



INTERVJUREFERAT – CECILIE DAAE

Intervju av:	Cecilie Daae, administrerende direktør Helse-Nord.
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	6.12.2021 kl. 14.45 – 15.30
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Kommisjonsmedlem Geir Sverre Braut
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Sekretariatsleder Ida Skirstad Pollen og sekretariatsmedlem Marianne Aasland Kortner. Erik Sundet fra PwC.
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Ingen
Ev. bisittere	Randi Spørck

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

Geir Sverre Braut ønsket velkommen og presenterte deltagere til stede.

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

- Det er satt av 45 minutter 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 som forvalter innsyn i kommisjonens arkiv.

- Du har ikke plikt til å forklare deg for kommisjonen. Vi er takknemlig for at du stiller til en samtale. Vi forstår det slik at du er villig til å svare på en del spørsmål.
- Når du først velger å forklare deg for kommisjonen, kan du 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.)
- 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.)
- Presisere at opplysninger fra samtalen vil kunne bli vist til i den endelige rapporten. Kommisjonen vil følge praksis fra tidligere granskningskommisjoner: 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 og er bundet av personopplysningsloven.

Cecilie Daae hadde ingen merknader eller spørsmål til de praktiske og rettslige rammene for intervjuet.

Geir Sverre Braut informerte om temaene som vil bli tatt opp i dette intervjuet.

FORKLARING

Kan du redegjøre kort for din stilling i Helse Nord og hvor lenge har du jobbet i Helse Nord?

Cecilie Daae (heretter «CD»): Jeg har med Randi Spørck som bisitter. Hun er seksjonsleder i Helsefagavdelingen i Helse Nord. Hun har ansvar for den intraregionale utredningen som omhandler intensivkapasitet. Den er underveis.

Jeg begynte i Helse Nord 13. jan 2020. Jeg hadde en direktørstilling i DSB fra høsten 2015 frem til jeg tiltrådte her. Fra 2007 var jeg i Hdir i flere år og avsluttet der som assisterende helsedirektør. Jeg er lege som bakgrunn og jobbet som allmennpraktiker for mange år siden.

Tema 1: Behovet for intensivkapasitet i årene før pandemien brøt ut

Man visste at en pandemi ville komme, men man visste ikke helt når. Hvor godt kjent var Helse Nord med behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen før covid-19-pandemien brøt ut?

CD: Jeg var i Hdir i 2009-2010 under svineinfluensapandemien. Det ble gjort en evaluering av DSB i etterkant av den. Jeg hadde en forventning da jeg kom ut i spesialisthelsetjenesten at mye var på plass som oppfølging av den forrige pandemien. Vi kjøpte inn respiratorer, dialysemaskiner og diverse utstyr som nok ikke representerer den beredskapen jeg hadde en forventning om, men som jeg tror har kommet inn i daglig drift. Svaret på dette vil være at man raskt etter forrige pandemi kom tilbake i hverdagsmodus, og at det som representerte en forsterket beredskap etter svineinfluensaen har gått inn i daglig drift. Det er mange problemstillinger knyttet til dimensjonering av intensivkapasitet i Helse Nord.

Randi Spørck (heretter «RS»): Da pandemien kom var vi ikke forberedt i den grad vi burde vært. Vi jobbet ut fra normal driftssituasjon. Vi hadde et begrenset planverk for å klare å skru opp. Vi har en intensivhandlingsplan fra 2008 som er bygget på nivåinndeling. Den ble laget før jeg startet i Helse-Nord. Man tenkte at vi skulle klare å ha et desentralt tilbud så godt vi kunne. Intensjonen var for eksempel at Kirkenes, som er på det nivå 1, skulle klare å holde én intensivpasient på respirator i ett døgn. Om pasienten ble dårligere, skulle de sende den til Hammerfest. Det fungerte aldri i praksis. Alle de små sykehusene sendte pasienter som ble dårlige rett inn til Tromsø og Bodø. Det er slik det har foregått i praksis.

En annen sak er at vi har to sykehus som er på det høyeste nivået, Tromsø og Bodø. I planen skulle Bodø bygge opp kapasitet på 10 senger og Tromsø 15 senger. Der har vi et etterslep. Vi er der på antall senger, men Bodø har ikke klart å skaffe bemanning til mer enn 5 senger, mens Tromsø klarer dette. Det har vært fint for oss når vi nå har vært under press. Planen er under revidering med tanke på det strategiarbeidet vi går i gang med på nyåret. Mandatet er orientert til styret nå i desember.

Før pandemien, hva slags diskusjon har det vært internt i Helse Nord RHF om kapasiteten på intensivplasser i regionen uavhengig av inndelingen i nivå 1, 2 og 3?

RS: Det har egentlig ikke vært de store konfliktlinjene før pandemien om kapasitet rundt omkring, før det kom opp i Kirkenes. De følte seg sårbare med den beliggenheten de har. De ytret et ønske om å være på nivå 2 og det blir veldig nivåfokuset. Vi fikk et

anmodningsvedtak som vi måtte gå inn, og vi måtte se mer detaljert på hvordan forholdene var i Kirkenes. Vi landet på at de ønsket mer bemanning rundt den kapasiteten de hadde. Vi hadde en god gjennomgang som vi anså som en delutredning, før vi skulle i gang med den store planen hvor vi skulle se på regionen i stort. Før den tid har det for vår del vært fokus på å få Nordlandssykehuset til å bemanne opp og diskusjon på hvilket behov de hadde i normalsituasjon.

Du nevnte intensivplanen fra 2008 og at det var utfordring knyttet til overføring mellom nivå 1 og 2 som går direkte til nivå 3. Utover det, hva er erfaringene med intensivplanen som dere la i 2008?

RS: Erfaringen er at det har utviklet seg et samarbeid mellom Bodø og Helgeland, og Finnmark og Tromsø. De har god dialog. I ferieavvikling har de et eget Excel-ark for samarbeid slik at de får avviklet ferie på fornuftig vis, og slik at de har oversikt over ledig kapasitet.

Er det rett forstått at Helse Nord har delegert en ressursstyringsmulighet til UNN?

RS: I første fase av pandemien ble det tatt en del initiativ av RHF-et til pandemirelaterte nettverk. Intensivnettverket var et av dem. Der var det et sterkt ønske fra universitetssykehuset at de skulle ha det koordinerende ansvaret, og at de skulle lage en egen prosedyre som de forvalter i det daglige. Det gjør de på en god måte. Det er en del av den daglige etablerte praksisen mellom Helgeland og Bodø, at de gjør sine avklaringer, mens Tromsø har den totale oversikten. Så har de nok tidvis ønsket at vi skal videreføre nettverket. Vi vurderer fortløpende hvorvidt det er nødvendig, men vi styrer gjennom andre etablerte linjer slik som fagsjefmøte, AD-møte og de mer overordnede strukturene vi har. Vi har etablert gode rapporteringsordninger slik at vi får god nok styringsinformasjon om hvilken kapasitet vi har til enhver tid. I tillegg har vi et organ som ligger på fagsjefnivå som vi bruker når vi får press på kapasitet, enten intensiv eller i stort. Vi brukte det for eksempel da Hammerfest var nede i et par runder. Da styrer og ruter vi pasientflyt rundt omkring i regionen. Det skjer i regi av RHF-et.

Hvordan har RHF-et vurdert kapasitet og kompetanse knyttet til intensivbehovet før pandemien? Har man hatt nok plasser?

RS: Det var før Cecilie kom og jeg var ikke her under svineinfluensaen. I normaldrift har vi hatt nok kapasitet i antall senger, men vi har ikke vært fornøyd med at Bodø ikke har trappet opp. Det er en del av de perspektivene på bemanning som vi må ta innover oss. Hvordan vi bruker oppbemanning på en god måte, for eksempel inn mot hjerteintermediær i Bodø, slik at vi klarer å få en god pool på bemanning. Vi har i pandemien erkjent at vi har stort innslag av innleie. Den største utfordringen vi har er personell.

CD: En del av det som er anført i intensivrapporten fra 2019 er interessant med tanke på at det er store regionale forskjeller i hvordan man har innrettet seg. En anbefaling er at man ikke bare vurderer hva som er riktig ambisjonsnivå for intensivkapasitet i Norge generelt, men at man bør prøve å harmonisere mellom regionene i stor utstrekning. Det tar jeg særlig til meg fordi vi er en region som har 9 % av befolkningen på 45 % av landarealet i Norge, om også regner med Svalbard også. Det betyr at hvis vi skal sikre likeverdige tjenester, selv om vi sliter med rekruttering, vil et slikt harmoniseringsarbeid være veldig interessant med tanke på hva vi skal legge oss på.

Tema 2: Den regionale intensivutredningen fra 2019 og HODs oppdrag i januar 2021 til RHF-ene om å utrede intensivkapasiteten

Hva var fra deres perspektiv bakgrunnen for at arbeidsgruppen som avga rapporten i slutten av desember 2019, ble nedsatt?

RS: Dette vet jeg litt om fordi jeg har sekretariatet for det interregionale fagdirektørmøtet. Dette var egentlig et initiativ fra fagfolk i OUS som satte sammen en gruppe med representasjon fra regionene. De hadde kommet et stykke på vei før de la det frem for fagdirektørmøtet. Fagdirektørene gjorde det beste ut av det, og ba dem om å forankre og komme med en beskrivelse som da endte i rapporten. Det ble en del reaksjoner for man måtte organisere en høring. Det ble kritisert for å være dårlig balansert inn mot den indremedisinske aksen, spesielt fra universitetssykehusene. Særlig i vår region, på de mindre sykehusene, jobbet både indremedisinere og anestesileger rundt pasienten. Det er et av perspektivene vi er nødt til å hensynta i vårt regionale arbeid når det starter opp.

Den høringen som rapporten ble sendt ut på, i fagmiljøene i Helse Nord og i det administrative miljøet i Helse Nord, har den blitt fulgt opp på noen annen måte?

RS: Det som har skjedd er at den interregionale gruppen som lagde rapporten fikk beskjed om at den måtte på høring. Jeg tror det har vært en kommunikasjonssvikt fordi de sendte den på en selektiv høring. Det medførte at Sør-Øst satt seg i førersetet for å få en mer formell høring fra de ulike sykehusene. De er oppsummert og behandlet i en egen sak i det interregionale fagdirektørmøte. Min sjef, fagdirektøren, har formidlet dette til alle fagsjefer som må ta det videre i sine respektive sykehus.

Den faggruppen var oppnevnt på RHF-nivå og hadde i utgangspunktet ingen forankring i departement eller direktoratet. Stemmer det?

RS: De har selvoppnevnt seg selv. Vi hadde ikke meldt inn de representantene fra oss, selv om de er eminente og flinke folk. De har gjort sitt beste ut ifra emne og forutsetning. Det er noe av bakteppet. Det er mye bra i den rapporten. Vi må prøve å få brukt det vi kan ta med oss videre så godt det lar seg gjøre. Det er det som er ambisjonen. Så får man håndtere balansen på en klok måte.

Var HOD involvert eller kjent med det arbeidet da det foregikk i 2019?

RS: Jeg er usikker på om de var kjent med det da, men de ble i alle fall kjent med det. Ministeren brukte tallene som dessverre ikke var helt kvalitetssikret i media. Da måtte fagdirektørene gjøre en liten øvelse og korrigere dette. Det var ikke tilsiktet fra denne gruppen. Det er ulike oppfatninger av hva som er hva her.

I 2020 ble den sendt på høring og i 2020 kom pandemien. I januar 2021 ga HOD i oppdrag til RHF-ene å utrede intensivkapasiteten. Kan dere si noe om bakgrunnen for det oppdraget og om dere hadde dialog med HOD før det oppdraget ble gitt?

CD: Det ble veldig intenst fra mars 2020. Vi fikk i oppdrag å forberede oss på et verstefallsscenario, hvilket vi brukte mye tid og krefter på for å få på plass. I daglig drift har

vi 26 intensivsenger i vår region. Vi ble forberedt på at vi skulle klare et høyt antall på kort tid. Vi var rimelig sikre på at vi skulle klare opp mot 80, men vi ville ha utfordringer med utholdenhet. Det har med personell å gjøre. Det har gått i bølger. Vi har rapportert på dette mange ganger til HOD. Arbeidet med å ruste opp i forbindelse med verstefallscenarioene våren 2020, etterlot et behov for å gå gjennom dette på nytt slik at vi sammen diskuterte innretning av et slikt oppdrag. Det er den vanlige måten departementet gjør det på. Vi har hatt veldig tett og god kontakt med HOD hele tiden, og det har vært tett med møter. Jeg kan ikke sette fingeren på et spesielt tidspunkt hvor vi drøftet det.

Sett i deres øyne, var det realistisk at man i Helse Nord skulle kunne klare en slik oppskalering som verstefallsscenariet forutsatte?

CD: Jeg har naturlig nok sansen for at man jobber med scenariotenkning og verstefallsscenarier. Det ble en veldig god øvelse for regionen å bli utfordret på et slikt scenario. Det er ikke helt lett å etterprøve hva som er skrivebordsøvelser og hva som er realistisk om man virkelig må få det til. Der tror jeg vår region er litt ulik. Jeg tror at de to store, Bodø og UNN, realistisk sett kunne håndtert verstefallsscenariet. Finnmark er mye mer sårbart, og det er større usikkerhet knyttet til hva de kunne klare. Helgeland er litt tilsvarende. Samtidig er det slik at når vi har vært veldig belastet i en periode, ser vi at vi har klart det. Vi var oppe i 69 innlagte og hvis man ganger det med 9-10, så er vi oppe på nasjonalt nivå.

Har det utover verstefallscenario vært signalisert noen kapasitetsmessig funksjonelle krav til de regionale helseforetakene fra HOD sin side, før eller under pandemien?

CD: Ikke før pandemien. Under pandemien har vi hatt ukentlige møter når ting drar seg til. Da har vi hatt tydelige beskrivelser av forventninger om at vi klarer å holde beredskapen oppe. Det har også vært tydelig signalisert at det er en forventning om at man jobber med å ta igjen etterslep når smittetallene har gått ned, og at man balanserer det mot beredskap.

Tema 3: Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner om kapasitet, beredskap, konsekvenser og læring

Hvilen betydning tenker dere at intensivkapasiteten i deres region hadde for nedstengningen i mars 2020 og for smitteverntiltak generelt gjennom pandemien?

CD: Det var så stor usikkerhet våren 2020 knyttet til hvor dramatisk dette kunne bli. Man så hen til for eksempel Italia. Vi sendte ut et «emergency medical team» for å hjelpe gode kolleger der. Jeg tenker at det å legge så stor last på helsetjenesten som styrende for mange av tiltakene som ble iverksatt var fornuftig. Vi hadde ikke en vaksinert befolkningen heller, så jeg mener det var adekvat og bra.

Jeg skal ikke uttale meg om mengden av tiltak eller intensiteten i nedstengningen av samfunnet, men det var viktig for spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det var viktig både med tanke på beredskapsplanlegging, men også for å holde motet oppe og troen på at vi skulle klare dette.

Tilbake til rapporten om intensivkapasitet. Det var uenighet i fagmiljøene. Kan dere beskrive den uenigheten mer detaljert og hva den gikk på?

CD: Dette var akkurat de samme diskusjonene vi hadde i 2009-2010. Til dels med de samme fagpersonene og de samme fagmiljøene.

RS: Jeg forutsetter at dere er kjent med at fagdirektørene i regionene skulle prøve seg på å arrangere innspillsmøter for å sette samme mandatet for “Trinn 1 interregionale definisjonsutredninger”. Da ble det mye uro og det handlet om at de også ønsket representanter fra det indremedisinske miljøet inn i dette. Det falt ikke i god jord og vi måtte legge hele utredningen på hvile. Det gjorde at vi var forsinket over hele linjen med både de regionale utredningene og den interregionale utredningen. Den ble for øvrig konstituert i styringsgruppa den 17. desember i inneværende år. Det er det tentativt tenkt å bruke ca. 3 mnd. for å få den på plass, og det vil være til god hjelp for regionene i en mer harmonisert forståelse av både begreper og forskjeller mellom regioner. Den lever høyst i beste velgående. Det er veldig mye kraft i det anesthesiologiske miljøet. Det er mye følelser knyttet til at de er uenig i at indremedisinere skal ha sterke synspunkter på hvordan man definerer de ulike begrepene som man ønsker en mer harmonisert tilnærming til.

CD: Om det er noe områder som virkelig krever teamarbeid, samt mange ulike profesjoner og spesialiteter, så er det intensivmedisin. Jeg tror det vil være veldig bra om man klarer å bygge bro mellom de indremedisinske intensivmiljøene og de kirurgiske/ anesthesiologiske intensivmiljøene, slik at man kan forenes om begreper og definisjoner, og ikke minst hvordan man kan håndtere dette sammen. Vi har store forventninger til både interregionale arbeidet og intraregionale arbeidet. Det er veldig kraftfulle miljøer. Det er bra, men det må ikke komme i veien for fremdriften.

Det vil si at man ikke klarer å levere den rapporten med årsrapporten for 2021?

RS: Nei. Om noen skal klare det så er det Midt-Norge, men ingen av de andre. Vi har orientert HOD om forsinkelsen.

Har dere tanker om sykehusene i deres region sin totale sengekapasitet og intensivkapasitet i en normalsituasjon og i en pandemi? Jeg tolker dere slik at dere med unntak av pandemi har klart intensivkapasiteten bra i en tiårs-periode. Stemmer det?

RS: Vi ligger noe høyere på kapasitet fordelt på antall hoder vi er her oppe. Det er blant annet knyttet opp mot virksomheten vi har på sykehusene. De mindre sykehusene holder på med enklere dagkirurgi og inngrep slik at vi må ha en kapasitet alt etter hva vi holder på med. I stort er mitt inntrykk at det i normalsituasjon ikke har gått så dårlig. Jeg skal ærlig erkjenne at det store innslaget av innleie var større enn det jeg hadde trodd.

CD: Min forståelse av det med min beredskapsbakgrunn og etter å ha vært her i to år, er at vi må jobbe en god del med å se på utholdenhet og motstandskraft hos oss selv. Vi er ganske marginale i det hverdagslige og derfor veldig sårbare for effekt av for eksempel innleie, logistikk, pasienttransport osv. Det blir et spennende arbeid å utfordre oss på dette i etterkant av covid-19-pandemien. Jeg er tilhenger av å se på det store utfordringsbildet og utfordre oss på om vi klarer å håndtere det. Hadde vi hatt en samtidig hendelse nå, for eksempel migrasjon, så er vi veldig sårbare her i nord og har lite redundans. Det er annerledes å flytte oppgaver mellom sykehusene her i nord sammenlignet med for eksempel mellom OUS og Ahus osv. Det er ting vi må planlegge for og tenke grundig gjennom. Den sårbarhet vi har vedrørende personell må vi gjøre noe med.

Når det gjelder personalet sine arbeidsvilkår og pasientene sin forsvarlighet, mener dere at dere har klart å holde dere på en anstendig måte innenfor lovens rammer?

CD: Da knytter du det opp til covid-19?

Ja

CD: Vi har fortløpende hatt oppmerksomhet og høyt fokus på øyeblikkelig hjelp til barn, alvorlig syke som kreftpasienter, samt barn og unge med psykiske helseplager. Vi har aldri klart å komme tilbake til det opprinnelige nivået med fristbrudd og ventetider. Om man legger forsvarlighetsprinsippet til grunn, er det beklagelig at vi må utsette elektiv behandling for så mange pasienter.

Det dreier seg primært om ortopedi, stemmer det?

CD: Ja, men det drar seg til med den nye bølgen nå. Jeg vet UNN har måttet utsette hjerteoperasjoner og slikt. Det følger vi veldig tett.

Vi har hørt rykter om at dere hadde en tabletop i forkant av den fjerde bølgen. Er det slik at det dere nå beskriver var en del av en tabletop?

CD: Ja. Vi hadde det mandag for noen uker siden. Da trakk vi opp et scenario hvor vi fikk mange innlagte pasienter i parallell med mange andre innlagte, og gikk gjennom det som ble utfordringene da. Den evalueringsrapporten kom i dag. Den kan jeg sende til dere.

Den vil vi gjerne ha, så den må dere gjerne sende hit.

Har dere hatt koordineringsrolle for nasjonale forhold utover sekretariatet for fagdirektørene i forbindelse med covid-19-pandemien?

CD: Ja. Vi fordelte arbeidsoppgavene mellom regionene som har jobbet tett sammen. I starten av pandemien tok vi opp samarbeid mot forsvaret og sivilforsvaret. Det var en periode hvor det kom mange bistandsanmodninger. Da gikk forsøkte vi å rydde i dem i samarbeid med Hdir. Vi hadde tett kontakt med FHI også for å sørge for at det ble prosessert.

Har dere fått støtten dere forventet fra FHI, Hdir og HOD?

CD: Ja. I stort synes jeg vi har samarbeidet tett og godt. Jeg har lenge etterlyst og vært bekymret for behovet for regionale scenarier og planscenarioer. De scenariene FHI jobbet med traff aldri oss riktig. Det betyr at dersom vi hadde hatt mer grep på de regionale variasjonene, kunne vi kanskje klart å opprettholde betydelig mye mer av normal aktivitet enn det vi har gjort.

Jeg hadde en rekke ideer om hvorfor vi i Helse Nord var beskyttet og ikke ble truffet slik som de andre regionene. Det har jeg forlatt i løpet av høsten. Jeg har etterlyst det å se på regionale forskjeller og forsøke å forstå hva som ligger i dem. Det ville vært til stor hjelp for oss. Vi har én person som utgjør vårt analysemiljø. Vi kan trekke på de andre RHF-ene, men den kunnskapsdatabasen som FHI og andre har på dette området hadde vært fint å ha enda bedre tilgang på.

Har du noen tanker om Helse Nord kunne gjort noe annerledes i forkant av pandemien for å stå bedre rustet?

CD: Det å ha et oppdatert, grundig og gjennomarbeidet planverk som vi er felles om og øver på, hadde gjort oss bedre rustet. Vi hadde en regional beredskapsplan som skulle oppdateres. Vi hadde en pandemiplan som ikke var veldig oppdatert. Jeg tenker ikke vi bare skal ha et planverk for pandemi. Jeg er opptatt av all-hazards approach. Hvis man har et litt bredt anlagt planverk vil man kunne bruke det uansett hva som rammer oss. Det tror jeg ville vært til hjelp. Vi jobber nå for eksempel med hærstaben og hæren om å ha et felles sivilt. Det krever mye kompetanse. Jeg tror vi må bli mye bedre på å planlegge grundigere.

Har dere noe dere ønsker å tilføye?

RS: Beredskapsmessig og når det gjelder å lære seg å planlegge beredskap er organisasjon, særskilt RHF-et, kommet på et helt annet nivå etter at Cecilie kom med sin bakgrunn og tenkning. Det har vært veldig nyttig for flere enn oss.

CD: Hvis jeg skal peke på én ting som har vært veldig viktig for oss er det det gode nordiske samarbeidet vi har her i Nord-Norge mot Sverige og Finland.

Hvem har dere samhandlet med da?

CD: Vi har samarbeidet med Landstinget i Sverige og helsemyndighetene i Nord-Finland. Vi har noen avtaler som regulerer grensetransport på gode dager. Det har vært veldig nyttig.

Ellers vil jeg fremheve samarbeidet med Forsvaret. Det begynner å bli en del av adventstiden å varsle om «cold response», alliert vintertrening, vinterfiske osv. Det har vært viktig for oss og for dem. Vi må ha et forsvar som virker under pandemien også. Vi har jobbet tett med de aktuelle kommunene og statsforvalter i Troms og Finnmark.

Digital gjennomgang 31.01.2022. Referat godkjent av Cecilie Daae, også på vegne av Randi Spørck.

Oslo, 31.01.2022. Linda Aamodt