



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT – BJØRN GULDVOG

Intervju av:	Bjørn Guldvog, direktør i Helsedirektoratet
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	22.12.2021 kl. 12.00 – 14.00
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Egil Matsen, kommisjonsleder
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Anne Grødem, Kristin Rande, Olav Slettebø og Henrik Shetelig fra sekretariatet.
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Tone Fløtten, Toril Johansson, Pål Rørby og Rolv Terje Lie fra kommisjonen. Marianne Kortner fra sekretariatet. Erik Sundet fra PwC.
Ev. bisittere	Juridisk direktør Anne Louise Valle og prosjektleder Arve Paulsen

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.

Egil Matsen ønsket velkommen og introduserte deltakere til stede.

Henrik Shetelig presenterte de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:

- Det er satt av 2 timer til intervjuet.
- Det tas lydopptak av samtalen og skrives referat fra samtale. Referatet vil bli forelagt deg for gjennomlesning så snart det er renskrevet, og du kan da komme med eventuelle korrigeringer/suppleringer. Det er ikke tanken da at det skal være en ny forklaring.
- Lydopptaket og referatet er kommisjonens interne dokumenter, og det vil i utgangspunktet ikke bli gitt innsyn i dette materialet så lenge kommisjonen arbeider. Offentleglova gjelder og det er derfor en plikt til å vurdere meroffentlighet. Etter overlevering vil det vurderes meroffentlighet i sentrale referater. Etter avlevering av kommisjonens arkiv er det Arkivverket 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 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.

Bjørn Guldvog hadde ingen merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som er gjennomgått her.

Egil Matsen informerte overordnet om temaene som vil bli tatt opp i dette intervjuet:

- Overordnet om pandemiarbeid og pandemihåndtering hos nasjonale myndigheter
- Kommunelegenes situasjon under pandemien
- Intensivkapasitet og intensivberedskap
- Strategi for vaksineutrulling
- Avsluttende refleksjoner om pandemihåndteringen

FORKLARING

Kan du redegjøre kort for din utdanning, yrkesmessige bakgrunn, samt din stilling og oppgaver i Helsedirektoratet (Hdir)?

Jeg er cand. med. fra UiO i 1985 og dr. med. i 1991 med avhandlingen epilepsikirurgi i Norge. Jeg har ledet en forskningsinstitusjon fra 1993 til 2001. Da ble jeg ansatt som assisterende prosjektdirektør i opprettelse av det nye sosial- og helsedirektoratet. Jeg var divisjonsdirektør i to år og deretter assisterende direktør frem til 2013. På det tidspunktet ble jeg ansatt som direktør i Hdir og har vært det siden. Jeg har jobbet en del klinisk som fastlege og som lege på sykehus, primært med indremedisin og nevrologi, men jeg har ingen spesialitet. Jeg har også hatt professorat i samfunnsmedisin ved UiB i en periode på starten på 2000-tallet.

Vil du si at din rolle har blitt endret underveis i pandemien i tilknytning til håndteringen?

Det har vært en endring. Det snakket jeg noe om i forrige runde også. I den akutte fasen av en ny krise har Helsedirektoratet en koordinerende rolle for HOD. Den rollen som koordinerende aktør har vi hatt gjennom hele pandemien. Ettersom krisen har blitt mer langvarig har også krisen blitt en mye større del av den generelle politikken. Det har blitt en samfunnskrise. Det gjør at regjeringen og departementet, som blant annet eier av spesialisthelsetjenesten, har behov for å ta egne koordinerende grep. Det har vært flere instanser av koordinering. Det berører vår rolle. Like fullt har vårt ansvar hele tiden vært å få koordinert helsesektorens aktører på en best mulig måte.

Tema 1: Overordnet om myndighetens pandemiarbeid og pandemihåndtering

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?

Vi har gitt innspill til både strategi og beredskapsplaner når vi er blitt bedt om å gi innspill av departementet og regjeringen. I de tidligste fasene var de innspillene relativt åpne, i og med at departementet og regjering ikke hadde laget en ferdig strategi- og beredskapsplan. Vi ga ganske åpne innspill i den første fasen. Etter hvert som strategi- og beredskapsplanen har funnet sin form har vi blitt bedt om å spille inn på endringer av gjeldende strategi. Det har vi gjort i flere omganger.

*Presisert ved gjennomgang: At vi ga ganske åpne innspill i denne sammenhengen betyr at det ikke forelå en allerede detaljert eksisterende disposisjon den første fasen

Beredskapsplanene inneholder såkalte «tiltaks pakker». Hvordan har dere arbeidet for å utrede de smittevernmessige vs samfunnsmessige konsekvensene av de enkelte tiltakene, og hvordan har dere prioritert mellom ulike tiltak inn i de samlede pakkene?

Vi har et tett faglig samarbeid med FHI, hvor FHI sin rolle er å bidra med et så godt kunnskapsgrunnlag som mulig for de ulike tiltakene. Det har vist seg vanskelig å få dokumentert effekten av enkelttiltak. Dette har også vært en mangel vi har sett gjennom pandemien. Vi skulle ønsket oss at vi hadde bedre oversikt over effekten av de enkelte tiltakene. Det som er avgjørende med alle tiltakene er å redusere kontakthypighet mellom mennesker og mobilitet i befolkningen. Der tiltakene sannsynliggjør at vi får reduserte kontakter eller redusert mobilitet, er det grunnlag for å vurdere tiltakene.

Tidligere i pandemien nedsatte vi to ekspertutvalg. Det ene var Holden-utvalget som skulle se på de samfunnsøkonomiske konsekvensene. Det andre skulle vurdere situasjonen for barn og unge. På basis av disse utvalgene har vi fått bedre oversikt over konsekvenser av tiltakene, både de økonomiske konsekvensene og hvordan dette påvirker barn og unges utvikling og helse. Vi har innhentet kunnskap fra aktørene i en løpende dialog. Ett av de viktige læringspunktene i etterkant av denne pandemien er at vi som nasjon bør innrette oss med et bedre system for vurderingen av konsekvenser på tvers av sektorer. Det er åpenbart at vi har hatt manglende kunnskap om effekten av enkelttiltak og konsekvensene av enkelttiltak. Vi har hatt rimelig oversikt over effekten av de samlede tiltakene, altså tiltakspakken. Vi har fått erfaringer underveis i pandemien om hva som er tilstrekkelige tiltakspakker for å drive tilbake smitten med ulike virusvarianter. Vi har også i et visst omfang fått beskrevet konsekvensene for psykisk og fysisk helse, for arbeidslivet, for økonomien osv. Vi erkjenner at vi fremover trenger et bedre nasjonalt system for vurdering av disse konsekvensene.

Dette har pågått i rundt 20 måneder. Har du noen refleksjoner her og nå om det er enkelte grupper som har blitt særlig hardt rammet og som du er bekymret for?

Det er vanskelig å ikke være bekymret for en del grupper. Samtidig er det slik at det er vanskelig å tenke seg at vi går gjennom en pandemi som denne uten at det har konsekvenser. Jeg vil være varsom med å skape et forventningsnivå som tilsier at vi klarer å håndtere dette uten konsekvenser. De som er sårbare i utgangspunktet er mer sårbare under en pandemi. Det gjelder også mennesker med psykiske lidelser og mennesker med funksjonsnedsettelse. Da er det viktig med kompenserende tiltak. Det gjelder naturligvis mange barn og unge. Jeg tror pandemien vil føre til at forskjellene i barn og unges oppvekstvilkår vil øke. Sånn vil det også være med utsatte grupper samlet, som vil klare seg dårligere gjennom en pandemi sammenlignet med andre. Derfor er kompenserende tiltak helt avgjørende for å hjelpe disse gruppene. Det gjelder barn og unge, men det gjelder også en god del som er litt eldre, slik som studenter som er blitt isolert under pandemien. I tillegg er det mange yrkesgrupper som har blitt hardt rammet, slik som kultursektoren og store deler av næringslivet. Det vil nok også være mange grupper som ganske sikkert vil få helsetap, dels på grunn av pandemien og dels på grunn av tiltakene som er iverksatt.

Jeg ønsker å legge til at bekymringen også går på gruppen innen helsetjenesten som er under behandling. Vi ser for eksempel i denne fasen at mye elektiv behandling utsettes, og at det er store pasientgrupper som får forskjøvet behandlingstilbudet sitt utover i tid. Det vil også kunne ha helsemessige konsekvenser på sikt.

Hvordan vurderer du myndighetenes evne til å ta høyde for den videre utvikling underveis i pandemien?

Jeg mener vi har evne til å tenke noen steg frem. Samtidig er situasjonen veldig usikker. Den største usikkerheten handler om at viruset gjennom en pandemi vil endre egenskaper. Det vil komme nye varianter som gjør at de allerede iverksatte tiltakene og vaksiner kan få mindre betydning enn det vi har tenkt frem til det tidspunktet. Samtidig som vi jobber med å håndtere de dagsaktuelle problemstillingene, jobber vi med, drøfter og diskuterer hvilke muligheter som ligger der langsiktig. Det handler også om at Norge ikke kan løse dette fullt og helt gjennom nasjonale strategier. Det er sammenhengende internasjonale løsninger som til slutt vil hjelpe oss gjennom dette, som å vaksinere flest mulig av verdens befolkning for å bygge best mulig immunitet. Et eksempel er hva som skjer når vi får vaksinert befolkningen med tredje oppfriskningsdose. Vil det i en slik situasjon være et vindu for å tenke at vi er bedre beskyttet enn vi kommer til å være på ganske lenge? Da vil en stor andel av befolkningen være på et maksimum av god beskyttelse frem til vi ev. må inn i enda en ny runde med oppfriskningsdose som kan ta lang tid. Spørsmålet er om det er mulig å bruke det vinduet kreativt for å se om det gir oss mulighet for å skape bedre immunitet i befolkningen, gjennom å la en del smitte spre seg utover vinteren og våren. Dette vil naturligvis være avhengig av sykdomsbildet som omikronviruset skaper. Det er vi spent på i disse dager. Det er noen veldig avgjørende vurderinger som skal gjøres når vi kommer ut i januar / februar og ser på konsekvenser av den nye virusvarianten. Da vil vi ha en godt vaksinert befolkning med tre doser, og ev. en virusvariant som vil gi mulighet til å tenke litt nytt på den samlede effekten av vaksiner og smitte i befolkningen.

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?

Dette var situasjonen under den forrige regjeringen. Etter regjeringsskiftet har ikke Hdir deltatt i noen RCU-møter eller regjeringskonferanser. Den nye regjeringen har hatt en annen praksis. Under den forrige regjeringen var det slik at FHI og Hdir ble invitert inn i mange av regjeringskonferansene og de fleste RCU-ene. Da la vi på forespørsel frem våre vurderinger om situasjon og hva vi hadde spilt inn av beslutningsgrunnlag til departementet. Departementet har laget egne r-notater på bakgrunn av innspillene fra oss og FHI. Derfor kan r-notatene avvike fra det vi har spilt inn. Regjeringen Solberg ønsket ofte å ha vurderingene som etatene hadde gjort som en del av informasjonsgrunnlaget før beslutning ble truffet i regjering.

Det betyr at du selv deltok på vegne av direktoratet?

Stort sett var det jeg som deltok. I enkelte møter deltok også Nakstad.

Har det etter din vurdering fungert godt at dere som fagmyndigheter har deltatt i konferanser?

Jeg synes det fungerte godt. Vi fikk delta på den delen av regjeringskonferansene som handlet om covid. Vi var ikke til stede på de øvrige punktene. Det ga oss en god oversikt over hvordan regjeringen planla fremover. Det bidro til en god informasjonsutveksling mellom oss som underliggende etater til departementet og regjeringen.

Den 31. januar 2020 fikk Hdir delegert myndighet fra HOD bl.a. til å koordinere helsetjenestenes innsats ved håndtering av koronaviruset. Hva har denne delegasjonen betydd i praksis når det gjelder Hdir sitt forhold til kommunene og kommunelegene?

Den delegasjonen har helt åpenbart innvirkning på vår dialog med kommunene. I helseberedskapsplanverket beskrives hvordan aktørene skal forholde seg til hverandre i en krise. Det er laget egne varslings- og rapporteringsrutiner til statsforvalterne og kommunene. Vi har løpende kontakt med statsforvalterne som igjen har dialog med kommunene. Det skjer en løpende rapportering fra kommunene til statsforvalter og videre til Hdir. Tilsvarende er det en kanal fra Hdir via statsforvaltere til kommunene. Den er godt etablert.

FHI og Hdir har ulike kanaler ut mot kommunene og kommunelegene. FHI gir råd direkte til kommunelegene om håndtering av den lokale situasjonen. Den formelle rollen med direkte kommunikasjon til kommunelegene har ikke Hdir. Vår kommunikasjon til kommunelegen går egentlig gjennom kommunen og via statsforvalter.

Det har vært en god del samarbeidsmøter hvor statsforvalter, kommuner og kommuneleger innenfor en region deltar, og hvor vi naturligvis har en stemme inn i dialogen. Vi er kjent med at mange kommuneleger har etterspurt en tettere dialog med Hdir. Det er naturligvis slik at kommunelegene, gjerne sammen med kommunen, kan søke råd hos Hdir for blant annet for å få juridisk bistand. Det kan være juridisk bistand for å vite hvordan helselovgivningen og spesielt smittevernlovgivningen skal tolkes i ulike problemstillinger.

Vi har også, nettopp fordi vi har fått opplysninger om at kommunelegene gjerne vil ha en tettere og bedre dialog med oss, opprettet et kommunelegeforum som har hatt jevnlig kontakt med kommunelegene under pandemien for å forstå deres situasjon og arbeidet de skal gjøre. Vi er kjent med at kommunelegene har vært misfornøyd med at de har blitt informert sent når regjeringsbeslutninger er vedtatt. Derfor har vi etablert en informasjonsløsning som kommunelegene kan abonnere på. Men det er regjeringen som beslutter når man kan offentliggjøre vedtak i regjeringen, og også når vi kan publisere våre oppdragsbesvarelser og annen informasjon til kommunene. Vi har fulgt de retningslinjene som departementene har gitt om publisering tidligst to timer før pressekonferansen. Jeg har forståelse for at dette kan være vanskelig for kommuner og kommuneleger å håndtere. Fra vår side er det viktig å tenke på at kommunelegen er en representant for kommunen. Kommunen er rettssubjektet som vi har et spesielt ansvar for.

Kan du gi en kort beskrivelse av de ulike koordineringsorganene som direktoratet er en del av når det gjelder pandemihåndteringen? For eksempel er det kjent at BUB ledes av direktoratet, men er det andre viktige organer for pandemihåndteringen som du vil nevne?

Ja, det er en rekke aktiviteter som jeg vil nevne. Det er BUB som i all hovedsak er en koordineringsinstans mot andre myndigheter som har spesielle ansvarsområder under akutte hendelser, slik som forsvar, politi, brann, miljøvern osv. Vi har hatt koordinerende aktiviteter innen TISK (testing, isolasjon, smittesporing og karantene) som ble et helt sentralt virkemiddel under pandemien. Vi har hatt koordinerende aktiviteter overfor alle i vår sektor for anskaffelser av smittevernutstyr og annet utstyr, også anskaffelser og distribusjon av tester. Vi har hatt en koordinerende rolle når det gjelder innreise og koordinert vår sektor opp mot POD, DSB og justissektoren. Vi har hatt en koordinerende rolle i dialogen med statsforvalterne og der igjennom med kommunesektoren, og koordinert fra statens side hvilke endringer som ligger i oppdraget til kommunene. Vi har hatt en koordinerende rolle på personellfeltet og sikret at vi har reservepersonellordninger. Vi har hatt en koordinerende rolle

på analyse av belastning og kapasitet i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi har hatt en koordinerende rolle på spesielle hensyn når det gjelder barn, unge mennesker og sårbare grupper, blant annet regelmessig møter med Bufdir, Udir og ekspertgrupper. Vi har hatt mye koordinering ut mot brukergrupper, blant annet gjennom vårt eget brukerråd. Vi har hatt koordinering for digitale løsninger slik om nasjonal ID-løsning, prøvesvar på hurtigtester og koronapass. Vi koordinerte innledningsvis ekspertgruppene, som jeg nevnte tidligere, på barn og unge og på samfunnsøkonomi. Vi har hatt løpende koordinering med arbeidslivets parter, herunder NHO, Virke, Spekter, LO osv. Vi har også hatt løpende koordineringsaktiviteter for de arbeidsgruppene som er store i helsetjenesten, slik som Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Fysioterapeutforbundet. På de omkring 600 oppdragene vi har avlevert til departementet har det vært koordinering i forbindelse med så og si all oppgavebesvarelse. Dette er noen av de viktigste arenaene.

Har du selv kunnet delta i noen av disse organene?

Jeg har stort sett ledet BUB. Jeg har deltatt i et visst omfang når det gjelder møtene med statsforvaltere og på kommunesiden. Jeg har også deltatt på en del av det som går på analyse av belastning og kapasitet i helsetjenesten. Jeg har hatt kontakt mot Udir, Bufdir og FHI når det gjelder barn og unge. Jeg har ved enkelte anledninger deltatt i møter med arbeidslivets parter, men ikke gjennomgående. Jeg har hatt løpende dialog med Legeforeningen og Sykepleierforbundet.

På regjeringsnivå eller departementsnivå har vi også Kriserådet som er sammensatt av departementsrådene fra i prinsippet alle departementer. Vi har forstått det slik at Hdir har vært til stede og orientert i kriserådet underveis i pandemien. Er det riktig?

Vi har vært til stede i en del av Kriserådets møter. Det er kanskje litt uklart for meg i hvilket omfang Kriserådet har jobbet. Det er et begrenset antall møter som Hdir har vært invitert i. Det er langt færre enn RCU og regjeringskonferanser.

Har du selv deltatt på de du har blitt invitert til?

På noen få av dem. Ikke svært mange. Jeg antar at det er under 10 møter.

*Lagt til ved gjennomgang: Møtene har ofte sammenfalt i tid med andre viktige koordineringsgrupper, og Hdir har oftere være representert ved ass. Helsedirektør.

Kan du kort beskrive hva som har vært Hdirs rolle når det gjelder kommunikasjonsarbeidet?

Kommunikasjonsarbeidet har vært en del av den koordinerende rollen. Det er vårt ansvar å sikre at kommunikasjon på helsefeltet henger godt sammen. Det er JD som har vært lederdepartement. JD har i en del sammenhenger hatt overordnet ansvar for kommunikasjon samlet. Der har vi spilt inn samlet for vår sektor. Det er noen foretrukne kanaler. Regjeringen.no og Helsenorge.no har vært helt avgjørende som kommunikasjonskanal. Vi har også løpende dialog med FHI som legger ut all relevant informasjon på sine hjemmesider.

Hvordan har Hdir samarbeidet med departement eller regjeringen om kommunikasjon underveis?

Det har vært en tett og løpende dialog med departementet. Ikke minst handler det om hvordan vi er godt koordinert opp mot de tidspunktene hvor departement og regjering går ut med sine beslutninger.

Har det vært tilfeller hvor det har vært utfordringer knyttet til kommunikasjonsarbeidet?

Interessen fra mediene for kommentarer fra vår side om fremtidige tiltak har vært enormt stor. Fra regjeringen og departementets side har de i perioder vært litt urolig for at vi kunne peke retning for hva som kommer av nye tiltak, uten at dette har vært regjeringsbehandlet. Vi har erfart at dette er en vanskelig balansegang. Vi har ofte i tett samarbeid med FHI anbefalt en retning for videre tiltaksnivå. I en slik situasjon kan det være vanskelig å balansere budskapene f.eks i en konkret intervjusituasjon. Både FHI og Hdir ønsker i størst mulig grad å være åpne om våre vurderinger.

Har det vært endringer underveis i kommunikasjonsstrategi sett fra direktoratets side?

Jeg har ikke oppfattet at det har vært noen vesentlige endringer.

*Lagt til ved gjennomgang: Vi har løpende justert kommunikasjonen basert på løpende analyser

Gjennom hele pandemien har intensjonen vært at fagmyndighetene gir faglige råd om smittevern, men det er gjentatte ganger understreket at politikerne tar beslutningene. Dette tilsier at avveiningene mellom smittevern på den ene siden, og hensynet til grupper som rammes av smitteverntiltakene på den andre, foretas av regjeringen. Kan du forklare hvordan arbeidet foregår i praksis på de ulike nivåene?

Jeg kan forklare det dels idealisert, og dels hvordan det faktisk foregår.

Idealisert er det det beste kunnskapsgrunnlaget som foreligger og som bør beskrives godt. Hva er effekt av de ulike tiltak og hva vet vi nøyaktig. Basert på oversiktene fra FHI kan vi gå inn og se på hva som er kapasiteten i helsetjenesten for å håndtere denne situasjonen. I tillegg ser vi på innspill vi fra andre samfunnsarenaer. Så må vi gjøre en juridisk forholdsmessighetsvurdering opp mot departementet.

*Presetert ved gjennomgang: FHI skal i størst mulig grad beskrive det smittevern faglige kunnskapsgrunnlaget om smitteutvikling og effekter av tiltak, og Hdir samler informasjon om helsetjenestens kapasitet. Basert på denne informasjonen vurderer Hdir hvilke tiltak som er medisinsk faglig begrunnet.

Pandemien er en bred samfunnskrise. Det er ikke mulighet for helsemyndighetene å ha oversikt over samtlige konsekvenser. Vi ser det som naturlig og nødvendig at regjeringen gjør en egen vurdering av hvilke forhold som bør vektlegges tyngst. Vi har fått noen rammer gjennom strategi- og beredskapsplanen. Rammen er nå at man skal ha kontroll over smittesituasjonen slik at helsetjenesten ikke overbelastes og at pasienter kan få en tilstrekkelig god behandling. Gitt de rammene løfter vi de tiltakene som er nødvendig for å nå de rammene. Det kan likevel være at regjeringen tenker at konsekvensene av de tiltakene er større enn gevinsten, men vi må forholde oss til de rammene som er gitt for dette.

Lagt til ved gjennomgang: Barn og unge og næringslivet er gitt prioritet.

Last til ved gjennomgang: Vi hensyntar strategi og beredskapsplanen i våre anbefalinger

Det som i praksis skjer er at arbeidet gjøres under et hardt arbeidstrykk, gjennom helger og sent på kvelden. Det er vanskelig å få strukturert dette arbeidet på en ideell måte. Fra vårt ståsted har vi ofte fått liten tid til å vurdere innspillene fra FHI. Innspillene fra FHI er kanskje ikke så presise på kunnskapsgrunnlaget, noe som kan gjøre det krevende å sette sammen dette på en tilfredsstillende måte for å vurdere effekten av enkelte tiltak og konsekvensene dette bærer med seg. Det er ofte et arbeid som gjøres under stort tidspress, men hvor vi forsøker å gjøre det beste ut av det.

Noen eksempler du kan dele med oss hvor direktoratet ønsker strengere tiltak, men hvor politikerne har valgt å gjøre noe annet pga. hensyn de vektlegger?

Et godt eksempel på det var bruk av munnbind nå i høst. Hdir anbefalte bruk av munnbind på et tidligere tidspunkt enn det regjeringen besluttet. Det finnes også eksempler på dette tidligere i pandemien uten at jeg kommer på noe konkret.

Du nevnte at det blir innført kompenserende tiltak i en del situasjoner. Har Hdir vært involvert i diskusjoner om innføring av slike kompenserende tiltak?

Jeg antar at du tenker på de økonomisk kompenserende tiltakene. Vi har i liten grad vært involvert i det. Vi har ved to innspillsrunder vært i Finansdepartementet og redegjort for våre vurderinger som et grunnlag for det arbeidet de skulle gjøre på kompensatoriske løsninger. Vi har også vært involvert i andre typer kompensatoriske løsninger, for eksempel det kommuner gjør for å ivareta barn og unge der man har tiltak med stor tiltaksbyrde. Vi er også i løpende dialog med andre aktører som f.eks Bufdir og Udir.

Tema 2: Kommunelegenes situasjon under pandemien

Hva er ditt overordnede inntrykk av kommunelegenes situasjon under pandemien?

For det første vil jeg vektlegge at kommunelegene i Norge har gjort en formidabel jobb under pandemien. De har et stort ansvar under en pandemi. I kommunene er det ofte ikke mange kommuneleger. Mange kommuneleger har strukket seg langt arbeidstidsmessig. De er også uerstattelige i en del av kommunene. Om kommunelegene ikke kan stå i situasjonen vil kommunene ha store vanskeligheter med å treffe de beslutningene de har behov for. Jeg har stor forståelse for at kommunelegene har hatt en krevende arbeidssituasjon gjennom pandemien.

Vi har forstått det slik at Hdir blant annet gjennom rapportering fra kommunene og møter med statsforvalterne har hatt løpende ansvar for situasjonsforståelsen når det gjelder smitte- og kapasitetssituasjonen i kommunene. Har Hdir i denne rollen vært særskilt oppmerksomme på kapasiteten i kommunelegefunksjonen?

Jeg vil si at vi har viet den en særlig oppmerksomhet. Så er spørsmålet om vi har klart å komme med kompenserende tiltak. Det har vært viktig å være i tett dialog med fagmiljøene for å forstå deres situasjon og se på hva vi kan gjøre med de virkemidlene vi har for å lette på situasjonen. Jeg tror det grunnleggende er at kommunelegefunksjonen i mange kommuner er sparsomt besatt, og at det gjør at det er en knapphet på de ressursene.

Det er kjent at smitteverntiltak i en viss utstrekning har vært iverksatt av hensyn til sykehusenes kapasitet. Har kommunenes kapasitet etter din vurdering vært tatt i betraktning i tilstrekkelig grad?

I de vurderingene vi gjorde tidligere i pandemien, pekte vi på kommunenes kapasitet som noe som er nødvendig å ta hensyn til. Det har vi også gjort i den senere perioden. Vi har vektlagt kommunenes rolle minst like mye som spesialisthelsetjenesten. I den fasen vi er i nå er det en økende andel kommuner som melder om kapasitetsutfordringer på personellsiden. Det er en av de viktigste faktorene som kan påvirke våre anbefalinger. Pandemien utfordrer ikke bare helsetjenesten, men også andre kommunale funksjoner som det er viktig å hensynta.

Har det vært arenaer hvor det har vært relativt enkelt for kommunene å bidra med riktig oppdatert situasjonsforståelse til myndighetene og regjeringen?

Det har variert litt i ulike perioder. Nå er det slik at vi får ukentlige rapporter om utviklingen av situasjonen. Nå har vi en ganske god oversikt.

Tar regjeringen del i rapporteringen?

Vi bearbeider rapporteringen løpende, og deler det med departementet. De får løpende rapporter om utviklingen i kommunene.

Vi har noen spørsmål vedrørende «grensesnittet» mellom FHI og Hdir når det gjelder faglige vurderinger og oppfølging/bistand overfor kommuner og kommuneleger. Kan du redegjøre for rollene til Hdir og FHI når det gjelder faglige innspill om tiltak i kommunene?

Det er, etter handlingsplanen for alvorlige smittsomme sykdommer, FHI som har den rådgivende funksjonen ut mot enkeltkommuner som har utbrudd. Da vil rådgivning vanligvis gå fra deres utbruddsgruppe til kommunelegen som håndterer dette i den enkelte kommune. Kommunelegen vil gi råd videre til politiske myndigheter i kommunen som fatter vedtak. På samme tid vil kommunene og kommuneforvaltningen ha en løpende kontakt med statsforvalter. Statsforvalter gir råd om hvordan man skal håndtere situasjonen i kommunene, og ser kommunene i en sammenheng.

I de situasjonene hvor det er behov for å se en region eller et område i sammenheng kommer Hdir inn. Det vil ofte være tilfelle under en pandemi. Vi har løpende dialog med statsforvaltere om behovet for regionale tiltak. Da er det ofte statsforvalterne som tar kontakt med Hdir og rapporterer at de har flere kommuner som har vanskeligheter med smitteutbrudd, og at det er valgt ulike tiltaksnivåer som ikke er veldig godt koordinert. Da vil både FHI og Hdir gi råd til statsforvalterne. Hdir har et spesielt ansvar for å vurdere behovet for regional samordning og tiltak. Det kan vi gjøre på to måter. Det ene er å støtte statsforvalterne i å lede en prosess som kan føre til koordinerte tiltak i regionen. Hvis statsforvalter erfarer at dette ikke fungerer, kan Hdir foreslå overfor departementet at det treffes nasjonalt vedtatte regionale tiltak. Vi er tett på disse diskusjonene, men i en startfase hvor det er rådgivning mellom FHI og den enkelte kommune er vi opptatt av at det er FHI som har rollen med å gi de løpende rådene. Vi er tett på og drøfter med FHI hva som er de riktige tiltaksnivåene, slik at vi ikke møtes i neste fase med veldig forskjellige inngangsposisjoner. Det er viktig for oss å

være samordnet i dette. Samtidig må det være klart hvem som er stemmen inn, og som gir råd overfører enkeltkommuner.

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

Det har variert litt gjennom pandemien. Basert på erfaringer tidligere i pandemien har nåværende regjering lagt vekt på å forberede kommunen på dette. Nåværende helseminister har valgt å ha et møte med statsforvaltere og kommuner, gjerne et døgn eller mer, i forkant av beslutninger i regjeringen. Dette har gitt kommunene bedre mulighet til å være forberedt. Det er positive og negative sider ved begge måter å løse dette på. Den situasjonen vi har nå gir kommunen større mulighet til å være forberedt, men vi ser at det er mer lekkasjer ut i media. Det medfører at man får diskusjoner på forhånd som kan vise seg å være misvisende.

Vi forstår det slik at system med fellesmøter med kommunene i forkant av mulige tiltaksendringer ble etablert på slutten av helseminister Høies virketid som statsråd. Har du innsikt i hvorfor det ikke ble etablert noe slikt system tidligere?

Det er korrekt at det var Høie som etablerte det på slutten. Jeg tror kanskje tilbakemeldingene vi fikk fra kommunene og kommunelegene bidro til at man fra politisk ståsted så at det var nødvendig å ha en bedre forberedende dialog med kommunene.

Vi forstår det slik at det har vært tidspress. Har det vært tilfeller hvor det ville vært mulig å gjennomføre høringer og konsultasjoner, og burde det vært gjort i de tilfellene?

Det er vanskelig for meg å huske. Vi har hatt over 600 oppdrag. I realiteten tre ganger så mye fordi hvert oppdrag har deloppdrag. Svaret er sikkert ja, men jeg klarer ikke å eksemplifisere det. Det du kanskje er inne på er om det hadde gått an å legge om arbeidsprosessene som gjør at de er mer forutsigbare. Det skulle vi gjerne ha gjort. Vi ser at arbeidsmengden har vært så stor at vi i beskjeden grad har fått tid til å lage de nødvendige forberedelsene på de ulike scenariene som skal komme. Det viser seg også at det som kommer rundt neste sving kan være ganske annerledes enn det man hadde planlagt for. For eksempel omikron-varianten som gjør at mye må håndteres på en ny måte. I den grad det ligger et spørsmål om dette kunne vært håndtert annerledes er nok svare på det ja. Det må vi gå gjennom i vår evaluering. Jeg håper også at det blir en overordnet evaluering av hvordan vi kunne innordne oss for at det ble mer forberedt.

I noen tilfeller er informasjon om tiltak offentliggjort på pressekonferanser like før helgen, og i andre tilfeller er pressekonferansen holdt før detaljene i regelverket er klart. Det er åpenbart noen utfordringer med dette, både for befolkningen og kommunene. Hdir har hatt en hjelpetelefon for regelverksspørsmål som kommunene kan benytte seg av. Vi forstår at den ikke har vært åpen utenfor alminnelig arbeidstid. Er det riktig?

Åpningstiden har variert litt på ulike tidspunkt gjennom pandemien. Meningen er at hjelpetelefonen skal være tilgjengelig for kommunene også utover arbeidstid i perioder med stor pågang og press på kommunene.

Burde HOD som ansvarlig departement etablert et system for regelverksavklaring?

I vår sektor er fortolkningsansvaret for de fleste helselovene delegert til direktoratet. Det gjelder i normalsituasjon og også i kriser. Det er naturligvis opp til departementet å trekke det som er delegert tilbake, så her forholder vi oss til det som departementet bestemmer.

Flere kommuneleger har fortalt kommisjonen at den nevnte informasjonsstrategien har ført til en vesentlig økning i deres arbeidsbyrde, pga. diverse spørsmål fra befolkning, næringsliv og internt i kommunen. I tillegg har kommunelegene i stor utstrekning hatt ansvaret for implementeringen i kommunene. Har Hdir vært oppmerksomme på denne ekstra belastningen for kommunelegene?

Kanskje ikke så konkret som du beskriver. Det er ikke Hdir som legger opp tidspunktene for når regjeringen ønsker å gå ut med sine budskap. Vi har i beskjedne grad muligheten til å styre tidspunktene for det. Vi vet at det å gi informasjon inn mot helg er krevende for alle aktørene som skal motta det budskapet.

Har regjeringen vært kjent med det?

Jeg ville være overrasket om regjeringen ikke var kjent med at dette skaper utfordringer. Det har vært en del av dialogen også mellom departement, oss og regjering.

I forbindelse med utbruddet i mars 2020 ble det på et tidspunkt signalisert at pandemien krever lokal håndtering på grunn av varierende lokale forhold og ulikt smittetrykk. Da kommunen hadde innført tiltak for sin region, kom det likevel beskjed fra statsforvalter om at det ikke er ønskelig. Et eksempel på det er innføringen av den såkalte «søringkarantene». Da fikk man beskjed via statsforvalteren om at dette ikke var ønskelig. Dette kan gi inntrykk av at sentrale helsemyndigheter har drevet en viss kontroll med de lokale tiltakene og utøvd en viss innflytelse for å få på plass ønskede ordninger. Er en slik oppfatning rimelig?

HOD skrev et rundskriv i april 2020 hvor de kommenterte bruken av lokale vedtak. HOD mente det var uhensiktsmessig å bruke karantene som virkemiddel for innenlandsreiser, så vidt jeg husker. Det finnes det også dokumentasjon på. Når det gjelder øvrig håndtering av rådgivning har vi forsøkt på best mulig måte å gi råd til enkeltkommuner og til statsforvaltere som har spurt om råd. Vi har naturligvis også hatt et synspunkt på hvilket nivå av tiltak som vil være nødvendig for å få kontroll på situasjonen. Slik jeg oppfatter det har vi i liten grad vært normative. Jeg mener vi har gitt råd på basis av de delegasjonene som er gitt oss, og at vi har gitt kommunene de beste rådene basert på hva som er deres myndighet for å iverksette tiltak.

Har vi truffet balansen mellom smitteverntiltak som iverksettes lokalt eller nasjonalt på en god måte?

Ikke ideelt, men vi har truffet ganske bra. I de periodene hvor det har vært mindre samlet belastning nasjonalt tror jeg det har vært riktig at en større andel tiltak treffes lokalt der man har utbrudd. Etter hvert som pandemien har utviklet seg har kommunenes kriseforståelse endret seg noe. I høst har vi sett at viljen til å forsøke å stå i situasjonen uten inngripende tiltak har vært større enn tidligere i pandemien. I høst fungerte regional samordning og lokale tiltak godt enkelte steder, mens andre steder valgte kommunene i større grad å vente med tiltak fordi de opplevde at tiltaksbyrden var for stor og fordi de var usikre på nødvendigheten

av tiltakene. Et eksempel på det er at man i Troms og Finnmark og Trøndelag lykkes godt med lokal koordinering, mens man i Oslo og Viken ikke lyktes like godt.

*Presisert ved gjennomgang: Troms og Finnmark og Trøndelag iverksatte lokal koordinering. Oslo og Viken valgte ulike løsninger i kommunene

Burde statsforvalteren ha større beslutningsmyndighet når det gjelder smitteverntiltak på regionalt nivå?

Regjeringen ga statsforvalterne tidligere i høst et større oppdrag som del av den regionale koordineringen. De skulle være aktive, søke å få felles løsninger for kommunene og løfte til nasjonalt beslutningsnivå hvis de ikke fant løsning. Jeg tror det er en ryddig mekanisme. Jeg overskuer ikke helt konsekvensene av å få inn et tredje forvaltningsnivå som skal treffe disse beslutningene og som ligger mellom lokalt og nasjonalt nivå. Her trenger jeg bedre utredning før jeg kan komme med et svar.

Har du noen refleksjoner knyttet til kommunelegefunksjonen, slik denne er regulert og organisert per i dag? Er det behov for endringer?

Jeg tror det er grunn til å se gjennom helselovgivningen i kommunene, og se om kommunelegefunksjonen ikke har fått en for svak formell rolle i helselovgivningen. I situasjoner hvor det er helsekrise er kommunelegerollen helt sentral for håndteringen. Samtidig er kommunene rettssubjektet. Med det systemet vi har er det avgjørende at kommunelegene fullt og helt forholder seg til sine kommuner. I tillegg må de være innforstått med at om de er aktører ut så er det på vegne av sin egen kommune og at de har forankret sine budskap opp mot kommunal ledelse. Kanskje nettopp fordi rollen er så vagt definert relativt sett inn i lovverket, så kan man kanskje også se at det er en tendens til at kommunelegene agerer litt på egen hånd og kan ha andre budskap enn kommunene. Det er naturligvis litt krevende gitt at det bare finnes ett rettssubjekt der.

*Presisert ved gjennomgang: Vi bør bruke erfaringene fra pandemien til å gjennomgå kommunelegenes ansvar og rolle, og vurdere om det er behov for å tydeliggjøre dette i regelverket

Jeg tolker deg dithen at vi har god oversikt over kapasitetsutfordringene i primærhelsetjenesten. Jeg skulle gjerne ønske at du tenker høyt rundt hva som gjør at i debatten, både i mediene og i offentligheten, fremstår som om det kun er situasjonen i spesialisthelsetjenesten som er styrende for hvilke tiltak som skal komme? Hva tror du er grunnen til at vi har fått den situasjonen.

Jeg tror en del av svaret er at intensivmiljøene i Norge har sterke interessenter som setter agenda for debatten. Det er en høyst reell debatt og den bør tas. Spørsmålet er hvilken intensivkapasitet vi skal ha i Norge. Det handler også om at Norge i mange år har vært et attraktivt arbeidsmarked for høyt utdannede sykepleiere. Det har vært stor tilgang på sykepleiere fra andre land. De er ikke til stede nå. Da kommer spørsmålet om vi er godt nok rustet kapasitetsmessig. I sykehusene blir det stor oppmerksomhet rundt dette. I kommunene er det mulig å omdisponere kompetanse og utnytte systemene i et større omfang enn der hvor man har de knallharde begrensningene som intensivkapasitet innebærer. Det er dels akademiske miljøer som har satt premissene, og dels en helt reell debatt som er trukket frem av sykepleierforbundet og som preger mye av nyhetsbildet i pressen. Situasjonen er minst like krevende i kommunen, og kanskje reelt sett vanskeligere der fordi mange kommuner er mer sårbare og har en mer begrenset mulighet til å sette inn alternative løsninger som spesialisthelsetjenesten kan gjøre.

Tema 3: Intensivkapasitet

At en pandemi ville komme var ventet, myndighetene visste bare ikke når. 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 Helsedirektoratet kjent med behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen før covid-19-pandemien brøt ut?

Vi har vært kjent med mange av disse arbeidene. Vi har også hatt dialog med departementene om disse tingene underveis. Jeg hører noen ganger i debatten at man peker på Hdir for svakheter i intensivkapasitet på norske sykehus. Det oppfatter jeg som feil. Det er HOD som driver eierstyring av de regionale helseforetakene og har et selvstendig ansvar for å sørge for tjenester til befolkningen. Hdir har i beskjeden grad vært involvert i disse vurderingene og er ikke i særlig grad spurt om vårt syn på hva intensivkapasitet bør være. Det har ikke vært et utredningsarbeid hos oss. Det er gitt til de regionale helseforetakene selv.

Skal det forstås som at Hdir hverken har ansvar for intensivberedskapen, både når det gjelder koordinering mellom foretakene og egne vurderinger av hva kapasiteten bør være?

Vi har et selvstendig ansvar å vurdere beredskapen i landet i stort, men oppdragene på hva intensivkapasitet skal være er gitt til de regionale helseforetakene. Vi har spurt om vi skal være behjelpelig i noen av disse analysene, men ikke fått bekreftet at det er behov for det.

Har du tanker om hvorfor det er slik?

Jeg tror det handler om at vi har en sterk helseforetaksmodell i Norge hvor eierstyring har større akse enn myndighetsstyring. Det er slik at de regionale helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. De styres ikke i løpende dialog med eier, men gjennom foretaksmøter eller foretaksprotokoll. Det er en veldig formell styringsakse. Veldig mye av styringen av spesialisthelsetjenesten i Norge er lagt gjennom eierstyring og i beskjeden grad til myndighetsstyring. Hdir har beskjedne oppgaver overfor spesialisthelsetjenesten utenfor kriser. Vi har oppgaver som er normerende når det gjelder behandling av ulike pasientgrupper. Vi har også oppgaver som regelverksfortolker på helselovgivningen og for å gjennomføre vedtatt politikk. En veldig vesentlig del av det som ligger av samlet styring i spesialisthelsetjenesten går via eierstyringskanalen.

Hvordan synes du sykehusene har fungert under pandemien?

Jeg synes de har fungert veldig bra under pandemien, samlet sett. Vi har i Norge klart, frem til for et par måneder siden, å ta igjen mye av overhenget som ble utsatt. Der er vi bedre stilt enn de fleste andre land i verden. De fleste land har større overhengsoppgaver, altså mer å ta igjen, enn det vi har. Det gjelder ikke minst vårt naboland Sverige som har store oppgaver som er utsatt. Vi ser i den fasen vi er i nå at vi også i Norge har opparbeidet oss et stort etterslep.

Vil du si at sykehusenes intensivkapasitet var viktig for nedstengningen i mars 2020 og smitteverntiltakene generelt gjennom pandemien?

Nei, egentlig ikke. Det er av stor interesse å diskutere intensivkapasiteten i Norge. Men det er uansett ikke snakk om å firedoble kapasiteten. Det er kanskje snakk om å øke med 10 % eller 20 %. Noe mer i enkelte regioner enn andre. Kanskje mer enn det også for alt jeg vet. På en måte er spørsmålet i en pandemi noe helt annet. Om du får eksponentiell vekst av tilfeller så kommer du til et tidspunkt hvor kapasiteten brister. Man kan ikke planlegge seg ut av at det blir en vanskelig situasjon. Man kan håndtere flere intensivpasienter og klare å opprettholde tilbudet til andre pasienter, men man vil likevel komme til et punkt hvor dette blir for smertefullt. Andre land er i den situasjonen. Eksempelvis har Tyskland, som regnes som et av landene med høyest intensivkapasitet, vært i den nøyaktige samme situasjonen. Disse debattene må skilles litt. Man bruker nok pandemisituasjonen for å belyse knappheten som finnes.

Har du noen tanker om sykehusene sin totale sengekapasitet og intensivkapasitet både i en normal situasjon og under en pandemi i norsk helsevesen?

Jeg regner med at vi kommer til å spille inn på dette senere også. Ut fra den forståelsen jeg har nå, og den forståelsen jeg hadde før pandemien, hadde vi en knapphet på intensivplasser. Nå har vi riktignok et system i Norge som gjør at vi har en god fleksibilitet. Det er noen av disse intensivaktivitetene som er knyttet til intensivavdelinger, men du har også postoperative avdelinger, overvåkningsavdelinger og andre intermediæravdelinger. Samlet sett ligger vi nok ikke så aller verst an i internasjonale sammenligninger. Det er likevel grunn til å se om vi ikke har presset nivået i hverdagssituasjonen til et så lavt nivå at det gir oss for lite kapasitet i beredskapssituasjoner. Det handler om at vi går på nesten for fullt belegg på intensivavdelinger også i en hverdagssituasjon. Det er nok veldig effektivt når vi ikke har kriser, men i en krisesituasjon er det for knapt. Når man på toppen av det får problemer i

personellrekrutteringen ved at blant annet intensivsykepleiere som kommer fra andre land uteblir, så blir situasjonen enda mer krevende.

Vi må også se på dette regionalt. Helse Nord er i en spesielt sårbar situasjon. De har kanskje ikke blitt utfordret på den verst tenkelige situasjonen i denne krisen. Men det er store områder og lite intensivkapasitet sammenlignet med de store geografiske områdene de skal betjene. Sammenlignet med befolkningstall er de relativt godt satt. Det er likevel slik at vi av sikkerhetspolitiske grunner bør tenke annerledes om kapasitet i Nord.

Er det høye belegget i normale tider etter din vurdering tett knyttet til finansieringsmodellene av sykehusene?

Nei. Jeg vet at det er en vanlig forestilling. Det handler om at intensivmedisinen er veldig kostbar og at DRG-basert finansieringen, altså innsatsstyrt finansiering, ikke er dekkende for alle kostnadene man har ved intensivbehandling. Det er imidlertid slik at de regionale helseforetakene selv bestemmer hvordan den innsatsstyrte finansieringen skal fordeles i deres systemer. Det er ikke nødvendig å videreføre dette ned på avdelingsnivå. Det å videreføre en slik finansieringsordning langt ned i organisasjonen kan gi uheldige fordelingseffekter som vi mener de regionale helseforetakene bør planlegge å unngå. Det er en oppgave for statlige helsemyndigheter å innrette finansieringsordningene slik at de i minst mulig grad gir uheldige vridningseffekter. Men det er umulig å lage finansieringssystemer som fullt og helt tilfredsstiller alle slike fordelingsspørsmål. Her har RHF-ene et overordnet ansvar for å sørge for tilstrekkelige tjenester for befolkningen innenfor de rammene de har. Jeg mener de kan utnytte sitt handlingsrom i enda større grad enn det de gjør.

Hva kan helseforetakene og myndighetene lære av sykehusenes håndtering av pandemien?

Jeg tror fremfor alt at vi må kommunisere bedre rundt de løsningene som spesialisthelsetjenesten legger opp til, og vi må trygge befolkningen om at vi har planer for å håndtere ulike situasjoner. Jeg tror det er behov for å gå opp myndighets- og eieraksen. Det kan være formålstjenlig å myke opp den i en krisesituasjon slik at vi får en bedre samordnet kommunikasjon.

Tema 4: Vaksineutrulling

Hvilken betydning har vaksinestrategien hatt for smitteverntiltakene gjennom pandemien?

Jeg vil starte med å si at det er FHI som har et overordnet koordinerende ansvar for vaksineprogrammet i Norge. Det ligger ikke innenfor den koordinerende rollen direktoratet har. Vi deltar som rådgivere dels for FHI og dels for departementet på vaksineområdet. Strategien har hatt stor betydning for valg av tiltaksnivå. Vaksineringsbidro til at vi fikk lettelse i sommer og det som ble kalt en gjenåpning. Vi ser at vaksinerings fremdeles er viktig for å lempe på tiltaksbyrden. Hadde vi ikke hatt vaksiner på nåværende tidspunkt, hadde vi nok hatt en enda større tiltaksbyrde enn det vi har nå.

Har vaksinesituasjonen og strategien spilt en rolle når direktoratet har gitt råd om smitteverntiltak?

Ja, i aller høyeste grad. Her jobber vi tett med FHI og får deres vurdering av effekter av første, andre og tredje dose og hvor godt beskyttet ulike deler av befolkningen er. Det har direkte konsekvenser for tiltaksnivå.

Har du synspunkter på om tiltaksbyrden kunne vært lavere med en annen strategi?

I nåværende situasjon er det vanskelig å tenke seg det. Når vi ser tilbake i tid så kunne man tenkt at vi gjerne skulle ha gitt en tredje dose vaksine enda tidligere. Samtidig tror jeg det var mange argumenter for å ikke gjøre det på det tidspunktet. Man så influensasезongen som en større trussel, ved siden av deltaviruset. Derfor valgte FHI å forskyve tredje dose i tid, selv om budskapet ble raskt korrigert da vi så økt smitte av deltaviruset utover høsten. I tillegg kommer aspektet om hvorvidt det egentlig er riktig at vi skulle starte med tredje dose i Norge, gitt at vi ikke har vaksiner til mange fattige land. Når vi ser tilbake så ville vi stått sterkere nå om vi hadde hatt en tredje dose blant befolkningen. Jeg er imidlertid usikker på om tiltaksnivået på nåværende tidspunkt ville sett annerledes ut fordi omikron ser ut til å ikke påvirkes særlig av vaksinasjon med tanke på smittespredning

Er det noen læringspunkter knyttet til vaksinasjon som er viktig å ta med seg til en eventuell neste pandemi?

Noe av det som har opptatt oss mye er vaksinerings blant helsepersonell og risikoen helsepersonell kan utsette pasienter for. Jeg tror det er nødvendig å gå gjennom hvilke oppgave helsepersonell skal utføre og hvor det kan være nødvendig å stille krav til at helsepersonell vil la seg vaksinere, gitt at arbeidsgiver eller myndigheter ser på det som forsvarlig. Der tror jeg vi har et arbeid å gjøre.

Jeg tror også det er et læringspunkt knyttet til at vi ser at det er en stor andel ikke vaksinerte som er født utenfor Norge, selv om det er gjort et formidabelt arbeid for å håndtere det. Det er større skepsis til vaksinerings i andre land enn i Norge. På mange områder under pandemien ser vi at vi får mindre effekter av tiltak inn mot innvandrerbefolkningen og for mange av de som er født utenfor Norge. Det blir et viktig læringspunkt. Det er ikke sikkert vi vil nå helt frem, men i og med at forskjellene er så store tror jeg det blir viktig å jobbe med pedagogiske budskap og andre mekanismer for involvering.

Tema 5: Avsluttende refleksjoner

Dette har vært en langvarig pandemi, med flere ulike faser. Kan du gi en kort beskrivelse av hva du har ansett som de mest kritiske fasene i pandemiutviklingen og håndteringen?

Det var helt åpenbart at en kritisk fase var fra januar 2020 til begynnelsen av mars 2020. Det var en ny kritisk fase fra begynnelsen av mars frem til påske 2020. Det handlet om de store tiltakene som ble iverksatt. I fasen før handlet det om hvorvidt vi var godt nok forberedt. Det var blant annet en kritisk fase for smittevernustyr. Så var august-november og kanskje videre ut 2020 kritisk. Da startet innreiseproblematikken, med innreisemitte og mer smitte innenlands. Det var mange innenlandstiltak og karantene med karantenehotell som vi fikk i november 2020. Så kom det forsterkede tiltak i julen og inn på nyåret. Perioden helt frem til man fikk vaksinert risikogrupperne ut i april 2021 opplevdes som en lang og kritisk periode.

Da var det inngripende tiltak som økte i omfang, men etter hvert ble de mer regionale og mindre nasjonale, herunder 5a-5c-tiltakene, disse ringene osv.

For oss var også gjenåpning en krevende fase. Den var kanskje ikke kritisk, men det var en viktig periode fra april frem mot juni / juli. Vi snakket om at vi var på trinn tre i juli, men samfunnet var relativt åpent. Så fikk vi den endelige gjenåpningen rundt september 2021.

Vi har fått en nokså kritisk fase nå med omikron, som gir oss helt nye typer utfordringer. Med de nye variantene blir det alltid en eskalering av en allerede kritisk fase. Vi hadde ganske mye smitte da vi fikk dette nye alfaviruset rundt nyttårstider i fjor og så deltaviruset. Håndteringen blir da satt på prøve. Det er også kritiske øyeblikk.

Du har vært en nøkkelperson i pandemihåndteringen. Hva er etter ditt syn de viktigste læringspunktene? Start gjerne med perspektivet fra Hdir.

Det handler om å være godt forberedt. Vi må gå gjennom planverk, ikke bare hva gjelder pandemi, men andre typer helsekriser. Det er et læringspunkt at forsyningssituasjonen kan forrykkes betydelig i store internasjonale kriser. Vi må ha håndteringsmekanismer for det. Det kan bety både lagre, egenproduksjon og / eller andre typer internasjonale samarbeid.

Jeg tror også vi trenger bedre systemer for konsekvensvurderinger av tiltak i vår sektor. Vi må se på hva som skal gjøres i en langvarig krise og på hvilke måter staten har andre mekanismer å spille på. Det må i tillegg både gjøres av departementet og regjeringen. Det å få gode systemer for å vurdere tiltaksbyrde mot effekter er viktig.

Jeg vil også løfte dette med tverrsektorielt samarbeid. Det er grunn til å se gjennom disse arenaene. De har fungert ganske bra gjennom pandemien, men de har også gitt mye læring, særlig samarbeidet med justissektoren og barn- og ungefeltet. Det er noen av konsekvensene av pandemi og tiltak overfor sårbare grupper som vi må se nærmere gjennom. Det er litt underlig at vi ikke har planer for hvordan vi skal håndtere barn i nasjonale kriser og katastrofer. Både hva som er de grunnleggende planene og hva som er de kompensatoriske tiltakene som skal iverksettes dersom man må ha inngripende tiltak overfor en gruppe.

Så er det nødvendig å se på dette med langsiktig krisehåndtering. Vi har planer for kortere kriser. Når krisen varer lenger, blir den i større grad en samfunnskrise og det blir vel så mye politisk behov for håndtering. Her er det en rolleagliding og det er behov for å se på kontinuitetsplanlegging i en langsiktig krise. Internasjonalt samarbeid er også viktig, herunder både opp mot EU og andre nordiske land.

Avslutningsvis vil jeg si at man bør se på relasjonen og rollene mellom smitteverninstituttet og den smittevernfaglige kunnskapsdelen og smittevernmyndighetsrollen. Det kan være godt å gå opp den en gang til og evaluere regelverket som omfatter denne helheten. Jeg oppfatter at samarbeidet med FHI har vært godt gjennom pandemien. I noen situasjoner kunne vi ha tenkt oss en tydeligere avklaring av hva som er kunnskapsgrunnlag og hva som er de helhetlige vurderingene. For at vi skal gjøre god myndighetsvurderinger må vi ha et avklart kunnskapsgrunnlag. Vi ser at kunnskapsgrunnlaget har vært vanskelig å få frem i mange situasjoner, og at det er vanskelig å gjennomføre studier som gjør at man får et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag. Det kan bidra til at Hdir og FHI har jobbet i mange parallelle prosesser fordi det er mangelfullt kunnskapsgrunnlag og manglende oversikt over konsekvenser. Det å rydde i dette kan være viktig. Det er også viktig at Hdir har en smittevernfaglig kompetanse

som kan forstå og samhandle med den kunnskapen som produseres hos FHI. Det har vært en diskusjon rundt disse spørsmålene. For oss som myndighet og med ansvar for å sette sammen ulike virkemidler, er det viktig å ha helsefaglig og smittevern faglig kompetanse in-house som kan se på konsekvenser i relasjon til helselovgivningen og andre funksjoner vi sitter på.

Er det helt avslutningsvis noe kommisjonen burde ha kjennskap til eller være oppmerksomme på som vi hittil ikke har berørt?

Det er ikke noe jeg kommer på direkte.

Du nevnte et behov for å gå opp smittevern faglige råd og brede vurderinger i relasjonen mellom FHI og Hdir. Daværende minister Høie sendte et brev til sin sektor inkl. Hdir og FHI. Vil du si at det bidro til rolleavklaring og at den har vært tydeligere etter at brevet kom?

Jeg vil absolutt si at det bidro til en rolleavklaring som ga høyere grad av tillit. Jeg tror kanskje vi gjennom en evaluering av regelverket kan se at det ligger forventninger i handlingsplanene som trekker i ulike retninger. Jeg tror det kunne være til hjelp for både oss og FHI at man gikk grundig gjennom dette for å se på om det er likelydende signaler i alle bakgrunnsdokumenter som vi må forholde oss til.

Digital gjennomgang 23.02.2022. Referat godkjent av Bjørn Guldvog. Bisitterne var tilstede ved gjennomgangen.

Oslo, 23.02.2022. Linda Aamodt