Deres rolle er å arbeide via statsforvalter mot kommunen. FHI gjør det vi vanligvis gjør. Dette er beskrevet godt i

dokumentet dere har fått 28.10.2021. Vi har hatt en aktiv og tett kontakt når det gjelder smittesporing og oppdatering av håndboken for kommunelegene. Det er en viktig kilde til beskrivelse av kontakten mellom oss.

Takk, da ser vi dit. Vi kan også nevne at dere har fått mye skryt fra de i kommunene og kommunelegene vi har snakket med.

Nasjonale myndigheter har i løpet av pandemien besluttet en rekke tiltak som er forutsatt å bli iverksatt av kommunene. I hvilken grad vurderer du at kommunene har blitt forberedt på kommende tiltak?

Det har variert en del. Jeg oppfatter det slik at både forrige og nåværende regjering, og kanskje særlig nåværende, har lagt vekt på å informere kommunene om at det kommer tiltak. Ikke nødvendigvis de spesifikke tiltakene, men for å lytte til deres behov og situasjon før det kommer tiltak og varsle om grovt sett innretningen på tiltak. Der er det en komplisert balansegang for regjeringen, de skal ivareta sine beslutningsprosesser på ryddig måte. Det er klart at det er behov for at kommunen skal varsles i forkant. Kommunene har måttet håndtere beslutninger som kommer brått og uventet på kort tid.

I noen tilfeller er informasjon om tiltak offentliggjort på pressekonferanser før detaljene i regelverket er klart. Har du noen refleksjoner knyttet til det?

Det er ikke hensiktsmessig, men det er komplisert. For noen detaljer bør det være høringer og kontakt for de som skal etterleve det. Det kan være hensiktsmessig som hovedprinsipp. Som hovedregel mener jeg kommunene bør ha god informasjon om det som kommer slik at de kan være forberedt. Man bør helst ha regelverket klart slik at det kan etterleves, men korte tidslinjer er problemet.

Har dette hatt konsekvenser for FHI?

Det har hatt masse konsekvenser for oss, for kommunene henvender seg til oss. Det er bra, men det betyr at når noe er uklart så får vi en storm av henvendelser. Skjer det en fredag ettermiddag er helgen ødelagt for kommunene, men også for oss.

Det har vi hørt, det trekkes frem at dere er tilgjengelige.

Det er jobben vår å ha døgnkontinuerlig vakt, men det er krevende når det kommer en helt ny belastning man kunne planlagt bedre for. Men det går seg til.

Kjenner du til om det er iverksatt eller vurdert iverksatt tiltak fra statlig hold – av FHI eller andre (HDIR eller HOD) – for å avhjelpe kapasitetsmangel i kommunene? Andre eksempler enn TISK

Der kommer jeg til kort. Bortsett fra det med smittesporing og nå i forbindelse med vaksinasjon der det er iverksatt tiltak. Det har kommunene gitt uttrykk for at de ønsker sterkt. Det er nok en

av tingene man kan se på. Det vil i stor grad være HDIR som skal se på kapasitet og bemanning, men FHI bør beskrive og peke på utfordringer. Kommunene er ikke satt opp for å håndtere denne typen krise over så lang tid, og kommunelegene har ikke alltid en plassering i krisehåndteringen som er hensiktsmessig og kapasitet har vært stort problem. Det er gjennomgående høy kompetanse blant kommunelegene og i kommunene ellers, men kapasiteten er varierende.

GK: Jeg kan nevne to ting og det er smittesporing og utbruddshåndtering. Da er det personell fra FHI som rykker ut med team.

Har du noen synspunkter knyttet til om smitteverntiltak bør besluttet sentralt eller lokalt? Er dagens regelverk tilfredsstillende?

Jeg tror det er behov for å gå gjennom regelverket av prinsipielle grunner. I en slik situasjon bør man se på om det er noe med regelverk eller praktisering som bør endres. Lokale tiltak som hovedprinsipp er bra. Det er kriteriene for når man går fra det ene nivået til det andre som kan være uklare. Og hvordan de skal kombineres.

Avslutningsvis under dette temaet: Har du noen refleksjoner knyttet til kommunelegefunksjonen?

Den er kolossalt viktig i responsen og håndteringen av krisen. Kommunene er tillagt et stort ansvar og kommunelegens rolle er uvurderlig i situasjonen. Den rollen bør styrkes ytterligere. Jeg tror det blir stor interesse for den type stillinger blant leger fremover og det er bra, men det forutsetter at rammevilkårene blir til å leve med også i kriser.

Tema: Importsmitte

I Norge har vi hatt en rekke ulike tiltak mot importsmitte så som grensestenging, krav om testing på grensen, registreringsordninger, reiserestriksjoner, karantenehotell etc. Har du en samlet og overordnet refleksjon om disse tiltakene, grunnlaget for dem og effekten?

Jeg var inne på det tidligere. Her er det veldig krevende og sterkt politiske spørsmål som er avgjørende i beslutninger om mekanismer for kontroll av smitte som folk har med seg fra andre land. Det har vist seg at spørsmålet om importsmitte er ekstremt komplekst. Fordi vi har alt fra norske turister som har vært på ferie til grupper av arbeidstakere som er gjestearbeider, sesongarbeidere eller pendlere. Folk som kan ha store arbeidsgivere i Norge eller jobber for seg selv. I forbindelse med dette spørsmålet har man fått eksponert at det norske samfunnet er avhengig av importert arbeidskraft. Det er en stor ressurs og sårbarhet. Vi har dårlige data om hvem de er og hvor de kommer fra. Når man skal gjøre noe med importsmitte er det to prinsipielle måter å gjøre det på. Det er å holde grensene åpne og stanse smittespredning innenlands, eller stenge grensene for å hindre smitte inn i landet. Ellers er det kombinasjoner av de to.

Det krever betydelig samarbeid mellom mange ulike aktører som normalt ikke utveksler data med hverandre. Det krever at man har på plass typer mekanismer som bruk av "D-nummer" Det var spørsmål ila flyktningkrisen i 2015, som ikke ble løst da. Vi sa det da måtte på plass. Nå har det også vært krevende å få på plass.

Så oppstår det politiske kriser og smittevernkriser der man plutselig skal gjøre mye på en gang. Der man beslutter noe som tar måneder å gjennomføre og ikke alltid på en god måte, med dilemmaer knyttet til menneskerettigheter, bruk av tvang, internasjonal handel etc. Det å vurdere smittevernmessige problemstillinger knyttet til dette er vanskelig. Det er et utrolig komplekst aktørbilde. Det er vanskelig når man skal forholde seg til hele bildet. Gjør man ikke det er det enkelt. Det handler om hvor mange som kommer inn i landet og hvor de kommer fra, og hvilken kapasitet man har for håndtering av det innenlands.

FHI er ofte blitt satt i situasjon der vi skal vurdere ting vi ikke har grunnlag for. Vi skal ikke prioritere om det er idrettsutøvere eller gjestearbeidere som skal komme inn i Norge. Det er et politisk spørsmål. Det tok tid å sortere ut. Det eneste vi kan si er at øker antallet man slipper inn så øker risikoen. Skal man foreslå at alle testes så må man lage systemer for dette. Man kan ikke sanksjonere hver enkelt person som ikke tester seg.

Da man greide å redusere antall reisende blir håndteringen innenlands enklere. Men det er et ønske fra oss at man skal la flyten over grensene gå. Det er et ønske for norsk økonomi, for helsetjenesten og andre som er avhengig av importert arbeidskraft. Mange av grunnlagene for de inngripende tiltakene nå handler om personellmangel. Det er for eksempel mangel på intensivpersonell, ikke intensivplasser. Det er personellmangel. Ikke bare i sykehusene, men også i kommunehelsetjenesten. Ved å ha velfungerende smidige systemer innenlands, med smittesporing, testing, karantenemuligheter, identifikasjon, det vil gjøre det enklere å slippe inn flere.

Forstår jeg deg dithen at systemene ikke er der i dag?

Systemene er ikke gode nok i dag. De er for skjøre og ikke sammenhengende nok. Man bygde opp et sammenhengende system på vårparten i år, men det er et system som var ekstremt inngripende og førte til at det kom ganske få. Det har vært problemstillinger gjennom hele våren 2021 om hvor mange man skal slippe til i landbruket for eksempel. Man har så regulert tiltakene for å gjøre det håndterbart innenlands og på grensen.

Tema: Overordnet refleksjon om håndteringen av pandemien

Hva er det viktigste vi kan lære av de snart to årene med pandemi som vi har lagt bak oss?

Jeg vil tilbake til det jeg åpnet med. Det å ha et velfungerende samfunn, som er inkluderende og med gode velferdsordninger er avgjørende. Demokrati, tillit, åpenhet og mulighet for innsyn. Man må ha kompensasjon som virker. Det er grunnplanken.

Det å ha en beredskap med god kapasitet er viktig. Vi må bygge beredskap og krisehåndtering inn i det man utvikler til daglig. Når man for eksempel utvikler et e-helsesystem til tjenestene, så skal beredskap og krisehåndtering være en del av det, og være med i kost-nytte-vurderinger når man vurderer gevinsten av investeringer. Det å utvikle et forskningssystem, da skal krise og beredskap være en del av det. Det bør utvikles slik at det lønner seg både til daglig og i krise å ha et slikt kunnskapssystem. Det bør være minst mulig man må finne på der og da under krisene. Det vil alltid være noe behov for det, fordi krisene er ulike, men det er de ordinære systemene som er det avgjørende. Dermed kan vi bruke den erfaringen vi nå får til å utvikle systemer slik at vi til senere kriser er bedre rustet enn vi var for denne. Vi var bedre rustet enn for 10 år siden, og det skyldes systemer som er utviklet, ikke bare for dette formålet, selv om det også er systemer utviklet med krise som formål, som har bidratt vesentlig. Som Beredt C19, selv om dette registeret delvis har vært skjørt. Smitteappene er også skjøre funksjoner, delvis fordi de har vært utviklet som sær-løsninger i raskt tempo under selve krisen. Det at vi har velfungerende registre som Norsk pasientregister, Kommunalt pasient og brukerregister, Medisinsk dødselsregister, MSIS, SYSVAK osv, det har vært viktig. Det har vært viktig for den løpende håndteringen. De er utviklet primært for andre forhold enn krisehåndtering, men virker også til dette formålet

Tusen takk for at dere stilte og takk for den viktige jobben dere har gjort og skal gjøre fremover.

Referat godkjent av Camilla Stoltenberg 25.01.2022. Hun kom til våre lokaler og foretok korrektur 25.01.2022.