



## Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

### INTERVJUREFERAT – ESPEN NAKSTAD

<b>Intervju av:</b>	Espen Rostrup Nakstad, assisterende direktør i Helsedirektoratet
<b>Sted:</b>	Tollbugata 12, Oslo
<b>Tid:</b>	13.12.2021 kl. 09.00 – 11.00
<b>Digitalt eller fysisk:</b>	Digitalt
<b>Leder av intervjuet:</b>	Egil Matsen, kommisjonsleder
<b>Øvrige deltagere som deltok fysisk:</b>	Anne Grødem, Kristin Rande, Olav Slettebø og Henrik Shetelig fra sekretariatet.
<b>Øvrige deltagere som deltok digitalt:</b>	Rolv Terje Lie, Toril Johansson, Knut Eirik Dybdal og Pål Rørby fra kommisjonen. Marianne Aasland Kortner fra sekretariatet. Erik Sundet fra PwC.
<b>Ev. bisittere</b>	Ingen

#### 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

**Egil Matsen ønsket velkommen og introduserte deltagere til stede.**

**Henrik Shetelig gikk gjennom de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:**

- Det er satt av 2 timer til intervjuet.
- Det tas lydopptak og skrives referat av samtalen. 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.

- Regjeringen har vedtatt en instruks som sier 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 innebærer at du har plikt til å forklare deg for kommisjonen.

Det kan reises spørsmål om den som har forklaringsplikt overfor en granskingskommisjon kan straffes for å forklare seg bevisst uriktig etter straffeloven § 221 første ledd, bokstav c. Kommisjonen mener at den ikke er å anse som et forvaltningsorgan som utøver offentlig myndighet, og at det derfor ikke er straffbart å forklare seg bevisst uriktig for kommisjonen.

Det er grunn til å peke på at det er en viss tvil rundt konklusjonen, og vi vil uansett oppfordre deg til å snakke sant.

- Når du forklarer 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.)
- Presisere 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 og er bundet av personopplysningsloven.

### **Har du merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som er gjennomgått her?**

For meg høres dette greit ut, men hvordan håndtere dere det som er unntatt offentligheten i lydloggen dersom det skulle bli aktuelt?

**Hvis det skulle komme opp taushetsbelagte forhold plikter vi å sladde det. Dersom det blir aktuelt, vil vi redigere lydopptaket. Det vil være arkivverket som ev. vil gjøre det.**

**Egil Matsen gikk overordnet gjennom temaene som ville bli tatt opp i intervjuet:**

- Overordnede spørsmål om myndighetshåndtering og myndighetsarbeid
- Spørsmål knyttet til kommunelegenes situasjon under pandemien
- Intensivberedskap og kapasitet i sykehusene
- Strategi for å rulle ut vaksiner
- Avsluttende refleksjoner.

## **FORKLARING**

### **Kan du redegjøre kort for din utdanning, yrkesmessige bakgrunn, samt om din stilling i Hdir?**

Jeg er utdannet lege og jurist. Jeg har en doktorgrad i medisin. Jeg har jobbet ved OUS siden 2004. Jeg fungerte først i 14. dager som assisterende helsedirektør fra midten av mars 2020 og så fortsatte jeg i et midlertidig engasjement etter det, som ble formalisert 1. august i år. Da var jeg ikke bare på utlån, men gikk inn i en midlertidig stilling som assisterende helsedirektør. Det vil jeg sannsynligvis fortsette med så lenge det er pandemi.

### **Har rollen din i Hdir blitt endret underveis i pandemihåndteringen?**

Nei, ikke egentlig. Rollen ble tidlig skissert for meg på den måten at jeg ville gå inn som én av flere assisterende helsedirektører som har direktørfullmakter og understøtter helsedirektøren i alt arbeid rundt pandemien. På et tidspunkt var det flere assisterende helsedirektører. Da jeg begynte fungerte Herlof Nilsen som kom fra Helse Vest som assisterende direktør, dernest var det Geir Stene-Larsen som kom fra departementet og som er tidligere FHI direktør og så var det meg. Da de andre var i karantene var også Linda Granlund assisterende helsedirektør i to uker. Da Herlof Nilsen og Geir Stene-Larsen sluttet var det til slutt bare meg igjen i tillegg til den faste assisterende helsedirektøren som er Olav Valen Slättebrekk.

## **Tema 1: Overordnet om myndighetens pandemiarbeid og -håndtering**

**Regjeringen har underveis i pandemien utgitt en langsiktig strategi og en beredskapsplan for videre håndtering. Disse dokumentene har vært revidert en rekke ganger.**

### **Hva har Hdir sin rolle vært i forbindelse med utarbeidelse av disse dokumentene?**

Akkurat disse regjeringsstrategiene har vært utarbeidet av regjeringen hvor departementet har vært tungt inne og hvor vi har blitt bedt om innspill underveis i form av oppdragsbesvarelser. Vi har besvart det på vanlig måte. FHI har fått tilsvarende oppdrag og det er mulig andre også har blitt bedt om å gi innspill. Det er en relativt generell og overordnet strategi, men som har hatt betydning politisk ved at man kan vise til at man har en strategi. Strategien har ligget ganske fast gjennom hele pandemien slik jeg ser det.

**Beredskapsplanene inneholder såkalte «tiltakspakker». Kan du si noe om hvordan dere har arbeidet for å utrede både de smittevernmessige og de samfunnsmessige konsekvensene av disse pakkene eller tiltakene, og hvordan dere har prioritert mellom tiltak i disse pakkene?**

Tiltak har blitt anbefalt på fire måter. Det første som skjedde, var at Hdir i slutten av februar 2020 fikk delegert fullmakt fra departementet for å koordinere pandemien når den treffer Norge. Da var det Hdir med støtte fra BUB, FHI og andre aktører som ledet frem til beslutningen om at man skulle stenge ned 12. mars. Det var en beslutning med hjemmel i

smittevernloven og i overensstemmelse med regjeringens syn, men med et 14 dagers perspektiv som er lovens begrensning. Etter 14 dager overtok regjeringen og videreførte beslutningen med stort sett de samme tiltakene. Dette har de videreført siden. Da har tiltak blitt iverksatt og lempet primært basert på beslutninger i regjeringskonferanser hvor beslutningsgrunnlaget har vært innspill fra Hdir, FHI og andre aktører. Det har kommet i form av oppdrag. Det har hittil vært nesten 600 oppdrag som har blitt levert. Samtlige oppdrag har hatt betydning for tiltak, enten direkte eller indirekte. Oppdragene har vært diskutert i departementene, mellom departementene, i HOD og / eller vært gjenstand for behandling i RCU eller regjeringskonferanse. De aller fleste tiltakene har avstedkommet på bakgrunn av et oppdrag som er besvart til departementet.

Den tredje måten som tiltak har oppstått på er i lys av endringer av covid-19-forskriften. Det gjelder særlig for regionale tiltak og særlig for ett år siden da de regionspesifikke tiltakene i forskriftens kap. 5 ble utarbeidet. Det var et eget arbeid hvor man utarbeidet egne pakker av tiltak for regioner på grunn av høyt smittepress med alfavarianten. Nordre Follo var den første regionen. Etter det ble det laget et system med endringer i forskriften så vi traff regioner mer presist og ikke hele landet.

Regjeringens strategi og plan har vært et fjerde utgangspunkt for tiltak. Når strategi og plan har blitt justert har også pakken med tiltak blitt justert. Det ligger nok mer på en beskrivelse av alvoret i situasjonen og hvilket nivå i pandemien vi er. Man har ofte tatt utgangspunkt i fem nivåer. Hvilke tiltak som er nødvendige, avhenger av hvilket nivå man definerer at man er på. Når man har byttet nivå og gått inn i en ny smittebølge, har tiltakene likevel blitt iverksatt etter en utredning som baserte seg på oppdragsbesvarelser. Det har blitt nye runder med detaljerte analyser, nødvendighetsvurderinger og forholdsmessighetsvurderinger som har blitt regjeringsbehandlet før det er blitt implementert, i hvert fall det som har blitt pålegg i forskrifts form. De aller fleste rådene er blitt behandlet av regjeringen og kommunisert ut av regjeringen. Slik har det fungert helt overordnet.

### **Hvem har dere samarbeidet med når dere har fått oppdrag om å utrede smittevernmessige og samfunnsmessige konsekvenser av tiltak?**

Vi har forholdt oss til den instruksjonen vi har fått fra HOD.

Jeg vil nevne brev av 11. desember 2020 om forventninger om koordinering av koronapandemien. Der beskrives Hdirs rolle etter at man fikk koordinert delegert ansvar 31. januar 2020. Det ble beskrevet hvordan man skal sammenstille sektorsituasjonsbildet med status og prognoser for epidemiologisk utvikling, smittevern, tjenesteyting og helse- og omsorgssektorens håndtering. Hdir ble også bedt om å koordinere gjennomføring av spørsmål og svar fra departementet, gjennomføringen av strategier og tiltak, informasjon, råd og veiledning til myndighetene, befolkningen og mediene, samt evaluering og læring. Dette var hovedpunktene i det direktoratet ble bedt om å koordinere ettersom det er Helsedirektoratet som koordinerer sektoren i kriser i utgangspunktet. Det er et helt sentralt dokument som dere kan lese og som besvarer spørsmålet som blir stilt.

Det som har skjedd i praksis er at vi har fått oppdraget og bedt om faglige innspill fra en rekke aktører. Vi har nesten alltid bedt FHI om innspill fordi det ofte er smittevern involvert og da er det den epidemiologiske situasjonen som er det sentrale i det vi har bedt om. Vi har også fått innspill fra kommunene via statsforvalterne. For eksempel om hva kommunen klarer å

gjennomføre av testing og smittesporing og hvordan presset er på tjenestene. Det har vært mye rapportering om alt fra innlagte på sykehjemmene til hvordan smitte påvirker hjemmetjenesten.

Vi har fått innspill fra RHF-ene og har hatt ukentlige møter med blant annet laboratorier i RHF-systemet. Vi har fått innspill fra medlemmer av BUB som representerer flere sektorer. Det har vi ikke rutinemessig innhentet på hvert oppdrag, men det har blitt diskutert fortløpende under pandemien på de sentrale oppdragene. Vi har fått innspill fra Legemiddelverket på en del ting, særlig det som angår vaksinasjon og legemidler. Dette er de rutinemessige innspillene vi har fått som er relevante for nesten hvert oppdrag. Så har det vært mye kontakt med andre direktorater innenfor det som går på grensesetting og grensekontroll.

Hdir har rollen med å gjøre en helhetlig, faglig vurdering av innspillene, vekte dem mot hverandre og gjøre en faglig og juridisk vurdering av nødvendighet og forholdsmessighet. Det er ganske mye intern saksbehandling før besvarelsen sendes til HOD.

### **Er det helserettsavdelingen i direktoratet du refererer til?**

Ja, sammen med smittevernteamet. Dette blir også lederforankret. Det er et stort apparat som jobber med dette og så leveres det til HOD. I denne prosessen ser man også hen til tidligere oppdrag som berører besvarelsen. Det er kommet inn mange oppdrag om samme tema i ulike faser. I prosessen før man leverer er det innført daglige oppdragsmøter med FHI. Det ble innført i fjor sommer. Det var jeg som tok initiativ til de møtene og ledet de hver dag i den første perioden. De går fortsatt. Det er for å diskutere alle innkomne oppdrag med FHI, når det gjelder hvem som jobber med hva, hvilke frister vi har, hvordan det står til med oppdrag som er halvveis til frist og oppdrag som snart skal leveres, slik at man får stokket dette riktig og gjør minst mulig dobbeltarbeid. Det har vært utrolig nyttig. Samarbeidet på saksbehandlernivå har vært veldig godt og man har kunnet vite hvem som jobber med hva.

Det er ikke til å stikke under en stol at vi har hatt utfordringer med at FHI sine leveranser har kommet veldig sent og at det smittevern faglige grunnlaget vi har bedt om ikke alltid har blitt belyst slik vi har ønsket. I stedet har vi noen ganger fått besvarelser hvor man går langt inn på ting som ikke er smittevern faglig, f.eks. grunnlovsbetraktninger som er langt fra et rent smittevern faglig kunnskapsgrunnlag. Det kan i noen sammenhenger styrke besvarelsen, men problemet er at det ofte blir dobbeltarbeid. Til tider er det blitt dobbelt så mye arbeid som det hadde behøvd å bli, når man ser de to etatenes leveranser samlet sett.

Det andre problemet er at besvarelsene er kommet sent. Det blir veldig hektisk om man har en frist på fire dager og det smittevern faglige grunnlaget kommer en time før frist. Da har vi måttet be om utsettelse til neste morgen, og har ofte blitt sittende å jobbe på natten for å kunne levere. At det smittevern faglige grunnlaget har kommet så sent har vært en praktisk utfordring for Hdir. Man har løst det ved å jobbe dels parallelt og slutføre det man kan slutføre, og få ut noen delleveranser som er helt sentrale. Så har det dessverre noen ganger kommet veldig sene besvarelser. Det skyldes dels at det har vært veldig korte frister, og dels at FHI ikke alltid har begrenset seg til det de skal levere, men har levert mye mer.

### **Har FHI den kompetansen internt for å gjøre denne type juridiske vurderinger som du nevner som et eksempel?**

Nei. Det er Hdir som er nasjonal smittevernmyndighet. Hdir har et helserettsmiljø og er den etaten som forvalter smittevernloven, og fortolker den på statens vegne. Dette er en av direktoratets hovedoppgaver. Det er nok miljøer i FHI som ønsker å gjøre det, og som gjør det gjennomgående i mange oppdragsbesvarelser. Man får da nærmest to direktoratsbesvarelser hvor den ene er levert fra et helserettsmiljø som faktisk forvalter loven, og den andre fra epidemiologisk side.

Det svekker ikke nødvendigvis besvarelsene, men det blir dobbeltarbeid og dårlig tid. Det fører også til at Hdirs besvarelse lider under tidspress fordi man ikke får det nødvendige kunnskapsgrunnlaget vedrørende smittevern som man har bedt om. Eksempler på det vi har behov for er; vurderinger vedrørende effekt av smitteverntiltak, hvor epidemien utvikler seg, hvor mange som er smittet i ulike aldersgrupper og hvordan vi tenker at smitten da vil spre seg. Den type spørsmål blir dessverre ikke nødvendigvis besvart med norske data, men mer med referanse til internasjonal litteratur. Så brukes mer av tiden på andre problemstillinger som uansett sluttbehandles av Hdir.

**For befolkningen fremstår det nok som at det er FHI som gir de viktigste rådene og innspillene til koordineringsarbeidet som Hdir gjør. De offentliggjør også i stor grad sine egne råd. Du sier at det er mange andre aktører dere spør om råd i dette arbeidet. Tenker du det er naturlig at FHI fremstår som så sentrale i pandemihåndteringen?**

Hvordan man fremstår utad kan man mene mye om. Jeg tenker at FHI har en veldig sentral rolle og har gjort veldig mye viktig arbeid. Innenfor epidemiologisk utbruddsstøtte til kommuner og vaksinasjonsprogram har det vært soleklart at de bør være premissleverandører og de som uttaler seg i all hovedsak også utad. Men det er mange andre aktører som har ansvar og roller i dette. Eksempelvis innhenter vi kunnskapsgrunnlag gjennom regelmessige møter med statsforvalterne, økonomiske ekspertgrupper og alle de ulike prosjektene som ruller og går innenfor TISK. Mye av det er helt sentralt for hva som faktisk kan gjennomføres. Her kan det være vanskelig for journalister og andre å forstå at selv om man får en anbefaling fra FHI om for eksempel å teste alt helsepersonell to ganger i uka, så må Hdir sjekke med kommunene om det faktisk er gjennomførbart. Har man nok tester? Hvordan påvirker det andre deler av helsetjenesten, og hvordan kan det holdes opp mot annen lovgivning når det gjelder de andre som har testplikt?

Jeg forstår at det er vanskelig å forstå at Hdir ikke alltid følger FHIs anbefalinger fordi vi må vurdere andre hensyn og se helhetlig på sektoren. Regjeringen følger heller ikke anbefalinger fra Hdir til punkt og prikke fordi de må gjøre det samme ut fra flere sektorhensyn. Derfor blir anbefalinger fra FHI, Legemiddelverket osv. annerledes i Hdirs leveranse, og det blir annerledes etter regjeringsbehandling. Det er en styrke at vi har et slikt system. Det gjør at det blir gode og grundige vurderinger i mange ledd med mange vinklinger. Så blir det en helhet til slutt som er veldig fornuftig. Jeg tror det systemet har vært veldig bra og det at FHI har vært involvert i så mange beslutninger og oppdrag har vært en styrke.

Det praktiske problemet har vært tidspresset, og at det har vært et dobbeltarbeid fordi man ikke alltid følger rollene. Der vil kanskje FHI si at Hdir går for mye inn på det faglige. Da vil jeg si at det uansett er Hdirs jobb som fagmyndighet å gå inn og foreta helhetlige faglige vurderinger av smittevernsspørsmål som påvirker norsk helsetjeneste. Det er ikke kun FHI som skal vurdere effekten av tiltak på for eksempel kommunens håndtering av pandemien. Det er

direktoratets ansvar, og da må man forstå det faglige grunnlaget. Derfor må også Hdir følge med på hva som skjer i andre land. Det er nødvendig for at et fagdirektorat skal kunne fatte beslutninger og gi smittevern faglige råd til regjeringen.

Hdir har ikke gått inn og drevet forskningsstudier eller gått inn i epidemiologien. Det er FHI som har sine nettverk ut mot utlandet og som har kontakt ut mot kommunelegene, så der har det vært helt klare skiller. Men det er nok miljøer i FHI som tenker at Hdir ikke skal bry seg eller interessere seg for epidemiologiske spørsmål og kunnskapsgrunnlag innenfor smittevern i en pandemi. Men det er Hdir nødt til å gjøre, akkurat som Hdir må interessere seg for hvordan det går med vaksinasjonsprogrammet og hvordan det går med tjenestetilbudet ellers i en pandemi.

**Du nevnte at regjeringen også må ta hensyn til flere sektorer enn bare helse. Men det er slik at FHI og Hdir skal vurdere tiltaksbyrden. Det betyr at man må se utover helsesektoren. Ser dere utover sektoren?**

I hvert eneste oppdrag er det prosesser hvor man vurderer alle forhold. For det første vurderer man hva oppdraget innebærer og sparrer med departementet om hva de faktisk ønsker. Videre har man oppdragsmøter hvor man koordinerer hvem som gjør hva og så nedsettes det ulike arbeidsgrupper både i Hdir, FHI og andre steder som jobber med ulike deler av oppdraget. Når dette sammenfattes gjør man nødvendighetsvurderinger og forholdsmessighetsvurderinger. Vi vurderer alltid hvilke konsekvenser tiltakene får, både i seg selv og på lengre sikt. Vi vurderer også konsekvensene av at tiltak ikke gjennomføres. I en pandemi kan man ikke bare se på effekten av et smitteverntiltak med en ukes tidshorisont, man må også se lenger frem. Vi må også vurdere tiltaksbyrden ved at du ikke har et tiltak som ikke får effekt og som kan forverre situasjonen frem i tid. Dette går på forståelsen for eksponentiell vekst i en pandemi som er helt sentralt for å kunne gjøre slike vurderinger.

Det brukes veldig mye tid på vurderinger av tiltaksbyrde og forholdsmessighet. Når det gjelder forholdsmessighetsvurderinger er det noe som tilligger smittevernmyndigheten også kommunalt å vurdere. Begrepet har kanskje blitt litt misbrukt ved at man tror at man i alle sammenhenger, nærmest uansett skal vurdere forholdsmessighet. Det er ikke riktig. Tiltak som blir besluttet og som er hjemlet i smittevernloven, skal selvsagt være nødvendige og forholdsmessige.

Det er grundige møter i disse arbeidsprosessene. Det er forankringsmøter, og det er vurdert gjennomgående i alle arbeidsprosesser. Det er nesten sånn at det kanskje vurderes litt for tungt - at man bruker mye tid på å vurdere tiltaksbyrde, og lite tid på å vurdere effekten av tiltaket og om det faktisk reduserer byrden på lengre sikt. Når man leser oppdragsbesvarelsen ser man at det legges stor vekt på byrdene tiltakene har. Det vektlegges selvsagt enda mer utover i pandemien fordi pandemien har vært langvarig, og da blir de negative sidene av tiltakene enda mer fremtredende. Byrden på sektorene blir større jo lenger tid det går. Her er det også et forhold til politikken hvor avhjelpende tiltak i hovedsak er politiske. Vi må beskrive byrden ut ifra de rådene vi gir, og hva det faktisk får av konsekvens. Deretter må politisk nivå vurdere hvordan det kan hensyntas når regjeringen tar sin beslutning. Regjeringen vil ofte vurdere kompenserende tiltak i samme diskusjon og lande på en beslutning som også tar opp i seg kompenserende tiltak, f.eks økonomiske støtteordninger.

**Nå er vi 22 måneder inn i pandemien omtrent. Vedrørende konsekvenser av tiltakene, er det noen grupper i samfunnet som du mener har blitt spesielt hardt rammet?**

Hvis du gjør opp en status i dag av hvem som er blitt rammet av pandemien så kan du si at den har rammet alle, men selvsagt ulikt. Både på grunn av tiltakenes art, men også på grunn av pandemiens direkte konsekvenser og fordi den har vært langvarig. De gruppene vi har vært mest bekymret for, og som vi har vektlagt veldig hele veien, er barn og unge. Kanskje særlig studentgenerasjonen. De fleste barn og unge har hatt et skoletilbud gjennom hele pandemien, med unntak av et lite opphold i mars-april 2020. Studenter ble i stor grad plassert på hybelen med digital undervisning. De har ofte et lite nettverk, og er i en livsfase hvor sosial kontakt er utrolig viktig. For skoleelever og videregående skoleelever har det vært mye mer kontakt, gjennom normale fritidstilbud gjennom store deler av pandemien. Selv om en del skoler har vært på rødt nivå og hatt digital undervisning innimellom, har de fått flere møtepunkter. Så skal det sies at vi i sommerhalvåret 2020 og 2021 hadde veldig få tiltak og man hadde en veldig normal livsførsel i Norge. Det hadde ikke nødvendigvis studentene fordi den digitale undervisningen hang igjen og universitetene var stengt helt frem til sommeren. Selv om de kunne åpnet på rødt nivå og hatt kompensierende tiltak, så skjedde ikke det. Det er en gruppe vi har vært veldig bekymret for.

Den andre gruppen vi har vært bekymret for er de aller eldste som har isolert seg i stor grad. Ikke bare de som bor på sykehjem, men de oppegående pensjonistene som bor hjemme og som har vært engstelige og isolert seg i stor grad. Vi har hatt kartleggingsstudier, både Kjøs-utvalget og ungdomsundersøkelsen som kom i 2021, gikk ganske langt inn i dette med ungdomspopulasjonen og barnepopulasjonen. Det var ikke bare negative erfaringer med pandemien. Det var også rapportert at mange barn og unge så mer til foreldrene sine under pandemien enn de ellers gjør. Det var noen positive trender. Hovedkonklusjonen til Kjøs-utvalget var at barn og ungdom er robuste, og at veldig få har fått psykiske plager av dette. Men de som har hatt utfordringer fra før av har blitt mest rammet i form av at tilbudet de er avhengig av har vært på hjemmekontor til tider, selv om det har vært presisert gjennom hele pandemien at barnevern og andre institusjoner som er tett på sårbare grupper ikke skal være på hjemmekontor. Likevel har det skjedd mange steder og det har bekymret oss.

Vi er også bekymret for alle som har vært permittert, og hvilken konsekvens det har for psykososial helse. Man iverksetter ikke smittevernråd ubegrunnet. Hvis alternativet var at det hadde gått veldig fint uten tiltak så hadde man ikke iverksatt noe. Dilemmaet er at om man ikke gjør noe så kan man gå i langvarig nedstenging slik mange land i Europa har gjort. I Norge har vi klart oss med én nasjonal nedstengning. Mange vil si at Norge er nedstengt, men kjøpesentre har stort sett vært åpne og folk har vært på jobb selv om mange er på hjemmekontor. Det er ikke helt det samme som en lockdown som vi har sett i andre land.

Så er det en annen gruppe vi har blitt mer bekymret for, og det er de tusener av mennesker som ikke får et helsetilbud fordi helsetjenesten er satt i strekk. Når man må ta ned operasjonsprogrammet så mye som man har gjort, er det mange pasientgrupper som får et prognosetap og et helsetap av at helsetjenesten ikke fungerer som den skal. Det skaper et etterslep som det er vanskelig å ta igjen. Hovedbegrunnelsen for de tiltakene vi foreslo på senhøsten er deltavariantens påvirkning på kommunehelsetilbudet og sykehus tilbudet for alle de pasientgruppene som trenger helsetjenester, i tillegg til hensynet til covid-pasienter på intensivavdelinger og utenfor.



## **Hvordan vurderer du den samlede evnen hos nasjonale myndigheter til å ta høyde for videre utvikling i pandemien og se rundt neste sving?**

Utfordringen i enhver pandemi er å klare å tenke strategisk og langsiktig, samt å ta høyde for ulike scenarier som kan inntreffe. Det går på helt grunnleggende ting som å tørre å tenke konsekvenspotensialer langt frem i tid. Selv om ting går bra er det veldig viktig å klare å tenke hva som kan skje både i beste fall og verste fall, for å kunne fortsette å ha en justert korrekt situasjonsforståelse hele veien. Det er veldig krevende. Man blir ofte veldig fanget av trender, enten det går opp eller ned.

Gjenåpningen i høst bar preg av at veldig få tenke på at pandemien faktisk ikke er over og det risikopotensiale som ligger i mutasjoner og videre smittespredning i mange land. Jeg må si at det er utfordrende. Det som er mest utfordrende er å få gjennomslag for en situasjonsforståelse som avviker fra den mest optimistiske. Det er alltid utfordrende opp mot politiske miljø, særlig i kommunene. Men det er veldig naturlig. Høsten 2021 begynte smitten å stige til tross for at vaksinasjonsprogrammet var gjennomført. Dette tilsa veldig klart og tydelig at selv om vaksinene ville presse smittetallene langt ned, fra  $R=5-10$  og kanskje ned til 1, men ikke under 1. I følge FHI sine beregninger la det seg på 1,3. Det er en situasjon som ikke er bærekraftig på sikt, særlig ikke når man går inn i en vinter og når effekten av gjenåpningen ikke har manifestert seg helt. Selv om det var soleklart, var det nesten ingen kommuner i Norge som innførte smitteverntiltak før langt utpå høsten. Det skjedde til tross for at vi sendte brev til alle landets kommuner og informerte veldig grundig om at de burde vurdere anbefalinger om munnbind på offentlig transport, hjemmekontor for de som kan og avstand i det offentlige rom.

Grunnen til det er ikke at man ikke forstår at det kan være nødvendig, men at det har konsekvenser for næringsliv lokalt og at det er politisk belastende å ta den støytten det medfører å foreslå det i et kommunestyre. Vi har lært oss at selv om det kommunale nivået er helt sentralt for testing, vaksiner og smitteoppsporing, så er vurderingen av nødvendighet og forholdsmessighet som lokal smittevernmyndighet krevende for kommunene. Det går lang tid før man fatter slike beslutninger. Det kan ha sammenheng med de negative konsekvensene, men også rådene man får i forbindelse med smitteutbrudd. Der er det FHI som gir råd til kommuneoverlegene og som har tett dialog med utbruddskommuner. Vi kjenner ikke til hvilke råd kommuner har fått, men vi har merket oss at det går veldig lang tid før man iverksetter tiltak. Vi har stusset over at man i byer hvor det er høyt smittepress virkelig mener at et råd eller påbud om munnbind på kollektivtransport ikke er forholdsmessig. Det viser at forholdsmessighetsvurderinger kanskje ikke alltid gjøres på en korrekt måte.

Hdir sin helserettsavdeling har hatt døgnvakt, og gitt juridiske råd til alle landets kommuner. Særlig i forbindelse med forskriftsarbeid har dette vært til veldig god støtte for kommunene. Før man kommer dit ser det ut til at det har vært en treghet i det kommunale systemet med forskriftsarbeid. Det har gjort at man til slutt har endt opp med nasjonale tiltak ved alle smittebølgene. Det har skjedd i nesten alle land. Det er nok et læringspunkt som vi bør ta med oss at det er grenser for hva man kan be det kommunale nivået ta ansvar for i en stor nasjonal krise. Det som kan utføres lokalt bør utføres lokalt, men erfaringer fra i høst var at det ikke fungerte godt å la kommunene håndtere det alene.

## **Kunne det vært en ide at de nasjonale tiltakene lå på et litt høyere nivå og kunne man da unngått store variasjoner i tiltak?**

Noen av de grunnleggende sikkerhetsmekanismene som går på personlig smittevernrutiner, altså grunnleggende råd som at man har munnbind og holder meteren, kunne med fordel eksistert gjennom en hel pandemi uten at de ble fjernet hver sommer eller hver vår fordi det tar tid å omstille seg. Det er kanskje noe man kunne lært av. De faglige rådene vi har fått og som regjeringen har lagt til grunn er at man skal bygge ned det meste når smitten avtar. Hele TISK-apparatet ble f.eks foreslått nedlagt i sommer, men Hdir foreslo at vi skulle opprettholde en beredskap og ha en høy test og analysekapasitet med mulighet for å skalere det opp. Men det er klart at hvis det blir levert faglige råd til politiske myndigheter på kommunalt eller nasjonalt nivå som tilsier at man kan lempe og fjerne alle begrensninger, så vil det veie tungt politisk.

## **Hdir og FHI har jevnlig vært til stede på R-konferanser og RCU for å gi oppdatert status på pandemiutviklingen og gi råd. Hva har din rolle vært i denne forbindelsen?**

I det første halvannet året av pandemien, under Solberg regjeringen, ble FHI og Hdir invitert i de fleste RCU og R-konferansene der covid 19-tiltak ble diskutert. Det var for å gi oppdaterte orienteringer om situasjonsbilde og status, dels på det smittevernfaglige fra FHI og dels på helsetjenestens situasjon fra Hdir. Det var også for å kommentere forslag som er levert til HOD gjennom oppdragsbesvarelser, samt ta spørsmål fra de ulike ministrene før regjeringen fattet sine beslutninger. Det ble gjort dels fysisk, og dels digitalt gjennom hele pandemien. Den nye regjeringen har ikke videreført det opplegget. Ingen av oss har vært i R-konferanser med den nye regjeringen. Jeg er usikker på om de har et RCU nå eller om det bare er R-konferanser. Den måten å arbeide på har blitt annerledes med den nye regjeringen. Bortsett fra det fungerer det meste som før på vårt nivå i forvaltningen. Det har vært flere digitale møter med helseminister, statsforvaltere og ordførere til stede slik som den forrige helseministeren gjorde. Vi har også fått omtrent like mange oppdrag og levert like mange besvarelser under begge regjeringer.

## **Var det du sammen med helsedirektøren som var til stede under Solberg-regjeringen?**

Stort sett var det helsedirektøren i Hdir og direktøren i FHI som møtte. Noen ganger var det jeg som møtte hvis helsedirektøren ikke kunne møte, og noen ganger møtte vi med to personer fra hver etat. Det kunne være avhengig av om det var utbruddsfokus eller vaksinefokus på møtene. Digitalt har vi stort sett vært to fra hver etat på de fleste møtene.

## **Hdir er sentralt i BUB, men er det andre viktige organer eller koordineringsgrupper som Hdir er med i og som vi bør være oppmerksomme på?**

Jeg kan nevne noen. Vedrørende koordinering i praksis og hva det faktisk betyr så kan jeg si at direktoratet deltar i mange foraer. Vi har vært inne på noen av dem, slik som Kriserådet (departementsrådene fra de største departementene).

Når det gjelder koordinering har Hdirts eget kriseutvalg hatt møter hver uke gjennom hele pandemien. Det er en fast struktur hvor også FHI er invitert inn, og med bred deltakelse fra direktoratet. Vi går da gjennom alle aspekter ved krisen.

Hdir har en beredskapsavdeling som koordinerer mye praktisk ut mot statsforvaltere, kommunene og helsetjenesten. Det er alt fra å videresende informasjon til å kommunisere ut beslutninger som det haster at kommuner blir kjent med. Det er mange mekanismer i det systemet som går ut mot sektoren.

BUB er et eksempel på et utvalg som direktoratet koordinerer. TISK-styringsgruppa er et annet eksempel. Den er det jeg som leder. Der deltar RHF-fagdirektører, FHI, KS, Legeforening, representanter fra de største kommunene, laboratoriumsrepresentanter fra RHF-ene og andre aktører. Vi har en egen TISK-prosjektgruppe som direktoratet koordinerer og som arbeider kontinuerlig med anskaffelser av utstyr, distribusjon, testkriterier og lignende ting.

Hdir har også koordinert mye på innreiseområdet, som er et todelt område. Det ene går på grensekontroll hvor JD har hovedansvaret, og det andre er testing på grensestasjoner som har vært en veldig stor koordineringsjobb.

Det har også vært mye koordinering mot statsforvalterne som går på implementering av vedtatt politikk. Det går på å formidle alle beslutninger fra regjeringen. Da har vi hatt egne møter og ganske tett detaljert koordinering ut mot sektoren. Også for å kunne kartlegge om effekten følges helt ut, altså at det gjennomføres.

Den nasjonale reservepersonellordningen har blitt koordinert av Hdir. Innhenting av analyser om kapasitet og belastning i spesialisthelsetjenesten helt ned på detaljnivå på intensivavdelingene har blitt gjennomført. Det kan dere lese om i oppdragsbesvarelsene.

Hdir har i stor grad koordinert arbeid med hensyn til barn, unge og andre sårbare grupper. Vi har en egen divisjonsdirektør med ansvar for dette som har involvert Bufdir og Udir i regelmessige arbeidsprosesser som også går ut over oppdragsbesvarelser.

Hdir har koordinert arbeidet med digitale fellesløsninger, slik som ny nasjonal ID, prøvesvar på hurtigtester og koronasertifikat. Det har vært nedsatt ekspertgrupper slik som Holden-utvalget.

En viktig del av koordineringen har vært inn mot arbeidslivets parter, både om restriksjoner og konsekvenser av disse. Hdir har regelmessige møter med NHO, KS, Virke og andre aktører for å gå gjennom det som er besluttet av regjeringen. Der er det mange praktiske spørsmål.

Vi har også koordinert andre helt praktiske ting. Innenfor TISK-området har vi arbeidet med å løse alle flaskehalsene - alt fra leveranser i utlandet som kan påvirke analysekapasitet på laboratoriene, utarbeidelse av testkriterier, smittesporingsverktøy, svartid på PCR-prøver, ID-nummerløsning, digitale prosesser for hvordan du fremviser prøvesvar o.l. Alle disse arbeidsprosessene er koordinert av Hdir og delvis gjennomført av Hdir. Det går mye på dette med hvordan man registrerer og sender prøvesvar fra grenseteststasjoner til kommuner, etablering av nasjonalt kontrollsenter som ligger under Helfo, men som Hdir fikk ansvar for å etablere, kobling av innreisedata og prøvesvar i smittesporingssystemer og valideringsarbeid for hurtigtester som er gjennomført sammen med FHI og Oslo kommunes teststasjoner. Anskaffelsesprosesser når det gjelder innkjøp av tester har også Hdir koordinert, med støtte fra Helse Sør-Øst og Sykehusinnkjøp HF. Det var et utplukk av det som gjelder praktisk koordinering. Det er utrolig mye forskjellig, men det er viktige ting. Det har enorme

kostnadsrammer, og er veldig sentralt for oss og effekten av de tiltakene som regjeringen besluttet.

### **Har Hdir vært fast til stede i Kriserådet?**

Når Kriserådet har møttes, og covid-19 har vært tema, har vi stort sett blitt bedt om å være til stede. Jeg har vært til stede der noen ganger. Helsedirektøren og beredskapsdirektøren har også vært til stede i noen møter. Jeg opplever det som et fora hvor departementsrådene har behov for å stille spørsmål, særlig de fra andre departementer enn HOD. For eksempel hvordan de skal rigge seg i næringslivet og undervisningssektoren gitt pandemiens utvikling. Det er veldig mange tverrgående problemstillinger på departementsnivå. Det gjelder innen næringsliv, breddeidrett, kultur osv. hvor spørsmål oppstår i veldig mange departementer. Det er et behov for å stille spørsmål og diskutere ting mellom departementsråder hvor mange kan få direkte svar fra fagmyndighetene.

### **Forholdsmessighetsvurderinger foretas av Hdir, FHI vurderer tiltaksbyrden av sine råd og politikerne skal foreta avveininger av ulike hensyn før beslutninger tas. Hvordan gjøres disse avveiningene i praksis?**

Jeg kan kun svare for hvordan Hdir gjør det i våre oppdragsbesvarelser. Jeg kjenner ikke til hvordan dette gjøres i og mellom departementet ved regjeringens behandling av det. Det man gjør er å vurdere så godt man kan både effekten av tiltak og de negative effektene, altså den smittevernmessige effekten og andre åpenbare konsekvenser. Noen ganger er det ganske lett å se. Om man foreslår skjenkestopp vet man at det rammer en hel sektor. Det må ses opp mot effektene av tiltakene og de langsiktige konsekvensene om man får en enda større smittespredning. Det vil f.eks ha noe å si for hvor kraftig omikronbølge man får i samfunnet. Disse vurderingene gjøres, men det er ikke en eksakt vitenskap. Det er for eksempel ingen som vet hvordan omikron ville spredd seg om vi hadde hatt full julebordsesong, vi vet heller ikke hvor mange som ville avlyst julebord uansett og vi vet ikke hvordan næringslivet ville ha blitt påvirket uten tiltakene. Oppi dette kommer det vanskelige vurderinger som går på om man skal stenge ned og kompensere fullt ut, eller om man skal begrense og la næringen blø økonomisk fordi de får mindre midler. I dette er det mange spørsmål som er veldig vanskelige, og som er politiske vurderinger. Det vi legger til grunn er at dette må vurderes og besluttes politisk, og så må vi gi faglige råd. Vi skisserer et handlingsrom i alle besvarelsene våre og mulige konsekvenser av ulike tilnærminger slik at politikerne skal ha det handlingsrommet og ikke føler seg bundet av rådene. Det er viktig. Kunnskapen rundt hva som er forventede negative konsekvenser belyses og så må politikere, i alle fall nasjonalt, innhente risiko- og konsekvensutredninger fra andre sektorer. Det forventer vi at de gjør og at de vurderer hensyn til andre næringer før de fatter sine beslutninger.

### **Har du eksempler på at direktoratet har vært tydelige i å anbefale smitteverntiltak og hvor politikerne har valgt en annen løsning fordi de har gjort en annen avveining?**

I gjenåpningsfasen i sommer og i tidlig høst kan man si at FHIs smittevernfaglige råd ble tillagt mer vekt enn direktoratets råd. Selv om de var stort sett sammenfallende, var det nyanseforskjeller i hvilken sikkerhet man skal ha med tanke på at pandemien kan snu. Det ferskeste eksempelet er nok at Hdir foreslo påbud om munnbind for halvannen måned siden (i smittebølge 4) som ikke ble fulgt fordi man mente det ikke var forholdsmessig. Det var en forholdsmessighetsvurdering som var basert på råd fra FHI i en fase hvor smitten økte

betydelig og vi hadde nær rekord på innleggelser. Det er et eksempel på at man ikke har fulgt direktoratets råd. Stort sett har rådene vært omforente mellom direktoratet og FHI. Man har landet stor grad av enighet på alle de største tiltakene som har vært på bordet. Det er kanskje bra at man får et handlingsrom ved å gi ulike råd, at FHI gir smittevern faglige råd mens direktoratet vektlegger sektorens hensyn som kanskje tilsier noe annet. Det gir regjeringen et handlingsrom som kan være fornuftig. At det er en viss faglig uenighet leder til bedre diskusjoner og kanskje bedre resultater tross alt. Lokalt tror jeg de har det samme dilemmaet. Det er en litt annen diskusjon.

### **Hvis du visste det du vet i dag, ville du tenke annerledes om smitteverntiltakene i mars 2020?**

Jeg tror tiltakene som ble innført 12. mars 2020 var veldig nødvendige, og riktige på det tidspunktet. Jeg tror ikke tiltakene ville fått den samme oppslutningen om de ble innført to uker tidligere. Dersom man hadde ventet i to uker mer enn man gjorde, ville man vært på omtrent samme smittenivå som Italia. Den store effekten av tiltakene som ble innført 12. mars var at den samlede mobiliteten i samfunnet ble veldig begrenset. Det er fordi man endte opp med at alle som kunne være hjemme var hjemme, og da kunne man ikke smitte andre. Det forklarer nok at smittekurven gikk rett ned. Smitten falt utrolig raskt. Effekten av det ble et halvt år uten pandemi i Norge, og folk kunne leve veldig normalt i seks måneder.

Det som burde vært gjort annerledes i etterpåklokskapens lys er at man kunne gjenåpnet skolene tidligere. Smitten falt så raskt at man kanskje kunne åpnet noen få uker etter påske. Vi så at atferdsendringen i befolkningen startet litt før 12. mars, så kom nedstengningen og smittekurven snudde 31. mars. Vi hadde flest innlagte 1. april, og så snudde også den kurven. Det gikk så raskt nedover at man egentlig kunne ha gjenåpnet alt noen uker etter påske. Grunnen til at man ikke gjorde det var dels at man ikke hadde nok kunnskap. Det var store mørketall, og usikkerhet om hvordan pandemien forløp. Vi så at det tok to-tre uker fra smitteverntiltak ble iverksatt til man så effekt på innleggelser. Politisk ønsket man å være forsiktige, og unngå en ny smell i form av en ny smittebølge. Derfor lempet man tiltak for de yngste barna først, så de eldre, dernest åpnet man arbeidsplassene. Konsekvensene av det ble at treningssentre og breddeidrett ikke ble åpnet før mot slutten av sommeren. Kanskje kunne gjenåpningstakten vært raskere for skoler og barnehager, men det var vanskelig å se det den gangen.

### **Hdir har vært en viktig kommunikasjonsfaktor under pandemien. Kan du si litt om strategien dere har hatt når det gjelder kommunikasjon, hva målsettingen har vært og om den har endret seg underveis? Si også gjerne noe om ditt ansvar for kommunikasjonsstrategien.**

Kommunikasjonsstrategien har i første omgang vært å kommunisere alle endringer og regelendringer tydelig slik at de etterleves. Der har helsenorge.no vært veldig viktig ved at det er en portal som har all informasjon slik at det ikke forventes at folk skal lese forskrifter. Det blir for komplisert. Bruk av koronasertifikat gjennom denne portalen har også vært veldig viktig.

De satsingsområdene som har vært kommunikasjonsmessig er dels den brede informasjonen som har vært gjennom helsenorge.no og andre kanaler, og dels å nå ulike språkgrupper med denne informasjonen. Det har ikke bare vært oversatt til ulike språk, det har vært dubbet, det

har vært kampanjer i sosiale medier, det har vært møtevirksomhet i religiøse miljøer og det har vært nærradiosendinger og tv-sendinger på ulike språk med live dubbing. Det har skjedd mye innenfor det området fra Hdirs side, men også i samarbeid med kommuner, særlig Oslo kommune.

Tilgjengeliggjøring av informasjon for minoritetsspråklige har vært en tydelig satsing gjennom hele pandemien, og det har vært et krevende arbeid. Vi har etter hvert lært at det er muntlig kommunikasjon som fungerer best. Det er ikke alle som leser informasjon og det er krevende å oversette kompliserte ting på norsk til andre språk og kanskje til grupper som ikke har så stor leseferdighet.

Så har kommunikasjonen dels vært å forberede folk på det som kommer, for eksempel innenfor vaksinasjon, det som skjer ute i kommunene og om det er gratis. Mange av disse tingene har blitt gjentatt i ulike fora. Mye har kretset rundt praktisk informasjon.

I starten av pandemien var det veldig mange grunnleggende spørsmål, for eksempel knyttet til hvordan man kan bli smittet og hvordan man kan bidra til at pandemien går riktig vei. Det var fokuset den gangen. Utover høsten i fjor ble det fokus på regler. Når ting åpner opp mot sommeren kommer mange spørsmål om reiseregler og karanteneregler. Når det blir nye tiltak utover høsten øker informasjonsbehovet om smittesporing, testing og den type ting. Informasjonsarbeidet følger egentlig smittekurven og hva folk er opptatt av. Vi innså tidlig at det ikke er mulig å styre dette. Informasjonsbehovet kommer ut fra hvilke spørsmål folk og media har. Kommunikasjonsfolkene i Hdir skjønnte tidlig at det ikke var behov for å kjøpe informasjonskampanjer fordi media stiller spørsmål uansett.

### **Kan du si litt om samarbeidet med HOD og regjering om kommunikasjon i pandemien?**

Kommunikasjonsfolkene i Hdir, HOD og FHI har regelmessige møter og diskuterer hva som skal ligge på helsenorge.no og forskriftsendringer. Det er en stor grad av ansvarsfordeling av hva som skal på FHIs nettsider, hva som skal ligge på helsenorge.no (Hdir) og hva regjeringen legger ut på sine nettsider.

Når det kommer nye ting er det regjeringen som tar ut det i pressekonferanser. Det faglige grunnlaget legges da ut et par timer før pressekonferansen, men man går ikke ut med regjeringsbeslutninger. I mange tilfeller vet ikke vi hva regjeringen har besluttet før det kommer i pressekonferansen. Når regjeringen har kommet med det, blir vi bedt om å kommentere og forklare det i ettertid. Da kommer det mange spørsmål og mange detaljspørsmål. Da vil nettsidene og det som kommer i media ofte svare på mye av det samme. Vi praktiserer det slik at vi ikke snakker om detaljer i utredninger som ikke er sluttført. Vi kommenterer noen ganger hva vi jobber med, og det blir vi bedt om av departementet å gjøre. Vi tar ikke ut detaljer før det er vedtatt i regjeringen og så kommenterer vi det i ettertid på detaljnivå.

## **Tema 2: Kommunelegenes situasjon under pandemien**

### **Hva er ditt overordnede inntrykk av kommunelegenes situasjon under vinteren 2020?**

Kommunelegen er en funksjon som i norske kommuner som har ligget nederst på det kommunale hierarkiet, og som kanskje ikke er sterkt ressursbesatt til vanlig. Mange hadde

nok ikke hørt om kommunelegene før pandemien. I pandemien har man sett betydningen av å ha denne funksjonen som er blitt veldig sentral innenfor TISK-arbeidet og utbruddshåndtering. Det siste er en typisk oppgave for kommunelegen til vanlig. De er faglige rådgivere for kommunen, kommunedirektøren og kommunestyret.

Under pandemien har denne rollen blitt veldig sentral. Jeg kjenner godt til funksjonen fra tidligere og vet hvor viktig den er, men det er helt åpenbart at den ble viktig under pandemien. Jeg er veldig glad for at jobben som er blitt gjort er bra, at man har klart å samarbeide på tvers av kommuner og for at det har vært dialog mellom smittevernoverlegen på sykehusene og kommunelegen i opptaksområdene. Dette har vært viktig for samarbeidet fordi det er veldig mange overgripende problemstillinger mellom statlig og lokal helsetjeneste. Kommunelegefunksjonen er nøkkelen inn mot det kommunale planleggingsarbeidet.

Det er noen utfordringer fra direktoratets ståsted. Det handler om at dialogen med kommunen går gjennom statsforvalterne og inn mot typisk ordfører- / kommunedirektørnivå, mens det er typisk FHI som har direkte kontakt med kommunelegene i forbindelse med smittevernutbrudd. I en pandemi får kommunelegene en helt annen oppgaveportefølje. Vi har vært bekymret for den. Det vi har gjort fra vår side er å etablere et kommunelegeregister. Vi har understøttet kommunelegene så mye vi kan i forbindelse med tiltak. Vi har hatt kommuneleger med i referansegrupper innenfor TISK, slik at kommuner fra hele landet har vært med og gitt direkte innspill.

Om spørsmålet ditt går mer på kommunelegenes arbeid i praksis, så er svaret mitt at de er presset. De har hatt mye å gjøre og de burde vært ressursatt mer. I det langsiktige løp håper jeg det er en funksjon som blir styrket, men det er jeg i tvil om vil skje.

**Det er kjent at tiltak til en viss grad har blitt iverksatt ut fra hensyn til kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Syns du kapasiteten i kommunene har vært tatt i betraktning i tilstrekkelig grad?**

Jeg tror at det er en myte at dette kun dreier seg om innleggelser på intensivavdelinger og sykehus, selv om det får mest oppmerksomhet i media. Fra vår side er det tvert imot bekymringen for det kommunale som har vært det viktigste i store deler av pandemien. Vi får ukentlige rapport fra statsforvalterne og sitter med statsforvaltere og kommuner i ukentlige møter hvor vi blir formidlet utfordringene. Vi vet hvor mange covid-pasienter som har lagt beslag på ressurser i sykehjemmene. Vi kjenner godt til kapasitetsutfordringer i hjemmesykepleien og kapasitetsutfordringer for prøvetaking og smittesporing.

Kommunesiden har vært veldig på strekk, mer enn sykehusene i lange perioder. Det er bekymringer rundt den kommunale helsetjenesten og fastlegeordningen som kommer opp i dette i tillegg, samt samspillet mellom typiske feberpoliklinikker, teststasjoner, fastlegeordninger og det kommunale apparatet som allerede har vært på strekk.

Når kommunene ikke bare får de typiske utbruddsoppgavene, men også TISK-oppgavene med å koordinere massetesting av skoler og befolkning, samt smittesporing og vaksinerings, er det klart at belastningen har vært enorm. Om du leser oppdragsbesvarelsene våre gjennom hele pandemien, og kanskje særlig det siste året, vil du se at det kommunale perspektivet og presset på helsetjenesten der har vært et hovedargument for at vi trenger å ta ned smittepresset nasjonalt. Likevel er det bare intensivtall som får oppmerksomhet i media og da blir det

retoriske spørsmålet stilt om hvorfor vi har tiltak når vi kun har 300 covid-pasienter på sykehus. Men det er hele systemet dette dreier seg om. I alle ledd i et maskineri som vanligvis går på høygir, går dette maskineriet tregere på grunn av smitteverntiltak. Hver eneste konsultasjon tar lenger tid på grunn av smittevern. Det tas mer prøver og det er mer administrasjon og mer koordinering. Alt dette trekker ressurser ut fra et ellers finslippt maskineri. Det skaper stort press.

### **Kunne myndighetene ha gjort mer for å avhjelpe de kapasitetsutfordringene som har vært i kommunen og hos kommuneoverlegene?**

Dette med å koordinere ting mellom kommuner, enten på regionalt nivå slik det er regulert i covid 19-forskriftens kap. 5, eller på statlig nivå, er veldig avhjelpende for alle ledd i kommunene. Det er veldig krevende om en kommune skal iverksette tiltak med en faglig begrunnelse og gjøre et juridisk arbeid for å forskriftsfeste det. Det er også noe som kommunelegen vil bli trukket inn i. Om dette blir servert som en regional pakke i en forskrift som er statlig besluttet eller som nasjonale tiltak, vil det ikke være behov for en parallel kommunal arbeidsprosess. Det er en måte å se det på.

Nesten alt som har skjedd i pandemien har berørt kommunelegefunksjonen, enten det er utbruddshåndtering, vaksinasjon osv. Vi har forsøkt å bidra med koordinering på fylkesnivå gjennom statsforvalterne og å harmonisere prosesser når det gjelder situasjoner og tiltak. Jeg vet at kommunelegene har etablert nettverk, er samsnakket, støtter hverandre og har fått flere rundskriv fra regjeringen med tiltak på hvordan dette kan reguleres og gjennomføres. Det har kommet mange hjelpemidler, men arbeidsmengden har likevel vært stor.

### **Kan du si noe om «grensesnittet» mellom FHI og Hdir når det gjelder oppfølging / bistand overfor kommuner og kommuneleger?**

Meg bekjent er FHI sin rådgivning innrettet mot utbruddshåndtering, altså hvordan man skal håndtere et utbrudd, herunder hvilke nærkontakter som skal spores, om de skal settes i karantene osv. Det er mange skjønnsmessige vurderinger hvor FHI støtter godt opp om kommunelegene. Det Hdir har bidratt med er å avhjelpe gjennom koordinering og ressurssetting. Helsepersonellordningen er en ting, men det at Hdir koordinerer innkjøp av hurtigtester og tilrettelegger for veldig mange funksjoner på utstyrssiden er avhjelpende. Det ville vært enda mer krevende om kommunelegene skulle engasjert seg i for eksempel råd om hvilke tester man skulle kjøpt inn. Vi har forsøkt å gjøre det vi kan som direktorat. Det har til syvende og sist å gjøre med ressursbruk i kommunene. Det tok kanskje tid før kommunene stolte på at regjeringen ville dekke alle utgifter som de hadde i pandemien. Når det først skjedde fikk kommunene opp veldig store og proffe apparater som fungerte bra. Det er nok et eksempel på en funksjon hvor kommunelegen kunne hatt avlastning og hjelp med logistikken. Det blir utrolig mange oppgaver på en kommunelege i en pandemi.

Når det gjelder grensetesting i grensekommuner har vi vært veldig tett på og hatt mange koordineringsmøter med for eksempel flyplasskommuner og ikke minst Halden og Ullensaker kommune. Det har vært egne prosjekter hvor Hdir har koordinert mye av arbeidet for å tilrettelegge så godt som mulig. Det er oppgaver vi tror en kommune og kommunelege ikke hadde klart alene. Man er avhengig av mange andre aktører som for eksempel JD, Toll og Avinor. Det har også blitt tilrettelagt for bruk av private aktører, slik som for eksempel



Dr.Dropin. Det har vært et veldig komplekst samspill for å få grensetesting på plass, og understøtte oppgaver som egentlig er et kommuneansvar.

**For grensekommunene har samarbeidet fra Hdir vært direkte med kommunene, ikke via statsforvalter?**

Det har vært begge deler. Det har vært mye direkte dialog med kommunene om forskjellige ting. Det har også vært flere samarbeidsarenaer hvor justismyndighetene slik som POD, DSB, Tolletaten og andre har vært med. Det har vært koordineringsmøter på mange ulike nivåer. Noen møter har vært med ministre til stede, mens man også har hatt arbeidsmøter hvor man praktisk går gjennom trafikkmonster og bruk av teststasjoner i detalj.

**I noen tilfeller er informasjon om tiltak offentliggjort på pressekonferanser like før helgen og vi har fått høre fra både kommuner og kommuneleger at det er en del utfordringer med det. Det er blitt sagt til oss at Hdir har hatt en hjelpetelefon for regelverksspørsmål, men at den ikke har vært åpen utenfor alminnelig arbeidstid. Er det riktig?**

Det har vært flere døgnbemannede telefoner det siste året. Hvilke av dem som har vært bemannet når må du spørre Guldvog om når du intervjuer ham. Både koronatelefonen og kontrollsenterfunksjonen har vært bemannet med mange telefoner langt utover kvelden. Når det gjelder den juridiske telefonen så har nok den hatt litt ulik åpningstid utover pandemien.

**Flere kommuneleger har fortalt kommisjonen at den nevnte informasjonsstrategien har ført til en vesentlig økning i deres arbeidsbyrde, pga. forventning om at de skal svare på diverse spørsmål fra befolkning, næringsliv og internt i kommunen. I tillegg har kommunelegene i stor utstrekning hatt ansvaret for implementeringen i kommunene. Det har også vært korte tidsrom fra regelverksendringen til de skal implementere endringen. Det har medført en ekstrabelastning på kommunelegene. Har Hdir vært oppmerksomme på den ekstrabelastningen dette har medført for kommunelegene?**

Vi er helt enige i at dette har vært et problem. Det skyldes arbeidsprosesser med korte tidsfrister, og HOD bestemmer når man skal gå ut med ting. Tidsfristene er satt av HOD og regjeringen. Det må være riktig å si at vi har fått utrolig korte tidsfrister og det er blitt jobbet utrolig mange helger, kvelder og netter gjennom snart to år fordi tidsfristene har vært korte.

Tidsfristene har vært korte fordi regjeringen skal rekke å utarbeide R-notater og forberede seg internt. Det har de gjort raskt. Noen ganger haster det veldig, for eksempel når alfavarianten dukket opp, mens andre ganger haster det kanskje ikke like mye. Tidsfristene har likevel vært korte, og de har vært ekstremt korte for oss når vi ikke har fått kunnskapsgrunnlaget fra FHI før veldig tett på frist. Vi har stort sett klart å overholde fristen til HOD, selv om den kan ha blitt utsatt fra kveld til neste morgen. HOD har jobbet så fort de kan. Regjeringskonferansene har ofte sluttet bare noen få timer før pressekonferansene.

Pressekonferansene er satt av regjeringen. Det er slik at vi ofte ikke vet hva regjeringen beslutter før det informeres på pressekonferansene. Hvis vi er på pressekonferansene må vi følge veldig nøye med fordi det ikke har lang tid før vi får spørsmål fra journalister om ting som vi ikke vet nøyaktig hvordan har blitt.

Det er denne måten departementsnivået ofte har jobbet på. Vi kunne nok ønsket oss en tydeligere tilbakemelding på hva man fastsetter, men i motsetning til kommunene så er vi bedre forberedt fordi vi har gjort mye av utredningsarbeidet. Jeg forstår kommunene godt. Måten man har forsøkt å løse det på er at man har hatt møter med kommunene kvelden før for å forberede dem og informere dem om hva som kommer, men de fleste kommuner skulle nok gjerne ønsket seg noen dagers varsel for å kunne innrette seg.

**Det er forståelig at det noen ganger har vært dårlig tid. Har du refleksjoner om hvorfor det likevel har blitt hastverk i tilfeller hvor man reelt sett har hatt bedre tid?**

Ikke annet enn at veldig mange aktører i en slik krise naturlig nok er mest opptatt av sin egen saksbehandling og sine egne prosesser. Det gjelder på alle nivåer. Da tenker man kanskje ikke over andres behov, både for informasjon og for tid. Det er en erkjennelse at det har vært slik i mange kriser. Det går tilbake til hvem du faktisk involverer i prosesser og om man evner å tenke bredt nok. Vi har sett på det som utrolig viktig å involvere bredt, å få ulike faggrupper, etater og kommuner inn i prosesser for å få en bred situasjonsforståelse og ikke låse oss til en snever diskusjon. Man må hele tiden spørre seg hvem som burde vært med i diskusjonen, hvem som ikke er med og hvem som trenger informasjon. Å tenke på og gjennomføre det er utrolig vanskelig når man selv har dårlig tid. Jeg tror ikke dette er en systemfeil, men det er et resultat av at alle har hatt dårlig tid og alle har vært under press. Da går det fort og da tenker man kanskje ikke nok på disse tingene.

**Mange av tiltakene er blitt truffet som lokale tiltak i kommunene. Syns du at dagens regelverk med fordeling av nasjonale og lokale regelverk fungerer tilfredsstillende?**

Vi snakket litt om det i stad. Det fungerer ikke alltid så godt. For det første kommer man sent i gang i kommunene når situasjonen krever tiltak fordi det er politisk kostbart å ta den belastningen. Det andre vi ser er at det tar veldig lang tid hvis man skal klare å koordinere seg med nabokommunene. Det er ulike kommunestyrer med kanskje en annen partivektning, og så er man ofte opptatt av at man ikke skal være strengere enn nabokommunen på restriksjoner for næringslivet og andre samfunnsfunksjoner. Det var derfor fikk vi kapittel 5 i forskriften, nettopp fordi kommunene synes dette var vanskelig og derfor ba om det. De sa at dette er krevende å utforme og krevende å koordinere opp mot nabokommunene. Derfor ba de staten om å gjøre det for dem. Det har fungert godt. Når situasjonen er ganske lik i en region er det fornuftig at staten går inn og man får statlig, regional forskrift hvor kommunene kan bestemme om de vil gå inn og ut av ordningen.

**Kunne statsforvalteren hatt beslutningsmyndighet på regionalt nivå?**

Statsforvalteren har fått veldig mange nye oppgaver under pandemien. Det er interessant å se hvordan en aktør som av flere av kommunene ses på som en tilsynsmyndighet, plutselig har fått en rolle med å samordne og koordinere. Statsforvalteren har i veldig mange av disse prosessene som går på regionale tiltak vært den aktøren som har koordinert møter. Vi har vært opptatt av at det er statsforvalteren som inviterer sine kommuner til møter og så deltar FHI, Hdir og ev. andre som møtedeltakere. Det har ofte endt med en anbefaling fra statsforvalteren, og så har vi skissert hva som skal til for at det skal bli statlig koordinert. Møtene har ofte endt med at statsforvalteren bruker et par timer på siste finpuss med ønsker og innspill fra kommunene, før det sendes videre til oss. Deretter har vi tatt det videre med departementet og

fått det regulert i forskrift. Statsforvalterne har vært utrolig verdifulle i pandemien, og jobbet på helt andre måter enn tidligere. Vi har udelt positive erfaringer med det.

**Jeg lurer på hvordan dere på deres nivå vurderer menneskelig atferd. Jeg tenker da for eksempel vurdering rundt skjenkestopp. Skjenkestopp ute medfører at folk flytter seg til private steder hvor det er vanskeligere å drive smitteoppsporing i etterkant. Har dere tatt med dette i deres vurderinger eller har det vært overlatt til politisk nivå?**

Vi har diskutert dette mye og bedt om kunnskapsgrunnlag på det. Det har vi ikke fått fordi det i liten grad er kartlagt. Vi har derfor fulgt nøye med og fått innspill fra blant annet politiet og andre. Her finnes det også noen myter, blant annet er det ikke sikkert at det har blitt like mye hjemmefester o.l. som mange hevdet. Det som skjedde, var at mange gikk ut i parker og møttes der. Ungdommer og studenter tok ansvar og dro ut i parken i stedet for å feste innendørs. I et valg av onder er det tryggere smittevernmessig å ha fest i en park enn å være inne på en trang hybel. Det har vært smitte på fester, men politiet har slått hardt ned på det med det hjemmelsgrunnlaget de har hatt. Vi har sett at det har hatt effekt.

Så kan man stille spørsmål ved om de som har hatt fester i hjemmet er de som ellers ville vært ute på serveringssteder. Det er det trolig ikke alltid. Utfordringen er at når vi ser hvor raskt smitte kan spres på serveringssteder, blir det en så stor driver av spredningen at man må slå ned på det. Det handler om forholdsmessighet. Det blir et spørsmål om voksne skal få gå på fest når barna har gul beredskap på skolene og fritidstilbudet er lagt ned.

Vi skulle gjerne hatt mer kunnskap om folks atferd i forbindelse med slike restriksjoner. Det er slik at vi gjennom pandemien har etterspurt kunnskap om mange ting. Vi ønsket for eksempel å vite hvilke yrkesgrupper som er særlig utsatt for smitte. Det tok nesten åtte måneder før vi fikk en rapport på det, selvom slike ting er helt vesentlige.

Det vises ofte til at det er vanskelig å forske i en pandemi fordi regelverk krever samtykke fra studiepasienter, og andre som skal inngå i studier. Men her er det ikke bare snakk om kontrollerte forsøk. Her er det snakk om å kartlegge tilgjengelige data - hvilke smittesporingsdata har vi fra disse utbruddene, hvor mange barn får sykefravær fordi de blir smittet av covid osv.? Alle disse dataene finnes, men vi har ikke fått sammenstilt det godt nok. Kunnskapen har heller ikke nådd frem til beslutningsbordet for politiske myndigheter. Der er det forbedringspotensial. Jeg tror det må settes inn mye større ressurser på å bruke den kunnskapen og det datagrunnlaget man har, samt bruke de kildene man har ute i kommunene for å sammenstille dette bildet bedre.

### **Tema 3: Intensivkapasitet**

**Helt fra 2010, etter svineinfluensaen, har rapporter fra DSB, Riksrevisjonen, de regionale helseforetakene, Stortingsmeldinger og nasjonale beredskapsplaner også pekt på behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen. Det var særlig mangel på personellressurser og fleksible pandemiarealer som ble nevnt.**

**Var Hdir kjent med behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen før covid-19-pandemien brøt ut?**

Dette har vært et kjent problem blant ansatte i hele helsesektoren i lang tid. Både når det gjelder intensivkapasitet, men også sengekapasitet. Det oppstår ofte et press på tidlige utskrivelser, og kort liggetid som har medført mange svingdørpasienter. Det er kjente problemstillinger som i bunn og grunn dreier seg om helsepolitikk gjennom flere tiår. Vi har hatt en betydelig nedbygging av sengeplasser innen somatikk, og det har ikke vært en oppskalering etter befolkningsvekst de siste 15 årene. Dette bunner i hvordan man kostnadsstyrer i helsevesenet med New Public Management, og det gir et vedvarende press på å kutte kostnader.

Vi har nettopp hatt en pandemi som viser behovene for utviklingsarealer i helsetjenesten. I den forbindelse ser vi at mange stiller spørsmål ved hvorfor man planlegger sykehus på små tomtearealer som er uten utvidelsesmuligheter for fremtidige behov. Det kan forklares ut fra økonomiske hensyn, og at det ikke alltid er midler nok til å bygge ut helsetjenesten slik man ønsker det faglig sett. Dette er veldig kostbart. En intensivseng koster ni sykepleierårsverk. Noen pasientgrupper koster enda mer ressurser. Det er få ting som er så kostnadsdrivende for sykehus som en ekstra intensivseng. Derfor er dette politiske vurderinger, og der andre etater og helseforetak kan mene mye, men man er prisgitt de bevilgningene man får over tid. Det er hovedforklaringen på hvorfor vi ligger der vi ligger i Norge.

### **Det ble utarbeidet en regional intensivutredning i 2019. Kjenner du til den?**

Ja, det var den Flaatten m.fl. utviklet. Det var en kartlegging av intensivplasser og intermediærplasser mener jeg å huske. Det var mye som ble gjort etter svineinfluensaen.

### **Den regionale utredningen skapte uenigheter i fagmiljøene blant annet knyttet til hvordan man definerer en intensivplass. Er du kjent med en slik faglig uenighet?**

Det er mange faglige uenigheter mellom ulike fagmiljøer som bemanner intensivavdelinger, som jobber henholdsvis på postoperative avdelinger, kirurgiske avdelinger mv. Det er mange meninger som stort sett er farget av hvor man jobber. Veldig få er uenige om at Norge burde ha en større intensivkapasitet. Vi som har jobbet på intensivavdelinger i mange år vet hvordan det er å jobbe der; det kan f.eks oppstå spørsmål om hvem som skal få den ene ledige intensivplassen på Østlandet en mandag morgen. Dette er en gjenkjennelig situasjon gjennom mange år og hvor pandemien har dratt et isfjell litt opp over overflaten.

Kapasitetsutfordringene er ikke alltid synlige i hverdagen fordi man alltid får det til å gå rundt. Når behovet for intensivplasser øker, særlig i år da vi ikke har hatt nedtrekk i andre pasientgrupper men mange covid-pasienter som er intensivkrevende, kommer det veldig til syne. I tillegg forsterkes det ved at man ikke lenger får inn vikarressurser fra andre land.

### **Vil det si at intensivkapasitet har hatt betydning for smitteverntiltakene gjennom pandemien?**

Det er en av grunnene til at det er viktig å ikke miste kontrollen på smittespredningen, men det er bare en bit av det. Som vi var inne på tidligere ser vi på situasjonen ute i kommunene at hele helsetilbudet lider under høyt smittepress. Det er hensynet til planlagte operasjoner og annen aktivitet som nå i prinsippet settes på pause som er mest utfordrende, fordi ressurser må hentes fra postoperativt arbeid til intensivavdelinger som behandler covid-19. Det gir følgekonssekvenser langt utover sengeposter, og helt over på rehabilitering på sykehjem. I trondheimsregionen så man for eksempel at når like mange trenger faste plasser på sykehjem så kan man ikke lenger bruke den bufferen man har på korttidsplasser fordi der ligger det også

vanlige sykehjemspasienter. Da kan ikke de plassene brukes til rehabilitering av covid-19-pasienter. Det viser at det er en dynamikk i dette. Når presset øker i noen ledd så påvirker det også andre ledd.

**I starten av pandemien var det spørsmål om hva man kunne oppskalere og øke intensivkapasiteten til i det som kunne virke som et verstefallscenario. Det var opp mot 1200. Er det realistisk?**

Jeg var en av de som ble spurt om det. Det som er viktig å vite var at FHI sine beregninger viste at vi ville få en bølge med over 2 millioner smittede på kort tid. Det lå implisitt i scenariobeskrivelsen at dette ville gå veldig greit, og dette ville man klare fordi det ikke var så mange som var forventet på intensivavdeling. Da ble det veldig viktig å forklare hva som faktisk er smertegrensen. Beregningsgrunnlaget var hvor mange pasienter norske sykehus samlet sett kan gi mekanisk pustehjelp på toppen av en smittebølge i en veldig kort periode, altså en dag eller to. Spørsmålet var hvor mange man kunne koble til en pustemaskin hvis man brukte alt man hadde - alle operasjonsstuer, transportrespiratorer og hele pakka. Altså hvordan man kunne klare toppbølgen uten at folk lå og døde fordi de ikke fikk pustehjelp.

Da var anslaget at om du bruker alle intensivplassene, intermediærplassene og andre ressurser, kan man kanskje i en veldig kort periode kunne ventilere 1200 personer samtidig. Bakgrunnen for at det var viktig å få frem det tallet, var å vise at det er en maksbegrensning her. Det finnes en smertegrense på toppen av en smittebølge, og den var det viktig å kommunisere. Det betyr ikke at man kan drifte på det nivået i lang tid.

**Når kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, og særlig i intensivavdelingen, skal planlegges og dimensjoneres, hvilke hensyn ville du primært vektlagt da?**

Det er viktig at man har en bufferkapasitet, slik man burde ha på alle somatiske sengeplasser, hvor man tilsikter å ha 85 % belegg gjennom et år. Da vil man kunne ta toppene både når det er influensaseson og vinteren og uforutsette ulykker o.l. All internasjonal litteratur viser at det å sikte seg inn mot 85 % belegg er det sikreste. Situasjonen på intensiv i Norge er tilnærmet 100% belegg, med en skalering opp og ned fordi man flytter ressurser etter behov. Det kan variere fra sykehus til sykehus. Det er viktig å ha en god nok bufferkapasitet. Man har så langt ikke tatt høyde for befolkningsvekst når man har dimensjonert antallet intensivplasser i Norge. Den har vært vesentlig større enn det SSB estimerte over flere tiår. Mange som kommer til Norge bosetter seg på Østlandet, derfor har sykehusene på Østlandet hatt en større vekst i pasientgrunnlaget enn andre helseregioner. Helse Sør-Øst utgjør godt over halvparten av opptaksområdet i Norge nå. Det må man ta høyde for fremover.

Vi må samtidig huske at hvis vi i denne pandemien hadde hatt tre ganger større intensivkapasitet, så hadde det gitt oss en større buffer og vi hadde kommet bedre ut av det i perioder, men det hadde ikke gjort tiltakene overflødige. Med den doblingshastigheten vi har sett i smittebølgene, ville det egentlig bare utsatt problemene i to-tre uker og så ville også de ekstra plassene ha vært fylt opp. De som tror at vi hadde unngått alle smitteverntiltak ved å ha flere intensivplasser tar helt feil. Det hadde kjøpt oss tid, men smitten øker så raskt at vi hadde havnet i nøyaktig samme situasjon et par uker senere. Men vi ville også hatt større buffer, og dermed vært mindre sårbare for endringer fra dag til dag. Vi ville hatt mer tid til å se an effekten av tiltak, og unngå at det fikk konsekvenser slik som nå hvor vi må ha nedtrekk av operasjoner. Hvis vi i høst hadde hatt 50 % ledig belegg på intensivavdelingene med det

smittetrykket som har vært, så hadde ingen sykehus trengt å utsette operasjoner. Vi hadde slik sett gått klar av bølgen.

**Kan du si kort hva du synes har fungert godt i den norske vaksinasjonsstrategien og hva du mener er læringspunkter å ta med seg til en ev. neste pandemi?**

Jeg tenker det har vært gjort veldig mye bra arbeid i vaksinasjonsprogrammet. Jeg synes FHI har fulgt det opp på en god måte. Direktoratet har kjøpt inn utstyr og kommunene har virkelig tilrettelagt. Jeg tenker at det at vaksinasjon er frivillig og at man har hatt den åpne diskusjonen om bivirkningene, har vært veldig viktig og antageligvis styrket tilliten i befolkningen. Det har gitt et inntrykk av at man ikke forsøker å skjule ting som har vært ubehagelig, men at man diskuterer det. Det tror jeg har styrket tilliten og resultert i at 90% av de over 18 år er vaksinerte. Jeg er usikker på om flere påbud og press hadde ført til flere vaksinasjoner. Det kunne ført til at flere som var i tvil ville landet på et nei istedenfor et ja.

Noen har foreslått at man bør vurdere påbud for enkelte arbeidsgrupper, og i etterkant av pandemien kan man selvsagt vurdere om helsepersonell er en gruppe som burde vært pålagt å vaksinere seg. Men det å påby alle i befolkningen å vaksinere seg og gjennomføre med tvang, er det ingen som har sett for seg at hadde vært praktisk mulig. Det ville nok også svekket tilliten til hele vaksinasjonsprogrammet tror jeg.

**Er det noen spesielle utfordringer i vaksinasjonsprogrammet som du har sett?**

Ja, det har vært mange utfordringer. I første fase var det utfordringer knyttet til leveranse av vaksiner ved at de kom sent. Det var utfordringer i praksis ved at man ville ha beredskapslager for å sikre andre dose, men det endret seg raskt. Det har vært utfordringer med vaksinene som ble tatt ut av vaksinasjonsprogrammet, i alle fall AstraZeneca. Det har vært utfordrende at man i høst (2021) prioriterte og anbefalte influensavaksine før tredje dose, men da man fikk kunnskapsgrunnlag om at det hastet med tredje dose, gjorde man om på det.

Den generelle utfordringen i høst (2021) er at kommunene har bygd ned mye av pandemiberedskapen sin fordi de ble anbefalt det. Det var smittevernfraglig begrunnet og regjeringen fattet beslutning om at man skulle bygge ned TISK og smittesporing. Det førte nok til at mange kommunalt ansatte vikarer forsvant ut av TISK-arbeidet. Derfor har ikke kommunene kommet opp på samme kapasitet som vi hadde tidligere. I sommer var det enorme volumer med vaksiner som ble satt, og mange av disse systemene har blitt bygd ned. Det forklarer litt om hvorfor det har gått tregere med vaksineren i høst.

**Tema 5: Avsluttende refleksjoner**

**Du har vært en nøkkelperson i pandemihåndteringen. Hva vil du fremheve som de viktigste læringspunktene, for eksempel for Hdir?**

Vi har vært veldig tjent i de innledende fasene med å ha en smittevernlov som gjør det mulig å iverksette tiltak raskt for en kort periode. Det var helt naturlig at regjeringen skulle overta dette ansvaret da vi så at det ble langvarig. Hvis vi ser på vårt naboland så hadde ikke de lovgivning som gjør det mulig å iverksette samme type tiltak. Det tok nesten et år før de fikk det på plass. Det viser viktigheten av at smittevernloven fungerer nasjonalt og lokalt. Mange har vært kritiske til smittevernloven fordi den gir så inngripende fullmakter, men vi kan tenke

oss en pandemi med et mer smittsomt virus som har vesentlig høyere dødelighet, og da vil det være kritisk å ha et slikt hjemmelsgrunnlag for tiltak. Det er utrolig viktig å huske på at vi må ha verktøyene vi trenger selv om de ikke skal brukes i utide.

Jeg tror det har vært nyttig i Norge at man har landet på en «slå ned»-strategi som kjøpte oss litt tid og som førte til at helsetjenesten ikke ble overbelastet i initialfasen. Da var det prekær mangel på smittevernutstyr, og mange andre problemer som virkelig ville fått konsekvenser om det hadde fortsatt å eskalere. At man hadde en strategi om å slå ned dette, få oversikt og se om det etter hvert kom en vaksineløsning, tror jeg var veldig gunstig. Sammenholder man konsekvenser i Norge med andre land, så er det en grunn til at Bloomberg i sommer konkluderte med at vi håndterte dette best, fordi vi klarte oss med den ene nedstengingen og å holde samfunnet relativt åpent gjennom resten av pandemien.

Samtidig er det utrolig mange læringspunkter. En del regler og råd har vært unødvendig kompliserte. Det er det ingen tvil om. Man har ikke tenkt nok på at dette skal forstås og etterleves. Det har vært alt for fristende å gi masse detaljunntak ut fra rene faglige teoretiske betraktninger. Man har ikke tenkt nok på at det må etterleves, forstås og kunne håndheves. Vi har nok vært for naive. En regel som bekjentgjøres vil nødvendigvis ikke følges.

F.eks er det å tro at alle arbeidsinnvandrere forholder seg til covid-forskriften og dens krav om fritidskarantene, ganske naivt fordi det er språkbarrierer og mange andre grunner til å ikke følge slike regler. Med mindre man har stikkprøvekontroller eller forsikrer seg at folk forstår informasjonen, er ikke forskriften nok. Man har nok i pandemien blitt mer klar over at man i forvaltningsøyemed må følge prosessene helt ut og se om man faktisk får effektene som er intendert med regelen. Det er utrolig viktig, og man må ha systemer og dialog hele veien ut for å sikre at det fungerer. Klarer man det, klarer man seg med færre tiltak og tiltakene blir mindre inngripende og mer målrettede. Der er det ganske mye å lære.

### **Er det spørsmål jeg burde stilt deg som jeg ikke har gjort?**

Jeg tror vi har vært inne på ganske mye nå.

Det er andre måter å håndtere en krise på enn man har gjort i Norge. I andre land har man kriseledelse hvor man samler alle aktører med roller og ansvar rundt bordet. Britene har for eksempel dette. Det kan være hensiktsmessig i tidskritiske kriser og innledende faser, men jeg tror det har vært en styrke i Norge at man har gått litt mer inn på tradisjonell forvaltning med grundige utredninger og oppdrag som er besvart. Det har vært en politisk trygg måte å gjøre det på. Det er klart at problemstillinger noen ganger kunne profitert av å bli diskutert grundigere. Det er en tendens at når noen lurer på noe så kommer det et oppdrag til forvaltningen som krever mye ressurser å besvare. Kanskje kunne man noen ganger fått de svarene i en direkte dialog i et møte, istedenfor å få enda et oppdrag. Med nærmere 600 oppdrag som skal utredes og leveres på, så kunne vi muligens klart oss med halvparten hvis vi hadde vært flinkere til å diskutere hva det faktisk er behov for å utrede.

Digital gjennomgang 15.02.2022. Referat godkjent av Espen Rostrup Nakstad.

Oslo, 15.02.2022 Linda Aamodt

