

NOU

Norges offentlige utredninger 2022:5

Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2

Rapport fra Koronakommisjonen



Norges offentlige utredninger 2022

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

1. Cruisetraffikk i norske farvann og tilgrensende havområder
Justis- og beredskapsdepartementet
2. Akademisk ytringsfrihet
Kunnskapsdepartementet
3. På trygg grunn
Olje- og energidepartementet
4. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2022
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2
Statsministerens kontor

Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2

Rapport fra Koronakommisjonen

Oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2020 for å gjennomgå og trekke lærdom fra Covid-19-utbruddet i Norge.

Avgitt til Statsministerens kontor 26. april 2022.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1499-5

07 Media AS

Til Statsministeren

Koronakommisjonen ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2020 for å gjennomgå og trekke lærdom fra covid-19-utbruddet i Norge. Kommisjonen leverte sin første rapport 14. april 2021. Ved levering av rapporten ble det besluttet at kommisjonen skulle fortsette sitt arbeid. Kommisjonen legger med dette fram sin andre rapport.

Oslo 26. april 2022

Egil Matsen
Leder

Astri Aas-Hansen

Geir Sverre Braut

Knut Eirik Dybdal

Tone Fløtten

Rune Jakobsen

Toril Johansson

Christine Korme

Nina Langeland

Rolv Terje Lie

Per Arne Olsen

Pål Terje Rørby

Ayan Bashir
Sheikh-Mohamed

Ida Skirstad Pollen
Sekretariatsleder

Linda Aamodt

Anne Skevik Grødem

Marianne Aasland
Kortner

Kristin Rande

Henrik Shetelig

Olav Haldorsson Slettebø

Frode Veggeland

Anna Kiperberg
Werenskjold

Innhold

Del I	Innledende del	9	5.4	Organiseringen av kommunelegefunksjonen i landets kommuner ved inngangen til pandemien	84
1	Innledning med hovedfunn og læringspunkter	11	5.5	Kommunelegenes rolle ved håndteringen av den første smittebølgen – våren 2020	89
2	En langvarig krise	16		Administrative forhold – forholdet til kommunens ledelse	98
2.1	Gjenåpningen som ble satt på vent – høsten 2020	16	5.6	Forholdet til sentrale helsemyndigheter	104
2.2	Andre smittebølge	17	5.7	Kommisjonens vurderinger og anbefalinger	112
2.3	Tredje smittebølge	25			
2.4	Fjerde smittebølge	30	5.8		
2.5	Femte smittebølge	31			
3	Om kommisjonen	33	6	Sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene ...	119
3.1	Mandatet og statsministerens brev 12. mai 2021	33	6.1	Innledning	119
3.2	Kommisjonens medlemmer	33	6.2	Organiseringen av spesialisthelsetjenesten og finansieringsmodellen	120
3.3	Organiseringen av arbeidet	34		Hva styrer behovet for intensivkapasitet?	125
3.4	Avgrensninger i arbeidet	34	6.3	Sykehusenes kapasitet da covid-19-pandemien brøt ut	127
3.5	Rettslige rammer	36	6.4	Eksisterende planverk og gjennomførte øvelser da covid-19-pandemien brøt ut	140
3.6	Tilgang til opplysninger	36	6.5	Sykehusene under covid-19-pandemien	144
3.7	Forklaringer	37		Intensivkapasitet og intensivberedskap i Danmark og i Sverige	174
3.8	Administrative forhold	37	6.6	Funn og anbefalinger	176
3.9	Takk	37			
Del II	Overordnet om krisehåndteringen	39		Del IV	Smitte ved innreise fra utlandet
4	Myndighetenes styring og samhandling	41	6.7	7	Importsmitte, innreise-restriksjoner og innreise-karantene
4.1	Innledning	41	6.8	7.1	Innledning
4.2	Regjeringen	44		7.2	De sentrale aktørene ved håndteringen av importsmitte
4.3	Stortinget	58		7.3	Rettslige rammer for håndteringen av importsmitte
4.4	Departementer, direktorater og utvalg	60		7.4	Nærmere om reiseråd, innreise-restriksjoner og innreisekarantene
4.5	Kommunenes ansvar og samhandling med statlige organer	71		7.5	Innreiserestriksjoner og -karantene fram til karantenehotellordningen var etablert senhøsten 2020
4.6	Menneskerettigheter og demokratiske prinsipper	72		7.6	Stadige endringer i trusselbildet og regelverket, vinteren og våren 2021
4.7	Oppsummering og avslutning	73			
Del III	I førstelinjen	75			
5	Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien	77			
5.1	Innledning	77			
5.2	Kommunelegen – historisk utvikling	78			
5.3	Kommunelegens oppgaver og ansvar	80			

7.7	Gradvis gjenåpning og deretter nye tiltak, sommeren og høsten 2021	231	10.2	Barn og unge	351
7.8	Konsekvenser for ulike deler av samfunnet	237	10.3	Innvandrere i Norge gjennom pandemien	391
7.9	Myndighetenes håndtering av importsmitte – kommisjonens funn og anbefalinger	243	10.4	Den samiske befolkningen	407
			10.5	De kommunale tjenestene gjennom pandemien	410
			10.6	Avslutning og overordnede anbefalinger om sårbare grupper	422
Del V	Veien ut av pandemien	251	11	Økonomiske og sosiale konsekvenser av covid-19-pandemien	425
8	Anskaffelse av vaksiner	253	11.1	Økonomisk utvikling i Norge gjennom pandemien	425
8.1	Innledning	253	11.2	Sammenligning mellom Norge, Sverige og Danmark	429
8.2	Utvikling av vaksiner mot covid-19	254	11.3	Sosiale konsekvenser av covid-19-pandemien	434
8.3	Norske myndigheters arbeid for å sikre vaksiner til egen befolkning	259			
8.4	Sammenligning med andre land ...	278	Del VII	Avslutning	441
8.5	Vaksineproduksjon, beredskap og økt internasjonalt samarbeid ...	284	12	Overordnede funn, læringspunkter og anbefalinger	443
8.6	Konsekvenser av valgene som ble tatt, og kommisjonens anbefalinger	286	12.1	Innledning	443
9	Vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen	290	12.2	Kommisjonens hovedfunn	443
9.1	Innledning	290	12.3	Norge – et godt rustet samfunn, men med sårbarheter	444
9.2	Historikk	290	12.4	Læringspunkter	446
9.3	Arbeidet med vaksine-prioriteringene	294	12.5	Kommisjonens avsluttende anbefalinger	456
9.4	Gjennomføringen av vaksinasjonen	328	Vedlegg		
9.5	Konsekvenser av vaksine-strategien og gjennomføringen av vaksinasjonen	341	1	Forkortelser og ordforklaringer ...	460
9.6	Kommisjonens anbefalinger	347	2	Liste over uformelle samtaler og møter	465
Del VI	Pandemien rammet skjevt	349	3	Referanseliste	468
10	Sosiale konsekvenser for sårbare grupper	351	4	Liste over ekspertuttalelser	473
10.1	Innledning	351	5	Forklaringer	474

Digitale vedlegg:

Vedlegg 1: Summary in english

Vedlegg 2: Čoahkkáigeassu

Vedlegg 3: Georg Abusdal Engebretsen (2021), *Utreddning av de rettslige sidene ved innreiserestriksjoner og karantenehotellordningen*. Advokatfirmaet Wiersholm AS.

Vedlegg 4: Terje P. Hagen og Oddvar M. Kaarbøe (2021), *Strategier for kjøp av covid-19-vaksiner: En sammenligning mellom Norge og fire andre land*, Helseøkonomisk Analyse AS.

Vedlegg 5: Erland Skogli, Eline Johannessen, Per Olav Kormeset og Ole Magnus Stokke (2021), *Covid-19-vaksinasjon i Danmark, Strategi og gjennomføring*, Menon Economics.

Vedlegg 6: Gaute Skrove, Marie Florence Moufack, Lena Augusta Ulfseth, Nina Helen Aas Røkkum, Willy Lichtwarck og Bente Heggem Kojan (2021), *Oppdatering av kunnskapsgrunnlaget om konsekvenser av covid-19 for tjenestetilbudet blant utsatte barn og familier*, NTNU Institutt for sosialt arbeid.

Vedlegg 7: Nora Clausen, Ola Gaute Aas Askheim, Reidar Dischler og Jostein Solvær Danielsen (2022), *Norsk Koronamonitor. Sammenstilling av utvalgte indikatorer til koronakommisjonen for 2020–2021*, Opinion.

Vedlegg 8: Erik Magnus Sæther (2022), *Kartlegging av intensivkapasitet i Sverige og i Danmark*, Oslo Economics.

Vedlegg 9: Thomas von Brasch, Ådne Cappelen, Steinar Holden, Eirik Larsen Lindstrøm og Julia Skretting (2022), *COVID-19, tappt verdiskapning og finanspolitikkenes rolle*, Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg 10: Julian Paulsen Blytt, Achraf Bougroug og Pål Sletten (2022), *Økonomisk utvikling gjennom Covid-19. En oppdatert sammenligning av Norge, Sverige og Danmark*. Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg 11: Steinar Holden (2022), *Helsemessige konsekvenser av geografisk fordeling av vaksiner*, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.

Del I
Innledning del

Kapittel 1

Innledning med hovedfunn og læringspunkter

Med denne andre rapporten avslutter vi nærmere to års gransking av myndighetenes håndtering av koronapandemien. Et overordnet og viktig spørsmål for granskingen har vært hvordan vi kan trekke lærdom av denne krisen for å være bedre forberedt på framtidige kriser som måtte komme.

I arbeidet vårt har vi sett at mange sider ved myndighetenes pandemihåndtering har fungert godt. Samtidig har granskingen avdekket kritikkverdige forhold der det er behov for endring. Mange av funnene fra den første rapporten vår¹ har blitt forsterket gjennom arbeidet med denne andre rapporten. Vi har også gjort flere nye funn.

Vi mener våre forslag til endringer vil styrke myndighetenes evne til å håndtere framtidige kriser. Covid-19-pandemien har vært en langvarig og global krise. Den har rammet hele landet, men på ulike måter og til ulik tid. Lærdommene vi som nasjon kan trekke ut av erfaringene med denne pandemien, er av generell betydning for hvordan myndighetene vil kunne håndtere framtidige pandemier og nasjonale kriser.

Kommisjonens hovedfunn

På bakgrunn av det helhetsbildet to års gransking har gitt oss, vil vi trekke fram følgende sentrale funn:

- Landets befolkning og norske myndigheter har samlet sett håndtert pandemien godt. Norge er blant de landene i Europa som har hatt lavest dødelighet, lavest tiltaksbyrde og minst reduksjon i økonomisk aktivitet.
- En rekke enkeltpersoner har gjort en innsats langt utover det som kan forventes. I helsetjenesten, statsforvaltningen, kommunene og en rekke næringer er det utvist en imponerende omstillingsevne og fleksibilitet.

¹ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*.

- Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å kunne møte og håndtere en pandemi av et slikt alvor og omfang som den som rammet Norge og resten av verden.
- Pandemien medførte i perioder stor belastning på enkelte av landets intensivavdelinger. Intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig da pandemien rammet Norge.
- Kommunelegefunksjonen var ikke godt nok rustet til å håndtere pandemien, og kommunelegene fikk en krevende arbeidssituasjon under pandemien.
- Regjeringen har utøvd sterk sentral styring av håndteringen av pandemien. Den har truffet beslutninger i så vel viktige saker, som små og avgrensede saker.
- Gjennom kreativitet og handlekraft lyktes myndighetene meget godt i arbeidet med å skaffe vaksiner til befolkningen. Prosessene viste imidlertid at systemene for å anskaffe vaksiner var sårbare. Norge var avhengig av velvilje og hjelp fra EU og enkeltland i Europa.
- Vaksineringsen av befolkningen var vellykket og resulterte i en høy vaksinasjonsgrad. Regjeringen kunne likevel med en tidligere geografisk prioritering av vaksiner til områder med høyt smittetrykk, i større grad nådd egne mål om å ivareta helse og redusere forstyrrelser i samfunnet.
- For å begrense smitte ved innreise fra utlandet innførte myndighetene inngripende tiltak overfor enkeltpersoner. Tiltakene var preget av hastverk og stadige justeringer. Dette var krevende både for de som skulle utforme og iverksette tiltakene, og de som skulle etterleve dem.
- Myndighetenes kommunikasjon om pandemien, smitteverntiltak og vaksinasjon har vært

god, og den har nådd fram til de fleste i befolkningen. Kommunikasjonen har bidratt til å skape tillit. Myndighetenes informasjon nådde imidlertid i varierende grad fram til innvandrerbefolkningen.

- Kommuneleger, kommuner, politiet på grensen og andre som skulle håndtere smitteverntiltak lokalt, fikk informasjon om nye anbefalinger og regler samtidig som resten av befolkningen, enten på pressekonferanser eller på regjeringens eller helsemyndighetenes hjemmesider. Dette bidro til å gjøre arbeidssituasjonen svært krevende for dem som skulle håndtere smittevernet lokalt.
- Innvandrerbefolkningen i Norge var overrepresentert blant de smittede og alvorlig syke og underrepresentert blant de vaksinerte. Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å håndtere de økonomiske, praktiske og sosiale barrierene mot testing, isolering og vaksinerings som fantes blant mange med innvandrerbakgrunn. Det tok lang tid å iverksette målrettede tiltak mot denne delen av befolkningen.
- Pandemien har forsterket sosiale og økonomiske ulikheter i befolkningen.
- Smitteverntiltakene har rammet barn og unge hardt. Myndighetene har ikke i tilstrekkelig grad klart å skjerme barn og unge i tråd med egen målsetting.

Læringspunkter

Det er flere forhold som kan forklare hvorfor myndighetenes håndtering av koronapandemien lyktes på enkelte områder og var utilstrekkelig på andre. I et læringsperspektiv mener vi det er viktig å framheve disse bakenforliggende årsakene.

Vi vil først trekke fram noen strukturelle, økonomiske og kulturelle sider ved det norske samfunnet som viktige årsaker til at befolkningen og norske myndigheter stort sett har håndtert pandemien godt.

For det første har befolkningen høy tillit til hverandre og myndighetene. Vi mener det høye tillitsnivået særlig har bidratt til at befolkningen har sluttet opp om smitteverntiltakene, og til den høye vaksinasjonsgraden.

For det andre har den norske samfunnsmodellen vært en styrke i møtet med pandemien. Norge er et land med en solid og velordnet nasjonaløko-

nomi, en offentlig velferdspolitik og et organisert arbeidsliv. Dette var en fordel ved gjennomføringen av smitteverntiltakene. Myndighetene har for eksempel hatt muligheter til å sette inn kompenserende tiltak for ulempene som pandemien førte med seg.

For det tredje har velutviklede helse- og omsorgstjenester og en offentlig sektor med gjennomgående høy kompetanse gitt et bedre utgangspunkt for håndteringen av pandemien i Norge enn i mange andre land.

I tillegg til disse særtrekkene ved det norske samfunnet viser granskingen at det er forhold ved myndighetenes håndtering av pandemien som har vært av stor betydning. Regjeringen har vært synlig og handlekraftig, og myndighetene har fått de fleste til å følge smitteverntiltak samtidig som de har beholdt befolkningens tillit gjennom pandemien. Der håndteringen lyktes godt, mener vi det primært kan forklares slik:

- Resultatene ble oftest best når myndighetene brukte etablerte arbeidsprosesser.
- Samarbeid, fleksibilitet, omstillingsevne og handlekraft var avgjørende for å oppnå gode resultater.
- Der kommunikasjonen til befolkningen var målrettet, direkte, åpen og ærlig, førte det til ønskede adferdsendringer og til at tilliten ble bevart.

Selv om det norske samfunnet viste seg å være godt rustet og høyt tilpasningsdyktig i møtet med pandemien, og selv om håndteringen hadde mange sterke sider, har granskingen vist at myndighetene ikke var godt nok forberedt da den omfattende covid-19-pandemien rammet Norge. Kommisjonen mener at myndighetenes manglende forberedelse hadde én grunnleggende årsak:

- Myndighetene lyktes ikke med å redusere sårbarhetene ved en risiko som var identifisert.

At myndighetene ikke var godt nok forberedt da pandemien rammet Norge, kom til syne på flere måter: Myndighetene hadde ikke utarbeidet beredskapsplaner for en pandemi som trakk ut i tid. Det var ikke gjennomført pandemiøvelser eller etablert noe beredskapssystem der summen av konsekvensene for samfunnet som helhet ble vurdert. Det manglet beredskapslagre med smittevernutstyr og legemidler, og intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig.

De manglende forberedelsene forsterket utfordringene med å håndtere pandemien da den trakk ut i tid. I tillegg mener vi å ha sett flere svake sider

ved selve håndteringen. Innsikt i de grunnleggende årsakene til svakhetene vi påpeker, kan gi viktig lærdom for senere krisehåndtering. Flere av svakhetene er til dels overlappende og har forsterket hverandre. Kommisjonen mener at årsakene til myndighetenes utilstrekkelige håndtering av pandemien primært kan forklares slik:

- For mange saker ble løftet til regjeringens bord. I tillegg ble for mange saker forberedt og behandlet under et unødvendig høyt tidspress.
- Regjeringen hadde ikke tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot hvordan pandemien kunne utvikle seg, og hvordan den videre utviklingen skulle håndteres. Dette gjaldt særlig tiltak for å begrense smitte ved innreise fra utlandet.
- Regjeringen utnyttet ikke fullt ut det etablerte systemet for krisehåndtering.
- Regjeringens grunnlag for å beslutte smitteverntiltak var i mange tilfeller mangelfullt. Konsekvenser og sammenhenger var ikke tilstrekkelig belyst eller forstått.
- Kommuneleger, politi på grensen, skoleeiere og andre som skulle iverksette og følge opp smitteverntiltakene, fikk upresis informasjon og for lite tid til forberedelse.
- Myndighetene har vist evne til å lære underveis, men det har ofte tatt for lang tid.
- Myndighetenes kommunikasjon nådde ikke fram til hele befolkningen.

Regjeringen utøvde sterk sentral styring for å sikre en helhetlig nasjonal håndtering av pandemien. Vi mener det er en styrke at regjeringen involverte seg og viste handlekraft. Samtidig førte det til at regjeringen drev detaljstyring og var involvert i den løpende krisehåndteringen, også i perioder der den etter vårt syn hadde bedre tid.

Den sterke styringen fra regjeringen og det høye tempoet var i enkelte situasjoner nødvendig og hensiktsmessig. Samtidig ga det klare utfordringer og hadde uheldige konsekvenser. Vi mener flere av svakhetene i håndteringen kunne vært begrenset eller unngått dersom bare viktige og sentrale beslutninger for videre håndtering hadde blitt løftet til regjeringens bord, og dersom myndighetene i større grad hadde greid å skille mellom saker som virkelig hastet, og saker der de kunne tatt seg litt bedre tid.

Svakhetene vi påpeker, handler i stor grad om ledelse og organisering av en krise, og manglende forberedelser. Samtidig viste håndteringen av pandemien hvordan enkeltpersoner kan utgjøre en stor forskjell.

På bakgrunn av hovedfunnene og læringspunktene våre fremmer vi flere overordnede

anbefalinger. Disse står i kapittel 12. I tillegg har vi en rekke funn og anbefalinger i kapitlene 4-11. Tiltakene vi anbefaler, vil etter vår mening gjøre myndighetene i bedre stand til å møte framtidige nasjonale og sektorovergripende kriser.

Noen innledende ord om arbeidet vårt

Vi mottok et omfattende mandat i april 2020. Vi leverte den første rapporten vår til statsminister Erna Solberg 14. april 2021. Ved leveringen besluttet regjeringen at kommisjonen skulle fortsette arbeidet etter det samme mandatet. I brev 12. mai 2021 ba statsminister Solberg kommisjonen også om å

- granske regjeringens arbeid med å sikre Norges befolkning vaksiner og strategien for utroling av vaksiner
- gjøre en grundig vurdering av behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene
- gjøre en grundig vurdering av situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger

De problemstillingene som er omfattet av mandatet vårt, er store og komplekse. Prioriteringer og avgrensninger har dermed vært nødvendig. Noen avgrensninger går fram av mandatet. Andre avgrensninger har vi måttet gjøre selv. Vi besluttet tidlig å sette en sluttdato for vår myndighetsgranskning. Denne datoen ble satt til 31. oktober 2021. Vi har prioritert å granske noen temaer og problemstillinger grundig, og vi har konsentrert oss om temaene vi mener kan gi grunnlag for læring. Våre prioriteringer og avgrensninger betyr ikke at andre sider ved håndteringen er uviktige. Tvert imot – det er mange viktige sider ved pandemi-håndteringen som fortjener å bli viet mer oppmerksomhet enn det vi kunne rekke over.

På bakgrunn av mandatet og brevet fra statsministeren 12. mai 2021 besluttet vi å organisere arbeidet med denne andre rapporten i seks følgende delprosjekter:

- kommunelegers og kommunale smittevernlevers situasjon under pandemien
- sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene
- importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene
- myndighetenes arbeid for å skaffe Norges befolkning vaksiner
- vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen
- pandemien rammet skjevt

Under hvert av delprosjektene har vi vært opptatt av tverrgående dimensjoner som samhandling og kommunikasjon, omstillingsevne og fleksibilitet, beslutningsprosesser og lokale og regionale forhold.

I den første rapporten gransket vi i hvilken grad myndighetene var forberedt, og hvordan de håndterte den første smittebølgen fram til gjenåpningen av grensene sommeren 2020.² I denne andre rapporten har vi konsentrert oss om håndteringen etter den første smittebølgen. Likevel beskriver vi under delprosjektene om kommunelegene og helseforetakene også hva som skjedde helt fra pandemien brøt ut. I granskingen av helseforetakene har vi også sett på intensivberedskapen og sykehusenes kapasitet forut for pandemien.

Kommisjonens gransking har foregått parallelt med at pandemien har utviklet seg i verden og Norge. Underveis har det vært flere perioder med økende smitte, nye virusvarianter og inngripende smitteverntiltak. Det finnes både fordeler og ulemper ved å granske en pågående krise. På den ene siden er dokumentasjon, opplevelser, erfaringer og erindringer helt ferske. På den andre siden er det vanskelig å se alle nyansene og konsekvensene av pandemien mens vi fortsatt står i den. Vi har også opplevd at det har vært en merbelastning for dem vi gransker, når de må besvare omfattende forespørsler fra oss samtidig som de har stått midt i pandemihåndteringen. Vi har likevel opplevd stor vilje til å bidra positivt til granskingen vår – også fra dem vi gransker.

Kommisjonen har hatt tilgang til et stort og omfattende materiale, som også går tilbake i tiden før pandemien rammet Norge i mars 2020. Alt som ble innhentet i arbeidet med den første rapporten, har vært en del av informasjonsgrunnlaget også i arbeidet med den andre rapporten. Vi har i tillegg bedt myndighetene om ytterligere dokumentasjon i arbeidet med denne rapporten. Vi har mottatt alt vi har bedt om. I tillegg har vi fått en rekke e-poster og dokumenter fra enkeltpersoner, organisasjoner og grupper som har hatt innspill til oss. Vi har gjennomgått alt vi har mottatt, uten at alt er inkludert i rapporten vår.

Vi har også hatt tilgang til dokumenter som er skjermet (gradert) i henhold til beskyttelsesinstruksen og sikkerhetsloven med forskrifter. Dokumenter er blitt avgradert når vi har bedt om det. Tidligere statsminister Erna Solberg og nåværende statsminister Jonas Gahr Støre har gitt

kommisjonen tillatelse til å bruke regjeringsnotater slik de er omtalt i rapporten.

Vi har intervjuet og møtt hundrevis av personer. Vi har likevel ikke kunnet snakke med alle som har kunnskap eller informasjon som kunne vært nyttig for oss, eller som har historier å fortelle. Vi har heller ikke kunnet lese alt som finnes av materiale om pandemien og konsekvensene av den.

Mange har fortalt oss historier som har gjort inntrykk: om opplevelsene på sykehusene, ute i kommunene, på grensekontrollen og på karantenehotellene, om krisehåndteringen i forvaltningen og på politisk nivå, og om uforutsigbarheten og usikkerheten som hele tiden var til stede. Enkeltpersoner, både innenfor forvaltningen, helsetjenesten og i det private, har vist en enorm innsatsvilje, omstillingsevne og arbeidskapasitet under pandemien. Denne innsatsen og viljen til å bidra har vært uvurderlig for håndteringen av pandemien i Norge. Enkelthistoriene har likevel fått en noe begrenset plass i rapportene våre. Både i den første og andre rapporten vår har vi konsentrert oss om myndighetenes samlede håndtering av pandemien.

Samlet sett mener vi å ha fått et godt bilde av hvordan myndighetene har håndtert pandemien, og hva som har vært spesielt utfordrende. Vi mener også at vi har fått god innsikt i flere av de bakenforliggende årsakene til håndteringen, og en god del om konsekvensene.

Kriser kjennetegnes av uforutsigbarhet. Eksisterende planer og tidligere erfaringer vil aldri være fullstendig dekkende i en ny krise. Et viktig fundament for evnen til å håndtere kriser ligger likevel i forberedelsene: planer, trening, øvelser, erkjennelser og tankesett. Den innledende krisehåndteringen er en test på hvor godt forberedt man er. Deretter blir det viktig å planlegge for å kunne håndtere de neste fasene av krisen. I skrivende stund er ikke pandemien over. Granskingen vår er sånn sett både et ledd i arbeidet med å forbedre myndighetenes evne til å takle denne krisen og til å forberede håndteringen av den neste – selv om neste krise trolig vil gi nye utfordringer for myndighetene og samfunnet.

Alt granskingsarbeid innebærer risiko for å være etterpåklok. Ambisjonen vår har vært å forsøke å sette oss inn i den situasjonen som de involverte sto overfor da de tok sine valg, avveininger og beslutninger. Det har vært viktig for oss å belyse hva som var kunnskapsgrunnlaget for smitteverntiltakene som ble besluttet, hvilke avveininger som ble gjort, hvilke utfordringer sentrale og lokale myndigheter sto overfor ved iverk-

² NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 34

setting av smitteverntiltakene, og hva som ble konsekvensene for innbyggerne, næringslivet, det offentlige og samfunnet som sådan. Vi har gransket beslutningsprosesser og sett på hvilke forsøk som er gjort på å innhente kunnskap etter hvert som pandemien trakk ut i tid og endret seg. Et overordnet spørsmål er om myndighetene burde valgt andre måter å håndtere pandemien på.

Innenfor hvert delprosjekt har vi forsøkt å dokumentere de utslagsgivende hendelsene så detaljert og nøkternt som mulig. En beskrivelse av hva som gikk bra, og hva som kunne vært håndtert bedre, er etter vår vurdering en forutsetning for at myndighetene og samfunnet kan lære av utfordringene pandemien har gitt oss. Å belyse samfunnets sårbarheter og uheldige sider ved håndteringen kan synes unødig kritisk i et land som sammenlignet med de fleste andre land har klart seg godt gjennom pandemien. Vi mener likevel at det bare er gjennom et kritisk søkelys at arbeidet vårt kan bidra til et samfunn som vil kunne være forberedt på nye kriser, og kunne håndtere dem på en bedre måte i framtiden.

Oppbyggingen av kommisjonens andre rapport

I del I gir vi først en overordnet framstilling av myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien etter den første smittebølgen og gjenåpningen sommeren 2020. Deretter presenteres kommisjonens mandat og arbeid.

Del II tar for seg hvordan regjeringen og det øverste statsapparatet utøvde funksjonene sine etter gjenåpningen sommeren 2020 og fram til vi

avsluttet myndighetsgranskingen vår 31. oktober 2021. Vi ser også på kommunenes ansvar og samhandling med statlige organer. I denne delen av rapporten konsentrerer vi oss om hvordan myndighetene innrettet krisehåndteringen. Formålet er å gi et grunnlag for granskingen vi gjør i de andre delene av rapporten.

Del III handler om førstelinjen under pandemien. Vi gransker kommunelegenes og de kommunale smittevernlegenes situasjon under pandemien. Deretter gransker vi sengekapasiteten og intensivberedskapen i helseforetakene før og under pandemien.

Del IV har som tema tiltak for å hindre smitte ved innreise til Norge. Her gransker vi myndighetenes beslutninger om innreiserestriksjoner, innreisekarantene og karantenehotell.

Del V har tittelen «Veien ut av pandemien». I denne delen gransker vi myndighetenes arbeid for å sikre vaksiner til befolkningen. Vi gjør også en grundig vurdering av vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksineringen i landet.

Del VI gir et innblikk i hvordan pandemien rammet skjevt. Her tar vi for oss pandemiens konsekvenser for utvalgte grupper som barn og unge, studenter og innvandrerbefolkningen. Vi ser også på konsekvensene for dem som har mottatt kommunale velferdstjenester under pandemien, og konsekvensene for økonomien og arbeidslivet.

Del VII er en avslutning der vi på bakgrunn av granskingen trekker fram kommisjonens hovedfunn, læringspunkter og overordnede anbefalinger.

Kapittel 2

En langvarig krise

2.1 Gjenåpningen som ble satt på vent – høsten 2020

Gradvis gjenåpning sommeren 2020

Koronapandemien er en verdensomspennende, gjennomgripende krise. Den har vært langvarig og har rammet hele Norge og alle deler av samfunnet, men med store geografiske variasjoner i hvor stor belastningen har vært og hvordan den har endret seg over tid.

I den første rapporten vår beskrev vi hvordan samfunnet gradvis ble gjenåpnet etter at regjeringen i mars 2020 hadde innført omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset. Den 7. april 2020 konstaterte Folkehelseinstituttet (FHI) at utbruddet var slått ned.¹ Dermed bestemte regjeringen at det skulle startes på en gradvis og kontrollert gjenåpning. I løpet av våren og sommeren åpnet samfunnet gradvis opp igjen. Barnehager og skoler ble åpnet for fysisk tilstedeværelse, og universiteter og høyskoler skulle komme i gang etter sommeren. Det samme skulle flere næringer som hadde blitt rammet av smitteverntiltakene. Den 1. august ble idretten startet opp for barn. Etter hvert ble det også åpnet for voksne. Det ble gjort gradvise lettelsener i innreiserestriksjonene, og grensene ble igjen åpnet for arbeidsreisende og deretter fritidsreiser i Norden og EØS-Schengenområdet.²

Økende smitte og nye nedstenginger på sensommeren

I løpet av juli og august ble smittesituasjonen igjen ustabil. Smitten økte. Det samme gjorde antallet

som var lagt inn på sykehus. Det ble vurdert at håndtering av situasjonen ikke kunne vente til etter ferien. Deler av regjeringen møttes derfor i juli og i starten av august.³ Regjeringens strategi var å få kontroll over smittespredningen. Virkemiddelet var TISK – testing, isolering, sporing og karantene – i kombinasjon med lokale tiltak i utsatte kommuner.

For å få bukt med smittespredningen bremsset regjeringen videre gjenåpning 7. august 2020. De planlagte lettelsene for arrangementer, kamper og cuper i breddeidretten ble satt på vent, og regjeringen innførte nasjonal skjenkestopp ved midnatt. Det kom også en rekke nye anbefalinger om å øke bruken av hjemmekontor og begrense bruken av kollektivtransport. Barnehager, skoler, sykehjem og arbeidsplasser skulle fortsatt holdes åpne. Regjeringen hadde innført en trafikklysmo- dell for skoler og barnehager som en del av gjen- åpningen i mai 2020, og de anbefalte nå at skolene skulle starte på gult nivå etter ferien.

De etterfølgende ukene var preget av at regje- ringen prøvde å beholde kontrollen over smitten som gradvis økte. Det var hektisk møtevirksom- het i regjeringskonferanser. Statsminister Solberg holdt en rekke pressekonferanser sammen med helse- og omsorgsminister Høie for å orientere om utviklingen og regjeringens tiltak for å møte den. En rekke smitteverntiltak ble videreført len- ger enn planlagt, og noen nye ble innført. Samti- dig kom det også enkelte lettelsener.

Utover høsten var det store lokale variasjoner i smittespredningen. Mange kommuner var uten smitte, mens enkelte andre, for eksempel Oslo, Indre Østfold og Bergen, hadde utbredt smitte. For å kunne lette på den nasjonale tiltaksbyrden prioriterte regjeringen i økende grad målrettede geografiske tiltak.

Den 12. oktober 2020 lettet regjeringen på enkelte av de nasjonale tiltakene. Blant annet ble

¹ Se også tidslinjene som viser viktige tiltak og utviklings- trekk i perioden som beskrives.

² Dersom vi ikke har spesifisert noe annet, er beskrivelsen av smittesituasjon og myndighetenes tiltak basert på regje- ringens tidslinje over myndighetenes håndtering av koro- nasituasjonen: Nettside, Regjeringen.no, uten år.

Statistikk, situasjonsrapporter og ukereporteringer på FHIs hjemmeside har også dannet et viktig grunnlag. Se www.FHI.no.

³ Møtene sommeren 2020 fant sted i Regjeringens covid-19- utvalg (RCU). Dette var et utvalg som skulle fungere som et tilskudd til ordinære regjeringskonferanser.



Figur 2.1 Pressekonferanse 13. november 2020.

Foto: Jil Yngland / NTB

breddeidretten for voksne gjenåpnet og skjenkestoppen opphevet. En forutsetning for lettelsene var at kommuner med mye smitte fortsatt skulle ha ekstra lokale tiltak.

Håpet om tilgjengelige vaksiner øker

Høsten 2020 var preget av stigende smitte og strenge tiltak. Samtidig økte optimismen om at vaksiner ville bli tilgjengelig. Slik helse- og omsorgsminister Høie uttrykte det, ville vaksiner være veien ut av pandemien.

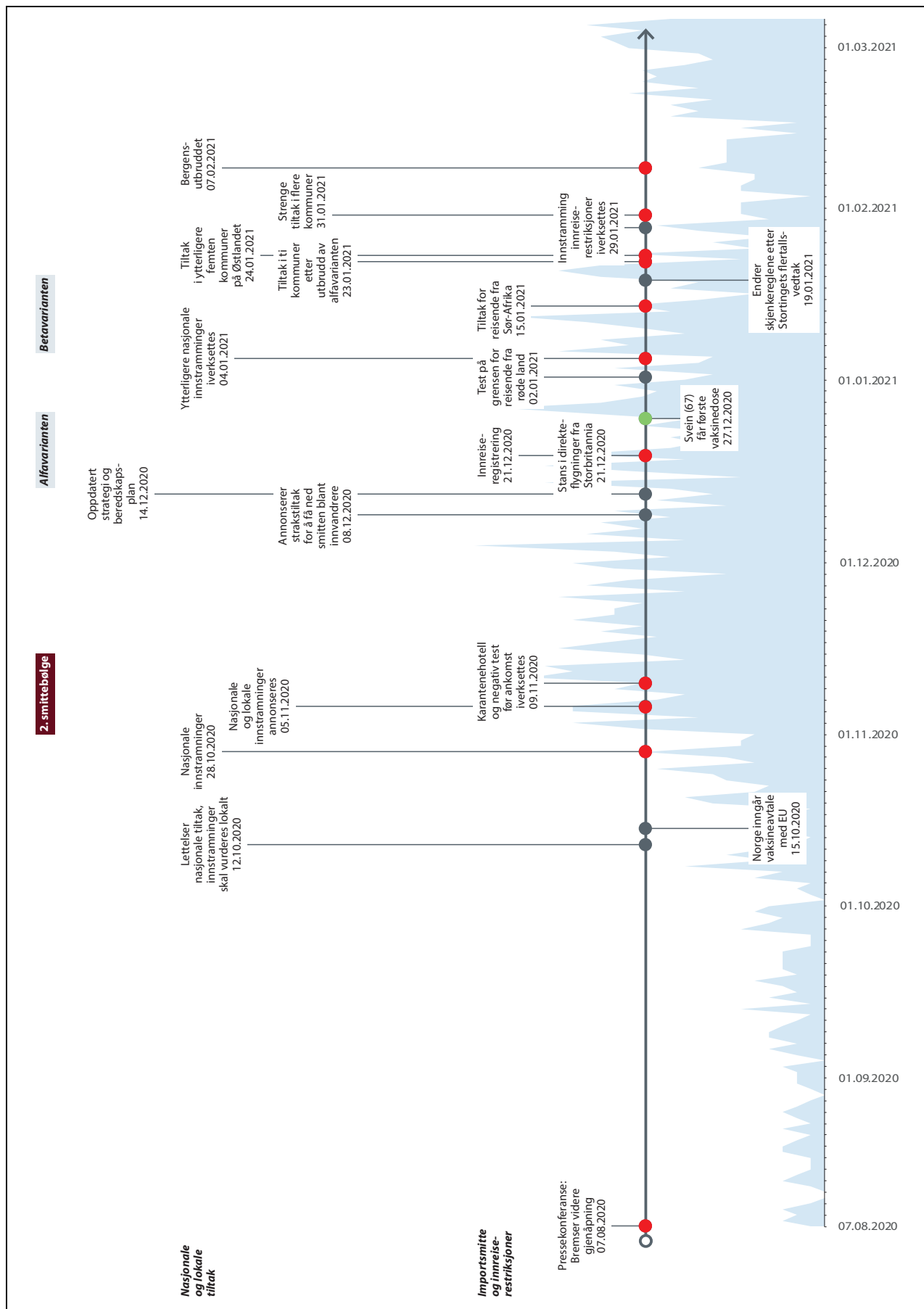
Regjeringen hadde i løpet av sommeren 2020 konkludert med at Norge skulle prøve å skaffe vaksiner gjennom å koble seg på EUs prosess for vaksineanskaffelser. Det viste seg at Norge rettslig sett ikke kunne få vaksiner gjennom EUs innkjøpsordninger. Dette skyldtes at EU skulle bruke forsyningssikkerhetsmekanismen ESI (Emergency Support Instrument), som Norge ikke er en del av, til å finansiere innkjøpene. Saken ble løst ved at Sverige i slutten av august tok på seg en rolle som videreformidler av vaksiner fra EU til Norge. Den 15. oktober 2020 signerte Norge avtaler om videresalg av vaksiner fra EU, via Sverige,

til Norge. Avtalene omfattet 3,4 millioner vaksinedoser fra AstraZeneca. Vaksinene var på dette tidspunktet ikke godkjent, og det var usikkert når de kunne være tilgjengelige.

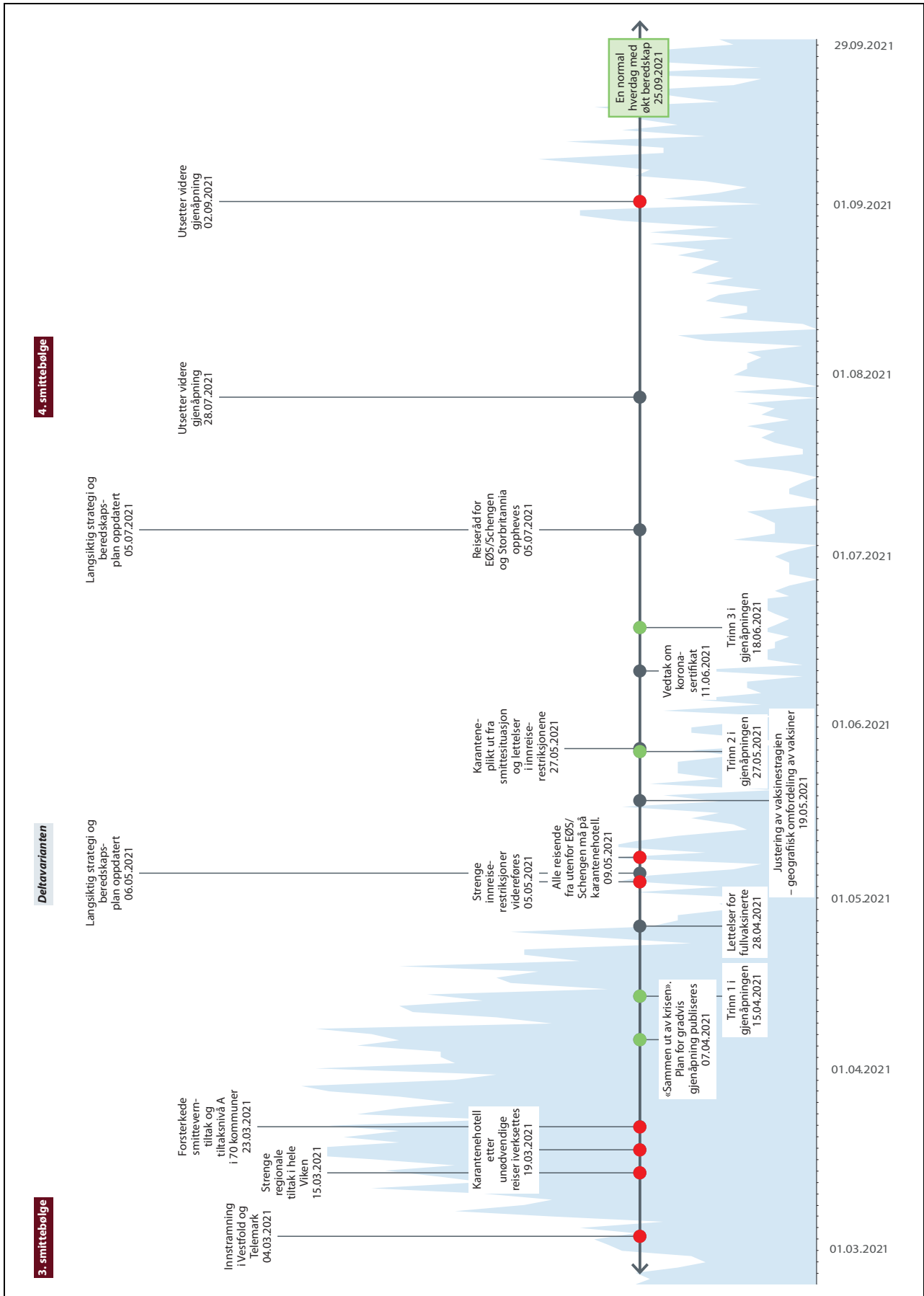
2.2 Andre smittebølger

Mot slutten av oktober 2020 steg smitten markant. Mens det i august var 300 smittede per uke, var det i september 700 per uke og i oktober 900 per uke. R-tallet⁴ gjennom oktober var på 1,3. Den siste uken i oktober ble det registrert 3000 nye smittede. Alle aldersgrupper var rammet, og det var smitteutbrudd i alle fylkene i landet. Antall innlagte på sykehus var på dette tidspunkt ikke spesielt høyt, men det gikk oppover. Regjeringen beskrev situasjonen som den mest alvorlige siden mars 2020 og uttrykte bekymring for den videre utviklingen og kapasiteten i helsevesenet. På bakgrunn av denne bekymringen henvendte

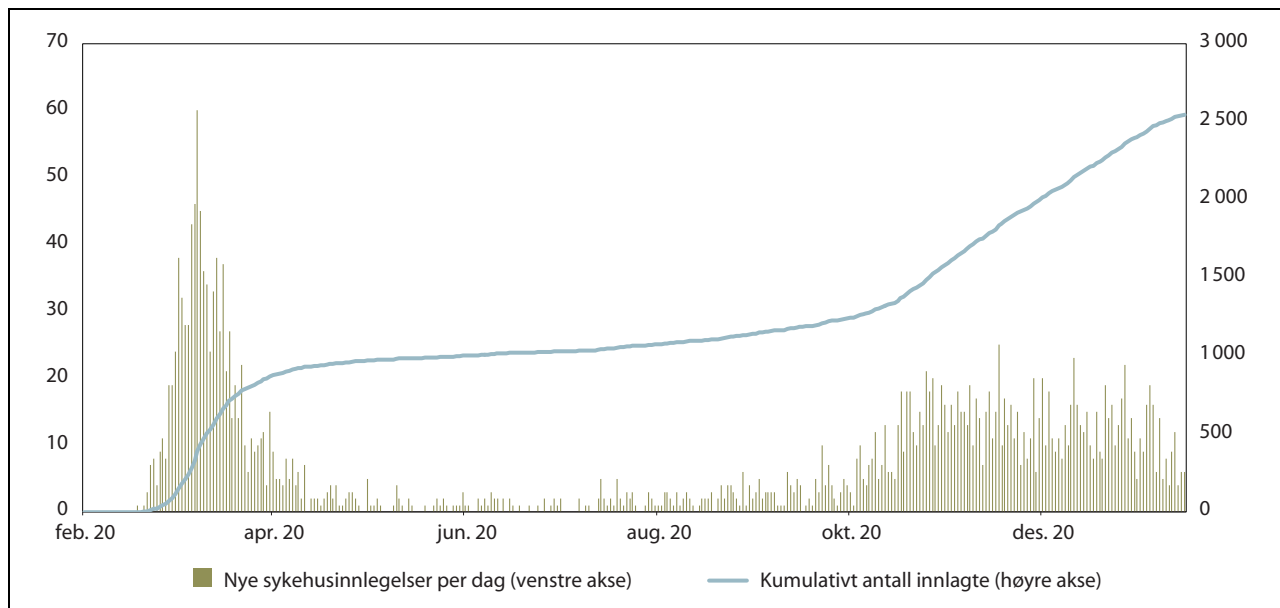
⁴ Reproduksjonstallet (R-tallet) er en betegnelse som benyttes til å uttrykke hvor mange personer en smittet person smitter videre.



Figur 2.2 Tidslinje over viktige tiltak og utviklingstrekk. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter med covid-19 som hovedårsak.



Figur 2.3 Tidslinje over viktige tiltak og utviklingstrekk. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter med covid-19 som hovedårsak.



Figur 2.4 Første og andre smittebølge.

Kilde: FHI

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) seg til de regionale helseforetakene og ba om å få status for intensivkapasiteten.⁵ Helseforetakene meldte tilbake at det av ulike grunner var krevende å oppnå maksimal senge- og intensivkapasitet.⁶ Det var god grunn til bekymring. I løpet av andre smittebølge måtte en rekke sykehus i perioder stoppe med planlagte operasjoner og behandlinger, og utsette behandling av pasienter uten covid-19.

De neste månedene ble preget av vedvarende smittespredning og en lang rekke pressekonferanser der regjeringen offentliggjorde innføringer, opphevelser og endringer av nasjonale smittevernstiltak. Regjeringens beslutninger ble ofte truffet under stort tidspress med et begrenset kunnskapsgrunnlag. Pressekonferansene førte i mange tilfeller til hektisk aktivitet i kommuner, lokale virksomheter, skoler, barnehager og andre offentlige og private aktører som raskt måtte iverksette tiltak – ofte før endringene i covid-19-forskriften var ferdig skrevet og hadde trådt i kraft.

Nye restriksjoner på senhøsten og vinteren

Den 28. oktober 2020 iverksatte regjeringen en rekke nasjonale smitteverntiltak og gjorde endringer i covid-19-forskriften. De innførte sterke

begrensninger på private og offentlige arrangementer samtidig som de anmodet befolkningen om å begrense den sosiale kontakten og ha maksimalt fem gjester hjemme. Karantenereglene for arbeidsinnvandrere ble strammet inn etter rapporter om at smitten blant reisende fra utlandet økte.

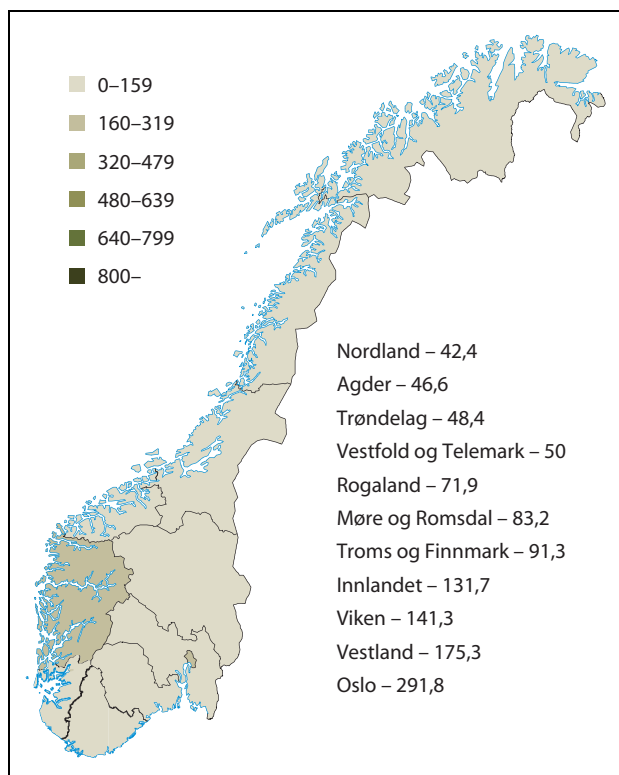
Regjeringens strategi var fortsatt at smitteverntiltakene i størst mulig grad skulle være geografisk målrettet. Rundskrivnet til kommunene ble oppdatert med en lang rekke forsterkede lokale tiltak som kommunene skulle vurdere dersom den lokale situasjonen tilsa det. Regjeringen la også større vekt på at kommunene måtte forsterke kontrollen med om regelverket ble etterlevd.

Smitten fortsatte å stige. Den 5. november vedtok regjeringen ytterligere nasjonale og lokale innstramminger. De oppfordret befolkningen til å holde seg mest mulig hjemme og ha minst mulig sosial kontakt. De ba også folk om å begrense reisevirksomheten i enda større grad. Det ble i tillegg innført en rekke nye innstramminger for sammenkomster, arrangementer og uteliv. Regjeringen gjeninnførte den nasjonale skjenkestoppen. De anbefalte videregående skoler og ungdomsskoler i hele landet om å forberede seg på rødt tiltaksnivå.

Smitten i storbyene var på dette tidspunktet høy. Regjeringen fortalte at det trolig ville være nødvendig med betydelig strengere regler i Oslo- og Bergens-regionen enn andre steder i landet. Rundskrivnet til kommunene ble nok en gang oppdatert. Det var nå anbefalinger om ekstra tiltak

⁵ E-post, HOD til de regionale helseforetakene, 29. oktober 2020.

⁶ Brev, de regionale helseforetakene til HOD, 5. november 2020.



Figur 2.5 Påviste smittetilfeller pr. 100 000 i ulike fylker i Norge, oktober 2020.

Kilde: FHI

som kommuner med høyt smittetrykk burde vurdere, blant annet å drive videregående skoler på rødt nivå og begrense eller stenge steder der mange kom for å møtes. Regjeringen påla også å stanse breddeidretten for voksne i kommuner i regioner med mye smittespredning og vurdere å stanse breddeidretten for barn og unge.

Smitten økte mye i Europa i denne perioden. På fargekartene som ble brukt som veileder for karantenekrav ved innreise, var stadig flere områder gule eller røde.⁷ Den sterkt økende smitten, i kombinasjon med frykt for smitte fra personer som hadde vært utenlands bidro til at myndighetene hadde begynt å vurdere forsterkede innreiserestriksjoner.

Den 9. november innførte regjeringen krav om negativ test ved innreise, og at reisende måtte på karantenehotell etter ankomst. De påfølgende dagene og ukene ble det gjort en rekke endringer og unntak i kravene til karantenehotell, blant

⁷ Personer som kom fra røde områder, hadde karanteneplikt. De som kom fra områder kategorisert som grønne, hadde ingen karanteneplikt. Gule områder var områder med økt risiko, altså områder som var i fare for å endre status til røde. Reisende fra gule områder hadde ingen karanteneplikt.

annet for arbeidsreisende og personell i kritiske samfunnsfunksjoner. Det ble også etter hvert gitt unntak basert på sterke velferdshensyn.

Tiltak for bestemte grupper

Regjeringen forventet på dette tidspunktet at situasjonen kunne fortsette å være alvorlig en stund framover. Senere i november innførte de en rekke nye økonomiske tiltak, kompensasjonsordninger og bevilgninger, blant annet tiltak rettet mot kommunesektoren. Regjeringen innførte også nye tiltak rettet mot enkelte utsatte grupper.

Myndighetene hadde i lengre tid vært klar over at andelen smittede i innvandrerbefolkningen i Norge var høyere enn i resten av befolkningen. Innvandrere var også overrepresentert blant dem som ble innlagt på sykehus. I november 2020 oppnevnte Kunnskapsdepartementet en hurtigarbeidende ekspertgruppe som skulle vurdere de eksisterende tiltakene og foreslå flere tiltak som kunne bidra til å redusere smitten i innvandrerbefolkningen. Ekspertgruppen leverte sin rapport 11. november og anbefalte 29 tiltak. Etter råd fra ekspertgruppen iverksatte regjeringen en rekke strakstiltak. Tiltakene dreide seg om informasjon, smittevern, forebygging, testing, smittesporing og karantene og isolasjon.

I samme periode viste en rapport fra koordineringsgruppen for sårbare barn og unge at tiltaksbyrden for disse var urovekkende.⁸ De nasjonale anbefalingene for høsten hadde vært gult nivå for skolene, med mulighet for at kommunene kunne justere opp til rødt nivå dersom lokale forhold tilsa det. Koordineringsgruppen hadde registrert 103 tilfeller der tiltaksnivået var endret fra gult til rødt i løpet av de to foregående månedene.⁹ Til sammen var 30 barnehager og 140 skoler rammet.¹⁰

Koordineringsgruppen rettet oppmerksomheten mot at en rekke utsatte kommuner hadde strengere tiltak enn de nasjonale tiltakene, at hele klasser ble satt i karantene for å forebygge smitte, og at det var vanskelig for skolene å gjenåpne tjenester som hadde vært stengt. I etterkant av rapporten ble det organisert et møte mellom seks

⁸ Koordineringsgruppen for sårbare barn og unge ble nedsett i april 2020. Den var administrativt underlagt Barne- og familiedepartementet og ledet av Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. Vi omtaler koordineringsgruppen nærmere i kapittel 10.

⁹ Registreringene var gjort fra uke 34 til og med uke 43 høsten 2020.

¹⁰ I rapporten blir det dessuten lagt vekt på at registreringen er ufullstendig.

statsråder og fylkesmennene om situasjonen. Helse- og omsorgsministeren, kunnskaps- og integreringsministeren og barne- og familieminister sendte også brev til alle landets kommuner og fylkeskommuner med oppdaterte råd.

Den 14. desember 2020 lanserte regjeringen en oppdatert langsiktig strategi. Dette var i en periode med økende smittespredning, store lokale variasjoner og en rekke pågående utbrudd i ulike deler av landet. Samtidig var det forventninger til at utrulling av vaksiner snart skulle komme i gang. Regjeringens overordnede strategi om å ha kontroll på smittesituasjonen lå fast, men med økt vekt på et *føre-var* prinsipp. TISK hadde ikke vært tilstrekkelig til å holde smitten nede.

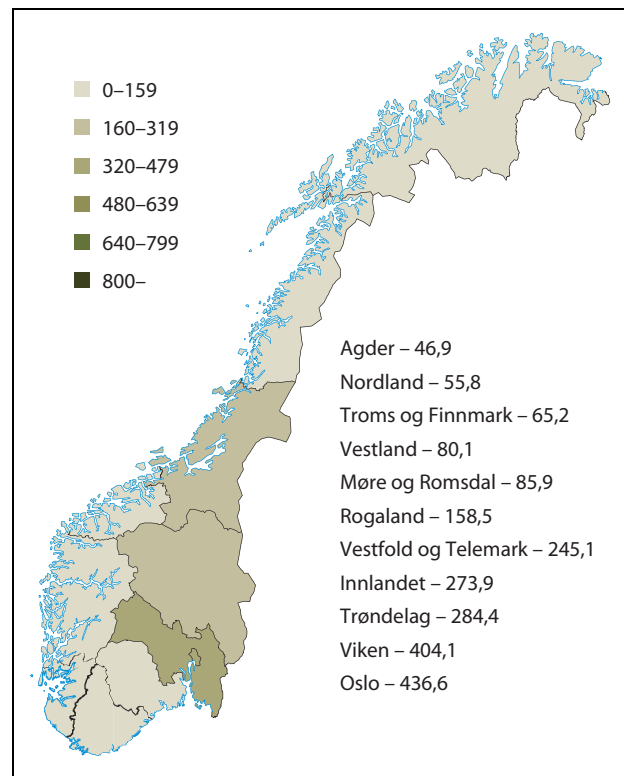
Strategien baserte seg fortsatt på målrettede geografiske tiltak. Samtidig ble det etablert mekanismer for å koordinere innsatsen mellom kommuner med behov for samordnede tiltak. I Beredskapsplanen ble det etablert et nytt system som skulle brukes til å vurdere risikoen for smitte. Den hadde fem risikokategorier med tilhørende tiltak.¹¹

Jul med strenge smitteverntiltak

Da det nærmet seg jul, var myndighetene stadig mer bekymret. Smitten fortsatte å øke. Det kom rapporter om økende importsmitte, og myndighetene forventet at folk kom til å reise i julen. Kort tid før jul ble det påvist en ny virusvariant (alfavarianten) i Storbritannia. Alfavarianten ble anslått å kunne være 70 prosent mer smittsom enn det opprinnelige viruset.

For å motvirke at alfavarianten spredte seg til Norge, ble alle direkteflygningene fra Storbritannia stanset 21. desember 2020. I tillegg innførte myndighetene flere tiltak rettet mot reisende fra Storbritannia. De strammet også inn på andre innreiserestriksjoner og innførte blant annet obligatorisk innreiseregistrering. Hovedregelen ble nå at alle som skulle passere grensen, også norske statsborgere, skulle registrere seg.

For befolkningen i Norge ble julen 2020 preget av den alvorlige situasjonen. Det var strenge smitteverntiltak som begrenset sosial kontakt og sosial mobilitet, og innreiserestriksjonene hadde nettopp blitt strammet inn. Det fantes likevel noen lyspunkter. Regjeringen hadde lettet på enkelte av smitteverntiltakene for at folk skulle kunne feire jul sammen. Blant annet var det tillatt å reise til



Figur 2.6 Påviste smittetilfeller pr. 100 000 i ulike fylker i Norge, desember 2020.

Kilde: FHI

hjemstedet sitt og å ha opptil ti gjester på to av dagene i romjulen.

Ved årsskiftet hadde ca. 2200 pasienter vært innlagt på sykehus i Norge med covid-19. Av disse hadde ca. 400 pasienter fått intensivbehandling. 1345 hadde dødd som følge av covid-19.

Det var imidlertid noen endringer som ga grunn til forhåpninger. De første vaksinedosene kom til Norge 26. desember 2020, og dagen etter ble den første vaksinedosen satt på Ellingsrudhjemmet i Oslo. Norge forventet leveranser på 40 000 doser per uke i tiden framover. Disse skulle fordeles over hele landet. Sykehjemsbeboere og de aller eldste skulle få vaksine først. Deretter skulle eldre over 65 år og personer med underliggende sykdom bli vaksinert.

Nytt år og nye tiltak

Den nye virusvarianten bekymret myndighetene. I januar 2021 rettet de større oppmerksomhet mot tiltak for innreisende. Rett før nyttår hadde reisende fra røde land fått plikt til å teste seg på grensen. Kravet kom i tillegg til kravene om negativ test før innreise, innreiseregistrering og karante-

¹¹ Dette systemet beskriver vi nærmere i kapittel 4.

neplikt. Den 18. januar innførte myndighetene også obligatorisk test på grenseovergangene for alle som hadde oppholdt seg i et land med karanteneplikt. Fra 22. januar ble det enklere å bortvise utlendinger ved brudd på reglene om innreisekarantene ved at bortvisningen kunne skje etter en forenklet saksbehandling. Norge hadde nå noen av de strengeste innreiserestriksjonene i Europa. Myndighetene fikk en krevende oppgave med å håndtere grenseoppdraget.

I begynnelsen av januar 2021 steg smitten fortsatt og spredte seg til stadig nye deler av landet. For å begrense spredningen og unngå en eventuell ny smittebølge innførte myndighetene 4. januar en rekke nye forsterkede nasjonale smitteverntiltak som begrenset sosial kontakt. Blant tiltakene som ble innført, var anbefaling om hjemmekontor, å unngå gjester i hjemmet og rødt nivå for alle landets videregående skoler og ungdomsskoler. Regjeringen la også fram en rekke tiltak som kommuner og regioner med stort smittetrykk skulle vurdere å innføre.

Det hadde vært en krevende tid for mange kommuner, og de hadde som regel hatt kort tid på seg til å innføre nye nasjonale tiltak. Den 5. januar 2021 skrev 59 kommuneleger en kronikk med

kraftig kritikk av myndighetenes informasjonsstrategi: «Regjeringens informasjonsstrategi: Joker Nord i praksis?» I kronikken skrev de blant annet: «Kommunene varsles ikke på forhånd om hva som kommer og vi varsles i og for seg heller ikke om at det skal være en pressekonferanse.»¹² Som følge av kritikken kom det tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom sentrale myndigheter og kommunene.

Den 14. januar ga HOD de regionale helseforetakene i oppdrag å opprette 100 nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. De 100 utdanningsstillingene ble fordelt på helseregionene. HOD ga også i oppdrag til de regionale helseforetakene å utrede det framtidige behovet for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten.

Den 18. januar holdt myndighetene en ny pressekonferanse der de strenge nasjonale smitteverntiltakene i all hovedsak ble videreført. Det ble imidlertid innført noen lettelser for barn og unge. Skolene ble justert ned fra rødt til gult nivå, og lokal trening og fritidsaktiviteter for barn og unge

¹² Kronikk av 59 kommuneleger i NRK, 5. januar 2021, «Regjeringens informasjonsstrategi: Joker Nord i praksis?».



Figur 2.7 Hjemmeskole.

Foto: Christoph Eberle / Plainpicture / NTB

kunne åpne igjen. Det var nå stor geografisk variasjon i smitten, og videreføringen av de strenge smitteverntiltakene møtte denne gangen motstand. Stortinget overprøvde regjeringens videreføring av skjenkeforbudet og vedtok at kommuner med lavt smittetrykk skulle kunne tillate alkoholserving i forbindelse med matserving.

Frykt for nye virusvarianter

I midten av januar skapte en ny virusvariant oppdaget i Sør-Afrika (betavarianten) bekymring. Myndighetene innførte forsterkede krav der reisende fra Sør-Afrika måtte teste seg i likhet med reisende fra Storbritannia. Den 22. januar ble reglene for innreisekarantene skjerpet, og gjeldende for alle land utenfor Norge. Det ble færre unntak, og kravet om å teste seg ble skjerpet. Beslutningen om å innføre tiltakene ble tatt under stort tidspress, og det førte til en rekke unntak og presiseringer dagen etter.

Til tross for at smittekurven pekte nedover mot slutten av januar, var det bekymring for at de nye virusvariantene skulle spre seg. Da det ble registrert et utbrudd av alfavarianten i Nordre Follo, ble målet å slå ned og forsinke de mer smittsomme virusvariantene gjennom å innføre strenge lokale tiltak i kommuner som hadde utbrudd. Den 23. januar ble det innført forsterkede smitteverntiltak i ti kommuner. Det ble også vedtatt egne kapitler i covid-19-forskriften som fastsatte like smittevernregler for kommuner med omtrent likt smittetrykk. Dermed skulle det være enklere å koordinere kommunenes smitteverntiltak i større grad.

Regjeringen innførte et ringsystem hvor hver ring (ring 1 og 2) hadde sitt eget tiltaksnivå. Kommuner som var i senter for utbruddet, hadde de strengeste tiltakene og ble betegnet som ring 1. Med denne ordningen kunne regjeringen effektivt bestemme smitteverntiltak på regionsnivå, uten at kommunegrupperingene var definert på forhånd. Statsforvalteren fikk en viktig rolle med å innhente innspill og informasjon fra kommunene.

Et av tiltakene som ble iverksatt 23. januar, var å stenge Vinmonopolet i de ti kommunene med utbrudd. Dette førte til lange køer utenfor Vinmonopolets butikker i nabokommunene. Dagen etter ble tiltaket opphevet.¹³

Det ble nødvendig å innføre strenge smitteverntiltak i ytterligere femten kommuner på Østlandet den 24. januar. Dette var randsonekommu-

ner til kommunene der myndighetene innførte tiltak dagen før. Tiltakene var ikke like strenge som i de ti kommunene som ble stengt først. «Ring 1» og «ring 2» ble nå benyttet for å kategorisere kommuner/regioner med utbrudd og randsonekommunene rundt.

Den 26. januar la regjeringen en ny plan for å håndtere utbrudd av nye virusvarianter. For å sikre at kommunene og regionene var samordnet, skulle det ved nye utbrudd gjennomføres hastemøter i regi av statsforvalteren, der berørte kommuner, helseregioner, Helsedirektoratet og FHI skulle være med. Planen spesifiserte også hvilke tiltak som burde bli iverksatt hvis det brøt ut smitte. Dette var i tråd med regjeringens beredskapsplan.

For å begrense spredning av nye virusvarianter iverksatte myndighetene 29. januar de strengeste innreiserestriksjonene under pandemien siden nedstengningen i mars året før. I utgangspunktet skulle nå bare personer som bodde i Norge, få lov til å komme inn i landet. Tiltaket fikk en rekke konsekvenser for blant annet EØS-borgere, sesongarbeidere, dagpendlere fra Sverige og familiemedlemmer som ikke ble definert som nærmeste familie.

For blant annet sesongarbeidere til vinterfisket fikk tiltakene umiddelbare konsekvenser – til stor frustrasjon for næringen. For å unngå at folk kom inn i landet med falske attester på at de hadde hatt covid-19, ble reglene rundt attester strammet inn. Nå var det bare norske attester på gjennomgått covid-19 som ga unntak fra karantene. I tillegg var det krav om negativ test og test ved ankomst.

De forsterkede tiltakene i østlandskommunene ble i noen grad lettet 30. januar. Nå omfattet de færre kommuner, og dessuten kunne barnehager og skoler gå tilbake til gult nivå.

Regjeringen mente likevel at det var nødvendig å innføre strenge tiltak i flere nye kommuner etter at alfavarianten spredte seg. Kommunene som ble rammet denne gangen, var Halden og Sarpsborg, som 31. januar ble såkalte ring 1-kommuner, mens Fredrikstad og Hvaler ble ring 2-kommuner.

Bergen og kommunene rundt ble rammet av et utbrudd av både alfa- og betavarianten i begynnelsen av februar. Kommunene ba regjeringen om å innføre strenge smitteverntiltak. Disse ble innført 7. februar.

I februar 2021 leverte Koordineringsgruppen for barn og unge statusrapport nummer 11 og anbefalte tiltak for å følge opp situasjonen. For første gang uttrykte koordineringsgruppen eksplisitt

¹³ Nettartikkel, VG, 23. januar 2021, «Vinmonopolet om åpningen: Tror dette bidrar til redusert smittespredning».

bekymring for at tiltaksbyrden for barn og unge var for høy. Dette skyldtes at smitteverntiltakene hadde vært over lang tid, og at utsatte områder hadde vært preget av vedvarende strenge tiltak.¹⁴

Den 19. februar ble de nasjonale tiltakene videreført. Det ble likevel gitt noen lettelser for barn, unge og studenter. Lettelser innebar blant annet at studenter kunne være fysisk til stede i større grad, og at barn og unge fra samme kommune kunne gjennomføre idrettsarrangementer sammen. Helse- og omsorgsminister Høie åpnet også opp igjen for fritidstidsreiser til Svalbard i vinterferien – under et strengt testregime. Denne åpningen ble vedtatt mot anbefalingene til Helse- og omsorgsdepartementet og FHI, som anbefalte at alle innenlands reiser skulle unngås. I tillegg hadde Sysselmannen på Svalbard og Helse Nord sendt bekymringsmeldinger om helseberedskapen og hva som ville skje om eventuelle virusvarianter skulle spre seg på øygruppen.

Ved utgangen av februar hadde vinteren 2020/2021 vært preget av en lang rekke innstramninger og delvise lettelser i nasjonale, regionale og kommunale tiltak. Det hadde vært krevende for myndighetene, forvaltningen, kommunene, næringslivet og befolkningen å henge med på, iverksette og etterleve tiltakene. Selv for statsministeren hadde detaljene i tiltakene og regelverket etter hvert blitt krevende å holde styr på. I mars ble det avdekket

at Erna Solberg hadde brutt smitteverntiltakene i forbindelse med feiring av hennes 60-årsdag.

I mars ble det også klart at Norge var på vei inn i tredje smittebølge.

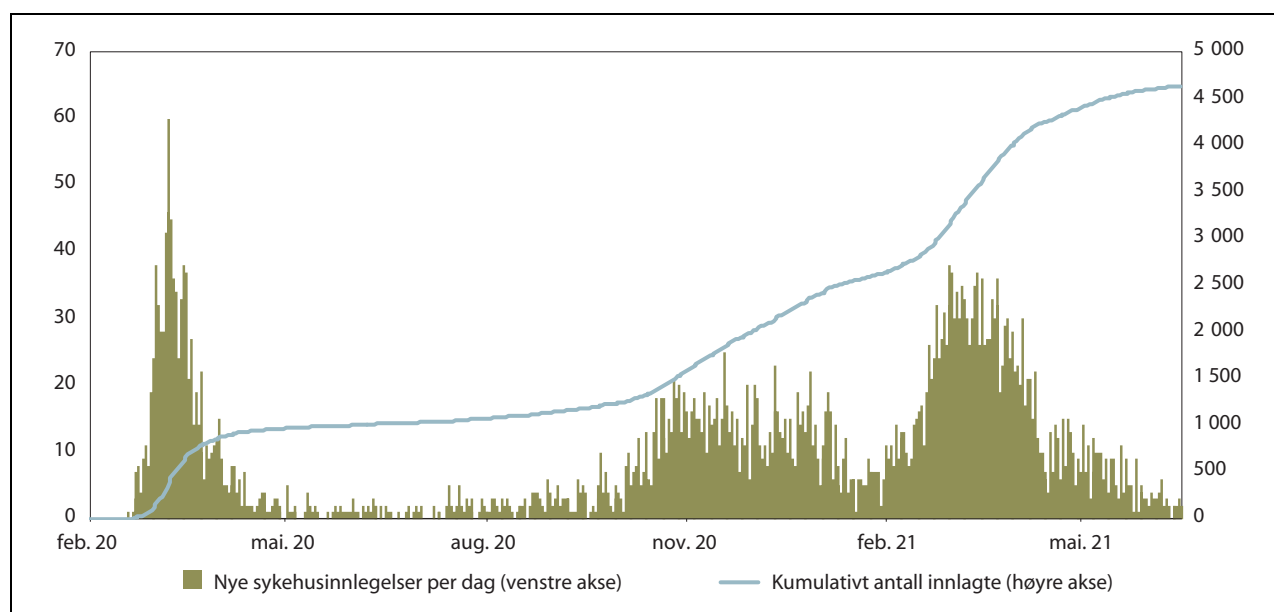
2.3 Tredje smittebølge

Ved inngangen til tredje smittebølge var utrulling av vaksiner godt i gang. Over 400 000 doser hadde blitt distribuert ut til kommunene. I tråd med regjeringens vaksinasjonsstrategi var beboere på sykehjem og eldre over 85 år vaksinert. Vaksiner av helsepersonell og eldre over 75 år var også godt i gang. Folk begynte å merke at den økende vaksinedekningen hadde effekt. Tidlig i februar var det åpnet opp for mer besøk på sykehjemmene fordi de fleste av landets sykehjemsbeboere nå hadde fått to vaksinedoser.

Gjennom pandemien hadde det vært store forskjeller i smittebelastningen i ulike deler av landet. Oslo og flere andre østlandskommuner hadde siden pandemiens start vært preget av høy smitte- og tiltaksbyrde over lang tid sammenlignet med andre deler av landet. På grunn av de store geografiske forskjellene i smitte- og tiltaksstrykk hadde regjeringen flere ganger diskutert muligheten for å prioritere vaksiner til disse områdene.

Søndag 28. februar justerte regjeringen vaksinestrategien og bestemte at vaksinene ikke lenger skulle bli fordelt basert på andelen eldre over 65 år, men etter andelen av befolkning over 18 år. Dette førte til en tilspisset debatt i mediene. Ord-

¹⁴ Rapport, Koordineringsgruppen, november 2020, «Koordineringsgruppens statusrapport nr. 11», side 7.



Figur 2.8 Første, andre og tredje smittebølge.

Kilde: FHI

føreren i Molde kritiserte koronahåndteringen i Oslo og stilte seg skeptisk til at byen skulle motta en høyere andel vaksinedoser.

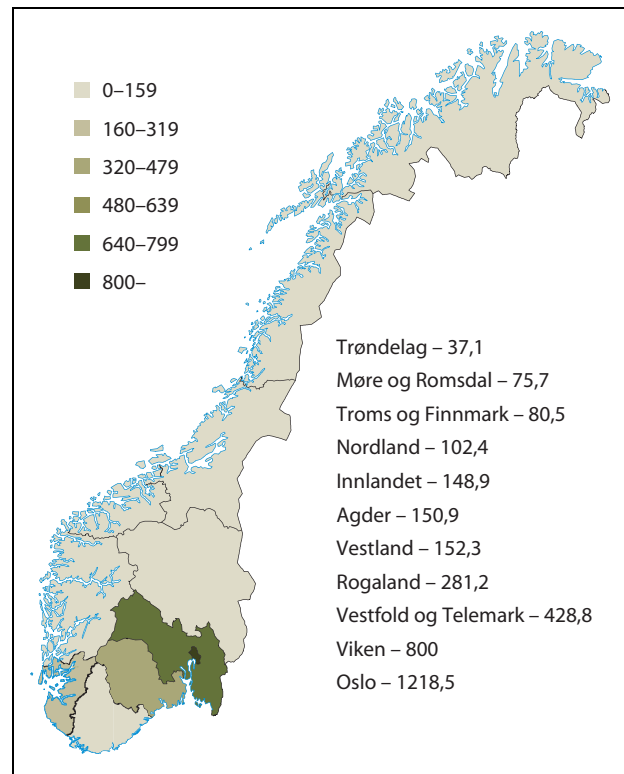
Den 8. mars vedtok regjeringen en begrenset geografisk prioritering av vaksiner. Dette førte til at seks bydeler i Oslo og fire østlandskommuner med høy smitte over lang tid fikk ca. 20 prosent større andel av vaksinene. Oslo skulle prioritere bydelene Stovner, Alna, Grorud, Bjerke, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo, som hadde hatt størst smittepress over tid.

Tredje smittebølge var preget av at de nye virusvariantene spredte seg ulikt i ulike deler av landet. I starten av mars ble det oppdaget en betydelig spredning av alfavarianten med ukjent smittevei for mange av tilfellene i Vestfold og Telemark. Den 4. mars innførte regjeringen derfor forsterkede regionale tiltak i seks kommuner i disse fylkene. Den 15. mars innførte regjeringen strenge regionale smitteverntiltak i hele Viken og Gran kommune på grunn av den økende smitten av alfavarianten.

Den 22. mars nådde Norge toppen av tredje smittebølge. Det var denne dagen 1107 nye smittede og regjeringen hadde innført strengeste tiltaksnivå i 70 kommuner i Norge. Situasjonen var ustabil og uoversiktlig med utbrudd av alfa- og betavarianten flere steder i landet. Dette førte til utfordringer for TISK-arbeidet i flere regioner. Mange ble innlagt, og dette satte sykehus og helsepersonell under press. En rekke av landets sykehus så seg igjen nødt til å stanse planlagte operasjoner og behandlinger og utsette behandling av pasienter uten covid-19-symptomer.

Den 23. mars annonserte regjeringen at de ville lette noe på smitteverntiltakene i påsken, og at folk kunne dra på hytta hvis de tok strenge forholdsregler. Hovedregelen var at de som skulle reise på hytta, skulle følge anbefalingene som gjaldt i hjemkommunen. De burde handle før avreise og ha færre kontakter enn vanlig under reisen og oppholdet. Folk som bodde i områder med mye smitte, ble oppfordret til å unngå hotell og overnattingsteder med mange mennesker. Det ble imidlertid ikke åpnet for at folk med hytte i Sverige kunne reise på hytta uten å måtte gå i karantene når de kom tilbake til Norge.

Samme dag som regjeringen annonserte påskelettelsen, innførte de også ytterligere nasjonale innstramminger. Den tidligere anbefalte «meteren» hadde nå økt til to meters avstand som nasjonal anbefaling. Dessuten anbefalte regjeringen maks to gjester på besøk og begrenset sosial kontakt. I tillegg kom en rekke forskriftsfestede innstramminger som blant annet innebar forbud



Figur 2.9 Påviste smittetilfeller pr. 100 000 i ulike fylker i Norge, mars 2021.

Kilde: FHI

mot å skjenke alkohol i hele landet, påbud om hjemmekontor der det var praktisk mulig, og forbud mot innendørs idrett for voksne.

I mars hadde regjeringen strammet betydelig inn på test- og karantenehotellreglene ved innreise. Disse endringene skyldtes bekymringer for nye virusvarianter og importsmitte. De innførte også plikt til å vente ved teststasjonen på grensen til prøveresultat var klart. Regjeringen innførte et skille mellom nødvendige og unødvendige reiser som utgangspunkt for hvorvidt reisende hadde plikt til å bo på karantenehotell eller ikke etter reise. De som ikke hadde egnet oppholdssted eller egen bolig, og som hadde vært på unødvendig reise, måtte nå på karantenehotell, enten de testet negativt eller ikke.

Det kom også nye og spesifiserte krav til hva som kunne bli regnet som et egnet oppholdssted. Et egnet oppholdssted skulle ha mulighet til å unngå nærkontakt med andre, og det skulle finnes enerom, eget bad og eget kjøkken eller matservering.

Det hadde over lengre tid vært debatt i mediene om innreiserestriksjonene, spesielt om håndteringen på grensene og ordningen med karan-



Figur 2.10 Grensekontroll ved Svinesund.

Foto: Vidar Ruud / NTB

tenehotell. De nye tiltakene økte temperaturen i debatten enda mer.

Plan for gjenåpning

I april hadde store deler av den eldre befolkningen og personer som hadde høy risiko for å bli alvorlig syk eller dø, fått sin første dose. Det var forventet at hele den voksne befolkningen skulle være vaksinert med første dose i løpet av sommeren. Samtidig var Norge midt i den tredje smittebølgen, og antallet innlagte på sykehus var på det høyeste siden toppen av den første smittebølgen våren 2020.

Til tross for den alvorlige smittesituasjonen som preget landet, gjorde tempoet i vaksineutrollingen at regjeringen 7. april kunne publisere sin plan for gradvis gjenåpning av landet: «Sammen ut av krisen». Planen beskrev fire trinn for hvordan Norge skulle gjenåpne, og ga en oversikt over hvilke tiltak som kunne lettes på i de ulike trinnene. Med tanke på den ustabile smittesituasjonen skulle «data, ikke datoer» være utslagsgivende for når de ulike trinnene i planen kunne bli realisert. I tråd med tidligere prioriteringer skulle barn og unge bli prioritert først, og deretter arbeidsplasser og næringslivet.

Den 14. april leverte Koronakommisjonen den første rapporten sin om myndighetenes håndtering av koronapandemien. Norge sto på dette tidspunktet fortsatt i en pandemisituasjon. Med henvisning til at det var viktig å evaluere alle sidene ved håndteringen, ba regjeringen kommisjonen om å fortsette arbeidet sitt.

Trinn én – første steg mot gjenåpning

Første trinn i gjenåpningsplanen ble iverksatt 15. april. Det første trinnet innebar noen lettelsers av de strenge nasjonale tiltakene som ble innført 23. mars. Blant annet gikk skoler og barnehager over til gult nivå. I områder med høyt smittepress skulle fortsatt strengere regionale tiltak og lokale forskrifter gjelde. Samtidig ble det innført lettelsers i rådene for fullvaksinerte. I private hjem kunne nå fullvaksinerte ha nær sosial kontakt med andre fullvaksinerte. I det offentlige rom var rådene like for vaksinerte og uvaksinerte.

Mot slutten av april skapte en ny virusvariant oppdaget i India (deltavarianten) bekymring. Som forebyggende tiltak innførte regjeringen blant annet skjerpede reiseråd til India. Også resten av verden var på dette tidspunkt preget av den tredje smittebølgen. Videre framover opprettholdt og



Figur 2.11 Karantenehotell ved Oslo lufthavn Gardermoen.

Foto: Stian Lysberg Solum / NTB

skjerpet regjeringen de strenge tiltakene på grensen, men lettet samtidig på enkelte restriksjoner for befolkningen i Norge.

Den 4. mai innførte myndighetene unntak for smittekarantene for koronavaksinerte. Dette gjaldt også dem som bare hadde fått første dose, og personer som hadde hatt covid-19 i løpet av de siste seks månedene. Dagen etter ble det også åpnet opp for seriespill i fotball og håndball i de to øverste divisjonene.

Den 6. mai publiserte regjeringen en oppdatert langsiktig strategi og beredskapsplan. Hovedelementene fra de tidligere strategiversjonene ble videreført, men det var økt oppmerksomhet på vaksiner, gjenåpning og sykdomsbyrde. Det ble lagt spesielt vekt på sykdomsbyrden for det som ble definert som sårbare grupper, blant annet innvandrerbefolkningen. Den 7. mai innførte regjeringen flere innstramminger i ordningen med karantenehotell. Regelendringene innebar at reisende som kom til Norge fra land utenfor EØS/Schengen, skulle være i innreisekarantene på karantenehotell, uansett om reisen hadde vært nødvendig eller ikke. Bakgrunnen for beslutningen var bekymringen for at deltavarianten skulle spre seg. På dette tidspunktet var det allerede betydelig press på kapasiteten til karantenehotel-

lene og kommunene som skulle stå for testingen, anskaffelsen av isolasjonshotell, transport, personell og helsetjenester. De nye innstrammingerne som medførte at flere hadde plikt til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell, økte kapasitetsutfordringene enda mer.

Våren 2021 var det fortsatt store geografiske forskjeller i smittetrykket og antallet sykehusinnleggelses. Geografisk skjevdeling av vaksiner var jevnlig blitt diskutert. Holden-utvalget, som hadde blitt oppnevnt for å vurdere de samfunnsøkonomiske konsekvensene av smitteverntiltakene, hadde levert sin tredje rapport i mars. I rapporten framkom skarp kritikk av at den geografiske skjevdelingen ikke var prioritert høyt nok. FHI anbefalte også å prioritere vaksiner til områder som hadde hatt høyt smittetrykk og mange innleggelses over lang tid. Den 26. mai bestemte helse- og omsorgsministeren sammen med statsministeren, at de 24 kommunene med høyest smittetrykk skulle få 45 prosent økning i andelen av vaksiner.

Trinn to i gjenåpningen

Den 27. mai 2021 ble trinn to i gjenåpningsplanen iverksatt. Det var stabile smittetall, og antallet



Figur 2.12 17-mai feiring i Trondheim 2021.

Foto: Gorm Kallestad / NTB

sykehusinnleggelseser var på vei ned. Vaksineutrollingen hadde gått etter planen, og 36 prosent av befolkningen var vaksinert. For første gang etter at pandemien startet, åpnet regjeringen for grønt tiltaksnivå i barnehager og skoler i områder med lite smitte. De åpnet også for mer fysisk undervisning for studentene. Reiser innenlands var ikke lenger frarådet, og kommunene skulle fra nå av få bestemme det lokale tiltaksnivået selv.

Ekspertgruppen for innvandrerbefolkningen ble gjenoppnevnt samme dag, med justert sammensetning og mandat. Det nye mandatet la til grunn at Norge befant seg i «pandemiens siste fase». Ekspertgruppen fikk i oppdrag å vurdere betydningen av de iverksatte tiltakene, foreslå nye, og vurdere spesielle integreringsutfordringer som hadde oppstått som følge av pandemien.

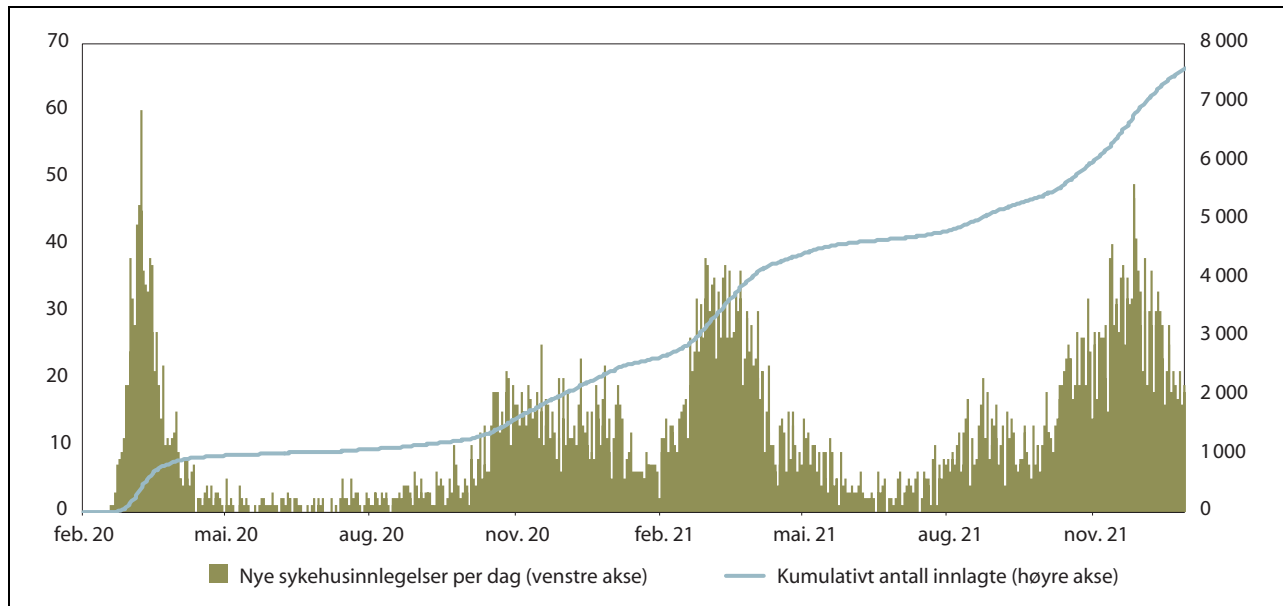
Den 27. mai innførte regjeringen også noen lettelsener i innreiserestriksjonene og reglene for karantenehotell. Skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser ble fjernet og erstattet med et system der plikten til å bo på karantenehotell var avhengig av smittesituasjonen der den reisende kom fra. Flere kunne være i karantene i eget hjem, og barn slapp karantenehotell hvis de reiste med fullvaksinerte som hadde fått to doser. Myndighetene åpnet også for unntak fra plikten til å bo på karantenehotell ved sterke velferdshensyn.

I begynnelsen av juni 2021 økte antall reisende til Norge. Dette førte til økt trykk på det allerede presederte systemet med grensekontroll og karantenehotell. Samtidig ble ordningen med koronasertifikat utviklet. Den 11. juni endret myndighetene smittevernloven for å tilrettelegge for bruk av koronasertifikat i Norge. Samtidig tilrettela de for at Norge kunne bli en del av den felles EU-løsningen for koronasertifikat som var i ferd med å bli etablert.

Trinn tre i gjenåpningen

Gjenåpningen av Norge fortsatte. Den 18. juni ble trinn tre i gjenåpningsplanen iverksatt. Det ble åpnet for mer besøk i private hjem, og flere kunne være til stede på arrangementer samtidig. Det kom spesielle lettelsener for barn og unge som innebar at de nå kunne delta på idretts- og kulturarrangementer på tvers av regioner.

Statsminister Solberg understreket på pressekonferansen 18. juni at gjenåpningen forutsatte opprettholdelse av strenge innreiserestriksjoner. Mot slutten av juni og begynnelsen av juli kom det likevel lettelsener i disse. Smittetrykket i Europa var på vei ned. Myndighetene anbefalte fortsatt at folk dro på norgesferie i stedet for til utlandet, men det ble enklere å reise innenfor Skandinavia. Myndighetene åpnet for norsk, svensk og dansk korona-



Figur 2.13 Første, andre, tredje og fjerde smittebølge.

Kilde: FHI

sertifikat. Fullvaksinerte, og de som hadde vært syke med covid-19 i løpet av de siste seks månedene, ble helt unntatt fra kravet om innreisekarantene. Det ble videre vedtatt at det skulle bli enklere for kjærester, andre familiemedlemmer og idrettsutøvere og støttepersonellet deres å reise til Norge. Det kom også store lettelser i ordningen med karantenehotell.

Norge harmoniserte fargene for smittetrykk i forskjellige land med EU, og det ble åpnet for at reisende til og fra Norge kunne bruke koronasertifikat innenfor EU-/EØS-området. Reiserådene for EØS/Schengen, Storbritannia og enkelte land på EUs tredjelandsliste ble opphevet fra 5. juli. Til tross for alle lettelsene var det fortsatt krav til innreiseregistrering og test på grensen for dem som ikke var fullvaksinert eller ikke hadde vært syke med covid-19 de siste seks månedene.

Den 5. juli 2021 publiserte regjeringen en oppdatert langsiktig strategi og beredskapsplan. I den oppdaterte beredskapsplanen ble «en normal hverdag med økt beredskap» lansert som navn på fasen etter trinn fire i gjenåpningsplanen. I strategien ble sommeren 2021 beskrevet som en mulig overgangsperiode fram mot denne fasen. Berørte samfunnssektorer, herunder kommuner, helsevesen og justissektoren fikk i oppdrag å lage beredskapsplaner for fasen «en normal hverdag med økt beredskap».

Mot slutten av juli begynte smitten igjen å øke i Norge og resten av verden. Det var også sterk usikkerhet knyttet til deltavarianten og hvordan

smitten ville utvikle seg. Den 28. juli annonserte regjeringen at fortsettelsen av gjenåpningen skulle settes på vent. Barn og unge skulle fortsatt være prioritert, og skolene skulle åpne på grønt nivå etter sommerferien. Regjeringen ba likevel om at områder med mye smitte planla med at barnehager og skoler skulle åpne på gult nivå.

Den 13. august kunngjorde regjeringen at trinn fire i gjenåpningsplanen skulle iverksettes tre uker etter at alle voksne over 18 år hadde fått første vaksinedose.

2.4 Fjerde smittebølge

To uker etter skolestart var Norge på vei inn i fjerde smittebølge med lokale utbrudd som gjorde situasjonen krevende for en rekke kommuner. Skolestarten førte til at smitten økte betydelig i kommuner som allerede hadde høy smitte. Den økte spesielt blant de unge som hadde startet på skolen, og den var høyest i aldersgruppen 13 til 19 år. Den 2. september kunngjorde regjeringen at den videre gjenåpningen måtte bli utsatt. Kommuner med mye smitte ble nå oppfordret til igjen å vurdere gult nivå på skolene. Regjeringen kunngjorde også at barn i alderen 12 til 15 år skulle få tilbud om vaksine.

Lørdag 25. september kunne endelig en normal hverdag med økt beredskap iverksettes. Med unntak av kravet til isolasjon ved covid-19-sykdom ble alle restriksjonene innenlands fjernet.



Figur 2.14 Gjenåpningen av Norge 25. september 2021.

Foto: Naina Helén Jåma / NTB

2.5 Femte smittebølge

Mot slutten av november økte bekymringene for omikronvarianten, en ny virusvariant som hadde blitt oppdaget i Sør-Afrika. Til tross for at det ble iverksatt umiddelbare innreisetilak og restriksjoner, spredte smitten seg raskt. Den etterfølgende perioden og vinteren ble preget av sterkt økende smitte og nye, strenge smitteverntiltak. Befolkningen måtte feire julen 2021 med restriksjoner på sosial kontakt, strenge krav til å isolere seg ved smitte og karantene for nærkontakter. Igjen skulle barnehager og skoler være på rødt nivå, og det ble innført skjenkestopp ved midnatt.

Regjeringen lettet på tiltakene 13. januar 2022.

Covid-19-pandemien - En langvarig krise med konsekvenser for samfunn og befolkning

På tidspunktet da vi avsluttet vår granskning av myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien den 31. oktober 2021, hadde over 200 000 blitt registrert smittet.¹⁵ Totalt hadde 7004 pasienter vært innlagt på landets sykehus med covid-19, og av disse hadde 5581 pasienter covid-19 som

hovedårsak. Av disse igjen hadde 1079 pasienter vært innlagt på intensivavdelinger. 900 hadde dødd som direkte følge av covid-19.¹⁶ 87 prosent av befolkningen over 18 år var vaksinert med to doser.

Per 1. april 2022, like før vår rapport gikk i trykken, hadde 1,4 millioner nordmenn blitt registrert smittet. Over 2500 hadde dødd som følge av covid-19. Ifølge beregninger gjort av forskere ved Statistisk sentralbyrå (SSB) har pandemien ført til en reduksjon i BNP for Fastlands-Norge på 214 mrd. 2019-kroner.¹⁷ Samlet anslår forskerne at de totale realøkonomiske kostnadene (kostnader knyttet til produksjon og forbruk) av pandemien i perioden 2020–2023 ligger på rundt 270 mrd. 2019-kroner. Det tilsvarer 8,6 prosent av fastlands-BNP for 2021. Reduksjonen i BNP som følge av pandemien er bare én del av de samlede kostnadene ved pandemien.

¹⁵ Nettartikkel, «Cumulative confirmed COVID-19 cases», ourworldindata.org, 27. mars 2022.

¹⁶ Nettartikkel, «Cumulative confirmed COVID-19 deaths», ourworldindata.org, 27. mars 2022.

¹⁷ I perioden fra februar 2020 til og med november 2021.

Det er grunn til å anta at det samlede samfunnsøkonomiske tapet er større enn tapet i BNP, blant annet på grunn av redusert velferd som følge av smitteverntiltak. Ett år etter at pandemien kom til Norge, svarte nesten 1 av 3 at de var lite fornøyde med livet. Det var betydelig flere enn året før (Rønning 2021).

Koronapandemien er en helse- og samfunnskrise som siden mars 2020 har rammet hele Norge og alle deler av samfunnet. Det har vært

betydelige variasjoner i tiltaksbyrde og hvilke konsekvenser smittespredning og iverksatte tiltak fikk for ulike deler av landet, ulike virksomheter, yrkesgrupper og deler av befolkningen. I resten av rapporten skal vi gå nærmere inn på sentrale sider ved myndighetenes håndtering av covid-19 og de konsekvensene smittespredning og iverksatte tiltak fikk for ulike deler av samfunnet og befolkningen.

Kapittel 3

Om kommisjonen

3.1 Mandatet og statsministerens brev 12. mai 2021

Kommisjonen leverte sin første rapport 14. april 2021 til daværende statsminister Erna Solberg. Da rapporten ble overlevert, ble det besluttet at kommisjonen skulle fortsette arbeidet sitt. Kommisjonens tidligere leder Stener Kvinnsland trådte tilbake av personlige grunner, og Egil Matsen ble oppnevnt som ny leder. Resten av medlemmene fortsatte i kommisjonen. Det ble utnevnt tre kommisjonsmedlemmer til i juni 2021.

Vi fortsatte arbeidet vårt med samme mandat. Mandatet i sin helhet er gjengitt i den første rapporten vår.¹ Etter mandatet skal kommisjonen gjøre en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien. Kommisjonen skal blant annet fremme forslag om tiltak vi mener er nødvendige for å få en bedre framtidig beredskap og krisehåndtering.

I tillegg ble kommisjonen i brev 12. mai 2021 fra statsminister Erna Solberg spesielt bedt om å

- granske regjeringens arbeid med å sikre Norges befolkning vaksiner og sammenligne denne med sammenlignbare land utenfor EU som Israel og Storbritannia
- granske strategien for utrulling av vaksiner, herunder prioriteringer og tempo
- gjøre en grundig vurdering av behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene og på den bakgrunn fremme anbefalinger om hvor mye kapasitet og bemanning bør økes for å gjøre sykehusene rustet til å møte eventuelle kommende pandemier
- gjøre en grundig vurdering av situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger under pandemien og fremme forslag til nødvendige tiltak for tilstrekkelig rekruttering og stabilisering i denne delen av tjenesten

¹ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 3 punkt 3.2.1.

Bakgrunnen for denne forespørselen fra statsministeren var et vedtak Stortinget fattet 4. mai 2021 etter at statsministeren hadde redegjort for kommisjonens første rapport.

3.2 Kommisjonens medlemmer

Kommisjonen har i arbeidet med den andre og avsluttende rapporten hatt følgende sammensetning:

- Egil Matsen (leder), daglig leder og professor II, Trondheim
- Astri Aas-Hansen, tingrettsdommer, Asker
- Geir Sverre Braut, professor, Bryne
- Knut Eirik Dybdal, daglig leder, Harstad
- Tone Fløtten, daglig leder, Oslo
- Rune Jakobsen, tidligere sjef for Forsvarets operative hovedkvarter og nå pensjonist, Grimstad
- Toril Johansson, tidligere ekspedisjonssjef og nå pensjonist, Oslo
- Christine Korme, kommunikasjonsdirektør, Oslo
- Nina Langeland, professor, Bergen
- Rolv Terje Lie, professor, Straume
- Per Arne Olsen, statsforvalter, Tønsberg
- Pål Terje Rørby, ordfører, Hemsedal
- Ayan Bashir Sheikh-Mohamed, lege, Oslo

Tidligere administrerende direktør og nå pensjonist Peder Olsen var også medlem av kommisjonen fra juni 2021 og fram til han gikk inn i styret til Helse Sør-Øst i januar 2022. Olsen valgte da å trekke seg fra kommisjonen.

Vi har hatt 12 kommisjonsmøter i arbeidet med denne andre rapporten. I tillegg har det vært en rekke mer uformelle møter, samtaler og korrespondanser. De fleste kommisjonsmøtene har vært heldagsmøter over flere dager. Medlemmene i kommisjonen har også forberedt, deltatt i og ledet de formelle forklaringene.

Sekretariatet

I arbeidet med den andre rapporten har kommisjonen engasjert et eget sekretariat. Sekretariatsmedlemmene har hatt permisjon fra de ordinære stillingene sine. Sekretariatet har hatt følgende sammensetning:

- Ida Skirstad Pollen (sekretariatsleder), lagdommer i Borgarting lagmannsrett
- Linda Aamodt, seniorkonsulent hos Kommuneadvokaten i Oslo
- Anne Skevik Grødem, professor ved Institutt for samfunnsforskning
- Marianne Aasland Kortner, seniorrådgiver hos Sivilombudet
- Kristin Rande, fagdirektør i Etterretningstjenesten
- Henrik Shetelig, advokat hos Kommuneadvokaten i Oslo
- Olav Haldorsson Slettebø, økonom hos Statistisk sentralbyrå
- Frode Veggeland, professor ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo
- Anna Kiperberg Werenskjold, lege ved Oslo universitetssykehus

3.3 Organiseringen av arbeidet

I oppstarten av arbeidet med denne rapporten bestemte vi oss for å organisere arbeidet i seks delprosjekter:

- kommunelegers og kommunale smittevernlevers situasjon under pandemien
- sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene
- importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene
- myndighetenes arbeid for å skaffe Norges befolkning vaksiner
- vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen
- pandemien rammet skjevt

En slik inndeling har vist seg å være hensiktsmessig.

Ved valget av delprosjekter tok vi utgangspunkt i temaene som var omhandlet i brevet 12. mai 2021 fra statsministeren. Disse er hver for seg omfattende, og det var derfor nødvendig å innrette arbeidet etter dette.

I tillegg til temaene i brevet fra statsministeren bestemte vi oss også for å ta med et delprosjekt der vi gransket myndighetenes arbeid med å hin-

dre og/eller begrense spredningen av covid-19-smitte fra utlandet. Vi kalte denne delen av arbeidet «importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene». Vi la til grunn at det vil være viktig å se på beslutningsprosessene, selve håndteringen og konsekvensene av tiltakene som ble innført mot importsmitte, slik at vi kan lære av dem for framtidig krisehåndtering.

Under pandemien har det vært stor oppmerksomhet rundt enkelte grupper av samfunnet som ser ut til å ha blitt spesielt hardt rammet. Vi mente det var viktig å se nærmere på noen av disse gruppene, både om det er riktig at de har blitt særlig hardt rammet og hva som i tilfelle var årsakene til dette. Vi valgte derfor å ta med et delprosjekt med overskriften «pandemien rammet skjevt». Under dette delprosjektet tok vi for oss blant annet barn og unge, innvandrerbefolkningen og kommunale tjenester til enkelte sårbare grupper.

I hvert av delprosjektene har vi arbeidet med å kartlegge hva som faktisk skjedde under pandemien, hvorfor det skjedde, hvilke konsekvenser det fikk, og hvilke læringspunkter og anbefalinger vi kan trekke ut av det. Under hvert deltema har vi vært opptatt av en del tverrgående dimensjoner som samhandling og kommunikasjon, omstillings-evne og fleksibilitet, beslutningsprosesser og lokale og regionale forhold.

Det har vært viktig for oss å se på hvilke deler av myndighetenes håndtering som vi mener kan gi grunnlag for læring, og dette har ligget til grunn ved valget av granskingstemaer. Det kunne nok likevel vært flere temaer, men på grunn av rammene for arbeidet vårt har vi vært nødt til å prioritere de temaene som vi har ansett som viktigst.

3.4 Avgrensninger i arbeidet

Kommisjonens mandat og bestillingen i brevet fra statsministeren 12. mai 2021 er svært bredt, og vi har derfor måttet avgrense arbeidet, både tematisk og i tid.

I *mandatet* er det gitt to absolutte avgrensninger. For det første skal ikke kommisjonen ta stilling til straffansvar eller annet rettslig ansvar i forbindelse med håndteringen av pandemien. For det andre skal ikke kommisjonen evaluere tiltakene som umiddelbart ble iverksatt for å dempe de økonomiske konsekvensene for blant annet bedrifter og arbeidstagere, eller tiltakene som skal bidra til å få den norske økonomien på fote igjen. Disse avgrensningene står beskrevet nærmere på side

33 i vår første rapport, og denne forståelsen er lagt til grunn i vårt videre arbeid.

Mandatet viser til «myndighetenes håndtering», men angir ikke nærmere *hvilke myndigheter* kommisjonen skal granske. Siden det er regjeringen som har nedsatt kommisjonen, er det mest nærliggende å granske og vurdere håndteringen til den utøvende statsmakten, altså regjeringen og forvaltningsmyndighetene.

I tillegg har statsministeren i bestillingen 12. mai 2021 bedt kommisjonen spesielt om å vurdere behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene og å vurdere kommunelegenes situasjon under pandemien. Dette innebærer at granskingen vår også har omfattet deler av spesialisthelsetjenesten og deler av kommunesektoren. Det følger av mandatet at kommisjonen står fritt til å vurdere andre forhold og tiltak som evalueringen viser at det er behov for og som kan ha betydning for samfunnets krisehåndtering. Vi har i arbeidet vårt sett behov for å se nærmere på hvordan pandemien og smitteverntiltakene har rammet barn og unge, innvandrerbefolkningen og kommunale tjenester som enkelte sårbare grupper har behov for. Vi har som nevnt behandlet dette i delprosjektet «Pandemien rammet skjevt». Også innenfor dette delprosjektet har granskingene og evalueringene våre omfattet deler av kommunesektoren.

Kommunesektoren har imidlertid hatt omfattende forvaltningsoppgaver knyttet til pandemien, både som myndighetsutøver og tjenesteyter, og disse oppgavene går utover det som vi har gransket og evaluert. Kommunene har stått i en av førstelinjene i pandemiarbeidet, og de har som ledd i smitteverntiltakene mot koronaviruset fått mange nye oppgaver å håndtere. Utover det vi har nevnt ovenfor, og som naturlig faller inn under delprosjektene vi har arbeidet etter, har vi ikke gransket eller evaluert kommunesektorens håndtering av pandemien.

Mandatet angir heller ikke hvilken *tidsperiode* vi skulle granske. I den første rapporten vår konsentrerte vi oss mest om den første smittebølgen fra det første smittetilfellet i Norge 26. februar 2020 og til 7. mai 2020. Myndighetenes håndtering sommeren og høsten 2020 gransket vi ikke like grundig.

I denne andre rapporten har vi konsentrert oss om myndighetenes håndtering etter den første smittebølgen. Likevel vil det i enkelte av delprosjektene også beskrives hva som skjedde fra pandemien brøt ut våren 2020. Dette gjelder for delprosjektene om helseforetakene og kommunelegene. I granskingen av helseforetakene har vi

også sett på intensivberedskapen og sykehusenes kapasitet forut for pandemien.

Av hensyn til tid og kapasitet bestemte vi i en tidlig fase av arbeidet med denne andre rapporten å sette en sluttdato for vår myndighetsgransking. Denne datoen ble satt til 31. oktober 2021. Arbeidet som inngår i å hente inn, bearbeide og analysere relevant informasjon gjør at det ikke ville vært mulig å granske håndteringen løpende fram til rapporten ble levert.

Til tross for disse avgrensningene strekker perioden for granskingen vår seg over et betydelig tidsrom. I dette tidsrommet er det innført et stort antall nasjonale, regionale og lokale smitteverntiltak som har rammet hele samfunnet til ulik tid og på ulike måter. Vi så derfor tidlig at det ikke ville være mulig eller hensiktsmessig å forsøke å dekke alle sidene av myndighetenes håndtering fram til 31. oktober 2021. Dette innebærer at det er en rekke smitteverntiltak som ikke blir belyst i denne rapporten.

Pandemien vil ha virkninger i det norske samfunnet i lang tid framover. Pandemien er dessuten ikke over, og mange av *konsekvensene* er fremdeles ikke målbare eller synlige. Som i den første rapporten vår har vi primært prioritert å se nærmere på konsekvenser som

- er vesentlige eller alvorlige for samfunnet eller et forholdsvis stort antall personer
- det er praktisk gjennomførbart å skaffe informasjon om innenfor kommisjonens tidsramme
- kan gi grunnlag for læring og forbedring

Innenfor de enkelte *delprosjektene* har vi også måttet avgrense omfanget. Vi har for eksempel ikke kunnet foreta noen grundig gransking av alle landets helseforetak eller alle landets kommuneleger. Vi har derfor sett på et utvalg av både helseforetak og kommuneleger etter nærmere kriterier. Slike avgrensninger utdyper vi nærmere under de enkelte delprosjektene.

Utover å belyse noe av den bistanden Forsvaret har gitt i myndighetenes håndtering av importsmitte, omtaler vi i liten grad forsvarssektoren. Forsvarets bistand i sivile kriser er viktig, men innenfor rammene for arbeidet vårt har det ikke vært mulig å gå grundigere inn i de mange problemstillingene og dilemmaene som kan oppstå ved slik bistand.

Flere *sikkerhetspolitiske utviklingstrekk* har blitt forsterket under covid-19-pandemien.² Dette er viktige utfordringer. Med tanke på kommisjonens

² Meld. St. 5 (2020–2021) *Samfunnssikkerhet i en usikker verden*.

mandat om å granske myndighetenes håndtering av selve pandemien mener vi likevel at problemstillingen ligger utenfor mandatet.³

3.5 Rettslige rammer

Koronakommisjonen er et forvaltningsorgan, jf. forvaltningsloven § 1. Kommisjonen er dermed omfattet av regelverk som gjelder for virksomheten til offentlige forvaltningsorganer, for eksempel forvaltningsloven, offentleglova, arkivlova og regler for behandling av personopplysninger. De rettslige rammene er også omtalt i den første rapporten vår.⁴

Mandatet fastslår at kommisjonen skal følge reglene og prinsippene i Justis- og beredskapsdepartementets Rundskriv G-48/75 Regler for granskingskommisjoner. Vi har fulgt retningslinjene så langt de passer for oppdraget vårt. Vi har også lagt vekt på å følge alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper om forsvarlig saksbehandling og anerkjente prinsipper for granskingsarbeid.⁵

Den 4. desember 2020 vedtok Stortinget en egen lov om informasjonstilgang for Koronakommisjonen.⁶ Formålet med loven har vært å sikre at kommisjonen har fått tilgang til nødvendige opplysninger for å få utført arbeidet i henhold til mandatet. I loven § 2 går det fram at enhver uten hinder av taushetsplikt kan gi kommisjonen opplysninger som er nødvendige for kommisjonens arbeid. Videre står det i § 3 at kommisjonen, og alle som arbeider i eller utfører tjenester for kommisjonen, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 f. Vi har også hjemmel til å behandle personopplysninger uten samtykke fra dem opplysningene gjelder, når opplysningene er nødvendige for arbeidet, jf. loven § 4. Kommisjonens arkiv vil i henhold til loven § 6 bli overlevert til Arkivverket når arbeidet vårt avsluttes.

Statsminister Erna Solberg ga 23. juni 2020 en instruks om opplysningsplikt overfor kommisjo-

nen.⁷ Instruksen innebærer at alle som jobber i forvaltningsorganer som er underlagt Kongens instruksjonsmyndighet, har forklaringsplikt overfor kommisjonen. Andre enn disse har ikke hatt forklaringsplikt, for eksempel ansatte i helseforetak, ansatte i kommunene og regjeringsmedlemmer. Alle som vi har kontaktet, og som ikke har vært underlagt forklaringsplikten, har imidlertid samtykket til å forklare seg for kommisjonen.

Gjennom kommisjonens postjournal har offentligheten hatt anledning til løpende innsyn i vårt arbeid. Vi har ført regelmessig journal over inn- og utgående dokumenter, og i alt er det opp mot 1450 poster i journalen vår.

Kongen i statsråd vedtok 14. august 2020 en midlertidig innsynsforordning for Koronakommisjonen.⁸ Forordningen ga oss hjemmel til å bestemme at krav om innsyn i dokumenter vi mottok fra andre forvaltningsorganer, skulle bli behandlet av organet som hadde sendt oss dokumentet. Vi har selv behandlet innsynskrav i de interne dokumentene våre, våre egne henvendelser til forvaltningsorganer og korrespondanse med andre virksomheter enn forvaltningsorganer.

I alt har sekretariatet behandlet 16 innsynsbegjæringer. Kommisjonen har mottatt to klager på delvis avslag om innsyn, og disse fikk en fornyet behandling. Etter andre gangs behandling, ble det gitt merinnsyn. Ingen av avgjørelsene har gått til klageinstansen til kommisjonen, som er Klagenemnda for Koronakommisjonen.⁹

3.6 Tilgang til opplysninger

Kommisjonen har i arbeidet med begge rapportene valgt en arbeidsform som har vært preget av skriftlighet, og vi har ønsket å hente inn og granske dokumentasjonen selv. Dokumentasjonen som vi hentet inn i forbindelse med den første rapporten vår, har også vært en viktig del av informasjonsgrunnlaget for den andre rapporten.

I forbindelse med denne andre rapporten har kommisjonen på ny sendt en lang rekke brev til ulike offentlige instanser og bedt om dokumenta-

³ Regjeringen har nedsatt en totalberedskapskommisjon for å vurdere hvordan de samlede beredskapsressursene kan bli benyttet best mulig. Den skal levere vurderingene sine i en NOU i juni 2023. Pressemelding, Justis- og beredskapsdepartementet, 21. januar 2022, «Regjeringen setter ned en totalberedskapskommisjon».

⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 35–36.

⁵ Se NOU 2009: 9 *Lov om offentlige undersøkelseskommisjoner*.

⁶ Lov av 4. desember 2020 nr. 136 om informasjonstilgang m.m. for den uavhengige kommisjonen som skal gjennomgå og evaluere myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien i Norge (Koronakommisjonen).

⁷ FOR-2020-06-23-1296 Instruks om tilgang til opplysninger for kommisjonen som skal gjennomgå og trekke lærdom fra covid-19-utbruddet i Norge (Koronakommisjonen).

⁸ FOR-2020-08-14-1641 Mellombels forskrift om håndtering av enkelte innsynskrav som blir fremja overfor kommisjonen som skal gå gjennom og trekke lærdom fra styresmaktene si håndtering av covid-19-utbrotet i Norge (Koronakommisjonen).

⁹ FOR-2020-11-20-2447 Mellombels forskrift om klagenemnd for handsaming av klager over Koronakommisjonen sine avgjerder etter offentleglova.

sjon, redegjørelser og informasjon som kan belyse myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien. Vi ga relativt korte svarfrister, selv om henvendelsene til tider var omfattende. Vi har likevel fått tilgang til dokumentasjonen vi spurte etter. Dette gjelder også for gradert informasjon og regjeringsnotater.

Samtidig har flere bedt om utsettelse basert på at det har vært krevende å sammenstille og systematisere dokumentasjonen vi ba om, og samtidig håndtere pandemien. Vi har innvilget utsettelsene det er bedt om. Dokumentasjonen vi har samlet inn, har vært svært omfattende.

Ved siden av formelle forklaringer har kommisjonen og sekretariatet holdt i alt 36 uformelle møter med sentrale aktører og møtt nærmere 150 personer.

Vi har også vært på befaringer på flere karantenehotell, ved grensekontrollen og på sykehus.

Videre har vi hentet inn utredninger fra eksterne fagmiljøer. I arbeidet med denne rapporten har vi hentet inn ni rapporter. I tillegg hentet vi inn 15 utredninger i forkant av den første rapporten, og disse har vært nyttige også i det videre arbeidet. Utredningene har gitt faglige innspill til kommisjonen og er brukt og vist til i rapporten. Utredningene i sin helhet følger som digitale vedlegg til rapporten.

3.7 Forklaringer

En viktig del av kommisjonens granskingsarbeid har vært å hente inn formelle forklaringer. Vi har valgt å hente inn forklaringer fra personer som har stått midt i den faktiske pandemihåndteringen, som helsepersonell, kommuneleger og ansatte i forvaltningen. I tillegg har vi hentet inn forklaringer fra ledere og direktører innenfor den offentlige forvaltningen og fra regjeringsmedlemmer. Vi har fått forklaringer fra nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Til sammen har vi hentet inn 78 formelle forklaringer.

Vi startet med å gjennomføre de formelle forklaringene i november 2021, etter å ha gransket en betydelig del av de innhentede dokumentene. Forklaringene ble dermed brukt til å bekrefte eller avkrefte hypoteser, til å innhente informasjon for å tette hull og til å fylle ut bildet der det fantes begrenset med dokumentasjon. Forklaringene har vært viktige for kunnskapen som kommisjonen samlet sett sitter med.

Det har også vært viktig at enkeltpersoner gjennom de formelle forklaringene har fått mulighet til å uttale seg om eventuelle kritiske påstan-

der eller imøtekomme disse, slik at hensynet til kontradiksjon er blitt ivaretatt (altså hensynet til å kunne komme med motsigelser til andres påstander). Derfor har vi, så langt det har vært mulig, gjennomført forklaringene i en bestemt rekkefølge. Hvis vi har trodd at noen kan komme med kritikk, har de forklart seg før personene som eventuelt kunne blitt utsatt for kritikk, og ledere har forklart seg etter sine underordnede.

Alle som har forklart seg, har først mottatt en skriftlig innkalling, der de praktiske og rettslige rammene for forklaringen har blitt presentert. Opplysningene ble også gjentatt i innledningen til hver forklaring. Vi har ført referat og tatt lydopptak fra alle forklaringene. Alle som har forklart seg, har deretter fått lest gjennom referatet og har kunnet komme med korrigeringer eller suppleringer til referatet.

3.8 Administrative forhold

Kommisjonen har samarbeidet med kompetansemiljøer på enkeltområder for å lette gjennomføringen av det omfattende granskingsarbeidet. PwC har bistått med å føre og renskrive referatene fra de formelle forklaringene. I arbeidet med å ferdigstille rapporten har vi engasjert språkkonsulentene Miika Brenna Jarsve og Hilde Flått fra NTB Arkitektst for å bistå med språkvask og korrektur. 07 Media har bistått med designet til forsiden, tidslinjene, grafikk, figurer og tabeller.

Kommisjonen har vært administrativt underlagt Statsministerens kontor. Kommisjonen har fått støtte fra Statsministerens kontor til å håndtere administrative sider ved kommisjonens virksomhet, som budsjett- og økonomiforvaltning, avklaring av sikkerhetsspørsmål og gjennomføring av sikkerhetsklareringer, IKT-støtte og rent administrative forhold ved sekretariatstilsettinger.

3.9 Takk

Kommisjonen takker alle enkeltpersoner, fageksperter og ledere fra svært mange offentlige etater, virksomheter og organisasjoner som har bidratt med sine erfaringer, innsikter og faglige vurderinger. Vi takker alle som har vist stor samarbeidsvilje og besvart henvendelsene våre, stilt opp på uformelle møter og til formelle forklaringer, til tross for pågående krisehåndtering og høy arbeidsbelastning. Vi er møtt med åpenhet og et sterkt ønske om å lære av pandemihåndteringen.

Arbeidet ble avsluttet 26. april 2022.

Del II
Overordnet om krisehåndteringen

Kapittel 4

Myndighetenes styring og samhandling

4.1 Innledning

I den første rapporten vår gransket vi myndighetenes pandemiberedskap og håndtering av pandemien fram til gjenåpningen sommeren 2020.¹ Vi gjorde også noen overordnede vurderinger av utviklingen utover høsten 2020. I denne delen av rapporten (del II) vil vi først gjøre nærmere rede for hvordan regjeringen og det øverste statsapparatet utøvde funksjonene sine etter gjenåpningen sommeren 2020 fram til vi avsluttet vår myndighetsgranskning 31. oktober 2021. Vi vil også se på kommunenes ansvar og samhandling med statlige organer. Til slutt vil vi gjøre rede for hvordan Grunnloven og de menneskerettslige konvensjonene som Norge er bundet av, setter rammer for hvilke inngrep myndighetene kan gjøre overfor borgerne. I redegjørelsen bygger vi på sentrale problemstillinger, observasjoner og læringspunkter fra den første rapporten vår.

Vi har i denne delen av rapporten konsentrert oss om hvordan myndighetene har innrettet krisehåndteringen, hva de har gjort, og hva de ikke har gjort. Formålet er å gi et utgangspunkt og et grunnlag for den granskningen vi gjør i de andre delene av rapporten. I de andre delene vil vi gi en grundig beskrivelse og vurdering av myndighetenes arbeid med de ulike sidene av pandemien og konsekvensene av dette arbeidet.

Innledningsvis i denne delen peker vi på noen særtrekk ved covid-19-pandemien. Vi gjør også rede for de overordnede prinsippene for krisehåndtering i Norge og noen særlige dilemmaer som kan oppstå ved håndteringen av en krise som covid-19-pandemien.

Covid-19 pandemien – en nasjonal krise

Kriser er brå, uønskede situasjoner eller hendelser som truer den bestående orden, viktige sam-

funnsstrukturer eller grunnleggende verdier som sikkerhet, velferd, liv og helse, og som ikke kan bli løst ved hjelp av ordinære rutiner (Boin mfl. 2017, side 5). Håndtering av kriser forutsetter raske beslutninger under stor usikkerhet, med manglende eller mangelfullt beslutningsgrunnlag.²

Covid-19-pandemien var en krise med flere særtrekk:

- Den påvirket hele landet.
- Årsak og viktige virkemidler for å håndtere krisen befant seg utenfor landet.
- Det var en langvarig krise med flere akutte faser
- Den var gjennomgripende i den forstand at den rammet hele samfunnet.
- Den var grenseoverskridende og sektorovergripende ved at den krysset nasjonale og regionale skillelinjer, rammet på tvers av ulike sektorer og samfunnsdomener og var preget av at forstyrrelser i én samfunnssektor fikk direkte konsekvenser for en annen sektor.
- De ansvarlige for å håndtere krisen var selv direkte berørt (regjeringsapparatet og forvaltningen).

Sentral krisehåndtering

Tydelig rolle- og ansvarsdeling, kunnskap, planer og øvelser er forutsetninger for god krisehåndtering. I Norge er det fire grunnleggende prinsipper for beredskap og krisehåndtering. Disse er definert slik i samfunnssikkerhetsinstruksen:³

1. *Ansvarsprinsippet* som innebærer at den organisasjon som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området.
2. *Likhetsprinsippet* som betyr at den organisasjon man opererer med under kriser i utgangs-

¹ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Se spesielt kapittel 6, 14–17 og 19.

² Ibid.

³ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet, kapittel III.

punktet skal være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig

3. *Nærhetsprinsippet* som betyr at kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulig nivå.
4. *Samvirkeprinsippet* som betyr at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Ansvarsprinsippet innebærer blant annet at departementene har ansvar for arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering innenfor sin sektor. De fleste utfordringer innen samfunnssikkerhet går imidlertid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Det er framhevet i samfunnssikkerhetsinstruksen at statsrådets konstitusjonelle ansvar og ansvarsprinsippet ikke står i veien for hensiktsmessig samordning.⁴ I siste instans er det regjeringens kollektive ansvar å finne de løsningene som samlet sett er best når utfordringer går på tvers av hver enkelt statsråds ansvarsområde.⁵

Flere offentlige utvalg har drøftet hvordan disse prinsippene blir benyttet under håndteringen av en krise, og de ulike utfordringer som håndteringen av hver enkelt krise byr på. Ledelse, organisering, roller og ansvar, og ikke minst behovet for tverrsektoriell koordinering, har vært viktige temaer for disse utvalgene.

I år 2000 rettet det såkalte sårbarhetsutvalget, ledet av Kåre Willoch, oppmerksomhet mot svakheter ved systemet for nasjonal krisehåndtering i lys av nye og komplekse sårbarheter i det moderne samfunnet og det økte behovet for å koordinere på tvers av sektorer.⁶ Utvalget argumenterte for at det burde bli opprettet et eget departement som skulle ha sikkerhet og beredskap som hovedområde og ha ansvar for å «gjennomføre samordning av krise- og konsekvenshåndtering mellom departementene».⁷

Evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør-Asia, ledet av Jan Reinås, satte også søkelys på behovet for ledelse og koordinering.⁸ Et sentralt funn i rapporten var behovet for å skille mellom

strategisk og operativt nivå i sivil krisehåndtering. Utvalget foreslo at strategisk ledelse av krisehåndteringsarbeidet skulle ivaretas på politisk nivå og departementsnivå. Operativ ledelse burde legges under politidirektøren, som skulle ha ansvar for planverk og ledelse av det operative arbeidet. Dette dannet grunnlaget for å etablere et system for krisehåndtering med et lederdepartement som var ansvarlig for å koordinere krisehåndteringen, Kriserådet og en krisestøtteenhet (KSE). KSE ble etablert for å støtte lederdepartementet i å sikre koordinering og helhetlig krisehåndtering.

22. juli-kommisjonens rapport framhevet «holdninger, kultur og lederskap» som utgangspunkt for god krisehåndtering.⁹ Som et tiltak for å videreutvikle evnen til god kriseledelse anbefalte 22. juli-kommisjonen at Regjeringens sikkerhetsutvalg (RSU) og Kriserådet skulle tilegne seg solid forståelse for det «samlede trussel- og risikobildet for derigjennom å kunne sikre god samhandling og respons i lys av de utfordringene som avtegner seg».¹⁰ Etter at 22. juli-kommisjonen leverte rapporten sin, har det blitt etablert en forsterket struktur ved Statsministerens kontor (SMK) for å gi «en bedre helhet, kunnskap og bevissthet, herunder nødvendig langsiktighet» i sikkerhets- og beredskapsarbeidet.¹¹

Arbeidet i RSU har blitt systematisert for å ivareta strategisk ledelse av sikkerhetspolitiske kriser med et fast sekretariat for å styrke arbeidet i utvalget.¹² Ved behov blir utvalget løpende oppdatert av sivile og militære tjenester. Justis- og beredskapsdepartementet (JD), som til daglig har ansvaret for samfunnssikkerhet, har blitt fast lederdepartement under sivile nasjonale kriser, med mindre annet blir bestemt eller det er en tydelig sektorielt avgrenset krise.¹³ I henhold til samfunnssikkerhetsinstruksen ivaretar JD nå flere av de funksjonene som Sårbarhetsutvalget foreslo samlet i et eget departement.¹⁴

⁸ Rapport, 20. april 2005, «Rapport fra evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør-Asia».

⁹ NOU 2012: 14 *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*, side 458.

¹⁰ NOU 2012: 14 *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*, side 458.

¹¹ Brev, SMK til Stortinget, 5. juni 2015, «Kontrollhøring i sak om Riksrevisjonens undersøkelse av Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap», side 1.

¹² Brev, SMK til Stortinget, 5. juni 2015, «Kontrollhøring i sak om Riksrevisjonens undersøkelse av Justis- og beredskapsdepartementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap», Se også nettartikkel, Høyre, 9. november 2020, «Regjeringen styrker Sikkerhetsutvalget».

¹³ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet.

⁴ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet; kommentar til samfunnssikkerhetsinstruksen, kapittel III.

⁵ Meld. St. 10 (2016–2017) *Risiko i et trygt samfunn – Samfunnssikkerhet*, side 20. Her blir det vist videre til: Smith 2015 og Difi-rapport 2014:07: «Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning».

⁶ NOU 2000: 24 *Et sårbart samfunn – Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet*.

⁷ NOU 2000: 24 *Et sårbart samfunn – Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet*, side 244.

Sårbarhetsutvalget skilte mellom *krisehåndtering*, definert som akutt berging av liv og helse, og *konsekvenshåndtering*, som ivaretar andre konsekvenser av krisen, for eksempel økonomiske og materielle ødeleggelser, samt langsiktig normalisering.¹⁵

Skillet mellom krise- og konsekvenshåndtering har vært en sentral problemstilling for norske myndigheter i håndteringen av koronapandemien og for hvordan arbeidet har blitt organisert. Under koronapandemien hadde Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), i henhold til ansvarsprinsippet, innledningsvis rollen som lederdepartement. Det viste seg imidlertid raskt at håndteringen av krisen vel så mye ville dreie seg om å håndtere konsekvensene for samfunnet som å håndtere selve helse- og omsorgsaspektet ved pandemien.¹⁶ Derfor, og for å avlaste HOD, overtok JD som lederdepartement 13. mars 2020.¹⁷

Det kan være utfordrende for ledere i en kaotisk, uoversiktlig situasjon å konsentrere seg om å løse overordnede strategiske problemstillinger og unngå å bli viklet inn i løpende operative beslutninger. Ifølge sjefsforsker ved Forsvarets forskningsinstitutt Sverre Disen bør begrepet strategi forbeholdes løsninger på problemstillinger som er «komplekse og vesentlige» for videre utvikling. For at noe skal kvalifisere som strategisk, bør styringen i tillegg være «dynamisk, langsiktig og helhetlig» (Disen 2013, side 1).

Kravene til strategiske beslutninger og ledelse blir forsterket når det oppstår en krise. Forskere på strategisk ledelse og krisehåndtering framhever flere lederoppgaver som særlig sentrale under en krise (Boin mfl. 2017 side 15). En av de viktig-

ste oppgavene for den sentrale kriseledelsen er å opparbeide tilstrekkelig strategisk situasjonsforståelse og styringsinformasjon. Det er videre sentralt at lederne tar beslutninger om overordnede dilemmaer i krisehåndteringen, at ansvarsforhold er klare, og at en samlet respons er koordinert. Videre er det viktig at lederne etablerer en felles, overbevisende situasjonsforståelse for befolkningen, at befolkningen får forklart hvordan situasjonen kan bli løst, og at de blir motivert til en samlet og hensiktsmessig respons på faren som truer. Fortløpende læring og justering av håndteringen, der årsaksforhold, styrker og svakheter blir kartlagt og evaluert, blir også framhevet som en sentral oppgave for kriseledelsen (ibid).

I den første rapporten vår konkluderte vi med at myndighetene ikke var forberedt da den omfattende og alvorlige covid-19-pandemien rammet landet. Selv om myndighetene hadde vært bedre forberedt, ville imidlertid en krise som koronapandemien uansett krevd at myndighetene fant nye løsninger for å løse den nye utfordringen. Koronapandemien har likhetstrekk med det som betegnes som «wicked problems» eller «gjenstridige problemer», som begrepet gjerne oversettes med til norsk (Head 2022; Schiefloe 2021). Gjenstridige problemer oppstår når man står overfor en ny type utfordring med manglende eller ufullstendig kunnskap om årsakene til problemene og konsekvensene av dem. Dette fører til motstridende og skiftende krav til handling. Det finnes ikke én riktig løsning på problemene, bare mer eller mindre gode eller dårlige løsninger. Gjenstridige problemer er preget av usikkerhet der problemene må bli løst i et system preget av ulike nivåer, aktører og gjensidige avhengigheter. Dette medfører behov for å finne nye måter å samarbeide og løse problemet på, for eksempel gjennom samvirke og koordinering på tvers av organisasjonsgrenser.

I informasjonsinnhentingene vår har mange pekt på mangelen på kunnskap og stor usikkerhet som en av de største utfordringene under pandemien. Det har i perioder vært begrenset med kunnskap om selve viruset og hvor smittsomme og farlige de ulike virusvariantene er. Det har også vært betydelig usikkerhet om effekten av smitteverntiltakene og hvilke konsekvenser tiltakene hadde for samfunnet som helhet. Videre har det vært usikkerhet om tilgangen på vaksiner og virkningen av dem.

Mangelen på kunnskap og stor usikkerhet har stilt myndighetene overfor vanskelige dilemmaer. I granskingen vår har vi søkt å avdekke hvordan myndighetene har forholdt seg til usikkerhet og

¹⁴ Ut over de ovennevnte rapportene har NOU 2016: 19 *Samhandling for sikkerhet: Beskyttelse av grunnleggende samfunnsfunksjoner i en omskiftelig tid* også vært et viktig grunnlag i myndighetens arbeid med å styrke sivil sikkerhet og beredskap. Kim Traavik ledet utvalget som i NOU 2016: 19 argumenterer for en helhetlig tilnærming til samfunnssikkerhetsområdet på tvers av samfunnssektorer. Traavik-utvalgets rapport dannet utgangspunktet for den nye sikkerhetsloven som trådte i kraft 1. januar 2019. Det finnes selvfølgelig også en rekke andre NOU-er og Stortingsmeldinger som omhandler samfunnssikkerhet og beredskap, og som inngår som en del av regjeringens arbeid for å styrke dette.

¹⁵ NOU 2000: 24 *Et sårbart samfunn – Utfordringer for sikkerhets- og beredskapsarbeidet i samfunnet*, side 244.

¹⁶ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 21. januar 2021. NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 216.

¹⁷ Vi har beskrevet skiftet av lederdepartement i større detalj i den første rapporten vår. NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 216 og følgende sider.

risiko, og i hvilken grad det er tatt grep underveis for å kompensere for manglende informasjon og kunnskap.

4.2 Regjeringen

Regjeringen har det øverste ansvaret for å håndtere nasjonale kriser, inkludert det overordnede politiske ansvaret for både styringen og håndteringen av kriser som oppstår.¹⁸

I dette kapitlet ser vi på hvordan regjeringen har innrettet den overordnede ledelsen av pandemi-håndteringen. Vi ser først på hvordan regjeringen har styrt håndteringen av pandemien gjennom beslutninger i regjeringskonferanser og regjeringens covid-19-utvalg (RCU). Deretter ser vi på hvordan de har arbeidet for å planlegge med tanke på den videre utviklingen av krisen.

Vi har for begge disse punktene sett nærmere på hvordan regjeringen har arbeidet for å få et best mulig beslutningsgrunnlag. Deretter omtaler vi helt kort regjeringens arbeid med saker som

har gått til statsråd. Videre beskriver vi regjeringens overordnede kommunikasjonsarbeid. Til slutt omtaler vi helt overordnet relasjonen mellom regjering og storting.

Regjeringens overordnede ledelse av pandemi-håndteringen

Regjeringens viktigste faste møter er regjeringskonferanser og statsråd. Regjeringskonferanser er regjeringens sentrale arena for å drøfte viktige saker. Det blir ikke truffet noen formelle beslutninger i disse konferansene, men konklusjonene er politisk bindende for regjeringens medlemmer.¹⁹

Den formelle beslutningskompetansen ligger hos hvert enkelt fagdepartement eller hos Kongen i statsråd. Beslutninger som skal opp i statsråd, blir først behandlet i regjeringskonferanse dagen før, såkalt forberedende statsråd, slik at behandling i statsråd som oftest er en formalitet. Det er et viktig prinsipp at den enkelte statsråd får protokollført eventuell uenighet med beslutninger

¹⁸ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 19 for å få en mer utførlig gjennomgang av regjeringens funksjoner.

¹⁹ Retningslinjer, SMK, 2021, «Om r-konferanser. Forberedelse av saker til regjeringskonferanse. Retningslinjer».



Figur 4.1 Regjeringen Solberg i statsråd.

Foto: Håkon Mosvold Larsen / NTB

som skal bli fremmet i statsråd, dersom de mener den strider mot statsformen eller gjeldende lover. En protokollført uenighet frigjør statsråden for konstitusjonelt ansvar.

Statsministeren leder og samordner regjeringens arbeid både i ordinære tider og under kriser. SMK skal bistå statsministeren i dette arbeidet. Blant kontorets mest sentrale oppgaver er å forbedre, gjennomføre og følge opp beslutninger i regjeringskonferanser og statsråd. Det er SMK som setter dagsordenen for regjeringskonferanser etter innspill fra statsråder som ønsker å legge fram saker.

Regjeringens covid-19-utvalg (RCU) ble etablert i den innledende fasen av pandemien. RCU var et tilskudd til ordinære regjeringskonferanser som skulle bidra til å styrke regjeringens samlede evne til solid kriseledelse. Utvalget skulle bidra til at saker vedrørende håndteringen av pandemien raskt kunne bli behandlet og forankret i regjeringen. Deltakelsen i RCU var mer begrenset enn i full regjeringskonferanse og besto i utgangspunktet av partilederne, helse- og omsorgsministeren, justis- og beredskapsministeren og finansministeren.²⁰ Andre statsråder deltok ved behov.²¹ På samme måte som for regjeringskonferanser var det SMK som satte dagsordenen for RCU, etter innspill fra statsråder som ønsket å legge fram saker.

I den første rapporten vår beskrev vi hvordan regjeringens håndtering fram mot gjenåpningen var preget av sterk sentral statlig styring, der regjeringen til tross for betydelig arbeidspress og behov for raske avgjørelser selv ønsket å treffe beslutninger om nasjonale tiltak knyttet til pandemihåndteringen.²² Dette innebar at mange små, avgrensede saker ble løftet opp til regjeringen for beslutning. En sentral lærdom i den første rapporten vår var at denne arbeidsmetodikken kan ha påvirket regjeringens muligheter og evne til å foreta helhetlige vurderinger i den første fasen av pandemihåndteringen.²³ Den sterke statlige styringen, der regjeringen selv treffer beslutninger i store og små saker, har vedvart gjennom hele perioden vi har gransket. Vi vil i dette kapitlet først gi et innblikk i hvorfor regjeringen selv ønsket å treffe beslutningene.

²⁰ Brev, SMK til Koronakommisjonen, 1. juli 2020.

²¹ Ibid.

²² NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*.

²³ NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 28.

Ved håndteringen av covid-19-pandemien ble det tatt utgangspunkt i eksisterende planer og regelverk i tillegg til de grunnleggende prinsippene for norsk krisehåndtering.²⁴ Det er opp til regjeringen selv å bestemme hvor sterkt involvert den vil være i håndteringen av en krise. Gitt koronapandemiens omfang, alvorlighet og samfunns-gjennomgripende karakter bestemte regjeringen tidlig at den selv skulle treffe beslutninger om håndteringen av pandemien.

Regjeringen har i den langsiktige strategien for håndteringen av pandemien pekt på at det har vært nødvendig å løfte beslutninger til regjeringen for å få en helhetlig håndtering nasjonalt:

Håndteringen bør baseres på de grunnleggende prinsippene for samfunnsikkerhetsarbeidet: ansvar, nærhet, likhet og samvirke. En rekke beslutninger har imidlertid blitt løftet til regjeringen, for en helhetlig håndtering nasjonalt. Videre tar sektordepartementene med sine underliggende etater ansvar, og bidrar med sine virkemidler for å få gjennomført tiltak, med sikte på å oppnå full effekt av tiltakene i sin sektor. Justis- og beredskapsdepartementet er lederdepartement og har ansvaret for å koordinere håndteringene på departementsnivå, men det er det enkelte departements ansvar å formidle og følge opp råd og retningslinjer fra helsemyndighetene i egen sektor og ved behov fastsette ytterligere standarder og rutiner for sine sektorer. Helsemyndighetene vil bidra med generelle smittevernfarende råd og veiledning rettet mot næringslivet.²⁵

Som sitatet viser, organiserte regjeringen arbeidet under pandemien slik at det primært var regjeringen som traff beslutningene. Slik det blir beskrevet, hadde sektordepartementene og underliggende etater hovedansvaret for den praktiske oppfølgingen og gjennomføringen, mens lederdepartementet skulle koordinere gjennomføringen på tvers av sektorene.

²⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* for å få en gjennomgang av viktige planer og regelverk som ble brukt i den første fasen av pandemien. Se også regjeringens «Langsiktig strategi for håndteringen av covid-19-pandemien» for å få en videre gjennomgang av planverk, lover og forskrifter som har vært viktig i regjeringens videre arbeid.

²⁵ «Langsiktig strategi for håndteringen av covid-19-pandemien», vedtatt 7. mai 2020, oppdatert 5. juli 2021, side 17. I utgaven av strategi og beredskapsplanen oppdatert 27. september 2021 er formuleringen om beslutninger endret ved å stryke begrepet *imidlertid*.

Regjeringsråden ved SMK har overfor kommisjonen forklart hvorfor det sett fra hennes synspunkt, var riktig at regjeringen hadde tett styring med håndteringen.²⁶

Jeg tror de beslutningene man har tatt, har hatt så store konsekvenser at det er riktig at regjeringen har tatt dem. Det er lett å se at det er enkeltbeslutninger som ikke måtte være i regjering. I det store og hele tror jeg likevel det har vært nødvendig, gitt hvordan vårt samfunn er organisert, at politisk ledelse har vært sterkt involvert. Da er det også slik at noen beslutninger, selv om den enkelte beslutning kan se begrenset ut, så kan den ha overslag mot andre sektorer, og det er regjeringen som er vårt høyeste samordningsorgan. Slik sett tror jeg det er riktig at mange av disse beslutningene har vært i regjering.²⁷

Regjeringens valg om selv å treffe beslutninger om nasjonale tiltak, synes etter dette å være begrunnet i at det var en gjennomgripende og sektoroverskridende krise med store konsekvenser for alle deler av samfunnet. Ved å løfte beslutningene til sitt nivå ønsket regjeringen å sikre en helhetlig håndtering nasjonalt.

Vi skal videre se nærmere på antall saker som er behandlet i regjeringskonferanser og RCU og hva slags type saker regjeringen behandlet. Vi ser deretter nærmere på hvordan arbeidet fram til regjeringsbehandling har vært organisert, og belyser på et overordnet nivå hvilke konsekvenser dette har hatt for de underliggende etatene som skulle utarbeide regjeringens beslutningsgrunnlag.

Møtevirksomhet i regjeringskonferanser og RCU

En gjennomgang av antall møter og saker behandlet i regjeringskonferanser og RCU gir på overordnet nivå et innblikk i hvordan regjeringen organiserte sitt arbeid etter den innledende fasen av pandemien våren 2020. Fra og med juli 2020 til og med august 2021 ble det så langt kommisjonen kan se avholdt 38 møter i RCU og samlet behandlet i underkant av 200 ulike agendapunkter vedrørende håndteringen av pandemien. I samme periode ble det avholdt 46 regjeringskonferanser, der

rundt 2200 ulike agendapunkter ble behandlet, hvorav over 500 covid-19-relaterte.

Samlet innebærer dette at regjeringen i perioden fra juli 2020 til og med august 2021, enten i ordinære regjeringskonferanser eller i RCU-format, behandlet cirka 700 saker vedrørende håndteringen av covid-19. Dette utgjør i snitt behandling av rett i underkant av 50 covid-19-relaterte saker per måned.

Antall agendapunkter kan være noe misvisende. Noen saker ble tatt opp flere ganger. I flere tilfeller ble også saker som hadde vært gjennom RCU, senere behandlet i ordinær regjeringskonferanse. Det er imidlertid liten tvil om at regjeringen har behandlet et høyt antall covid-19-relaterte saker gjennom pandemien.

Gjennomgangen vår viser at regjeringskonferanser og RCU-møter har vært hyppig brukt for å gi et løpende situasjonsbilde over utviklingen i pandemien. I de fleste regjeringskonferanser og RCU-møter innledet HOD og JD om status for deres arbeid, Helsedirektoratet og FHI ga oppdaterte orienteringer om utviklingen, inkludert oversikt over smittespredning, antall innlagte og intensivpasienter. Orienteringene har vært overordnede, men samtidig omfattende med ukentlige oppsummeringer av status og trender.

Praksisen med innledende situasjonsorienteringer var basert på regjeringens erfaringer fra tidligere krisehåndtering hvor det ble ansett som en fordel å kunne treffe raske beslutninger basert på orienteringen. Tidligere statsminister Erna Solberg har forklart dette slik til kommisjonen:

Vi laget en ordning under oljeprisfallet og flyktningkrisen, hvor vi innførte orienteringer på hvert møte og egentlig en enklere beslutningsprosess for regjeringen. Alt var ikke konklusjoner i r-notater, men at det var mulig å gjøre konklusjoner i plenum uten at det var laget masse saksforberedelser på det. Den ordningen tok vi opp igjen i begynnelsen og har hatt den hele veien ved at vi har en åpen orienteringspost hvor det er mulig å treffe beslutninger.²⁸

Møtene i RCU-formatet fra juli 2020 og utover i pandemien foregikk med ujevn frekvens. En gjennomgang viser en klar sammenheng mellom perioder med økende smitte og avholdte RCU-møter (se boks 4.1). Samtidig viser gjennomgangen at RCU også treffer beslutninger i perioder der smittetrykket er lavere, og der kommisjonen har vanskeligere

²⁶ Regjeringsråden er øverste administrative sjef ved statsministerens kontor og den fremste embetspersonen i statsforvaltningen. Kilde: Store norske leksikon.

²⁷ Forklaring, regjeringsråd Anne Nafstad Lyftingsmo, SMK, 14. desember 2021.

²⁸ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 28. januar 2021.

Boks 4.1 Gjennomgang av saker i RCU

Det var ikke planlagt for at det skulle bli behandlet saker i regjeringen sommeren 2020.¹ Møtene i RCU-formatet fra juli 2020 og utover i pandemien foregikk med ujevn frekvens og var tett forbundet med utviklingen i pandemien og smittebølgene. Allerede i ferietiden i juli og starten av august 2020, ble det avholdt møter i RCU-formatet for å håndtere saker relatert til pandemien. Dette gjelder blant annet saker relatert til innreiserestriksjoner, karanteneplikt, vaksineanskaffelser og dekning av kommunale kostnader.

Derimot møttes ikke RCU i september og begynnelsen av oktober 2020. Dette var en periode med økende smitte. Mot slutten av oktober 2020 var Norge på vei inn i andre smittebølge. Smitten økte markant med stadig flere sykehusinnleggelses. Søndag 25. oktober 2020 ble det avholdt møte i RCU. På møtet ble det blant annet besluttet innføring av mer målrettede tiltak for å hindre videre spredning, begrensninger i arrangementer og private sammenkomster, samt endringer i nasjonale anbefalinger og rundskriv om kommunale smitteverntiltak.²

Smitten fortsatte å stige, og RCU møttes igjen 4. november i den påfølgende uken. Det ble da blant annet fattet beslutning om kraftige nasjonale innstramminger, samt innføring av karantenehotell og negativ test før ankomst.³

Etter de to møtene i slutten av oktober og begynnelsen av november var det et opphold i møtene før RCU igjen møttes den 14. desember. På dette møtet konkluderer regjeringen blant annet med at de «nasjonale smitteverntiltakene videreføres i hovedsak, og dagens nasjonale tiltaksnivå beholdes fram til ny vurdering dersom smittesituasjonen ikke forverres før dette».⁴

RCU møttes i juleferien fra 22. til 31. desember 2020 og behandlet saker løpende. Blant sakene RCU håndterte i denne perioden var påvisningen av en ny virusvariant i Storbritannia, som blant annet medførte beslutning om umiddelbar stans i direkteflygninger fra Storbritannia, krav til test og ankomstregistrering.⁵

Starten på nyåret 2021 var preget av økende smitte og bekymring for nye virusvarianter. RCU avholdt flere møter i januar og begynnelsen av februar 2021 og behandlet en rekke saker blant annet innføring av forsterkede nasjonale smitteverntiltak, helhetlig tiltaksvurdering fra andre halvdel av januar, innføring av regionale smitteverntiltak i ti kommuner etter utbrudd av mutert virus, og en sak vedrørende kritisk samfunnsfunksjon knyttet til Norges bidrag til forsyningsikkerheten for matvarer i en global sammenheng.⁶

Utviklingen i smittesituasjonen medførte at RCU-format fortsatt benyttes utover i mars 2021. Den 22. mars behandlet RCU innføring av forsterkede nasjonale smitteverntiltak.⁷ Saken ble tatt opp igjen i ordinær regjeringskonferansen dagen etter. I den ordinære r-konferansen besluttet blant annet regjeringen flere justeringer i anbefalt konklusjon fra RCU.⁸

Etter møterekken i februar og mars 2021 gikk møteaktiviteten i RCU noe ned. Den 7. april lanserte regjeringen planen for gradvis gjenåpning: «Sammen ut av krisen».

Utover våren og sommeren 2021 ble det igjen avholdt møter i RCU. Dette var en periode da smitten avtok, med gradvise lettelsener og innføring av trinnene i gjenåpningsplanen.

¹ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 28. januar 2021.

² RCU-notat «Covid-19-notat – Om mer målrettede tiltak for å hindre spredning av koronavirus», datert 25. oktober 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 25. oktober 2020. Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg 25. oktober 2020. Nr. 18/2020.

RCU-notat «Covid-19-notat – Karantene for arbeidsreisende, arrangementer og private sammenkomster» datert 25. oktober, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 25. oktober 2020, Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg 25. oktober 2020. Nr. 18/2020.

RCU-notat «Covid-19-notat – Om endring i nasjonale anbefalinger og rundskriv om kommunale smitteverntiltak», datert 25. oktober 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 25. oktober 2020, Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg 25. oktober 2020. Nr. 18/2020.

³ RCU-notat «Om behov for ytterligere tiltak for å hindre spredning av koronavirus», datert 3. november 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 4. november, Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg 4. november. Nr. 19/2020.

R-notat «Covid-19-notat – Endring av nasjonal regulering i covid-19-forskriften – Nasjonale forsterkede tiltak for å redusere smittepresset», datert 3. november, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 4. november 2020, Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg 4. november. Nr. 19/2020. Dette er slik kommisjonen vurderer det svært inngripende tiltak som ikke har vært forelagt medlemmene av RCU før beslutning tas i RCU. Se kapittel om innreiserestriksjoner for hvordan prosessen har vært forut for beslutningen.

⁴ R-notat «Vurdering av og justering i tiltak fra 16. desember og videre prosess, datert 11. desember korrigert 14. desember 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til r-konferanse 14. desember 2020».

⁵ RCU-notat «Ny vurdering av fly fra Storbritannia» datert 22. desember 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 22. desember 2020, Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg for perioden 22. desember – 31. desember 2020. Nr.21/2020. Notatet var en fornyet

vurdering av beslutning som ble truffet dagen før (21. desember) uten tilhørende notat. I tillegg var det ny vurdering 25. desember og 28. desember før forbudet ble opphevet fra 2. januar ved beslutning fattet 31. desember.

⁶ «RCU-notat om forsterkede nasjonale smitteverntiltak i perioden 4-18 januar (korrigert 2.1 kl. 13.00)», datert 3. januar, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 3. januar 2021.

«RCU-notat – Helhetlig tiltaksvurdering fra andre halvdel av januar», datert 14. januar 2021 fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 15. januar 2021.

«RCU-notat – Innføring av regionale smitteverntiltak i Oslo, Nordre Follo, Ås, Vestby, Nesodden, Indre Østfold, Frogn, Enebakk og Moss og Våler kommune, datert 22. januar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i RCU 22.-24. januar 2021.

RCU-notat «Covid-19. Kritisk samfunnsfunksjon knyttet til Norges bidrag til forsyningsikkerheten for matvarer i en global sammenheng» datert 7. februar 2021, fremmet av fiskeri- og sjømatministeren og næringsministeren til møte i RCU 8. februar 2021.

⁷ RCU-notat «Iverksettelse av forsterkede nasjonale tiltak – steg 1 og deler av steg 2», datert 22. mars 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 22. mars 2021.

⁸ Protokoll fra r-konferanse 23. mars 2021.

for å se at sakene ikke kunne vente til ordinær regjeringskonferanse.

Arbeidsprosesser, forankring og beslutning

Beslutninger tatt i regjeringskonferanser og RCU blir normalt tatt på bakgrunn av regjeringsnotater (r-notater) som embetsverket under hver enkelt statsråd har utarbeidet. Prosedyrene for å utforme og legge fram r-notater skal sikre koordinerte beslutninger på tvers av regjeringen. Utkast til r-notater har normalt en foreleggelsesfrist på fire dager, slik at berørte statsråder har anledning til å komme med skriftlige merknader.²⁹ Eventuelle innsigelser eller uenigheter skal gå fram av merknadene til r-notatene. Alle statsrådene skal være kjent med relevante synspunkter og eventuelle innsigelser fra andre departementer.³⁰

RCU ble nedsatt for å behandle covid-19-saker som hastet. RCU har også vært benyttet til å forberede covid-19-relaterte saker til senere behandling i full regjeringskonferanse. Målet var at arbeidsprosessene skulle være så like ordinære prosesser for regjeringsbehandling som mulig. Formene på r-notatene var de samme. Men fordi målet var at saker raskt skulle bli behandlet, ble det åpnet for hurtigere saksgang med kortere frister for foreleggelse og oppmelding.³¹

For departementene har dermed arbeidsprosessene i tilknytning til regjeringskonferansene og RCU vært organisert som ordinært departementsarbeid, men med kortere foreleggelses- og oppmeldingsfrister ved behov.³² I tillegg har, som nevnt foran, Helsedirektoratet og FHI vært til stede og gitt en redegjørelse i regjeringskonferansene og i RCU. Regjeringsråden har beskrevet arbeidsprosessene for å forberede saker til regjeringsbehandling slik:

Både i regjeringskonferanser og RCU har vi fulgt de samme prosedyrene som til vanlig, men ting har gått fort. Det har vært kortere foreleggelsesfrister for departementene, og vi har akseptert kortere tid fra saker meldes opp, til de behandles. Senest i går var det en utvikling og vurderinger fra FHI og Helsedirektoratet. Når de har sagt at det er behov for å behandle saker raskt for å gjøre endringer i

smitteverntiltak, så har vi ment at det er riktig å strekke på de vanlige prosedyrene for å få saker opp. Dette er for å få dem opp i et kjent beslutningsløp hvor vi holder fast ved skriftlighet, fordi vi mener det gir regjeringen grunnlag for å fatte de beste beslutninger selv om det går veldig fort. [...]

Sakspapirene til både RCU og regjeringen er normalt regjeringsnotater. I denne krisen har i tillegg FHI, Helsedirektoratet og departementsråden i JD og HOD vært til stede i regjeringskonferanser og RCU i en veldig stor del av perioden. Det har gjort det mulig for fagmyndighetene å gi helt oppdaterte redegjørelser for regjeringen eller RCU. Dersom det har vært grunnlag for det, har det også vært mulig å fatte konklusjoner for regjeringen eller RCU-utvalget som ikke nødvendigvis har tatt utgangspunkt i et r-notat eller RCU-notat som har vært meldt på forhånd. Det er det som skiller seg fra hvordan ting har vært gjort fra en vanlig situasjon. Det har også vært andre fagmyndigheter inne.³³

I de fleste tilfellene ble r-notatene som dannet grunnlaget for beslutningene, sendt på foreleggelse, men som vi kommer tilbake til, spesielt i kapitlet om håndteringen av importsmitte, var fristene ofte så korte at det i praksis ikke var mulig å komme med skriftlige merknader før konferansene. I disse tilfellene ble statsrådene i mange tilfelle utstyrt med talepunkter fra departementet. Det finnes også eksempler på at notatene ikke ble sendt på foreleggelse.

Saker av mer langsiktig karakter, slik som fastsettelse av overordnede vurderinger av justering av tiltak og beslutning om regjeringens langsiktige strategi og beredskapsplaner for covid-19-pandemien, har gjennom perioden vært behandlet i ordinære regjeringskonferanser. I tillegg har regjeringskonferansene vært benyttet til å håndtere covid-19-relaterte saker vedrørende økonomiske kompensasjonsordninger, tiltak rettet mot barn og unge, vaksineanskaffelser, vaksineutralisering samt en rekke andre saker.

Samlet innebærer dette at det har vært behandlet et stort antall saker av ulik størrelse, kompleksitet og betydning i regjeringskonferansene over lang tid. Enkelte dager har det vært over 100 saker på agendaen bestående av covid-19-relaterte saker og øvrige saker.

²⁹ Retningslinjer, SMK, november 2018, «Retningslinjer om R-konferanser».

³⁰ Det er bare forslaget til konklusjon som regjeringen gir merknader eller tilslutning til. Den endelige konklusjonen er politisk bindende og blir protokollført.

³¹ Brev, SMK til Koronakommisjonen, 19. november 2021.

³² Brev, SMK til Koronakommisjonen, 19. november 2021.

³³ Forklaring, regjeringsråd Anne Nafstad Lyftingsmo, SMK, 14. desember 2021.

Enkelte saker som har vært fremmet for beslutning i regjeringskonferanser, har slik kommisjonen ser det, omhandlet relativt spesifikke og smale sakskompleks. For eksempel har den samlede regjeringen behandlet r-notatet datert 8. september 2020 med tittel «Covid-19-notat – Deltakerantall og avstand på arrangement, og karantene for flycrew mv.»³⁴, r-notat med tittel «Covid-19-notat – Forslag til endringer i karantenereglene i covid-19-forskriften – fritidseiendommer og Nobels fredspris»³⁵ og r-notat «Kompensasjonsordning for besøkssenter for natur og verdsarv som følge av koronapandemien».³⁶

Høy arbeidsbelastning og tidspress over lang tid

Det store antallet små og store saker som ble behandlet i regjeringskonferanser og RCU, har gitt en betydelig arbeidsbelastning og tidspress på de etatene som skulle utarbeide grunnlaget for regjeringsnotatene.

Som vi skal se i kapitlet om kommunelegenes situasjon og i kapitlet om importsmitte, har en rekke av regjeringens beslutninger blitt justert kort tid i etterkant. Slik dette har blitt framstilt for kommisjonen, ble det vurdert at det var bedre å ta en beslutning uten tilstrekkelig tid til utredning og høring for deretter å justere denne, enn ikke å ta en beslutning. Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie beskrev det slik for kommisjonen:

Om vi hadde brukt mer tid og fulgt ordinære prosesser, hadde vi mistet tidsfaktoren som har vært ekstremt viktig under pandemien. Tilnærmingen vår har hele tiden vært at vi må være åpne for å justere beslutninger i etterkant om det kommer vesentlige innvendinger som vi ikke hadde fanget opp i forkant. Vi skulle ikke ha en holdning om at når regjeringen har tatt en beslutning, så blir det sånn uansett. Det er flere eksempler på at det skjedde større eller mindre justeringer i etterkant som følge av at

³⁴ R-notat «Covid-19-notat – Deltakerantall og avstand på arrangement, og karantene for flycrew mv.» datert 8. september 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til r-konferanse 9. september 2020.

³⁵ R-notat «Covid-19-notat – Forslag til endringer i karantenereglene i covid-19-forskriften – fritidseiendommer og Nobels fredspris», datert 3. november 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til r-konferanse 5. november 2020.

³⁶ R-notat «Kompensasjonsordning for besøkssenter for natur og verdsarv som følge av koronapandemien» datert 19. januar 2021, fremmet av klima- og miljøministeren i r-konferanse 21. januar 2021.

det kom innspill fra kommunesektoren, næringslivet eller samfunnet ellers. Den type beslutningsprosesser krever at man ikke låser seg til beslutningsprosessene.³⁷

Den hurtige saksbehandlingen har vedvart gjennom hele pandemien. Vi har gjennom granskingen vår fått flere eksempler og uttalelser som beskriver dette. Et eksempel kan være finansministerens skriftlige merknad i r-notatet «Covid-19-notat om vurdering av behov for forsterkede nasjonale tiltak», datert 7. mars 2021. Finansministeren skriver blant annet:

Helse og omsorgsdepartementet sendte ut til sammen fire utkast til r-notater fredag kveld og lørdag formiddag, med frist søndag kl. 12:00. Forkortede frister og saksbehandling utenfor ordinær arbeidstid kan være nødvendig i en krise, men etter et år burde vi ha rutiner som kan legge til rette for bedre prosesser. Regjeringen blir bedt om å ta stilling til viktige spørsmål med store virkninger for samfunnet, med utilstrekkelig anledning til grundig saksbehandling.³⁸

Så langt kommisjonen kan se har statsminister Solberg to ganger i løpet av pandemien fremmet r-notater som har til formål å justere regjeringens arbeidsprosesser. I det første r-notatet fremmet i r-konferanse 19. mai 2020, kort tid før den første gjenåpningen, hadde statsministeren, slik kommisjonens tolker det, en klar forventning til at Norge nå skulle gå inn i en ny og roligere fase i pandemien, med mindre behov for ekstraordinær og rask håndtering på regjeringsnivå. I notatet står det i punktet om bakgrunn blant annet:

For å sikre mulighet for rask forankring i regjeringen etablerte vi regjeringens covid-19-utvalg, RCU. Vi har hatt ukentlige møter i RCU, i tillegg til ukentlige regjeringskonferanser. For saker relatert til covid-19 ble det etablert kortere frister for foreleggelse og oppmelding. Dette var nødvendig for å kunne håndtere saker raskt i en krisesituasjon.

[...] Når vi nå har begynt den gradvise åpningen av Norge, er det imidlertid viktig at behandlingen av saker kommer over i et mer

³⁷ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

³⁸ R-notat «Covid-19-notat om vurdering av behov for forsterkede nasjonale tiltak» datert 7. mars 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til r-konferanse 8. mars 2021.

ordinært spor, med frister og behandlingsprosedyrer som gir større sikkerhet for kvalitets-sikrede beslutningsgrunnlag. SMK har derfor sendt ut oppdaterte retningslinjer for RCU, hvor det presiserer at bare covid-19-saker som ikke kan vente til første regjeringskonferanse, eller notater som forbereder senere regjeringsbehandling, skal drøftes i RCU. Det er samtidig presisert at alle saker bør følge normale frister og rutiner for foreleggelse og oppmelding dersom det er mulig. Som for samfunnet for øvrig er målet at vi gradvis skal vende tilbake til normalen.³⁹

Nesten ett år etter, den 8. april 2021 dagen etter at regjeringens plan for gradvis gjenåpning *Sammen ut av krisen* ble lansert, fremmer statsministeren igjen et r-notat, hvis hensikt, slik det står beskrevet i innledningen av notatet, «er å få tilslutning til videre beslutningsprosess for behandling av koronatiltak de neste månedene». I punktet om bakgrunn i r-notatet konstaterer statsministeren blant annet at:

Regjeringens koronahåndtering har i stort nådd målene om beskytte liv og helse, uten at tiltakene unødvendige rammer barn, unge, økonomi og arbeidsplasser. Samtidig mener jeg det er rom for forbedring i vårt interne arbeid de kommende månedene for å i håndtere noen konkrete utfordringer:

- Regjeringens beslutninger kommer spredt og tiltak justeres ofte
- Det foregår flere prosesser parallelt på ulike områder, men med ulike beslutningspunkter, f.eks. kunne endringer i innreise-regler og gjenåpning av idretten i større grad vært knyttet til øvrige vurderinger av tiltaksnivået
- Vi får kritikk for at det tar tid fra smittevern-tiltak innføres til økonomiske tiltak er på plass.⁴⁰

Etter behandling i r-konferansen konkluderer regjeringen blant annet med:

[...]

2. Det legges opp til at sakene om tiltaksnivået behandles både i RCU og i påfølgende r-

konferanse. Statsrådene skal i størst mulig grad samle relevante beslutninger til disse beslutningspunktene, herunder eventuelle endringer i regelverket for innreise og idrett.

3. Underlagsmateriale fra FHI, Hdir og ev. andre sendes så snart det er mulig til alle departementene
4. HOD, i samråd med berørte departementer, arbeider videre med å konkretisere hvilke tiltak, som vil gjennomføres på hvert enkelt trinn. Det tas ved hvert beslutningspunkt stilling til eventuelt behov for å endre innholdet på de enkelte trinnene.
[...]⁴¹

Etter kommisjonen syn viser situatene at det i mai 2020 er etablering av prosesser med tilstrekkelig tid til å *kvalitetssikre beslutningsgrunnlaget* som er det viktige. I april 2021 er det tilstrekkelig tid, men også nødvendigheten av å etablere enhetlige prosesser og se ulike tiltak i sammenheng som, etter det kommisjonen forstår, er blant de tingene statsministeren og regjeringen ønsker å få på plass. Så langt kommisjonen oppfatter ser statsministeren ikke ut til å vurdere hvorvidt det er behov for å delegere beslutningsmyndighet. Hun ser heller ikke ut til å ta stilling til hvorvidt antall saker løftet til beslutning på regjeringsnivå bør reduseres.

Den sterke statlige styringen, der regjeringen selv har truffet beslutninger i store og små saker, og tidspresset som vi har beskrevet her, vedvarte gjennom hele perioden vi har gransket. Som vi skal se i de etterfølgende kapitlene i rapporten hadde dette konsekvenser for håndteringen av pandemien.

Regjeringens langsiktige strategi og beredskapsplan

En langvarig krise som covid-19-pandemien stiller store krav til planlegging. Det finnes en grunnleggende spenning mellom planlegging og løpende krisehåndtering. Å håndtere en krise vil alltid handle om å jobbe under usikkerhet med manglende eller mangelfullt beslutningsgrunnlag. Behovet for å håndtere den umiddelbare krisen kan gå på bekostning av å planlegge og utvikle beredskap for den neste fasen i krisen.

³⁹ R-notat «Forankring av saker i regjeringen før sommeren og avklaring av saker sommeren 2020» datert 14.mai 2020, fremmet av statsministeren til r-konferanse 19. mai 2020.

⁴⁰ R-notat «Beslutningsprosess for koronatiltak» datert 7. april 2021, fremmet av statsministeren til r-konferanse 8. april 2021.

⁴¹ R-notat «Beslutningsprosess for koronatiltak» datert 7. april 2021, fremmet av statsministeren til r-konferanse 8. april 2021, og Protokoll fra regjeringskonferanse 8. april 2021. Nr. 14b/2021.

God beredskap for videre utvikling i en krise forutsetter beslutninger om hvilke utviklings-scenarier myndighetene skal ta høyde for, og hvilket ambisjonsnivå de skal ha for den videre håndteringen. Scenarioutvikling er dermed et viktig redskap for å kunne planlegge og utvikle beredskap for videre utvikling av krisen. I tillegg er det viktig å analysere hvilke behov de ulike scenarioene stiller til blant annet ressurser, fleksibilitet og eventuelle tiltak. Det er videre viktig å planlegge for et «verstefallsscenario». De som planlegger for verstefallsscenarioer, vil være bedre forberedt på effektivt å møte en bredere variasjon av utfordringer, enn dem som er forberedt for mer moderate scenarier (Boin mfl. 2017 side 15).

Utviklingen av strategier og beredskapsplaner gjennom pandemien

Regjeringen har utarbeidet en strategi og en beredskapsplan for å håndtere covid-19-pandemien.⁴² Både strategien og planen har blitt oppdatert flere ganger underveis i pandemien.

Regjeringen vedtok sin første overordnede langsiktige strategi for å håndtere pandemien 7. mai 2020. Målet ble formulert til *kontroll* over smittespredningen. I den innledende fasen av pandemien hadde regjeringen en *slå-ned*-strategi.⁴³ Virkemiddelene i strategien 7. mai 2020 var testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK), supplert med tiltak i kommunene for å slå ned lokale utbrudd. Strategien hadde tre scenarier for den videre utviklingen av pandemien som myndighetene skulle forberede seg på å håndtere: et optimistisk scenario, et mellomscenario og et pessimistisk scenario.

Den 10. juni 2020 vedtok regjeringen sin første beredskapsplan for smitteverntiltak under pandemien. Planen inneholdt 19 tiltak fordelt på seks kategorier som skulle bli vurdert ved endringer i smittesituasjonen.

Økende smittetrykk utover høsten 2020 gjorde det etter hvert klart at det var gjennomført for mange lettelser i tiltakene, og at den langsiktige strategien og beredskapsplanen ikke var tilstrekkelig til å holde smitten nede. I den første rapporten vår kom vi fram til at regjeringen mot slutten av 2020 utviklet tiltak i takt med økt smitte-trykk i Europa uten at tiltakene var basert på en helhetlig plan. I stedet for å se på tiltakene samlet hadde regjeringen i for stor grad vurdert tiltakene ved gjenåpningen enkeltvis.⁴⁴

Den 14. desember 2020 oppdaterte regjeringen både strategien og beredskapsplanen. Dette skjedde i en periode med økende smitte-trykk og store lokale variasjoner rundt i landet. I strategien ble det konstatert at TISK ikke hadde vært tilstrekkelig til å holde smittesituasjon nede. Målsetningen om kontroll ble opprettholdt, men med økt vekt på at et føre-var-prinsipp skulle bli lagt til grunn når smitteverntiltak skulle bli vurdert. Både i strategien og i beredskapsplanen ble det presisert at regjeringen hadde som mål at barn og unge skulle ha så lav tiltaksbyrde som mulig.

Den oppdaterte beredskapsplanen fastsatte dessuten et nytt system for å vurdere risikoen i smittesituasjonen. Systemet inneholdt fem risikonivåer med tilhørende eksempler på pakker med smitteverntiltak som skulle bli vurdert i de ulike nivåene.⁴⁵ Planen fastsatte en tydelig ansvarsdeling mellom lokalt, regionalt og nasjonalt nivå, med vekt på målrettede og samordnede geografiske tiltak. Det ble videre presisert at kommunene fortløpende måtte vurdere behovet for lokale tiltak.⁴⁶

Systemet med risikovurdering og tiltakspakker ble sentralt i myndighetenes videre håndtering av pandemien. Den faktiske iverksettelsen av tiltakene skulle bli vurdert ut fra den aktuelle situasjonen:

Det er nødvendig med en klar plan for å håndtere endringer i både smittenivå lokalt og nasjonalt og faktisk og potensiell sykdomsbyrde. Hvordan og i hvilket omfang smitteverntiltakene faktisk iverksettes må vurderes konkret

⁴² «Langsiktig strategi for håndteringen av covid19-pandemien», vedtatt 7. mai 2020 oppdatert 14. desember 2020, 6. mai 2021 og 5. juli 2021. Den ble oppdatert og slått sammen med «Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien» 27. september 2021. «Beredskapsplan for smitteverntiltak» ble vedtatt 10. juni 2020 og oppdatert 14. desember 2020, 6. mai 2021 og 5. juli 2021. Denne ble deretter oppdatert og slått sammen med regjeringens langsiktige strategi, «Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien», 27. september 2021.

⁴³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, punkt 14.8 på side 148 og følgende sider for å få en nærmere beskrivelse av den innledende strategien og etableringen av den overordnede langsiktige strategien.

⁴⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, punkt 15.9 på side 174.

⁴⁵ De fem nivåene var 1) Kontroll, 2) Kontroll med klynger, 3) Økende spredning, 4) Utbredt spredning og 5) Ukontrollert spredning.

⁴⁶ «Rundskriv om kommunale smitteverntiltak» er utarbeidet som veileder i hvordan risikovurdering og innføring av tiltakspakker skal bli gjennomført. Dette er nærmere omtalt i kapittel 5 Kommunelegers og kommunale smittevernle-gers situasjon under pandemien.

ut fra den aktuelle situasjonen og oppdatert kunnskap. [...]

Oversikten nedenfor består av eksempler på pakker med smitteverntiltak som bør vurderes ved de ulike risikonivåene. Flere nasjonale tiltak vil være relevante på alle nivåer. Tiltak som testing, isolering, smittesporing og karantene er aktuelle uavhengig av risikonivå. Disse anses som en grunnforutsetning. I tillegg kommer restriksjoner på innreise og innreisekarantene som også avhenger av den internasjonale situasjonen. Oversikten er derfor ikke uttømmende, og det er heller ikke noen automatikk i hvilke smitteverntiltak som skal innføres ved de ulike risikonivåene. I tråd med smittevernloven skal tiltakenes forholdsmessighet vurderes. Det innebærer blant annet at nytten av tiltakene må vurderes opp mot negative konsekvenser både for den enkelte og for samfunnsfunksjoner og næringsliv.⁴⁷

Nye virusvarianter og flere lokale utbrudd vinteren og våren 2021 førte til nye nasjonale, regio-

⁴⁷ «Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien», vedtatt 10. juni 2020, oppdatert 6. mai 2021, side 2 og side 14.

nale og kommunale smitteverntiltak. Det ble blant annet iverksatt en rekke tiltak for å begrense importsmitte. Samtidig ga økende vaksinasjonsdekning grunn til optimisme.

Den 7. april 2021 publiserte regjeringen «Plan for gradvis gjenåpning». Planen la opp til trinnvis nedtrapping av de nasjonale tiltakene i lys av utviklingen i smittesituasjonen og sykdomsbyrden, kapasiteten i helsetjenesten og framdriften i vaksineringsen.

Regjeringen oppdaterte den langsiktige strategien og beredskapsplanen to ganger til i løpet av de neste månedene, først 6. mai og deretter 5. juli 2021. Målsettingen og hovedelementene fra den tidligere strategien og beredskapsplanen ble videreført ved begge oppdateringene. Sammen med planen for gradvis gjenåpning, vaksinestrategien og Rundskriv I-7/2020 om kommunale smitteverntiltak utgjorde dette grunnlag for regjeringens videre håndtering.⁴⁸ Regjeringen la nå til grunn en håndtering der faktisk og potensiell sykdomsbyrde i takt med økt vaksinasjonsdekning

⁴⁸ Vi omtaler vaksinestrategien nærmere i kapittel 9. FHIs «Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen» skulle gi et bredere grunnlag for kommunenes vurderinger og iverksettelse av tiltak.



Figur 4.2 Statsminister Erna Solberg på vei for å presentere gjenåpningsplanen 7. april 2021.

Foto: Berit Roald / NTB

skulle være det styrende, snarere enn antall nye smittede.⁴⁹

Den 27. september 2021 ga regjeringen ut en samlet strategi- og beredskapsplan. Den tidligere strategien og den tidligere beredskapsplanen var dermed samlet i ett dokument. Strategi- og beredskapsplanen skulle ses i sammenheng med innføringen av siste fase i gjenåpningsplanen: «En normal hverdag med økt beredskap», som ble iverksatt 25. september 2021.

Justeringene i strategi- og beredskapsplanen gjenspeilet overgangen fra en kontrollstrategi til en beredskapsstrategi. Grunnelementer fra den tidligere strategien og beredskapsplanen ble videreført, men slik at det overordnede målet i strategien var tilpasset en normal hverdag med økt beredskap. Målet ble beskrevet slik i planen:

I en normal hverdag med økt beredskap er regjeringens strategi å hindre at covid-19-pandemien fører til en betydelig sykdomsbyrde og belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene samtidig som befolkningen opplever en normal hverdag, andre offentlig tjenester kan ytes på forsvarlig nivå og økonomien beskyttes.⁵⁰

Vurderingen som skulle bli gjort ved iverksettningen av de ulike tiltakspakkene, ble beskrevet slik:

Ved en truende alvorlig utvikling må risikoen og både nytte og negative konsekvenser av eventuelle nye tiltak vurderes grundig før ny oppskalering. Staten, sykehusene og kommunene bør ha beredskap for de kapasiteter og virkemidler som har vist seg nødvendige under pandemien til nå. Ved vurdering av smittevern-tiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv.⁵¹

Etter dette ble ikke strategi- og beredskapsplanene oppdatert flere ganger i perioden for kommisjonens granskning.

Strategi og beredskapsplaner som styringsverktøy

Regjeringens langsiktige strategi og beredskapsplan, og revisjonene av disse, ble utarbeidet gjennom ordinære departementsprosesser, med tid til utarbeidelse, saksbehandling og foreleggelse. Folkehelseavdelingen i HOD utarbeidet utkastene på grunnlag av leveranser fra FHI og Helsedirektoratet. Utkastene ble deretter sendt på sirkulasjon i HOD, med muligheter til å komme med innspill, før de ble sendt videre på ordinær foreleggelse til de andre departementene og behandlet i regjeringskonferanse. I tillegg til HOD har SMK, JD og Finansdepartementet hatt roller som bidragsyttere i arbeidet med de langsiktige planene. Holdenutvalgets rapporter om samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak under pandemien, og andre ekspertgruppers rapporter har vært viktige grunnlag for strategi- og beredskapsplanene. Kri-serådets arbeid med tverrsektorielle problemstillinger i forbindelse med pandemien har også vært viktig for arbeidet med å oppdatere strategien og planen. I forbindelse med den langsiktige planleggingen har HOD ved enkelte anledninger også innhentet internasjonale anbefalinger som har blitt benyttet som grunnlag for oppdateringene.⁵²

Slik kommisjonen ser det, har den langsiktige strategien og beredskapsplanen med risikovurderinger og tiltakspakker vært nyttige redskap for regjeringen i perioder med økt smittetrykk. Ansvarsdelingen mellom nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå ble tydelig. Samtidig mener vi det har vært svakheter ved den langsiktige planleggingen som kan ha ført til at den løpende pandemi-håndteringen ikke ble så god som den kunne ha vært.

Regjeringsråden ved SMK forklarte til kommisjonen at usikkerheten om den videre utviklingen og den store belastningen i forvaltningsapparatet var to forhold som gjorde det vanskelig å planlegge:

Man har forsøkt å planlegge for ulike scenarier, men man har nok opplevd at det har vært krevende fordi det har vært mye usikkerhet. En ting er hvordan det tolkes internt i regjeringsapparatet, en annen ting er hvordan det tolkes og oppfattes i samfunnet som sådan. Jeg oppfatter at scenariebruk er krevende på grunn av stor usikkerhet for utviklingen. Men man har likevel forsøkt å bruke det. [...] Ideelt sett skulle man klart å tenke mer langsiktig, men

⁴⁹ «Langsiktig strategi for håndteringen av covid-19-pandemien», vedtatt 7. mai 2020 oppdatert 6. mai 2021. Som det går fram av strategien, var vektleggingen av faktisk og potensiell sykdomsbyrde basert på Holden-utvalgets tredje rapport.

⁵⁰ «Strategi og beredskapsplan for covid-19-pandemien». 27. september 2021, side 3 og 4.

⁵¹ «Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien», 27. september 2021, side 8.

⁵² Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

det er et apparat som har vært betydelig belastet og da blir evnen til dette mindre.⁵³

Slik vi leser de langsiktige strategiene og beredskapsplanene, har de hatt relativt kort tidshorison. Vi mener at granskingen viser at regjeringen ikke fullt ut hadde planlagt for risikoen forbundet med videre utvikling og nye virusvarianter. Tidligere statsminister Erna Solberg har beskrevet til oss at de ikke hadde planlagt for en femte og sjette bølge, og at to av bølgene krevde mye strengere tiltak enn det de hadde planlagt for:

Da vi begynte å åpne etter nedstengingen tror jeg vi aldri hadde tenkt at vi skulle iverksette disse tiltakene. Vi trodde da at vi kjente viruset, men så fikk vi et virus som var sterkere og smittet lettere. Jeg føler vi har jobbet langsiktig med hva som kan bli neste runde. Det første scenariet vi opererte med var at vi fikk tre bølger og så dør viruset ut. Viruset har mutert og vi har derfor både fått bølge fem og seks. I alle fall to av bølgene har krevd mye strengere tiltak enn det vi planla for. Vi trodde prosessen vi hadde kommet ut av med gjennomgang av tiltak etter den første nedstengingen, gjorde at vi skulle ha kontroll gjennom lokale tiltak. Så viste det seg utover høsten at vi måtte slå til med sterkere nasjonale tiltak.⁵⁴

Granskingen har videre vist at det varierer i hvilken grad de forskjellige smitteverntiltakene er vurdert i sammenheng og opp mot hverandre ved utarbeidelsen av beredskapsplanene.

Ett viktig eksempel på dette er smitteverntiltak som har vært aktuelle for å begrense smitte, ved innreise fra utlandet. Fram mot sommeren 2021 ble det i begrenset grad omtalt i strategien og beredskapsplanen hvordan tiltak som innreise-restriksjoner og karantenehotell skulle bli iverksatt og samordnet, eller hvordan disse tiltakene skulle bli avvendt opp mot andre smitteverntiltak. Det ble heller ikke foretatt vurderinger av hvilke konsekvenser slike tiltak har for enkeltpersoner, næringslivet osv. Behovet for avklaring om slike forhold ble diskutert i regjeringen i juni 2021, da regjeringen behandlet oppdateringen av strategien og beredskapsplanen. Som grunnlag for oppdateringen fremmet helse- og omsorgsministeren

et r-notat «Covid-19-notat – Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av pandemien».

Finansministeren har en skriftlig merknad i dette r-notatet hvor det blant annet står:

Innreiserestriksjoner har i liten grad inngått og blitt vurdert i tidligere beredskapsplaner og strategier, selv om dette har vært en sentral del i den samlede håndteringen av pandemien. Strengt innreiserestriksjoner kan muliggjøre mildere innenlandske tiltak, og omvendt. Samtidig er innreiserestriksjoner byrdefullt for folk og næringsliv, og må vurderes i en helhetlig sammenheng i lys av smittesituasjonen, risiko for importsmitte med mer. Det er derfor i utgangspunktet naturlig å se disse i sammenheng, noe som i liten grad er gjort hittil. Dette tilsier at innreiserestriksjoner bør omtales i større grad enn tidligere. Oppdraget til Justis- og beredskapsdepartementet bør derfor samordnes med helsemyndighetens planleggingsoppdrag.

[...] ⁵⁵

Innreisetiltak ble i noe større grad omtalt da den oppdaterte strategien og beredskapsplanen kom i september 2021.⁵⁶ Som vi gjør rede for i del IV Smitte ved innreise fra utlandet, er det kommisjonens inntrykk at regjeringen mer eller mindre har vært i permanent krisemodus når det gjelder å begrense smitte ved innreise fra utlandet. Både beslutningsprosesser og iverksetting av tiltak har vært preget av hastverk. Vi mener regjeringen med bedre langsiktig planlegging i større grad kunne utredet og forberedt tiltak mot importsmitte. I del IV beskriver vi nærmere myndighetenes arbeid med å begrense smitte ved innreise fra utlandet og konsekvensene av hastverket rundt dette.

Behovet for å utrede tiltak og konsekvenser i et helhetlig perspektiv som et grunnlag for strategien og beredskapsplanen har vært oppe flere ganger i regjeringen. At det kan være behov for en prosess som sikrer et bredere beslutnings-

⁵³ Forklaring, regjeringsråd Anne Nafstad Lyftingsmo, SMK, 14. desember 2021.

⁵⁴ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

⁵⁵ R-notat «Covid-19-notat – Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19-pandemien» datert 21. juni 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i r-konferanse 22. juni 2021.

Som oppfølging av denne regjeringsskonferansen anmoder JD departementene om å utarbeide planer for økt beredskap i lys av den reviderte strategien og beredskapsplanen og vurdere hvilke konsekvenser gjennomføringen av tiltak vil kunne få for egen sektor, og utarbeide planer for dette. (Utkast til e-post fra JD til departementene 28. juni 2021).

⁵⁶ «Strategi og beredskapsplan for covid-19-pandemien» 27. september 2021.

grunnlag ble framhevet i utenriksministerens skriftlige merknad til helse- og omsorgsministerens r-notat til r-konferansen 23. september 2021: «Covid-19-notat om regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19-pandemien i «En normal hverdag med økt beredskap».»:

Jeg støtter i hovedsak den tilnærmingen som foreslås i notatet. Men det er en viktig erfaring fra pandemien at omfattende smitteverntiltak har betydelige samfunnsmessige konsekvenser på mange politikkområder. Helsedirektoratet peker selv (i svar på oppdrag 526) på at helsemyndighetene ikke har tilstrekkelig oversikt over øvrige samfunnsområder til å kunne gjøre helhetsvurderinger. For å ivareta den nødvendige bredden i vurderingene bør derfor arbeidet med strategien og beredskapsplanen understøttes av en referansegruppe med deltakelse fra andre berørte departementer og etater.⁵⁷

I svaret på oppdrag 526, som det henvises til, påpeker Helsedirektoratet følgende:

Vi kan ikke forutsi pandemiens utvikling og det eksakte behovet for testkapasitet, grensekontroll, karantenehotell etc. Helsemyndighetene har heller ikke tilstrekkelig oversikt over øvrige samfunnsområder til å kunne gjøre helhetsvurderinger. Detaljerte føringer for den fremtidige gjenåpningen kun basert på våre smittevernfaglige vurderinger, er ikke mulig eller hensiktsmessig. Balansering av risiko versus kostnader knyttet til stående beredskap og (potensielt ubenyttet) kapasitet er dessuten i stor grad en politisk vurdering.⁵⁸

Oppsummert om regjeringens langsiktige planlegging

Slik kommisjonen vurderer det, har den langsiktige strategien og beredskapsplanen vært nyttige redskap for regjeringen i perioder med økt smittepress, men har ikke i tilstrekkelig grad bidratt til

⁵⁷ R-notat «Covid-19-notat om regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19-pandemien i «En normal hverdag med økt beredskap»» datert 23. september 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i r-konferanse 23. september 2021.

⁵⁸ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 17. september 2021, «Oppdatert nytt revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 526 – Konkretisering av 513 C om innhold i en normal hverdag med økt beredskapsnivå mm.», side 12.

at regjeringen har vært forberedt på videre utvikling gjennom pandemien. Regjeringen har gjentatte ganger blitt overrasket over virusets utvikling og konsekvenser og har som et resultat av dette kommet i tidsnød når tiltak skulle iverksettes. Dette har ført til lite tid til utredning og tverrsektoriell koordinering. Tidsnøden og dens konsekvenser belyser vi nærmere i kapitlene om importsmitte og om kommunelegenes situasjon.

Rapporter, innspillmøter og statssekretærutvalg

Regjeringen har gjennom nedsatte ekspertgrupper, innspillmøter, internasjonale anbefalinger og opprettelsen av et statssekretærutvalg søkt å skaffe seg kunnskap om hvordan pandemien best og mest effektivt kan bli håndtert og tiltak iverksatt, med minst mulig negative konsekvenser for befolkningen og samfunnet.

Holden-utvalget, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, Ekspertgruppe om innvandrere, Norge mot 2025 og Etikikutvalget er viktige ekspertgrupper som har blitt nedsatt for å belyse ulike sider ved pandemihåndteringen. Disse er nedsatt til dels av regjeringen og til dels av departementer og etater/direktorater. Gruppene har bidratt til å gi regjeringen en oppdatert forståelse av effektene og konsekvensene av tiltakene, og deres arbeid har vært en del av regjeringens beslutningsgrunnlag, både i den løpende håndteringen og i arbeidet med den langsiktige strategien og beredskapsplanen. Vi omtaler Koordineringsgruppen for tjeneste til sårbare barn og unge, Ekspertgruppen om innvandrere og Norge mot 2025 nærmere i del VI Pandemien rammet skjevt.

For å skaffe seg et bredest mulig beslutningsgrunnlag har regjeringen i tillegg arrangert innspillmøter med ulike sektorer og næringer. Partene i arbeidslivet og statsforvalterne har også jevnlig blitt invitert til å komme med innspill.

I forbindelse med tiltakene som ble besluttet for å begrense importsmitte, nedsatte regjeringen et statssekretærutvalg. Utvalget vurderte behovet for innreise for personell som var nødvendig for å sikre at norsk næringsliv hadde tilgang på nødvendig kvalifisert arbeidskraft.

Hvilken rolle de ulike ekspertgruppene, møtene, utvalget osv. har hatt i pandemihåndteringen, blir nærmere belyst blant annet i kapitlene om importsmitte, barn og unge og vaksinerings av befolkningen.

Saker til statsråd

Å kunne avholde statsråd er en viktig forutsetning for at regjeringen skal kunne opprettholde sin konstitusjonelle funksjon gjennom en krise.

I den første rapporten vår påpekte vi at vi ikke har informasjon som tilsier at regjeringen har hatt utfordringer med å være beslutningsdyktige. Det er heller ikke tilfellet for den etterfølgende perioden av pandemien. Saker har blitt oppmeldt til statsråd på ordinær måte gjennom hele pandemien. Våren 2020 ble det holdt hyppigere statsråd for å håndtere den akutte krisen. Etter dette har statsråd vært gjennomført med ordinær frekvens. Fristen for oppmelding av saker til statsråd har vært skjøvet på dersom det har vært regjeringsbeslutninger der det har vært behov for rask behandling i statsråd.

Det har i løpet av pandemien blitt iverksatt enkelte smitteverntiltak for å sikre at regjeringen er beslutningsdyktige. Det har hele tiden vært krav til fysisk oppmøte, men med krav om at alle holdt to meters avstand. Kongen har deltatt digitalt. For å kunne treffe beslutninger i statsråd må over halvparten av regjeringsmedlemmene delta.⁵⁹ Ut fra smittevernhensyn har antall stats-

råder vært holdt på et minimum som er rett i overkant av beslutningsdyktig. Det har imidlertid vært viktig at berørte statsråder er til stede.⁶⁰

Kommunikasjon til befolkningen

Kommunikasjon til befolkningen er en sentral oppgave for regjeringen i en krisesituasjon. I et åpent demokrati handler dette blant annet om å dekke befolkningens informasjonsbehov. Åpen kommunikasjon kan motvirke frykt. Det gir befolkningen et grunnlag for å gjøre seg opp en egen mening og påvirke myndighetenes valg i møte med krisen. Krisekommunikasjon handler også ofte om at myndighetene ønsker å påvirke befolkningens adferd. Under koronapandemien har alle disse elementene vært viktige. Spesielt viktig har det vært å få befolkningen til å endre adferd for å få oppslutning om smitteverntiltak og vaksinerings.

I den første rapporten vår beskrev vi myndighetenes arbeid med kommunikasjon i den første

⁵⁹ Dette er i henhold til Grunnloven § 27 andre punktum.

⁶⁰ Forklaring, regjeringsråd Anne Nafstad Lyftingsmo, SMK, 14. desember 2021.



Figur 4.3 Pressekonferanse om koronasituasjonen 13. november 2020.

Foto: Jil Yngland / NTB

fasen av pandemien fram til sommeren 2020. Vi beskrev hvordan kommunikasjonsarbeidet ble organisert, og hvordan kommunikasjonsstrategier ble utarbeidet og tiltak offentliggjort. Vi gjorde videre rede for kommunikasjon rettet mot prioriterte grupper. Befolkningens tillit og respons var også et viktig tema.

Et viktig læringspunkt var at det bør bli utarbeidet planer for å sikre at kommunikasjonen når ut til definerte grupper i befolkningen. Videre pekte vi på at innføringen av nye nasjonale tiltak i mange tilfeller ble svært sent kommunisert til kommuner og kommuneleger. Vi anbefalte at disse skulle bli forhåndsvarslet, slik at kommunene og kommunelegene kunne forberede seg på å gjennomføre tiltak.

Kommunikasjonsarbeidet har blitt videreført over samme lest gjennom hele pandemien, men med enkelte justeringer. I arbeidet med å videreutvikle kommunikasjonen er besøksstatistikken og spørsmål til koronasidene på regjeringen.no blitt brukt. Arbeidet har vært koordinert fra SMK i tett samarbeid med JD og HOD. Dersom sakens innhold har berørt andre sektorer, har disse blitt involvert. I tillegg har hvert departement hatt ansvar for å gi nødvendig informasjon til befolkningen innenfor eget ansvarsområde.

Kommunikasjonsarbeidet har bygget videre på den innledende strategien som ble etablert våren 2020, men strategien har løpende blitt oppdatert som følge av ny informasjon om pandemiens utvikling og regjeringens beslutninger om smitteverntiltak. Kommunikasjonssjefen ved SMK beskrev til kommisjonen at kommunikasjonen skulle vise vei, mobilisere, gi håp, skape tillit og gi kunnskap.⁶¹ I regjeringens langsiktige strategi for pandemihåndtering, som ble publisert 27. september 2021, la regjeringen vekt på fortsatt åpenhet og ikke minst dialog:

Responsen på pandemien skal i utgangspunktet utvikles i åpen samtale med befolkningen, helsetjenesten, fagmiljøer og på tvers av sektorer. Viktige temaer som bør diskuteres åpent er utfordringsbildet, grunnlaget for vurdering av risiko og begrunnelse for håndteringen og beredskapsnivået, herunder forholdsmessigheten av tiltak ved behov. Samtidig vil håndteringen i noen tilfeller kreve at beslutninger fattes raskt, uten tid til involvering i forkant. Det bør i slike tilfeller tilrettelegges for åpen dialog i etterkant, slik at vi kan justere og tilpasse den

⁶¹ Forklaring, kommunikasjonssjef SMK Anne Kristin Hjukse, 26. november 2021.

videre håndteringen basert på dialog og erfaring.⁶²

Pressekonferanser, intervjuer i redaktørstyrte medier, egne nettsider og sosiale medier har vært benyttet som kommunikasjonskanaler for å nå hele befolkningen. Tidligere statsminister Solberg påpekte til kommisjonen at bruken av pressekonferanser som kommunikasjonskanal var spesielt viktig og et bevisst valg, selv om det var noe omstridt.⁶³

Som vi påpekte i den første rapporten vår, vektlegger samfunnssikkerhetsmeldingen nødvendigheten av målrettet kommunikasjon for å nå ut til hele befolkningen i en krisesituasjon.⁶⁴ Det har gjennom hele pandemien vært målrettede kommunikasjonstiltak mot avgrensede målgrupper. I hvilken grad informasjonen har nådd fram til alle delene av samfunnet, omtaler vi blant annet nærmere i del VI Pandemien rammet skjevt og i kapittel 9 om vaksinestrategien og gjennomføringen av den.

Et viktig funn i den første rapporten vår var at myndighetens kommunikasjon til befolkningen i hovedsak hadde vært tillitvekkende i den første fasen av pandemien fram til sommeren 2020. Rapporten fra Norsk koronamonitor belyser befolkningens adferd og tillit til myndighetene gjennom deler av pandemien.⁶⁵ Det går fram av rapporten at tilliten har vært på et vedvarende høyt nivå fram til utgangen av 2021, men at den har gått noe ned over tid, og da spesielt i perioder med usikkerhet om smittespredningen, effekten av iverksatte tiltak og tempoet i lettelsene av tiltaksbyrden (se figur 4.4).

For en nærmere gjennomgang av hvordan befolkningens tillit til informasjon fra regjeringen, helsemyndighetene og kommunene har variert over tid gjennom pandemien, viser vi til rapporten fra Norsk Koronamonitor som er innhentet av kommisjonen.

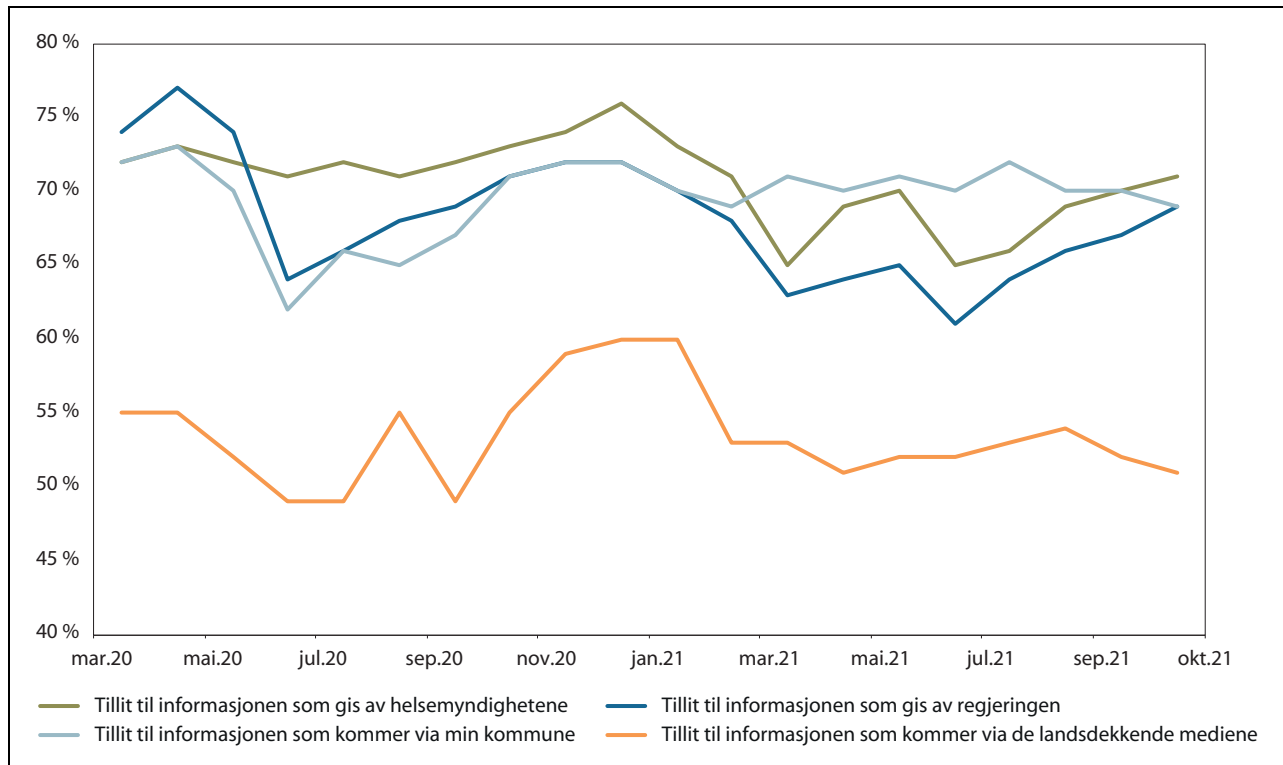
Granskingen vår har vist at regjeringens informasjonsstrategi og bruken av pressekonferanser til å offentliggjøre, oppheve og endre tiltak har hatt enkelte negative konsekvenser for pandemiarbeidet i kommunene og for de ulike aktørenes

⁶² «Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien», 27. september 2021 side 11.

⁶³ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

⁶⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 180.

⁶⁵ Rapport, Norsk koronamonitor, januar 2022 «Sammenstilling av utvalgte indikatorer til koronakommisjonen for 2020–2021».



Figur 4.4 Tillit til informasjon fra helsemyndighetene, regjeringen, kommuner og media – over tid.

Kilde: Norsk koronamonitor

arbeid med innreiserestriksjoner og karantenehotell. Dette omtaler vi nærmere i kapitlene om importsmitte og kommunelegenes situasjon.

4.3 Stortinget

Et fungerende samarbeid mellom regjering og Storting er en forutsetning for at de kan ivareta og utøve de respektive konstitusjonelle rollene sine.

Stortinget er det lovgivende organet også i en krise. Gjennom sin demokratiske og konstitusjonelle rolle som lovgivende makt og bevilgende myndighet har Stortinget en viktig og i visse tilfeller helt avgjørende funksjon i en krisesituasjon. Ikke minst gjelder dette i en langvarig krise som koronapandemien, der både endringer i lovgivningen og ekstra økonomiske bevilgninger har vært sentrale deler av krisehåndteringen.

Kommisjonen har derfor sett nærmere på hvordan forholdet mellom regjeringen og Stortinget fungerte gjennom pandemien, og hvordan regjeringen tilrettela for at Stortinget kunne utøve det konstitusjonelle ansvaret sitt.

Et viktig funn i den første rapporten vår var at det var et godt samarbeid mellom Stortinget og regjeringen under håndteringen av koronapandemien i tiden etter 12. mars 2020.⁶⁶ Det var nødven-

dig med hurtig behandling og raske vedtaksprosesser i mange saker, og det framstår som at både regjeringen og Stortinget tilstrebet å få på plass tilfredsstillende rutiner og ordninger.

Den gode relasjonen mellom regjeringen og Stortinget har, så langt kommisjonen kan se, vedvart gjennom pandemien.

Fra regjeringens side har SMK hatt hoveddialogen opp mot Stortinget. Samlet sett har regjeringen oversendt Stortinget en mengde saker som gjelder håndteringen av koronapandemien. Etter den første smittebølgen har det vært ulike former for kontakt og korrespondanse mellom regjeringen og Stortinget om pandemien.⁶⁷

Alle proposisjoner som er fremmet av Kongen i statsråd, og som omhandler pandemien, har på vanlig måte blitt oversendt Stortinget. Forskrifter som er vedtatt i henhold til smittevernloven § 7-12, skal i henhold til beredskapsloven § 3 annet ledd snarest mulig meddeles Stortinget.⁶⁸ Under pandemien har dette i praksis vært organisert ved

⁶⁶ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 247.

⁶⁷ Brev, SMK til Koronakommisjonen, 19. november 2021.

⁶⁸ Lov av 15. desember 1950 nr. 7, om særlige rådgerder under krig, krigsfare og liknende forhold.



Figur 4.5 Møte i Stortinget 26. april 2021.

Foto: Tore Kristiansen / VG / NTB

at et signert meddelelsesbrev har blitt sendt per e-post og ettersendt som post.

Videre har det vært kontakt som følge av anmodningsvedtak fattet i Stortinget under pandemien.⁶⁹ Disse framgår av Meld. St. 4 (2021–2022) *Anmodnings- og utredningsvedtak i stortingssesjonen 2020–2021*. Stortingets anmodningsvedtak har deretter blitt sendt fra SMK til departementet som er ansvarlig for oppfølgingen. Det har også vært en del formell korrespondanse mellom regjeringen og Stortinget i form av oversendelser av skriftlige spørsmål. I tillegg har det vært noe kommunikasjon om praktiske ting mellom Stortingets administrasjon og embetsverket på SMK.⁷⁰

Statsminister Jonas Gahr Støre uttalte seg om relasjonen mellom Solberg-regjeringen og Stortinget under pandemien i forklaringen sin til kommisjonen:

Det er slik at smittevernloven gir klare føringer på hvor handlingsansvaret ligger. [...] En

⁶⁹ Anmodningsvedtak er vedtak fattet i Stortinget som er formulert slik: «Stortinget ber regjeringen ...».

⁷⁰ Brev, SMK til Koronakommisjonen, 19. november 2021.

regjering må ha muligheten til å raskt fatte vedtak. [...] Jeg var opptatt av betydningen av å kunne treffe raske avgjørelser, så det gjorde at vi ikke fremmet formelle krav i så måte. Vi opplevde at regjeringen i starten hadde noen generelle orienteringer til Stortinget, som ga Stortinget en mulighet til å stille spørsmål uten å måtte møte på pressekonferanse. Jeg mener jeg fremførte et par ganger til Solberg at det vi måtte gjøre om vi ønsket å stille spørsmål til helsemyndighetene var å stille på pressekonferanse. Da ble det lagt til rette for noen runder våren 2020 med at helsemyndighetene satt i en runde i Stortinget hvor vi kunne stille spørsmål, men ikke mer utover dette.⁷¹

Også tidligere statsminister Erna Solberg fortalte om forholdet mellom Stortinget og regjeringen sin i forklaringen sin til kommisjonen:

Den første våren hadde vi koronautvalget i Stortinget hvor vi orienterte og snakket med

⁷¹ Forklaring, statsminister Jonas Gahr Støre, 14. februar 2022.

parlamentariske ledere. Det synes vi i og for seg var et greit organ å ha. Vi fikk en runde etter hvert om at dette ikke var å informere Stortinget på en ordentlig måte om smittevernregler. Vi følte vi hadde orientert Stortinget ganske detaljert, men Stortinget hadde ikke hørt noe formelt. Det gjorde at det ble en litt vanskelig konstruksjon. Så ble den nedlagt. Da skrev jeg et brev til Stortinget og spurte Stortinget om hvordan de ønsket å bli orientert av regjeringen. Svaret vi fikk, var at statsministeren måtte komme og redegjøre når det var nyheter eller når han selv ønsket.

Bent Høie har vært et par ganger i helsekomiteen for å orientere. Vi forsøkte å tilpasse orienteringer til Stortinget i forbindelse med når vi visste at større ting kom til å skje. I så måte hadde vi bedre kontroll på gjenåpninger enn vi hadde på innstramminger. Vi også har henvendt oss et par ganger med spørsmål om de ønsker en oppdatering før stortinget gikk fra hverandre.⁷²

Både statsminister Jonas Gahr Støre og tidligere statsminister Erna Solberg har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at regjeringen må ha mulighet til å handle raskt i forbindelse med smitteverntiltak, men at dette også har en side mot Stortingets kontrollfunksjon. Begge mener det kan være grunn til å se noe nærmere på prosedyrene rundt dette.

Solberg sa det på denne måten i forklaringen sin til kommisjonen:

Oversendelse av forskrifter som er gjort i henhold til smittevernloven skjer etter loven. Jeg har underskrevet disse brevene. Det har i liten grad vært saker som tas opp eller behandles i Stortinget. Jeg er ikke fremmed for at vi må gjøre en revisjon av smittevernloven basert på det vi har lært nå. Da kan et spørsmål være om det finnes andre måter å håndtere dette på i forholdet mellom regjering og Storting. Vi må ikke miste fullmaktene til å gjøre inngripende tiltak i en gitt krisesituasjon. Ansvar for å gjøre smitteverntiltak må ligge i regjeringen. Hvis ikke er jeg er redd det ville endt med at vi ikke klarer å håndtere slike situasjoner. Det er fullt mulig at det finnes en annen måte å håndtere dette på mellom Storting og regjering. Det er laget en smittevernlov som sannsynligvis er basert på situasjoner på opptil et halvt år. Nå er

vi snart på andre året med inngripende tiltak og restriksjoner. Jeg er opptatt av at vi ikke må lage et regelverk for forrige pandemi, men et regelverk som står seg for små og store hendelser.⁷³

4.4 Departementer, direktorater og utvalg

Norges sentralforvaltning er bygd opp som et hierarki som består av regjering, departementer og direktorater.⁷⁴ Statsrådene leder normalt hvert sitt departement. Departementene fungerer som faglige sekretariater for regjeringen og utreder og gjennomfører sakene som departementene har ansvaret for. Direktoratene er statlige organer som er organisert under departementene og har hele landet som virkefelt. De avlaster departementene og driver blant annet forskriftsarbeid, enkeltsaksbehandling, utredning, veiledning og tilskuddsforvaltning i tillegg til stedlige og skriftlige kontroller. Direktoratene utfører oppgaver etter oppdrag fra departementene, i tillegg til oppgaver på eget initiativ innen sitt ansvarsområde.

Pandemihåndteringen har vært basert på etablert ansvarsdeling mellom departementene og underliggende virksomheter. Samvirkeprinsippet innebærer at alle enheter i statsforvaltningen har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samarbeid, samvirke og koordinering med relevante aktører.⁷⁵ Gjennom pandemien har de etablerte samhandlingsformene på departementsnivå vært benyttet. Kriserådet har også vært benyttet for å samordne og koordinere krisehåndtering mellom sektorene. Det har videre vært etablert enkelte tverrdepartementale koordineringsforumer i forbindelse med pandemihåndteringen. Under departementsnivået har samvirket delvis skjedd gjennom etablerte mekanismer og delvis gjennom koordineringsmekanismer som har blitt etablert under pandemien. Det har i tillegg vært mye uformell kontakt og samarbeid, både på departements- og direktoratsnivå og mellom departementene og direktoratene.

JD har sammen med HOD vært i sentrum av pandemihåndteringen. Koronapandemien var en helsekrise, og som nevnt tidligere hadde HOD

⁷² Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

⁷³ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

⁷⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 18 på side 205 og videre for en mer utførlig beskrivelse av statlig forvaltning.

⁷⁵ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnsikkerhet.

innledningsvis rollen som lederdepartement. Det viste seg imidlertid raskt at håndteringen av pandemien i stor grad også dreide seg om å håndtere konsekvensene for samfunnet.⁷⁶ For å avlaste HOD og fordi JD er fast lederdepartement ved sivile nasjonale kriser med mindre annet blir bestemt, overtok JD rollen som lederdepartement 13. mars 2020.

Justis- og beredskapsdepartementet

JD har hatt flere roller under pandemien. Etter samfunnssikkerhetsinstruksen har JD en samordningsrolle for forebygging og beredskap på samfunnssikkerhetsområdet. Denne rollen er viktig for å opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner under kriser, og den innebærer blant annet ansvar for å «utvikle og vedlikeholde oversikt over hvilke funksjoner som i et tverrsektorielt perspektiv er kritiske for samfunnssikkerheten».⁷⁷

Som lederdepartement har JD hatt ansvar for å kalle inn Kriserådet og lede rådets møter. Kriserådets virksomhet står nærmere omtalt senere i dette kapitlet.

I tillegg er JD hovedansvarlig departement for de fire kritiske samfunnsfunksjonene; styring og kriseledelse, lov og orden, IKT-sikkerhet og redningstjeneste. JD er også sektordepartement for justissektoren og har sektoransvar for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og politietaten. Departementet har dessuten vært direkte involvert i håndteringen av importsmitte gjennom lovarbeidet med forskriften om innreise-restriksjoner. De har også bistått HOD med å håndtere karantenehotellordningen.

KSE har bistått JD som lederdepartement. I tråd med samfunnssikkerhetsinstruksen har dette innbefattet å gi støtte til analyser, utarbeide og formidle overordnede situasjonsrapporter og etablere felles situasjonsforståelse.⁷⁸ I det videre vil vi beskrive hvordan JD har arbeidet for å ivareta rollen som lederdepartement.

JD som lederdepartement

I henhold til samfunnssikkerhetsinstruksen er det lederdepartementets oppgave «å koordinere

håndteringen av krisen på departementsnivå». Instruksen lister i tillegg opp en rekke konkrete oppgaver som skal bli ivare tatt. Som lederdepartement skal JD blant annet «utarbeide og distribuere overordnede situasjonsrapporter, blant annet på bakgrunn av innhentet informasjon [...]». Videre skal de «utarbeide overordnede situasjonsanalyser, herunder vurdering av mulig hendelsesforløp og videre utvikling av krisen». De skal også «identifisere og vurdere behov for tiltak på strategisk nivå.»⁷⁹

JD har gjennom pandemien nedlagt et betydelig og krevende arbeid for en helhetlig ivaretagelse av rollen som lederdepartement. De har ivare tatt arbeidet som lederdepartement blant annet gjennom å rapportere om tilstanden på de samfunnskritiske funksjonene, lede møter i kriserådet, utarbeide beslutnings- og vurderingsgrunnlag for regjeringen, innsamle og distribuere situasjonsrapporter, samt koordinere og tilrettelegge for kommunikasjon til befolkningen i tett samarbeid med SMK og HOD.⁸⁰

Opprettholdelsen av kritiske samfunnsfunksjoner

En sentral del av JDs arbeid under pandemien har vært å vedlikeholde og oppdatere listen over kritiske og viktige samfunnsfunksjoner, følge med på status og bidra til å sikre kontinuitet. Departementsråden i JD har fortalt oss følgende om dette arbeidet:

JD sitt hovedarbeid har vært å ta vare på det sivile samfunn i en krisesituasjon. Selve smittehåndteringen ligger til HOD, men konsekvensene for det sivile samfunn av smitteverntiltakene ligger til JD. Da har vi brukt disse 14 samfunnskritiske funksjonene som et utgangspunkt for å gjøre vurderingene av hvordan det går, og om det er noen sider ved det sivile samfunn som blir ikke-fungerende på grunn av sykdom, karantenering eller smitteverntiltak som fører til at man ikke får gjort jobben. Å følge opp dette hele veien har vært et veldig viktig punkt for oss, og vi har ligget hardt på de departementene som har rapportert inn utfordringer.⁸¹

⁷⁶ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 216, sitat fra tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen.

⁷⁷ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet, kapittel VI 1.e.

⁷⁸ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* for en nærmere redegjørelse av KSEs rolle og ansvar under pandemien.

⁷⁹ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet, kapittel VIII.

⁸⁰ Brev, JD til Koronakommisjonen, 1. juli 2020 og 14. oktober 2021.

⁸¹ Forklaring, departementsråd Heidi Heggnes i JD, 14. desember 2021.

I henhold til samfunnssikkerhetsinstruksen er det de utpekte hovedansvarlige departementene for hver funksjon «som har et særlig ansvar for nødvendig koordinering og samordning innenfor enkelte kritiske samfunnsfunksjoner».⁸² De enkelte funksjonene skal løpende ivareta drift og kontinuitet og vurdere evnen til opprettholdelse i lys av en pågående krise. En funksjon er ansett som samfunnskritisk dersom et avbrudd på sju døgn eller mindre truer grunnleggende behov hos befolkningen.⁸³ Den langvarige koronapandemien har vist at flere funksjoner enn de som opprinnelig ble regnet som samfunnskritiske er nødvendige for å sikre befolkningen behov over tid. Listen over virksomheter med kritiske samfunnsfunksjoner og nøkkelpersonell har derfor blitt revidert og utvidet flere ganger siden den første listen ble publisert 16. mars 2020.⁸⁴ Eksempler på slike funksjoner er barneverninstitusjoner, barnehage og skoler, krisesentre og renovasjons- og renholdstjenester.⁸⁵

Som vi påpekte i den første rapporten vår, ble listen hovedsakelig utarbeidet for å avklare hvilket personell som er sentrale i å opprettholde akseptabel drift av samfunnskritiske funksjoner, og som derfor skulle ha krav på skole- og barnehagetilbud til tross for at hovedregelen tilsa at barnehager og barneskoler skulle være stengt.⁸⁶ Listen har også vært benyttet som utgangspunkt for å vurdere unntak for innreiserestriksjoner for utlendinger som er «strengt nødvendige» for å opprettholde forsvarlig drift av kritiske funksjoner.⁸⁷ Listen har videre blitt benyttet som utgangspunkt for å vurdere prioritering av de samfunnskritiske funksjonene for vaksinerings.⁸⁸

⁸² FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet, kapittel V.

⁸³ Med utgangspunkt i JDs ansvar for å utvikle og vedlikeholde oversikt over hvilke funksjoner som er kritiske i et tverrsektorielt perspektiv for samfunnssikkerheten, utarbeidet DSB i 2016 en liste over 14 kritiske samfunnsfunksjoner og hva som inngår i dem. Se rapport, DSB, 2016, «Samfunnets kritiske funksjoner».

⁸⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 349 og følgende sider. En nærmere redegjørelse av rolle- og ansvarsfordelingen med tanke på å identifisere og følge opp samfunnskritiske funksjoner og hvordan dette ble håndtert i den første fasen av pandemien.

⁸⁵ «Liste over virksomheter med kritisk samfunnsfunksjon og nøkkelpersonell – oppdatert 28.06.2021».

⁸⁶ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*.

⁸⁷ «Liste over virksomheter med kritisk samfunnsfunksjon og nøkkelpersonell – oppdatert 28.06.2021». Dette står også omtalt i NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 353–354.

⁸⁸ Dette omtaler vi nærmere i kapittel 9.

Departementene har under pandemien jevnlig sendt rapporter til JD over status og evne til å opprettholde forsvarlig drift i de samfunnskritiske funksjonene.⁸⁹ Rapporteringen har vært benyttet til å etablere oversikt over status, identifisere konsekvenser av iverksatte tiltak og koordinere avbøtende tiltak på tvers i forvaltningen.⁹⁰

De ulike departementene og virksomhetene har rapportert om tilstanden i de ulike samfunnsfunksjonene med fargeskalaen grønn, gul og rød (hvor rød er kritisk). En gjennomgang av rapporteringen i perioden fra august 2020 til utgangen av oktober 2021 viser at status i all hovedsak har blitt rapportert å være grønn, bortsett fra helse- og omsorgssektoren der status gjennomgående ble rapportert som gul. I noen tilfeller har det blitt rapportert rød eller gul status for enkelte andre funksjoner. I disse situasjonene ble ulike løsninger for å lette tiltaksbyrden og få status over i grønt diskutert i Kriserådet og regjeringen. Departementsråden i JD har fortalt kommisjonen at JD var en pådriver i disse sakene.⁹¹

I tillegg til fargekoding for status inneholdt rapporteringen også oversikt over iverksatte og planlagte tiltak, samt en rubrikk for forventet utvikling av status for de samfunnskritiske funksjonene. Den forventede utviklingen ble klassifisert etter kort sikt (innen 48 timer), mellomlang sikt (innen 10 dager), og lang sikt (mer enn 10 dager). Den korte tidshorizonten kan ha bidratt til at så godt som alle funksjoner gjennom hele perioden satt *tilnærmet uendret* på videre forventet utvikling for sin funksjon. Den korte tidshorizonten illustrerer at rapporteringsregimet hovedsakelig var innrettet mot å håndtere kortvarige, akutte kriser og i liten grad mot hendelser og kriser som varer i måneder og år.

⁸⁹ Enkelte departementer har ansvar for funksjoner som går på tvers av forvaltningen. For eksempel har JD som sektoransvarlig departement for funksjonen «styring og kriseledelse» rapportert på den samlede evnen til å opprettholde dette. Som del av den overordnede funksjonen «helse og omsorg» har andre departementer rapportert til HOD for sine «tjenestetyper/kapabiliteter». Dette inkluderer blant annet barnevern, beskyttelse mot vold i nære relasjoner og arbeids- og velferdstjenester. HOD har på basis av denne rapporteringen utarbeidet en samlet rapportering for feltet helse og omsorg.

⁹⁰ Innretning på rapporteringen ble videreutviklet med grunnlag i erfaringer fra den store sivil-militære øvelsen Trident Juncture i 2018. Forklaring, ekspedisjonssjef i JD, 5. januar 2022.

⁹¹ Forklaring, departementsråd Heidi Heggenes i JD, 14. desember 2021. Departementsråden oppga at det eneste punktet der JD ikke var en pådriver for å få en funksjon over i grønt, var knyttet til helsearbeidet, fordi HOD selv håndterte den biten.

Frekvensen i rapporteringen har vært knyttet til utviklingen i smittesituasjon og iverksettelsen av smitteverntiltak. I pandemiens aller første fase ble det rapportert tre ganger i uken. Fra uke 15 i 2020 gikk det over til ukentlig rapportering. I perioder med lavt smittetrykk har rapporteringsfrekvensen blitt trappet ytterligere ned. Basert på rapporteringen har JD med bistand fra KSE utarbeidet de overordnede situasjonsrapportene.

I den første rapporten vår stilte vi spørsmål ved om et så omfattende og hyppig rapporteringsregime var riktig bruk av ressurser – spesielt når det jevnt over ble gitt tilbakemeldinger som tilsa at funksjonen til de som rapporterte, ikke var truet eller kritisk.⁹² Samtidig er det kommisjonens inntrykk at statusrapporteringen har vært et nyttig redskap, spesielt utover i pandemien, for at myndighetene har holdt oversikt over status for samfunnskritiske funksjoner.

Nærmere om arbeidet som lederdepartement

Som nevnt skal lederdepartementet utarbeide overordnede situasjonsanalyser og i den forbindelse vurdere «mulige hendelsesforløp og videre utvikling av krisen».⁹³ Videre skal de «identifisere og vurdere behov for tiltak på strategisk nivå».

I den første rapporten vår behandlet vi hvordan JD ivaretok oppgaven som lederdepartement under den første smittebølgen våren 2020.⁹⁴ Vi mente at departementet utførte rollen som lederdepartement på en tilfredsstillende måte, men bemerket at situasjonsrapportene som KSE utarbeidet på vegne av JD, var dominert av situasjonsoppdateringer, og at de ikke var egnet til å oppfylle kravet i samfunnssikkerhetsinstruksen om at lederdepartementet skal utarbeide analyser av krisens videre utvikling og om strategisk planlegging.

Dette inntrykket har blitt bekreftet gjennom den videre granskingen. JD har i arbeidet med å lage overordnede situasjonsanalyser benyttet rapporteringen om de kritiske samfunnsfunksjonene i tillegg til rapporter de har mottatt fra departementene, DSB osv.⁹⁵ JD har så vidt vi har bragt på det rene, i begrenset utstrekning laget egne analy-

ser av videre utvikling av krisen på bakgrunn av materialet de har mottatt.

HOD, som er ansvarlig for helsesektoren, har laget analyser av pandemiens videre utvikling og mulig håndtering av denne gjennom oppdrag til Helsedirektoratet og FHI. JD har bidratt inn i dette arbeidet.

De utfordringene dette kan skape – at det er HOD som har ansvar for helsesektoren, mens JD er lederdepartement – er beskrevet slik av daværende departementsråd Bjørn-Inge Larsen:

Det at JD har vært lederdepartement, har vært en stor avlastning for HOD. Det er ikke riktig bare fordi det er avlastende, det er også riktig fordi det er det departementet som vanligvis skal være lederdepartement. Det er bra vi har et departement som er satt opp for det. Det litt underlige er at vi har levert nesten alle premisene til regjeringen, og at det er et annet departement som er lederdepartement, men det har fungert ganske godt.⁹⁶

Etter samfunnssikkerhetsinstruksen skal lederdepartementet «ved behov koordinere utarbeidelsen av beslutningsgrunnlag fra berørte departementer for Regjeringen». Slik sentrale ledere i JD har framstilt det for kommisjonen, har JD konsentrert seg om å påse at departementene løfter nødvendige saker og framskaffer nødvendig og tilstrekkelig informasjon fra egen sektor for at regjeringen skal være kjent med status og være i stand til å treffe beslutninger. Departementsråden i JD beskrev det slik til kommisjonen:

Det punktet jeg synes er dårligst beskrevet i samfunnsinstruksen, og som vi kommer til å gjøre noe med, er punktet om å koordinere utarbeidelsen av beslutningsgrunnlag. Den er vi mest opptatt av fordi vi har ikke utarbeidet beslutningsgrunnlag til regjeringen som lederdepartement, men vi har sørget for at beslutningsgrunnlaget har blitt gode fra hvert fagdepartement. Vi må omformulere det fordi det er ikke slik at JD gjør seg selv til en overdommer over de ulike konsekvensene. Vi har vært en pådriver for at regjeringen skal få frem faktum, konsekvenser og riktig situasjonsforståelse på alle områder og for alle sektorer. Det er det noe i ordlyden som vi ikke er helt fornøyd med. Det er nok de viktigste punktene.⁹⁷

⁹² NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 219.

⁹³ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet Kapittel VIII.

⁹⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 216–220.

⁹⁵ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 354; forklaring, tidligere justisminister Monica Mæland, 6. januar 2022.

⁹⁶ Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

Som lederdepartement har JD, i likhet med HOD, hatt et innledende agendapunkt på regjeringskonferanser og i RCU. Den høye møtefrekvensen har medført at JD kontinuerlig gjennom pandemiperioden har gitt statusoppdatering på aktuelle saker og på de samfunnskritiske funksjonene. En ekspedisjonssjef i JD beskrev departementets arbeid med å framskaffe beslutningsgrunnlag for regjeringen slik:

Vi ser at noen formuleringer i instruksen kan skape inntrykk av at lederdepartementene skal lage alle disse rapportene. Det er en diskusjon vi tar nå. Tanken bak er at om beslutningsgrunnlaget fremskaffes på vanlig måte gjennom regjeringsnotater, RCU-notater, rapporter fra faggrupper osv, så mener jeg at vår jobb er å se på om vi har tilstrekkelig grunnlag for å vurdere dette. Substansielt sett tenker jeg det holder. [...] Essensen er om regjeringen får tilstrekkelig beslutningsgrunnlag, mer enn hvorvidt JD har laget tilstrekkelig antall rapporter med JD-logo på. [...] (V)år rolle er å se hen til om det er momenter som bør fremkomme knyttet til det tverrsektorielle.⁹⁷

Sentrale ledere i JD har overfor kommisjonen gitt uttrykk for at JD har forsøkt å ha et overordnet blikk på tverrsektorielle sammenhenger og konsekvenser, men at de har vært tilbakeholdne med å foreta vurderinger som går inn på andre departementers ansvarsområder.

I arbeidet med å utrede konsekvenser og se mulig tiltak i sammenheng skrev JD blant annet tre r-notater høsten 2020. I dette arbeidet sammenstilte de opplysninger fra departementene og fremhevet departementenes ansvar for å være forberedt på en videre utvikling av krisen.

Det ble i tillegg avholdt en øvelse på regjeringnivå om å iverksette smitteverntiltak i november 2020. JD har beskrevet at «formålet med øvelsen var å sikre at forsterkede eller nye smitteverntiltak kunne iverksettes raskt ved behov, og bidra til at konsekvenser av disse tiltakene ble avdekket».⁹⁸ I øvelsen skulle hvert enkelt departement sørge for mest mulig normal aktivitet ved iverksetting av tiltak i beredskapsplanen, inkludert å iverksette nødvendige avbøtende tiltak. JD og HOD utarbeidet beredskapsscenarioer som det enkelte departement tok utgangs-

punkt i. Departementene skulle selv være ansvarlige for sin egen evaluering av øvelsen og for å ha en plan for å følge opp læringspunkter. Som et ledd i øvelsen ble det holdt en regjeringskonferanse.

Statssekretæren ved SMK beskrev til kommisjonen at JDs arbeid med å utrede konsekvenser fram til da hadde vært nyttig, men at øvelsen delvis hadde sin årsak i at JD som lederdepartement kunne tatt en noe mer proaktiv rolle for å få departementene til å forberede seg i større grad på eventuelle konsekvenser av en videre utvikling:

Det var også til stor nytte for regjeringen at JD hele tiden koordinerte informasjonsstrømmen og jevnlig oppsummerte statusrapporter. I ulike faser av pandemien koordinerte JD kartlegginger om pandemiens konsekvenser på ulike samfunnsområder. Hovedinntrykket mitt er at det fungerte bra og etter hensikten.

Om jeg skal sette fingeren på noe, så ville jeg kanskje tenke at justis i noen situasjoner var litt tilbakeholdne, og at de i større grad kunne pushet de andre departementene på sine forbedringer. De kunne vært litt mer pådriver. Koordineringsrollen fungerte bra, men de kunne ha pushet litt her og der om noen av departementene ikke var like frempå i å forbedre seg på ulike scenarier som krisen kunne ha på deres felt. Regjeringen hadde en større øvelse hvor vi øvde på en situasjon hvor virusspredningen kom ut av kontroll i Norge. Den øvelsen ledet frem til høring på et mulig portforbud. Bakgrunnen for øvelsen var at vi så det var ting å forberede i dette innsamlingsarbeidet som JD drev. For at vi skulle få ordentlig trykk på det arbeidet, måtte denne øvelsen til.¹⁰⁰

Vi har forstått det slik at øvelsen for ulike pandemiscenarier bidro til en større bevisstgjøring av hva som kunne bli videre utvikling i krisen, hvordan det kunne bli håndtert, og hvilke konsekvenser det kunne ha for hver sektor. Den gjennomførte høringen av portforbudet var et proaktivt og nyttig grep for å stille bedre forberedt dersom situasjonen skulle bli vesentlig forverret. Læringspunktene fra øvelsen ble i det videre arbeidet ivarettatt i hver sektor.

Etter det kommisjonen kan se, fremmet ikke JD egne r-notater for regjeringen etter desember 2020, der tverrsektorielle konsekvenser ble sam-

⁹⁷ Forklaring, departementsråd Heidi Heggenes i JD, 14. desember 2021.

⁹⁸ Forklaring, ekspedisjonssjef i JD, 5. januar 2022.

⁹⁹ Brev, JD til Koronakommisjonen, 3. mars 2022.

¹⁰⁰ Forklaring, tidligere statssekretær Lars Øy, SMK, 6. januar 2022.

menstilt og drøftet. Tverrsektorielle konsekvenser av iverksatte tiltak ble, så langt kommisjonen kan se, etter dette hovedsakelig fulgt opp av JD gjennom merknader til andre departementers r-notater, i Kriserådet og gjennom rapportering på samfunnsskrittiske funksjoner. Det kan også ha blitt løftet frem under JDs innledende agendapunkt på regjeringskonferanser.

Oppsummert om JDs rolle som lederdepartement

JD har gjennom pandemien utført et betydelig og viktig arbeid for å koordinere håndteringen av covid-19-pandemien på departementsnivå. JD har hatt stor oppmerksomhet på å samle inn, sammenstille og distribuere løpende situasjonsrapporter og følge opp rapportering på de samfunnsskrittiske funksjonene. Dette ser ut til å ha gått på bekostning av arbeidet med å utarbeide overordnede situasjonsanalyser med mulige hendelsesforløp og videre utvikling av krisen, slik samfunnssikkerhetsinstruksen krever. Rapportene ser heller ikke ut til å være i tråd med instruksens krav om å identifisere og vurdere behov for tiltak på strategisk nivå.

Vi mener at JD i større grad kunne ha utredet sammenhenger og konsekvenser på tvers av sektorer. De kunne som lederdepartement også tidligere og i større grad vært en pådriver for at departementene selv skulle utredet konsekvenser og ha beredskap for den videre utviklingen av krisen.

Kriserådet

Kriserådet er det øverste administrative organet på departementsnivå og har til oppgave å sikre strategisk koordinert krisehåndtering mellom sektorene.¹⁰¹ Som lederdepartement har JD hatt ansvar for å innkalle Kriserådet og lede rådets møter.

I henhold til samfunnssikkerhetsinstruksen er Kriserådets hovedfunksjon å bidra til sentral krisehåndtering ved å

- a. sikre strategiske vurderinger
- b. vurdere spørsmål om lederdepartement
- c. sikre koordinering av tiltak som iverksettes av ulike sektorer
- d. sikre koordinert informasjon til publikum, media og andre
- e. påse at spørsmål som krever politisk avklaring raskt legges frem for departementenes poli-

tiske ledelse eller regjeringen, herunder avklaring av fullmakter og budsjett¹⁰²

Kriserådet har fem faste medlemmer: regjeringsråden ved SMK, utenriksråden i UD og departementsråden i JD, Forsvarsdepartementet (FD) og HOD. Rådet kan ved behov bli utvidet med alle de andre departementene.¹⁰³ Under covid-19-pandemien har alle departementsrådene deltatt i Kriserådet. Helsedirektoratet, FHI, DSB og Politidirektoratet (POD) har også vært til stede i Kriserådet ved en rekke møter, og Utlendingsdirektoratet har vært med ved enkelte anledninger. Den brede deltagelsen er uvanlig og skiller håndteringen av covid-19 fra håndteringen av andre nasjonale kriser de senere årene.

Kommisjonen har gjennomgått referater og sakspapirer fra Kriserådet etter gjenåpningen sommeren 2020. Kriserådet har møttes jevnlig gjennom pandemien. I den første rapporten vår beskrev vi hvordan møtene i den første fasen av pandemien i stor grad var preget av situasjonsoppdateringer, informasjonsutveksling, praktisk oppfølging og diskusjoner relatert til forhold som måtte bli koordinert på tvers av departementene. Ut fra kommisjonens gjennomgang ser det ut til at Kriserådet i all hovedsak har fortsatt å fungere på samme måte og ivareta de samme oppgavene videre gjennom pandemien.

Det er JD som lederdepartement som i hovedsak har fremmet saker til Kriserådets møter. Andre departementer har hatt innspill til agendaen og også fremmet egne saker, blant annet saker om vaksineanskaffelser, strategier for økonomiske tiltak og saker om innreiseregistrering og grensekontroll.

Flere departementsråder har overfor kommisjonen beskrevet at Kriserådet var nyttig i pandemi-håndteringen for å etablere en felles situasjonsforståelse på tvers i forvaltningen og koordinere oppfølging av regjeringens beslutninger.

Kriserådet har under covid-19-pandemien ikke vært benyttet som et forberedende organ for saker som skal opp til regjering. Ifølge JD har rådet heller aldri vært tiltenkt denne rollen:

Kriserådet er ikke et saksforberedende organ. [...] Jeg tror Kriserådet har en viktig funksjon, men slik man kan lese av instruksen nå kan det virke som at saker skal innom Kriserådet på vei

¹⁰¹ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet Kapittel VIII.

¹⁰² FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet Kapittel VIII.

¹⁰³ FOR-2017-09-01-1349 Instruks for departementenes arbeid med samfunnssikkerhet Kapittel VIII.

opp til regjeringen, og så skal det innom på vei ned. Det har aldri vært intensjonen. [...] Tanken bak Kriserådet er at det kan brukes til å stille spørsmål underveis om det er de rette sakene som kommer til regjeringen, å sikre at alle har et felles situasjonsbilde på det som er besluttet i regjering og å kunne diskutere på tvers hva som er konsekvensen av det som besluttes politisk.¹⁰⁴

Etter samfunnssikkerhetsinstruksen skal Kriserådet blant annet bidra til å sikre strategiske vurderinger og påse at spørsmål som krever politisk avklaring, raskt legges fram for departementenes politiske ledelse eller regjeringen. Granskingen har vist at Kriserådet i liten grad har vært benyttet til å sikre strategiske vurderinger. Regjeringens sterke styring, og de mange beslutningene som ble løftet til regjeringens bord, kan ha bidratt til dette. Vårt inntrykk er at dette har ført til at Kriserådets koordinerende rolle og arbeidet med å etablere en felles situasjonsforståelse har fått stor oppmerksomhet, mens arbeidet med å sikre strategiske beslutninger har blitt nedprioritert. Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie er inne på noe av det samme når han beskriver hvordan regjeringens arbeidsmetoder har hatt betydning for Kriserådets rolle i pandemihåndteringen:

Kriserådet fikk en mindre betydning i og med at regjeringen måtte være så operative i krisen og fordi vi etablerte RCU. Jeg tror Kriserådet har vært viktig og nyttig for å avklare ting mellom departementer og skape en felles virkelighetsforståelse blant departementene. Organet har vært nyttig for å diskutere faglige uenigheter og andre uenigheter som oppstår. Når RCU og regjeringen har møttes så ofte som vi har gjort, og hatt en så bred representasjon av fagmiljøene med både FHI og Helsedirektoratet til stede, har nok betydningen av Kriserådet vært mindre enn det den vil være under en akutt nasjonal krise.¹⁰⁵

Også tidligere statsminister Erna Solberg framhevet overfor oss Kriserådets rolle i å følge opp regjeringens beslutninger, snarere enn deres rolle i å sikre strategiske vurderinger:

Kriserådet opplever jeg som oppfølgingsarbeid etter regjeringens beslutninger. Jeg opplevde

det som et arbeidsorgan for departementsrådene for å avklare betydningen av regjeringens konklusjoner og hva regjeringen faktisk har ment. [...]

Jeg tenker de [Kriserådet] har bidratt til at beslutninger fattet av regjeringen har blitt fulgt opp og samordnet mellom departementene og departementsrådene. Jeg har gitt uttrykk for at vi må se på den arbeidsdelingen og hva Kriserådet skal være. Det er helt naturlig at det er regjeringen som fatter de strategiske beslutningene. Vi har nok noen beredskapsregler som er veldig byråkratiorienterte, men sannheten er at en krise i et demokrati må håndteres av politikere.¹⁰⁶

Oppsummert om Kriserådet

Det som har kommet fram gjennom granskingen, gir kommisjonen inntrykk av at den topptunge beslutningsstrukturen, der regjeringens selv tar beslutning i små og store saker, har ført til at Kriserådet hovedsakelig har ivaretatt en koordinerende og oppfølgende rolle og i begrenset grad har ivaretatt ansvaret for å sikre strategiske vurderinger.

Helse- og omsorgssektorens håndtering og samhandling

HOD har gjennom hele pandemien vært i sentrum av pandemihåndtering. Departementet har hatt det overordnede ansvaret for beredskapen innen sektoren, både før og under pandemien, og har også hatt det overordnede ansvaret for å krisehåndteringen i helse- og omsorgssektoren.

Departementsråden ledet arbeidet i departementet på vanlig måte opp mot politisk ledelse. Departementsråden og ekspedisjonssjefene utgjorde departementets kriseledelse. Det ble i hovedsak ikke gjort endringer i avdelingenes ansvar. Et unntak fra dette var at ansvaret for smittevernloven ble flyttet fra folkehelseavdelingen til helseerettsavdelingen. Formålet var at én avdeling skulle ha hovedansvaret for all lovtolkning og regelverksarbeid knyttet til pandemien. Dette innebar at helseerettsavdelingen fikk et betydelig ansvar. I kapittel 7 vil helseerettsavdelingens arbeid i forbindelse med importsmitte og innreiserestriksjoner bli nærmere omtalt.

Det var folkehelseavdelingen i departementet som var ansvarlig for å utarbeide utkast til regje-

¹⁰⁴ Forklaring, ekspedisjonssjef i JD, 5. januar 2022.

¹⁰⁵ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹⁰⁶ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

ringens strategi- og beredskapsplaner på grunnlag av innspill fra FHI og Helsedirektoratet.¹⁰⁷

Helsesektorens arbeid opp mot regjeringens beslutninger

Den 31. januar 2020 delegerte HOD til Helsedirektoratet å koordinere helse- og omsorgssektorens innsats for å håndtere utbruddet av covid-19-viruset.¹⁰⁸ Dette var i henhold til Nasjonal helseberedskapsplan.

Som overordnet ansvarlig for helse- og omsorgssektoren har HOD vært premissleverandør for mange av regjeringens beslutninger vedrørende smitteverntiltak. Svært mange av initiativene til saker som ble behandlet i regjeringskonferanser og i RCU, ble tatt av HOD. I tillegg til en muntlig innledning med redegjørelse for status og aktuelle saker har helse- og omsorgsministeren fremmet ett eller flere r-notater stort sett ved hver RCU- eller regjeringskonferanse der covid-19-saker ble behandlet.

HOD har i brev til kommisjonen beskrevet at det var ulikt hvordan det ble tatt initiativ til å legge fram saker for regjeringen.¹⁰⁹ Ofte var det utviklingen i smittesituasjonen og dialog mellom departementer og underliggende virksomheter som resulterte i at det ble besluttet å fremme en sak til regjeringskonferanse.

Daværende departementsråd Bjørn-Inge Larsen har beskrevet HODs sentrale rolle for å gi regjeringen oppdatert informasjon om utviklingen av pandemien og situasjonen i helsesektoren slik:

I en krise trenger regjeringen daglig å vite om vi har kontroll på situasjonen eller ikke. HODs rolle og regjeringens behov er helt annerledes under krisehåndtering enn det er i dagliglivet. Vi er i lederposisjon i alle fall for halve Helse-Norge, i prinsippet hele tiden. Den andre halvparten av Helse-Norge er vi strengt tatt ikke i lederposisjon overfor. Men i en krise trenger vi å være i lederposisjon for hele Helse-Norge, og vite hva som skjer der hver dag. Hvis noe går galt, må regjeringen kunne reagere. Det å holde oss oppdatert er en veldig stor oppgave, og den oppgaven legger vi til Helsedirektoratet. Det betyr at oppdrag om hva aktører skal

gjøre, og om informasjon som regjeringen bruker, samles inn av Helsedirektoratet.¹¹⁰

HOD har benyttet de samme prosessene for å utarbeide og legge fram r-notater gjennom hele pandemien. I brev til kommisjonen har departementet beskrevet at for å sikre faglig og juridisk grunnlag for en regjeringsbeslutning, inkludert å sikre at relevante forholdsmessighetsvurderinger ble gjennomført, formulerte HOD oppdrag til Helsedirektoratet og FHI.

I oppdragene ble Helsedirektoratet og FHI blant annet bedt om å utrede, foreslå, innføre, opprettholde, justere, endre eller avvikle tiltak. FHI leverte det smittevernfaglige grunnlaget for svaret til Helsedirektoratet. Helsedirektoratets ansvar var da å gjøre bredere helhetlige vurderinger. HOD har beskrevet at slike helhetlige vurderinger omfattet «juridiske vurderinger av sosiale og samfunnsmessige konsekvenser, inkludert konsekvenser for helsetjenestene, for sårbare grupper mv». Videre har HOD beskrevet at Helsedirektoratet og FHI «samarbeidet med direktorater i andre sektorer, for eksempel Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet mv» for å ha et best mulig grunnlag til vurderingene.¹¹¹

Når HOD mottok svar på oppdragene fra FHI og Helsedirektoratet, ble svarene gjennomgått, gjerne i dialog med FHI og Helsedirektoratet, for å sikre at svaret var forstått. Ofte ble det også avdekket behov for utdypninger eller tillegg som etatene måtte vurdere.

Departementet utarbeidet deretter et utkast til beslutningsnotater, det vil si utkast til r-notater, til den politiske ledelsen. Den politiske ledelsen i departementet skulle deretter godkjenne utkastene, før de ble sendt på foreleggelse til andre departementer.

HOD har beskrevet for kommisjonen at det under pandemien ofte hastet med å fatte beslutninger. Det var derfor i mange tilfelle vanskelig å overholde de ordinære fristene for foreleggelse av r-notater til berørte departementer. For å kompensere for manglende foreleggelse eller svært korte foreleggelsesfrister ble det i noen grad gjennomført møter på embetsplan ved utarbeidelsen av r-notatene.¹¹² Når det skulle besluttes større tiltakspakker, forsøkte HOD å kompensere for kort foreleggelsesfrist ved å sende de andre departemen-

¹⁰⁷ Dette har kommet fram i samtaler som kommisjonen har hatt med ansatte i HOD.

¹⁰⁸ FOR-2020-01-31-299 Delegering etter Nasjonal helseberedskapsplan – koronavirus. Se også NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* for en nærmere omtale av denne delegeringen.

¹⁰⁹ Brev, HOD til Koronakommisjonen, 3. februar 2022.

¹¹⁰ Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 23. januar 2021.

¹¹¹ Brev, HOD til Koronakommisjonen, 3. februar 2022.

¹¹² Ibid.

tene tidsplaner for gjennomføringen av prosessen.¹¹³

Under pandemien har prosessene i forkant av regjeringens beslutninger i RCU og regjeringskonferansene gått svært fort. I samtaler med kommisjonen har ansatte i HOD beskrevet at prosessene i normale tider som regel ville startet tre til seks måneder før behandling og beslutning i regjeringskonferanse. Under pandemien har utredning og beslutning i regjeringskonferanse i mange tilfelle vært gjennomført på 12 til 24 timer. Departementet har formidlet til kommisjonen at de har lyktes med de iverksatte tiltakene, men at risikoen var høyere enn vanlig. Videre ble det formidlet at hovedregelen var at det virkelig hastet, og at det var nødvendig med raske prosesser og beslutninger.¹¹⁴

Da vi utarbeidet den første rapporten vår, uttalte daværende departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD seg slik om dette:

Hvis du «med stor hast» mener at HOD har sendt mange r-notater til andre departementer

¹¹³ Møte, ansatte i HOD, 9. desember 2021.

¹¹⁴ Møte, ansatte i HOD, 9. desember 2021.

med usedvanlig korte frister, og Helsedirektoratet på fredag ettermiddag har fått serier av oppdrag med frist om leveranse på søndag, så stemmer det. Min kommentar til det er at vi nok burde ha fått det bedre til. Det er på mange måter ufullkomment at vi ikke har lykkes bedre enn å ha hastverk rundt det. Det å være på med vår beste tenkning fra dag til dag har tross alt gitt bedre resultater hos oss enn de fleste steder. Jeg skjønner at det ser litt rart ut, og det har vært en belastning for Helsedirektoratet og andre departementer og for oss. Vi har likevel tross alt ikke kommet så dårlig ut av det.

[...]

Et departement er ikke vant til å produsere beslutningsnotater til regjeringen på 24 timer. Det gjør vi aldri. Det å ha den type prosesser er en helt ny situasjon for oss. Det har regjeringen akseptert, og likt. Etatene har bare protestert mildt. Ideelt sett burde det ikke vært slik, og vi har ikke vært bedre enn det, men det har vært nødvendig for ikke å komme på etterskudd.¹¹⁵

¹¹⁵ Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 23. januar 2021.



Figur 4.6 Pressekonferanse 24. september 2021.

Foto: Frode Hansen / VG / NTB

HOD og de underliggende virksomhetene

Etter at HOD delegerte ansvaret til Helsedirektoratet, har Helsedirektoratet gjennom pandemien hatt ansvaret for å koordinere helse- og omsorgssektorens innsats.¹¹⁶ I den første rapporten vår beskrev vi hvordan HOD hadde tett styring med Helsedirektoratet gjennom hyppige møter. Den tette styringen har vedvart gjennom hele perioden kommisjonen har gransket. Det har vært faste møter mellom HOD, helsedirektoratet, FHI og de regionale helseforetakene. Hyppigheten har variert noe med svingningene i smittetrykket, og i perioder var det daglige møter. Det ble også etablert ukentlige styringsmøter for vaksineprogrammet og for TISK-arbeidet. Departementsråden i HOD har ledet alle de nevnte møtene. I tillegg ble det avholdt ad hoc-møter ved behov. HOD har beskrevet det slik i brev til kommisjonen:

I motsetning til ved håndteringen av en rekke tidligere kriser over de siste 20-30 årene, har Covid-19-pandemien krevd mange tiltak av politisk karakter. Det dreier seg ikke minst om tiltak som stenger ned eller åpner ulike samsfunnssektorer. Covid-19-pandemien har derfor utløst behov for en sterkere rolle for Helse- og omsorgsdepartementet enn det som normalt skjer ved krisehåndtering i helsesektoren. Helse- og omsorgsdepartementets embetsverk har derfor, som en del av vårt forberedende arbeid som faglig sekretariat for politisk ledelse, ledet de jevnlig koordineringsmøtene med etatene og RHF-ene og styrt mye av arbeidet i de underliggende etatene gjennom fortløpende og konkrete oppdrag.¹¹⁷

I den første rapporten vår kom vi fram til at de hyppige koordineringsmøtene førte til at det i praksis var HOD som koordinerte de statlige delene av sektoren. Resultatet, slik vi vurderte det i den første rapporten vår, var at ansvarsdelingen mellom HOD og Helsedirektoratet framsto som uklar. Slik kommisjonen ser det etter gjennomgangen vår av møtereferater og saksgrunnlag fra høsten 2020 og fram til 31. oktober 2021, har denne uklarheten vedvart gjennom hele perioden vi har gransket.

¹¹⁶ For en nærmere gjennomgang av Helsedirektoratets formelle rolle og ansvar, se NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 19 side 203 og følgende sider.

¹¹⁷ Brev, HOD til Koronakommisjonen, 3. februar 2022, ref 21/3169-76.

Departementet styrte arbeidet i de underliggende virksomhetene ved å gi oppdrag om forhold som måtte bli vurdert.¹¹⁸

Gjennom hele perioden vi har gransket, har HOD gitt et betydelig antall små og store oppdrag til FHI og Helsedirektoratet. I februar 2022 formidlet HOD til kommisjonen at departementet hadde gitt mer enn 600 nummererte oppdrag til FHI og Helsedirektoratet i løpet av pandemien.¹¹⁹ I den første rapporten vår kom vi fram til at det høye antallet oppdrag fikk konsekvenser for arbeidet i Helsedirektoratet og FHI og bidro til at det ble utfordrende å skape rom for helhetlige og strategiske vurderinger.¹²⁰ Dette har vi også sett gjennom arbeidet med denne andre rapporten. En seniorrådgiver i Helsedirektoratet uttrykte seg slik om temaet i sin forklaring til kommisjonen:

Regjeringen har vært veldig på, er ganske styrende, og har gjennom HOD gitt Helsedirektoratet 569 oppdrag – detaljstyrte oppdrag. HOD er også styrende og har ukentlige møter med Helsedirektoratet, FHI og helseforetak hver onsdag. I disse møtene drøftes situasjonsbildet. Straks det er en bekymring, får Helsedirektoratet og FHI i oppdrag fra HOD å belyse bekymringssaken nærmere og komme med løsningsforslag på kort frist. Alle oppdragene har belastet FHI og Helsedirektoratet voldsomt. Jeg har gjentatte ganger utfordret toppledelsen i Helsedirektoratet og sagt at vi må begrense oppdragene fordi vi trenger bedre tid til å tenke selv på hva som er viktig nå, og selv gjøre opp en status. Vi prøver uavhengig av alle oppdragene, så godt vi kan, å stoppe litt opp og gjøre kritiske refleksjoner over situasjonsbildet, utfordringsbildet og hvilke tiltak vi selv, FHI og statsforvaltere vurderer som nødvendige.¹²¹

I tillegg til oppdragsbesvarelsene leverte Helsedirektoratet jevnlig situasjonsrapporter til departementet gjennom pandemien. Rapportene inneholdt status og tilbakemeldinger fra aktørene i sektoren. De inneholdt de regionale helseforetakenes vurderinger av situasjonen i spesialisthelsetjenesten, statsforvalternes vurderinger av situa-

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 223.

¹²¹ Forklaring, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, 22. november 2021.

sjonen i kommunene, smittevern faglige vurderinger fra FHI og Helsedirektoratets vurderinger.

FHI utarbeidet ukerapporter og jevnlig risikovurderinger i tillegg til modelleringer som viste hvordan pandemien kunne utvikle seg under visse forutsetninger.

Oppsummert om helsesektoren

Samlet sett har kommisjonen inntrykk av at både HOD og de underliggende fagetatene har hatt en stor arbeidsbelastning, og at de har arbeidet under høyt tidspresse hele pandemien.¹²² Regjeringens ønske om selv å treffe nasjonale tiltak kan etter kommisjonens syn i visse tilfeller ha ført til et større hastverk enn nødvendig. Slik kommisjonen vurderer det, kan dette ha bidratt til å svekke grunnlaget for regjeringens beslutninger.

Samarbeid og samordning i forvaltning og utvalg

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

DSB er underlagt JD. På vegne av JD er DSB fag-, forvaltnings- og tilsynsorgan på sentrale deler av beredskaps- og samfunnssikkerhetsområdet. DSB er fagansvarlig etat for krise og beredskap og har dermed et betydelig ansvar for å involvere andre aktører berørt av krisen og krisehåndteringen. Under kriser skal DSB tilby støtte innen samordning, koordinering, forsterkning og faglig rådgivning.¹²³ DSB har også ansvar for å etablere og koordinere samvirke på områder der det er identifisert spesielle tverrsektorielle utfordringer.

Som vi beskrev i den første rapporten vår, har DSB støttet JD i pandemihåndtering ved å bidra til å sikre koordinert krisehåndtering på tvers av sektorer og gjennom samordning mellom forvaltningsnivåer.

Et viktig forum for samordning mellom forvaltningsnivåene er de faste beredskapsmøtene som DSB har hatt med statsforvalterne i samarbeid med Helsedirektoratet. Fylkesleger og andre fra helsesiden hos statsforvalterne har også deltatt i møtene, og etter hvert også de regionale helseforetakene.¹²⁴ Helsedirektoratet har hatt ansvar for møtene i enkelte perioder da faglige helse spørsmål i større grad enn samordning har vært

målet for møtet.¹²⁵ DSB har deltatt også på disse møtene.

Samvirkekonferansene, som DSB leder, har vært en møtearena på direktoratsnivå der berørte direktorater, statsforvaltere og andre relevante aktører har deltatt. I enkelte møter har også enkelte departementer deltatt. Formålet med møtene har vært å samle dem som er berørt av en hendelse, i dette tilfellet pandemien, for å dele relevant informasjon og etablere en felles situasjonsforståelse.

Sentralt totalforsvarsforum består av etater og direktoratet innen totalforsvaret. Ledelsen veksler annethvert år mellom direktøren i DSB og forsvarssjefen. Det er et forum for gjensidig informasjonsutveksling, samordning og koordinering. Forumet har hatt to ekstraordinære møter på etatsnivå i forbindelse med håndteringen av koronapandemien. Det har også blitt holdt et ordinært møte over to halve dager der kommunikasjon og medienes rolle i en langvarig krise har blitt drøftet.

Samvirkekonferansene har vært et sentralt forum i DSBs samhandling med statsforvalterne. I tillegg har DSB og statsforvalterne hatt kontakt i beredskapsmøter og mer tematiske møter om for eksempel organiseringen av arbeidet i forbindelse med innreiserestriksjoner og karantenehotell. DSBs arbeid med innreisekjeden er omtalt i kapittel 7.¹²⁶ Kommunenes rapportering via statsforvalterne og møteseriene som i den forbindelse er avholdt mellom statsforvalterne, DSB og Helsedirektoratet, er nærmere omtalt i kapittel 5. Rapporteringen blir sammenstilt og bearbeidet av DSB til en overordnet, sektorovergripende rapport før rapportene blir sendt til JD.

Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser

Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser (BUB) er et koordinerende organ for kriser som har utspring i biologiske smittestoffer. Det er helsedirektøren som kaller inn til møter ved biologiske hendelser. I utvalget sitter myndigheter og nasjonale funksjoner med ansvar for å beskytte liv, helse, miljø og andre viktige samfunnsinteresser ved biologiske hendelser. Det er helsedirektøren som leder BUB.¹²⁷ DSB er fast deltager i utvalget. I likhet med samvirkekonferanser er møtene i

¹²² Vi gir en nærmere beskrivelse av dette i kapitlet om vaksinestrategi og importsmitte.

¹²³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 19 side 232 og følgende sider for å få en grundigere gjennomgang av DSBs ansvarsområde.

¹²⁴ Rapport, DSB, 3. januar 2022, «Evaluering av DSBs håndtering av koronapandemien».

¹²⁵ Rapport, DSB, 3. januar 2022, «Evaluering av DSBs håndtering av koronapandemien».

¹²⁶ Sivilforsvaret er organisert som en del av DSB og har hatt en rekke oppgaver i forbindelse med pandemihåndteringen og innreisekjeden. Dette er også nærmere omtalt i kapittel 7.

BUB en arena for koordinering uten beslutningsmyndighet.

I den første rapporten vår beskrev vi møtevirksomheten i BUB i den første fasen av pandemien fram til juni 2020. Videre gjennom pandemien har BUB opprettholdt jevnlig møter. De har møttes rundt en gang i måneden, men med forhøyet frekvens i perioder med mye smitte, og da spesielt i januar og februar 2021, da det ble avholdt tre møter månedlig.

Til forskjell fra samvirkekonferanser er BUB et utvalg som jobber løpende med forebygging og beredskap.

Samarbeid, samordning og rapportering

Både DSB og BUB har hatt viktige og nyttige samordningsfunksjoner under pandemien. Som vi pekte på i den første rapporten vår, er DSBs mandat noe uklart. Vi pekte videre på at samvirkekonferanser og møtevirksomheten i BUB under pandemien framsto som ganske like fora der informasjonsutveksling og etablering av felles situasjonsforståelse ser ut til å ha vært hovedformålet.

Under en krise kan det være uheldig med flere arenaer som skal samordne tverrsektorielle hensyn uten et klart mandat og en tydelig rolle- og ansvarsdeling. At det var egne organer for samordning under en helsekrise som koronapandemien, kan ha bidratt til at DSBs rolle og ansvar framsto som uklare. Det kan også ha ført til at JDs oppgave som lederdepartement ble vanskeligere. Denne uklarheten ser ut til å ha vedvart gjennom pandemien.

Tidligere statsminister Erna Solberg har overfor kommisjonen pekt på dette som et av læringspunktene etter pandemien:

Videre tror jeg vi kan diskutere hva det innebærer å være et lederdepartement. Jeg tror det var en avlastning for HOD at de slapp å koordinere de andre departementene på mange saker, men det kan være at vi da også må tenke på om vi skal flytte på BUB. Kanskje burde den strukturen ligge hos lederdepartementet på det tidspunktet. Tingene kom av og til litt feil vei ut fra hvem som hadde ulike roller. [...]

Jeg tror det meste har fungert når det gjelder samvirke. Vi har to linjer i beredskapsarbeidet, om vi ser bort fra helsebiten. Vi har

statsforvalter og DSB. I vanlige kriser slik som en naturkatastrofe hadde DSBs rolle vært veldig tydelig. Samvirkeprinsippet fungerer, men vi kunne sikkert diskutert hva som ligger i rollene.¹²⁸

4.5 Kommunenes ansvar og samhandling med statlige organer

Det er kommunen som har ansvaret for smittevernet i kommunen, jf. smittevernloven § 7-1. Dette innebærer at kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, er sikret nødvendige forebyggende tiltak, muligheter for undersøkelser og behandling og pleie i forbindelse med smittsom sykdom. Smittevernloven pålegger også kommunen å holde oversikt over smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning og gi råd og veiledning om hvordan slike sykdommer forebygges. Primærhelsetjenesten er dessuten drevet av kommunen: Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 pålegger kommunen å sørge for at alle personer som oppholder seg i kommunen, blir tilbudt nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Ansvarsprinsippet, nærhetsprinsippet og likhetsprinsippet tilsier at en epidemisk krise i stor grad bør bli håndtert av kommunen.¹²⁹ Samtidig tilsier samvirkeprinsippet at det må være et samarbeid med andre institusjoner/organer som har oppgaver og ansvar ved håndteringen av en pandemi, for eksempel nabokommuner, sykehus, FHI og Helsedirektoratet.

Allerede tidlig i mars 2020 var det klart at koronautbruddet var et nasjonalt anliggende, og Helsedirektoratet traff derfor 12. mars 2020 vedtak om møteforbud og stenging av virksomhet som gjaldt hele landet. Den 27. mars 2020 ble vedtaket erstattet av en nasjonal forskrift, covid-19-forskriften, som senere er endret flere ganger. Sentrale myndigheter har dermed gjennom hele pandemien truffet beslutninger om smittevernet nasjonalt, som blant annet på grunn av kommunenes ansvar for primærhelsetjenesten og smittevernet lokalt, har hatt direkte innvirkning på kommunene.

Smitteøkninger og utbrudd under koronapandemien har nådd ulike landsdeler og kommuner på forskjellige tidspunkter. Kommunene har ikke

¹²⁷ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 233 og følgende sider for å få en nærmere beskrivelse av deltagelsen og møtevirksomheten i BUB i den første fasen av pandemien.

¹²⁸ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

¹²⁹ Nettartikkel, FHI, uten år, «Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av Covid-19-utbrudd i kommunen».

adgang til å beslutte mindre strenge smitteverntiltak enn det som er fastsatt nasjonalt, men har myndighet til å vedta strengere regler. Dette innebærer at pandemihåndteringen forutsatte et samvirke mellom sentrale og kommunale myndigheter, der sentrale myndigheter på grunn av kommunenes ansvar på helse- og smittevernområdet fortløpende har måttet ta hensyn til kommunenes situasjon når de fastsatte nasjonale tiltak. Kommunene på sin side har for det første måttet iverksette smitteverntiltakene som er besluttet nasjonalt, og for det andre fortløpende vurdere om det nasjonale tiltaksnivået er tilstrekkelig med tanke på situasjonen lokalt.

Videre har både Helsedirektoratet, FHI og statsforvalterne oppgaver og ansvar overfor kommunene etter smittevernloven. Dette innebærer at pandemihåndteringen også har gjort samhandling mellom kommunene og disse organene nødvendig. Hvordan samhandlingen og samvirket mellom statlige organer og kommunene har fungert under pandemien belyses i de påfølgende delene i rapporten.

4.6 Menneskerettigheter og demokratiske prinsipper

Nedenfor gir vi en kort beskrivelse av hvilke begrensninger Grunnloven og menneskerettighetene setter for hvilke inngrep myndighetene kan gjøre overfor borgerne. Vi redegjør deretter for noen demokratiske prinsipper som i utgangspunktet gjelder i en krise, men som har blitt utfordret gjennom pandemien.

Myndighetenes forhold til menneskerettighetene er et sentralt tema i kapittel 7 om importsmitte, og det er også omtalt i kapittel 10 om barn og unge. Hvilke demokratiske prinsipper som har blitt utfordret under pandemien, kommer vi også inn på i kapittel 7 om importsmitte og dessuten i kapittel 5 om kommunelegenes situasjon.

Grunnloven og menneskerettigheter

Selv om smittevernloven i utgangspunktet gir hjemmel til å innføre inngripende smitteverntiltak, er det samtidig viktig å påpeke at anvendelsen av loven må skje innenfor de begrensningene som følger av Grunnloven og de menneskerettslige konvensjonene som Norge er bundet av. Grunnloven og menneskerettighetene setter med andre ord rammene for hvilke inngrep myndighetene kan gjøre overfor borgerne, også i en krisesituasjon. Dette er også omtalt i den første rapporten

vår.¹³⁰ Både Grunnlovens menneskerettsbestemmelser og de menneskerettslige konvensjonene som er inkorporert i norsk lov gjennom menneskerettsloven, går ved motstrid foran annen lovgivning og praksis.¹³¹ Sagt på en annen måte: Menneskerettighetene setter grenser for det politiske handlingsrommet, også i en krise.

Etter menneskerettighetskonvensjonene er det adgang til å gjøre inngrep eller begrensninger i menneskerettighetene på nærmere angitte vilkår. I visse nøds- eller krisesituasjoner er det også adgang til å fravike menneskerettigheter. Noen menneskerettigheter er riktignok helt ufravikelige, men de færreste menneskerettigheter er absolutte. Med andre ord kan det gripes inn i rettigheter på nærmere angitte vilkår, typisk begrunnet med hensynet til andre viktige samfunnsformål, som smittevern, eller hensynet til andre menneskerettigheter. Det er også viktig å minne om at smittevernreglene og -tiltakene som blir innført, skulle beskytte andre viktige grunnleggende menneskerettigheter for innbyggerne: retten til liv og helse.

Ved inngrep i beskyttede rettigheter er det et krav at begrensningen både har tilstrekkelig grunnlag i lov, ivaretar et legitimt formål og er forholdsmessig. Vurderingen om forholdsmessighet er sammensatt: Behovet for inngrepet må vurderes opp mot ulempen inngrepet skaper for den enkelte, det må foreligge en rimelig balanse mellom samfunnsformålet og hensynet til individet, og inngrepet må ikke være mer inngripende enn det som er nødvendig for å oppnå det bestemte formålet. For myndighetene er dette helt sentrale vurderinger som de må legge til grunn når smittevernreglene og tiltakene blir utformet. Slik må det være fordi de aller fleste smittevernreglene i utgangspunktet griper inn i menneskers menneskerettslige og grunnlovbeskyttede rettigheter.

Demokratiske prinsipper

De normale demokratiske og forvaltningsrettslige prinsippene som ligger til grunn for myndighetsutøvelse og regelverksutvikling, gjelder i utgangspunktet også i en krisesituasjon. I en krisesituasjon kan imidlertid behovet for hurtige løsninger gjøre det både nødvendig og legitimt å fravike ordninger som vil gjelde i en normalsituasjon. Men heller ikke på dette området er det adgang til

¹³⁰ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 261–262.

¹³¹ Lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett §§ 2 og 3.

å fravike ellers gjeldende regler, krav og prinsipper mer enn det situasjonen krever. Dette har vi også omtalt i den første rapporten vår.¹³²

Det demokratiske systemet vårt er basert på at Stortinget vedtar lovene, og at lovforslag og forskriftsforslag blir sendt på høring i forkant av stortingsvedtak. Under pandemien har det til tider vært et spenningsforhold mellom behovet for å få på plass regelverk raskt og behovet for en god demokratisk høringsprosess. Spesielt er det en rekke forskrifter og forskriftsendringer som har blitt innført uten høring verken før eller etter vedtakelsen. Det er også en rekke lover og forskrifter relatert til krisehåndteringen som har blitt sendt på høring, men da gjerne med svært kort frist.

Etter forvaltningsloven § 17 første ledd skal forvaltningen påse at saken er så godt opplyst som mulig før det treffes vedtak. Det samme gjelder for forskrifter, jf. § 37 første ledd i samme lov. Utredningsplikten er dessuten en grunnleggende saksbehandlingsregel i enhver saksforberedelse fra myndighetenes side. Formålet med plikten er at avgjørelsene blir truffet på et best mulig grunnlag, slik at resultatet blir riktig og godt. For forskrifter er bruken av høringer normalt viktig for å kunne oppfylle denne plikten, jf. forvaltningsloven § 37 annet ledd. Hvor grundig og omfattende en sak må utredes, avhenger av sakens karakter. Typisk vil utredningsplikten variere ut fra hvor viktig saken er, hvilke konsekvenser vedtaket/forskriften kan medføre, hvilke ressurser som står til rådighet, og hvor mye saken haster. I tillegg har regjeringen gitt en egen utredningsinstruks som gjelder utarbeidelse av beslutningsgrunnlag for statlige tiltak.¹³³ Etter § 2-2 skal utredningen «være så omfattende og grundig som nødvendig» ut fra en vurdering av om tiltaket reiser viktige prinsipielle spørsmål, hvilke forventede virkninger tiltaket har, og tiden som er til rådighet. Også instruksens framhever i §§ 3-3 og 3-2 bruken av høringsinstituttet og det å forelegge saken for berørte departementer.

4.7 Oppsummering og avslutning

I denne delen av rapporten har vi gitt en overordnet beskrivelse av myndighetenes krisehåndtering. Vi har blant annet beskrevet hvordan regjeringen og forvaltningen har arbeidet med å treffe løpende

beslutninger, og hvordan de har arbeidet for å være forberedt for neste fase i pandemien. Vi har også beskrevet hvordan myndighetene har innrettet seg for å få et best mulig beslutningsgrunnlag, og som en del av dette hvordan de har arbeidet for å få kunnskap om konsekvenser på tvers av sektorer. Vi har videre søkt å belyse hvordan statlige myndigheter har samhandlet på tvers av sektorer, mellom ulike nivåer, med Stortinget og med kommunene. I tillegg har vi sett på hvordan Grunnloven og menneskerettighetene setter rammer for hvilke tiltak myndighetene kan iverksette.

Som vi har beskrevet, har krisehåndteringen gjennom hele pandemien vært preget av sterk statlig styring, der regjeringen har sett behov for selv å treffe beslutninger i vesentlige prinsipielle spørsmål, så vel som i mindre, avgrensede saker. Ett av hovedbudskapene i den første rapporten vår omhandlet regjeringens håndtering gjennom den første fasen av pandemien:

Håndteringen av pandemien har vært preget av at små beslutninger har blitt løftet oppover i forvaltningshierarkiet. Denne arbeidsmåten kan ha påvirket muligheten regjeringen har hatt til å gjøre helhetlige vurderinger. Da regjeringen lettet på smitteverntiltakene fram mot sommeren 2020, gjorde de mange vurderinger enkeltvis. Regjeringen vurderte ikke summen av lettelser, og de hadde ingen plan for å håndtere økende smitte over grensene.¹³⁴

Gjennomgangen av regjeringens styrings- og beslutningsprosesser etter sommeren 2020 viser at regjeringen har beholdt den samme arbeidsmetodikken videre gjennom pandemien i 2020 og 2021. Gjennomgangen vår har også vist at det har vært enkelte svakheter i regjeringens langsiktige planlegging under pandemien, og at mye av oppmerksomheten har gått med til å ha oppdaterte statusrapporter og å håndtere pandemien fortløpende.

Gjennomgangen vår viser at de mange sakene som er løftet til regjeringens bord, har resultert i at resten av statsforvaltningen har brukt mye kapasitet på å ivareta forberedelser for regjeringen og til å gjennomføre tiltak etter at regjeringen har truffet sine beslutninger. Vi har belyst at prosessene har vært arbeidskrevende og preget av tidspress.

Vi mener organisering, arbeids- og beslutningsprosesser i den overordnede krisehåndterin-

¹³² NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 264–265.

¹³³ FOR-2016-02-19-185 Instruks om utredning av statlige vedtak.

¹³⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 27–28.

gen medførte en klar fare for at beslutningene ikke ville ha god nok kvalitet. For eksempel at den smittevernfarelige begrunnelsen eller forholdet til menneskerettighetene ikke ble godt nok utredet, eller at beslutningene ble lite treffsikre, hadde utilsiktede konsekvenser eller ble vanskelige å gjennomføre. Det er etter vårt syn en klar fare for at tempoet i saksforberedelsen i deler av krisehåndteringen har gått på bekostning av å utrede og kvalitetssikre beslutningene. Det kan også ha gått på bekostning av å se beslutninger i sammen-

heng, på tvers av sektorene og for ulike deler av landet.

Gjennomgangen i denne delen av rapporten danner grunnlaget og utgangspunktet for granskningen i de påfølgende delene av rapporten. Vi kommer til å vise at regjeringens innretning av krisehåndteringen i mange situasjoner har vært nødvendig og hensiktsmessig, men også at den har hatt sine klare begrensninger og i visse situasjoner fått uheldige konsekvenser.

Del III
I førstelinjen

Kapittel 5

Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien

5.1 Innledning

Om stillingsbetegnelsene kommunelege, kommuneoverlege og smittevernlege

En kommunelege er en lege som er ansatt i en kommune i henhold til § 5-5 i helse- og omsorgstjenesteloven.¹ Kommunelegen har etter ulike lover ansvaret for samfunnsmedisinske oppgaver (se punkt 5.3) og skal blant annet ha en sentral rolle som medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

I lovverket blir begrepet «kommunelege» brukt gjennomgående om den eller de personene som har denne stillingen. Stillingsbetegnelsen som blir benyttet i arbeidsavtaler og lignende, er likevel ofte «kommuneoverlege».² Begrepene «kommunelege» og «kommuneoverlege» blir dermed brukt litt om hverandre uten at de nødvendigvis sikter til ulike stillinger. I denne framstillingen benytter vi stillingsbetegnelsen «kommunelege» – samme betegnelse som i loven – om en lege som er ansatt som kommunens medisinskfaglige rådgiver etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5.

Et av ansvarsområdene til kommunelegen er smittevernarbeidet i kommunen, jf. smittevernloven § 7-2.³ I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret peke ut en av dem til å utføre kommunelegens oppgaver etter smittevernloven. Begrepet «smittevernlege» er ikke brukt i loven, men blir gjerne brukt om den legen som har ansvar for kommunelegens oppgaver etter smittevernloven. I denne framstillingen benytter vi

«smittevernlege» bare når vi sikter til en person som har dette som stillingstittel. Ellers går det forutsetningsvis fram at omtalen av «kommunelegen» gjelder den kommunelegen som har smittevernansvaret i kommunen.

Avgrensninger og arbeidsmetode – nasjonal kartlegging og utvalg av kommuner

I brevet 12. mai 2021 fra statsminister Erna Solberg til Koronakommisjonen er kommisjonen bedt om å følge opp Stortingets vedtak 4. mai 2021. Det går fram av vedtaket at kommisjonen skal gjøre «en grundig vurdering av situasjonen for kommuneoverleger og kommunale smittevernleger under pandemien og fremme forslag til nødvendige tiltak for tilstrekkelig rekruttering og stabilisering i denne delen av tjenesten». Vi har kartlagt i hvilken grad kommunelegene har vært rustet til å håndtere oppgavene sine og ansvaret sitt under pandemien. I den forbindelse har vi undersøkt hvilke faktorer som har virket inn på kommunelegenes situasjon. Til slutt har vi vurdert i hvilken grad rammebetingelsene for kommunelegenes arbeid kan forbedres, og vi gir i den forbindelse enkelte anbefalinger til kommunene og til nasjonale myndigheter.

Vi har hentet inn dokumentasjon, hatt uformelle møter og innspillmøter med relevante aktører og gjennomført formelle intervjuer. Vi har blant annet hentet inn dokumentasjon fra kommunene, statsforvalterne, Folkehelseinstituttet (FHI), Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Vi har utført en overordnet analyse av kommunelegefunksjonen på landsbasis. I den forbindelse har vi bygget på faktagrunnlaget fra nasjonale kommunelegekartlegginger høsten 2020 og 2021. Kartleggingen høsten 2020 ble utført på oppdrag fra HOD og gjaldt kommunelegene med ansvar for smittevernet i kommunene. Kartleggingen ble utført ved at et spørreskjema med ti spørsmål ble

¹ Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

² Stillingstittelen «kommuneoverlege» kan referere til den øverste ansvarlige av kommunelegene der kommunen har flere kommuneleger, men det finnes også eksempler på at kommunen har én kommunelege som omtales som «kommuneoverlege», og på at flere leger i samme kommune har stillingstittelen «kommuneoverlege».

³ Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.

sendt ut, og resultatet var en rapport som omfattet 314 av landets 356 kommuner. Statsforvalterne formidlet spørreundersøkelsen til kommunelegene og kommunedirektørene i alle kommunene i fylket og sammenstilte deretter svarene som kom inn, i en rapport for hvert fylke. Helsedirektoratet utarbeidet en samlet rapport på bakgrunn av fylkesrapportene.

Høsten 2021 ble det foretatt en ny kartlegging med Helsedirektoratet som oppdragsgiver. Kartleggingen ble gjennomført av en arbeidsgruppe der direktoratet, Kommunesektorens organisasjon (KS) og statsforvalteren i Vestfold og Telemark hadde hver sin representant. Data fra kommunene ble hentet inn med hjelp fra statsforvalterne. 340 kommuner besvarte undersøkelsen. En del av spørsmålene fra høsten 2020 ble videreført – enten uendret eller med visse justeringer. Det ble utarbeidet en samlet rapport over kartleggingen.

Vi har undersøkt kommunelegefunksjonen i ni kommuner nærmere. Disse kommunene er Karasjøk, Tromsø, Alstahaug, Kristiansund, Trysil, Oslo, Sarpsborg, Kragerø og Kristiansand. Målet med utvalget har vært å fange trekk ved ulike kommuner i landet, og vi har derfor valgt dem ut med tanke på geografisk spredning og demografiske forhold. Vi har også valgt kommuner av ulike størrelser og med ulik organisering. Vi har ønsket å favne bredt når det gjelder de utfordringene kommunene har stått overfor ved pandemi-håndteringen. Derfor består utvalget både av grensekommuner, turistkommuner, kommuner med et større antall fritidsboliger og industrikommuner.

5.2 Kommunelegen – historisk utvikling⁴

Innledning

Kommunelegens rolle er i dag definert som «medisinskfaglig rådgiver» for kommunen med et lovpålagt ansvar som er sammensatt av oppgaver innenfor ulike områder. Fra 1836, da stads- og distriktsleger offisielt ble statlige embetspersoner som arbeidet med å forebygge smittsomme sykdommer, og fram til i dag har rollen blitt endret innholdsmessig og organisatorisk en rekke gan-

ger. Den historiske utviklingen er derfor et nyttig bakteppe for situasjonen i dag.

Kort oppsummert ble det fra 1860 opprettet sunnhetskommisjoner som besto av blant annet distriktslegen, som skulle ivareta lokalt smittevern. Senere fikk disse betegnelsen «helserråd». Fra 1912 fikk Norge et hierarkisk oppbygd statlig legevesen som omfattet stads- og distriktslegene. På 1980-tallet ble helserrådene lagt ned, og stillingen som distriktslege ble omgjort til en kommunal stilling: kommunelegen. Senere ble kommunelegens rolle endret fra «medisinskfaglig ansvarlig» til «medisinskfaglig rådgiver», og kravet i loven om at kommunelegens uttalelse alltid skulle følge visse saks typer, ble fjernet. I hvilken grad kommunelegen skulle være involvert i saksforberedelser, ble etter dette i større grad overlatt til skjønn.

Det står mer om denne historikken nedenfor. Deretter redegjør vi for de rettslige rammene for kommunelegefunksjonen etter dagens lovverk i punkt 5.3.

1836–1984: Fra opprettelsen av «stadsleger» og «distriktsleger» til innføringen av «kommuneleger»

Den historiske forløperen til kommunelegen var statlig ansatte leger med stillingstittelen «stadslege» i bykommunene og «distriktslege» i landkommunene. Disse stillingstitlene ble offisielt etablert i 1836.

Sunnhetsloven⁵ trådte i kraft i 1860 etter flere tiår med kolera, som ble registrert for første gang i Norge i 1832. Sunnhetsloven hadde bestemmelser om at det skulle opprettes sunnhetskommisjoner i alle norske kommuner. Som regel besto disse av fogden eller sorenskriveren, sognepresten, en offiser, distriktslegen, lensmannen og én eller to sognemenn. Fra 1905 ble disse kommisjonene betegnet som «helserråd».

Sunnhetskommisjonenes og stads- og distriktslegenes viktigste oppgave var å sette i gang tiltak for å forebygge smittsomme og epidemiske sykdommer. I tillegg skulle de ha kontroll og tilsyn av teknisk og hygienisk art og tilsyn med både helsepersonell og enkelte vanskeligstilte grupper. Sunnhetskommisjonene hadde også visse tekniske og sanitære tilsyns- og kontrolloppgaver med bygninger og institusjoner.

Sunnhetskommisjonenes arbeid ble møtt med mye motstand utover på 1800-tallet, til dels på

⁴ Rapport, arbeidsgruppe oppnevnt av Sosial- og helsedirektoratet, 1. juli 2008, «Utvikling av kommunelegefunksjonen»; Rønnevik mfl. 2019.

⁵ Lov av 16. mai 1860 om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smittsomme Sygdomme.

grunn av frykt for at de foreslåtte tiltakene var for dyre, og til dels fordi befolkningen ville ha seg fra bedt et slikt «embetsstyre». Aktiviteten hos embetslegene varierte også en del ettersom de som regel hadde hendene fulle med å gjøre folk friske. På slutten av 1800-tallet arbeidet sunnhetskommisjonene særlig med bolighygiene, personlig hygiene og ernæring. I 1898 ble det nedsatt en legekommisjon som skulle se på hele embetslegeordningen, og etter lange og intense diskusjoner ble loven om de offentlige legefóretninger⁶ vedtatt av Stortinget i 1912. Fra da av fikk Norge et hierarkisk oppbygget legevesen med medisinaldirektøren på toppen. Under medisinaldirektøren lå amtslegene (kalt fylkesleger fra 1918), stadsfysikusene, stadslegene og distriktslegene.

Diskusjonene rundt loven om de offentlige legefóretningene bidro til å revitalisere og starte en rekke av det 20. århundres viktigste helsepolitiske debatter. Spørsmålet om hvilken myndighet og hvilket forvaltningsnivå som skulle ha arbeidsgiveransvaret for de offentlige legene – kommune eller stat – var et slikt tema. Andre spørsmål var fastlønnsordninger, størrelsen på de offentlige utgiftene knyttet til primærhelsetjenesten, inndelingen av legedistrikter og helserådenes sammensetning og funksjon i tillegg til spørsmålet om å styrke den kollegiale styringsformen (fagstyret) på sentralt nivå. Loven tok dessuten distriktpolitiske hensyn. Den førte til en revitalisering av helserådsarbeidet og bidro til å legge det faglige fundamentet for folkehelsearbeidet som senere skulle få en viktig rolle.

På 1970-tallet ble det stilt krav om at den folkevalgte representasjonen i helserådene skulle være større. Det ble fremmet et forslag om å bygge ut den primære helsetjenesten og bedre samordningen mellom helse- og sosialsektoren og mellom helsetjenesten i og utenfor institusjonene. Helserådene ble tappet for oppgaver og mistet mye av sin politiske betydning. Helserådene ble ikke formelt lagt ned, men etter som tiden gikk, ble funksjonen deres stadig mer amputert. Samtidig var det fremdeles debatt knyttet til spørsmålet om hvorvidt distrikts- og stadslegene burde være ansatt i staten eller kommunen.

Odelstingsproposisjon nr. 36 (1980–81), som omhandlet loven om helsetjenesten i kommunene, ble lagt fram i mars 1981.⁷ Her var betegnelsen «distriktslegetjenesten» byttet ut med «helsetjenesten i kommunene». Det var et klart uttrykk for at primærhelsetjenesten skulle være et kom-

munalt ansvar. Om distriktslegenes rolle ble det uttalt at «[d]et vil klart bryte med vanlige administrative prinsipper dersom en statlig tjenestemann blir sjef for en kommunal etat og dermed ansvarlig for å forberede saker for politiske organer i kommunen.»

Da kommunehelsetjenesteloven av 1982 trådte i kraft i 1984, ble de tidligere distriktslegestillingene omgjort til kommunale stillinger.⁸ Det ble lagt vekt på at kommunene hadde behov for en lege – kommunelegen – med særlig ansvar for holde faglig tilsyn med helsetjenesten, gi veiledning til kommunens ledelse og helsepersonell og jobbe med forebyggende helsearbeid. Distriktslegens rolle som kommunens rådgiver og konsulent i helsespørsmål ble videreført i de nye kommunelegestillingene.

1984–1994: Nedleggningen av helserådene og innføringen av helse- og sosialstyrer

Kommunehelsetjenesteloven som trådte i kraft i 1984, var starten på en ny tid for de tidligere stads- og distriktslegene som nå var blitt kommuneleger: Den direkte linjen fra sentrale helsemyndigheter til kommunelegene via fylkeslegen ble brutt, og samtidig fikk kommunene med denne loven plikt til å etablere et samlet primærhelsetjenestetilbud til dem som oppholder seg i kommunen. Av forarbeidene til loven gikk det fram at kommunene selv bestemte administrasjonsordningen for kommunehelsetjenesten, inkludert hvem som skulle være ansvarlig administrativ leder, men at kommunelegen burde ha det medisinskfaglige ansvaret for helsetjenesten.⁹ På dette grunnlaget ble det fastslått i lovens § 3-4 at «[e]n lege ansatt i kommunen skal ha det medisinskfaglige ansvar for helsetjenesten».

Betegnelsen «helseråd» ble beholdt i den nye kommunehelsetjenesteloven. Men ved en lovendring i 1987, som trådte i kraft i 1988, ble store deler av den tidligere sunnhetsloven erstattet.¹⁰

⁷ Ot.prp. nr. 36 (1980–81) 1. Om lov om helsetjeneste i kommunene. 2. Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene).

⁸ Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.

⁹ Ot.prp. nr. 36 (1980–81) 1. Om lov om helsetjeneste i kommunene. 2. Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene).

¹⁰ Lov av 12. juni 1987 nr. 67 om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m.

⁶ Lov av 26. juli 1912 om utførelsen av de offentlige legefóretninger.

Helserådets oppgaver ble da lagt til et politisk særlovsorgan oppnevnt av kommunestyret – helse- og sosialstyret. Etableringen av helse- og sosialstyrene var kontroversiell, ikke minst blant kommunelegene, fordi det var et skritt mot en politisk styrt helsesektor på bekostning av fagstyret. Loven fastsatte at kommunelegen hadde møte- og talerett i helse- og sosialstyret.

1994: Fra ansvarlig lege til rådgiver

Fram til 1994 hadde kommunelegen «medisinsk-faglig ansvar» for kommunehelsetjenesten. Begrepet skapte imidlertid en del uklarheter, blant annet med tanke på om kommunelegen hadde det juridiske ansvaret for kommunens helsetjeneste.

Da det ble gjort endringer i kommunehelsetjenesteloven for å tilpasse den til en ny kommunelov i 1994, ble også bestemmelsen om kommunelegens ansvar endret for å gjøre det tydelig hva innholdet i stillingen var.¹¹ Endringen innebar at kommunelegen ikke lenger etter loven var medisinsk-faglig ansvarlig, men «medisinsk-faglig rådgiver» for kommunen.

Samtidig ble bestemmelsen om kommunelegens møte- og talerett i helse- og sosialstyret opphevet. Departementet og Stortinget mente at kommunelegenes møte- og talerett brøt med prinsippene i den nye kommuneloven, og erstattet denne bestemmelsen med en ny bestemmelse om at kommunelegens rådgiving og begrunnelse alltid skulle følge saken når kommunen behandlet saker om helsemessig beredskap, miljørettet helsevern og smittsomme sykdommer. Disse endringene innebar en klargjøring av kommunelegens rolle som rådgiver for kommunen. Mindretallet i Stortinget advarte likevel mot endringene og mente de ville svekke kommunelegens posisjon.

2011: Fra lovpålagt uttalelse til vanlig forvaltningspraksis

Fra 1994 til 2011 var det altså et lovfestet krav at kommunen skulle innhente og legge ved vurdering og tilråding fra kommunelegen som kommunens medisinsk-faglige rådgiver ved behandling av saker om miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Vurderingen skulle følge med til den instansen som skulle fatte vedtak i saken. Dette ble endret i forbindelse med samsamlingsreformen, der kommunehelsetjenestelo-

ven ble erstattet av helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven¹². På side 236 i Prop. 91 L (2010–2011)¹³ står det følgende om dette:

I dag skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for, og den foreslås derfor ikke videreført i lovforslaget. Forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling, og det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer.

Det ble altså gitt uttrykk for at det ikke lenger var behov for bestemmelsen om den lovpålagte uttalelsen fra kommunelegen, på grunn av forvaltningslovens generelle saksbehandlingsregler. Disse saksbehandlingsreglene innebærer at det ofte vil være nødvendig med en medisinsk-faglig vurdering for at kommunen skal anses å ivareta plikten om å få saker tilstrekkelig opplyst før de fattes vedtak. Det er likevel mulig å se på endringen som en skjerping av kravene til kommunens interne saksbehandlingsrutiner. Når det i større grad overlates til skjønn i hvilke tilfeller kommunelegen skal være involvert i saksforberedelsen, bør kommunene ha prosedyrer som sikrer at kommunelegene blir involvert i saker der det trengs medisinsk-faglige råd.

5.3 Kommunelegens oppgaver og ansvar

Innledning

Kommunen skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 ha en eller flere kommuneleger som skal utføre oppgavene som kommunelegen er tillagt gjennom lov eller instruks. I tillegg til oppgavene etter helse- og omsorgstjenesteloven omfatter dette oppgaver etter smittevernloven, folkehelseloven, beredskapslovgivningen og enkelte oppgaver innen psykisk helsevern. Kommunelegen har dermed et betydelig ansvar som

¹¹ Lov av 15. juli 1994 nr. 53 om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover.

¹² Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid.

¹³ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.

består av oppgaver innenfor flere ulike områder. Nedenfor gir vi en framstilling av disse.

Også andre kommunale oppgaver enn dem som følger av lovverket kan legges til kommunelegen der det anses hensiktsmessig, typisk når det er behov for medisinsk eller samfunnsmedisinsk kompetanse for å løse oppgaven på tilfredsstillende måte.¹⁴ Dette er opp til hver enkelt kommune. Kommunen må imidlertid ta hensyn til at kommunelegen skal ha forsvarlig kapasitet til å ivareta sine lovpålagte oppgaver og ansvar.¹⁵ Vi omtaler i det følgende oppgavene som kommunelegen er pålagt å utføre etter loven.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Generelt

Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen – opp mot alle sektorer og virksomheter i kommunen. Kommunelegen er en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, blant annet for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen, for å bringe kunnskap om helseforhold inn i budsjettarbeid og plan- og beslutningsprosesser og for å gi råd om hvilke alternative tiltak som kan gi bedre tilbud til befolkningen.¹⁶

Videre skal kommunelegen ha en rolle i kommunens dialog med fastlegene. Kommunelegen bør derfor blant annet gi råd knyttet til å planlegge og styre kommunens samlede legeressurser, både fastlegevirksomhet og annet allmennt medisinsk legearbeid.

Rådgiverrollen omfatter også å gi råd knyttet til kommunal planlegging, styring og evaluering av helse- og omsorgstjenester i kommunen og annen kommunal forvaltning og å bidra til å utvikle systemer og gode rutiner for samarbeid og samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Særlig om forholdet mellom kommunelegen og fastlegene

For kommunelegen er fastlegene den viktigste kilden til opplysninger om helsetilstanden i kommunen og faktorer som virker inn på denne. Fastle-

gene er derfor en viktig premissgivende gruppe for kommunelegen som medisinskfaglig rådgiver. Fastlegene kan dessuten være en viktig gruppe for kommunelegen når det gjelder å drøfte samfunnsmedisinske problemstillinger.

For fastlegene er kommunelegen et brohode inn i den kommunale forvaltningen. De kan bruke kommunelegen både for å fremme sine synspunkter og for å få kunnskap om kommunale prosesser. Videre vil kommunelegen kunne avklare spørsmål rundt regelverk og lokale vedtak. Kommunelegen bør spille en viktig rolle i fordelingen og dimensjoneringen av offentlig allmennt medisinsk legearbeid.

Kommunelegen er ikke faglig overordnet fastlegene. Likevel kan kommunelegen indirekte ha betydning for den enkelte fastleges arbeidsforhold og arbeidsutøvelse ved å legge overordnede faglige og strukturelle føringer. Kommunelegen kan etterspørre kvalitetssikringsarbeid og ha innflytelse på de faglige normene som den lokale legetjenesten legger til grunn for arbeidet sitt. I klagesaker vil kommunelegen ofte ha en rolle både i kartleggingen av hendelsesforløp og i vurderingen av eventuelle systemfeil.

Etter avtaleverket for fastlegeordningen har kommunelegen en koordinerende funksjon i samarbeidsutvalget mellom kommunen og fastlegene.¹⁷ Denne oppgaven symboliserer den «mellom barken og veden»-posisjonen som mange kommuneleger opplever at de har. Mange kommuneleger blir oppfattet som kommunens representant av fastlegene, mens kommunen oppfatter kommunelegen som legenes representant. Denne posisjonen kan være spesielt vanskelig hvis kommunelegen selv også er praktiserende lege.

Særlig om forholdet mellom kommunelegen og øvrige ledd i kommunehelsetjenesten

I St.meld. nr. 36 (1989–90) blir det framhevet at kommunelegen har tre oppgaver som medisinskfaglig rådgiver overfor primærhelsetjenesten: råd og veiledning, tilsyn og kontroll og en viss grad av instruksjonsmyndighet.¹⁸

Behovet for råd og veiledning vil ofte være knyttet til regelverket og forståelsen av det, men også til helhetlige strategivalg. Eksempler på problemstillinger knyttet til regelverket er bruk av

¹⁴ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, side 496.

¹⁵ Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelse-loven)*, side 222.

¹⁶ Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*, side 245 og følgende sider og side 496.

¹⁷ Rammeavtale, KS og Den norske legeförening, «ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeförening om allmenntlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene», punkt 4.2.2.

¹⁸ St.meld. nr. 36 (1989–90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane (Lov av 19. november 1982 nr. 66)*, side 39.

tvangstiltak overfor enkeltpasienter, dispensasjoner for medikamenthåndtering og forståelsen av kommunens eventuelle smitteverntiltak. Kommunelegen må som medisinsk faglig rådgiver for hele kommunehelsetjenesten veie behovene til ulike grupper opp mot hverandre, avdekke sårbare befolkningsgrupper og løfte disse inn i prioriteringsarbeidet.

På det strukturelle planet vil kommunelegens samfunnsmedisinske kompetanse være viktig. Kompetansen er viktig når de ulike helse- og omsorgstjenestene skal bygges opp og dimensjoneres, for eksempel psykisk helsearbeid i kommunen, eldreomsorg og legevakt. Ved håndteringen av en epidemi/pandemi er det derfor naturlig at kommunelegen er med i beslutningsprosessene når det skal etableres særskilte tjenester som teststasjoner, smittesporingsteam, feberpoliklinikker osv.

Det offentlige bør ta helhetlige strategivalg både når det gjelder intern organisering, og ved planlegging av tjenester. En forutsetning for å planlegge helse- og omsorgstjenester på en god måte er at avgjørelsene bygger på tilstrekkelig kunnskap om medisin, epidemiologi (forekomst av sykdom hos befolkningen) og befolkningsstatistikk. Kommunelegen vil i denne sammenhengen være en viktig ressurs. Kommunelegen kan også være en naturlig ressurs der det er behov for å samordne ulike faglige innspill.

Kommunenes plikt til internkontroll og tilsyn med egen virksomhet følger av lov om statlig tilsyn.¹⁹ Ansvaret for internkontrollen hviler på virksomhetens administrative leder, men det vil ofte være behov for medisinsk kunnskap ved ulike tilsynsoppgaver i helse- og omsorgstjenesten. Kommunelegen vil her ha en plikt og en rett til å bidra i dette arbeidet.

Etter helsepersonelloven²⁰ er alt helsepersonell faglig ansvarlig for egen virksomhet. Administrativ leder vil imidlertid kunne instruere personellet. Der kommunelegen har administrativt ansvar, for eksempel for å organisere og lede kommunens smittevernarbeid, vil vedkommende kunne instruere annet helsepersonell i faglige valg. I andre tilfeller vil kommunelegen kunne gi råd til administrativ leder om faglige veivalg for virksomheten. Den brede medisinske kompetansen som det er forutsatt at kommunelegen har, gjør kommunelegen egnet som faglig rådgiver overfor hele kommunens helsetjeneste.

Smittevernloven

Kommunelegen har etter smittevernloven en sentral rolle i det lokale smittevernarbeidet, noe som gjenspeiles i en rekke bestemmelser i loven. Smittevernlovens kapittel 2 inneholder bestemmelser om helsepersonells melde- og varslingsplikter til kommunelegen om allmennfarlige smittsomme sykdommer, blant annet for å sikre at kommunelegen har oversikt over smitte og mulig smittespredning i kommunen. Detaljene i dette meldingssystemet er beskrevet i forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften²¹).

Dersom en lege har mistanke eller kunnskap om at en pasient er smittet av en allmennfarlig sykdom, er det i utgangspunktet legen selv som skal undersøke, drive smittesporing og gi veiledning. Kommunelegen skal imidlertid overta den videre oppklaringen og oppfølgingen dersom den første legen ikke har de nødvendige faglige forutsetningene for arbeidet eller kapasitet til å gjøre det, eller dersom den smittede ikke følger den personlige smittevernveiledningen som vedkommende får av den første legen.

Kommunelegens ansvar for å ha løpende oversikt over smittesituasjonen i kommunen følger eksplisitt av smittevernloven § 7-2. Kommunelegen får opplysninger om disse forholdene gjennom det nevnte meldingssystemet eller i forbindelse med enkeltvis smittesporing. I tillegg vil kommunelegen motta informasjon og opplysninger via det øvrige helsepersonellet i kommunehelsetjenesten.

Kommunelegen skal utarbeide forslag til planer for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, blant annet beredskapsplaner og -tiltak, og utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen. Lovforarbeidene forutsetter at kommunelegen, på grunn av sin rolle og de smittsomme sykdommers egenart, vil ha sikrest informasjon og best oversikt over smittesituasjonen i kommunen og den helsemessige betydningen av den.²² Det er derfor naturlig at det er kommunelegen som skal utarbeide planforslag for smittevern. En slik plan skal også omfatte planer for beredskap og beredskapstiltak. Det er kommunestyret som vedtar aktuelle planer, og som avgjør hvilke ressurser de skal benytte. Kommunelegen har ikke myndighet til å instruere eller adgang til å disponere midler

¹⁹ Lov av 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.

²⁰ Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

²¹ FOR-2003-06-20-740 Forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer.

²² Ot.prp. nr. 91 (1992–1993) *Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)*, side 171.

på kommunens vegne, men en rett og plikt til å utarbeide forslag.

Kommunelegen skal også organisere og lede kommunens smittevernarbeid. Forarbeidene framhever uttrykkelig at dette ansvaret setter kommunelegen i en spesiell stilling i forholdet til den øverste administrative lederen for helse- og sosialadministrasjonen i kommunen. Forarbeidene påpeker likevel at arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer er et så spesielt og viktig arbeidsfelt at det klart krever spesialkompetanse.²³ Kommunene står altså ikke fritt til å organisere ledelsen av arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer. Som en følge av dette vil det også være kommunelegen som har det administrative ansvaret for å iverksette kommunens vedtak på dette området.

En viktig oppgave for kommunelegen er å bistå andre med smittevernarbeid. Det betyr ikke at kommunelegen selv må gi hjelp, men det er kommunelegen som har ansvaret for at de som trenger hjelp, får det de trenger fra helsetjenesten. Hvem som helst kan søke slik hjelp. Forarbeidene nevner som eksempler en teknisk etat som vil ha medisinskfaglige råd i forbindelse med installasjon og drift av et renseanlegg for drikkevann, og en lege i allmennpraksis som trenger veiledning i konkret smittesporing.²⁴

Kommunelegen har plikt til å gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen i spørsmål om vern mot smittsomme sykdommer. Dette omfatter både å gi slik informasjon til en større krets personer eller til hele befolkningen og å gi enkeltråd og opplysninger i konkrete smitteforebyggende spørsmål. Plikten omfatter ikke bare å svare på forespørsler, men også selv ta initiativ, spre informasjon og å gi opplysninger og råd til både enkeltpersoner og befolkningen.

Smittevernloven inneholder flere bestemmelser som gir kommunelegen kompetanse til å beslutte eller medvirke til at ulike smitteverntiltak blir iverksatt. I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har til å vedta smitteverntiltak etter lovens § 4-1. Dette omfatter blant annet å stenge virksomheter, å begrense kommunikasjon og isolere områder og å vedta møteforbud og smittesaning. Kommunelegen kan også sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus forby personer med en allmennfarlig smittsom sykdom å utføre arbeidet sitt dersom dette vil medføre alvorlig risiko for at de overfører smitten til andre. Saker om tvungen legeundersøkelse eller isole-

ring i sykehus for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom innledes ved at kommunelegen utarbeider begjæring om slike tiltak.

Folkehelseloven

Kommunen skal i henhold til folkehelseloven ha oversikt over helsetilstanden til kommunens befolkning. Oversikten skal blant annet være basert på opplysninger fra statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Videre skal kommunen føre tilsyn med faktorene og forholdene i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Dette omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Det følger av lovens § 27 at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse til å ivareta oppgavene sine etter loven, og at de skal ansette en eller flere kommuneleger som skal gi dem råd, og som de eventuelt kan delegere oppgaver til på dette området. Ettersom kommunelegen er kommunens fremste lovpålagte samfunnsmedisinske ressurs, vil det ofte være naturlig at kommunelegen tar hånd om disse oppgavene. Kommunen velger om kommunelegen i denne sammenheng benyttes som rådgiver eller pålegges et direkte ansvar for utføring av oppgavene. Kommunen må imidlertid sørge for at kommunelegens arbeidsoppgaver har et omfang som gjør at kommunelegen kan ivareta dem på en forsvarlig måte.

Kommunelegen har etter loven hastekompetanse på kommunens vegne i saker innenfor miljørettet helsevern. Mest praktisk er vedtak om retting eller stansing hvis det avdekkes forhold som kan ha negativ innvirkning på helsen eller utgjør en overhengende fare for helseskade.

Psykisk helsevern

Kommunelegen har også en rolle i kommunens arbeid innenfor psykisk helsevern. Tvungent psykisk helsevern kan ikke etableres uten at en lege personlig har undersøkt vedkommende for å bringe på det rene om lovens vilkår for dette er oppfylt. Vurderingen av om det er grunnlag for tvungent psykisk helsevern, skal altså skje på bakgrunn av en legeundersøkelse. I tilfeller der det er behov for en slik legeundersøkelse, men pasienten ikke gjennomgår undersøkelsen, kan kommunelegen vedta at undersøkelsen likevel skal gjennomføres.²⁵ I så fall må kommunelegen sette seg

²³ Ibid. side 171.

²⁴ Ibid. side 171.

inn i forholdene rundt den aktuelle pasienten. Kommunelegen kan treffe vedtak om tvungen legeundersøkelse av eget tiltak, etter begjæring fra annen offentlig myndighet eller fra pasientens nærmeste pårørende.

Beredskapslovgivningen

Kommunene skal ha en rekke planer for å håndtere ulike uønskede hendelser som ulykker, smitteutbrudd, naturkatastrofer osv. Helseberedskapsloven pålegger kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten å utarbeide en beredskapsplan for sine respektive deler av helse- og sosialsektoren.²⁶ Kommunene skal også utarbeide beredskapsplaner for oppgavene sine innenfor miljørettet helsevern. Kommunenes helseberedskapsplan skal også omfatte eventuelle tjenester som private virksomheter tilbyr som en del av det samlede tjenestetilbudet, for eksempel fastlegetjenesten. I den grad det er nødvendig, skal det også utarbeides delplaner for aktuelle tjenesteområder.

Utgangspunktet for beredskapsplanen skal være en risiko- og sårbarhetsanalyse. Analysen skal ta utgangspunkt i helse- og sosialtjenestens ansvarsområde, lokale forutsetninger og ressurser og behov som virksomhetene og kommunen har. Formålet med risiko- og sårbarhetsanalysen er å avdekke områder som er særlig utsatt for risiko eller er svake punkt. Som en del av beredskaps- og planarbeidet må kommunen dermed vurdere behovet for ytterligere samfunnsmedisinsk og/eller annen kompetanse for å håndtere beredskapssituasjoner lokalt.²⁷

Kommunen skal samordne helseberedskapsplanen med øvrige beredskapsplaner og har ansvar for å gjennomføre nødvendige beredskapsforberedelser. Dette omfatter å sørge for at personell som har bestemte oppgaver i beredskapsplanen, har fått øvelse i oppgavene og nødvendig beskyttelsesutstyr og kompetanse, samt å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.²⁸

Som vi tidligere har redegjort for, er kommunelegen en viktig premissleverandør for kommunal planlegging, og det følger uttrykkelig av smittevernloven § 7-2 at kommunelegen skal utar-

beide forslag til planer for vern mot smittsomme sykdommer, og at dette også omfatter beredskap. En del av kommunelegens rådgiverrolle er å påse at helseperspektivet er tilstrekkelig ivaretatt i kommunens planverk, men en forutsetning for dette er at kommunelegen blir involvert i risikoanalysene, utredningene og vurderingene som ligger til grunn for planverket. Helsedirektoratet påpekte i 2019 at mange kommuner med fordel kan benytte kommunelegen mer i det viktige arbeidet med å identifisere og vurdere mulige risiko- og sårbarhetsfaktorer, som er et ledd i utarbeidelsen av beredskapsplanverket.²⁹

Når det gjelder smittevern og smittehåndtering, er det forutsatt at kommunelegen i tillegg til å være sentral i planarbeidet også skal ha det administrative ansvaret for å iverksette kommunens eventuelle tiltak. Kommunelegen har derfor en spesielt viktig rolle når kommunen skal forberede seg på epidemiske kriser og håndtere dem.

5.4 Organiseringen av kommunelegefunksjonen i landets kommuner ved inngangen til pandemien

Rettslige utgangspunkter for organiseringen av kommunelegefunksjonen og smittevernansvaret i kommunen

Lovverket normerer ikke kommunelegestillingens størrelse, og den enkelte kommune står derfor i utgangspunktet fritt til å fastsette antall stillinger og stillingsgrad for kommunelegen eller kommunelegene. Kommunen kan også samarbeide med andre kommuner om å ansette kommunelege. Forutsetningen må likevel være at antall stillinger sammenholdt med stillingsgraden gjør det mulig for kommunelegen eller kommunelegene å oppfylle de lovpålagte oppgavene sine på en forsvarlig måte. Arbeidet med å håndtere en pandemi krever at kommunelegefunksjonen er rustet og organisert på en slik måte at ressursen er tilgjengelig kontinuerlig og over tid. For å sikre dette vil det i de fleste tilfeller være nødvendig å sørge for at ressursen ikke fullt ut avhenger av enkeltpersoner.

Kommuner som har flere kommuneleger, og da gjerne med ulike ansvarsområder, må sikre at oppgaven som medisinsk faglig rådgiver er tilstrekkelig samlet og koordinert mellom kommu-

²⁵ Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 3-1.

²⁶ Lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap.

²⁷ Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelse-loven)*, side 154.

²⁸ FOR-2001-07-23-881 Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid, §§ 6–8.

²⁹ Rapport, Helsedirektoratet, 2019, IS-2841, «Overordnede risiko- og sårbarhetsvurderinger for nasjonal beredskap i helse- og omsorgssektoren 2019».

nelegene, for eksempel ved at en kommunelege får overoppsyn med oppgaven.³⁰ Det bør også til enhver tid være fastsatt hvem som har ansvaret for å utøve kommunens myndighet i hastesaker.³¹ I mange kommuner er kommunelegearbeidet en deltidsstilling som ofte kombineres med fastlegevirksomhet.

Når det gjelder smittevern, har kommunelegen en generell plikt til å ivareta smittevernoppgavene som kommunelegen er pålagt etter smittevernloven. Det er ikke krav om at kommunelegen selv skal utføre alle oppgavene personlig, men vedkommende skal sørge for at de blir utført på en forsvarlig måte. Hvis kommunen har flere kommuneleger, skal én av dem utpekes til å ha denne funksjonen.

Det går fram av smittevernloven § 7-2 at kommunen også bør utpeke en vara/stedfortreder som kan tre inn hvis kommunelegen er fraværende eller forhindret fra å utføre pliktene sine og det haster med å besvare henvendelser eller ta avgjørelser på smittevernområdet. Forarbeidene til smittevernloven forutsetter at det overordnede ansvaret for kommunelegens smittevernoppgaver ikke kan deles på flere.³² Det er likevel åpnet for at ansvaret er delt med den som er utpekt som stedfortreder.

I store bykommuner med bydelsforvaltning skal det i hver bydel være utpekt en kommunelege til å utføre smittevernoppgavene.³³ Dette vil normalt være bydelsoverlegen. I disse tilfellene skal kommunen også peke ut en lege til å utføre oppgavene etter smittevernloven som angår hele byen eller større områder innenfor byen. Det siktes spesielt til oppgaven med å holde en samlet oversikt over den epidemiologiske situasjonen, legge planer for og utarbeide strategier for smittevernarbeidet i byen som helhet, koordinere tiltak der to eller flere bydeler er involvert, og organisere fellestjenester som kommunen oppretter, for eksempel for smittesporing eller undersøkelser som krever spesialkompetanse.

Forarbeidene forutsetter at det skal være et nært samarbeid mellom kommunelegen med byomfattende ansvar, kommunelegene i de enkelte bydelene og de infeksjonsmedisinske sykehusavdelingene i kommunen.

Antall stillinger og stillingsgrad³⁴

Per september 2020 hadde om lag to tredjedeler av landets kommuner bare én ansatt kommunelege. Dette gjaldt spesielt mindre kommuner: Ca. 70 prosent av kommunene med mindre enn 5000

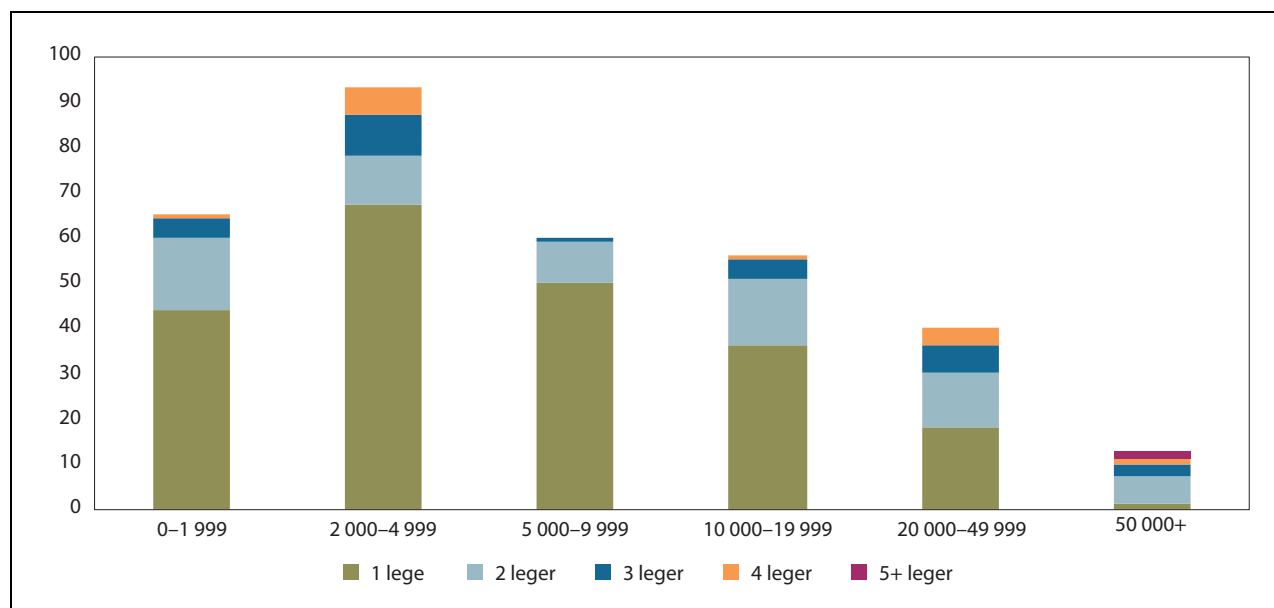
³⁰ Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelse-loven)*, side 222.

³¹ Ibid. side 214.

³² Ot.prp. nr. 91 (1992–1993) *Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)*, side 170.

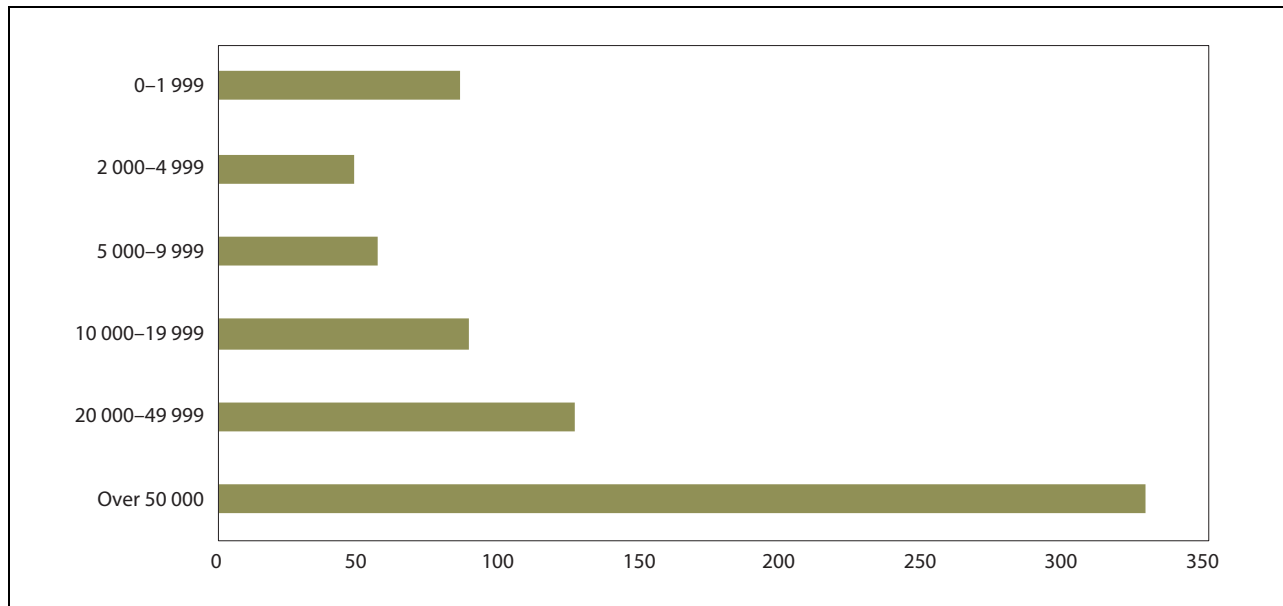
³³ Rundskriv, Statens helsetilsyn, 8. februar 1995, I-8/1995 punkt 3.2, «Smittevernloven, veileder – en generell innføring».

³⁴ Rapport, Helsedirektoratet, høsten 2020, «Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen».



Figur 5.1 Antall kommuneleger i hver kommune (farge) fordelt på kommunestørrelse. Antall kommuner (loddrett) i hver størrelsesgruppe (vannrett).

Kilde: Helsedirektoratet



Figur 5.2 Gjennomsnittlig stillingsprosent i kommunegruppene – basert på fylkessnittene.

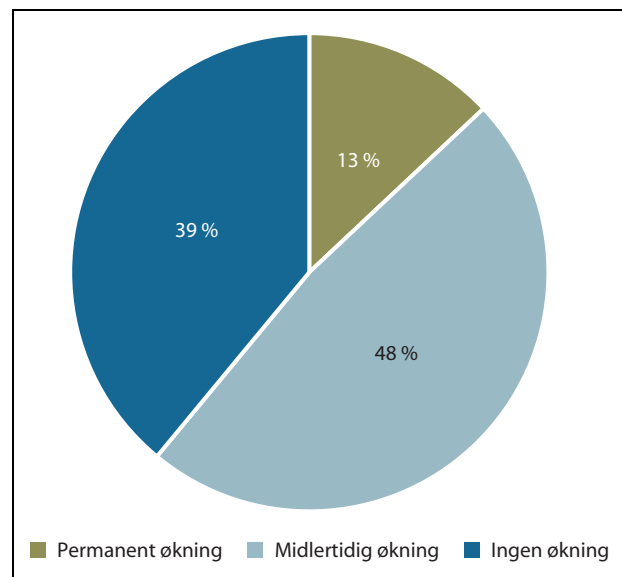
Kilde: Helsedirektoratet

innbyggere hadde én kommunelege. Det var en tydelig tendens at antallet kommuneleger økte med kommunenes innbyggertall. Blant kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere var andelen med bare én kommunelege 45 prosent. Av kommunene med innbyggertall over 50 000 hadde nesten alle to eller flere kommuneleger.

På samme tidspunkt – september 2020 – var det nasjonale gjennomsnittet for stillingsgraden i kommunelegefunksjonen 92,2 prosent, det vil si mindre enn én full stilling. Også på dette punktet var det en tydelig tendens at stillingsprosenten økte med kommunenes innbyggertall. På fylkesnivå hadde Agder lavest gjennomsnittlig stillingsprosent med 57,8 prosent, mens Viken hadde høyest med 132,2 prosent.

Tallene ovenfor inkluderer midlertidig og varig styrking av bemanningen og/eller stillingsgrad i kommunelegefunksjonen, som ble iverksatt etter utbruddet av koronapandemien i Norge og fram til september 2020. Ca. 60 prosent av landets kommuner foretok en slik oppskalering. At mange kommuner styrket støtteapparatet for kommunelegen, og dermed tilrettela for delegering av konkrete oppgaver, er ikke hensyntatt i disse tallene.

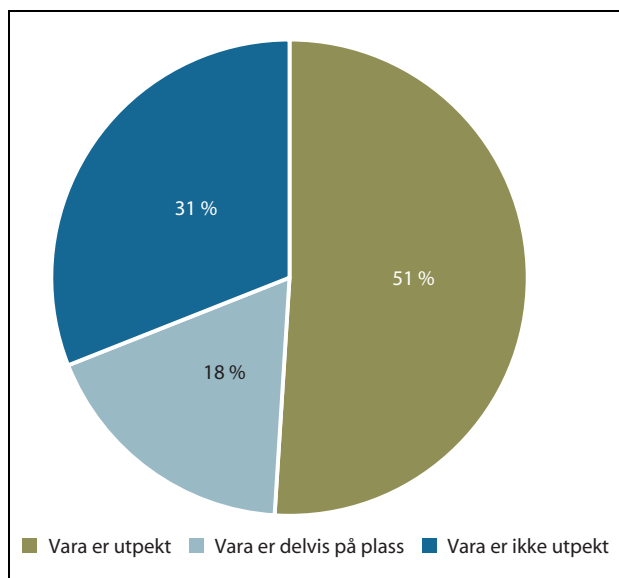
Oslo er den eneste kommunen i landet som har organisert kommunelegefunksjonen på bydelsnivå. De 15 bydelene i Oslo har hver sin bydels-



Figur 5.3 Økning av stillingsgrad under pandemien fram til høsten 2020. Andel kommuner.

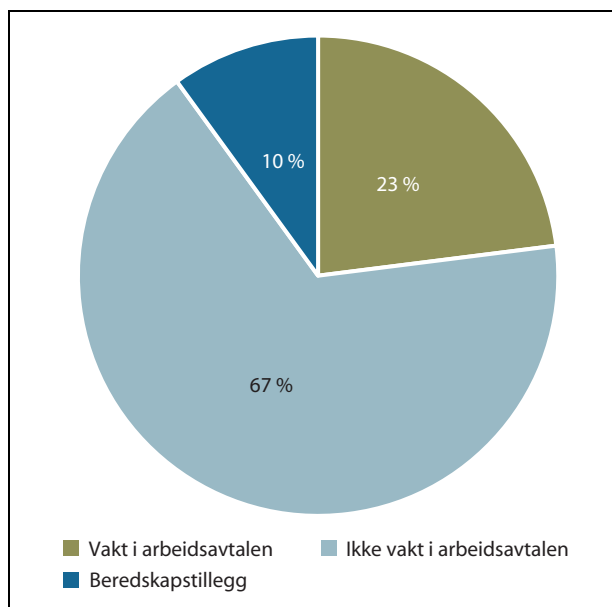
Kilde: Helsedirektoratet

overlege med ansvar for kommunelegeoppgavene i sin bydel, inkludert smittevern. I tillegg har Oslo kommune tre ansatte kommuneleger sentralt i Helseetaten, hvorav én har ansvar for smittevern i saker som gjelder hele byen eller som omfatter flere bydeler.



Figur 5.4 Vara/stedfortreder for kommunelegefunksjon. Andel kommuner.

Kilde: Helsedirektoratet



Figur 5.5 Vaktordninger og beredskapstillegg. Andel kommuner.

Kilde: Helsedirektoratet

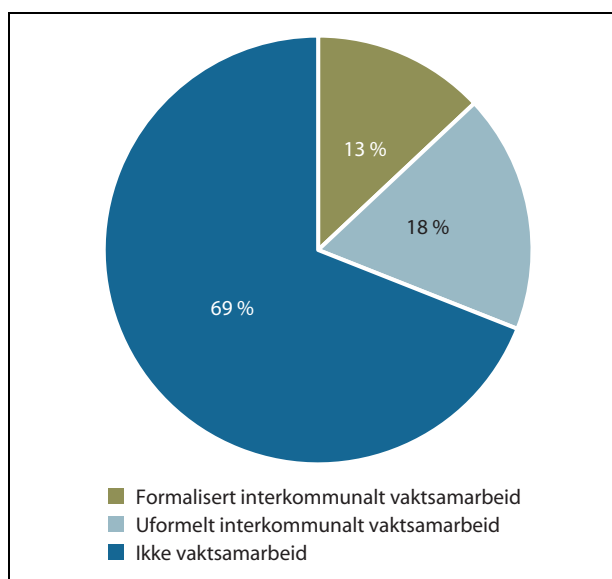
Vaktordninger, beredskap og interkommunalt samarbeid³⁵

Smittevernloven § 7-2 fastsetter at kommunen bør utpeke en stedfortreder for kommunelegen.

Per september 2020 hadde bare ca. halvparten av landets kommuner pekt ut en vara for kommunelegen, enten fra sin egen organisasjon eller gjennom et formalisert interkommunalt samarbeid.

To tredjedeler av kommunelegene hadde ikke noen vaktordning i arbeidsavtalen sin. Blant de kommunelegene som hadde avtalt en form for vakt, hadde flertallet en vaktordning som sikret at funksjonen var bemannet utenfor ordinær arbeidstid, mens et mindretall hadde avtalt et beredskapstillegg i lønnen for tilgjengelighet utenfor arbeidstiden.

Det var relativt store variasjoner fylkene imellom når det gjaldt vaktordninger. I de nordligste fylkene var det hyppigst forekomst av formelle vaktordninger – 64 prosent av kommunene i Troms og Finnmark og 48 prosent av kommunene i Nordland. I Vestfold og Telemark var det bare i underkant av 9 prosent av kommunene som hadde avtale om vakt knyttet til kommunelegestillingen. Prosentvis var dette færrest i landet.



Figur 5.6 Interkommunalt samarbeid. Andel kommuner.

Kilde: Helsedirektoratet

13 prosent av landets kommuner hadde et formelt interkommunalt samarbeid om kommunelegefunksjonen. I tillegg var det noen kommuneleger som hadde et uformelt vaksamarbeid med kommunelegene i nærliggende kommuner. Mer enn to tredjedeler av kommunene hadde verken formelt eller uformelt samarbeid med andre kommuner.

³⁵ Rapport, Helsedirektoratet, høsten 2020, «Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen».

Kompetanse³⁶

Helsedirektoratets kommunelegekartlegging høsten 2020 viste at i underkant av 60 prosent av kommunelegene hadde eller var i gang med å ta spesialisering i samfunnsmedisin. Den viste også at mange kommuneleger hadde betydelig tilleggskompetanse ved at de var erfarne leger med spesialisering i allmenntilleggsmedisin.

En utfordring som kom fram i kartleggingen, var at stillingsprosenten til mange kommuneleger var for liten til å gjelde som tellende praksis for spesialisering i samfunnsmedisin, jf. spesialistforskriften³⁷ og praktiseringen av denne.

Finansiering

Kommunelegefunksjonen er finansiert gjennom kommunenes ordinære driftsbudsjetter.

Både i forbindelse med tiltakene som ble iverksatt 12. mars 2020 og gjentatte ganger senere, har regjeringen forsikret at kommunene vil få kompensert sine ekstrautgifter i forbindelse med pandemien, herunder merutgifter til håndtering av smittesituasjonen i den enkelte kommune. Slik kompensasjon har blitt bevilget i flere omganger, både gjennom ordinære kriterier i rammetilskuddet og gjennom skjønnsmidler som statsforvalterne har fordelt etter behov.

Samordningen mellom kommunelegen og kommunehelsetjenesten ved inngangen til pandemien

Det er den diagnostiserende legen (ofte fastlegen, en legevakslege eller en sykehuslege) som i første rekke i samråd med pasienten skal hindre at en allmennfarlig, smittsom sykdom blir overført til andre. Denne legen har i utgangspunktet også plikt til å foreta smittesporing, jf. smittevernloven §§ 3-5 og 3-6.

Ved epidemiske utbrudd kan kommunelegen overta og koordinere smittesporingen rundt indekstilfeller som bor eller oppholder seg i kommunen. Dette kan være praktisk, blant annet fordi kommunelegen har det overordnede ansvaret for å ha mest mulig oppdatert oversikt over smittesituasjonen i kommunen.

Kommunelegen kan benytte et støtteapparat til å utføre arbeid under ansvarsområdet sitt. Alle-rede tidlig i pandemien ble det i de fleste kommu-

ner opprettet egne smittesporingsteam til å utføre smittesporingen i praksis. Ettersom det hastet å få på plass et smittesporingsapparat, besto teamene i mange kommuner til dels av personell som ikke hadde kompetanse eller hadde fått opplæring i å gjøre vurderinger av symptombilder og risikoforhold. Kommunelegene spilte da i mange kommuner en viktig rolle ved å være tilgjengelige for råd og veiledning.

Enkelte kommuner opplevde ved inngangen til pandemien at det var uklart i hvilken grad kommunens smittevernarbeid skulle omfatte klinisk oppfølging og vurdering av symptombilder, henvisning til testing eller til medisinsk bistand.³⁸ At kommunelegen eventuelt også skulle ha det overordnede ansvaret for klinisk oppfølging av koronapasienter, ble oppfattet som utfordrende. Fastlegenes rolle i oppfølgingen av koronasmittede og sykdomsutviklingen deres ble ikke oppfattet som tydelig definert, blant annet fordi det ikke sentralt var fastsatt retningslinjer for ansvarsfordelingen mellom kommunenes smittevernsteam og fastlegene. Dersom kommunelegen overtok ansvaret for smittesporingen, måtte vedkommende i hvert enkelt tilfelle avtale med den diagnostiserende legen hvem som skulle ha ansvaret for den medisinske oppfølgingen av den smittede og nærkontaktene.

Etter samtalene med kommuneleger som kommisjonen har gjennomført, er inntrykket vårt at kommunenes fastlegerressurser i liten grad har blitt benyttet til å bistå kommunelegene i det samfunnsmedisinske arbeidet og til smittesporingen i praksis. Fastlegene har likevel hatt en rolle i pandemihåndteringen ved at de har tatt seg av vaksinasjonen og den kliniske oppfølgingen av pasienter som har testet positivt. Det varierer om fastlegene har sendt inn MSIS-meldinger, eller om det er overlatt til kommunens apparat for testing og smittesporing.

I noen kommuner der kommunelegen også er fastlege, har andre fastleger avlastet kommunelegen med å håndtere fastlegelisten. Kommunelegen har da fått frigjort tid til pandemihåndteringen. Der hvor kommunelegestillingen i utgangspunktet bare har vært en deltidsstilling, har slik avlastning i noen tilfeller vært viktig for at kommunelegen har kunnet ivareta oppgavene sine på en forsvarlig måte. I enkelte kommuner har en fastlege i kommunen fungert som kommunelegens stedfortreder ved behov.

³⁶ Ibid.

³⁷ FOR-2016-12-08-1482 Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.

³⁸ Brev, Oslo kommune til Koronakommisjonen, 21. september 2021.

Forholdet mellom kommunene og sentrale helsemyndigheter ved inngangen til pandemien

Det overordnede ansvaret for helsesektoren på nasjonalt nivå ligger hos HOD. Det er imidlertid ingen direkte styringslinje fra sentrale helsemyndigheter til kommunene. Kommunene styrer og organiserer egne helsetjenester innenfor lovverkets rammer, men de blir også til en viss grad styrt indirekte gjennom regelverk, finansielle instrumenter og økonomiske rammer. Under pandemien har departementet blant annet utøvet myndighet overfor kommunene gjennom covid-19-forskriften av 27. mars 2020³⁹, som senere ble endret en rekke ganger.

Den 31. januar 2020 fikk Helsedirektoratet delegert myndighet til å koordinere helsetjenestenes innsats ved håndteringen av koronaviruset. Dette innebar at Helsedirektoratet fikk en koordinerende rolle for pandemiarbeidet i helsesektoren, inkludert i kommunene.

Helsedirektoratet har etter smittevernloven det overordnede ansvaret for å holde tilsyn med forholdene i landet på smittevernområdet og har gjennom statsforvalterne fortløpende fulgt med på situasjonen i kommunene, blant annet at kommunene er i stand til å opprettholde forsvarlige tjenester. Helsedirektoratet skal også gi råd, veiledning og opplysninger og eventuelt fatte vedtak for å medvirke til å dekke befolkningens behov for tjenester og tiltak i forbindelse med smittsomme sykdommer. For dette formålet har direktoratet utarbeidet en rekke retningslinjer, veiledere, rutiner og råd til kommunene og statsforvalterne gjennom pandemien. Smittevernloven gir Helsedirektoratet hjemmel til å gi kommuner pålegg knyttet til det lokale smittevernarbeidet og treffe hastevedtak om nærmere bestemte smitteverntiltak for hele eller deler av landet. Vedtaket om møteforbud og stenging av virksomheter av 12. mars 2020, som ofte blir referert til som nedstengingen av samfunnet, ble truffet av Helsedirektoratet med hjemmel i smittevernloven.

Siden nasjonal beredskap ble satt i kraft 7. februar 2020, har kommunene i henhold til nasjonal beredskapsplan rapportert på relevante kriterier til Helsedirektoratet via statsforvalterne. Det ble også tidlig etablert ukentlige møter mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og statsforvalterne. Hensikten var å få løftet opp problemstillinger fra

kommunene til sentrale helsemyndigheter og samtidig få gitt nødvendige avklaringer/retningslinjer til kommunene via statsforvalterne.

FHI har overfor staten mange av de samme oppgavene som kommunelegene har overfor kommunene, blant annet å overvåke smittesituasjonen og gi råd om smittevern. Som nasjonal faginstusjon på smittevernområdet har FHI løpende bistått kommuner/kommuneleger med råd og veiledning gjennom pandemien. Det ble tidlig etablert flere ulike forumer for denne rådgivningen. FHI har publisert informasjon på instituttets nettsider, sendt brev, holdt nettseminarer og etablert spesielle rådgivningstjenester. Det står mer om dette i punkt 5.7. FHI har også deltatt i møter ved behov, blant annet med statsforvaltere og kommuneleger.

5.5 Kommunelegenes rolle ved håndteringen av den første smittebølgen – våren 2020

Innledning

Flere kommuneleger har beskrevet arbeidssituasjonen sin i begynnelsen av mars 2020 som kaotisk. Mange var bekymret for mangel på smittevernutstyr og personell. I stadig økende grad ble oppmerksomheten rettet mot faktorer som kunne være en risiko for smitteutbrudd. Mange erkjente i løpet av relativt kort tid at samfunnet ikke kunne fortsette som før, og kommunelegene måtte i den forbindelse ta stilling til en rekke spørsmål relatert til koronaviruset og smittevern i lokalsamfunnet sitt. Etterspørselen etter kommunelegene i forskjellige kanaler var stor.

Noen kommuneleger beskriver derfor den nasjonale nedstengingen som en lettelse – ikke ved at den bidro til å redusere kommunelegenes arbeidsbyrde, men fordi den gjorde at situasjonen ble enklere å forholde seg til. Helsedirektoratets vedtak 12. mars 2020 førte ikke alene til en full nedstenging av samfunnet, men vedtaket gjorde det tydeligere hvordan myndighetene forholdt seg til viruset. For mange kommuneleger ble det derfor lettere å treffe beslutninger relatert til lokalsamfunnet og å gi råd og veiledning til kommunen, næringslivet og befolkningen.

Nedenfor beskriver vi de viktigste faktorene som virket inn på kommunelegenes situasjon i den første smittebølgen tiden fram mot og rundt nedstengingen 12. mars 2020.

³⁹ FOR-2020-03-27-470 Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet.

Kommunale smittevern- og beredskapsplaner

Fra koronaviruset ble kjent globalt og fram mot nedstengingen i Norge, engasjerte Helsedirektoratet seg i beredskapsplanleggingen i kommunene. Den 31. januar 2020 ble statsforvalterne bedt om å hente inn en oversikt over kommunenes smittevernplaner og bistå med å utarbeide eller oppdatere planverket ved behov.⁴⁰

Den 2. mars 2020 sendte Helsedirektoratet brev til statsforvalterne og kommunene med råd om organisering av smitteverntiltak i kommunene.⁴¹ I brevet påpekte Helsedirektoratet at kommunene, i tråd med den nasjonale pandemiplanen, burde planlegge for at inntil 25 prosent av befolkningen kunne bli smittet med covid-19, og at kommunens beredskaps- og smittevernplaner måtte sikre befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester selv om det skulle bli høyt sykefravær i kommunen. Samtidig skulle kommunen også hindre at andre nødvendige tjenester falt bort. Helsedirektoratet ga også råd om beredskapsplanlegging og organisering i kommunene. I den forbindelse ble det uttalt at beredskapsplanleggingen burde involvere ledelsen for helse- og omsorgstjenesten, kommunelegen som hadde ansvaret for smittevernet, og fastlegene. I tillegg kunne det være nødvendig å involvere andre aktører fra kommunen som hadde oversikt og myndighet til å bidra hvis det for eksempel skulle være behov for å bruke ekstra lokaler, stenge bygg eller evakuere pasientgrupper.

Den 6. mars sendte Helsedirektoratet et nytt brev til kommunene med innspill til beredskapsplanleggingen for smitteutbrudd.⁴² I brevet sto det blant annet at «[d]et er viktig med konkret beredskapsplanlegging i den enkelte kommune knyttet til COVID-19.» I den forbindelse ble kommunene bedt om å utarbeide konkrete planer for å håndtere kapasitetsutfordringer i helsetjenestene.

Helsedirektoratet rettet altså oppmerksomheten mot beredskapen for smitteutbrudd i kommunene i opptakten til den første smittebølgen våren 2020. Det virker imidlertid som denne oppmerksomheten kom som en følge av at viruset hadde begynt å spre seg globalt i første kvartal 2020. I

den første rapporten vår viste vi blant annet til tilsyn med kommunal beredskap som Statens helse-tilsyn hadde ført siden april 2014, og vi påpekte at det ikke så ut til at statlige myndigheter hadde vært spesielt opptatt av pandemiberedskap i kommunene de siste årene før 2020.⁴³ Den videre granskningen har forsterket dette inntrykket.

Av kommunene vi har undersøkt nærmere ved granskningen, er det varierende hva slags planverk som fantes ved pandemiutbruddet i begynnelsen av mars 2020. Kommunene hadde beredskaps- og smittevernplaner, men disse var i mange tilfeller lite treffende for den situasjonen som oppsto, for eksempel fordi planverket ikke ga nærmere føringer for hvordan mangel på personell og utstyr skulle håndteres. Noen kommuner hadde planer som ikke var oppdaterte, og enkelte kommuner hadde en pandemiplan som tok utgangspunkt i en influensapandemi uten de vidtrekkende konsekvensene for samfunnet som koronautbruddet fikk i Norge. Bare et lite mindretall av kommunelegene vi har intervjuet, har gitt uttrykk for at planverket de hadde, var nyttig for pandemihåndteringen i kommunen i den innledende fasen.

For kommisjonen framstår det på bakgrunn av granskningen som klart at pandemiberedskapen i mange kommuner ikke var god nok – spesielt med tanke på den sentrale rollen kommunene har med å håndtere utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom, som smittevernloven pålegger dem. Av samme grunn burde sentrale myndigheter hatt større oppmerksomhet på pandemiberedskapen i kommunene også før koronaviruset ble spredd globalt.

Når det gjelder innholdet i planverket, er vårt inntrykk at beredskapsplanleggingen både nasjonalt og i mange tilfeller kommunalt har vært for lite konkret når det gjelder å beskrive mulige scenarier. Det førte til at den praktiske nytten av beredskapsplanverket var begrenset. Planverket hadde dessuten i liten grad tatt høyde for en situasjon der det nasjonalt ble satt inn såpass inngrående smitteverntiltak at samfunnet langt på vei ble stengt ned.

En tidligere ekspedisjonssjef i HOD har overfor kommisjonen gitt uttrykk for at manglene ved kommunenes beredskapsplanlegging hadde sammenheng med tilsvarende mangler på det nasjonale plan. Vedkommende uttalte at også nasjonale planer var for lite konkrete når det gjaldt scenario-beskrivelser, og trakk fram at mange av tiltakene som ble innført under pandemien, og de konkrete

⁴⁰ Oppdrag, Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene og statsforvalterne, 31. januar 2020, «Oppdrag til de regionale helseforetak og fylkesmennene om smittevernberedskap i forbindelse med nytt coronavirus nCoV-2019».

⁴¹ Brev, Helsedirektoratet til statsforvalterne og kommunene, 2. mars 2020, «Råd om organisering av smitteverntiltak i kommunen».

⁴² Brev, Helsedirektoratet til landets kommuner, 6. mars 2020, «Innspill til kommunal beredskapsplan covid-19».

⁴³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 80–82.

utfordringene pandemien førte med seg, ikke står beskrevet i det nasjonale beredskapsplanverket. Som eksempel nevnte vedkommende at det nasjonale planverket ikke problematiserer at det kan være en utfordring å skaffe smittevernustyr i en pandemisituasjon.

Kommunene er prisgitt at nasjonale myndigheter kommer opp med et planverk og beskrivelser som er tilstrekkelig konkret å bygge på. Scenarioene man har beskrevet, er skremmende overfladiske.⁴⁴

Testing og smittesporing

Blant annet på bakgrunn av samtaler med kommuneleger som kommisjonen har gjennomført, er inntrykket vårt at kommunene i liten grad var rustet for de utfordringene pandemien førte med seg våren 2020. At mange kommuner hadde beredskapsplanverk som ikke var treffende for situasjonen som oppsto, er bare en del av bildet. Flere kommuneleger har gitt uttrykk for at hovedverktøyet for å håndtere pandemien i denne innledende fasen var testing og smittesporing. Situasjonen i mange kommuner var imidlertid preget av mangel på tester og personell til å utføre det praktiske test- og smittesporingsarbeidet. Av kommunelegene vi har snakket med, har flere gitt uttrykk for at det uavhengig av planverket ville vært svært krevende for kommunene å ha god beredskap for en slik situasjon, fordi personalbehovet var såpass mye større enn det er i kommunen normalt. Det er vår oppfatning at test- og smittesporingskapasiteten var en betydelig utfordring i mange kommuner – særlig på grunn av manglende personell.

Vi var ikke rustet for en pandemi som dette. Det tror jeg ingen kommune kan være rustet til. Om vi skulle hatt en beredskap for dette, så ville det være ekstremt ressurskrevende. Hva skulle vi brukt alle de personene vi hadde trengt, til vanlig?⁴⁵

Når det gjelder den praktiske riggingen av test- og smittesporingsarbeidet, var det betydelige forskjeller mellom kommunene. I enkelte kommuner gjennomførte kommunelegen selv testingen og smittesporingen og hadde dialogen med laborato-

rier om testresultater – eventuelt sammen med et lite støtteapparat med andre ansatte i kommunen. I andre kommuner, der tilgangen på personell var bedre, ble det tidlig etablert testsentre og egne test- og smittesporingsteam. Kommunelegen kunne i disse tilfellene konsentrere seg om den administrative delen av dette arbeidet, som å utarbeide rutiner og prosedyrer for internkontroll osv.

Mange kommuner møtte det akutte behovet for test- og smittesporingspersonell våren 2020 ved å omdisponere kommunalt ansatte, både fra helsesektoren og fra annet arbeid. I noen kommuner ble helsesykepleiere benyttet til dette arbeidet, men sentrale helsemyndigheter ga tidlig signaler om at disse ressursene ikke burde bli brukt til test- og smittesporingsarbeidet fordi det kunne gå utover andre tjenester, for eksempel skolehelsetjenesten. Dette er omtalt nærmere i punkt 10.2. Noen kommuneleger reagerte på at statlige myndigheter på denne måten involverte seg i kommunens prioriteringer, tilsynelatende uten å ha kjennskap til ressursbehovet i tjenestene til den enkelte kommunen. Mange kommuner ansatte personell i midlertidige stillinger, blant annet pensjonister og/eller medisinstudenter, for å møte personalbehovet i forbindelse med test- og smittesporingsarbeidet.

Enkelte kommuneleger har fortalt oss at rekrutteringssituasjonen i kommunen har vært så krevende at kommunen ikke fikk etablert mannskapet til testing og smittesporing som det var behov for. Dette ble en ekstrabelastning for de aktuelle kommunelegene, som da i stor grad måtte utføre arbeidet selv. I denne sammenhengen er det grunn til å minne om at kommunelegen har et lovpålagt ansvar etter smittevernloven for å organisere og lede kommunens smittevernarbeid. Det kan nok ha bidratt til å styrke ansvarsfølelsen for at smittevernarbeidet ble utført forsvarlig så langt det var mulig, selv om kommunelegene ikke kan klandres for at kommunen ikke fikk rekruttert tilstrekkelige ressurser.

Den lokale rekrutteringssituasjonen og mulighetene for å omdisponere personell internt i kommunene har altså i stor grad virket inn på kommunelegenes mulighet til å delegerer det praktiske test- og smittesporingsarbeidet – og dermed å få frigjort tid til andre oppgaver. Vi ser en tendens til at dette har vært mest utfordrende i de minste distriktskommunene, med lave innbyggertall og små kommuneorganisasjoner. Vi ser imidlertid at det finnes variasjon også mellom slike kommuner.

⁴⁴ Forklaring, tidligere ekspedisjonssjef i HOD, 22. november 2021.

⁴⁵ Forklaring, en kommunelege, 4. november 2021.

Digitale verktøy

Det eksisterer ikke noe landsomfattende journal-system for kommuneleger som kan bidra til smidig kontakt mellom kommunene. Ved inngangen til pandemien var det ikke etablert noen digitale verktøy for å utveksle informasjon på tvers av kommuner og journalsystemer. Dette har i seg selv vært en utfordring med hensyn til den formen for smittevernarbeid som ble nødvendig under pandemien. Ved utbruddet av pandemien i Norge fantes det heller ikke nasjonale eller regionale kontaktregistre over kommuneleger, smittevernleger og smittesporingsteam. Dette førte til at mange kommuneleger og smittesporingsmedarbeidere fikk merarbeid med å etablere nødvendige kontaktpunkter på tvers av kommunene, spesielt i den første fasen av pandemien.

Tidlig i pandemien benyttet flere kommuner Word eller Excel som registreringsverktøy. Registreringene ble da utført manuelt. Etter hvert som smittetallene steg mange steder, ble det klart at dette var for tungvint – og dessuten utilstrekkelig, blant annet med tanke på å følge opp smittede og nærkontakter. I tillegg er det utfordringer med sikkerhet og personvern ved slike manuelle systemer.

Våren 2020 var det problemer med etterslep i MSIS-registreringene, og større kommuner opplevde vanskeligheter med å få registrert de mengdene data som smittesituasjonen krevde. MSIS-databasen var dessuten ikke tilgjengelig for kommuneleger, slik at de kunne få oversikt over registrerte smittede i kommunen sin. Årsaken er blant annet at det ikke var etablert påloggingssystemer som sikrer personvernet.

Flere kommuneleger har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at det derfor tidlig oppsto et akutt behov for å utvikle digitale verktøy i arbeidet med å håndtere koronaviruset.

I april 2020 utviklet kommunelegen i Hadsel kommune sammen med bekjente i IT-bransjen smittesporingsprogramvaren ReMin for å forenkle registreringen av smittede og nærkontakter.⁴⁶ Løsningen innebar at informasjon kunne deles på sikker måte på tvers av kommunene. I mai 2020 var den første versjonen klar til bruk, og per februar 2022 hadde ca. 220 kommuner tatt i bruk systemet.⁴⁷

I løpet av april 2020 fikk KS på plass en smittesporingsmodul (DHIS2) i Fiks – plattformen for samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor. Modulen er tilpasset covid-19 og er utviklet av Universitetet i Oslo i samarbeid med WHO.⁴⁸ I Fiks smittesporing kan kommunen på sikker måte registrere informasjon om smittede og hvem den smittede har vært i nærkontakt med. Denne informasjonen blir samlet i et felles register. I midten av mai 2020 testet Asker, Sel og Fredrikstad kommune denne modulen som et pilotprosjekt. I juni 2020 lanserte KS løsningen som en tjeneste for alle kommuner. Per februar 2022 hadde 148 kommuner tatt i bruk løsningen.⁴⁹

Enkelte kommuner har utviklet egne digitale verktøy under pandemien. Kristiansund kommune utviklet tidlig i pandemien helseplattformen C19. Denne blir blant annet brukt til å bestille timer for test og vaksinasjon og for digital overvåking og oppfølging av pasienter i hjemmet. Løsningen for dette innebærer at pasienter melder inn data om egen tilstand per SMS. Dermed blir tilstanden avstemt automatisk mot definerte grenseverdier. Systemet varsler dersom de innsendte dataene ikke er innenfor grenseverdiene. Dette bidrar til at helsetjenesten kan styre ressursene i samsvar med behovene til pasientmassen. C19 er i dag i bruk i en rekke kommuner i Møre og Romsdal og flere kommuner i andre deler av landet.

For å bøte på svakhetene ved MSIS-systemet utviklet Oslo kommune sin egen smittesporingsløsning, PasInfo. Denne kunne kommunen bruke til å drive smittesporing, følge opp nærkontakter og overvåke smitteutbrudd.⁵⁰ Løsningen gir også oppdaterte oversikter over antall testede og smittede i kommunen i tillegg til oversikter på bydelnivå.

I november 2020 lanserte KS i samarbeid med FHI en digital løsning for prøvesvar på Fiks-plattformen. Fiks prøvesvar er en nasjonal tjeneste som i prinsippet er tilgjengelig for alle landets kommuner uavhengig av hvilken løsning de bruker for smittesporing, og som gir resultater på covid-19-prøver direkte i smittesporingsløsningen. Det er leverandørene av smittesporingsløsninger (PasInfo, ReMin, Fiks smittesporing) som tilrettelegger funksjonaliteten slik at tjenesten kan tas i bruk. Per februar 2022 hadde 132 av kommunene

⁴⁶ Nettartikkel, NRK, 25. januar 2021, «Kommunelege fant opp smittesporingssystem: – Enorm gevinst for samfunnet».

⁴⁷ E-post, ReMin til Koronakommisjonen, 8. mars 2022.

⁴⁸ Nettartikkel, KS, 1. september 2020, «Hva er Fiks smittesporing?»

⁴⁹ E-post, KS til Koronakommisjonen, 23. februar 2022.

⁵⁰ Høringssvar til NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Oslo kommune, 29. juni 2021.

som benyttet Fiks smittesporing, også tatt i bruk Fiks prøvesvar.⁵¹ I juni 2021 ble Fiks prøvesvar integrert i ReMin.

KS lanserte i januar 2021 Fiks klinikermelding i samarbeid med FHI. Tjenesten gir mulighet for å sende inn klinikermeldinger for covid-19 direkte fra smittesporingsløsningen til MSIS. Per februar 2022 var det 80 kommuner som benyttet tjenesten.⁵²

Den 1. juni 2021 lanserte Norsk helsenett i samarbeid med Helsedirektoratet, KS, FHI, Direktoratet for e-helse og Legeforeningen et nasjonalt elektronisk register over kommunelegene. Intensjonen med registeret er at kommunelegene raskt skal kunne komme i kontakt med hverandre, for eksempel ved smitteutbrudd på tvers av kommuner. Hver enkelt kommune har ansvar for å registrere kontaklinformasjonen og å sørge for at den er oppdatert og riktig.

Ved kommunelegekartleggingen høsten 2021 ble kommunene spurt om nytteverdien av kommunelegeregisteret. Bare et mindretall oppga at de syntes registeret var nyttig. I den sammenheng ble det pekt på at det fantes et fungerende register i FHI sin infrastruktur for å overvåke sykdom – Sykdomspulsen. Videre kommenterte mange kommuner at registreringen i det nasjonale registeret bidrar til å skape urealistiske forventninger til kommunelegenes beredskap, blant annet fordi løsningen ikke åpner for å legge inn informasjon om tilgjengelighet manuelt.⁵³

Ved inngangen til pandemien benyttet altså kommunene journalsystemer uten funksjoner for å utveksle informasjon mellom kommunene. Før koronautbruddet var smittevern et arbeidsområde der det i Norge var utviklet tilpassede digitale verktøy i svært liten grad. Samlet skapte dette merarbeid og gjorde smittesporingsarbeidet tungvint for kommunelegene og andre som jobbet med dette tidlig i pandemien. Ettersom kapasiteten i smittesporingsarbeidet tidvis har vært under sterkt press i mange kommuner, er dette etter vårt syn et tankekors.

Etter at pandemien brøt ut i Norge, kom det imidlertid raskt på plass ulike digitale løsninger, som senere også er videreutviklet og forbedret. Flere kommuneleger har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at disse systemene framover også bør bli brukt til å håndtere andre sykdom-

mer, men at løsningene fremdeles kan bli bedre, spesielt når det gjelder samhandling mellom de ulike systemene.

Jeg våger påstanden at hadde vi hatt datasystemer som snakket sammen, så hadde vi håndtert smitten bedre i Norge. For alle som har måttet leve lenge med svært strenge restriksjoner og pålegg, ville det gjort en forskjell.⁵⁴

Lokale vurderinger og smitteverntiltak

En faktor som i stor grad påvirket kommunelegenes arbeidssituasjon den siste tiden før den nasjonale nedstengingen, var arbeidet med lokale smitteverntiltak – både generelle tiltak og tiltak rettet mot konkrete risikomomenter.

Mange kommuner hadde reisende som kom tilbake fra Italia, Sveits og Østerrike. Kommunelegene måtte ta stilling til hvordan de skulle håndtere smitterisikoen dette førte med seg. Kommende kultur- og/eller idrettsarrangementer skapte bekymring, og det fantes på dette stadiet ingen retningslinjer om dette fra sentrale myndigheter. Slike vurderinger var det derfor kommunene som måtte ta, og dette ble i mange tilfeller overlatt til kommunelegene. Flere har beskrevet et stort press for å få vurdert hvor forsvarlig det var å gjennomføre ulike lokale arrangementer, og i mange tilfeller var det kommunelegen selv som fattet vedtak om tiltak rettet mot arrangementer eller vedtak om å avlyse dem. Enkelte kommuner innførte dispensasjonsordninger, der arrangørene måtte søke om godkjenning fra kommunelegen for å kunne gjennomføre arrangementene sine. Dette førte til betydelig merarbeid for enkelte av kommunelegene.

Flere kommuner og kommuneleger etterlyste tidlig i mars 2020 føringer fra helsemyndighetene knyttet til større arrangementer. Helsedirektoratet skal da ha gitt beskjed om at det var opp til arrangørene og kommunene å vurdere og beslutte om slike arrangementer kunne gjennomføres forsvarlig.⁵⁵ Det førte til ulik praksis i kommunene. Mange kommuneleger opplevde situasjonen som krevende, både på grunn av arbeidsbyrden som det førte med seg å måtte gjøre konkrete vurderinger av ulike arrangementer på kort

⁵¹ E-post, KS til Koronakommisjonen, 23. februar 2022.

⁵² E-post, KS til Koronakommisjonen, 23. februar 2022.

⁵³ Sluttrapport, Helsedirektoratet, 23. desember 2021, «Rapport – Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen», side 18–19.

⁵⁴ Robert Steen, byråd for helse, eldre og innbyggertjenester i Oslo kommune. Sitatet er hentet fra debattinnlegget hans i Agenda Magasin 5. mai 2021.

⁵⁵ Nettartikkel, NRK, 10. mars 2020, «Kommuner reagerer på at det er opp til dem å avlyse arrangementer: – Et stort ansvar».

tid, og ikke minst på grunn av følelsen av krysspress mellom hensynet til næringslivet og hensynet til smittevernet. I tillegg følte flere kommuneleger at de ble utfordret på vurderingene sine ved at de ble satt opp mot vurderingene til kommuneleger i andre kommuner. Dette kan ha bidratt til at noen opplevde det som krevende å treffe beslutninger som gikk utover lokale næringsinteresser.

Enten man sier ja eller nei til et arrangement kan det være oppfatninger om at det er en uriktig avgjørelse.

Det blir veldig opp til kommuneoverlegens egne vurderinger. Noen er offensive, mens andre er mer tilbakeholdne. Begge deler kan være riktig.⁵⁶

Reisende mellom kommuner

«Søringkarantene»

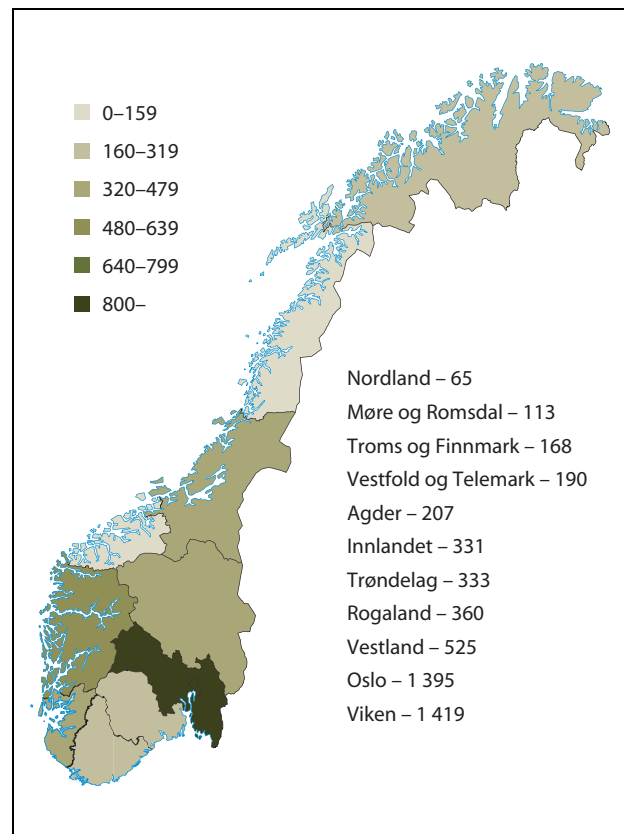
Mange kommuner vurderte tidlig at det var nødvendig å iverksette forebyggende tiltak mot smitte fra andre deler av landet. Dette må for det første ses i lys av at smittesituasjonen i landsdelene til dels var svært ulik. Per utløpet av mars 2020 var det for eksempel ca. 1400 registrerte smittetilfeller bare i Oslo, mens samme tall for Nordland var 65 tilfeller.⁵⁷ Flere kommuneleger i kommuner som i denne fasen hadde lite eller ingen smitte, har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at de var bekymret for tilsvarende smitteøkning som på Sør-Østlandet.

For det andre hadde flere kommuneleger oppfattet det slik at statlige myndigheter forventet at kommunene selv foretok fortløpende vurderinger knyttet til pandemihåndteringen, for med dette å kunne ta hensyn til lokale forhold. Denne oppfatningen hadde blant annet bakgrunn i signalene fra sentrale helsemyndigheter knyttet til arrangementer.

Enkelte kommuner hadde ikke fått rigget noe apparat for testing og smittesporing, og testkapasiteten var uansett lav mange steder. I distriktene tok det dessuten tid å få svar på prøvene. Det var utbredt mangel på smittevernustyr. Mange kommuner kom derfor fram til at det ville være svært utfordrende å håndtere lokale smitteutbrudd. Dette var bakgrunnen for at en rekke kommuner

⁵⁶ Sverre Håkon Evju, kommunelege i Narvik kommune. Sitatet er hentet fra artikkelen «Kommuner reagerer på at det er opp til dem å avlyse arrangementer: – Et stort ansvar» på NRK 10. mars 2020.

⁵⁷ FHI sine rapporter om covid-19-tilfeller etter prøvingstakingsdato, publisert på FHI sine nettsider.



Figur 5.7 Totalt antall registrerte smittetilfeller per fylke ved utløpet av mars 2020.

Kilde: MSIS, FHI

etablerte egne, lokale karantenerregler, gjerne omtalt som «søringkarantene». Hovedsakelig var det kommuner i Nordland, Troms og Finnmark som vedtok slike bestemmelser, men også en del kommuner i Sør-Norge, blant annet på Nord-Vestlandet.

Jeg husker jeg så et klipp på nyhetene, hvor de i Afrika snakket om at det tok hele 3 dager å få svar på prøvene i enkelte land der. Hos oss tok det mellom 5–7 dager å få svar på prøvene.⁵⁸

I noen tilfeller ble de lokale karantenebestemmelsene vedtatt som hastesak av kommunelegen selv og deretter stadfestet eller forlenget av det organet i kommunen som hadde myndighet til det. I andre tilfeller ble bestemmelsene vedtatt av kommunens formannskap i samråd med kommunelegen og etter delegasjon fra kommunestyret.

Mange kommuner besluttet at karanteneplikten gjaldt tilreisende fra sør for Dovre. Noen kom-

⁵⁸ Forklaring, en kommunelege i en kommune som innførte lokale karantenerregler i mars 2020, 9. november 2021.

muner i de nordligste fylkene innførte karanteneplikten for tilreisende fra Trøndelag og sørover, mens enkelte kommuner samordnet seg med nabokommunene og besluttet felles karantenereregler for alle tilreisende utenfor regionen. Noen kommuner gikk så langt som å innføre karanteneplikten for alle tilreisende til kommunen.

Per 29. mars 2020 hadde 124 av landets 356 kommuner innført lokale karantenereregler.⁵⁹ Det skapte noen utfordringer, blant annet fordi kommunene bare til en viss grad koordinerte innføringen av slike regler seg imellom, og fordi det i liten grad var innført unntak fra karanteneplikten der reglene fikk utilsiktede eller særlig inngripende virkninger.

Samlet sett førte dette til at også reiser mellom kommuner innenfor samme bo- og arbeidsmarkedsregion i mange tilfeller ble rammet av karantenebestemmelsene. Dette skapte vanskeligheter blant annet for person- og varetransport, personer som på grunn av familie- eller arbeidsforhold var avhengige av å reise mellom kommuner, og næringsliv og en del offentlige tjenester som foregikk på tvers av kommunegrensene.

På bakgrunn av dette publiserte HOD 29. mars 2020 en veileder til kommunene om lokale karantenereregler eller innreiserestriksjoner.⁶⁰ I rundskrivet argumenterte departementet for at det var usikkert smittevernfaglig grunnlag for å innføre lokale karantenereregler, og det ble listet opp tiltak som etter departementets syn var «viktig at [...] unngås». Videre ble det påpekt at Helsedirektoratet hadde bedt statsforvalterne om «å følge med på og veilede om lokale karantenereregler» og «å vurdere lovlighetskontroll [...] dersom det er kommunale vedtak som ikke er i samsvar med loven.»

Flere kommuneleger oppfattet rundskrivet som en anmodning til kommunene om ikke å operere med lokale karantenerregelverk. Noen statsforvaltere ga føringer til kommunene om å vurdere de lokale karantenereglene på nytt eller koordinere med andre kommuner i regionen. I enkelte tilfeller opphevet statsforvalteren de lokale ordningene etter lovlighetskontroll.⁶¹ Staten hadde på dette tidspunktet innført restriksjoner for reisende fra utlandet, blant annet med henvisning til at flere land i Europa hadde langt høy-

ere smittetall enn det som var registrert i Norge, og at man ville unngå tilsvarende press på helse-tjenestene som man så i flere av disse landene. Det skapte derfor reaksjoner i kommunene at sentrale helsemyndigheter så ut til å gjøre forsøk på å hindre at lokalsamfunn benyttet tilsvarende virkemiddel for å beskytte seg mot smitte utenfra. Noen oppfattet sentrale myndigheters involvering som et inngrep i det lokale selvstyret. En kommunelege uttalte følgende om dette:

Når man viser evne til å handle lokalt, så er det noen makthavere som føler seg truet i sine posisjoner. Historien er full av eksempler på at Nord-Norge skal styres sørfra.⁶²

Departementets rundskriv og statsforvalternes oppfølging overfor kommunene førte til en debatt der flere kommuner og kommuneleger gikk ut i offentligheten og forsvarte de lokale ordningene.⁶³ Etter noen dager ble Helsedirektoratet oppfattet å endre syn på dette. Assisterende direktør i Helsedirektoratet Espen Rostrup Nakstad uttalte i den sammenheng følgende til NRK 4. april 2020:

Differensierte tiltak basert på hvor mye smitte det er og ikke, er absolutt noe som vi ser på. Det gjør man i andre land også.⁶⁴

På spørsmål fra Dagens Medisin om hvorfor Helsedirektoratet nå vurderte lokalt tilpassede tiltak, og hvorfor det tidligere var signalisert at det ikke var faglig grunnlag for slike tiltak, svarte Nakstad følgende:

Ulike tiltak ut fra ulike smittesituasjon i ulike områder er en av mange ting som vurderes kontinuerlig, både av Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Helsemyndighetene vurderer helsefaglig, det er uansett regjeringen som gjør alle vedtak.⁶⁵

Mange kommuner beholdt de lokale karantenereglene i noen uker mars til april 2020, fram til kom-

⁵⁹ Nettartikkel, NRK, 30. mars 2020, «Fikk NHO-skryt for 'søringkarantene'».

⁶⁰ Rundskriv, HOD, 29. mars 2020, I-4/2020, «Veileder til kommunene om lokale karantenereregler eller innreiserestriksjoner i forbindelse med utbruddet av Covid-19».

⁶¹ Se blant annet Fylkesmannen i Troms og Finnmark sitt vedtak 31. mars 2020 med referanse 2020/2900.

⁶² Olav Gunnar Ballo, kommunelege i Loppa kommune. Sitatet er hentet fra artikkelen «Legekjendis sammenligner regjeringen med danskekongen» på NRK 12. april 2020.

⁶³ Se blant annet NRK sine nettartikler 29. mars 2020 «Kommuner i nord nekter å oppheve søringkarantene» og 12. april 2020 «Legekjendis sammenligner regjeringen med danskekongen.»

⁶⁴ Nettartikkel, NRK, 4. april 2020, «Vurderer ulike tiltak i ulike deler av landet».

⁶⁵ Nettartikkel, Dagens Medisin, 4. april 2020, «Distriktsleger med hilsen til helsemyndighetene: – Velkommen etter».

munene hadde fått mer smittevernustyr, bedre helsemessig infrastruktur, mer helsepersonell og økt kompetanse. For noen kommuner var det også en faktor at værforholdene utover våren ble bedre med tanke på pasienttransport.

Hytteturisme

Mange av de samme bekymringene som førte til at noen kommuner innførte den såkalte søringkarantenen, gjorde seg gjeldende i en del typiske hyttekommuner i mars 2020. Selv om det også er variasjoner mellom slike kommuner, er felles trekk at mange har relativt få innbyggere med tilsvarende kapasitet i helsetjenesten, og at antallet som oppholder seg i kommunen mangedobles i helger og ferier i turistsesongen på grunn av hytteboerne. Dette var en bekymring for kommunelegene i slike kommuner, ikke minst fordi turistsesongen på de utpregede skidestinasjonene var i full gang da pandemien brøt ut i Norge.

Helsedirektoratets vedtak 12. mars 2020 om møteforbud og stenging av virksomheter var ikke rettet mot turistnæringen som sådan eller adgangen til å benytte egne fritidseiendommer. Noen kommuneleger vurderte imidlertid at det måtte

iverksettes tiltak for å hindre den tilstrømmingen av mennesker som normalt forekommer i kommunene deres på den tiden av året. Dette var for å skjerme helsetjenesten lokalt. Den 12. mars sendte derfor flere hyttekommuner SMS til hytteeiere og ba dem om ikke å oppholde seg på hyttene sine. Blant dem var Ål, Hol, Sør-Aurdal og Vinje. Samme dag besluttet kommunelegene i Hemsedal og Trysil å stenge skianleggene. Det innebar i praksis langt på vei en nedstenging av turistnæringen i disse kommunene. Dette ble gjort som hastevedtak etter smittevernloven.

Ved kongelig resolusjon 15. mars 2020 vedtok regjeringen forskrift om karantene, isolasjon og forbud mot opphold på fritidseiendommer mv. i anledning utbrudd av Covid-19.⁶⁶ Forbudet mot å oppholde seg på fritidseiendom, det såkalte hytteforbudet, ble satt i kraft 19. mars 2020. Dette er omtalt i punkt 23.3 i vår første rapport.⁶⁷ Også blant kommunelegene ble det debatt rundt hytteforbudet. Mange kommuneleger støttet regjerin-

⁶⁶ FOR-2020-03-15-294 Forskrift om karantene, isolasjon og forbud mot opphold på fritidseiendommer mv. i anledning utbrudd av Covid-19.

⁶⁷ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 270–272.



Figur 5.8 Hemsedal, lørdag før påske 2020: En skiløper på vei oppover bakkene i et stengt skianlegg.

Foto: Gisle Oddstad / VG / NTB

gens vedtak, mens andre mente at det var viktig å huske på at hytteturister også kunne være ressurspersoner som kan være til nytte for kommunene ved pandemihåndteringen. Noen mente at det generelle forbudet var mer inngripende enn nødvendig i litt større kommuner der det også er en del fritidseiendommer.⁶⁸

Informasjonsbehov i lokalsamfunnene

I tiden rundt pandemiutbruddet i Norge var det et ekstraordinært behov for informasjon og veiledning i lokalsamfunnene, både internt i kommuneorganisasjonene, i det lokale næringslivet og blant befolkningen. Dette informasjonsbehovet ble i stor grad rettet mot kommunelegene. Alle kommunelegene vi har snakket med, har gitt uttrykk for at de måtte svare på et overveldende antall henvendelser i denne fasen, samtidig som kommunene fikk store mengder informasjon fra sentrale helsemyndigheter. Denne informasjonen var gjerne av generell karakter og derfor ikke nødvendigvis treffende for lokale forhold. Mange kommuneleger la ned betydelig arbeid i å sette seg inn i informasjonen og vurdere betydningen og konsekvensene for lokalsamfunnet sitt på bakgrunn av intensjonene i de statlige retningslinjene. Dette gjorde de for å kunne viderefremme lokalt tilpasset informasjon og veiledning i sin egen kommune.

De fleste delene av samfunnet ble berørt av pandemiens utbrudd. Som nevnt i punkt 5.3 følger det av smittevernloven at kommunelegen har plikt til å bistå alle virksomheter og organer i kommunen med smittevern og gi informasjon og råd om smittevern til befolkningen. En konsekvens av kommunelegens lovfastsatte rolle og det informasjons- og veiledningsbehovet som oppsto i denne fasen, var at kommunelegen raskt ble en etterspurt ressurs i en rekke ulike kanaler og møtearenaer. Dette preget arbeidssituasjonen til mange kommuneleger i betydelig grad.

Et fascinerende problem under kriser er at alle skal ha koordineringsmøter. Vi skulle koordinere internt i kommunen og med sykehus, statsforvalteren, andre kommuner og KS. Mye av tiden gikk med til slike møter – av ulik effektivitet. Det gjør at ting går litt saktere.⁶⁹

Mange kommuneleger opplevde at det var krevende å håndtere trykket fra ulike deler av kommunen og lokalsamfunnet i fasen rundt den nasjonale nedstengingen. Spørsmål som kommunelegene typisk fikk, var hvordan ulike virksomheter burde bli driftet med tanke på smittevernet, for eksempel legekontorer, skoler, ulike omsorgstilbud osv. Næringslivet stilte også spørsmål om dette. I tillegg mente flere kommuneleger tidlig at det var viktig å være tilgjengelig for befolkningen, både gjennom å svare på konkrete spørsmål og å stille opp i mediene som kommunens fremste fagperson på smittevern.

Kommunelegene fikk et stort antall henvendelser relatert til koronaviruset og smittevern per telefon og på e-post. De lokale legevaktene fikk også et stort antall telefonhenvendelser. Sentralbordet til helsetjenesten i enkelte kommuner ble overbelastet. De aller fleste kommuner opprettet derfor tidlig egne kanaler for slike henvendelser, som en koronatelefon og/eller et eget e-postnotak, slik at de kunne skjerme kommunelegen og helsetjenesten.

I mange kommuner ble det klart at de måtte etablere et støtteapparat rundt kommunelegen for å håndtere lokalsamfunnets behov for informasjon. I kommuner som hadde kommunikasjonsressurser, bisto disse gjerne kommunelegen i informasjonsarbeidet, for eksempel ved å publisere tilpasset informasjon på kommunens nettsider, svare på spørsmål etter veiledning fra kommunelegen og styre og organisere henvendelser. Andre kommuner omdisponerte helt eller delvis personell for å avlaste kommunelegen med dette arbeidet.

Det var også mange steder nødvendig å strukturere forholdet til mediene på en måte som balanserte mediens behov for å formidle oppdatert og korrekt informasjon mot kommunelegenes behov for å få utført andre arbeidsoppgaver. I enkelte kommuner satte kommunelegen derfor av faste tidspunkter til medie henvendelser. Andre virkemidler som ble tatt i bruk for å lette på trykket fra mediene, var informasjon på sosiale medier og egne TV-sendinger. Flere kommuneleger har fortalt oss at forholdet til mediene har vært godt under pandemien, og at mediene har spilt på lag med kommunen når det gjelder å formidle nødvendig og presis informasjon til befolkningen, for eksempel om lokale smitteverntiltak og vaksinasjon.

Mange av kommunelegene vi har snakket med, har gitt uttrykk for at informasjonsarbeidet – å motta og bearbeide informasjon fra staten og å dekke lokalsamfunnets behov for informasjon,

⁶⁸ Nettartikkel, Fædrelandsvennen, 24. mars 2020, «Delte meninger om hytteforbud i påsken: – Gjort i panikk».

⁶⁹ Forklaring, en kommunelege, 5. november 2021.

konkrete råd og retningslinjer – har vært blant de mest krevende, men også blant de viktigste, arbeidsoppgavene til kommunelegene under pandemien. For å lykkes med pandemihåndteringen nasjonalt har statlige myndigheter vært avhengige av at befolkningen forstår myndighetenes budskap og er villig til å etterleve det. Kommunelegen har i denne sammenhengen hatt en nøkkelrolle som bindeledd mellom befolkningen og beslutningstagerne. Ved å være tilgjengelig for lokalsamfunnet har kommunelegen bidratt til å skape trygghet for at strategiene er riktige. Etter kommisjonens vurdering har kommunelegene vært viktige bidragsytere når det gjelder å skape tillit i befolkningen. Det går fram av meningsmålingsinstituttet Opinion sin koronamonitor at befolkningens tillit til informasjon fra kommunen har ligget stabilt høyt gjennom hele pandemien.⁷⁰

5.6 Administrative forhold – forholdet til kommunens ledelse

Innledning

Vi har sett nærmere på hvilken betydning kommuneinterne forhold har hatt for kommunelegenes situasjon under pandemien. I den forbindelse har vi undersøkt kommunelegenes plassering i organisasjonen, involveringen i beslutningsprosessene og arbeidsvilkår. Vi har også undersøkt om det er gjort endringer av disse forholdene i løpet av pandemien. Dette tar vi for oss nedenfor. Avslutningsvis i denne delen vurderer vi om kommunenes smittevernberedskap som følge av endringer eller tiltak er bedret underveis i pandemihåndteringen.

Kommunelegenes plassering i kommuneorganisasjonen

Det er opp til hver enkelt kommune hvordan kommunens helseapparat er organisert. Dette omfatter også kommunelegens plassering i kommuneorganisasjonen, om kommunelegen har administrativt ansvar osv. I rapporten «Utvikling av kommunelegefunksjonen» fra 2008 står det følgende om dette:

Enkelte kommuner tillegger kommunelegen administrative oppgaver og lederfunksjon.

Dette er en avveining mellom verdien av å sitte i en linjeledelse på den ene siden og omfattende tidsbruk på administrative lederoppgaver på den andre siden. Kravene til ledelse med alt dette innebærer av personelledelse og økonomiansvar, har økt kraftig de siste årene, og tidsbruken på disse oppgaver blir stor. Mange kommuneleger har derfor funnet at de i større grad får brukt sitt eget fagområde i stabsstillinger som rådgivere.⁷¹

Våre undersøkelser har vist at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder kommunelegens plassering i kommuneorganisasjonen. Tilsvarende som i rapporten fra 2008, tyder våre undersøkelser på at bare et lite mindretall av kommunelegene har administrative oppgaver og ansvar. I de fleste tilfellene har kommunelegen en rendyrket rådgiverrolle. Det er også variasjon når det gjelder hvilket nivå kommunelegefunksjonen er lagt til innenfor kommunens helsesektor. I enkelte kommuner som har flere kommuneleger, er disse også plassert på ulike kommunale nivåer. I noen kommuner har imidlertid kommunelegen også lederoppgaver, enten som kommunalsjef for kommunens helse- og omsorgstjeneste, eller som avdelingsleder eller enhetsleder innenfor denne tjenesten.

Utbruddet av pandemien i Norge førte til at mange kommuner så et behov for å endre kommunelegens plassering i organisasjonen. I begynnelsen av mars 2020 var utbredelsen av koronaviruset høyt på agendaen i de fleste kommuner. I denne perioden fikk kommunene en omfattende mengde informasjon og retningslinjer fra sentrale helsemyndigheter knyttet til beredskap og smittevern, og de måtte fortløpende vurdere hvordan lokalsamfunnene skulle forholde seg til viruset. Blant annet måtte de vurdere om kommunene skulle iverksette egne tiltak etter smittevernloven. Kommunelegene ble i løpet av kort tid en svært viktig ressurs mange steder, og flere kommuneleger har gitt uttrykk for at det tidlig ble klart at plasseringen deres i kommuneorganisasjonen ikke fungerte spesielt godt under de rådende forholdene, fordi avstanden til beslutningstagerne ble for stor. Dette førte til at mange kommuner allerede i den første fasen av pandemien gjorde midlertidige endringer i organiseringen slik at kommunelegene ble knyttet tettere til beslutningstagerne i kommunene.

⁷⁰ Rapport, Opinion til Koronakommisjonen, januar 2022, «Norsk koronamonitor. Sammenstilling av utvalgte indikatorer til Koronakommisjonen for 2020–2021», side 30.

⁷¹ Rapport, arbeidsgruppe oppnevnt Sosial- og helsedirektoratet, 1. juli 2008, «Utvikling av kommunelegefunksjonen», side 77.

Det varierer hvilke konkrete endringer som ble gjort. Vi har sett flere eksempler på at kommunelegen midlertidig har blitt plassert rett under rådmannen og/eller sittet i kommunens kriseledelse. I andre tilfeller har det blitt etablert ordninger der kommunelegen har deltatt i drøftelser og gitt råd direkte til kriseledelsen eller et annet besluttsende organ, uten at kommunelegen formelt har vært medlem av kriseledelsen. Kommunelegekartleggingen høsten 2021 viser at kommunelegen inngikk i den kommunale kriseledelsen, enten fast eller ved behov, i 98 prosent av kommunene på tidspunktet for undersøkelsen.⁷² Noen kommuner har gjort permanente endringer for å knytte kommunelegen tettere til kommunens ledelse, og enkelte kommuneleger har i samtaler med kommisjonen forklart at det vurderes å gjøre midlertidige løsninger permanente.

I november til desember 2020 var det medieoppmærksomhet knyttet til at alle legene på kommunelegens kontor i Bergen hadde sluttet i løpet av pandemien.⁷³ De oppfattet at etatsdirektøren forklarte dette med stort arbeidspress, og en gruppe på tolv tidligere kommuneleger gikk derfor ut i mediene for å avkrefte dette.⁷⁴

Den avtroppende smittevernlegen uttalte følgende om årsaken til at hun sa opp stillingen sin:

Jeg har aldri under pandemien sittet plassert på et slikt sted i organisasjonen at jeg kan få gjort jobben min på en effektiv måte. Det har vært utfordrende, og da er det vanskelig å ha det overordnede smittevern faglige rådgivningsansvaret i Bergen kommune.⁷⁵

I forlengelsen av smittevernlegens oppsigelse, uttalte en annen tidligere kommunelege:

Vi sitter rett og slett for langt unna kommunens ledelse. Det er vanskelig å få innpass i kommunen når man jobber på et lavt nivå. Da er det lett for å bli glemt.

[...]

Arbeidet med plasseringen av kommuneoverlegen i organisasjonen har vært jobbet med

uavhengig av pandemien. Men den synliggjør nok nå at vår plassering ikke er optimal.⁷⁶

På en pressekonferanse 7. desember 2020 annonserte byråden for eldre, helse og frivillighet i Bergen kommune at smittevernlegen skulle bli inkludert i kriseledelsen dersom de igjen måtte sette kriseledelse ved pandemihåndteringen, og at smittevernlegens faglige råd om smitteverntiltak fra da av skulle gå direkte til byrådet.⁷⁷ Senere vedtok bystyret å endre kommunelegefunksjonens plassering permanent, noe som innebar at den ble flyttet opp i kommuneorganisasjonen. I den forbindelse ble det lagt vekt på å holde kommunelegenes fagmiljø samlet på et nivå i organisasjonen som gjorde at kompetansen deres ble synlig og brukt.⁷⁸

Etter kommisjonens vurdering er nærhet til kommunens beslutningstakere en viktig faktor for at kommunelegefunksjonen skal fungere på en effektiv og god måte ved håndteringen av en pandemi. Dette har også flere kommuneleger gitt uttrykk for i samtaler med oss. Ikke bare er kommunelegen i de fleste tilfeller kommunens fremste samfunnsmedisinske ressurs – kommunelegen skal etter smittevernloven organisere og lede helse- og omsorgstjenestens smittevernarbeid. Ved håndteringen av en pandemi er det vanskelig å ivareta denne oppgaven uten å koordinere og etablere felles situasjonsforståelse med beslutningstagerne i kommunen. Hvordan dette konkret blir organisert synes ikke å være avgjørende. Det sentrale er at det etableres en smidig og effektiv informasjonsflyt mellom kommunelegen og besluttsende organer i kommunen samt egnede arenaer for å utveksle meninger og drøfte felles problemstillinger.

Nærmere om kommunelegenes involvering i beslutningsprosessene

Etter smittevernloven § 4-1 første ledd er kompetansen til å treffe lokale smitteverntiltak tillagt kommunestyret. Bestemmelsen gir hjemmel for å iverksette tiltak som kan være svært inngripende

⁷² Sluttrapport, Helsedirektoratet, 23. desember 2021, «Rapport – Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen», side 6.

⁷³ Nettartikkel, BA, 3. desember 2020, «De to siste ansatte hos Kommuneoverlegen har sagt opp».

⁷⁴ Nettartikkel, Bergens Tidende, 4. desember 2020, «Tolv overleger tar oppgjør med helseledelsen: – Det har vært svært dårlig styring».

⁷⁵ Smittevernlege Karina Koller Løland. Sitatet er hentet fra artikkelen «Smittevernoverlegen ba om å få sitte i krisestaben, men fikk nei» i BA 21. november 2020.

⁷⁶ Tidligere kommunelege Finn Markussen. Sitatet er hentet fra artikkelen «Nå er Bergen uten kommuneoverlege, og smittevernlegen har sagt opp» i BA 22. november 2020. Markussen gikk av med pensjon 1. oktober 2020.

⁷⁷ Nettartikkel, NRK, 7. desember 2020, «Snur etter helsekrise: Byrådet i Bergen gir smitteoverlegen plass i kriseledelsen».

⁷⁸ Byrådssak, byrådet i Bergen kommune, 5. januar 2021, ref. 2020/111052-3, «Organisering av kommunelegefunksjonen».

(møteforbud, stenging av virksomheter, isolering osv.), og det er derfor naturlig at denne kompetansen er lagt til det øverste politiske organet i kommunene. Dersom det vurderes som aktuelt å iverksette slike smitteverntiltak, er det imidlertid en utfordring at dette ofte vil haste. Det er ikke adgang til å opprettholde iverksatte tiltak lenger enn nødvendig. Kommunestyret møtes normalt til fastsatte tidspunkter, gjerne om lag én gang i måneden. Selv om kommunestyret kan hasteinnkalles, er det i en pandemi behov for et beslutningsdyktig organ som fortløpende er i stand til å treffe raske beslutninger.

Etter smittevernloven § 4-1 femte ledd kan kommunelegen utøve kommunestyrets myndighet i hastesaker. Spesielt i perioden da pandemien brøt ut i Norge, ble en rekke tiltak etter smittevernloven § 4-1 besluttet av kommunelegene. Dette gjaldt både enkeltvedtak rettet mot konkrete arrangementer og lignende, men også mange steder forskrifter om generelle smitteverntiltak. Å treffe vedtak om smitteverntiltak som kan ha store konsekvenser for lokalbefolkningen og/eller næringslivet, kan være tyngende for en enkeltperson, og kanskje særlig der kommunelegen ikke har noe faglig kollegium eller støtteapparat å drøfte beslutningene med. Enkelte kommuneleger har overfor kommisjonen gitt uttrykk for at de følte at de gikk utover sin hastekompetanse ved å treffe vedtak av inngripende karakter i den aller første fasen av pandemien, men at de mente at det likevel var nødvendig på grunn av den aktuelle smittesituasjonen og juridisk usikkerhet knyttet til hvem som skulle treffe vedtakene. At det i denne perioden ble en viss praksis for at kommunelegene traff vedtak om til dels inngripende smitteverntiltak, førte til at blant annet Virke tok til orde for at kommunelegenes adgang til å fatte hastevedtak er et rettssikkerhetsproblem.⁷⁹

Smittevernloven § 1-5 stiller opp grunnleggende krav når det iverksettes smitteverntiltak, blant annet at tiltaket må framstå som formålstjenlig etter en helhetsvurdering. I dette ligger blant annet at smitteverneffekten må veie tyngre enn de negative konsekvensene av tiltaket for dem som rammes. Det må altså ligge til grunn en bredere vurdering der det også inngår hensyn som ikke er relatert til smittevernet. For å sikre legitimitet i befolkningen, er det derfor etter vårt syn gode grunner til at generelle smitteverntiltak bør bli besluttet av et organ som er utpekt av kommunens øverste politiske organ, og ikke en fagperson

på samfunnsmedisin og smittevern. Særlig gjelder dette når det er snakk om tiltak som rammer grunnleggende friheter, som adgangen til sosial omgang med familie og venner eller næringsfriheten.

I mange kommuner ble kompetansen til å beslutte smitteverntiltak etter smittevernloven delegert fra kommunestyret til formannskap, byråd eller kriseledelse. I enkelte kommuner var det allerede etablert slik delegasjon ved et delegasjonsreglement eller en beredskaps- eller smittevernplan. I andre tilfeller oppsto behovet for å delegere denne kompetansen etter pandemiutbruddet. I slike tilfeller ble det truffet særskilte delegasjonsvedtak relatert til pandemihåndteringen.

Når kommunestyrets kompetanse blir delegert til et organ som møtes oftere, og som i kraft av sin rolle holder seg fortløpende oppdatert på den aktuelle situasjonen i kommunen, reduserer det behovet for at kommunelegen benytter hastekompetansen sin. Flere kommuneleger har også gitt uttrykk for at det ble mindre aktuelt for dem å benytte hastekompetansen etter at det ble avklart hvilket organ i kommunen som hadde den generelle myndigheten til å beslutte tiltak etter smittevernloven.

Selv om behovet for at kommunelegene benyttet sin hastekompetanse ble redusert som følge av delegasjonsordninger, synes ikke kommunelegenes innflytelse på lokale smittevernbeslutninger å bli svekket i vesentlig grad. Mange kommuner etablerte faste ordninger for beslutningsprosessen knyttet til pandemihåndteringen, der også kommunelegen hadde en viktig rolle som premissleverandør. Mange steder har kommunelegen vært fast smittevernfaglig rådgiver og deltatt i drøftingene i organet som treffer de endelige beslutningene. I andre kommuner har kommunelegenes råd rutinemessig blitt innhentet som medisinskfaglig grunnlag for beslutningene. Kommunelegen har da også ofte deltatt i møtene ved behov. Vi har under granskingen også sett andre varianter av disse modellene, for eksempel at kommunelegen leder kriseledelsen, som har fått myndighet til å fatte beslutninger knyttet til pandemihåndteringen.

Alle kommunelegene vi har gjennomført formelle intervjuer med, har gitt uttrykk for at de gjennomgående har fått internt gehør for vurderingene sine, og at det stort sett ikke har blitt truffet beslutninger som kommunelegene har vært direkte uenige i. Det betyr ikke at kommunelegene alltid har fått fullt gjennomslag for vurderingene sine, men at kommunelegenes faglige råd har blitt hentet inn, lyttet til og drøftet av orga-

⁷⁹ Nettartikkel, Rett24, 23. mars 2020, «Kommunenes krisefullmakt er et større problem enn statens fullmaktslov».

nene som tok beslutningene. At drøftingene i noen tilfeller har ført til justeringer i forhold til kommunelegens innstilling, ser vi på som en naturlig konsekvens av en god rollefordeling mellom kommunelegen som kommunens smittevern-faglige rådgiver og organet i kommunen som har det overordnede ansvaret for pandemihåndteringen lokalt. Vi er imidlertid også kjent med tilfeller der kommunelegene opplever at de ikke har blitt involvert og hørt i beslutningsprosessene i tilstrekkelig grad – også andre tilfeller enn saken fra Bergen kommune som vi nevnte tidligere. Gjennomgående er likevel vårt inntrykk at kommunelegene i de aller fleste kommuner har vært sterkt delaktige i kommunenes beslutningsprosesser relatert til pandemien.

Arbeidsvilkår

Selv om alle kommuneleger er pålagt det samme ansvaret og de samme oppgavene i loven, er det visse variasjoner fra kommune til kommune når det gjelder det konkrete innholdet i stillingene. Dette gjelder blant annet om kommunelegen har administrativt ansvar, hvilket ledd og nivå i organisasjonen kommunelegen er ansatt i, og hva slags apparat som er tilgjengelig for kommunelegen når han eller hun skal utføre oppgavene. Naturlig nok er også dermed arbeidsavtalene ulike.

For kommuneleger som er ansatt som vanlige arbeidstagerer i kommunen, er arbeidstiden 37,5 timer.⁸⁰ Noen har arbeidsavtaler om at arbeidstiden skal gjennomsnittsberegnes, såkalt fleksitidsordning. Dette innebærer at arbeidstageren kan arbeide et mindre antall timer enkelte uker for å kompensere for et større antall andre uker, slik at gjennomsnittet over en lengre periode blir 37,5 timer per uke. Pålagt arbeid utover ordinær arbeidstid blir ansett som overtidsarbeid etter hovedtariffavtalen,⁸¹ men mange kommuneleger har måttet arbeide utover avtalt arbeidstid som følge av økt arbeidsmengde uten at ledelsen har gitt et uttrykkelig pålegg om dette. På bakgrunn av granskningen er vårt inntrykk at de færreste kommunelegene før pandemien hadde en arbeidsavtale som ga rett til overtidsbetaling når overtidsarbeidet ikke var pålagt.

Noen kommuneleger har inngått arbeidsavtaler om «særlig uavhengig stilling» eller «ledende stilling». Arbeidstagerer i særlig uavhengige eller ledende stillinger er i stor grad unntatt fra arbeidsmiljølovens vernebestemmelser om hvor lenge de kan arbeide hver dag og hver uke. De er også da ofte unntatt retten til overtidsbetaling, jf. hovedtariffavtalen.⁸² Men også for kommuneleger som har slike stillinger, skal arbeidsgiver sørge for at arbeidstidsordningen er forsvarlig med tanke på blant annet ansvar og arbeidsmengde.

I den ekstraordinære situasjonen som oppsto som følge av koronautbruddet, og med ansvaret og arbeidsmengden det medførte for kommunelegene, har mange kommuneleger arbeidet langt flere arbeidstimer enn avtalt arbeidstid. Det virker klart at kommunelegene i en del tilfeller har arbeidet utover arbeidsmiljølovens grenser for arbeidsmengde. På bakgrunn av granskningen synes det også å være grunnlag for å konkludere med at arbeidets omfang for mange har gått utover det som er rimelig å anse som en del av stillingen – også blant kommunelegene som har særlig uavhengige eller ledende stillinger.

Samtidig virker det åpenbart at kommunelegen i mange kommuner har vært en kritisk ressurs ved pandemihåndteringen, og flere kommuneleger har fortalt oss at det ikke har vært noe reelt alternativ å arbeide mindre. Dette gjelder særlig i kommuner som bare har én kommunelege uten noen utpekt stedfortreder. Men også kommuneleger som har hatt et støtteapparat som har gitt mulighet for noe avlastning, har forklart oss at arbeidsbelastningen over tid har vært svært stor, og at det har vært urealistisk å begrense arbeidstiden til det arbeidsavtalen legger opp til.

Våre undersøkelser har vist at problemstillingen knyttet til arbeidsmengde og overtidsarbeid for kommunelegene har vært håndtert ulikt i kommunene. Mange kommuner har styrket kommunelegefunksjonen gjennom oppbemanning og andre tiltak (se punktet nedenfor). Dette har ført til en viss avlastning for de aktuelle kommunelegene, men de færreste har blitt avlastet i en slik grad at det ikke har vært nødvendig å arbeide utover normale arbeidstider i perioder. Rekrutteringssituasjonen har dessuten vært utfordrende mange steder. Dette innebærer at en del kommuneleger vedvarende har hatt en svært stor arbeidsbyrde siden utbruddet av pandemien, uten

⁸⁰ Hovedtariffavtale 2020-2022, KS og hhv. LO Kommune, Unio, YS-K og Akademikerne, «HTA», kapittel 1 § 4 pkt. 4.2; Særavtale, KS og Den norske legeförening, «SFS 2305», § 3 pkt. 3.1.

⁸¹ Hovedtariffavtale 2020-2022, KS og hhv. LO Kommune, Unio, YS-K og Akademikerne, «HTA», kapittel 1 § 6 pkt. 6.1.

⁸² Hovedtariffavtale 2020-2022, KS og hhv. LO Kommune, Unio, YS-K og Akademikerne, «HTA», kapittel 1 § 6 pkt. 6.3.

at det har blitt iverksatt avhjelpende tiltak i spesielt stor grad.

Når det gjelder kompensasjon for kommunelegens arbeid utover avtalt arbeidstid, har dette blitt tatt opp individuelt i mange kommuner under pandemien. Flere kommuneleger har forklart at de har hatt samtaler med ledelsen og har fått på plass ordninger med et fast tillegg for beredskap og/eller overtidarbeid. Dette gjelder også noen kommuneleger som har arbeidsavtaler om særlig uavhengige eller ledende stillinger. Enkelte har fått overtidspålagt time for time, og andre som har hatt fleksitidsordninger uten reell mulighet til å avspasere, har fått kompensasjon for dette. Før slike ordninger eventuelt har kommet på plass, har imidlertid flere kommuneleger lagt ned betydelig overtidarbeid som ikke har blitt kompensert. Selv om det etter hvert ble etablert ordninger som ga betaling for ekstraarbeid, har mange kommuneleger gitt uttrykk for at de har jobbet så mye at de helst skulle hatt litt fri. En kommunelege som ikke hadde noen utpekt stedfortreder under pandemien, fortalte kommisjonen:

Fra 12. mars 2020 til 1. juli 2021 hadde jeg i praksis 6 fridager. [...] Jeg fikk kompensert for tapt ferie. Måtte jeg avspasert den tiden, måtte jeg sluttet i februar.

[...]

Jeg har jobbet alle kvelder og helger.⁸³

Ved granskingen har vi også kommet over tilfeller der kommunelegens stilling har blitt definert som «særlig uavhengig» uten at kommunelegen selv opplever stillingen som særlig uavhengig. En særlig uavhengig stilling kjennetegnes av at arbeidstageren vurderer og avgjør behovet for egen arbeidsinnsats og selv prioriterer oppgavene sine og hva som kan delegeres osv. Under pandemien har arbeidssituasjonen til mange kommuneleger i høy grad blitt styrt av faktorer utenfor egen kontroll, herunder oppdrag fra kommuneledelsen, henvendelser fra befolkningen, næringslivet og internt i kommunen, den aktuelle smittesituasjonen nasjonalt og lokalt, samt innføring eller endring av statlige tiltak som skal iverksettes i kommunene. I tilfeller der kommunelegen over tid da heller ikke har hatt mulighet til å få avlastning eller delegerer oppgaver, har vi forståelse for at det blir stilt spørsmål ved om stillingen reelt sett er særlig uavhengig, og at det kan virke urimelig å måtte jobbe langt utover avtalt arbeidstid uten å bli kompensert for dette. Enkelte kommuneleger har også

pekt på at det lovpålagte ansvaret som kommunelegen har etter smittevernloven, bidrar til at de ikke opplever stillingen som særlig uavhengig når de ikke har noen å delegerer oppgavene til.

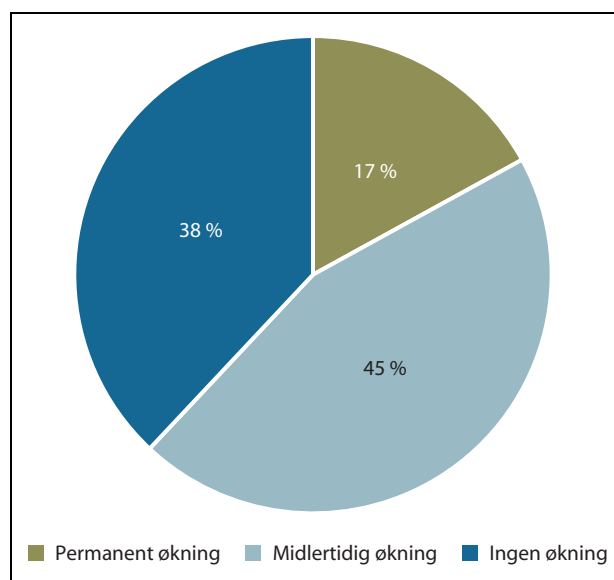
Styrking av kommunelegefunksjonen under pandemien⁸⁴

Kommunelegekartleggingen høsten 2021 viste at 59 prosent av landets kommuner bare hadde én kommunelege. Dette var ca. 7 prosent færre enn ved undersøkelsen høsten 2020.

Til sammen 72 prosent av kommunene hadde en formalisert eller uformalisert ordning om en stedfortreder for kommunelegen. Siden høsten 2020 utgjorde dette en nedgang på 3 prosent i andelen kommuner uten stedfortreder for kommunelegen. I tillegg opplyste mange kommuner at de jobbet med å få på plass en stedfortrederløsning på tidspunktet for undersøkelsen.

62 prosent av kommunene hadde økt stillingsprosenten for kommunelegefunksjonen i løpet av pandemien. 17 prosent opplyste at endringen var varig. Disse tallene inkluderte økninger i stillingsgrad som ble foretatt i den første fasen av pandemien – fram til høsten 2020. 4 prosent av kommunene økte kommunelegens stillingsgrad permanent mellom høsten 2020 og høsten 2021.

Av kommunene der kommunelegen var ansatt i en deltidsstilling, vurderte 35 prosent av kommu-

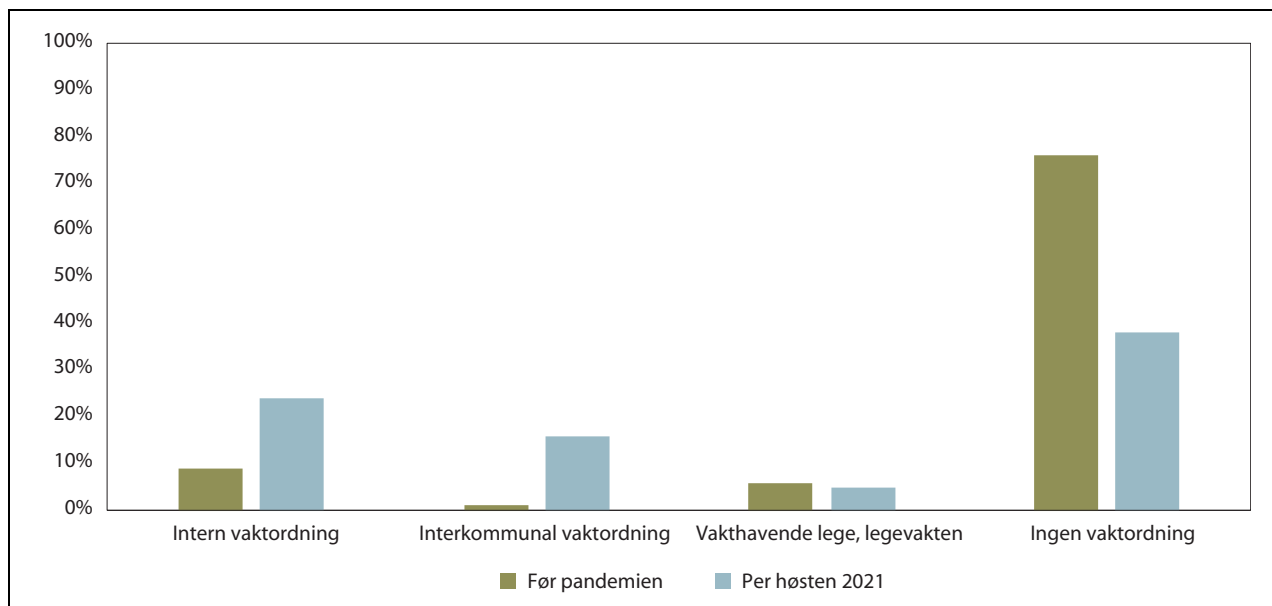


Figur 5.9 Økning av stillingsgrad under pandemien frem til høsten 2021. Andel kommuner.

Kilde: Helsedirektoratet

⁸³ Forklaring, en kommunelege, 1. november 2021.

⁸⁴ Sluttrapport, Helsedirektoratet, 23. desember 2021, «Rapport – Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen».



Figur 5.10 Vaktordninger for kommunelegefunksjonen. Andel kommuner.

Kilde: Helsedirektoratet

nene at kommunen hadde mulighet til å øke kommunelegens stillingsgrad ved behov. 29 prosent oppga at dette ikke var mulig, og 36 prosent oppga at det ikke var aktuelt.

Når det gjelder vaktordning for kommunelegefunksjonen, var det en markant utvikling under pandemien fram til høsten 2021. Andelen kommuner uten noen form for vaktordning hadde sunket fra 76 prosent og ned til 34 prosent. I tillegg var det en del kommuner som opplyste at de var positive til en vaktordning, og at de utredet mulighetene for det.

For å styrke kommunelegefunksjonen under pandemien hadde 76 prosent av kommunene gjort andre tiltak enn å øke kommunelegens stillingsgrad. Tilbakemeldingene fra kommunene viste at mange kommuner hadde opprettet egne enheter for TISK-arbeid og vaksinasjon, og at mange kommuner hadde styrket funksjonen gjennom å avlaste kommunelegen, omdisponere personell, bruke vikarer og/eller ansette personell i midlertidige stillinger.

Har kommunenes smittevernberedskap blitt bedre under pandemien?

På bakgrunn av granskningen synes det å være grunnlag for å konkludere med at smittevernberedskapen i kommunene gjennomgående har blitt bedre i løpet av pandemien. Mange kommuner har rigget et apparat for TISK-arbeid. Delegasjon for å kunne treffe raske beslutninger er i stor utstrekning etablert. Mangel på utstyr er ikke lenger noen akutt bekymring. En del kommuner har

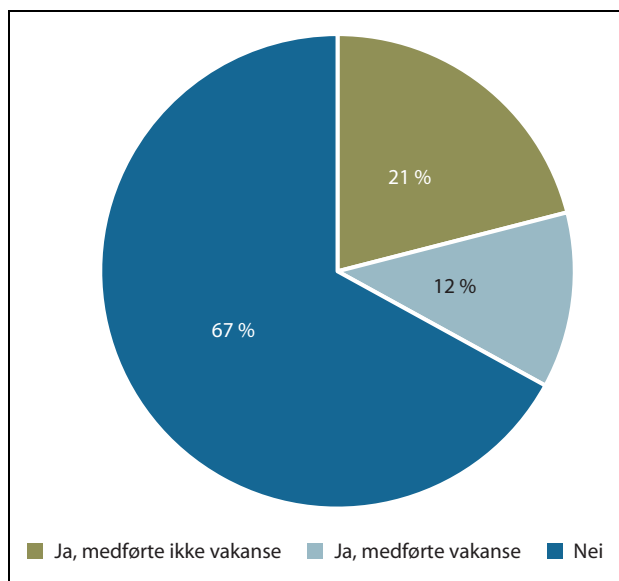
gjennomført tiltak for å styrke kommunelegefunksjonen. Mange kommuner har også gjort midlertidige eller permanente endringer i organiseringen for å tilrettelegge for at kommunelegen kan utføre arbeidet sitt på en effektiv måte.

Flere kommuneleger har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at pandemiarbeidet har vært en kontinuerlig læringsprosess som har gitt kommunen erfaring med å håndtere denne typen krise. På bakgrunn av opparbeidet kunnskap og erfaring har beredskapsplanverket blitt oppdatert eller revidert mange steder.

Det er likevel ikke til å komme utenom at kommunelegefunksjonen er sårbar i mange kommuner, og at dette også gjør smittevernberedskapen sårbar. En vesentlig faktor i denne forbindelse synes å være at mange kommuner har hatt utfordringer med å rekruttere nytt personell, både til kommunelegefunksjonen og til annet arbeid i helsetjenestene. Dette har ført til at de aktuelle kommunelegene over tid har hatt svært stor arbeidsbelastning og begrenset mulighet til å få støtte eller avlastning.

Noverande kommuneoverlege har sagt opp stillinga. Stillinga er no lyst ut for andre gong. Det var ingen søkjarar ved første gongs utlysing.⁸⁵

⁸⁵ Sluttrapport, Helsedirektoratet, 23. desember 2021, «Rapport – Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen», side 16. Sitatet er hentet fra tilbakemeldingen fra en kommune som deltok i undersøkelsen.



Figur 5.11 Utskiftninger i løpet av pandemien. Andel kommuner.

Kilde: Helsedirektoratet

På landsbasis hadde det i løpet av pandemien fram til høsten 2021 vært utskiftninger i kommunelegefunktjonen i ca. en tredjedel av kommunene. Ved ca. en tredjedel av disse tilfellene førte utskiftningen til at stillingen sto ubesatt (vakanse).

Flere kommuneleger har gitt uttrykk for at kommunen har vært og til dels også fremdeles er avhengig av enkeltpersoner i kommunelegefunktjonen. Dette samsvarer med kommunelegekartleggingen høsten 2021, som viste at 57 prosent av kommunene ikke hadde kontinuitetsplaner som ivaretar kommunelegefunktjonen. Enkelte har forklart at kommunens avhengighet av enkeltpersoner ikke bare gjelder kommunelegefunktjonen, men også andre funksjoner som er kritiske for pandemihåndteringen.

En utfordring som noen kommuneleger har pekt på overfor kommisjonen, er at kommunens personalbehov under pandemien har vært varierende og uforutsigbart. Det er krevende å ha tilgang til et tilstrekkelig stort apparat til å håndtere større økninger i smitte og samtidig sørge for at dette personalet har nyttige oppgaver i mindre hektiske perioder. Mange har gitt uttrykk for at det er et viktig læringspunkt at en viss grunnberedskap er nødvendig for at kommunen skal være forberedt til å håndtere smitteutbrudd, selv om dette kan være ressurskrevende. Videre er det trukket fram som et læringspunkt at kommunen bør være i stand til å oppskalere grunnberedskapen raskt ved behov. Noen kommuner har håndtert dette ved å etablere egne registre over perso-

nell som er tilgjengelig på kort varsel til ulike oppgaver i pandemiarbeidet. Slike løsninger avhenger imidlertid av at et tilstrekkelig antall mennesker er tilgjengelig for kommunen, noe som mange steder ikke ser ut til å være en realitet.

Det er kostbart å ha beredskap. Det er i en pandemi også en spesiell situasjon hvor det brenner overalt samtidig, og det gjør det vanskelig å trekke på ressurser fra andre steder. Men det kreves faktisk en reservekapasitet for å gjøre dette mer robust.⁸⁶

5.7 Forholdet til sentrale helsemyndigheter

Innledning

Pandemihåndteringen i Norge har vært et samarbeid mellom statlige og kommunale myndigheter. Statlige myndigheter har gjennom pandemien truffet beslutninger relatert til smittevern som har hatt vesentlig betydning for hele landets befolkning, for eksempel nedstengingen 12. mars 2020, nye tiltak og reiserestriksjoner i slutten av 2020, vaksinestrategi og -utrulling våren 2021 og gjenåpningen høsten 2021. Slike beslutninger har vært styrende for pandemiarbeidet både nasjonalt og lokalt og har dermed også hatt direkte innvirkning på kommunelegenes arbeidssituasjon.

Også FHI, Helsedirektoratet og statsforvalterne har oppgaver og ansvar etter smittevernloven, blant annet oppgaver overfor kommunene. På landsbasis er altså pandemihåndteringen avhengig av at organene som er tillagt smittevernoppgaver, samhandler på en slik måte at oppgavene blir godt ivaretatt.

I denne delen ser vi nærmere på samhandlingen mellom kommunene/kommunelegene og henholdsvis FHI, Helsedirektoratet og statsforvalterne. Vi gjør også rede for hvordan sentrale myndigheters informasjonsstrategi har virket inn på situasjonen til kommunelegene under pandemien.

Forholdet til Folkehelseinstituttet

FHI skal overvåke smittesituasjonen i landet og utføre helseanalyser og forskning. De skal gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunene. Når det gjelder smittevernfaglige drøftinger og rådgivning, opplyser kommunelegene i

⁸⁶ Forklaring, en kommunelege, 1. november 2021.

samtaler med kommisjonen at de i all hovedsak har forholdt seg til FHI.

Koronaveilederen til FHI, som er publisert på FHI sine nettsider, har siden begynnelsen av mars 2020 vært instituttets hovedkanal for smittevern-råd til kommunelegene og befolkningen. Her har de fortløpende lagt ut informasjon om viruset, sykdommen og pandemien i tillegg til de gjeldende rådene om sentrale smitteverntiltak, inkludert hygiene, kontaktreducerende tiltak og TISK. Koronaveilederen hadde nærmere 45 millioner sidevisninger i perioden fra mars 2020 til og med oktober 2021.⁸⁷

I perioden februar 2020 til oktober 2021 sendte FHI 15 brev til alle landets kommuneleger med informasjon om risikovurderinger, endringer i strategi, råd og annet aktuelt stoff av særlig relevans for kommunelegene. FHI har også arrangert en serie nettseminarer for kommuneleger, der de har holdt innlegg om aktuelle temaer. Nettseminarene har dessuten vært et forum der kommunelegene har kunnet ta opp aktuelle problemstillinger og drøfte dem sammen. I perioden 25. juni 2020 til 14. oktober 2021 ble det holdt 21 slike nettseminarer, normalt med 100–200 deltagere.

Da det gradvis ble lettet på de nasjonale tiltakene gjennom våren 2020, ble også håndteringen av pandemien i større grad overlatt til kommunene. I den forbindelse utarbeidet FHI en egen håndbok for kommunelegene, *Kommunelegehåndboka*, som første gang ble utgitt 2. juli 2020. Formålet var å veilede kommunelegene i arbeidet deres med å oppdage, vurdere og håndtere smitteutbrudd i kommunen. Håndboken er senere oppdatert en rekke ganger etter innspill fra Helsedirektoratet, Norsk samfunnsmedisinsk forening, Smittevernlegene, Smittevernforum og en rekke kommuneleger.

FHI etablerte Nasjonalt smittesporingsteam sommeren 2020. Smittesporingsteamet har med utgangspunkt i *Kommunelegehåndboka* støttet og veiledet kommuner ved smitteutbrudd. Teamet har også sendt personell til kommuner for å bistå kommunelegene med smittehåndteringen. Ofte har bistanden bestått i å drøfte og veilede om hvilke tiltak kommunen bør innføre. Teamet har ved behov blitt forsterket med eksperter fra instituttets skolegruppe eller innvandrerguppe. FHI har også etablert et eget helsetjenesteteam som har bistått ved smitteutbrudd i helseinstitusjoner, og en rådgivningstjeneste for smittevern i helse-tjenesten.

⁸⁷ Brev, FHI til Koronakommisjonen, 28. oktober 2021.

FHI har en døgnåpen telefonvakt for kommuneleger og annet helsepersonell – Smittevern-vakta. Den er vanligvis bemannet av én av instituttets overleger, men bemanningen har vært utvidet under pandemien. Henvendelsene har i hovedsak handlet om akutte problemstillinger om smittevern utenfor arbeidstiden. For å avlaste Smittevern-vakta etablerte FHI i begynnelsen av mars 2020 telefontjenesten Korona hotline som kunne gi enklere smittevernradgivning.

I ukene 15 til 40 i 2020 svarte Nasjonalt smittesporingsteam, Smittevern-vakta og Korona hotline på til sammen 8674 henvendelser. Fra uke 41 i 2020 til uke 42 i 2021 svarte Nasjonalt smittesporingsteam, Smittevern-vakta og Korona hotline på henholdsvis 7950, 1929 og 21 340 henvendelser.⁸⁸

De aller fleste kommunelegene vi har intervjuet, har gitt uttrykk for at bistanden fra FHI har vært svært nyttig for arbeidet deres. Under pandemien har kommunelegene hatt et stort ansvar og arbeidspress, men mange har opplevd at de ikke i tilstrekkelig grad har hatt et apparat internt i kommunen der de kunne få faglig støtte og drøfte problemer. FHI har i den forbindelse spilt en viktig rolle for mange. Også kommuneleger som har hatt et slikt støtteapparat, har gitt uttrykk for at det har vært nyttig å drøfte og forankre beslutningene sammen med FHI som nasjonalt fagorgan på smittevernområdet.

To faktorer som gjennomgående har blitt trukket fram som særlig betydningsfulle når det gjelder bistanden fra FHI, er tilgjengeligheten og responstiden i støttefunksjonene. Flere kommuneleger har forklart at behovet for bistand gjerne har vært størst utenfor normalarbeidstid, og at det typisk har oppstått en akutt problemstilling knyttet til et smitteutbrudd som kommunelegen har måttet ta stilling til. FHI har da strukket seg langt for å bistå raskt. Noen kommuneleger har opplyst at de etter hvert har kunnet henvende seg direkte til faste kontaktpersoner i FHI, og at disse har gitt råd og veiledning også utenfor ordinær arbeidstid. Det er også et fellestrekk fra våre samtaler med kommunelegene at kommunelegene har ment at den faglige kvaliteten på veiledningen fra FHI har vært god.

FHI har vært suverene. De har laget en god smittevernveileder og holdt oppdatert logg på hva som endres. Suveren på veiledning. De har virkelig vært kommunelegenes venn.⁸⁹

⁸⁸ Brev, FHI til Koronakommisjonen, 28. oktober 2021.

⁸⁹ Forklaring, en kommunelege, 5. november 2021.

Forholdet til Helsedirektoratet

Generelt om Helsedirektoratets rolle overfor kommunene

Som nevnt i punkt 5.4 er det ikke en direkte styringslinje fra sentrale helsemyndigheter til kommunene. I utgangspunktet er det derfor opp til kommunene å organisere helsetjenestene sine, innenfor grunnleggende krav til blant annet forsvarlighet. Helsedirektoratet har imidlertid en særskilt rolle etter smittevernloven og skal på smittevernområdet etablere en mer direkte linje mellom direktoratet og kommunene.

For det første skal Helsedirektoratet arbeide med faglig oppfølging overfor kommunene. Dette omfatter å utarbeide veiledning og retningslinjer for det lokale smittevernarbeidet. For det andre skal direktoratet føre tilsyn med forholdene i landet på smittevernområdet og kontrollere at veiledningene og rådene som er gitt, blir overholdt. For det tredje kan direktoratet gi kommunene pålegg om å følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. Samlet sett medfører dette at Helsedirektoratet har betydelig innflytelse på smittevernarbeidet i kommunene, og direktoratets virksomhet har dermed også vært en faktor når det gjelder kommunelegenes situasjon under pandemien.

Helsedirektoratets arbeid overfor kommunene under pandemien

Den 31. januar 2020 ba Helsedirektoratet statsforvalterne om å hente inn oversikt over smittevernplaner i kommunene og iverksette tiltak, eventuelt yte bistand til kommuner som ikke hadde noen oppdatert og fungerende smittevernplan.⁹⁰ I tiden som fulgte, og spesielt i mars og april 2020, sendte direktoratet en rekke brev til kommunene med retningslinjer, rutiner og råd om beredskap og smittevernarbeid. Dette var en svært hektisk periode for kommunelegene, og flere kommuneleger har gitt uttrykk for at informasjonsmengden gjorde det krevende å sette seg inn i alle de statlige rådene og retningslinjene. Helsedirektoratets råd og retningslinjer til kommunene var dessuten ofte av en generell karakter, noe som var en naturlig konsekvens av at rådene og retningslinjene var felles for hele landet. For kommunelegene førte

dette til at retningslinjene til tider var lite tilpasset til lokale forhold. Kommunelegene har derfor lagt ned betydelig arbeid med å sette seg inn i informasjonen og ta stilling til hvordan kommunen skal etterleve den. En kommunelege har uttalt følgende om dette arbeidet:

Det kreves medisinsk kompetanse for å forstå hensikten og poenget med tiltakene og oversette dem til lokale forhold. Det har vært min viktigste rolle i pandemihåndteringen.⁹¹

Videre har vi fått opplyst at det har hendt at veiledningen og retningslinjene fra FHI og Helsedirektoratet ikke har vært koordinert, spesielt tidlig i pandemien. Dette har i enkelte tilfeller skapt uklarheter for kommunelegene.

Etter at nasjonal beredskap ble satt i kraft 7. februar 2020, har kommunene i henhold til den nasjonale beredskapsplanen rapportert på relevante kriterier til Helsedirektoratet. Formålet var at direktoratet til enhver tid skulle ha en mest mulig oppdatert og fullstendig oversikt over kommunenes situasjon. Kriteriene som kommunene rapporterte på, har jevnlig blitt revidert, men viktige parametere har vært smittesituasjonen i kommunene og kapasiteten i kommunenes helse- og smitteverntjenester.

Direktoratet har opplyst at rapporteringen har vært brukt aktivt i virksomheten deres, og at den har vært viktig for at direktoratet som koordinerende organ for helse- og omsorgstjenestens innsats har kunnet holde oversikt og identifisere aktuelle utfordringer. Ettersom det har vært kommunelegene som har holdt oversikt over den lokale smittesituasjonen, har mange kommuneleger også hatt ansvaret for denne rapporteringen. Flere kommuneleger har opplyst at de helt innledningsvis i pandemien ble bedt om å rapportere også til andre statlige organer, og at de derfor brukte uforholdsmessig mye tid på å rapportere i forskjellige kanaler. Det tok imidlertid ikke lang tid før rapporteringen ble koordinert gjennom statsforvalterne. I mange kommuner ble det også utarbeidet interne rutiner for rapporteringen, som innebar at de fleste kommunelegene fikk bistand/avlastning fra støtteapparatet til dette arbeidet.

Det ble det tidlig etablert ukentlige møter mellom Helsedirektoratet, DSB og statsforvalterne. Disse skulle bidra til å koordinere informasjonen om situasjonen i kommunene og løfte opp viktige problemstillinger og behov for avklaringer fra kommunene. I forkant av disse møtene hadde

⁹⁰ Oppdrag, Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene og statsforvalterne, 31. januar 2020, «Oppdrag til de regionale helseforetak og fylkesmennene om smittevernberedskap i forbindelse med nytt coronavirus nCoV-2019».

⁹¹ Forklaring, en kommunelege, 10. november 2021.

mange statsforvaltere møter med kommunene i regionen sin, der kommunelegene gjerne deltok. Ved behov deltok personell fra Helsedirektoratet og FHI i møtene med kommunene. Intensjonen med disse møteseriene var altså å møte kommunenes behov for avklaringer. Det er vårt inntrykk at kommunelegene mener at dette delvis har fungert som tiltenkt. Flere kommuneleger har gitt uttrykk for at det har vært en nyttig kanal for å få nødvendige avklaringer på aktuelle problemstillinger. Enkelte kommuneleger har imidlertid forklart at prosessen har blitt for omstendelig, fordi behovet for avklaringer typisk har knyttet seg til problemstillinger som det har hastet å få tilbakemelding på. Ettersom ordningen har lagt opp til at svarene skal komme påfølgende uke i det ukentlige møtet med statsforvalteren, har det noen ganger blitt til at kommunelegen har søkt veiledning andre steder.

I mars 2020 opprettet Helsedirektoratet en vakttelefon for juridiske spørsmål, for eksempel problemstillinger knyttet til forståelsen av det statlige koronaregelverket. Telefontjenesten har åpningstid i arbeidstiden. Direktoratet har opplyst at innringere i all hovedsak har vært kommuner, og at henvendelsene primært har blitt besvart muntlig.

I samtaler med kommisjonen har flere kommuneleger forklart at de har hatt god nytte av denne tjenesten. Flere har i den sammenhengen påpekt at kommunene også har behov for juridisk kompetanse ved pandemihåndteringen. En del kommuner har hatt egne jurister som har jobbet med problemstillinger knyttet til pandemien, og dette har blant annet kommunelegene hatt nytte av. Mange kommuner har imidlertid få juridiske ressurser. For kommunelegene i disse kommunene har spesielt Helsedirektoratets vakttelefon vært til hjelp. En utfordring med tjenesten har imidlertid vært åpningstidene, ettersom kommunelegene ofte har hatt behov for juridiske avklaringer i forbindelse med offentliggjøring av statlige tiltak, og at dette i mange tilfeller har skjedd i tilknytning til helger (se punktet «Informasjon om statlige tiltak» nedenfor).

For å avhjelpe personalmangelen i kommunene og helseforetakene lanserte Helsedirektoratet databasene «Nasjonalt helsepersonell» i mars 2020 og «Nasjonalt innsatspersonell» i desember 2020. Begge disse tjenestene har imidlertid vært lite benyttet, se nærmere i punktet nedenfor.

På bakgrunn av granskingen, inkludert intervjuer med kommuneleger og medarbeidere fra Helsedirektoratet, er vårt samlede inntrykk at direktoratet har hatt fokus på kommunene og

vært oppmerksomme på at kapasiteten i mange kommuner til tider har vært under press ved pandemihåndteringen. Dette gjelder også kommunelegefunksjonen, som ble kartlagt i regi av direktoratet høsten 2020 og høsten 2021. Direktoratet har etablert tiltak for å forsøke å avhjelpe situasjonen i kommunene. Granskingen har imidlertid vist at det har variert om kommunene har hatt nytte av disse.

Særlig om «Nasjonalt helsepersonell» og «Nasjonalt innsatspersonell»

Som ledd i den nasjonale helseberedskapen hadde Helsedirektoratet før pandemien utarbeidet rutiner for å identifisere autorisert helsepersonell som ikke jobber i helsetjenesten til daglig. Dette gjorde at direktoratet på oppdrag fra departementet raskt fikk identifisert slikt personell, som deretter fikk en invitasjon til å registrere seg i databasen Nasjonalt helsepersonell. Denne ble opprettet i mars 2020. Per august 2021 var det registrert ca. 10 000 personer med ulik helsefaglig kompetanse i databasen, blant annet ca. 2000 sykepleiere og ca. 1000 leger. Nær halvparten av personellet registrerte at de kunne være tilgjengelig på kort varsel.

Til tross for dette har flere kommuneleger gitt uttrykk overfor kommisjonen for at databasen har vært lite benyttet. Dette inntrykket samsvarer med tall fra Helsedirektoratet som viser at 262 registrerte personer hadde blitt rekruttert per august 2021. Det totale antallet oppdrag som var utført etter rekruttering gjennom databasen, var på samme tidspunkt 696.⁹²

Årsaken til den begrensede bruken av databasen er nok sammensatt. Helsedirektoratet har selv pekt på tre forhold som trolig har bidratt til at ordningen er lite benyttet.⁹³

For det første har mange kommuner selv håndtert personellsituasjonen, eventuelt gjennom samarbeid med andre kommuner. Det virker som det er i mindre kommuner i distriktene, der rekrutteringssituasjonen fra før er mest utfordrende, at behovet for hjelp til å skaffe helsepersonell har vært størst. Det har vist seg at disse kommunene i mange tilfeller har hatt vanskeligheter med å rekruttere gjennom databasen fordi det registrerte personellet ikke nødvendigvis er reelt tilgjengelig for kommunen. Grunnen til dette kan

⁹² Helsedirektoratets ukerapport per 23. august 2021.

⁹³ Notat, Helsedirektoratet til Koronakommisjonen, 13. september 2021.

være andre forventninger til arbeidsoppgaver, arbeidstid, arbeidssted eller lignende.

For det andre kan bekymringer for å påta seg nye økonomiske forpliktelser også ha vært en medvirkende årsak, selv om regjeringen gjentatte ganger har forsikret at kommunene vil få kompensert ekstrautgiftene i forbindelse med pandemien.

For det tredje kan det være krevende for en del kommuner å gjennomføre rekrutteringsprosesser i en krisesituasjon. Kommuner som allerede er presset på kapasitet, må da selv bruke tid på å rekruttere og ordne det praktiske i tilknytning til ansettelsene, herunder påta seg arbeidsgiveransvar, inngå avtaler, og sørge for opplæring og eventuelt losji.

For å hjelpe til med disse utfordringene opprettet Helsedirektoratet i desember 2020 tjenesten Nasjonalt innsatspersonell, der personellet på forhånd hadde blitt klarert av et bemanningsselskap og fått opplæring i TISK-arbeid.⁹⁴ Innsatspersonellet besto per august 2021 av 124 personer som hadde opplyst om at de var tilgjengelige på kort varsel og villige til å reise. Direktoratet har imidlertid opplyst oss om at heller ikke denne ordningen har vært mye benyttet. Som mulige årsaker til dette er det pekt på at også innsatspersonellet vil ha behov for lokal opplæring, at en del kommuner mangler administrativ støtte til å ansette personell under pandemihåndteringen, og at tjenesten ikke nødvendigvis dekker kommunenes personalbehov.⁹⁵

Helsedirektoratets involvering i lokale smittevernbeslutninger

Det har oppstått noen situasjoner der kommuneleger har opplevd at Helsedirektoratets involvering i lokale smittevernbeslutninger har vært krevende å forholde seg til. Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning samtidig som direktoratets rolle også innebærer en viss grad av kontroll og styring. Dette skiller direktoratet fra FHI, som i forhold til kommunene har en tydeligere rådgiverrolle. Som følge av at Helsedirektoratets rolle er noe mer kompleks, og at det i noen tilfeller har vært uklart for kommunelegene om direktoratets signaler har vært å anse som råd eller pålegg, har forholdet mellom lokale og sentrale myndigheter til tider blitt utfordret.

Når det gjelder den såkalte søringkarantenen som ble innført i mange kommuner i mars og april 2020, ble det for eksempel sendt ut et rundskriv som forklarte de sentrale helsemyndighetenes syn på dette.⁹⁶ I rundskrivet ble det også påpekt at Helsedirektoratet hadde bedt statsforvalterne om å følge med på og veilede om lokale karantenerogler i tillegg til å vurdere lovlighetskontroll. Mange kommuneleger oppfattet dette som et signal om at lokale karantenerogler ikke var ønskelig, selv om det ikke ble gitt noe eksplisitt pålegg om å avskaffe regler som allerede var vedtatt. Flere statsforvaltere fulgte opp ved å be kommunene om å vurdere reglene på nytt og/eller koordinere med andre kommuner i regionen. Dette ble krevende å forholde seg til for en del kommuneleger som hadde kommet fram til at det aktuelle tiltaket var nødvendig, blant annet av hensyn til kapasiteten i helsetjenesten og smittesporingsapparatet i kommunen. Flere kommuneleger stilte dessuten spørsmål ved hvilken kunnskap sentrale helsemyndigheter hadde om forholdene lokalt når de på denne måten involverte seg i kommunenes pandemihåndtering.

Enkelte kommuneleger har forklart at det har skjedd at direktoratet har tatt kontakt direkte på telefon for å signalisere synspunkter på smittevernarbeidet eller de lokale tiltakene i kommunen. Ved flere anledninger har direktoratet i slike samtaler bedt kommunelegen om å vedta smitteverntiltak, for eksempel å innføre strengere forskrifter eller treffe enkeltvedtak rettet mot konkrete risikohendelser. For kommunelegen har det i slike tilfeller vært uklart om de skulle anse dette som føringer eller rådgivning. Det har vært spesielt utfordrende der direktoratet har kommet med anmodninger som ikke har vært i samsvar med rådene fra FHI.

Helsedirektoratet bør bli mer ryddige og skriftlige i sin tilnærming.

[...]

De gir råd, de kommer med synspunkter. Men når du får et råd fra direktoratet, så er det ikke et råd fra hvem som helst. Når rådet er tydelig at «dere bør gjøre slik», da oppfattes det som en ordre.⁹⁷

Kommisjonen har forståelse for at de aktuelle kommunelegene har opplevd dette som krevende,

⁹⁴ Brev, Helsedirektoratet til landets kommuner, 1. desember 2020, ref. 20/42149-8.

⁹⁵ E-post, Helsedirektoratet til Koronakommisjonen, 17. februar 2022.

⁹⁶ Rundskriv, HOD, 29. mars 2020, I-4/2020, «Veileder til kommunene om lokale karantenerogler eller innreise-restriksjoner i forbindelse med utbruddet av Covid-19».

⁹⁷ Forklaring, en kommunelege, 5. november 2021.

spesielt der slike signaler bare er gitt muntlig. Sentrale helsemyndigheter har etter smittevernloven virkemidler for å oppnå det tiltaksnivået som de på bakgrunn av smittesituasjonen mener er nødvendig på nasjonalt eller regionalt nivå. Ellers bygger smittevernloven på at lokale myndigheter skal foreta rent lokale vurderinger. Dette er også framhevet i de nasjonale beredskapsplanene. Det er kommisjonens syn at det da bør respekteres at kommunenes vurderinger ikke alltid er sammenfallende med vurderingene som gjøres sentralt. Når sentrale helsemyndigheter likevel involverer seg direkte i det lokale smittevernarbeidet, må det kunne forventes en viss grad av tydelighet og notoritet, blant annet på grunn av det ansvaret kommunen og kommunelegen har etter smittevernloven.

Det er imidlertid grunn til å understreke at flere kommuneleger vi har intervjuet, har forklart at de opplever at Helsedirektoratet stort sett har opptrådt ryddig og vært til hjelp for pandemihåndteringen lokalt, og at rollefordelingen mellom direktoratet og FHI har fungert godt.

Forholdet til statsforvalteren

Statsforvalteren skal etter smittevernloven ha spesiell oppmerksomhet rettet mot smittevernet i regionens kommuner. Dette omfatter å ha oversikt over og kunnskap om lokale smittevernplaner i tillegg til å yte bistand til kommunene ved behov.

I samsvar med dette har statsforvalterne fungert som bindeledd mellom Helsedirektoratet og kommunene under pandemien, blant annet ved rapporteringen fra kommunene. Enkelte kommuneleger har gitt uttrykk for at det var viktig at statsforvalteren tidlig i pandemien sørget for å koordinere denne rapporteringen, slik at kommunene bare har måttet rapportere til statsforvalteren. Det lettet rapporteringsbyrden for kommunelegene.

Mange statsforvaltere har holdt jevnlig møter med kommunene i regionen sin. Dette har bidratt til å løfte spesielle problemstillinger og innspill fra kommunene til direktoratet, noe flere kommuneleger har vurdert som nyttig. Disse møtene har for noen kommuneleger også vært en egnet arena for å drøfte aktuelle problemstillinger og erfaringer med kolleger i andre kommuner. Møter i regi av statsforvalteren har dessuten i noen tilfeller vært en plattform for samarbeid mellom kommunene og mellom kommunene og helseforetakene, for eksempel der det har vært behov for å omdisponere helsepersonell i forbindelse med smitteutbrudd.

Flere kommuneleger og statsforvaltere har forklart at et av statsforvalternes viktigste bidrag overfor kommunene har vært juridisk bistand. Pandemi-håndteringen har hatt en rekke juridiske aspekter, blant annet rundt innføringen av lokale smittevernregler og kommunenes iverksetting av statlige tiltak. Tilgangen på juridiske ressurser er begrenset i mange kommuner, og kommisjonen har fått en rekke eksempler på at statsforvalterne har gitt kommunene nødvendig juridisk bistand ved behov.

Både statsforvaltere og kommuneleger har i samtaler med oss pekt på at det er noen utfordringer ved statsforvalternes koordinerende rolle overfor kommunene. For sentrale myndigheter har det under pandemien vært viktig at kommunene i samme region er koordinert når det gjelder smitteverntiltak. Manglende koordinering har i enkelte tilfeller fått uønskede konsekvenser, for eksempel ved innføringen av lokale karantenerregler i mars og april 2020. Helsedirektoratet har dermed ved flere anledninger bedt statsforvalterne om å følge opp kommunenes lokale smitteverntiltak og bidra til at kommunene samordner seg.

Kommuneleger som har opplevd at statsforvalteren på oppfordring fra direktoratet har involvert seg i kommunens smitteverntiltak for å forsøke å koordinere kommunene i regionen, har forklart at det var en viss uklarhet rundt statsforvalterens rolle, spesielt tidlig i pandemien. Dette har trolig sammenheng med at statsforvalterne har begrensete virkemidler for å oppnå en slik samordning og derfor gjerne har forsøkt å få det til gjennom møter, veiledning og anmodninger. Det foreligger ikke hjemmel i lovverket som gir statsforvalteren myndighet til å instruere kommunene, og en eventuell lovlighetskontroll av kommunenes vedtak har et annet formål enn å få kommunene til å koordinere seg.

Et virkemiddel som har forbedret prosessen med å koordinere kommunenes smitteverntiltak, var covid-19-forskriftens kapitler om ulike tiltaksnivåer for grupper av kommuner. Disse ble innført i januar og februar 2021⁹⁸ og satte regjeringen i stand til å beslutte smitteverntiltak på regionsnivå uten at kommune-grupperingene var definert på forhånd. Statsforvalterne har i den forbindelse bistått med å innhente innspill og informasjon fra kommunene, blant annet om den lokale smittesituasjonen og kapasiteten i helsetjenestene. Tiltakspakkene har deretter vært innført

⁹⁸ FOR-2021-01-23-182, FOR-2021-01-24-187 og FOR-2021-02-02-290 Forskrifter om endring i covid-19-forskriften.

for grupperinger av kommuner med geografisk nærhet og sammenlignbar situasjon.

Statsforvalternes bidrag i disse prosessene har ført til at kommunene og kommunelegene har fått en viss mulighet til å uttale seg før regjeringen har truffet beslutninger om tiltak på regionalt nivå. Det er vårt inntrykk at kommunelegene opplever at denne ordningen har fungert godt, og at statsforvalterens rolle i koordineringsarbeidet med dette også har blitt tydeligere. Ellers har sentrale helsemyndigheter i begrenset grad foretatt høringer i forkant av beslutninger om nasjonale smitteverntiltak. Dette har både kommuneleger og andre kritisert (se blant annet punktet nedenfor).

Noen statsforvaltere har pekt på at det også har vært en utfordring med koordineringen at enkelte store kommuner har etablert direkte kontaktlinjer til sentrale helsemyndigheter. Dette har ført til at statsforvalteren til tider ikke har blitt involvert i drøftingene som ligger til grunn for beslutningene om smitteverntiltak i disse kommunene. Dette har gjort statsforvalterens arbeid med å koordinere tiltaksnivået med andre kommuner i regionen vanskeligere.

Informasjon om statlige tiltak

En faktor som i vesentlig grad har påvirket kommunelegenes situasjon under pandemien, er informasjonsflyten fra sentrale helsemyndigheter knyttet til statlige tiltak. Regjeringens informasjonsstrategi har vært å offentliggjøre innføringer, opphevelser og endringer av tiltak på pressekonferanser. Tidligere statsminister Erna Solberg har overfor kommisjonen forklart at regjeringen var «opptatt av at kommunikasjonen måtte være enhetlig og samstemt til alle på en gang.»⁹⁹ Statsministerens kontor har gitt uttrykk for at det har «vært avgjørende å nå ut til hele befolkningen for å gi kunnskap og motivasjon for atferd som minsker smittespredningen», og at det «har vært tilstrebet å lage budskap som er lette å forstå».¹⁰⁰

En konsekvens av informasjonsstrategien har vært at informasjonen ble offentliggjort for alle delene av befolkningen på samme tidspunkt, inkludert for næringslivet, statsforvalterne og kommunene. Videre kan hensynet til å formidle et lettfattelig budskap stå i et visst motsetningsforhold til å få presentert detaljene i regelverket som innføres. Pressekonferansene har i de fleste tilfel-

ler blitt holdt før den aktuelle forskriften er publisert på Lovdata, og i mange tilfeller også før det er lagt ut presis informasjon om de nye tiltakene på regjeringens nettsider.

Som følge av dette har kommunelegenes arbeidsbyrde gjennomgående økt betraktelig når nye statlige tiltak har blitt offentliggjort. I mange lokalsamfunn er kommunelegene det naturlige kontaktpunktet for informasjon om myndighetenes smitteverntiltak. For kommunelegene er det dessuten en lovpålagt oppgave å gi informasjon til befolkningen. Dette innebærer at kommunelegene har fått en omfattende mengde henvendelser om hvordan næringslivsaktører, kommunale virksomheter og kommunens befolkning skal forstå og/eller praktisere regelverket. Disse henvendelsene har kommet selv om kommunelegene ikke har hatt mer informasjon enn den som er gitt på den aktuelle pressekonferansen. Forutsetningene for å kunne svare på henvendelsene har derfor vært begrensede.

[D]et har vært svært kritikkverdig at tiltak med store konsekvenser for kommunene har vært formidlet muntlig gjennom media uten at det foreligger klare forskriftsformuleringer eller veiledende tekster på regjeringens nettsider. «Hva sa han egentlig nå, spol tilbake» bør ikke høres langt ute i en moden pandemi der tiltak kunne ha vært drøftet og klargjort før avgjørelse og offentliggjøring.¹⁰¹

Fristene for når de nye reglene trådte i kraft, har gjerne vært korte, i noen tilfeller påfølgende dag, i andre tilfeller noen dager. Ofte har kommunen måttet gjøre tiltak for å kunne praktisere reglene innen de trer i kraft, for eksempel når det gjelder endringer i testregimet, eller når det gjelder tiltaksnivået i skoler og barnehager. Kommunelegene har i mange tilfeller bistått kommunen eller fått ansvaret for å innføre tiltakene – i tillegg til å svare på henvendelser etter beste evne. Både kommuneleger og statsforvaltere har i samtaler med kommisjonen gitt uttrykk for at fristene for når de nye reglene trer i kraft, i mange tilfeller har vært unødvendig korte. I en av disse samtalene ble det vist til et tilfelle der det ble satt en frist fra søndag til mandag for å etablere en grensestasjon med testapparat på en flyplass som da hadde vært stengt i flere måneder.

Kommunenenes muligheter for å få avklart tolkningsspørsmål og lignende hos sentrale myndig-

⁹⁹ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

¹⁰⁰ Brev, SMK til Koronakommisjonen, 1. juli 2020.

¹⁰¹ Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Sandefjord kommune, 16. juni 2021.

heter har til tider vært begrensede. Ved flere anledninger har tiltak blitt offentliggjort i eller rett før helgen. På grunn av åpningstidene til Helsedirektoratets vakttelefon har det ofte ikke vært mulig for kommunelegene å få nødvendige avklaringer før de nye reglene trer i kraft. I tilfellene der vakttelefonen har vært åpen før reglene trådte i kraft, har det hendt at trykket på tjenesten har vært så stort at noen kommuneleger ikke har kommet gjennom. HOD, som er det ansvarlige departementet for covid-19-forskriften, har ikke etablert noen egne ordninger for å bistå kommunene med avklaringer av regelverket.

I samtaler med kommisjonen har mange kommuneleger forklart at informasjonsflyten fra sentrale myndigheter lenge har vært et frustrasjonsmoment.

For mange toppet frustrasjonen seg rundt nyttår 2020/2021. På nyttårsaften torsdag 31. desember 2020 offentliggjorde regjeringen nye innreiseregler, blant annet om testplikt for reisende fra «røde land».¹⁰² Reglene skulle gjelde fra og med lørdag 2. januar 2021. På regjeringens nettsider ble det publisert følgende om den nye ordningen:

Testkapasiteten ved grensen økes, og det innføres restriksjoner for grensepasseringer. Det er gratis å teste seg. Så langt mulig skal testing skje på flyplassen eller annen grensestasjon, hvis ikke må den reisende ta kontakt med kommunen eller annen teststasjon for å bestille testing.¹⁰³

Noen kommuner som hadde grensestasjoner, måtte krisebehandle innføringen av de nye reglene fordi de måtte gjøre omlegginger, etablere nye systemer, opprette samarbeid med involverte aktører og/eller skaffe nødvendig personell på svært kort varsel.

Søndag 3. januar 2021 holdt regjeringen en ny pressekonferanse, der de offentliggjorde forsterkede smitteverntiltak. Med virkning fra mandag 4. januar 2021 ble det blant annet innført rødt nivå på ungdomsskoler og videregående skoler, antallsbegrensning ved private sammenkomster og skjenkeforbud på serveringssteder. I tillegg ble kommunene oppfordret til å vurdere ytterligere smitteverntiltak på bakgrunn av smittetrykket lokalt.

¹⁰² Fra og med juli 2020 ble det benyttet fargekart som veileder til innreiseregler. Fargekartene ble publisert av FHI. Vi omtaler dette nærmere i punkt 7.5.

¹⁰³ Nettartikkel, HOD, 31. desember 2020, «Innfører testplikt for reisende til Norge».

Den 5. januar 2021 skrev 59 kommuneleger en kronikk om myndighetenes informasjonsstrategi.¹⁰⁴ De kritiserte at myndighetene konsekvent hadde unnlatt å informere kommunene om nye tiltak før pressekonferansene, og understreket hvilken betydning dette hadde hatt for pandemihåndteringen i kommunene og arbeidet til kommunelegene:

Sentrale helsemyndigheter har under pandemien informert kommunene på en måte som har gjort lokalt smittevern- og beredskapsarbeid vanskeligere. Endringer og tiltak fra nasjonalt hold har vært kommunisert via pressekonferanser.

Kommunene varsles ikke på forhånd om hva som kommer og vi varsles i og for seg heller ikke om at det skal være en pressekonferanse. Pressekonferanser som oftest holdes i «beste nyhetstid», dvs. fredag kveld eller som sist, søndag kveld. Hver gang dette skjer, renner det inn spørsmål til kommunene fra innbyggere, organisasjoner og virksomheter.

Dette knekker snart våre rygger! Det kan også nevnes at det sjelden eller aldri samtidig sendes ut skriftlig, presis informasjon med faglig begrunnelse for det som kommuniseres i pressekonferansen. Vi er således de første timene avhengig av å «tolke» det som blir sagt fra de ansvarlige.

Som følge av kronikken fikk Helsedirektoratet i oppdrag av HOD å samarbeide med kommuneleger og FHI om tiltak som kunne forbedre kommunikasjonen med kommunene.¹⁰⁵ Ett av tiltakene som ble iverksatt, var å opprette en referansegruppe for kommunikasjon.¹⁰⁶ Referansegruppen skulle bestå av fire kommuneleger og representanter fra Helsedirektoratet. I referansegruppens møter ble det diskutert hvordan kommunene/kommunelegene kunne bli involvert i forkant av at statlige tiltak ble offentliggjort for befolkningen. En utfordring Helsedirektoratet pekte på, var at saksgangen knyttet til departementets oppdrag til direktoratet og FHI innebar at regjeringen ofte traff de endelige beslutningene like før pressekonferansene.

¹⁰⁴ Kronikk, 59 kommuneleger, 5. januar 2021, «Regjeringens informasjonsstrategi: Joker Nord i praksis?»

¹⁰⁵ Oppdrag, HOD til Helsedirektoratet, 6. januar 2021, «Oppdrag nr. 287 til Helsedirektoratet om informasjonsbrev til kommunene».

¹⁰⁶ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 8. januar 2021, «Svar på covid-19 oppdrag nr. 287».

Fra sensommeren 2021 innførte departementet informasjonsmøter med kommuner/kommuneleger i forkant av pressekonferansene. Hensikten var å møte kommunenes behov for å forberede seg på endringer i tiltakene. Enkelte kommuneleger har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at det tok uforholdsmessig lang tid før slike møter ble innført, og at de dessuten ikke dekket behovet fullt ut, blant annet fordi det var begrensede muligheter for faglige avklaringer, innspill og diskusjoner i disse møtene. Vi har inntrykk av at de fleste kommunelegene likevel har opplevd at informasjonsmøtene var en forbedring.

I samtaler med kommisjonen har flere kommuneleger pekt på hensyn som taler for at kommunelegene som kommunenes fagpersoner på smittevern bør bli involvert, og ikke bare informert, i forkant av myndighetenes beslutninger.

For det første kan det føre til økt etterlevelse av tiltakene hvis kommunene er bedre forberedt. For det andre kan det bidra til at de som har et lovfestet ansvar for smittevernet, i større grad opplever at pandemiarbeidet er en felles oppgave. Dette kan skape sterkere motivasjon og vilje til å stå i oppgavene over tid. For det tredje kan det være nyttig for statlige beslutningstagere å få løftet fram innspill fra de fagpersonene som håndterer smittevernoppgavene i kommunene. Dette kan føre til mer treffende tiltak og mer nyanserte regler. Det vil redusere behovet for å justere reglene.

Dette er etter vår vurdering hensyn som ikke uten videre bør bli avfeid. I denne sammenhengen kan vi også vise til forvaltningsloven¹⁰⁷ § 37, som stiller opp en hovedregel om plikt til å utrede saker så godt som mulig og til å gi berørte aktører anledning til å uttale seg før det treffes vedtak. Saksgangen i forkant av beslutningene om statlige tiltak under koronapandemien har imidlertid i mange tilfeller vært så hastepreget at det ikke har vært tid til å foreta høringer eller involvere relevante aktører i den grad som ellers er ønskelig.

Jeg har helt fra begynnelsen av pandemien kritisert selve prosessen fordi den organiseres på en slik måte at regjeringen hele tiden får tidsnød med å sette inn nye tiltak. Dette begrunnes jo med variasjoner i smitten, plutselig forhøyet smittespredning og stadige mutasjoner, men etter mitt syn burde prosessen vært organisert slik at de kunne vært mer i forkant, og dermed også vil ha mulighet til å følge de vanlige høringsreglene.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker.

5.8 Kommisjonens vurderinger og anbefalinger

Kommunelegenes situasjon under pandemien – hovedfunn

Granskingen har vist at kommunelegene har vært tungt belastet under pandemien. Det lovpålagte ansvaret som kommunelegen har etter smittevernloven, består av oppgaver som bare utgjør en liten del av kommunelegens arbeid i en normalsituasjon, men som kan bli utfordrende og tidkrevende når det først bryter ut en smittsom sykdom. På bakgrunn av granskingen er det for kommisjonen klart at mange kommuneleger har lagt ned en innsats som går langt utover det vi kan forvente av enkeltpersoner, og at kommunelegenes arbeid i rollen som bindeledd mellom lokalsamfunnene og de nasjonale myndighetene har vært et viktig bidrag til å skape og bevare tillit i befolkningen. Helsedirektoratets direktør har beskrevet dette slik for oss:

[Jeg vil] vektlegge at kommunelegene i Norge har gjort en formidabel jobb under pandemien. De har et stort ansvar under en pandemi. [...] 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.¹⁰⁹

Noen av kommunelegens oppgaver knytter seg direkte til å håndtere og følge opp smitte i kommunen. Perioder med økende smitte og/eller smitteutbrudd har naturlig nok gitt en tung belastning for mange kommuneleger. Det har til tider også vært veldig krevende å etablere et tilstrekkelig apparat for test- og smittesporingsarbeidet der det har vært mangel på personell. Granskingen vår har likevel vist at arbeidsbyrden til hver enkelt kommunelege ikke først og fremst har vært styrt av smittetrykket lokalt, men av beslutningene til de sentrale myndighetene og planene deres for hvordan viruset skal håndteres.

Den nasjonale pandemihåndteringen har virket inn på kommunelegenes situasjon på flere ulike måter. Pandemien har i stor grad vært ansett som

¹⁰⁸ Hans Petter Graver, professor ved juridisk fakultet UiO. Sitatet er hentet fra artikkelen «– Spinnvilt at vi ikke får innsyn i myndighetenes forholdsmessighetsvurderinger av koronatiltakene» i Advokatbladet 17. desember 2021.

¹⁰⁹ Forklaring, direktør i Helsedirektoratet Bjørn Guldvog, 22. desember 2021.

et nasjonalt anliggende, der sentrale myndigheter fortløpende har truffet beslutninger som gjelder hele befolkningen og alle kommunene i landet. Samtidig er det kommunelegene som langt på vei er ansvarlige for smittevernet lokalt. Kommunene har måttet iverksette endringer i det nasjonale tiltaksnivået, og de til enhver tid gjeldende tiltakene har påvirket smittenivået i lokalsamfunnene. Statlige beslutninger har i tillegg hatt stor betydning for kommunelegens oppgaver med å gi informasjon, veiledning og råd til lokalsamfunnet.

Fordi kommunelegenes arbeidssituasjon i betydelig grad har blitt påvirket av sentrale myndigheters beslutninger, har også kommuneleger i kommuner som har hatt lite smitte, gitt uttrykk for at arbeidsbelastningen har vært stor. På spørsmål fra kommisjonen har flere kommuneleger beskrevet at den største utfordringen ved pandemihåndteringen har vært forventningen om å være tilgjengelig nærmest døgnet rundt.

Smittevernlovens rollefordeling mellom sentrale og lokale myndigheter når de skal håndtere en allmennfarlig smittsom sykdom, og det ansvaret som kommunelegen i den forbindelse er tillagt, medfører at kommunelegenes arbeidsbyrde blir stor hvis det bryter ut en global pandemi som også rammer Norge. Et viktig spørsmål for kommisjonen har derfor vært om kommunelegenes rammebetingelser har gitt dem mulighet til å ivareta oppgavene sine på en effektiv og god måte, eller om rammebetingelsene har gjort belastningen på kommunelegene større enn nødvendig.

Når det gjelder kommuneinterne forhold, tyder granskningen på at stillingsstørrelse, støtteapparat, avlastnings- og vaktordninger, nærhet til beslutende organer og involvering i beslutningsprosessen har vært avgjørende faktorer for kommunelegenes situasjon under pandemien. På disse punktene har det naturlig nok vært variasjoner mellom kommunene. Granskningen har vist at bevisstheten i ledelsen av kommunene har økt, både når det gjelder kommunelegens viktige rolle ved pandemihåndteringen og hvilke faktorer som påvirker kommunelegens muligheter til å ivareta oppgavene sine. Av den grunn har mange kommuner gjort endringer under pandemien for å bedre rammebetingelsene for arbeidet til kommunelegen.

Når det gjelder de statlige rammebetingelsene for kommunelegenes arbeid, har det under granskningen særlig kommet fram to forhold som etter vårt syn har gjort belastningen på kommunelegene større enn nødvendig.

For det første var det ved inngangen til pandemien ikke etablert nasjonale digitale verktøy for å utveksle informasjon på tvers av kommuner og

journalsystemer. Dette gjorde smittesporingsarbeidet tyngre og mer arbeidskrevende enn nødvendig. Pandemien førte til at det på kort tid ble utviklet ulike digitale løsninger som senere ble videreutviklet og forbedret. Kommisjonen mener det er kritikkverdig at det måtte en pandemi til for å få slike løsninger på plass.

For det andre har prosessene knyttet til å innføre og endre statlige tiltak skapt utfordringer og merarbeid for kommunelegene. Tiltakene er offentliggjort på pressekonferanser, i all hovedsak uten høringer i forkant og med korte frister for ikrafttredelse. Det har heller ikke vært etablert et godt nok system for å avklare spørsmål om regelverket. Samlet har dette ført til at det ikke bare har vært den lokale smittesituasjonen, men også offentliggjøringen av de statlige tiltakene som i mange tilfeller har ført til en form for krisehåndtering i kommunene.

Om lovverket knyttet til kommunelegefunksjonen

For at kommunelegen under en pandemi skal kunne ivareta oppgavene sine etter smittevernloven, er det nødvendig at kommunelegen er tilgjengelig over tid. Dette samsvarer etter vårt syn dårlig med hvordan funksjonen er innrettet i mange kommuner. Det er spesielt grunn til å peke på at kommunelegen mange steder har en deltidsstilling og derfor skal utføre annet arbeid ved siden av kommunelegearbeidet. I tillegg har mange kommuner ikke sørget for tilstrekkelige avlastningsordninger. Om lag 28 prosent av kommunene hadde fremdeles ikke stedfortrederordning for kommunelegefunksjonen ved kommunelegkartleggingen høsten 2021.¹¹⁰

I lys av dette bør sentrale myndigheter vurdere om lovverket i tilstrekkelig grad sikrer at kommunene innretter kommunelegefunksjonen på en slik måte at den er rustet for epidemier/pandemier av en viss varighet. Ved disse vurderingene bør det tas hensyn til at det er betydelige forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering, størrelse, tjenestetilbud og økonomi.

Vi er kjent med at dette nå blir utredet. I tildelingsbrevet til Helsedirektoratet for 2022 har HOD bedt om «et innspill om videreutvikling av kommunelegefunksjonen, herunder kapasitet og vurdering av normtall, kompetanse, tilgjengelighet og oppgaver».¹¹¹ Fristen for oppdraget er 1.

¹¹⁰ Sluttrapport, Helsedirektoratet, 23. desember 2021, «Rapport – Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen», side 10.

juni 2022. Kommisjonen mener imidlertid at det viktigste grepet for å stabilisere kommunelegefunksjonen ikke knytter seg til lovverket: Det sentrale er at kommunene ser verdien av en robust kommunelegefunksjon og er bevisste på hvordan de kan bruke kommunelegen også utenfor kriser. Vi redegjør mer for dette nedenfor i punktet «Kommunens ledelse og organisering av kommunelegefunksjonen – anbefalinger».

Under granskingen har vi fått innspill om å vurdere om kommunelegens lovpålagte ansvar etter smittevernloven bør legges på kommunen, heller enn kommunelegefunksjonen. Det er etter gjeldende rett kommunens ansvar å sørge for en bemanning og organisering som gjør at de kommunale oppgavene blir utført forsvarlig. Granskingen har imidlertid vist at det er behov for å tydeliggjøre at kommunene har dette ansvaret også overfor kommunelegefunksjonens oppgaver.

En fare ved å overføre det lovpålagte ansvaret til kommunen er at det vil kunne svekke kommunelegens posisjon innad i kommunen og bidra til at kommunelegen blir mindre synlig. Det er mye som tyder på at dette allerede er et problem, og problemet kan bli ytterligere forsterket om det lovpålagte ansvaret blir overført til kommunen.

I en studie publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening 6. januar 2022 blir kommunelegenes opplevelse av egen rolle oppsummert med to nøkkelord; usynlighet og rolleklarhet (Fossberg og Frich 2022). En kommunelege som deltok i studien, beskrev følelsen av usynlighet slik:

Det er ingen som vet hva jeg gjør eller ikke gjør. Og ingen spør.¹¹²

Blant kommunelegene som deltok i studien, var det bred enighet om at det er vanskelig å definere kommunelegerollen tydelig, og at dette skyldtes de organisatoriske rammene, oppfølgingen og forventningene knyttet til rollen. Flere kommuneleger har overfor kommisjonen gitt uttrykk for det samme. En av årsakene til opplevelsen av egen rolle som mange kommuneleger har i dag, er etter vårt syn at det ved tidligere revisjoner av lovverket ikke har vært tilstrekkelig oppmerksomhet på å opprettholde kommunelegefunksjonen som en markant fagstilling med tydelig rolle i kommuneorganisasjonen.¹¹³ Vår konklusjon er at det ikke bør

foretas lovendringer som medfører risiko for at kommunelegens posisjon blir svekket eller mer utydelig.

Kommunenes ledelse og organisering av kommunelegefunksjonen – anbefalinger

Kommisjonen mener at den enkelte kommune bør vurdere tiltak for å stabilisere og eventuelt styrke kommunelegefunksjonen. Kommunelegen er en kritisk funksjon ved håndteringen av epidemiske kriser. Funksjonen bør derfor være innrettet på en måte som setter kommunelegen i stand til å ivareta arbeidet sitt på en effektiv og god måte, og som sikrer at ressursen er tilgjengelig over tid, også ved håndteringen av en langvarig epidemi/pandemi.

Dette innebærer etter vårt syn at alle kommuner bør ha en stedfortrederordning for kommunelegen. Smittevernberedskapen blir for sårbar dersom kommunelegefunksjonen består av én lege som ikke har mulighet til å få avlastning fra andre. Dessuten kan opplevelsen av å stå i konstant beredskap bidra til ensomhet i arbeidshverdagen og gjøre at stillingene framstår som lite attraktive.

En stedfortrederordning kan organiseres ved å benytte kommunens egne ressurser eller ved å inngå interkommunalt samarbeid med kommuner i nærheten. For mindre kommuner i samme region kan det være et alternativ å danne større enheter i beredskapsøyemed, der kommunelegene er i beredskap for hverandre.

Selv om behovet varierer mellom kommunene, har pandemien vist at stillingsstørrelsen er for liten i mange kommuner. I mange tilfeller har det ikke vært mulig å ivareta oppgavene på en forsvarlig måte innenfor rammene av stillingsgraden. Kommunene bør derfor vurdere stillingsgraden til kommunelegefunksjonen med tanke på en framtidig krisesituasjon. Vi understreker samtidig at det er viktig at kommunene er bevisste på hvordan de kan bruke kommunelegen i en normal hverdag. Noen kommuneleger opplever at forventningene til rollen deres internt i kommunen i for stor grad gjelder å håndtere krisesituasjoner.

[Jeg] er en sånn typisk skapnisse. Altså, når det smeller skikkelig, så henter de meg ut. Og så, når man er ferdig med saken, så pakker de meg bort igjen.¹¹⁴

¹¹¹ Tildelingsbrev, HOD til Helsedirektoratet, 4. februar 2022, ref. 22/576-1, «Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022».

¹¹² Uttalelse, en kommunelege, sitert i Fossberg og Frich 2022.

¹¹³ De viktigste tidligere lovendringene er omtalt i punkt 5.2.

¹¹⁴ Uttalelse, en kommunelege, sitert i Fossberg og Frich 2022.

Når kommunene vurderer stillingsgraden, bør de derfor også kartlegge hvordan de kan nyttiggjøre seg kommunelegerressursen i normale tider. Kommunen bør i denne sammenheng forsøke å legge til rette for variert samfunnsmedisinsk arbeid og benytte kommunelegen mer i forebyggende arbeid, beredskap, planarbeid, øvelser osv.

Kommuneleger som har deltidsstilling, kombinerer i mange tilfeller kommunelegearbeidet med fastlegevirksomhet. Sårbarheter i den enkelte kommunes fastlegesituasjon vil derfor kunne gjøre det vanskeligere å stabilisere kommunelegefunksjonen.

Kommunelegens rolle bør være tydelig definert og synlig i kommuneorganisasjonen og i beredskapsplanen. Kommunen bør sørge for at kommunelegen er involvert i relevante spørsmål og saker også i normale tider. Dette krever at rollene blir tydelig avklart – at kommunens organer og ledelse er bevisste på kompetansen, oppgavene og ansvaret til kommunelegen. For å skape gjensidige rolleforventninger bør kommunene utarbeide interne retningslinjer for kommunelegens oppgaver og arbeid, og det bør gå fram når, hvordan og av hvem kommunelegerressursen skal benyttes. Kommunelegefunksjonens plassering i kommuneorganisasjonen bør også bli vurdert med tanke på å sikre at kommunelegen er involvert i stor nok grad.

Videre bør kommunelegenes arbeidsavtaler reflektere det ansvaret som kommunelegene har ved epidemiske kriser. Etter vårt syn innebærer dette blant annet at avtalene bør gi rett til kompensasjon for ekstraordinært arbeid, for eksempel ved krisehendelser av en viss varighet.

Pandemien har vist betydningen av å ha tilgang på ekstra ressurser i en krisesituasjon. De statlige ordningene for reservepersonell har i liten grad blitt benyttet. Kommunene bør derfor legge planer for å kunne dekke økt personalbehov i kommunelegens støtteapparat og utarbeide kontinuitetsplaner som omfatter kommunelegefunksjonen. Et annet virkemiddel for å bedre den kommunale smittevernberedskapen er å legge til rette for samarbeid mellom kommunelegene og smittevernlegene i helseforetakene. Ved håndteringen av en pandemi kan et slikt samarbeid gi grunnlag for å etablere en felles situasjonsforståelse og et felles risikobilde og for å omdisponere helsepersonell ved behov. Med tanke på smittevernberedskapen bør kommunene også vurdere om tilgangen på juridisk kompetanse er tilstrekkelig, fordi dette er en viktig støttefunksjon for pandemiarbeidet i kommunene.

Hver enkelt kommune bør evaluere sin egen pandemihåndtering gjennom de ulike fasene av pandemien. I den sammenheng bør de også vurdere bemanningssituasjonen. Dette vil også kunne være nyttig når nasjonale myndigheter skal vurdere landets smittevernberedskap. Det kan derfor være hensiktsmessig at statsforvalteren innhenter informasjon om kommunenes egne evalueringer.

Både stedfortrederordning, økte stillingsgrader, tydeligere og mer synlig rolle og arbeidsvilkår som gir kompensasjon for ekstraarbeid, kan – i tillegg til å gjøre arbeidssituasjonen for kommunelegene bedre under en pandemi – bedre rekrutteringen. Kommisjonen mener at det er helt sentralt med tanke på rekruttering og stabilisering at stillingene blir innrettet på en slik måte at de ikke bare utgjør en lovpålagt funksjon for kommunen, men at de dekker et reelt behov for samfunnsmedisinsk kompetanse, både i og utenfor kriser. Det kan bidra til at kommunelegene blir en etterspurt og verdsatt ressurs i kommunen, også i normale tider, og det vil legge forholdene til rette for faglig utvikling for den enkelte.

I denne sammenheng er det grunn til å peke på at et fagmiljø er viktig for mange kommuneleger. Vi ser at det for mindre kommuner kan være vanskelig å skape et eget samfunnsmedisinsk fagmiljø. Interkommunale ordninger kan bidra til å skape faglige fellesskap for kommunelegene også i mindre kommuner. For eksempel kan flere kommuner danne større enheter av kommuneleger eller inngå vakt- eller beredskapssamarbeid med egnede kontaktflater. Etter vår vurdering kan slike samarbeidsordninger både ha en beredskapsfunksjon og utgjøre et virkemiddel for å stabilisere kommunelegefunksjonen i distriktene.

Man sitter ofte alene i små kommuner. [...] Å ha et fagmiljø er essensielt. [...] Fagmiljøet finner man ikke lokalt – der må man samarbeide regionalt.¹¹⁵

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at kommunene vurderer de ovenfor nevnte tiltakene for å stabilisere og styrke kommunelegefunksjonen.
- Kommisjonen anbefaler at hver enkelt kommune evaluerer sin egen pandemihåndtering med tanke på å være bedre forberedt til en lignende krise. En vurdering av bemanningssitu-

¹¹⁵ Forklaring, en kommunelege, 10. november 2021.

asjonen i funksjoner som er kritiske for kommunen, bør inngå i evalueringen.

Statlige rammer for kommunelegefunksjonen – anbefalinger

Innledning

Det har vært viktig for kommisjonen å vurdere om de statlige myndighetene bør gjøre tiltak for å bedre rammebetingelsene for kommunelegenes arbeid. I den forbindelse er det naturlig å skille mellom forbedringspunkter ved de statlige rammene for kommunelegenes arbeid under en pandemi, og tiltak som kan stabilisere og styrke kommunelegefunksjonen på lengre sikt.

Forbedringspunkter ved pandemihåndteringen

Vi understreker at statlige myndigheter har vært oppmerksomme på at kapasiteten i kommunene til tider har vært under press under pandemien, og at de har etablert tiltak for avhjelpe kommunenes og kommunelegenes arbeid. FHI sine støttefunksjoner synes å dekke kommunelegenes behov for smittevern faglig rådgivning og bistand på en god måte. Flere kommuneleger har gitt uttrykk for at FHI har vært deres viktigste faglige ressurs under pandemien. Også Helsedirektoratet har etablert ulike støttefunksjoner og -ordninger. Som vi gjorde rede for i punkt 5.7, har det likevel variert om kommunene har fått nyttiggjort seg av disse. Vi vil peke på noen forhold ved den statlige pandemihåndteringen som særlig har hatt betydning for kommuner og kommuneleger, og der vi mener det er rom for forbedringer.

Kommunene har i svært begrenset grad hatt anledning til å uttale seg i forkant av de nasjonale tiltakene, selv om tiltakene har virket direkte inn på kommunalt helse- og smittevern arbeid. Tradisjonen med å sende lov- og forskriftsforslag på høring ivaretar grunnleggende hensyn til rettssikkerhet og demokrati. Det er grunn til å tro at økt bruk av høringer ville redusert behovet for å justere reglene og bidratt til god etterlevelse av dem.

Kommisjonen anser det som en svakhet at myndighetenes beslutningsprosesser gjennomgående har blitt så hastepreget at høringsinstituttet bare er benyttet unntaksvis. Vi mener at dette hastepreget blant annet skyldes at det under pandemien har vært en sterkt sentralisert styring. Mange beslutninger, ikke bare de prinsipielle og viktige, har blitt løftet til regjeringens bord. Dette har ført til et vedvarende høyt tidspres for de som har forberedt beslutningene og for regjeringen. I tillegg har mange av tiltakene blitt justert i

etterkant, nettopp fordi de ikke har vært på høring. Vi mener at bedre utnyttelse av statsforvaltningen, statsforvalterne og kommunene ville gitt mulighet for mer langsiktighet i pandemiarbeidet. Dette ville også ført til mindre hastverk ved den enkelte beslutning. (Se nærmere om myndighetenes styring og samhandling i kapittel 4 og våre vurderinger i kapittel 12.)

Videre mener vi at kommunene i større grad bør være involvert i beslutningsprosessene, selv om det innebærer økt risiko for lekkasjer. Også når tidsperspektivet ved den enkelte beslutningen ikke gir rom for en ordinær høringsprosess, er det mulig å etablere høringsordninger som ikke fører til vesentlige forsinkelser i saksgangen. Ved saksforberedelsen av beslutninger som eventuelt skal iverksettes av kommunene, kunne Helsedirektoratet for eksempel rutinemessig hentet inn synspunkter fra et representativt utvalg av kommuneleger. Alternativt kunne de organisert en form for høring av kommunene gjennom statsforvalterne, tilsvarende det som har blitt gjort ved vurderinger av regionale tiltak. Dersom det etableres gode og effektive rutiner for en slik ordning, mener vi at hensynene som en slik ordning ivaretar, i de fleste tilfeller vil veie tyngre enn hensynet til å unngå lekkasjer.

Kommisjonen er kritisk til at det ikke ble etablert en statlig ordning som i tilstrekkelig grad har dekket behovet for avklaringer av regelverket. I en normalsituasjon er det åpenhet når ny regulering blir innført. Det saksforberedende materialet bidrar da til å kaste lys over forståelsen av reglene. Høringer gir berørte sektorer og aktører mulighet til å vurdere hvilke virkninger og konsekvenser regelverket kan komme til å få. Når statlige myndigheter konsekvent har offentliggjort tiltak på pressekonferanser, uten å følge sentrale saksbehandlingsregler for forskriftsarbeid, blir behovet for å få avklart forståelsen av reglene stort. Blant annet fordi det ikke har vært høringer, har det i mange tilfeller også vært nødvendig å justere regelverket oftere. Dette har gjort at det har oppstått et ekstra behov for å få avklaringer om regelverket, ikke bare når det har kommet nye tiltak, men også når tiltakene har blitt justert.

Kommisjonen mener at det ansvarlige departementet under slike omstendigheter bør ha særlig oppmerksomhet på å få dekket befolkningens behov for korrekt og presis informasjon om hvordan de skal forstå og praktisere reglene. Ved lignende hendelser i framtiden bør det ansvarlige departementet sørge for å etablere en tjeneste med tilstrekkelig kapasitet for regelverksavklaring. Siden kommunelegene får ulike tolknings-

spørsmål i lokalsamfunnene, bør kommunelegene ha tilgang til en døgnbemannet tjeneste for å få avklart forståelsen av regelverket i forbindelse med nye eller endrede statlige tiltak.

I vår første rapport anbefalte vi at kommuner og kommuneleger bør varsles på forhånd om nye nasjonale tiltak, slik at de rekker å forberede seg på å gjennomføre tiltakene.¹¹⁶ I tillegg til dette bør de endelige forskriftene bli gjort tilgjengelig for kommunelegene straks de er vedtatt, slik at kommunelegene får mulighet til å sette seg inn i endringene i forkant av spørsmålene fra lokalsamfunnet.

Vi mener også at sentrale myndigheter bør vurdere om det er rom for noe lengre tidsintervaller fra en ny regel blir offentliggjort, til den trer i kraft – selv om tiden i en krise kan oppleves å være knapp. Tidsmomentet må vurderes opp mot kommunenes muligheter til å forberede innføringen av regelverket. Sentrale myndigheter bør ta med i betraktningen at effekten av nye tiltak kan bli svekket dersom kommunene ikke får nok tid på seg til å forberede seg på dem.

På bakgrunn av granskningen mener kommisjonen videre at Helsedirektoratet i noen tilfeller med fordel kan være tydeligere i kommunikasjonen sin med kommunene. Når de fremmer synspunkter på smittevernarbeidet eller smitteverntiltak lokalt, bør det være tydelig om dette er innspill til de lokale vurderingene, eller om det er forventet at kommunene følger opp synspunktene uten videre drøftinger. Videre bør direktoratet sørge for at slik kommunikasjon skjer skriftlig, slik at det er mulig å etterprøve beslutningsprosessene.

I enkelte tilfeller har Helsedirektoratet og FHI sin rådgivning og veiledning til kommunene ikke vært koordinert. Dette har skapt uklarheter for kommunene. Dersom det ved rådgivning av kommunene er faglige uenigheter mellom Helsedirektoratet og FHI, bør det tydelig gå fram hvorfor vurderingene skiller seg fra hverandre, for eksempel at det ene organet har gitt råd fra et rent helsefaglig ståsted, mens det andre har vurdert problemstillingen i et bredere perspektiv, eller at relevante hensyn har blitt vektet ulikt. I hastesaker bør Helsedirektoratet og FHI forsøke å koordinere seg, slik at de formidler et enhetlig budskap så langt det er mulig.

Anbefalinger:

- Kommuner og kommuneleger bør så vidt mulig varsles i forkant av at nasjonale smitteverntiltak innføres eller endres. Fordi det kan ta noe tid fra nye forskrifter blir vedtatt til de blir kunngjort, bør forskrifter om smitteverntiltak gjøres tilgjengelige for kommunelegene straks de er vedtatt.
- Ved lignende hendelser i framtiden bør det ansvarlige departementet sørge for å etablere en tjeneste for regelverksavklaring med tilstrekkelig kapasitet for kommuner/kommuneleger.

Statlige tiltak som kan stabilisere og styrke kommunelegefunktjonen på sikt

Vi har pekt på forhold ved kommunenes ledelse og organisering av kommunelegefunktjonen som kan forbedres for å gjøre funksjonen sterkere. Som nevnt mener vi disse grepene også kan gjøre stillingene mer attraktive og dermed bidra til bedret rekruttering. Kommisjonen mener at statlige myndigheter på ulike måter kan bidra til å styrke og stabilisere kommunelegefunktjonen.

Som nevnt er det viktig at kommunene ser verdien av en styrket kommunelegefunktjon også utenfor kriser. Statlige myndigheter bør derfor gi kommunene råd om hvordan de kan benytte kommunelegen til variert samfunnsmedisinsk arbeid i en vanlig arbeidshverdag. Statlige myndigheter bør utarbeide en veileder for dette, blant annet med retningslinjer for hvilke arbeidsoppgaver som kan legges til kommunelegen, og hvilke saks typer det kan være fornuftig at kommunelegen involveres i. Målet bør særlig være at kommuner som har kommunelege i en liten deltidsstilling, ser at kommunen både i en normalsituasjon og av hensyn til beredskap kan ha fordel av å øke stillingsgraden.

Selv om en rekke lokale forhold, blant annet geografi, befolkningsstørrelse og tjenestetilbud, kan ha betydning for hvordan det er hensiktsmessig å innrette kommunelegefunktjonen i ulike deler av landet, mener vi at det er potensial for økt bruk av interkommunale ordninger knyttet til kommunelegefunktjonen på landsbasis. Per høsten 2021 hadde bare 24 prosent av kommunene en slik ordning.¹¹⁷ Statlige myndigheter, og da spesielt HOD og Helsedirektoratet, bør hente inn infor-

¹¹⁶ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 175.

¹¹⁷ Sluttrapport, Helsedirektoratet, 23. desember 2021, «Rapport – Nasjonal kartlegging av kommunelegefunktjonen», side 10.

masjon og erfaringer fra kommunenes bruk av interkommunale ordninger. Trolig vil det være hensiktsmessig at statsforvalterne bistår med å hente inn informasjonen. Disse erfaringene kan legge grunnlaget for en veileder med ulike modeller for interkommunal ordning knyttet til kommunelegefunksjonen. Veilederen bør inkludere modeller for vakt- eller beredskapssamarbeid.

Statens helsetilsyn og statsforvalterne bør rette større oppmerksomhet mot smittevernberedskap i kommunene. I den forbindelse bør de se hen til at kommunelegefunksjonen er kritisk ved håndteringen av en epidemi/pandemi. Ved tilsyn må kommunenes innretning av kommunelegefunksjonen, blant annet stillingsstørrelse, stedfortrederordninger, beredskapssamarbeid og kontinuitets- og beredskapsplaner, vurderes opp mot de overordnede kravene til kommunale helsetjenester og beredskap. Vi har fått opplyst at Helse direktoratet i etterkant av kommunelegekartleggingen har bedt statsforvalterne om å følge opp at kommunene har forsvarlig tilgang til en kommunelege og en kontinuitetsplan for funksjonen.

Pandemien har gjort arbeidssituasjonen for kommunelegene svært krevende, men den har samtidig synliggjort kommunelegenes verdi for kommunene. Kommisjonen vil peke på at en viktig årsak til at kommunelegefunksjonen mange steder har vært kritisk for pandemihåndteringen, er den faglige kompetansen kommunelegen tilfører kommunene. Smittevern står sentralt i den samfunnsmedisinske utdannelsen, og pandemien har vist at spesialiseringen i samfunnsmedisin er et sterkt og godt grunnlag for viktige roller i samfunnet. I samtaler med kommisjonen har flere kommuneleger gitt uttrykk for at både kommuneledelsen og lokalsamfunnet i økende grad har anerkjent kommunelegens kompetanse og arbeid, og at samfunnets

syn på kommunelegerollen i en viss utstrekning har blitt endret som følge av pandemien.

Vi har gått fra å bli sett på som loslitne typer på et kontor til mediastjerner og lokale kjendiser.¹¹⁸

Det er grunn til å tro at den økte anerkjennelsen på kort sikt vil bidra til å gi interessen for samfunnsmedisin et løft og gjøre kommunelegestilling mer attraktive blant leger og medisinstudenter. Kommisjonens mener at myndighetene bør bygge opp om dette, blant annet ved å sette tydeligere mål for spesialistutdannelsen, i større grad legge til rette for at kommunelegearbeid gir tellende praksis, og bidra til at kommunene søker og blir godkjent som utdanningsinstitusjon. Samtidig bør myndighetene vurdere tiltak for å fremme samfunnsmedisinsk forskning og fagutvikling, for eksempel rettet mot universiteter og høyskoler.

Anbefalinger:

- HOD bør sørge for at det utarbeides en veileder for kommunelegefunksjonen. Denne bør inneholde retningslinjer for hvilke arbeidsoppgaver som kan legges til kommunelegen og hvilke sakstyper det kan være fornuftig at kommunelegen involveres i. Det bør også utarbeides en veileder for interkommunale ordninger knyttet til kommunelegefunksjonen. Denne bør inkludere modeller for vakt- eller beredskapssamarbeid.
- Kommisjonen anbefaler at myndighetene bygger opp om den økte anerkjennelsen pandemien antas å ha gitt samfunnsmedisinere, slik vi har beskrevet ovenfor.

¹¹⁸ Forklaring, en kommunelege, 9. november 2021.

Kapittel 6

Sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene

6.1 Innledning

Under pandemien har landets sykehus blitt satt på prøve. Spesielt har intensivkapasiteten blitt utfordret, og helsepersonellet har strukket seg lenger enn noen på forhånd kunne forvente.

Da bildene og beskrivelsene fra verden, og etter hvert Italia, nådde Norge på nyåret 2020, rustet sykehusene seg for krisen. Det var stor usikkerhet, og mange spørsmål. Når, og ikke minst hvordan og hvor hardt, ville pandemien ramme Norge og landets sykehus? Hvor mange ville bli smittet og ha behov for sykehusinnleggelse? Hvor mange ville bli kritisk syke og trenge respirator og intensivbehandling? Budskapet fra Italias helsepersonell til Norges helsepersonell var imidlertid klart: Bruk tiden på å forberede sykehusene og myndighetene på mange smittede og syke covid-19-pasienter og mange dødsfall.

I et felles foretaksmøte 25. mars 2020 ba daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie de regionale helseforetakene om å legge planer for å møte situasjonen som FHI's risikovurdering hadde beskrevet dagen før. I risikovurderingen var det anslått at det på toppen av pandemien ville bli mellom 600 og 1200 innlagte på landets intensivavdelinger.¹ De regionale helseforetakene ble bedt om å forberede en slik omfattende økning av intensivkapasiteten med tilhørende personellressurser, utstyr og lokaler. Det ble tidlig klart, både for sykehusene og myndighetene, at tilstrekkelig kompetent helsepersonell kom til å bli en av de kritiske faktorene.²

Fra mars 2020 til oktober 2021 strakk pandemien seg over fire smittebølger, og den traff ulike deler av landet til ulik tid og i ulik grad. Pandemien har rammet ikke bare sykehusenes intensivkapasitet, men også sykehusenes øvrige drift. Som fagdirektøren i Helse Midt fortalte kommisjonen:

En pandemi treffer overalt samtidig, inkludert eget personell.³

For at myndighetene og sykehusene skal stå bedre rustet til neste krise, har det vært nødvendig for kommisjonen å se på hvordan sykehusene håndterte covid-19-pandemien. Hva skjedde på sykehusene? Hvordan oppskalerte sykehusene intensivkapasiteten, og hvordan utnyttet sykehusene kapasiteten de hadde? Hva var utfordrende, og hva kan forbedres? Hva fungerte bra, og hva bør bevares og videreutvikles? Som det går fram av bestillingen fra tidligere statsminister Erna Solberg til kommisjonen, dreier denne delen av granskningen seg om hva som skal til for å gjøre sykehusene rustet til å møte eventuelle kommende pandemier eller kriser.⁴

For kommisjonen har det vært viktig å ikke bare se på intensivkapasiteten, men også sykehusenes muligheter til å ta imot covid-19-smittede eller mulig covid-19-smittede pasienter. Vi har også vurdert at det er sentralt å se på hvorfor sykehusene hadde den kapasiteten de hadde da pandemien brøt ut, og hvilke vurderinger av behovet for kapasitet som var lagt til grunn. Videre har vi sett på hvilke konsekvenser det hadde at kapasiteten var som den var, blant annet for sykehuse-

¹ Notat, FHI, 24. mars 2020, «Risiko, prognose og respons i Norge etter uke 12».

² Rapport, Helse Vest, 15. april 2020, «Auke i behandlingsskapasitet i helseforetaka i Helse Vest i samband med covid-19-epidemien»; rapport, Helse Midt, 15. april 2020, «Covid19 – Behov for økt behandlingsskapasitet – Rapport fra Helse Midt-Norge RHF»; rapport, Helse Nord, 15. april 2020, «SARS-CoV-2 – Beredskapsplanlegging»; rapport, Helse Sør-Øst, 15. april 2020, «Strategi for økt behandlingsskapasitet i forbindelse med koronapandemien»; rapport, Ahus, 14. april 2020, «Opptrappingsplaner covid-19».

³ Forklaring, konstituert fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt, 24. november 2021.

⁴ I brev 12. mai 2021 fra statsminister Erna Solberg til Koronakommisjonen er kommisjonen bedt om å følge opp Stortingets vedtak 4. mai 2021. Det går fram av vedtaket at kommisjonen skal gjøre «en grundig vurdering av behovet for sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene og på den bakgrunn fremme anbefalinger om hvor mye kapasitet og bemanning bør økes for å gjøre sykehusene rustet til å møte eventuelle kommende pandemier».

nes øvrige drift. Først etter en slik gjennomgang og gransking kan vi si noe om hva som skal til for å gjøre myndighetene og sykehusene bedre rustet for framtidige pandemier eller kriser, og om det er behov for å øke kapasiteten i sykehusene.

Kommisjonen har innhentet dokumenter og redegjørelser fra de regionale helseforetakene, Folkehelseinstituttet (FHI), Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Norsk Sykepleierforbund og Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR). Vi har fått dokumentasjon fra disse aktørene om sengekapasitet, intensivkapasitet og intensivberedskap både på landsbasis, per region og for hvert enkelt sykehus.

Vi har også undersøkt sju helseforetak nærmere ved å innhente ytterligere dokumentasjon og redegjørelser fra disse. De sju helseforetakene er Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), St. Olavs hospital, Helse Bergen, Sørlandet sykehus, Akershus universitetssykehus (Ahus) og Oslo universitetssykehus (OUS). Utvalget av helseforetak er basert på geografisk spredning og ulikhet i størrelse og organisering i tillegg til at en del av disse helseforetakene var de som tok imot flest covid-19-pasienter under pandemien. Vi mener dette utgjør et representativt utvalg av sykehus. Det er samtidig viktig å påpeke at andre sykehus i landet kan ha hatt andre utfordringer under pandemien. En fullstendig gransking av alle landets sykehus lar seg imidlertid ikke gjøre innenfor kommisjonens arbeidsrammer.

Vi mener videre det har vært nødvendig å kartlegge sengekapasiteten, intensivkapasiteten og intensivberedskapen på sykehus i Danmark og Sverige. Dette er land det er naturlig å sammenligne Norge med, og en slik kartlegging vil kunne bidra til å vurdere behovet for kapasitet og beredskap også i norske sykehus. På vegne av kommisjonen har Oslo Economics kartlagt kapasiteten og intensivberedskapen på sykehusene som tok imot flest covid-19-pasienter i Danmark og i Sverige.⁵

Kommisjonens vurderinger og funn i den første kommisjonsrapporten

I vår første rapport konkluderte vi med at sykehusene hadde planverk for pandemi, men at planene ikke passet til covid-19-pandemien med sitt langvarige forløp der sykehusene måtte skalere opp og ned kapasiteten i takt med smitten i sam-

funnet. Vi fant også at det tidlig i pandemien ble klart at det var stor mangel på smittevernutstyr. Sykehusene hadde små lagre, og det ble behov for å rasjonere bruken av utstyr i sykehusene. Vi anbefalte derfor å etablere et nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr for å styrke den framtidige pandemiberedskapen. Dette er funn som har blitt forsterket gjennom granskingen og arbeidet med kommisjonens andre rapport. For å få en helhetlig forståelse av situasjonen på sykehusene og sykehusenes håndtering av pandemien vil disse temaene også bli omhandlet kort i denne rapporten. Vi viser likevel til den første rapporten, der det finnes en mer utdypende gjennomgang av planverket og smittevernutstyr.

6.2 Organiseringen av spesialisthelsetjenesten og finansieringsmodellen

Regionale helseforetak og helseforetak

Spesialisthelsetjenester er helsetjenester som tilbys eller gis befolkningen med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven.⁶ Staten har gjennom de regionale helseforetakene en plikt til å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Dette blir i hovedsak ivaretatt gjennom helseforetakene som de regionale helseforetakene eier. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for undersøkelser og behandlinger som krever spesialistkompetanse, og for å bidra til helsefaglig forskning og utdanning av helsepersonell. I tillegg til drift av sykehus og spesialistpoliklinikker omfatter spesialisthelsetjenesten også ambulansetjenester, laboratorievirksomhet og finansiering av visse privatpraktiserende lege- og psykologspesialister.⁷

De regionale helseforetakene er statseide helseforetak som omfatter alle offentlige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten i et geografisk definert område – en region. De regionale helseforetakene skal legge til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med disse. Fra 2007 har vi hatt fire regionale helseforetak i Norge: Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Under hvert av de regionale helseforetakene er det opprettet flere helseforetak som kan bestå av ett eller flere sykehus. Hvert helseforetak er

⁵ Rapport, Oslo Economics, januar 2022, «Kartlegging av intensivkapasitet i Sverige og i Danmark».

⁶ Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m.

⁷ Store medisinske leksikon, sml.sn.no/spesialisthelsetjenesten.

heleid av et regionalt helseforetak. De regionale helseforetakene er regulert gjennom helseforetaksloven og omfattes også av annen helselovgivning som spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven.⁸

Staten ved HOD eier de regionale helseforetakene. HOD styrer de regionale helseforetakene gjennom årlige oppdragsdokumenter med tildeiling av økonomiske rammer og krav til å yte tjenester. Departementet ved statsråden kaller inn til foretaksmøte i det regionale helseforetaket og kan også styre gjennom dette, blant annet gjennom å utpeke styremedlemmer for det regionale helseforetaket. På samme måte som departementet styrer de regionale helseforetakene, har disse styringsansvar for helseforetakene de selv eier.

Organiseringen av noen utvalgte helseforetak

Innledning

Helseforetakene og sykehusene i Norge er ulikt organisert. Det finnes store ulikheter i organiseringen av intensiv- og overvåkingskapasiteten på sykehusene. Dette skyldes blant annet at sykehusene har ulik størrelse, og kompleksiteten og omfanget av virksomheten og aktiviteten på sykehusene er ulik.

Det er stor variasjon i intensivbehandlingen (behandlingen av kritisk syke pasienter). Intensivenehetene på sykehusene behandler pasienter i alle aldersgrupper og med et vidt spekter av sykdommer, medisinske tilstander og skader. Enhetene har derfor ulikt pasientomfang og ulik organisering. Noen enheter behandler hele spekteret av intensivpasienter. Andre er mer spesialiserte og behandler for eksempel enten bare traume/skader, medisinske intensivpasienter, nyfødte intensivpasienter, barneintensivpasienter, hjertemedisinske intensivpasienter eller postoperative pasienter (pasienter som trenger tilsyn etter en operasjon).

På mellomstore og mindre sykehus er det vanlig at intensivaktiviteten og overvåkingen etter operasjoner foregår innenfor det samme området. På store sykehus er det ofte flere og selvstendige intensivenheter og overvåkingsenheter fordelt på ulike arealer. Noen sykehus har leger, sykepleiere og annet personell som bare jobber med intensivpasienter. Andre steder har de som tar seg av intensivpasientene, også andre arbeidsfelt, for

eksempel på operasjonsstuen og på postoperative enheter. Felles for alle intensivenheter er at de har høy ressursbruk, egne arealer med avansert medisinteknisk utstyr og spesialutdannet personell.⁹

Det enkelte helseforetaket har i tråd med helseforetaksmodellen ansvaret for å organisere og dimensjonere intensiv- og overvåkingsenheter. Det vil si at hvert enkelt helseforetak selv fastsetter antallet senger, personell- og utstyrsbehov og budsjettering på de enkelte sykehusene, uten at det regionale helseforetaket direkte går inn i den konkrete saksbehandlingen eller i beslutningene. Under covid-19-pandemien har de regionale helseforetakene hatt en tydeligere rolle enn vanlig i forbindelse med koordineringen av kapasiteten, utstyrsanskaffelser og dialog med nasjonale helsemyndigheter.

Videre i kapitlet gir vi en beskrivelse av hovedtrekkene i organiseringen til helseforetakene og sykehusene som kommisjonen har sett nærmere på. Dette er viktig bakgrunnsinformasjon når vi deretter ser på hvordan disse sykehusene håndterte oppskaleringen av intensivkapasiteten spesielt og pandemien generelt.

Ahus

Helseforetaket Akershus universitetssykehus består av flere sykehus. De fleste av avdelingene til Ahus ligger på sykehuset på Nordbyhagen i Lørenskog. I tillegg hører Kongsvinger sykehus, Ski sykehus og Ahus Gardermoen til helseforetaket.¹⁰

Ahus er organisert i åtte klinikker eller divisjoner på nivået under hovedledelsen ved administrerende direktør. Disse åtte klinikkene eller divisjonene er barne- og ungdomsklinikken, diagnostikk- og teknologidivisjonen, kirurgisk divisjon, kvinneklinikken, medisinsk divisjon, divisjonen for psykisk helsevern og rus, ortopedisk klinikk og divisjonen Facilities Management. Under hver klinikk eller divisjon ligger det mellom 5 og 15 ulike avdelinger. Avdelingene er igjen delt inn i ulike enheter eller seksjoner.

Det er til sammen tre intensivenheter på Ahus: intensivseksjonen og nyfødteintensiven på Nordbyhagen og intensivseksjonen på Kongsvinger.¹¹ På intensivseksjonen på Nordbyhagen er det ti inten-

⁸ Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.; lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester m.m.; lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.; lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.

⁹ Årsrapport, NIPaR, 10. november 2020, «Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak»; nettartikkel, Helse Bergen, 10. mars 2022, «Norsk intensivregister».

¹⁰ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021.

sivsenget. Sykepleierkompetansen på denne seksjonen består hovedsakelig av intensivsykepleiere, i tillegg til noen erfarne sykepleiere uten spesialistutdanning. Sykehuset på Nordbyhagen har også to intensivsenget på nyfødtintensiven. På nyfødtintensiven er det to isolat som brukes til å overvåke og intensivbehandle babyer opp til tre måneder. De som jobber der, er spesialsykepleiere, vanlige sykepleiere og nyfødtleger. Intensivseksjonen på Kongsvinger sykehus har tre intensivsenget. Majoriteten av dem som jobber med sykepleie der, er intensivsykepleiere, i tillegg til vanlige sykepleiere.

Videre har Ahus fire overvåkingsenheter, og tabell 6.1 beskriver disse enhetene.¹²

Ahus har også tre intermediaærenheter, og tabell 6.2 beskriver disse enhetene.¹³

¹¹ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn de samme sengekategoriene som ble beskrevet i en rapport fra 2014 om intensivkapasitet i Helse Sør-Øst. Dette innebærer at det er kategori III-senger på en intensivsenhet – en sykehusenhet som skal behandle pasienter med svikt i flere vitale organfunksjoner.

OUS

Helseforetaket Oslo universitetssykehus består av flere sykehus: Aker sykehus, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Spesialsykehuset for epilepsi og Ullevål sykehus.

Helseforetaket OUS er organisert i 17 klinikker på nivået under hovedledelsen ved administrerende direktør. Under hver av de 17 klinikkene ligger det ulike avdelinger og under der igjen ulike enheter eller seksjoner.¹⁴

¹² Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori II-senger på en overvåkingsenhet – en sykehusenhet som er innrettet til behandling av kritisk syke pasienter, men som ikke kan behandle svikt i flere vitale organfunksjoner.

¹³ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori I-senger på en intermediaærenhet – en sykehusenhet eller senger der det er samlet ekstra ressurser for overvåking/behandling av alvorlig syke pasienter. Pasientene har behov for overvåking og et behandlingsnivå som er høyere enn det som er tilgjengelig på sengepost (kategori 0), men lavere enn det som tilbys i en overvåkingsenhet (kategori II).

Tabell 6.1 Overvåkingsenheter på Ahus.

Overvåkingsenhet	Antall senger	Divisjon/klinikk	Avdeling	Tilknytning til intensiv	Sammensetning av sykepleiekompetanse
Medisinsk overvåking, Nordbyhagen	10	Medisinsk divisjon	Medisinsk overvåking avdeling	Nei	1/6 spesialsykepleiere
Hjerte-medisinsk overvåking, Nordbyhagen	11	Medisinsk divisjon	Hjerte-medisinsk avdeling	Nei	3 intensivsykepleiere og 6 kardiologiske sykepleiere
Barneovervåking	4	Barne- og ungdomsklinikken	Avdeling barn og ungdom	Flytter barn til nyfødtintensiven (babyer opp til 3 md.) og intensivseksjonen på Ahus (større babyer og barn) samt til barneintensiven på OUS	Spesialsykepleiere og sykepleiere
Medisinsk overvåking, Kongsvinger	3	Kirurgisk divisjon	Kirurgisk avdeling, Kongsvinger	Intensiv bemanner de medisinske overvåkingssengene	Intensivsykepleiere (majoritet) og erfarne sykepleiere uten spesialistutdanning

Tabell 6.2 Intermediærenheter på Ahus.

Intermediær-enhet	Antall senger	Divisjon/ klinikk	Avdeling	Tilknytning til intensiv eller sengepost	Sammensetning av sykepleiekompetanse
Kirurgisk intermediær, Nordbyhagen	4	Kirurgisk divisjon	Anestesi-avdelingen	Felles ledelse med intensivseksjonen Nordbyhagen og benytter tidvis bemanningen på tvers	Erfarne sykepleiere (100 %)
Nevrologisk overvåking – slagenhet, Nordbyhagen	4	Medisinsk divisjon	Nevrologisk avdeling	Tilknyttet sengeområdet nevro slag	Ingen spesialsykepleiere. Har flere sykepleiere med videreutdanning i slagsykepleie. Internt opplæringsopplegg knyttet til overvåkingsstue.
Nevrologisk overvåking – generell nevrologi, Nordbyhagen	2	Medisinsk divisjon	Nevrologisk avdeling	Tilknyttet sengeområdet nevro generell	Ingen spesialsykepleiere. Internt opplæringsopplegg knyttet til overvåkingsstue.

Kilde: Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021

OUS har 16 intensivenheter med til sammen 106 intensivsenger.¹⁵ Disse enhetene er blant annet postoperative enheter, barneintensiv- og nyfødtintensivenheter, generelle intensivenheter, medisinske intensivenheter og hjertemedisinske og thoraxkirurgiske intensivenheter. På disse enhetene jobber det en blanding av intensivsykepleiere, andre spesialsykepleiere og sykepleiere, i tillegg til spesialiserte leger.

Videre har OUS seks overvåkingsenheter. På disse enhetene er det til sammen 44 overvåkings-senger.¹⁶ Sykepleiekompetansen der består av en blanding av intensivsykepleiere, andre spesial-

sykepleiere og sykepleiere. I tillegg har OUS 17 intermediærenheter med til sammen 82 intermediærsenger.¹⁷ Sykepleiekompetansen der består av intensivsykepleiere, andre spesialsykepleiere og sykepleiere.

St. Olavs hospital

Helseforetaket St. Olavs hospital består av Universitetssykehuset i Trondheim, Røros sykehus og Orkdal sykehus. Helseforetaket er organisert i divisjoner og klinikker på nivået under hovedledelsen ved administrerende direktør. Helseforetaket har til sammen 20 klinikker. Inndelingen i klinikkene er delvis basert på pasientgrupper og delvis på gruppering i organsystemer og fagområder. Nivåene under klinikkene er avdelinger og seksjoner.¹⁸

¹⁴ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021.

¹⁵ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori III-senger på en intensivsenhet – en sykehusenhet som behandler pasienter med svikt i flere vitale organer.

¹⁶ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori II-senger på en overvåkingsenhet – en sykehusenhet som er innrettet til behandling av kritisk syke pasienter, men som ikke kan behandle svikt i flere vitale organfunksjoner.

¹⁷ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori I-senger på en intermediærenhet – en sykehusenhet eller senger der det er samlet ekstra ressurser for overvåking/behandling av alvorlig syke pasienter. Pasientene har behov for overvåking og et behandlingsnivå som er høyere enn det som er tilgjengelig på sengepost (kategori 0), men lavere enn det som tilbys i en overvåkingsenhet (kategori II).

Helseforetaket har 53 intensivsenger og til sammen 69 overvåkingsenger eller rekonvalesensenger (senger for hvile etter sykdom).¹⁹

De fleste klinikkene som behandler pasienter, har lette overvåkingsenheter for pasientgrupper som har et noe forhøyet behov for overvåking eller behandling, men som ligger innenfor en alvorlighetsgrad som klinikkene håndterer selv. Dersom det er pasienter med alvorlig eller livstruende svikt i et eller flere organsystemer, kan de bli overført til intensivenheter. Helseforetaket har én enhet som blir betegnet som hovedintensivenheten, og som gjennomgående behandler de sykeste pasientene. Denne enheten er organisert under klinikk for anestesi og intensivmedisin.

I tillegg har tre klinikker egne intensivenheter: nevrintensivenheten på nevroklinikken, hjerteintensivenheten på klinikk for hjertesykdom og nyfødtintensivenheten eller kuvøseenheten og barneintensivenheten på barne- og ungdomsklinikken.

Helse Bergen

Helseforetaket Helse Bergen består av Haukeland universitetssykehus, sykehuset i Sandviken, Voss sykehus, Kysthospitalet og flere mindre enheter som driver pasientbehandling. Helseforetaket er organisert i 24 divisjoner, klinikker eller avdelinger på nivået under hovedledelsen ved administrerende direktør.²⁰

Helseforetaket har delt inn intensiv- og overvåkingsenheter i henholdsvis intensivsenger, overvåkingsenger og postoperative overvåkingsenger. Til sammen har Helse Bergen 20 døgndrevne intensivplasser. I tillegg til disse plassene er det to intensivplasser ved Haraldsplass diakonale sykehus. Det er også fire intensivplasser ved nasjonal behandlingstjeneste for avansert brannskadebehandling (BSA) ved Haukeland universitetssykehus. Denne tjenesten er en landsfunksjon for spesialisert brannskadebehandling. Helseforetaket har også 46 døgndrevne overvåkingsplasser i tillegg til 4 overvåkingsplasser på BSA og 4 overvåkingsplasser på Haraldsplass diakonale sykehus. Helse Bergen har 37 døgndrevne postoperative overvåkingsplasser, og i tillegg har Haraldsplass diakonale sykehus 10 slike plasser.

¹⁸ Brev med vedlegg, Helse Midt til Koronakommisjonen, 16. september 2021.

¹⁹ Brev med vedlegg, St. Olavs hospital til Helse Midt og Koronakommisjonen, 31. august 2021.

²⁰ Brev med vedlegg, Helse Vest til Koronakommisjonen, 17. september 2021.

UNN

Helseforetaket Universitetssykehuset Nord-Norge består av Universitetssykehuset i Tromsø, Harstad sykehus, Narvik sykehus, Åsgård psykiatriske sykehus og sykehuset i Longyearbyen. Helseforetaket er organisert i ni klinikker og åtte sentre på nivået under hovedledelsen ved administrerende direktør.²¹

Helseforetaket har til sammen 34 intensivplasser fordelt på sykehusene i Tromsø, Harstad og Narvik.²²

Finnmarkssykehuset

Helseforetaket Finnmarkssykehuset består av Kirkenes sykehus og Hammerfest sykehus samt tre klinikker og flere støttefunksjoner. Sykehusene og klinikkene er organisert på nivået under hovedledelsen ved administrerende direktør.

Helseforetaket har til sammen tolv intensivplasser fordelt på Hammerfest sykehus og Kirkenes sykehus. Dette er plasser som inkluderer intensiv-, intermediær- og overvåkingsenger. Helseforetaket har også totalt 22 postoperative senger fordelt på de to sykehusene.²³

Sørlandet sykehus

Helseforetaket Sørlandet sykehus har sykehus i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord i tillegg til flere mindre enheter i Agder som driver pasientbehandling.²⁴ Helseforetaket er organisert i seks klinikker på nivået under hovedledelsen ved administrerende direktør. Nivåene under klinikkene er avdelinger og seksjoner. Sørlandet sykehus har til sammen ti intensivsenger fordelt på to intensivenheter.²⁵ Helseforetaket har også 34 overvåkingsenger fordelt på 5 overvåkingsenheter.²⁶ I tillegg har de to intermediærseenger plassert på en intermediær-enhet.²⁷

²¹ Brev med vedlegg, Helse Nord til Koronakommisjonen, 20. september 2021.

²² Brev, UNN til Helse Nord og Koronakommisjonen, 17. august 2021.

²³ Brev med vedlegg, Helse Nord til Koronakommisjonen, 20. september 2021.

²⁴ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2020.

²⁵ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori III-senger på en intensiv enhet – en sykehusenhet som behandler pasienter med svikt i flere vitale organer.

Finansieringsmodellen

Staten finansierer de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har egne modeller for å fordele inntektene til det enkelte helseforetaket. Hovedtrekkene og prinsippene i finansieringssystemet fra staten til de regionale helseforetakene blir i stor grad videreført til de regionale helseforetakenes finansiering av helseforetakene, men den blir justert basert på lokal kunnskap om sykehus, pasientsammensetning og kostnadsstrukturen ved disse.²⁸

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt og består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgning) og en aktivitetsavhengig del.²⁹

Den aktivitetsuavhengige delen, eller basisbevilgningen, skal samlet sett legge til rette for likeverdige spesialisthelsetjenester i hele landet. Den aktivitetsavhengige delen blir bestemt basert på hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Den største av de aktivitetsavhengige ordningene er innsatsstyrt finansiering. Innsatsstyrt finansiering omfatter innleggelser og poliklinisk virksomhet (behandling uten at pasienten legges inn) innenfor somatikk (kroppslige sykdommer) i tillegg til pasientbehandling utenfor sykehus. Formålet med innsatsstyrt finansiering er å understøtte de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. Ordningen skal også stimulere til kostnadseffektiv pasientbehandling i sykehusene.³⁰

²⁶ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori II-senger på en overvåkingsenhet – en sykehusenhet som er innrettet til behandling av kritisk syke pasienter, men som ikke kan behandle svikt i flere vitale organfunksjoner.

²⁷ Brev med vedlegg, Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 20. september 2021. Helse Sør-Øst har lagt til grunn at det er kategori I-senger på en intermediærenhet – en sykehusenhet eller senger der det er samlet ekstra ressurser for overvåking/behandling av alvorlig syke pasienter. Pasientene har behov for overvåking og et behandlingsnivå som er høyere enn det som er tilgjengelig på sengepost (kategori 0), men lavere enn det som tilbys i en overvåkingsenhet (kategori II).

²⁸ Notat, HOD, oversendt til Koronakommisjonen 16. september 2021, «En beskrivelse av finansieringsmodellen for helseforetakene».

²⁹ I 2021 utgjorde bevilgningene til de regionale helseforetakene 178 mrd. kr. Den aktivitetsuavhengige delen var på 133 mrd. kr, og den aktivitetsavhengige delen var på 45 mrd. kr. Basisbevilgningen utgjorde 109 mrd. kr og innsatsstyrt finansiering 42 mrd. kr.

³⁰ Se Prop. 1 S (2020–2021) *For budsjettåret 2021 under Helse- og omsorgsdepartementet Utgiftskapitler: 700-783 og 2711-2790 Inntektskapitler: 3701-3748, 5572 og 5631* og NOU 2019: 24 *Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak* for å få en mer detaljert beskrivelse av inntektsmodellen.

Gjennom innsatsstyrt finansiering blir deler av budsjettet tildelt sykehusene avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Dersom aktiviteten blir mindre enn forutsatt, blir tilskuddene til sykehusene lavere. Dersom aktiviteten blir høyere enn forutsatt, blir tilskuddene til sykehusene høyere. Helsedirektoratet har det helhetlige ansvaret for å forvalte og utvikle innsatsstyrt finansiering. Arbeidet blir utført i dialog med de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet publiserer årlig regelverk for ordningen, og de regionale helseforetakene er ansvarlige for at regelverket er kjent og blir fulgt i virksomheter som utfører helsetjenester på vegne av dem.

Innsatsstyrt finansiering bygger blant annet på diagnoserelaterte grupper (DRG). DRG er et system for å klassifisere aktivitet i spesialisthelsetjenesten i ulike grupper basert på diagnoser og prosedyrer. Systemet gjør det mulig å sammenligne sykehus selv om de behandler forskjellige pasienter. I 2021 var det omtrent 980 diagnoserelaterte grupper. Målet er at hver enkelt gruppe medisinsk og ressursmessig sett skal inneholde like pasienter i størst mulig grad. Systemet innebærer en betydelig skjematisering og forenkling av hvordan pasientbehandling foregår. Innenfor hver diagnosegruppe vil det derfor måtte være pasientopphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet for diagnosegruppen.

Andelen for innsatsstyrt finansiering er 50 prosent.³¹ Det innebærer at refusjonene i gjennomsnitt er ment å dekke 50 prosent av driftskostnadene knyttet til aktiviteten for somatisk spesialisthelsetjeneste. Resten av kostnadene er det basisbevilgningene til sykehusene som skal dekke. Innenfor hver enkelt pasientgruppe kan det for hver enkelt behandling være avvik mellom faktisk ressursbruk og refusjonen for innsatsstyrt finansiering.

6.3 Hva styrer behovet for intensivkapasitet?

Behovet for intensivkapasitet er dynamisk, og det avhenger av mange faktorer. Nedenfor peker vi på noen av de viktigste faktorene.³²

Den *demografiske utviklingen*, i dette tilfellet utviklingen i alderssammensetningen i befolkning-

³¹ Andelen for innsatsstyrt finansiering ble økt fra 40 til 50 prosent i 2014.

³² Rapport, en arbeidsgruppe sammensatt fra de fire regionale helseforetakene, 30. desember 2019, «Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv».

gen, har betydning for behovet for senge- og intensivkapasitet på sykehusene. Medianalderen til norske intensivpasienter øker, og i 2019 var medianalderen 67 år. Ifølge SSB vil gruppen av eldre, altså andelen av befolkningen over 70 år, øke betraktelig fram til 2040. Denne gruppen eldre vil ha en økning på 55 prosent, og det er anslått at behovet for intensivplasser vil øke med 25–30 prosent bare på grunn av dette. Behovet for rehabilitering av pasienter i etterkant av intensivbehandling vil også øke betydelig i takt med antall eldre intensivpasienter.

Utbrudd av en *pandemi eller andre uforutsette hendelser* kan påvirke sykehusenes behov for intensivkapasitet. Intensivavdelinger er ofte sentrale i krisetider og i situasjoner med svært mange syke eller skadde, for eksempel ved terrorangrep, branner, større ulykker og pandemier. Under covid-19-pandemien fikk også nedstengningen av samfunnet og mindre pågang fra andre pasientgrupper betydning for behovet for intensivkapasitet på sykehusene. Dessuten fikk nedtaket av den elektive virksomheten i sykehusene, altså stansen eller reduksjonen i de planlagte operasjonene og behandlingene, betydning for behovet for intensivkapasitet under pandemien.

Videre er det stadig *endringer i sykdomspanorama*, det vil si endringer i hva samfunnet til enhver tid definerer som unntak fra en norm eller som en sykdom. Det innebærer at det over tid kan skje endringer i hva sykehusene behandler som sykdom, og det kan også være endringer i hvilken type pasienter og i hvilke tilfeller pasienter legges på respirator. Dette kan påvirke behovet for intensivkapasitet.

Hvor mange *intermediærsenger* sykehuset har, har også betydning for behovet for antall tunge intensivsenger. Intermediærsengene fungerer ofte som en avlastning for intensivsensene. Ved en intermediærseng er det mer avansert utstyr, overvåking, pleie og behandling enn ved en vanlig sengepost. Intermediærsenger gir dermed mulighet for å behandle pasienter med alvorlige akutte tilstander på sengeposter eller intermediærenheter, framfor at pasientene må være på tyngre overvåkings- og intensivavdelinger. Intermediærsenger kan bidra til at pasienter raskere kan bli ført tilbake fra overvåkings- og intensivavdelinger til sine respektive sengeposter.³³ På den måten kan intermediærsenger også bidra til kompetanseløft for personellet i de respektive sengepostene og bedre pasientflyten i sykehusene. Hvis det ikke finnes intermediærsenger eller det er svært få av dem, blir det større press på intensivavdelingene,

og pasienter med store behov må bli ivaretatt på sengepostene.

Teknologi, spesielt data og IKT, vil trolig bety mye for framtidens sykehus. Teknologien kan også få betydning på flere områder innenfor intensivorganiseringen. For eksempel kommer trådløs monitorering (overvåking av helsetilstand) med all sannsynlighet til å øke i framtiden. I teorien vil da alle pasienter som er lagt inn på sykehus, kunne bli monitorert med bærbart trådløst utstyr. Akutte hendelser vil kunne oppdages i sanntid heller enn i ettertid. Dette vil antagelig øke presset på både intermediærenheter og intensivenheter, men kan også føre til at det blir mulig å forhindre noen plutselige sykehusdødsfall. E-helse (bruk av IKT for å forbedre helse- og omsorgssektoren) vil stadig bli mer aktuelt i framtiden, og kommunikasjonen mellom intensivenheter på forskjellige sykehus vil endres. De større intensivhetene vil gjennom tale, lyd og bildeoverføring kunne bistå med en virtuell visitt på intensivpasienter langt unna. Velutviklet e-helse kan gjøre det enklere å beholde enkelte pasienter ved små intensivenheter langt fra et større sykehus, og følgelig ha en effekt på kapasitetsutnyttelsen.

I framtiden vil den *medisinske utviklingen*, som nye operasjonsteknikker og behandlingsformer, føre til at et økende antall eldre får tilbud om kirurgisk behandling. Dette kan igjen føre til et økt antall pasienter som har behov for intensivbehandling i kortere eller lengre tid i den postoperative fasen. Den teknologiske utviklingen generelt innenfor intensivmedisin kan også føre til at sykehusene i framtiden kan behandle nye og andre pasientgrupper enn i dag.

Befolknings tetthet og bosettingsmønster vil ha betydning for de ulike sykehusenes behov for intensivkapasitet. Dersom innvandringen til landet øker betraktelig, vil det kunne påvirke behovet for intensivkapasitet. Og dersom sentraliseringen av bosettingen øker, vil dette også bidra til å øke behovet for intensivressurser i deler av Norge der innflyttingen er størst, som i de store byene.

Ulike *sykehusstrukturer* kan også ha betydning for hvilket behov for intensivkapasitet sykehusene har. I deler av landet der sykehustettheten er stor og det ikke er langt mellom sykehusene, kan det oppstå spørsmål om det kan være en fordel å samle intensivpasienter i større intensivenheter. Også hvordan selve intensivheten blir utformet, kan ha konsekvenser for behovet for personell og hvor mange pasienter enheten kan behandle. Intensivenheter som bare har enerom, kan virke negativt på kapasiteten ved at mulighetene for samarbeid mellom personell går ned og behovet for mer personell øker.

³³ Nettartikkel, OUS, 12. august 2021, «Intermediærenheter».

6.4 Sykehusenes kapasitet da covid-19-pandemien brøt ut

En ventet pandemi der utfordringene med intensivkapasiteten var kjent

I flere år før covid-19-pandemien brøt ut, var myndighetene klar over at behovet for intensivkapasitet var økende, og utfordringene ved intensivberedskapen var kjent. Det var også ventet at en pandemi ville komme – myndighetene visste bare ikke når. Administrerende direktør i Helse Midt uttalte i forklaringen sin til kommisjonen:

[...] vi visste at det ville komme en ny pandemi, og vi satt egentlig og ventet på det ut ifra tidligere erfaringer. Vi burde hatt den på agendaen på våre møter, og snakket om hvordan vi skulle møte en ny pandemi. Vi er gode på å ta ting når det skjer, men vi kunne vært bedre forberedt.³⁴

En rapport fra DSB fra 2010 omtalte hendelsene før og under svineinfluensapandemien i 2009. Rapporten beskrev en presset situasjon på sykehusene i 2009 med lite kapasitet og mangel på utstyr. Under svineinfluensapandemien var det forventet et behov for 3067 sengeplasser og 1044 intensivplasser. DSB skrev at sykehusenes intensivkapasitet var utilstrekkelig, og at behovet ikke ville kunne dekkes ved en pandemi. Rapporten slo fast at pandemiplanen trengte en revidering, og at intensivbehandling og intensivkapasiteten burde få større oppmerksomhet framover.³⁵ I 2014 og i 2019 gjorde DSB nye analyser av krisescenarioer. I rapportene pekte DSB på pandemi som scenariet med høyest risiko. I 2019 vurderte DSB at legemiddelmangel var den hendelsen som hadde nest høyest risiko. DSB understreket igjen at intensivkapasiteten ikke var tilstrekkelig for å dekke behovet under en pandemi. Mangel på både utstyr og intensivpersonell ble spesifikt nevnt som viktige begrensninger. DSB framhevet videre at det under en pandemi også vil være ordinære intensivpasienter som kan bli berørt av eventuell kapasitetsmangel.³⁶

I stortingsmeldingen *Beredskap mot pandemisk influensa* fra 2012–2013 ble utfordringene for spesialisthelsetjenesten beskrevet slik:

Erfaringene fra denne pandemien og influensaepidemien vinteren 2012/2013 viser imidlertid også at særlig intensivkapasiteten og delvis laboratoriekapasiteten er begrenset og vil bli presset i en alvorligere pandemisituasjon. Helseforetakene må derfor i sin videre pandemiplanlegging gå ytterligere inn i hvordan intensiv- og laboratoriekapasiteten kan økes ved behov.³⁷

Behovet for fleksible lokaler i sykehusene som sykehusene raskt kan omdisponere til pandemiarealer, ble også diskutert i meldingen. Meldingen framhevet videre hvor viktig det var at personellet på sykehusene har bred kompetanse og blir trent gjennom opplæring og øvelse.

I Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa fra 2014 ble det mest realistiske scenariet for en pandemi beskrevet slik:

Sykehusene må kunne ta imot opptil 14-16 500 innleggelses, hvorav 1400-2800 krever intensivbehandling. Lokalt kan det forventes at snaut en ut av seks hendelser (17 %) det vil si 3-500 pasienter med behov for mer intensivbehandling i toppuken.³⁸

Helseforetakene og de regionale helseforetakene har i løpet av de siste ti årene også utarbeidet ulike rapporter og utredninger om intensivkapasiteten.

I januar 2011 utarbeidet Haukeland universitetssykehus og NIPaR en rapport om intensivkapasitet på bakgrunn av en forespørsel fra Helsedirektoratet.³⁹ Rapporten konkluderte med at det i 2011 var 232 disponible eller operative intensivsenger på landsbasis. Disse operative sengene utgjorde ifølge rapporten bare 60 prosent av de planlagte etablerte intensivsengene ved ordinær drift. Årsaken til dette var den lokale ressurs situasjonen. Rapporten pekte på at det fantes et betydelig ubrukt potensial for å øke intensivkapasitet raskt dersom det ble tilført ekstra ressurser.

I 2014 utarbeidet Helse Sør-Øst en rapport om intensivkapasitet.⁴⁰ Konklusjonene i denne rapporten var at kapasitetsutfordringen i intensivmedisin regionalt og nasjonalt i hovedsak skyldtes

³⁴ Forklaring, administrerende direktør Stig Slørdahl i Helse Midt, 10. desember 2021.

³⁵ Rapport, DSB, 13. oktober 2010, «Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge».

³⁶ Rapport, DSB, februar 2019, «Analyser av krisescenarioer 2019»; rapport, DSB, desember 2014, «Nasjonalt risikobilde 2014».

³⁷ Meld. St. 16 (2012–2013) *Beredskap mot pandemisk influensa*.

³⁸ Beredskapsplan, HOD, 23. oktober 2014, «Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa».

³⁹ Rapport, Hans Flaatten, januar 2011, «Intensivkapasitet og fordeling av intensivrespiratorer».

⁴⁰ Rapport, Helse Sør-Øst, 2014, «Rapport intensivkapasitet i Helse Sør-Øst 2014».

mangel på intensivsykepleiere. Rapporten slo fast at det snarest mulig måtte bli satt i verk tiltak for å øke antallet tilgjengelige spesialsykepleiere. Rapporten påpekte også at Ahus måtte tilføres bemannede senger for å ivareta intensivfunksjonen i opptaksområdet sitt, og at OUS i perioder hadde for liten intensivkapasitet på grunn av manglende sykepleierbemanning.

De fire regionale helseforetakene ferdigstilte en regional intensivutredning i desember 2019.⁴¹ I mandatet til arbeidsgruppen sto det følgende om bakgrunnen for arbeidet:

Utviklingen av intensivmedisin vil i fremtiden utfordre oss faglig, ressursmessig og etisk. Internasjonale trender tyder på at demografi, medisinsk utvikling, inkl. teknologi vil gjøre det mulig å gi stadig mer omfattende behandling til større grupper av pasienter. Utfordringsbildet er nå blitt så omfattende at det om kort tid ikke vil være håndterbart med nåværende tilnærminger og rammer.⁴²

I forklaring for kommisjonen uttalte fagdirektøren i Helse Vest følgende om bakgrunnen for arbeidet med rapporten:

Bakgrunnen for at man gjorde denne utredningen, var ikke med tanke på «pandemifremtid». Det var bekymring for den generelle intensivkapasitet i landet og at den skulle være for lav vurdert ut ifra fredstid eller normale tids-situasjoner. Videre så vi at det var forskjeller mellom regionene.⁴³

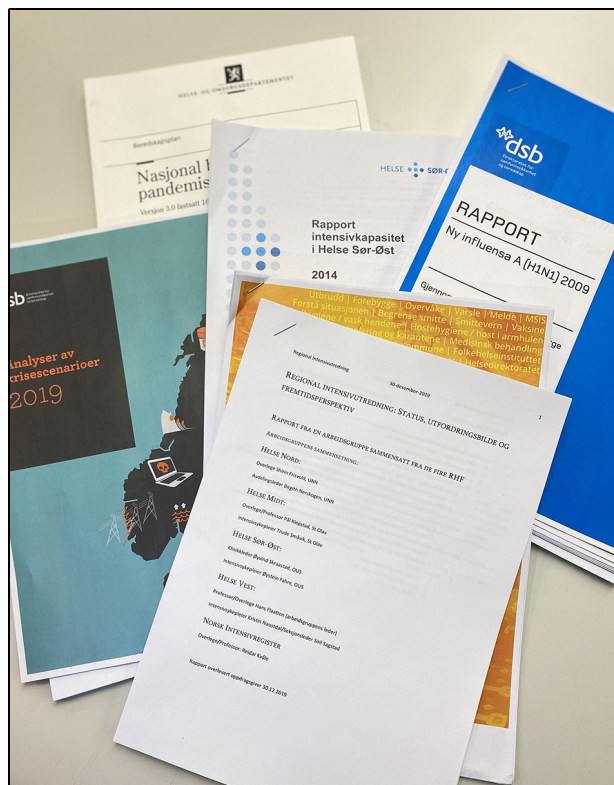
Konklusjonen i rapporten var at intensivkapasiteten må økes. Rapporten påpekte at intensivkapasiteten var på samme nivå som for 10 år siden med omtrent 5 senger per 100 000 innbyggere. Det gikk også fram at det fantes en skjevfordeling av kapasitet mellom regionene.

Riksrevisjonen gjennomførte en undersøkelse av bemanningsutfordringene i helseforetakene i 2019. Bakgrunnen for undersøkelsen var at antallet innbyggere over 70 år vil øke med om lag 40

⁴¹ Rapport, en arbeidsgruppe sammensatt fra de fire regionale helseforetakene, 30. desember 2019, «Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv».

⁴² Mandat, interregionalt fagdirektørmøte, 22. oktober 2018, «Mandat for midlertidig interregional arbeidsgruppe for intensivområdet».

⁴³ Forklaring, fagdirektør Baard-Christian Schem i Helse Vest, 23. november 2021.



Figur 6.1 I årene før covid-19-pandemien omtalte flere rapporter risikoen for en pandemi og manglene ved intensivkapasiteten og intensivberedskapen.

Foto: Marianne Aasland Kortner / Koronakommisjonen

prosent fram mot 2030. I rapporten konkluderte Riksrevisjonen med at helseforetakene hadde alvorlige bemanningsutfordringer og store utfordringer med å rekruttere og holde på spesialsykepleiere og sykepleiere. Rapporten påpekte også at hver sjettede spesialsykepleier var over 60 år og måtte bli erstattet om få år. Videre framhevet rapporten det som kritikkverdige at mange helseforetak manglet oversikt over bemanningsbehov og planer for å løse bemanningsutfordringene sine. Riksrevisjonen kom med flere anbefalinger til helseforetakene, de regionale helseforetakene og HOD.

Mange helseledere har i forklaringer for kommisjonen uttalt seg om intensivkapasiteten slik den var forut for pandemien. Konstituert fagdirektør i Helse Midt uttalte i forklaringen sin:

Intensivkapasitet har lenge vært en flaskehals. [...] Kapasiteten visste vi at var knapp allerede i 2009.⁴⁴

⁴⁴ Forklaring, konstituert fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt, 24. november 2021.

Også helsedirektør Bjørn Guldvog uttalte seg om intensivkapasiteten:

Ut fra den forståelsen jeg har nå, og den forståelsen jeg hadde før pandemien, hadde vi en knapphet på intensivplasser.⁴⁵

Assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad fortalte kommisjonen:

Veldig få er uenige om at Norge burde ha en større intensivkapasitet.⁴⁶

Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie understreket også følgende overfor kommisjonen:

Det er ingen tvil om at vi burde hatt en større intensivkapasitet i Norge. Summen av beslutningene man har tatt i de ulike RHF-ene over tid, gir oss ikke god nok kapasitet.⁴⁷

På direkte spørsmål fra kommisjonen om HOD kjente til de ovennevnte rapportene fra DSB, Riksrevisjonen, de regionale helseforetakene og stortingsmeldingen, svarte tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD:

Vi var kjent med alle disse dokumentene og vurderingene.⁴⁸

Videre uttalte den tidligere departementsråden i forklaringen sin:

Jeg tror det er en riktig refleksjon at grunnkapasiteten vår på intensivsiden bør være noe mer robust enn det den er i dag.⁴⁹

HOD gir hvert år oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra departementet om hvilke oppgaver som skal bli utført det påfølgende året, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene. Oppdragsdokumentene fra HOD til de regionale helseforetakene i perioden 2011 til 2020

viste at det ble lagt vekt på beredskap i noen år etter svineinfluensapandemien, men at det deretter forsvant de siste fem årene (Flaatten 2020).

Legeforeningen har uttalt seg om temaet i forklaringen sin til kommisjonen:

Vi hadde en svineinfluensa i 2010. Etter det har knapt respirator og intensivkapasitet vært nevnt.⁵⁰

En ekspedisjonssjef i HOD uttalte seg om oppdragsdokumentene i forklaringen sin til kommisjonen. Han forklarte at intensivkapasitet ikke hadde vært spesielt omtalt i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i årene etter svineinfluensaen og fram mot pandemien. Ekspedisjonssjefen uttalte også:

De senere årene, under statsråd Høie, var det for det meste å redusere ventetid, utnytte kapasiteten godt, bidra til bedre pasientsikkerhet og kvalitet og prioritere psykisk helsevern og rus.⁵¹

Kommisjonen mener det er klart at behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen var kjent for sentrale myndigheter før covid-19-pandemien brøt ut. Det har også vært kjent lenge at det kan bli et høyt antall intensivpasienter under en pandemi, og at mangel på kompetent personell ville bli en kritisk faktor. Kommisjonen synes derfor det er sterkt kritikkverdig at ikke disse problemstillingene og disse viktige dokumentene fikk større oppmerksomhet, og at de ikke ble fulgt opp bedre av de regionale helseforetakene, HOD og regjeringen. Det er også uheldig at intensivkapasiteten og intensivberedskapen ikke ble tydeligere framhevet av HOD i de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Dette er også påpekt i forklaringer for kommisjonen:

Når det ikke har vært et sterkt signal fra myndighetene til RHF-ene om å satse på intensivmedisin, så er dette resultatet. De har fått alle andre mulige ting de må prioritere slik som rus, psykiatri osv. Derfor har dette druknet og ikke vært et tema.⁵²

⁴⁵ Forklaring, direktør Bjørn Guldvog i Helsedirektoratet, 22. desember 2021.

⁴⁶ Forklaring, assisterende direktør Espen Rostrup Nakstad i Helsedirektoratet, 13. desember 2021.

⁴⁷ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

⁴⁸ Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Forklaring, tidligere president og president Anne-Karin Rime i Legeforeningen, 26. november 2021.

⁵¹ Forklaring, ekspedisjonssjef i HOD, 6. desember 2021.

⁵² Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

Med dette bakteppet har kommisjonen sett nærmere på hvorfor problemstillingene som ble framhevet i de nevnte rapportene, ikke fikk større oppmerksomhet og ikke ble fulgt bedre opp av de sentrale myndighetene. Det kan finnes flere årsaker til dette. For kommisjonen har det vært viktig å trekke fram det som kan bidra til læring, og som kan gi en bedre forståelse av hvorfor kapasiteten var som den var.

Vi vil deretter se på hvilken sengekapasitet og intensivkapasitet sykehusene hadde da covid-19-pandemien brøt ut, og hvordan denne kapasiteten var de siste fem årene forut for pandemien.

Faglig uenighet og sviktende ledelse

Hva som utgjør en intensivplass og intensivkapasitet, er det faglig uenighet om. Dette har kommisjonen fått innsikt i gjennom møter og samtaler. Denne faglige uenigheten strekker seg bakover i tid, og gjennom arbeidet med den regionale intensivutredningen som ble ferdigstilt i desember 2019, kom uenigheten klart til syne.

Den regionale utredningen startet i 2018 med at en interregional arbeidsgruppe fikk i oppdrag å utarbeide en rapport om intensivkapasiteten i spesialisthelsetjenesten i Norge. Oppdraget ble gitt av fagdirektørene i de regionale helseforetakene. Representantene i arbeidsgruppen ble utpekt av de regionale helseforetakene, og arbeidsgruppen besto av en intensivlege og en intensivsykepleier fra hver region i tillegg til en representant fra NIPaR.

Kommisjonen har gjennom mange forklaringer fått belyst at sammensetningen av arbeidsgruppen og innholdet i rapporten forsterket uenigheten som fantes blant fagfolk i spesialisthelsetjenesten om hva som var en intensivplass. Det var spesielt uenighet mellom intensivmiljøet og indremedisinmiljøet som også driver med intensivbehandling. Uenigheten dreide seg både om hvilket legepersonell som skal kunne lede intensivteam og bemanne intensivplasser, og om intermediærplasser skal inngå i definisjonen av en intensivplass eller ikke. Som en følge av denne uenigheten var det også innvendinger, særlig fra indremedisinmiljøet, mot sammensetningen av arbeidsgruppen som hadde utarbeidet rapporten.⁵³

Den faglige uenigheten førte til at rapporten aldri ble sluttbehandlet i det interregionale fagdirektørmøtet. Rapporten ble liggende, og de regionale helseforetakene kom ikke videre i arbeidet med å kartlegge behovet for intensivkapasitet i Norge. Flere av forklaringene for kommisjonen bekrefter dette:

Det er problematisk at det videre arbeidet aldri kom i gang. Det er en omfattende faglig uro og uenighet som gjorde at den ikke lot seg behandle i interregionalt fagmiljø, hvor de fire regionale fagdirektørene møtes.⁵⁴

Også administrerende direktør i Helse Nord uttalte seg om den faglige uenigheten:

Dette var akkurat de samme diskusjonene vi hadde i 2009–2010. Til dels med de samme fagpersonene og de samme fagmiljøene. [...] Det er veldig kraftfulle miljøer. Det er bra, men det må ikke komme i veien for fremdriften.⁵⁵

I januar 2021, nesten ett år etter covid-19-pandemien brøt ut i Norge, ga HOD et nytt oppdrag til de regionale helseforetakene om å utrede intensivkapasiteten i spesialisthelsetjenesten.⁵⁶ Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie uttalte følgende til kommisjonen om bakgrunnen for oppdraget:

Oppdraget ble gitt basert på erfaringer. Det naturlige ville vært å si at vi venter med et slikt oppdrag til pandemihåndteringen var evaluert. Jeg vurderte det som åpenbart at vi bør ha noe større kapasitet. Om vi ventet til pandemien var evaluert, ville det gå for mange år før man klarte å bygge ut kapasiteten.⁵⁷

Tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD uttalte seg også om bakgrunnen for oppdraget:

⁵³ Forklaring, fagdirektør Baard-Christian Schem i Helse Vest, 23. november 2021; forklaring, seniorrådgiver i Helse Midt, 24. november 2021; forklaring, konstituert fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt, 24. november 2021; forklaring, viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst, 26. november 2021; forklaring, administrerende direktør Cecilie Daae i Helse Nord, 6. desember 2021; forklaring, ekspedisjonssjef i HOD, 6. desember 2021; forklaring, fagdirektør Geir Tollåli i Helse Nord, 6. desember 2021; forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021; forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021; forklaring, tidligere administrerende direktør Cathrine Lofthus i Helse Sør-Øst, 21. desember 2021.

⁵⁴ Forklaring, seniorrådgiver i Helse Midt, 24. november 2021.

⁵⁵ Forklaring, administrerende direktør Cecilie Daae i Helse Nord, 6. desember 2021.

⁵⁶ Oppdragsdokument, HOD til de regionale helseforetakene, januar 2021.

⁵⁷ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

Det er fordi vi tenker at vi kanskje er for knapt plassert med intensivkapasitet. Vi forsøker intenst å drive norsk helsetjeneste på en rasjonell og effektiv måte. På intensivkapasiteten har det kanskje blitt litt for stramt, at kapasiteten i det daglige er så liten at det nesten ikke er noen reservekapasitet.⁵⁸

I januar 2021 eksisterte det fremdeles ingen nasjonal enighet om hva som utgjorde en intensivplass. Det interregionale fagdirektørmøtet besluttet derfor at det skulle etableres en felles nasjonal definisjon av begrepene intensivplass og intensivkapasitet. Oppdraget ble gitt til Helse Midt. Helse Midt startet arbeidet, men arbeidet strandet etter kort tid. Uenighetene om definisjonene var for stor i fagmiljøene.⁵⁹ Igjen ble arbeidet liggende. I en forklaring til kommisjonen påpekte en seniorrådgiver i Helse Midt:

Det er en kamp i fagmiljøene om oppmerksomhet, ressurser etc. Det bidrar til at man ikke får realitetsbeslutninger som kunne stilt oss bedre for en krise.⁶⁰

Sentrale myndigheter som HOD ble orientert om uenighetene og utfordringene ved dette arbeidet. Det ble blant annet gjennomført oppfølgingsmøter mellom ekspedisjonssjefer i departementet og ledelsene fra de regionale helseforetakene. Gjennom forklaringer har kommisjonen også fått opplyst at konflikten ble formidlet fra fagmiljøer helt opp på statsrådsnivå.⁶¹ Kommisjonen kan imidlertid ikke se at sentrale myndigheter tok noen tydelige grep for å rydde opp i de faglige uenighetene slik at arbeidet med å utrede behovet for intensivkapasitet kunne fortsette.

Utover sommeren og høsten 2021 ble de regionale helseforetakene enige om at arbeidet måtte komme i gang igjen. Helse Sør-Øst meldte seg da frivillig til å forsøke å oppnå nasjonal enighet rundt begrepene. Dette var status da kommisjonen avsluttet sitt granskingsarbeid i oktober 2021. Konfliktnivået i fagmiljøene var fortsatt høyt, og de regionale helseforetakene var forsinket i opp-

draget om å kartlegge behovet for intensivkapasitet fordi definisjonene ikke var avklart og fastsatt.

Kommisjonen mener at det burde vært mulig å få avklart intensivkapasiteten tidligere dersom ledelsen i de regionale helseforetakene og/eller HOD hadde tatt tydeligere grep. At verken de regionale helseforetakene eller HOD tok grep, kan skyldes mangler ved samhandlingen og at ansvaret ble pulverisert mellom de regionale helseforetakene og departementet. Det kan også skyldes mangelfull ledelse og mangelfulle beslutningsprosesser. Endelig kan det skyldes økonomi og manglende politisk vilje til å prioritere intensivkapasitet og intensivberedskap.

I forlengelsen av dette har kommisjonen gått gjennom agendaene for oppfølgingsmøtene som HOD hadde med de regionale helseforetakene under pandemien, nærmere bestemt fra mars 2020 til og med oktober 2021.⁶² Agendaene er kortfattede, og det er ikke ført referater fra møtene.⁶³ Ut fra agendaene til oppfølgingsmøtene ser det ikke ut til at intensivkapasitet og intensivberedskap har vært hovedtemaer på disse møtene. Agendaene fokuserer i stor grad på økt ventetid og brutte frister ved sykehusene under pandemien, at det er viktig å ta opp igjen planlagte operasjoner og behandlinger, og de økonomiske konsekvensene av pandemien. Bemanningssituasjonen og behandlingsskapasiteten er nevnt i enkelte agendaer.

I oppdragsdokumentet 14. januar 2021 ga HOD de regionale helseforetakene i oppdrag å opprette 100 nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere.⁶⁴ I det samme dokumentet fikk de regionale helseforetakene også det ovennevnte oppdraget om å utrede det framtidige behovet for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Utover dette kan ikke kommisjonen se at HOD har tatt noen andre grep for å bedre intensivberedskapen og intensivkapasiteten under pandemien. I flere forklaringer for kommisjonen er det også pekt på at det ikke har skjedd noe med kapasiteten i løpet av pandemien.⁶⁵

⁵⁸ Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

⁵⁹ Notat, Helse Midt, oversendt til Koronakommisjonen 17. september 2021, «Intensivmedisin – organisering og kapasitet»; forklaring, seniorrådgiver i Helse Midt, 24. november 2021; forklaring, konstituert fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt, 24. november 2021.

⁶⁰ Forklaring, seniorrådgiver i Helse Midt, 24. november 2021.

⁶¹ Forklaring, viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst, 26. november 2021.

⁶² E-post med vedlegg, HOD til Koronakommisjonen, 3. januar 2022.

⁶³ De regionale helseforetakene sender imidlertid inn skriftlig rapporteringer til departementet hver måned, i forkant av oppfølgingsmøtene.

⁶⁴ Oppdragsdokument, HOD til Helse Vest, 14. januar 2021; oppdragsdokument, HOD til Helse Sør-Øst, 14. januar 2021; oppdragsdokument, HOD til Helse Nord, 14. januar 2021; oppdragsdokument, HOD til Helse Midt, 14. januar 2021.

⁶⁵ Forklaring, tidligere president og president Anne-Karin Rime i Legeforeningen, 26. november 2021; forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål, 8. november 2021.

Finansieringen på intensivområdet

I møter som kommisjonen har hatt med helsepersonell og ledere i helseforetak og i forvaltningen, har enkelte pekt på at den økonomiske styringen i spesialisthelsetjenesten kan ha betydning for senge- og intensivkapasiteten. Helsedirektoratet har også satt ned en arbeidsgruppe som ser på finansieringssystemet på intensivområdet. Formålet med arbeidsgruppen er blant annet å undersøke om dagens finansieringssystem er treffsikkert nok for intensivpasienter.⁶⁶

Intensivplasser er svært dyre, og det kan være vanskelig å forsvare økonomisk å ha mange ledige intensivplasser stående til enhver tid. Intensivmedisin belaster dessuten sykehusenes økonomiske rammer i stor grad. Tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD forklarte for kommisjonen:

Når grunnfinansiering er en viktig del av sykehusene, vil det å drifte et overskudd av intensivbehandling i hverdagen være en kostnad. Selv om sykehusene i stykkprisdelen av inntektene sine skulle fått godt nok betalt, vil de tape penger på å ha ekstrakapasitet. Dette er en finansieringsmodell vi ønsker oss fordi vi ønsker rasjonell drift. Vi ønsker god utnyttelse av helsebudsjettet. [...] Vår helseforetaksmodell har på mange måter vært vellykket og helsetjenesten rangeres som en av de beste i verden. «Nedsiden» er at den er rasjonell, så den går ikke med ledig kapasitet på intensiv.⁶⁷

Det er utfordrende å estimere utviklingen av behovet for intensivkapasitet nøyaktig, og det kan diskuteres om sykehusene ikke har sterke økonomiske insentiver til å drive tilstrekkelig antall intensivplasser. Dermed kan det være at driften av intensivvirksomheten blir underfinansiert i forhold til behovet og også underfinansiert i forhold til kostnaden. Den praktiske og økonomiske konsekvensen av dette kan bli at jo flere intensivsengeter et sykehus har og benytter, desto større blir underskuddet. Dette kan – etter kommisjonens syn – være en grunn til at intensivkapasiteten ikke har blitt oppjustert, og at sykehusene har forsøkt å oppfylle behovet ved å tilpasse sykehusets drift og eksisterende ressurser.

Intensivmedisin finansieres i hovedsak gjennom basisbevilgningene til sykehusene, men også delvis gjennom innsattsstyrt finansiering og DRG-systemet. Ifølge Helsedirektoratet har både NIPaR og Sykehusbygg de siste årene pekt på utfordringer med at dagens DRG-system gjør den innsattsstyrte finansieringen av intensivpasienter for lite treffsikker.⁶⁸ Det er et begrenset antall diagnoserelaterte grupper for intensivpasienter, mens den ressursmessige og medisinske variasjonen er stor for denne gruppen. I oktober 2019 inviterte Helsedirektoratet derfor som nevnt ovenfor de regionale helseforetakene til en prosess for å se nærmere på intensivbehandling og hvordan dette kan bli ivaretatt på en bedre måte i DRG-systemet. Det ble opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra regionale helseforetak og helseforetak, og målet var å få på plass en ny løsning for den innsattsstyrte finansieringen fra 2021.

I mars 2020 ble gjennomgangen imidlertid satt på pause på grunn av utbruddet av covid-19-pandemien, men også på grunn av en erkjennelse og opplevelse av at intensivområdet var et komplekst område. Helsedirektoratet har påpekt overfor kommisjonen at det er enighet om at dagens DRG-inndeling ikke får fram medisinske forskjeller på intensivpasienter eller variasjonen i ressursbruken på intensivområdet på en god nok måte. I tillegg er refusjonen, som er basert på gjennomsnittlige kostnader i gruppene, lite treffsikker for intensivpasienter.

Drøftelsene i Helsedirektoratets arbeidsgruppe har også dreid seg om å skille intensivpasienter og intermediærpasienter. Arbeidsgruppen måtte da ta stilling til hvilke kriterier som må til for å definere en pasient som en intensivpasient. Ifølge Helsedirektoratet måtte disse definisjonene dessuten være godt forankret i de regionale helseforetakene og fagmiljøene. Helsedirektoratet har beskrevet at arbeidsgruppens videre arbeid var avhengig av å få på plass et skille mellom intensivpasienter og intermediærpasienter.

For kommisjonen ser det ut som denne prosessen i Helsedirektoratet til dels henger sammen med problemene i fagmiljøene om å enes om definisjonene av hva som er en intensivplass. Også gjennom denne prosessen i Helsedirektoratet virker det som at det er behov for endringer, denne gangen av finansieringen av intensivpasienter. Myndighetene hadde per oktober 2021 likevel ikke kommet lenger enn å peke på behovet.

⁶⁶ Brev, Helsedirektoratet til Koronakommisjonen, 25. oktober 2021.

⁶⁷ Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

⁶⁸ Brev, Helsedirektoratet til Koronakommisjonen, 25. oktober 2021.

Begrepene sengekapasitet, intensivkapasitet, intensivberedskap, intensivpasient, intensivmedisin og intensivplass

I oppdraget fra tidligere statsminister Solberg til kommisjonen står det at kommisjonen skal vurdere helseforetakenes sengekapasitet og intensivberedskap. Når vi bruker begrepet *sengekapasitet* innebærer det de av sykehusenes sengeplasser eller behandlingsplasser som er utrustet og bemannet for å behandle innlagte pasienter.

Som nevnt er det faglig uenighet om hva som utgjør en intensivplass og intensivkapasitet. Dette har også blitt belyst gjennom flere forklaringer til kommisjonen. En tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus uttalte:

Det høres kanskje rart ut at det ikke er enkelt å telle én intensivseng, men det finnes mange definisjoner på det. Det må være infrastruktur og personal rundt sengen. Det hjelper ikke å ha plass til ti senger når den faktiske kapasiteten er på fem.⁶⁹

⁶⁹ Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

Kommisjonen tar ikke stilling i den faglige uenigheten i denne diskusjonen, men legger til grunn at begrepet *intensivkapasitet* omfatter summen av intensivsenger med tilhørende medisinteknisk utstyr og engangsutstyr, lokaler, smittevernuttstyr, legemidler og kvalifisert intensivpersonell. *Intensivberedskap* bruker vi om hvorvidt helseforetakene og sykehusene er forberedt til å håndtere uventede kritiske hendelser som covid-19-pandemien. Vi ser på hvilke planer helseforetakene hadde, hvilke øvelser de hadde gjennomført, og hvilken fleksibilitet som lå i arealer, senger og personell slik at helseforetakene kunne omstille seg fra ordinær drift til «krisedrift».

Ifølge definisjonen som NIPaR bruker, er *intensivpasienter* pasienter med truende eller manifest (inntruffet) akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner. *Intensivmedisin* er da spesialisert overvåking og behandling av slike pasienter, vanligvis i dedikerte avdelinger som intensivavdelinger eller intensivenheter. Et særtrekk ved intensivmedisinen er at dødeligheten er større enn på de fleste andre felt i medisinen.⁷⁰

Det er stor variasjon i pasientgrunnet på en intensivavdeling eller intensiv enhet. Det er dessuten mange ulike sykdommer eller skader som kan



Figur 6.2 Intensivbehandling gis til pasienter i ulike aldersgrupper og med ulike medisinske tilstander.

Foto: Jill Yngland / NTB

føre til at en pasient trenger intensivbehandling. Intensivmedisinen omfatter derfor pasienter i alle aldersgrupper og med et vidt spekter av medisinske tilstander og diagnoser.⁷¹

Kommisjonen vil nedenfor legge til grunn at en *intensivplass* omfatter en intensivseng med tilhørende medisinteknisk utstyr plassert i et egnet lokale og betjent av kompetent intensivpersonell. Vi tar ikke stilling til hva som trengs av utstyr og personell for å definere en plass som en intensivplass, men vi skiller mellom intensivplasser og intermediærplasser der det ikke benyttes respirator.

En intensivseng, og også til dels en intermediær-seng, skiller seg på mange måter fra en vanlig pasientseng ved at pasienten trenger avansert form for behandling og pleie. Pasienten har behov for mye medisinteknisk utstyr, blant annet overvåkingsutstyr som måler blodtrykk, andel sirkulerende oksygen, hjerterytme og kroppstemperatur. Videre trengs det forskjellige typer pumper for både intravenøs væske og medisiner og for ernæring som pasienten kan få både direkte i blodbanen og via sonde ned i magesekken. Det er måleinstrumenter for å måle trykket i hjernen, i blodårene og i buken. Det er tilgang til maskiner som kan rense blodet dersom nyrene ikke klarer å gjøre jobben, og ulike dren (rør eller slanger) som fjerner væske eller luft som ikke skal være der, fra ulike rom i kroppen. Det er tilgang til maskiner som kan analysere blodprøver som det er behov for å ta hyppig. I tillegg trengs det en stor mengde engangsutstyr. I tilknytning til intensivsenger er det også respiratorer som brukes for å overta pusting for dem som ikke klarer det selv. Alt dette utstyret, respiratoren og sengen må være plassert i et lokale som har tilgang til trykkluft, oksygen og veldig mange stikkontakter. Dette er som regel ikke tilgjengelig på vanlige pasientrom på et sykehus, og i alle fall ikke på sykehjem.

Legespesialistene, som anestesilegene (leger som har spesialisert seg på bruk av bedøvelsesmidler), er svært sentrale i behandlingen av intensivpasienter. I tillegg er det veldig viktig at kompetente sykepleiere, typisk en intensivsykepleier, er til stede hele tiden. Det er helt nødvendig å ha en sykepleier som kan betjene alt utstyret, analysere, forstå situasjonen og endringer i pasientens til-

stand fortløpende, planlegge framover og gjøre tiltak for å forebygge komplikasjoner hos pasienten (Øien 2020).

Under pandemien kom det både pasienter som allerede hadde fått påvist covid-19-smitte, og pasienter som det var usikkert om hadde covid-19, til sykehusene. Pasientene som var smittet, hadde også ulike sykdomsforløp. Noen pasienter hadde et lett forløp og var bare inne til observasjon eller et kortere opphold på en sengepost. Andre pasienter var så syke at de måtte rett på intensivavdelingene og bli lagt på respirator. Andre igjen hadde et sykdomsforløp midt imellom og måtte for eksempel ha ventilasjonsstøtte en periode. Til forskjell fra mange andre sykdommer finnes det foreløpig ingen kjent behandling som kan kurere covid-19-pasienter. Oppholdet for covid-19-pasientene på intensivavdelingene går derfor ut på å gjøre alt for å optimalisere pasientens tilstand, forhindre komplikasjoner og følgesykdommer og holde pasienten i live til kroppen selv har klart å bekjempe viruset.

Sykehusenes sengekapasitet

Ved inngangen til covid-19-pandemien var det i underkant av 11 000 somatiske senger totalt ved norske sykehus.⁷² Helse Sør-Øst hadde 5854 somatiske døgnplasser, Helse Vest 2226 plasser, Helse Midt 1537 plasser og Helse Nord 1210 plasser.

I en rapport fra OECD fra 2020 går det fram at Norge i 2018 hadde 3,5 sykehussenger per 1000 innbyggere, mot 4,5 senger i gjennomsnitt i Europa.⁷³ Rapporten peker også på at de nordiske landene er blant landene i Europa med færrest sykehussenger i forhold til befolkningen. Både Sverige, Danmark og Island har mindre enn tre senger per 1000 innbyggere. Norge og Finland er på omtrent samme nivå, med henholdsvis 3,5 og 3,6 sykehussenger per 1000 innbyggere.

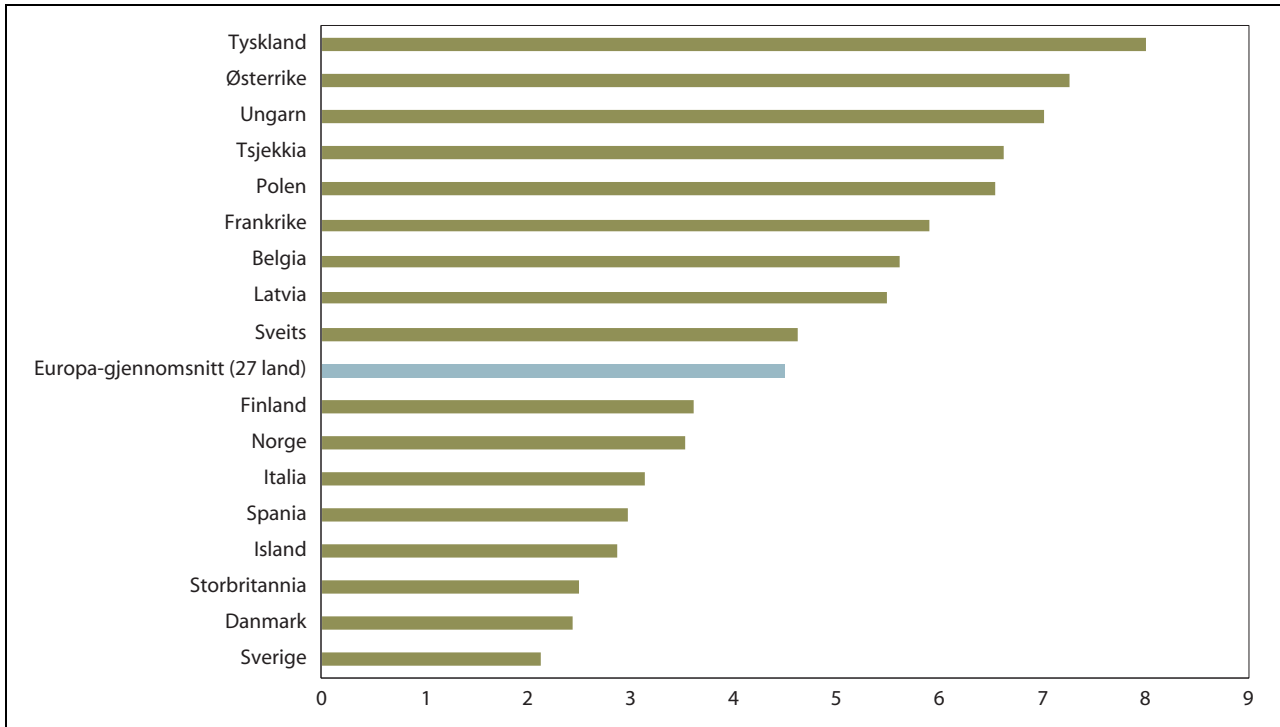
I årene før covid-19-pandemien ble det påpekt fra ulike hold at antall sykehussenger i norske sykehus var for lavt, og det ble vist til at Norge lå under OECD-gjennomsnittet for antall sykehussenger. Flere hevdet også at gjennomsnittsbelegget i norske sykehus, som lå på ca. 93 prosent mellom 2009 og 2013, var for høyt i forhold til det som er forsvarlig (Grisvold 2020; Vangsnes 2017; Den norske legeforening 2015). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten viste til at OECD i

⁷⁰ Rapport, en arbeidsgruppe sammensatt fra de fire regionale helseforetakene, 30. desember 2019, «Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv»; årsrapport, NIPaR, 10. november 2020, «Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak».

⁷¹ Nettartikkel, Helse Bergen, 10. mars 2022, «Norsk intensivregister».

⁷² SSB, statistikk «Spesialisthelsetjenesten», tabell 06922.

⁷³ Rapport, OECD, 2020, «Health at a Glance: Europe 2020»; nettartikkel, SSB, 20. november 2020, «Varierende kapasitet ved europeiske sykehus».

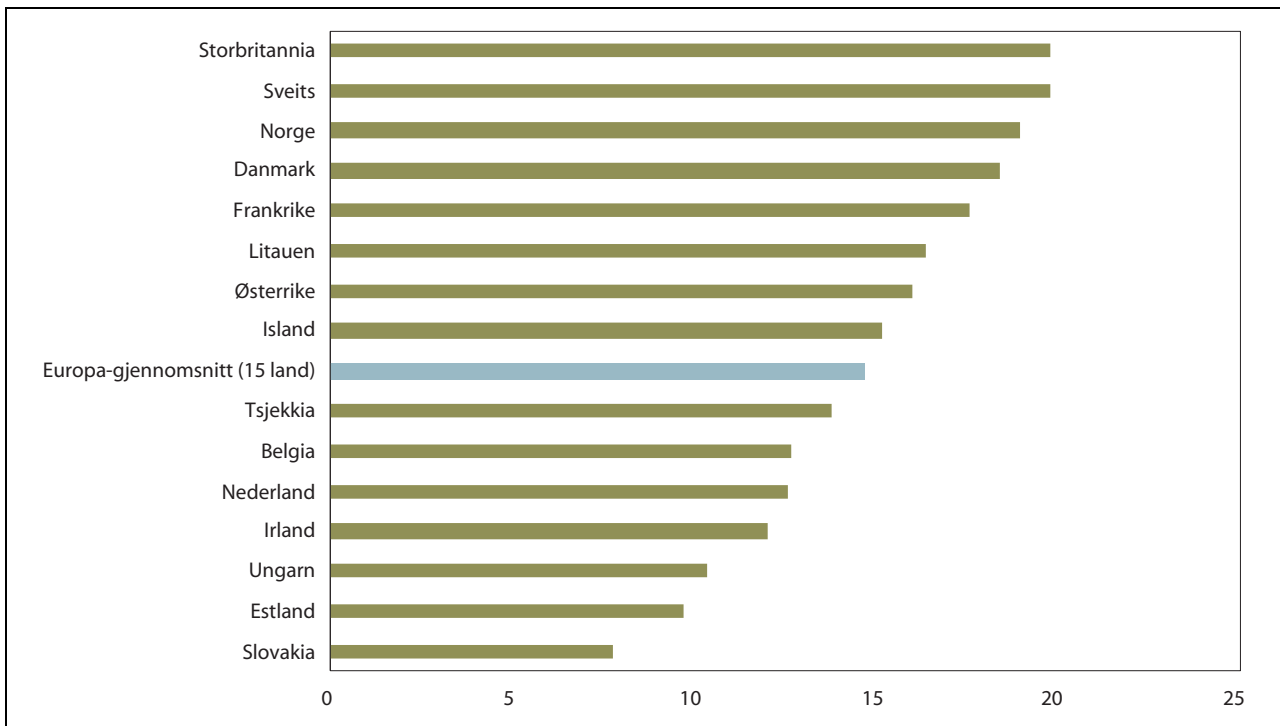


Figur 6.3 Antall sykehussenger per 1000 innbyggere. Utvalgte land i Europa 2018.

Kilde: Nettartikkel, SSB, 20. november 2020, «Varierende kapasitet ved europeiske sykehus». OECDs database.

en rapport i 2015 anbefalte et gjennomsnittsbelegg på 85 prosent som øvre grense for å kunne møte uforutsette hendelser med økt press på

sykehusene.⁷⁴ I årene 2009 til 2013 lå Norge med andre ord over den internasjonalt anbefalte maksimumsgrensen som OECD regnet som forsvarlig.



Figur 6.4 Antall årsverk ved sykehusene per 1000 innbyggere. Utvalgte land i Europa 2018. (Antall land som rapporterer årsverk i sykehus, er lavere enn antallet som rapporterer senger i sykehus).

Kilde: Nettartikkel, SSB, 20. november 2020, «Varierende kapasitet ved europeiske sykehus». OECDs database.

OECD forklarte det høye belegget i Norge med Norges lave sengetall og at også endrede arbeidsformer og pasientforløp spilte inn. I de neste årene sank beleggsprosenten i norske sykehus, og den gjennomsnittlige beleggsprosenten lå på rundt 85 prosent i perioden 2015–2019.⁷⁵

Mange pasienter som blir behandlet ved norske sykehus, trenger imidlertid ikke noen sykehusseng, men kan reise hjem samme dag som de har fått behandling. Medisinskfaglig utvikling, endrede arbeidsforhold og bedre pasientforløp har ført til at bruken av poliklinisk dagbehandling har økt (dagbehandling uten innleggelse), og at behovet for sengekapasitet har blitt redusert. Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan har det vært en ønsket utvikling med mindre døgnbehandling og mer poliklinisk behandling på dagtid.⁷⁶ Det er effektivt og kostnadsbesparende å bevisst satse på dagbehandling, og mange pasienter synes det er hensiktsmessig.⁷⁷ Finansieringsordningene er også utformet for å gi helseforetakene insentiver til å øke andelen dagkirurgi framfor døgnbehandling.

Selv om ikke alle pasienter trenger sykehusseng, trenger alle pasienter helsepersonell. Dette tilsier at antallet årsverk ved sykehusene har stor betydning for hvor mange pasienter som kan bli behandlet totalt sett. I Norge var det 19 årsverk ved sykehusene per 1000 innbyggere i 2018. Gjennomsnittet for de 15 europeiske landene som rapporterte sykehusårsverk til OECD, var 15 per 1000 innbyggere.

Forskning har imidlertid pekt på at selv om Norge har et høyt antall sykepleierårsverk per 1000 innbyggere, er det også viktig å se på andre forhold for å kunne sammenligne hvor godt helse- og omsorgstjenestene i Norge er bemannet med sykepleiere i forhold til andre land. Sammenligninger bør også ta høyde for variasjon i hvor utbredt det er å jobbe deltid, omfanget av sykefravær og permisjoner og i hvilken grad fravær i tjenestene dekkes av sykepleiere eller andre personellgrupper. Arbeidsdelingen mellom helse- og omsorgstjenesten og familien, måten helsetjenestene er organisert på,

og kravene til tjenestekvalitet har også betydning for hvilket behov hvert land har for sykepleiere (Gautun 2021).

Til tross for at utviklingen har ført til økt poliklinisk dagbehandling, finnes det en øvre grense for hvor mye sengekapasiteten kan bli redusert. Legeforeningen er blant aktørene som har hevdet – også før covid-19-pandemien – at større reduksjoner i sengekapasiteten ville være feil vei å gå (Den norske legeforening 2015). De har pekt på at redusert sengekapasitet kan svekke produktiviteten og i ytterste konsekvens gå utover pasientsikkerheten. Systematisk høy beleggsprosent kan dessuten føre til redusert kvalitet i behandling og pleie. Det kan også gi forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttmottak, økt sykdom blant personellet, økt forekomst av sykehusinfeksjoner og økt dødelighet. Kommisjonen vil påpeke at det å ha nok sykehussenger og et tilstrekkelig antall årsverk også er viktig med tanke på beredskap og sykehusenes kapasitet i en krise. Ved avveiningen av antall sengeplasser i norske sykehus vil det blant annet være viktig å ta hensyn til effektivitet, logistikk, økonomi, pasientsikkerhet og forsvarlig beredskap.

Sykehusenes intensivkapasitet

I rapporten om intensivkapasitet fra desember 2019 var antallet intensivplasser og antallet intermedieplasser med. Rapporten viste 248 intensivsenger og 559 intermediepsenger i Norge ved utgangen av 2019 – 807 senger samlet sett.⁷⁸

NIPaR registrerer intensivkapasitet i starten av hvert kalenderår til bruk i årsrapporten for året før. Kapasitetsopplysninger fra starten av 2020 ble samlet inn manuelt gjennom direkte kontakt med alle intensivenehetene i registernetverket. Tallet på bemannede intensivsenger var da 502, men fordi bemanningen om kvelden, på natten og i helgen er lavere, og fordi personell på intensivavdelinger også ofte har ansvar for andre akutfunksjoner i sykehusene, var 256 pasienter det reelle tallet på antall respiratorpasienter som kunne bli behandlet ved ordinær drift.⁷⁹

I begynnelsen av mars 2020, etter utbruddet av covid-19-pandemien, ble det gjennomført en kartlegging ute i sykehusene av intensivsenger og mulig utvidelse av intensivkapasiteten. Alle de

⁷⁴ Rapport, OECD, 2015, «Health at a Glance 2015»; notat, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, november 2015, «Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2015».

⁷⁵ Nettartikkel, SSB, 20. november 2020, «Varierende kapasitet ved europeiske sykehus».

⁷⁶ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*.

⁷⁷ Notat, Helsedirektoratet, november 2020, «Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten – Kostnader, aktivitet og kvalitet – SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2019», ref. IS-2957.

⁷⁸ Rapport, en arbeidsgruppe sammensatt fra de fire regionale helseforetakene, 30. desember 2019, «Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv».

⁷⁹ Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 30. september 2021.

regionale helseforetakene rapporterte på dette, og det ble laget en samlet framstilling.⁸⁰ Her gikk det fram at det totalt i landet var 289 intensivplasser som det fantes bemanning til. Dette inkluderte intensivplasser både for voksne og barn. Av disse 289 intensivplassene hadde Helse Sør-Øst 157 plasser, Helse Vest 57 plasser, Helse Midt 49 plasser og Helse Nord 26 plasser.

Sykehusene hadde i henhold til planverkene sine mulighet til å utvide til 742 intensivplasser på landsbasis i en pandemisituasjon. Kartleggingen framhevet imidlertid at det ikke var tatt med i beregningen om det ville være utstyr tilgjengelig for en slik utvidelse. I tallene var det hovedsakelig lagt inn plasser som var klassifisert som postoperative eller intermediærplasser.

Sykehusene estimerte også et tentativt, maksimalt antall intensivpasienter de kunne ta imot. Hvis helsetjenesten i en ekstrem situasjon tok i bruk alt tilgjengelig utstyr og personell, ville de i en slik unntakssituasjon kunne mobilisere 925 intensivplasser på landsbasis. Estimert var imidlertid usikkert og forutsatte styrket bemanning og utstyr.

Det er et avvik mellom tallet på 289 intensivplasser som de regionale helseforetakene oppga i mars 2020, de 248 intensivplassene som ble beskrevet i den regionale intensivrapporten fra 2019, og de 256 intensivplassene i NIPaRs årsrapport. En årsak kan være at det i rapporten og i årsmeldingen er en del medisinske intensivsenger som er klassifisert som intermediærsenger i stedet for intensivsenger.⁸¹

I den regionale intensivrapporten fra desember 2019 går det fram at forskjellene både for intensiv- og overvåkingskapasitet var store helse-

regionene imellom. Rapporten konstaterte også at kapasiteten for overvåking og intermediærsenger var rundt det dobbelte av kapasiteten for intensivbehandling, og at dette varierte mellom helseregionene. Den konkluderte med at Norge lå lavt i antall intensivsenger per innbygger sammenlignet med tilsvarende land i Nord-Europa.

Rapporten beskriver videre at sykehusene i Norge har ulik infrastruktur for intensivbehandling. Blant annet varierer omfanget av sykehuses intermediærenheter. Pasienter som ligger på intermediærenheter, vurderes ofte som for dårlige til å kunne ligge på en vanlig sengepost, men fyller ikke nødvendigvis kriteriene for å bli lagt inn på en intensivsenhet. Grensene her er av naturlige grunner ikke skarpe, verken mot sengepost eller intensivsenheten, og vurderingene er basert på skjønn og varierer noe fra sykehus til sykehus. Intensivkapasiteten på et sykehus vil uansett påvirkes av intermediærkapasiteten – i større eller mindre grad. Større sykehus kan for eksempel ofte også gi svært avansert behandling på intermediærenhetene, og enhetene kan ha en samlet aktivitet som overgår intensivsenheter på enkelte mindre sykehus.

Tabell 6.3 er hentet fra den regionale intensivrapporten fra desember 2019. Tabellen viser intensivsenger og intermediærsenger per regionale helseforetak.⁸²

Rapporten konkluderer med at det er store regionale forskjeller på intensiv- og overvåkingskapasiteten i Norge, og at Helse Vest kommer dårligst ut med 3,4 senger per 100 000 innbyggere. Helse Vest har derimot færre opphold, intensiv-

⁸² Det går fram av rapporten at operative intensivsenger har vært vanskelig å tallfeste helt eksakt, spesielt for noen av de mindre helseforetakene. Årsakene er at kapasiteten endrer seg i løpet av uken fordi det er redusert kapasitet i helger, og fordi det er vanskelig å skille intensivsenger fra intermediærsenger i enkelte felles intensiv- og overvåkingsenheter.

Tabell 6.3 Intensivsenger og intermediærsenger per regionale helseforetak.

Regionalt helseforetak	Befolkning	Intensivsenger	Per 100 000	Intermediærsenger	Per 100 000	Intensivenheter
Nord	480 000	30	6,3	42	8,7	11
Midt	710 000	32	4,5	58	7,1	5
Vest	1 110 000	37	3,4	67	6,1	5
Sør-Øst	2 920 000	144	4,9	392	13,4	17
Samlet	5 220 000	248	4,8	559	10,7	38

Kilde: Rapport, en arbeidsgruppe sammensatt fra de fire regionale helseforetakene, 30. desember 2019, «Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv»

⁸⁰ Notat, viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst, 16. mars 2020, «Notat vedrørende intensivplasser ved helseforetak og sykehus i Norge».

⁸¹ Ibid.

døgn og respiratordøgn enn de andre tre regionale helseforetakene. Videre går det fram at kapasiteten for overvåking på landsbasis er omtrent dobbelt så høy som kapasiteten for intensivbehandling. Rapporten framhever også at den totale intensivkapasiteten i Norge er lav sammenlignet med kapasiteten i Sverige, Irland og Nederland.

For å få en fullstendig oversikt over intensivkapasiteten i sykehusene er det helt sentralt å få tilstrekkelig oversikt over tilgangen til kvalifisert personell og spesielt oversikt over landets intensivsykepleiere. Denne oversikten fantes ikke før pandemien brøt ut, og fantes heller ikke per oktober 2021. Dette ble påpekt av Norsk Sykepleierforbund i deres forklaring for kommisjonen.⁸³

Det eksisterer ikke noe nasjonalt register over sykepleiere med spesialisering innenfor ulike områder, heller ikke intensivsykepleiere. Unntaket er jordmødre som har en egen autorisasjonsordning. Det fantes derfor ikke pålitelige tall for hvor mange intensivsykepleiere vi hadde i Norge da pandemien brøt ut. Konsulentfirmaet Analyse-senteret fastslo også i 2020, i et oppdrag på vegne av Norsk Sykepleierforbund, at det ikke var mulig å angi hvor mange sykepleiere nasjonalt som har videreutdanning i akutt-, anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjons-, kreft- eller allmennsykepleie.⁸⁴ Det finnes derimot god oversikt over leger med spesialisering, inkludert anestesileger. Ordningen med spesialistgodkjenning for leger innebærer at det alltid finnes oppdaterte registre over alle leger innenfor de ulike spesialitetene.

Da pandemien brøt ut i Norge, ble det tydelig at øverste ansvarlige helsemyndighet, HOD, ikke hadde oversikt over den totale intensivkapasiteten i landet. Den 10. mars 2020 gikk helse- og omsorgsminister Bent Høie på talerstolen i Stortinget og sa at sykehusene kunne skalere opp til 1200–1400 intensivplasser i en kritisk situasjon. Han understreket at tallet forutsatte en midlertidig stans i planlagt operasjonsvirksomhet ved alle sykehus. Dette tallet var imidlertid altfor høyt, og Høie måtte i ettertid informere Stortinget om de reelle tallene.⁸⁵ Også tidligere statsminister Erna Solberg uttalte i forklaringen sin for kommisjonen at intensivkapasiteten i Norge viste seg å være

noe mindre enn regjeringen forventet at den var.⁸⁶

Sykehusenes kapasitet de siste fem årene

Sykehusenes sengekapasitet

I årene fram mot covid-19-pandemien ble det, som beskrevet over, stadig flere pasienter på sykehusene, og samtidig ble antallet sykehussenger redusert. I 2019 var det i underkant av 100 000 flere pasienter og 600 færre senger enn i 2015.⁸⁷ Antallet døgn pasientene disponerte sykehussengene, altså lengden på sykehusinnleggelsene, falt omtrent i samme omfang som antallet senger. I 2015 var det til sammen nesten 11 700 sykehussenger i Norge, og pasientene disponerte dem totalt 3,3 millioner døgn (liggedager). I 2019 var sengene redusert til under 11 100 og liggedagene til 3,1 millioner.⁸⁸

Til tross for at det ble flere pasienter og færre senger i disse årene, holdt beleggsprosenten seg stabil på rundt 85 prosent i perioden 2015 til 2019. Beleggsprosenten sier noe om hvor mange av sengene som i gjennomsnitt er i bruk per dag.⁸⁹ At beleggsprosenten er stabil til tross for at sengetallet ble redusert, kommer av at færre pasienter som nevnt får døgnbehandling der de må overnatte på sykehuset, mens flere gjennomfører polikliniske konsultasjoner.⁹⁰

Utviklingen med mindre døgnbehandling og mer poliklinisk behandling viser seg ikke bare i antallet pasienter, men også i antallet konsultasjoner. Antallet polikliniske konsultasjoner økte med 10 prosent fra 2015 til 2019, mens antallet liggedager sank med 5 prosent.

Noen pasienter får også dagbehandling. Slik behandling er mer omfattende enn polikliniske konsultasjoner og forutsetter tilgang til seng. Pasienten overnatter imidlertid ikke på sykehuset og telles derfor ikke med i liggedagene. Antallet dagbehandling holdt seg relativt stabilt i perioden

⁸³ Forklaring, nestleder Kai Øivind Brenden i Norsk Sykepleierforbund og leder for intensivsykepleierne Paula Lykke i Norsk Sykepleierforbund, 18. november 2021.

⁸⁴ Notat, Analysesenteret, 4. juni 2020, «SSB og tall for sykepleiere med videre- og masterutdanning»; brev, Norsk Sykepleierforbund til Koronakommisjonen, 30. september 2021.

⁸⁵ Brev, helse- og omsorgsminister Bent Høie til Stortinget, 19. mars 2020, ref. 20/1320.

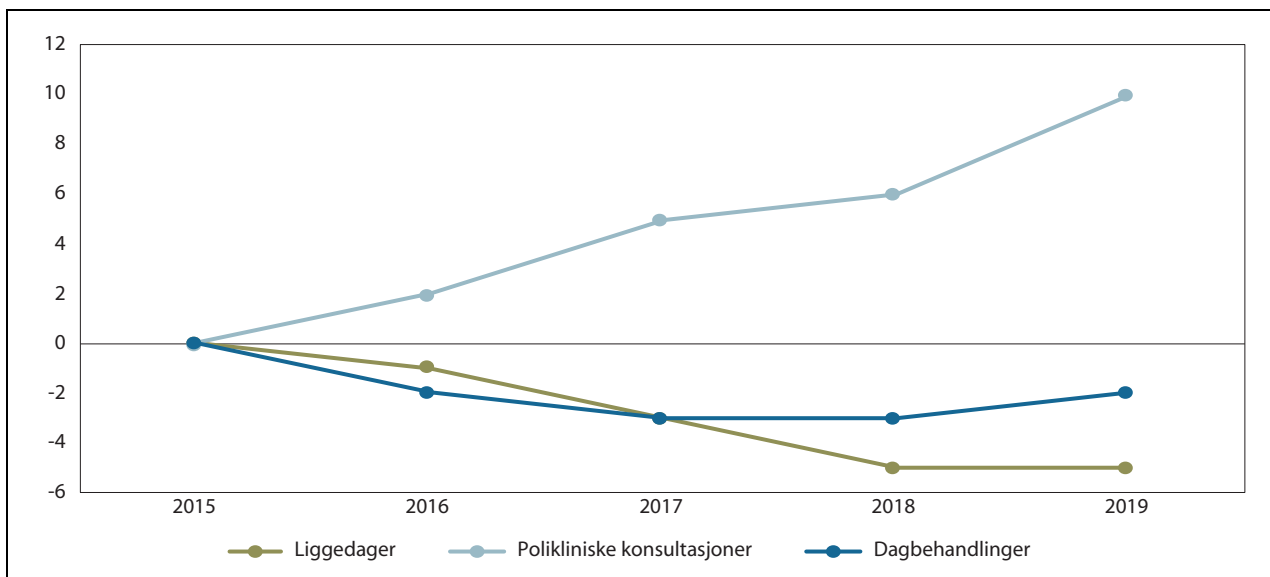
⁸⁶ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

⁸⁷ Nettartikkel, SSB, 14. oktober 2020, «Flere pasienter og færre senger».

⁸⁸ Liggedager er antall hele døgn en innlagt pasient med heldøgnsopphold disponerer en seng ved et somatisk sykehus. Kilde: SSB.

⁸⁹ Beleggsprosenten beregnes etter formelen liggedager delt på sengedøgn. Sengedøgn er det maksimale antall overnattinger som er mulig innenfor ordinær drift i løpet av året. Det vil si antall senger multiplisert med antall døgn sengene var tilgjengelige i løpet av året. Kilde: SSB.

⁹⁰ Polikliniske konsultasjoner er undersøkelser og behandling som gjennomføres uten innleggelse på døgn- eller dagbasis. Dette er behandling hvor de medisinske tiltakene er kortvarige og mindre omfattende enn dagbehandling og innleggende behandling. Kilde: SSB.



Figur 6.5 Akkumulert utvikling i aktiviteten på sykehusene fra 2015 til og med 2019. Angitt i prosent.

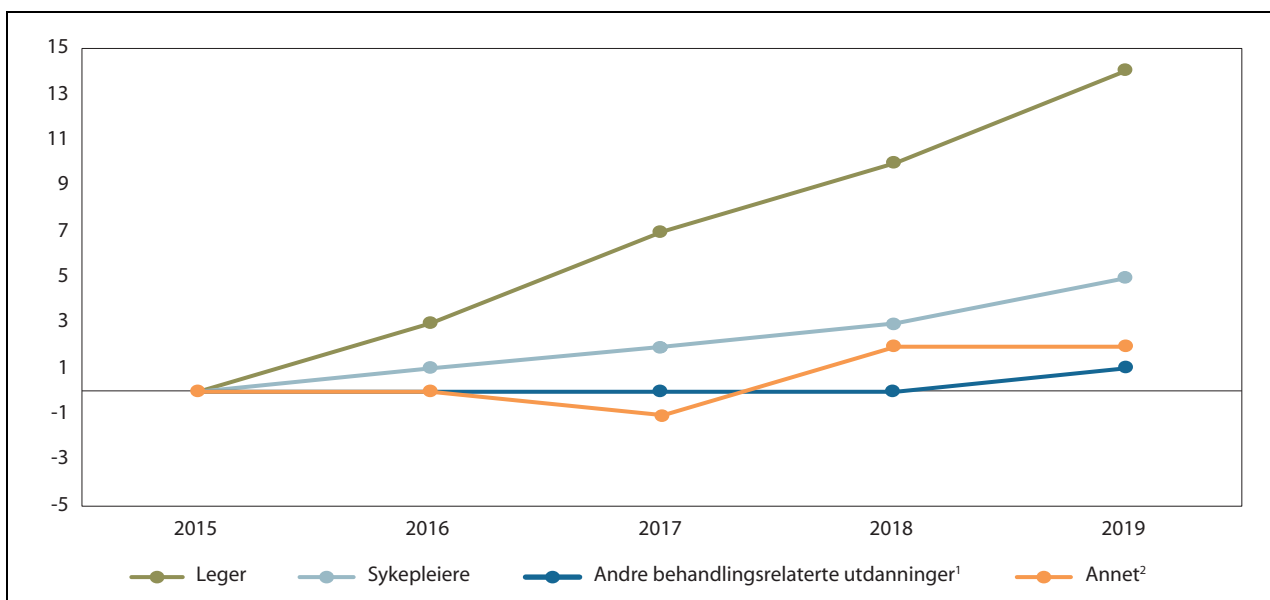
Kilde: Nettartikkel, SSB, 14. oktober 2020, «Flere pasienter og færre senger»

2015 til 2019. Figur 6.5 viser den akkumulerte utviklingen i aktiviteten på sykehusene fra 2015 til og med 2019.

Utviklingen i antall årsverk hadde også betydning for utviklingen i sykehusenes kapasitet fram mot covid-19-pandemien. I 2019 var det 74 100 årsverk ved sykehusene.⁹¹ Det var 3300 flere enn i 2015. Det var lege- og sykepleierårsverkene som

økte mest. Figur 6.6 viser hvordan utviklingen i årsverkene på sykehusene har vært siden 2015.

⁹¹ Årsverk i denne sammenhengen viser til avtalte årsverk uten lange fravær. Det vil si summen av antall heltidsjobber og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber, uten årsverk som har gått tapt på grunn av legemeldt fravær og foreldrepermisjon. Kilde: SSB.



Figur 6.6 Endring i årsverk ved sykehusene etter type utdanning fra 2015 til 2019. Angitt i prosent.

¹ Andre behandlingsrelaterte utdanninger inkluderer psykologer, kliniske ernæringsfysiologer, hjelpepleiere inkludert barnepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, jordmødre, radiografer, vernepleiere, bioingeniører og sosionomer.

² «Annet» inkluderer helsesekretærer, annen utdanning på videregående skole-nivå, annen utdanning på universitets- og høyskolenivå og personell uten helse- og sosialfaglig bakgrunn.

Kilde: Nettartikkel, SSB, 14. oktober 2020, «Flere pasienter og færre senger»

Tabell 6.4 Andel belegg på intensivavdelingene ved ordinær drift nasjonalt.

Tidsrom	Tilgjengelige liggedager	Liggedager	Prosent belegg
Februar 2016–januar 2017	138 335	62 011	44,8 %
Februar 2017–januar 2018	145 600	65 347	44,9 %
Februar 2018–januar 2019	156 884	64 150	40,9 %
Februar 2019–januar 2020	148 148	64 926	43,9 %

Kilde: Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 22. oktober 2021

For å se på hvilke ressurser som var tilgjengelig for pasientene gjennom disse årene, og sykehusenes beredskap overfor befolkningen, er det relevant å se på årsverk per pasient. Tallene viser at det var omtrent like mange årsverk per pasient i 2019 som i 2015. Ulike pasientgrupper og behandlingsformer krever ulik mengde ressurser, og intensivpasienter er for eksempel en gruppe som krever mye ressurser. Det at antall årsverk per pasient totalt sett har vært stabilt, sier ikke noe om hvorvidt ressursbruken har endret seg mellom ulike pasientgrupper og behandlingsformer i perioden.

Sykehusenes intensivkapasitet

Den regionale intensivutredningen fra desember 2019 slo fast at intensivkapasiteten i 2019 var på samme nivå som ti år tidligere med omtrent fem senger per 100 000 innbyggere. At det har vært små endringer i intensivkapasiteten i årene før pandemien, understøttes også av andre faglige utredninger og flere av forklaringene for kommisjonen.⁹²

På forespørsel fra kommisjonen la NIPaR fram en oversikt over totalbelegget på intensivavdelingene i Norge per år de fire siste årene før pandemien brøt ut.⁹³ Tabell 6.4 viser belegget i forhold til kapasitet ved normal drift nasjonalt.

NIPaR presiserte at dersom de innlagte intensivpasientene krever avansert intensivbehandling, vil det tilsvare den dobbelte beleggsprosenten av det som går fram av tabellen. Dette henger sammen med tilgjengelig kompetent personell om kvelden, på natten og i helger. Spesielt ved mindre

intensivenheter er personell med kompetanse på avansert intensivbehandling begrenset. For at turnusen skal gå opp for personellet, vil tilgangen på kompetanse styre hvor mange avanserte intensivpasienter som kan behandles om kvelden, på natten og i helger.

6.5 Eksisterende planverk og gjennomførte øvelser da covid-19-pandemien brøt ut

Nasjonale, regionale og lokale planer

I kommisjonens første rapport konkluderte vi med at sykehusene hadde planverk for pandemi, men at planene ikke passet til covid-19-pandemien med sitt langvarige forløp der kapasiteten måtte skaleres opp og ned i takt med smitten i samfunnet.⁹⁴ Grunnlaget for konklusjonen er forsterket gjennom den videre granskingen vår.

Både de regionale helseforetakene og helseforetakene skal for egen krisehåndtering ta utgangspunkt i det nasjonale planverket og følge dette. Det nasjonale planverket består blant annet av Nasjonal helseberedskapsplan, Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.⁹⁵

Av Nasjonal helseberedskapsplan går det fram at aktørene jevnlig skal evaluere og oppdatere planene sine, og at lærdom fra øvelser og hendelser, bør blir innarbeidet i planene gjennom et systematisk forbedringsarbeid.

De regionale helseforetakene skal utarbeide en beredskapsplan for tjenestene de skal sørge

⁹² Rapport, Helse Sør-Øst, 2014, «Rapport intensivkapasitet i Helse Sør-Øst 2014»; rapport, Hans Flaatten, januar 2011, «Intensivkapasitet og fordeling av intensivrespiratorer»; forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

⁹³ Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 22. oktober 2021.

⁹⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 307.

⁹⁵ Beredskapsplan, HOD, 1. januar 2018, «Nasjonale helseberedskapsplan»; beredskapsplan, HOD, 2. desember 2019, «Nasjonale beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer»; beredskapsplan, HOD, 23. oktober 2014, «Nasjonale beredskapsplan pandemisk influensa».

for.⁹⁶ De føringene som de legger i disse regionale planene, skal videre være gjenspeilet i planverkene på helseforetaksnivå slik at beredskapsarbeidet i regionene blir helhetlig og samordnet.

Både de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetakene skal ha beredskapsplaner der det inngår en egen plan for influensapandemi. Planen skal være samordnet med beredskapsplanene til kommunene, fylkeskommunene og de andre regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene og helseforetakene må legge lokale forhold og forutsetninger til grunn når de utarbeider pandemiplanene, og planene skal ha som mål å bidra til at tilgjengelige ressurser blir utnyttet best mulig under de ulike fasene av en pandemi.⁹⁷

Planene må også være samordnet med Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Den nasjonale planen inneholder tiltak og sykdomsspesifikke råd for helse- og omsorgstjenesten og befolkningen. Tiltak som blir omtalt, er kommunikasjon, overvåking, rapportering og diagnostisering av influensa, smitteverntiltak og vaksinasjon. Den beskriver også ulike pandemiscenarier og et planleggingsscenario for å dimensjonere beredskapsevne og kapasitet.

I planleggingsscenarioet blir helsetjenesten anbefalt å planlegge for at 25 prosent av befolkningen får influensa med symptomer, og at det blir 160 000–280 000 ekstra kontakter med helsetjenesten. Videre må sykehusene kunne ta imot opp til 14 000–16 500 ekstra innleggelser, og 1400–2800 av disse vil kreve intensivbehandling. Om lag 90 prosent av dette vil skje over en periode på åtte uker.

De regionale helseforetakene skal også utarbeide en regional smittevernplan.⁹⁸ Smittevernplanen gjelder for helseforetakene i regionene og for de private sykehusene som har avtaler med de regionale helseforetakene. Det er en forutsetning at smittevernplanen blir lagt til grunn i helseforetakenes og sykehusenes eget smittevernarbeid.

Gjennomførte øvelser

I den første rapporten vår gikk vi gjennom øvelser som var gjennomført i de regionale helseforetakene i tiden etter svineinfluensaen i 2009. Der

gikk det fram at Helse Sør-Øst gjennomførte diskusjonsøvelser med de administrerende direktørene med pandemi som tema i 2014 og 2015. Helse Vest gjennomførte i 2017 en bordøvelse med temaene masseevakuering og influensautbrudd. I 2019 hadde Helse Midt en simuleringsøvelse om høyrisikosmitte. Kommisjonen kan ikke se at de regionale helseforetakene har gjennomført fullskalaøvelser om smittevern eller pandemi etter 2009.

Flere har fortalt kommisjonen at sykehusene jevnlig gjennomfører traume- og masseskadeøvelser, men at det i liten grad har blitt gjennomført øvelser for pandemihåndtering og kohortplanlegging.⁹⁹ I Helse Bergen ble det imidlertid gjennomført en pandemiøvelse i juni 2020 der helsepersonell øvet på å etablere en mobil intensivenhet i en gymsal på Haukeland sykehus.

Legeforeningen uttalte i forklaringen sin for kommisjonen følgende om øvelser:

Det er også viktig med simulering i normaltid, altså å kunne øve på ting. Det koster, fordi du må dra ned en elektiv virksomhet for å øve. Det kan gå 50 år mellom ulike hendelser. Sykehusene må forstå at de er en beredskapsinstitusjon i tillegg. Simuleringer har blitt vanligere på enkeltcasetilfeller, og man øver fra tid til annen på større ulykker som for eksempel trafikkulykker med 10 skadde. Men også det er tatt ned og gjort til skrivebordsøvelser fordi man er så presset på kapasitet.¹⁰⁰

Administrerende direktør i Helse Vest påpekte overfor kommisjonen:

Jeg har jobbet med beredskap i mange år, men har forholdt meg til bussulykker eller flystyrt som dimensjonerende hendelse.¹⁰¹

Sykehusenes planverk

Da vi utarbeidet den første rapporten, ba vi sju helseforetak om å redegjøre for planverket sykehusene hadde da pandemien brøt ut i mars 2020.¹⁰²

Alle sykehusene opplyste at de hadde planverk for pandemisk influensa og en overordnet bered-

⁹⁶ Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 b; lov av 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-2.

⁹⁷ Nasjonale faglige råd, Helsedirektoratet, 13. november 2019, «Pandemiplanlegging».

⁹⁸ Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 7-3 andre ledd.

⁹⁹ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021.

¹⁰⁰ Forklaring, tidligere president og president Anne-Karin Rime i Legeforeningen, 26. november 2021.

¹⁰¹ Forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021.



Figur 6.7 Øvelse under pandemien: En mobil intensivenhet ble etablert i en gymsal på Haukeland universitetssykehus.

Foto: Katrine Sunde / Helse Bergen

skapsplan og smittevernplan i tillegg til de nasjonale planene, og at de tok utgangspunkt i dette planverket da covid-19-pandemien kom. Ifølge sykehusene bygde planverkene på svineinfluensaen fra 2009 som et viktig erfaringsgrunnlag.¹⁰³

Ahus satte i slutten av januar 2020 i gang de første forberedelsene for en pandemi med utgangspunkt i planene nevnt ovenfor. Sykehuset erfarte at planverket som eksisterte, var lite detaljert på flere punkter og at det ikke ga svar på hvordan sykehuset kunne ta imot et stort antall smittede pasienter. Ahus fant også ut at både det over-

ordnede og det lokale planverket var lite kjent i deler av organisasjonen.¹⁰⁴

Pandemiplanen som Helse Bergen hadde i begynnelsen av 2020, var utarbeidet i 2009/2010, og planen var ifølge helseforetaket ikke oppdatert og ikke lenger hensiktsmessig å bruke med tanke på ombyggingen og omorganiseringen av sykehuset som ble utført i 2014. Helseforetaket hadde planlagt å revidere pandemiplanen høsten 2019/vinteren 2020. Revisjonen ble utført med økt tempo fra januar 2020 da det ble tydelig at en mulig pandemi var nært forestående.¹⁰⁵

En ansatt fra Haukeland universitetssykehus uttalte seg om planverket i forklaringen sin til kommisjonen:

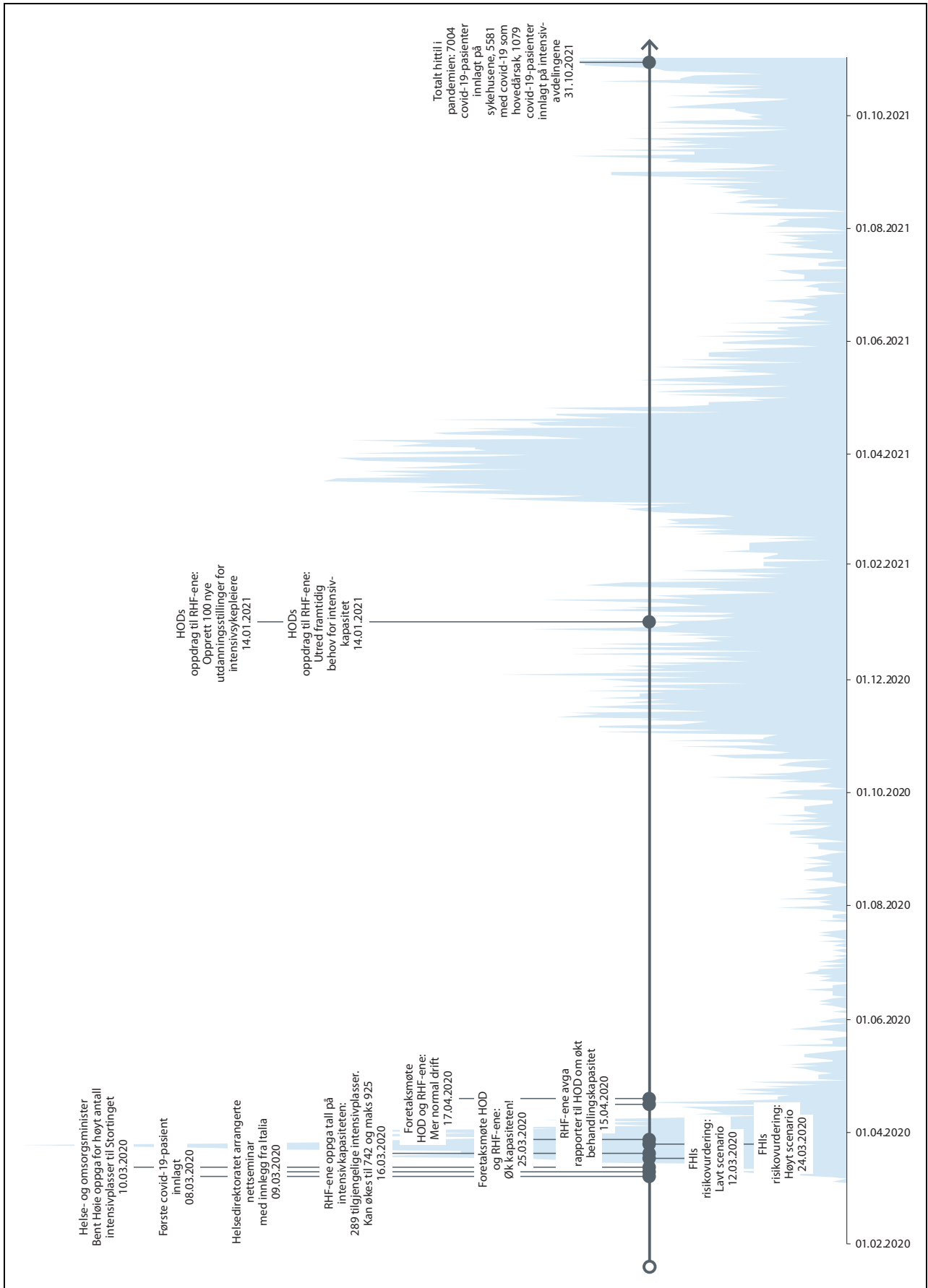
Det jeg har forstått nå, er at en pandemiplan ikke er statisk, men plastisk. Den må endres ettersom pandemien utvikler seg.¹⁰⁶

¹⁰² Brev, Koronakommisjonen til OUS, Ahus, Helse Bergen, St. Olavs hospital, Østfoldsykehuset, Finnmarkssykehuset og UNN, 2. november 2020.

¹⁰³ Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 30. november 2020; brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 24. november 2020; brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 1. desember 2020; brev, OUS til Koronakommisjonen, 20. november 2020; brev, St. Olavs hospital til Koronakommisjonen, 30. november 2020; brev, Sykehuset Østfold til Koronakommisjonen, 30. november 2020; brev, UNN til Koronakommisjonen, 26. november 2020.

¹⁰⁴ Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 30. november 2020.

¹⁰⁵ Brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 1. desember 2020.



Figur 6.8 Tidslinje fra februar 2020 til oktober 2021 for hendelser knyttet til intensivkapasitet og -beredskap. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter på sykehus med covid-19 som hovedårsak.

OUS opplyste også om at de tok utgangspunkt i det eksisterende planverket for influensapandemi. Covid-19-pandemien var på mange måter annerledes enn svineinfluensaen, og sykehuset erfarte at de fortløpende måtte tilpasse planverket etter den nye situasjonen. Alle klinikkene på sykehuset reviderte de eksisterende planene og tilpasset dem etter den aktuelle situasjonen.¹⁰⁷

UNN hadde også en pandemiplan som de måtte tilpasse betydelig etter covid-19-pandemien. Den tilpassede planen ble fortløpende justert flere ganger underveis i pandemien. De første utgavene av planene hadde blant annet ikke tatt tilstrekkelig høyde for at pandemien skulle bli så langvarig.¹⁰⁸

Oppsummert hadde sykehusene pandemiplanverk å ta utgangspunkt i da covid-19-pandemien inntraff. De måtte imidlertid tilpasse planene etter denne konkrete pandemien og justere dem fortløpende ettersom pandemien utviklet seg og dro ut i tid.

6.6 Sykehusene under covid-19-pandemien

Sykehusenes oppskalering av kapasiteten under den første smittebølgen

Innledning

Kommisjonen har sett på hva sykehusene gjorde for å skalere opp antall sengeplasser og intensivkapasiteten, slik at de kunne ta imot covid-19-pasienter da pandemien brøt ut. Vi har gransket hvilke utfordringer sykehusene hadde da de skulle skalere opp kapasiteten, og hva sykehusene gjorde for å løse utfordringene.

De sju helseforetakene kommisjonen har innhentet innspill og erfaringer fra, er ulike i størrelse og organisering. Enkelte av disse sykehusene tok imot svært mange covid-19-pasienter, og det gikk raskt utover kapasiteten. Andre sykehus tok imot færre covid-19-pasienter. Til sammen mener vi gjennomgangen gir et representativt bilde av situasjonen da sykehusene på svært kort tid måtte skalere opp kapasiteten. Pandemien har imidlertid rammet landsdeler og sykehusene på ulike måter til ulik tid, og det vil derfor også finnes lokale utfordringer og løsninger som ikke blir beskrevet her.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

¹⁰⁷ Brev, OUS til Koronakommisjonen, 20. november 2020.

¹⁰⁸ Brev, UNN til Koronakommisjonen, 26. november 2020.

Opptakten og forberedelsene vinteren 2020

Fra desember 2019 fulgte sykehusene i Norge nøye med på covid-19-utbruddet i Wuhan i Kina og den raske spredningen av viruset til Europa. Sykehusenes beredskapsforberedelser startet for alvor i januar 2020. OUS gjennomførte en workshop 15. januar der de gikk gjennom beredskapsplanene for pandemi, og de satte i gang en revisjon av planene for å utvide behandlings- og intensivkapasiteten.¹¹⁰ Også på de andre sykehusene startet forberedelsene med utgangspunkt i sykehusenes eksisterende planverk for beredskap, smittevern og pandemisk influensa.

Det første smittetilfellet ble påvist i Norge 26. februar 2020. OUS etablerte grønn beredskap 28. februar 2020. Den utløsende årsaken var et smittetilbrudd blant egne ansatte ved øyeavdelingen og økende smitte i Italia med økt risiko for at smitten kunne spre seg til Norge. Fra omkring dette tidspunktet gikk sykehusledelsene ved alle sykehusene over til stadig hyppigere møter. Sykehusledelsene ble også forsterket med beredskapsrepresentanter, faglige eksperter og beredskapsledelse.¹¹¹ Den 9. mars 2020 arrangerte Helsedirektoratet et nettseminar for helsepersonell på norske sykehus. Her deltok overlege og professor Giacomo Grasselli, som var koordinator for intensivenhetene i Lombardia-regionen i Italia. Grassellis budskap var tydelig: Myndighetene og sykehusene måtte snarest planlegge for å ta imot mange smittede og syke covid-19-pasienter.

Helsepersonell på ulike sykehus har fortalt kommisjonen at situasjonen i Italia gjorde sterkt inntrykk, og rådene om å snarest starte planleggingen ble tatt på alvor. En tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus fortalte kommisjonen:

¹⁰⁹ De sju helseforetakene har beskrevet oppskaleringen av kapasiteten og utfordringene under den første smittebølgen i brev til Koronakommisjonen: brev, Ahus til Koronakommisjonen, 30. november 2020; brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 24. november 2020; brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 1. desember 2020; brev, OUS til Koronakommisjonen, 20. november 2020; brev, St. Olavs hospital til Koronakommisjonen 30. november 2020; brev, Sykehuset Østfold til Koronakommisjonen, 30. november 2020; brev, UNN til Koronakommisjonen, 26. november 2020.

¹¹⁰ Brev, OUS til Koronakommisjonen, 20. november 2020.

¹¹¹ Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 30. november 2020; brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 1. desember 2020; brev, UNN til Koronakommisjonen, 24. november 2020; brev, St. Olavs hospital til Koronakommisjonen, 30. november 2020; brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 24. november 2020.

Det var en kollega på ett av de store sykehusene i Nord-Italia. Nord-Italia er helt på høyde med Skandinavia. Det er den rike delen av Italia. Han sitter der etter å ha jobbet 36 timer og gir dette intervjuet med oss. Du ser hvor sliten han er. Det han forteller, er helt håreisende. Han hadde ingen grunn til å male det svartere enn det det var. Da ble alle kluter satt til for å hindre det samme hos oss.¹¹²

Den 11. mars 2020 ba Helsedirektoratet de regionale helseforetakene om å iverksette tiltak for å sikre tilstrekkelig kapasitet for å behandle en forventet økning av covid-19-pasienter. De regionale helseforetakene svarte som nevnt 16. mars 2020 at det totale antallet intensivplasser ved ordinær drift var 289, men at dette kunne økes til 742 i henhold til planverkene. Videre kunne det maksimale antallet intensivplasser økes til 925, men det forutsatte styrket bemanning og utstyr.¹¹³ Den 25. mars 2020 ble det holdt et felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene.¹¹⁴ Møtet ble ledet av daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie. I møtet ble det vist til at FHI's fjerde risikoanalyse for kapasitetsbehov ved maksimal utbredelse av covid-19 viste:

- sykehusinnleggelses i intervallet 1700–4500
- intensivplasser i intervallet 600–1200

I og med at kapasiteten i sykehusene lå godt under det som ble angitt som maksimalt behov, ba helse- og omsorgsministeren de regionale helseforetakene om å legge konkrete planer for å møte det maksimale behovet.

På bakgrunn av de eksisterende planene utarbeidet sykehusene raskt nye planer, prosedyrer og tiltak tilpasset covid-19-pandemien. Sykehusene laget planer for å trappe opp intensivkapasiteten, omdisponere personell og tilpasse lokaler. Enkelte sykehus holdt allmøter, og noen gjennomførte miniovelser i akuttmottaket. Flere sykehus laget prosedyrer for å ta imot og håndtere pasienter. Sykehusene innså raskt at utformingen av akuttmottakene spesielt, og sykehuslokalene generelt, ville skape store utfordringer ved en tilstrømming av mange mulig smittede og syke pasienter.

Akuttmottak, lokaler og geografi

Sykehusene er helt avhengige av å ha akuttmottak som fungerer, både ved ordinær drift og ikke minst i helsekriser. Akuttmottakene var inngangsporten for både mulig smittede og påvist smittede covid-19-pasienter og andre pasienter som trengte øyeblikkelig hjelp. Administrerende direktør i Helse Vest uttalte i forklaringen sin til kommisjonen:

Det å «sortere» pasienter som kommer i perioder i høyt antall til våre akuttmottak, er krevende. De skal sorteres etter potensielt smitte og ikke smittede, det skal tas prøver, og de skal holdes fra hverandre i akuttmottak som ikke er bygd for å håndtere en pandemisituasjon.¹¹⁵

Det var essensielt at akuttmottakene hadde tilstrekkelig kapasitet til pretriagering og triagering av pasienter i tillegg til akuttbehandling. Pretriagering er en grovsortering og en smitterisikovurdering som sykehuset gjør av alle pasienter før de kommer inn i akuttmottaket og sykehuset. Når sykehuset grovsorterer for smitterisiko, plasserer de pasientene i kategoriene «sikker», «mistenkt smitte» og «ikke mistenkt smitte» før pasientene kommer inn til endelig triage – prioritering.¹¹⁶ Under prioriteringen skal sykehuset sortere alle pasientene videre, slik at de kan behandle tilstandene som haster mest, først.¹¹⁷ Etter at pasientene er vurdert for smitte og prioritert etter tilstand, må akuttmottakene også ha kapasitet og verktøy til å lage en hensiktsmessig pasientflyt videre inn i sykehusene.

For å hindre smitte inn i sykehusene og blant personellet ble det ved enkelte sykehus også satt opp smittesortering der de besøkende ble kontrollert og eventuelt avvist.

Selv om Ahus har Norges største akuttmottak, forsto sykehuset tidlig at akuttmottaket var underdimensjonert for å håndtere en massetilstrømming av pasienter. Akuttmottaket og en stor ambulanshall som hørte til, ble derfor bygget om i løpet av en helg i begynnelsen av mars 2020. I ambulanshallen ble det satt opp et smittesorteringspunkt. Der foregikk smittesortering og prioritering av

¹¹² Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

¹¹³ Notat, viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst, 16. mars 2020, «Notat vedrørende intensivplasser ved helseforetak og sykehus i Norge».

¹¹⁴ Protokoll, foretaksmøte i de regionale helseforetakene, 25. mars 2020.

¹¹⁵ Forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021.

¹¹⁶ eHåndbok for Oslo universitetssykehus, prosedyre smitterisikovurdering vedrørende covid-19 (pretriage), ehandboken.ous-hf.no.

¹¹⁷ eHåndbok for Oslo universitetssykehus, retningslinje triage, ehandboken.ous-hf.no.



Figur 6.9 Ambulanseshallen på Ahus etter at den ble ombygget. Bildet er fra kommisjonens befaring på Ahus 10. august 2021.

Foto: Marianne Aasland Kortner / Koronakommisjonen

pasienter som ankom med mistenkt covid-19-smitte.

Akuttmottaket på Ahus ble delt inn i to fløyer: én for pasienter med mistenkt smitte og én for pasienter uten mistenkt smitte. Det ble også bygget nye sluser foran undersøkelserommene på akuttmottaket og etablert to nye akuttstuer for smittede pasienter. Halve observasjonsposten på sykehuset ble videre omgjort til akuttmottak for pasienter uten mistanke om covid-19-smitte. En døgnbemannet røntgenlab for å kontrollere covid-19-pasienter ble også opprettet i akuttmottaket.

Heller ikke akuttmottaket på St. Olavs hospital, som var ferdig ombygd og utvidet like før pandemien, var egnet for en pandemi. Akuttmottaket hadde flere åpne observasjonsenheter og -saler som er effektive og hensiktsmessige ved normal drift, men ikke tilrettelagt for å ta imot pandemipasienter. I tillegg til utfordringer med smittevernet i åpne observasjonsenheter manglet akuttmottaket en egen smitteinngang.

Ved Orkdal sykehus, som er en del av St. Olavs hospital, var legevakten i Orkdalsregionen

fysisk integrert i akuttmottaket. Dette er også tilfellet for en del andre sykehus i landet. En slik samlokaliseringen viste seg raskt å være umulig å drifte i pandemien på grunn av smittevernhensyn og pasientlogistikk. Dette førte til at legevakt delen på kort varsel måtte flytte ut av sykehuset, med de driftsutfordringene en slik plutselig endring medfører.

Også utformingen av intensivavdelingene skapte utfordringer for en del sykehus. På Ahus, som er et forholdsvis nytt sykehus, finnes det bare enkeltrom og dobbeltrom på intensivavdelingen. I forklaringer til kommisjonen ble det fortalt at dette var en utfordring under pandemien.¹¹⁸ Intensivavdelingen måtte sperre av en hel korridor for å lage en kohort for å skille smittede fra ikke-smittede pasienter. Dersom avdelingen hadde hatt et stort rom som kunne blitt brukt som rom for kohorten, kunne flere pasienter vært lagt sammen, og det ville igjen skapt mer fleksibilitet for personellet. Ahus hadde likevel også noen bygningsmessige faktorer som viste seg å være en stor fordel under pandemien. Administrerende direktør ved sykehuset forklarte for kommisjonen:

Vi har akuttmottaket, og oppover i etasjene har vi intensivavdeling, operasjonsavdelingene og postoperativ og medisinsk overvåkning. Alt ligger i nærhet til hverandre. Det som har reddet vår intensivkapasitet, er at vi har et areal det er mulig å ekspandere i. Vi har hele tiden klart å holde intensivkapasiteten innenfor et definert og avgrenset område.¹¹⁹

Flere sykehus består av mange spredte lokaler og intensivenheter. For eksempel består både UNN og Ullevål sykehus av spredte bygg og enheter. En anestesioverlege på Ullevål sykehus fortalte følgende til kommisjonen:

Vi er organisert i forskjellige intensivenheter: medisinskintensiv, kirurgisk intensiv og postoperativ. Så har vi satellitter rundt omkring. Det er uheldig med en fragmentert organisering av intensivvirksomheten i mange små enheter.¹²⁰

¹¹⁸ Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Ahus, 17. november 2021; forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021.

¹¹⁹ Forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021.

¹²⁰ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021.

På Ullevål sykehus var lokalene heller ikke egnet for kohortisolering, noe som også ble belyst i forklaringer for kommisjonen:

På Rikshospitalet er det mulighet for å stenge av deler av avdelingen. På Ullevål har man ikke den samme muligheten på grunn av gamle bygg. Det fikk vi virkelig føle på. Vi måtte bygge om arealet som vi bruker i normaldrift, slik at det kunne brukes som kohortareal. Det var krevende arbeid. Jeg fikk ansvaret for dette og fikk første gang 48 timer på å lage en kohort. Da var det 48 timer med arbeid non-stop. Det var givende med tverrfaglig arbeid, men krevende.¹²¹

Også St. Olavs hospital består av flere sentre og intensivheter. Dette medførte noen ekstra utfordringer i en pandemisituasjon. Sykehuset har mange innganger og ingen hovedinngang, noe som gjorde adgangskontrollen utfordrende og ressurskrevende. Videre var det store avstander ved pasienttransport inne i sykehuset. Intensiv- og overvåkingsenhetene på sykehuset er også spredd rundt på ulike sentre. Ved opptrapping av intensivkapasiteten med mange covid-19-pasienter inn i sykehuset, ville pasientene fort måtte spres i flere sentre.

På Haukeland universitetssykehus oppsto det også bygningsmessige utfordringer. En tidligere anestesioverlege på sykehuset forklarte for kommisjonen:

Vi rekvirerte snekkeravdelingen til å lage sluser på intensiv og på recovery. Vi så at dette var noe vi manglet. Vi manglet sluser hvor vi kunne gå inn og skifte, og da inn i arealer. Den friheten tok vi oss. [...] Ledelsen i vår avdeling var informert om dette, men jeg tror vi bare ringte snekkeravdelingen. Sykehuset var egentlig ikke rigget bygningsmessig for å ta imot dette. Dette kom på plass i løpet av en uke.¹²²

Sykehusene i UNN er heller ikke bygget eller innredet på en slik måte at de fysisk er tilrettelagt for å kunne håndtere mange pasienter med mistanke om smitte eller påvist smitte parallelt med andre pasienter. UNN måtte derfor opprette doble løp i

akuttmottakene og omdisponere enkelte sengepostarealer til å håndtere pasienter med mistanke om covid-19. Dette førte til at de måtte nedprioritere andre, ordinære pasienter.

Avstandene i Nord-Norge gir sykehusene der en spesiell utfordring. Store deler av både pasienter, ansatte og utstyr må flyttes med fly. Dette gjorde UNN ekstra sårbare da flyavganger på rutefly ble betydelig redusert. I tillegg gir flytransport ekstra smittevernutfordringer. UNNs sykehus i Longyearbyen er et spesielt sårbart sykehus i en pandemi. Alt helsepersonell i Longyearbyen jobber på sykehuset, og de ivaretar både spesialist- og kommunehelsetjenestene. Den lokale kapasiteten til å håndtere covid-19-smittede og covid-19-syke er veldig begrenset. Det ble derfor lagt opp til raskest mulig evakuering til fastlandet med fly dersom det skulle oppstå smitteutbrudd på Svalbard.

Gjennom flere forklaringer for kommisjonen ble det pekt på at mange sykehus sine lokaler ikke var fleksible nok under pandemien, og at det er helt nødvendig å tenke fleksibilitet når myndighetene skal bygge sykehus i fremtiden.¹²³ En tidligere anestesioverlege ved Haukeland sykehus uttalte til kommisjonen:

Jeg er kritisk til at firesengs- og tosenksom har forsvunnet helt. [...] Om du har mange kritisk syke på et sykehus, hva møter deg der? Et enerom. Om det er noe som krever mye av personalet, så er det enerom. I praksis må det være to sykepleiere som skal dekke et enerom uansett hvor syk pasienten er. Om du tar 10 pasienter på 10 enerom inn på ett rom, så hadde du klart deg med halve personalet. Der har vi bygget oss inn i et kjempeuføre.

[...]

Dette kan løses på en måte så man får det beste av to verdener. Vi kan få enerom om vi lager sammenleggbare vegger. Man kan lage skjult struktur i veggen, slik at fire enerom kan bli et sekssengsrom. Det koster lite når det bygges, men enormt mye om du skal gjøre det i ettertid. [...] Det er veldig viktig å komme tidlig inn i byggeprosessene.¹²⁴

¹²¹ Ibid.

¹²² Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

¹²³ Forklaring, seniorrådgiver i Helse Midt, 24. november 2021; forklaring, tidligere president og president Anne-Karin Rime i Legeforeningen, 26. november 2021; forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021.

¹²⁴ Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

Også administrerende direktør i Helse Midt framhevet betydningen av fleksibilitet i arealene under en pandemi:

I en pandemisituasjon er det mulig at sengetun ikke gir den fleksibiliteten med bruk av personell som er optimal. Så jeg tror at i en pandemisituasjon så skulle man hatt større fleksibilitet i hvordan man utnytter areal for maks utnyttelse av personell.¹²⁵

Oppsummert ble sykehusenes akuttmottak og lokaler generelt utfordret da det strømmet til mange mulige covid-19-smittede pasienter samtidig våren 2020. Geografi og store avstander, særlig i nord, skapte ekstra utfordringer knyttet til transport og smittevern. Kommisjonen mener det er klart at mange sykehusbygg ikke var bygget med tanke på den fleksibiliteten som er nødvendig ved en pandemi eller krise. Sykehusene måtte tilpasse lokalene, og delvis bygge dem om, for å ha plass nok og for å ivareta smittevernhensyn. Denne tilpasningen skjedde raskt og krevde stor innsats fra mange. Personellet på sykehusene utviste en stor omstillingsevne, og lokalene ble tilpasset og ombygget i et imponerende tempo.

Parallelt med denne tilpasningen og ombyggingen av lokalene måtte sykehusene lage planer for å trappe opp kapasiteten.

Trinnvis opptrapping av kapasitet

For å oppfylle kravene fra HOD i mars 2020 om å øke antall sengeplasser og intensivplasser til covid-19-pasienter utarbeidet sykehusene trinnvise opptrappingsplaner for senge- og intensivkapasiteten.¹²⁶ Graden av detaljer i opptrappingsplanene var noe ulik, og planene var tilpasset sykehusenes størrelse og organisering. Trinnene i opptrappingsplanene beskrev hvilke sengeområder sykehusene skulle bruke til kohorter for covid-19-pasientene og i hvilken rekkefølge, og antall sengeplasser og intensiv- og overvåkingsplasser i områdene. Tiltak i akuttmottaket ble også beskrevet. Oppskaleringen og strømmen av covid-19-pasientene inn i sykehusene, førte også til et behov for å innføre andre tiltak som ekstra renhold og smittevask for å ivareta smittevernet.

Opptrappingsplanene beskrev ulike triggerpunkter for når sykehuset burde vurdere å akti-

vere neste trinn. Flere sykehus planla for eksempel å gå til neste trinn når 50 prosent av plassene på et covid-19-sengeområde var tatt i bruk.

Av opptrappingsplanene gikk det også fram hvilke konsekvenser planene ville få for den elektive virksomheten (planlagte operasjoner og behandlinger) og til dels stenging av sykehusenes ordinære drift. Planlagte operasjoner og behandlinger ble utsatt der det var medisinsk forsvarlig, og pasienter fikk forlenget ventetid. Flere sykehus har fortalt kommisjonen at det var nødvendig å begrense planlagte operasjoner og behandlinger for å skalere opp intensivkapasiteten, og at dette ga rom for å håndtere smittesituasjonen og mangelen på smittevernutstyr på en forsvarlig måte.

Som administrerende direktør i Helse Vest påpekte overfor kommisjonen:

Den elektive kapasiteten er trekkspillfunksjonen i sykehuset.¹²⁷

Kommisjonen mener omstillingsevnen og innsatsen i sykehusene var stor våren 2020, slik at sykehusene raskt kunne få på plass dekkende opptrappingsplaner og nødvendige tiltak for at de kunne skalere opp intensivkapasiteten i tråd med myndighetenes føringer.

Mangel på kompetent personell

En helt avgjørende og kritisk faktor for å kunne ta imot stadig flere covid-19-pasienter på sykehusene i tråd med opptrappingsplanene var tilgang på tilstrekkelig kompetent personell. Alle sykehusene kommisjonen har innhentet innspill fra, opplevde tidlig en mangel på personell da pandemien brøt ut og sykehusene skulle skalere opp intensivkapasiteten. Det var spesielt mangel på intensivsykepleiere som var en utfordring. Sykehusene måtte derfor raskt omdisponere, lære opp og forsøke å rekruttere personell til å behandle covid-19-pasientene.

Fra sentralt hold ble det våren 2020 inngått en type nødturnusavtaler, såkalte koronaavtaler, med Norsk sykepleierforbund, Den norske legeförening, LO, YS, SAN og Spekter. Tilsvarende avtaler ble inngått med de resterende organisasjonene tilknyttet Unio. Avtalene regulerte blant annet utvidede overtidsgrenser, langvakter, utvidet adgang til forskjøvet vakt, redusert hviletid og endret varslingsfrist for turnusplaner. Avtalene ga arbeidsgiveren mulighet til raskere å kunne til-

¹²⁵ Forklaring, administrerende direktør Stig Slørdahl i Helse Midt, 10. desember 2021.

¹²⁶ Alle sykehusene kommisjonen har innhentet innspill fra, utarbeidet slike opptrappingsplaner.

¹²⁷ Forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021.

passe personellplanlegging og arbeidstid til den aktuelle situasjonen. Unio har fortalt kommisjonen at de opplevde press fra sentralt hold om å inngå slike avtaler.¹²⁸

Avtalene ble tatt i bruk innenfor helsetjenesten. Det viste seg imidlertid at avtalene fungerte dårlig for de ansatte der de ble tatt i bruk, og det var enighet om å ikke forlenge koronaavtalene etter at de løp ut. Arbeidsgiveren fikk et utvidet handlingsrom gjennom avtalene, og de ansatte hevdet at de fikk mindre forutsigbarhet og kontroll over egen arbeidstid.¹²⁹

Hvilke personellutfordringene hadde sykehusene?

Alle sykehusene har formidlet til kommisjonen at det var en utfordring at de var avhengige av å leie inn intensivsykepleiere fra Sverige, Danmark og Finland. Administrerende direktør ved Ahus er blant flere som uttalte seg om dette til kommisjonen:

Det som skjedde, var at våre svenske og danske vikarer falt bort. Vi har vært avhengig av å bruke dem. Det, sammen med økt pågang, skapte en stor utfordring.¹³⁰

Også viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst uttalte seg om temaet til kommisjonen:

Det som har kommet tydelig fram under pandemien, er hvor avhengig vi er av utenlandsk arbeidskraft og intensivsykepleiere. Det kan vi ikke fortsette å være så avhengig av. Det utgjør en betydelig risiko som ikke er grei. Vi brukte tid på å forhandle oss til unntaksordninger fra karanteneplikt og reiseordninger. Utgangspunktet for dette er at vi har skapt oss denne avhengigheten. Vi må utdanne flere, så vi ikke har den avhengigheten.¹³¹

Både tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD og tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie pekte i sine forklaringer for kommisjo-

nen på at sykehusenes behov for å leie inn utenlandske intensivsykepleiere ble en sårbarhet under pandemien.¹³² Bent Høie uttalte følgende i forklaringen sin:

Den store sårbarheten vår er behovet for å hente personell fra nabolandene våre. Den er underkommunisert. Det er et problem som jeg mener ikke har blitt adressert tydelig nok. På de vaktbelastede områdene på sykehuset, for eksempel på intensivavdelinger og fødeavdelinger, brukes det i en normalsituasjon en stor del personell fra Danmark, Sverige og Tyskland. Det er også tilfellet i Helse Nord. Det betyr at det helseforetaket vårt som i utgangspunkt er mest sårbart fordi det er minst og har en krevende struktur, er ekstremt sårbart i en pandemi fordi tilgangen på personellet som driver helsetjenestene, forsvinner. Det betyr at kapasiteten som er beskrevet, ikke er reell dersom grensene stenger under en pandemi.

En må først sørge for at den kapasiteten man faktisk har, er reell, og at man har de fagfolkene i Norge.¹³³

Finmarkssykehuset har gjennom mange år gjort seg spesielt avhengig av å leie inn personell. Da sykehuset under pandemien hadde behov for å leie inn kritisk personell, var markedet tomt, og personellet skulle kommet fra land der grensene var stengt, eller fra land med karantene ved ankomst til Norge. Også UNN framhevet at de hadde hatt utfordringer med å rekruttere intensivsykepleiere før pandemien og derfor var avhengig av vikarer fra vikarbyråer og utlandet. Da pandemien brøt ut, avtok tilgangen på disse vikarene. Noen valgte å ikke komme, mens andre slet med å komme seg til Nord-Norge på grunn av reduserte eller kansellerte flyavganger. Denne usikre og manglende tilgangen på vikarer førte til at sykehusene fikk et ekstra behov for å omdisponere og lære opp eget personell. Fagdirektør i Helse Nord uttalte i forklaringen sin til kommisjonen:

Det var nok areal, men den største sårbarheten var personell. Mange av sykehusene var avhengig av innleid personell fra Sverige og Danmark, men som ikke kom som følge av situasjonen. Det var også en del trøbbel ved grensen

¹²⁸ Innlegg, Unios koronautvalg for beredskap og krisehåndtering, 26. oktober 2021, redegjørelse for Koronakommisjonen.

¹²⁹ Rapport, Unios koronautvalg for beredskap og krisehåndtering, august 2021, «Forberedt eller omstillingsdyktig?».

¹³⁰ Forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland på Ahus, 18. november 2021.

¹³¹ Forklaring, viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst, 26. november 2021.

¹³² Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021; forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹³³ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

over mot Finland. Selve personellsituasjonen var og er fortsatt en avgjørende faktor.¹³⁴

Kommisjonens gransking har videre avdekket at det i liten grad ble brukt støttepersonell under pandemien, for eksempel helsefagarbeidere, farmasøyer og fysioterapeuter som kunne avlastet intensivsykepleierne, og at det i liten grad var tilgjengelig.¹³⁵ I tillegg til å avlaste kunne slikt personell bidratt med verdifull kompetanse inn på avdelingene. På sykehusene får sykepleierne ofte en del arbeidsoppgaver som ikke krever sykepleierkompetanse, i tillegg til de ordinære sykepleieroppgavene sine. En del av disse oppgavene kan annet personell ha vel så gode eller bedre forutsetninger for å utføre. Kommisjonen har for eksempel fått beskrevet at sykepleiere på intensivavdelinger ofte får ansvaret for å vaske senger, ha oversikten over alt av utstyr og medisiner, blande medisiner, utføre administrative kontoroppgaver, flytte pasienter og servere mat og drikke på avdelingene. Kommisjonen mener dette kan føre til at personellressursene i sykehusene ikke blir utnyttet på best mulig måte.

Dette understøttes av en rapport fra Helse Vest fra februar 2022 om hvordan etablere en bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere i tiden framover. I rapporten er det estimert at intensivsykepleiere bruker mellom 20 til 40 prosent av tiden sin på oppgaver som ikke er direkte pasientnære, men som er nødvendige i arbeidet rundt pasienten. Dette er oppgaver som dokumentasjon og registrering av pasientbehandling, legemiddelhåndtering på medisinerom, renhold, drift, sjekk, vedlikehold og klargjøring av utstyr, lagerhold og logistikk. Rapporten anbefaler mer bruk av støttepersonell som kan overta enkelte av oppgavene til intensivsykepleierne. Rapporten påpeker at dersom intensivenheter blir bygget opp av tverrfaglige team med riktig kompetanse, vil det gjøre dem mer effektive. Intensivsykepleierne kan da bruke tiden sin på oppgaver de har spesialkompetanse på, og få støtte fra andre yrkesgrupper til oppgaver som å pleie, stelle og flytte pasienter og gi dem næring. Lagerhold og logistikk, legemiddelhåndtering på medisinerom og renhold og drift av utstyr er også oppgaver som

annet kompetent personell i stor grad kan gjøre.¹³⁶

Bruk av støttepersonell var også tema i flere av de formelle forklaringene for kommisjonen. Administrerende direktør ved Ahus fortalte følgende i forklaringen sin:

De siste årene har vi etablert en ordning med forsyningsportører som kommer fra forsyningstjenesten, som har oversikt over utstyr og holder orden på leveranse av utstyr. Det er en type oppgave sykepleiere tidligere hadde.

Sammensetningen av sykepleiere og helsefagarbeidere er også av betydning. Jeg tror ikke vi har en riktig sammensetning i dag. Vi bør ha en høyere andel av helsefagarbeidere. Vi ser at de helsefagarbeiderne som nå går av med pensjon, har viktige oppgaver på et sykehus som vi ikke behøver sykepleierkompetansen til. Det er en tematikk vi var i ferd med å sette ordentlig på dagsorden når pandemien kom.¹³⁷

Også fagdirektør i Helse Nord uttalte seg om temaet i forklaringen sin for kommisjonen:

Det er ikke sikkert alle som står rundt sengen, behøver å være spesialsykepleiere. Man kan ha arbeidsleder som står for kompetansen, og det er ikke sikkert man behøver å bruke spesialsykepleiere til alle funksjoner. Det er en del oppgaver på en intensivavdeling som kan utføres av mindre utdannet personell.¹³⁸

Vi har i granskingen vår også fått opplyst at det til tider har vært utfordrende å være avdelingsledere på intensivavdelinger og andre avdelinger på sykehusene under pandemien.¹³⁹ Mange mellomledere var overarbeidet og fikk verken frigjort tid til å lede eller følge opp personellet og arbeidsmiljøet de hadde ansvaret for. Norsk Sykepleierforbund uttalte seg om mellomlederne i forklaringen sin for kommisjonen:

Jeg vil også berømme ledere på forskjellige avdelinger for den enorme arbeidskapasiteten

¹³⁴ Forklaring, fagdirektør Geir Tollåli i Helse Nord, 6. desember 2021.

¹³⁵ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021; forklaring, nestleder Kai Øivind Brenden i Norsk Sykepleierforbund og leder for intensivsykepleierne Paula Lykke i Norsk Sykepleierforbund, 18. november 2021.

¹³⁶ Felles regional rapport, Helse Vest, februar 2022, «Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleie».

¹³⁷ Forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021.

¹³⁸ Forklaring, fagdirektør Geir Tollåli i Helse Nord, 6. desember 2021.

¹³⁹ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Ahus, 17. november 2021.

og innsatsen. De fikk et stort ansvar på kort tid. De skulle bygge om avdelinger, de skulle ha nok kompetanse på jobb, og de skulle lære opp sykepleiere. Jeg tror de var på jobb 24/7 i 14–15 dager i starten.¹⁴⁰

Videre kommenterte Norsk Sykepleierforbund at dersom mellomledere fikk større mulighet og handlingsrom til å være ledere, ville de også ha mulighet til å få ned gjennomtrekken av ansatte og redusere lekkasjen av sykepleiere ut av sykehusene.¹⁴¹

Noen mellomledere opplevde også at de ikke fikk ekstra støtte til å håndtere den svært krevende situasjonen under pandemien.¹⁴² Legeforeningen påpekte følgende i forklaringen sin for kommisjonen:

Det at leder også kan være leder og ikke bare administratoren er viktig. Det er mange gode ledere, men det er et problem at budsjettene er så trange.¹⁴³

Den ovennevnte rapporten fra Helse Vest fra februar 2022 påpekte at det er viktig å legge vekt på å utvikle gode ledere nær driften for å oppnå en mer bærekraftig kapasitet på intensivavdelingene. Lederne må få støtte til utviklingsarbeid og få frigjort tid til å følge opp medarbeiderne.¹⁴⁴

En annen utfordring mange sykehus opplevde i begynnelsen av pandemien, var at arbeidsbelastningen var skjev fordelt blant personellet i sykehusene. Avdelingene med covid-19-pasientene opplevde at belastningen ble for stor, mens det i andre deler av sykehusene var mindre å gjøre under den første smittebølgen. Dette jevnet seg mer ut etter hvert som de planlagte operasjonene og behandlingene ble tatt opp til et mer normalt nivå.

Hva gjorde sykehusene for å løse personellutfordringene?

For å kunne skalere opp intensivkapasiteten, måtte sykehusene raskt rekruttere, lære opp og omdisponere personell. Sykehusene laget planer for å lære opp og omdisponere personellet og organisere dem i team. Personellet ble mobilisert til ekstra innsats gjennom administrative ordninger med særtilllegg. Sykehusene kontaktet også tidligere ansatte, personell i permisjon og bistillinger, forskere, pensjonister og studenter. Disse ble ansatt i stillinger de var kvalifisert for. Sykepleier- og medisinstudenter ble en viktig ressurs for sykehusene under pandemien, og da studiesteder stengte ned, var tilgangen på slikt personell stor. For å sikre at sykehusene hadde nok leger, ble det ved flere sykehus også opprettet ekstra stillinger for å bemanne covid-19-enheter. LIS1-legene fikk denne praksisen godkjent i utdanningsløpet sitt. Videre ble det lyst ut behov for personell innenfor ulike yrkesgrupper. Det var også viktig å få tak i personell som kunne ivareta funksjoner som renhold, vakt hold og lignende.

På kort tid utarbeidet sykehusene en rekke opplæringsprogram i form av e-læring, videoer, simuleringer, praktisk trening og praktisk opplæring ute på sengepostene. Opplæring i dråpesmitte, smittevernprosedyrer og påkledning ble også gjennomført i sykehusene. Alt personell hadde behov for systematisk opplæring og trening i smittevernprosedyrer, og det var spesielt behov for slik opplæring på avdelingene som til vanlig ikke var vant til å håndtere smittevern. Sykehusene startet også opplæringsprogram for personell som skulle arbeide med andre pasientgrupper enn de gjorde til daglig, spesielt for personell som skulle bidra inn på intensivavdelingene.

Sintef har utarbeidet en rapport om sykepleiernes erfaringer fra den første fasen av pandemien. Rapporten beskriver at en betydelig andel av sykepleierne fikk både nye oppgaver og nytt arbeidssted i denne fasen. I sykehusene ble det spesielt flyttet ressurser fra anesthesi- og operasjonsavdelinger, somatiske sengeposter og poliklinikker, mens intensivavdelinger og akuttmottak i størst grad fikk tilført ressurser.¹⁴⁵ For sykepleierne var det primært anesthesisykepleiere og syke-

¹⁴⁰ Forklaring, nestleder Kai Øivind Brenden i Norsk Sykepleierforbund og leder for intensivsykepleierne Paula Lykke i Norsk Sykepleierforbund, 18. november 2021.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Ahus, 17. november 2021.

¹⁴³ Forklaring, tidligere president og president Anne-Karin Rime i Legeforeningen, 26. november 2021.

¹⁴⁴ Felles regional rapport, Helse Vest, februar 2022, «Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleie».

¹⁴⁵ Brev, Norsk Sykepleierforbund til Koronakommisjonen, 30. september 2021; rapport, Sintef, 30. november 2020, «Sykepleieres erfaringer med første fase av koronapandemien».

pleiere fra overvåkingsavdelinger som ble omdisponert til intensivavdelingene.

På oppdrag fra HOD 26. juni 2020 utarbeidet de regionale helseforetakene et nasjonalt internopplæringsprogram for sykepleiere for å kunne bistå i intensivbehandlingen av covid-19-pasienter. Helse Vest ledet arbeidet. Flere sykehus hadde allerede satt i gang interne opplæringsprogrammer for sykepleiere, og Helse Vest samlet inn erfaringer fra hele landet da de utviklet dette nasjonale tilbudet. I slutten av november 2020 ble opplæringsprogrammet publisert i læringsportaler på sykehus over hele landet. Målgruppen for opplæringsprogrammet var sykepleiere uten videreutdanning eller erfaring fra intensivavdelinger, men med minst 2 års erfaring fra sykehus. Flere sykehus har formidlet til kommisjonen at de benyttet dette nasjonale internopplæringsprogrammet.

Kommisjonens gransking viser at sykehusene hadde en stor mangel på kompetent intensivpersonell, spesielt intensivsykepleiere, da de skulle skalere opp intensivkapasiteten. Den begrensede tilgangen på intensivpersonell var ikke noe nytt problem, men noe sykehusene også i forkant av pandemien hadde hatt utfordringer med. En årsak til at det var vanskelig å få tak i nok personell, var at flere sykehus var avhengige av å leie inn personell fra firmaer og utlandet. Disse var det nå begrenset tilgang på. Sykehusene forsøkte å løse personellutfordringene ved å omdisponere og lære opp eksisterende personell og rekruttere personell fra ulike miljøer og grupper.

Kommisjonen mener sykehusene viste stor omstillingsevne ved raskt å utarbeide planer for å omdisponere og lære opp personell. Kommisjonens inntrykk er også at personellet var lojale, innsatsvillige og fleksible og viste betydelig ansvarsfølelse. Personellet strakk seg langt ved å ta krevende ekstravakter og stilte seg til rådighet for å bli omdisponert.

Sykehusene har også selv overfor kommisjonen pekt på personellens omstillingsevne og fleksibilitet som en positiv faktor da de skulle skalere opp i den første fasen av pandemien. Administrerende direktør i Helse Vest uttrykket det slik til kommisjonen:

Jeg lar meg aldri slutte å bli imponert over dedikasjon, handlekraft, evne og vilje til omstilling og krafttak i norsk spesialisthelsetjeneste. Vi snakker 150 000 mennesker som legger om hele driften sin og jobber på andre steder enn de pleier.¹⁴⁶

Gjensidig fleksibilitet hos personell, mellomledere og ledere skapte positivitet, innsats og velvillighet i håndteringen av oppskaleringen spesielt og pandemien generelt. Omstillingsevnen, fleksibiliteten, ansvarsfølelsen og lagfølelsen bidro til at sykehusene raskt kunne etablere opptrappingsplaner, gjøre nødvendige endringer i lokaler og mobilisere, omfordele og lære opp personell. Dette bidro til at sykehusene raskt kunne ta imot og behandle et stort antall covid-19-pasienter. Kommisjonen mener omstillingsevnen, fleksibiliteten og innsatsviljen er viktig å berømme og bevare i sykehusene, både for å optimalisere ordinær drift og for å håndtere framtidige pandemier og kriser.

Gjennom granskingen vår har kommisjonen også fått innspill på hvordan fleksibiliteten i personellet kan bli enda bedre. Flere vi har snakket med, har ønsket seg rotasjonsordninger for intensivsykepleiere og sykepleiere ved normal drift for å øke kompetansen og fleksibiliteten til personellet i kriser.¹⁴⁷ Også i den nevnte rapporten fra Helse Vest fra 2022 framgår det at rotasjonsordninger vil føre til mer variasjon og økt kompetanse på flere områder sammenlignet med i dag.¹⁴⁸ Derksom intensivsykepleiere for eksempel i en turnusperiode roterer mellom intensivavdeling, intermedieavdeling og sengepost, vil det bidra til et kompetanseløft i de ulike avdelingene på sykehusene. Sykepleiere kan også få være på intensivavdelinger et visst antall dager i løpet av året for å friske opp minimumskompetansen de må ha for å være en del av oppskaleringen og trekkspillfunksjonen under kriser. Dette vil være en fordel når sykehuset raskt må omdisponere og omorganisere personell under kriser.

Ny, ukjent sykdom og behovet for intermedieersenger

Flere av helseforetakene, som Helse Bergen og OUS, har overfor kommisjonen påpekt at en utfordring med å behandle covid-19-pasientene var at dette var en ny sykdom som ingen hadde erfaring med før pandemien. I begynnelsen var det derfor lite kunnskap om sykdommen, diagnostikk og

¹⁴⁶ Forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021.

¹⁴⁷ Forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021; forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021; forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

¹⁴⁸ Felles regional rapport, Helse Vest, februar 2022, «Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleie».

behandling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Sykehusene måtte stadig oppdatere prosedyrer i tråd med ny kunnskap.

Ahus har formidlet til kommisjonen at sykehuset i begynnelsen av pandemien planla for hovedsakelig to behandlingsnivåer: intensiv eller sengepost. Sykehuset fant imidlertid snart ut at covid-19-pasientene hadde et stort behov for intermedisær-senger. Mange pasienter var for dårlige til å ligge på sengepost, men «for friske» til å komme inn på intensivsenhetene. Sykehuset fikk etter hvert stor nytte av at de åpnet en stor intermedisæravdeling. Ansatte ved OUS og Ahus har i intervju med kommisjonen også påpekt at mangelen på intermedisær-enheter ved sykehusene gjorde at intensivressursene ikke ble utnyttet optimalt.¹⁴⁹ Pasienter som kunne vært flyttet til en intermedisær-enhet, ble liggende lenger enn nødvendig på intensivsenhetene. Samtidig var det enkelte pasienter som var for syke for sengepost, som ble flyttet til intensivsenhetene, men som kunne blitt behandlet ved en intermedisær-enhet. Administrerende direktør i Helse Vest fortalte kommisjonen:

Dersom vi skal ha ordinære sengeposter med en bemanning som er tilfredsstillende, og så har du intensivsen hvor det er veldig vanskelig å komme inn, da risikerer man at for syke pasienter blir liggende på ordinær sengepost med en relativt marginal bemanning. Derfor er det viktig å få et mellomstøt på plass, slik at man klarer å håndtere de som ikke er så syke at de må være på en intensivplass, men som er så syke at de ikke bør være på en ordinær sengeplass.¹⁵⁰

Kommisjonen mener det å bruke intermedisær-senger kan være en hensiktsmessig måte å utnytte ressursene på. Disse sengene kan fungere som en trekkspillfunksjon for sykehusene. Intermedisær-senger er et mellomnivå som kan avlaste intensiv-sengene, samtidig som pasientene kan få mer komplisert behandling på en intermedisær-enhet enn på en vanlig sengepost. En intensivplass forutsetter at det alltid er én sykepleier per pasient, mens det på en intermedisær-plass kan være en sykepleier som har ansvaret for flere pasienter samtidig. Slik kommisjonen ser det, er det dermed en fordel å ha tilgang på intermedisær-senger, både for å sikre god behandling av pasienter og

for å utnytte behandlings- og personellkapasiteten bedre.

Krevende arbeidsforhold og behandling av covid-19-pasienter

Sykehusene opplevde flere utfordringer ved selve behandlingen av covid-19-pasientene. Mange lå på respirator eller fikk annen pustehjelp over lengre tid og hadde behov for kontinuerlig overvåking. Det viste seg å være stor forskjell i både liggedøgn og respiratordøgn mellom intensivpasienter med covid-19 og andre intensivpasienter. Andelen med respiratorbehandling var også mye høyere for intensivpasienter med covid-19 (85 prosent) enn for andre intensivpasienter (57 prosent). Det innebar dessuten ekstra arbeid å ha covid-19-pasienter, med smittevern, inn- og utslusing av personell og anbefalt langvarig behandling med mageleie. Det er utfordrende å snu en pasient i mageleie som ligger i kunstig koma og er koblet til livsviktig utstyr, og som i tillegg er isolert. Det trengs vanligvis fire personer i om lag 15 minutter for å snu en pasient til og fra mageleie. Inn- og utslusing av ekstra personell til smitteisolat kommer i tillegg.¹⁵¹

Kommisjonen har fått opplyst at et klassisk intensivforløp for en covid-19-pasient i snitt er 12,5 døgn på intensivsen, der pasienten både i forkant og etterkant har behov for pustestøtte med oksygen, høyluftstrømsbehandling og maskebehandling i varierende grad. Selve intensivoppholdet er også ulikt. Noen pasienter har et mildt forløp der de kommer seg raskt, mens andre har et mer hardnakket forløp der pustesvikten setter seg.¹⁵²

De krevende arbeidsforholdene og arbeidsbelastningen med covid-19-pasientene førte ikke bare til et stort behov for kompetent personell på sykehusene, men også en stor belastning for personellet. Belastningen ble ytterligere forsterket ved at pandemien strakk ut i tid, og personellet måtte stå i en situasjon med usikkerhet i lang tid. Arbeidsbelastningen var også høy fordi mye personell var omplassert med nye oppgaver og med nye kollegaer rundt seg i tillegg til å ha lange vakter. Å jobbe med fullt smittevernutstyr, og måtte kle av og på seg dette, gjorde også arbeidet ekstra fysisk belastende. Personellet måtte ofte stå med utstyret på i timevis uten å kunne drikke, spise eller gå på toalettet. Kommunikasjon med kollegaer kunne også være utfordrende med slikt utstyr på.

¹⁴⁹ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Ahus, 17. november 2021.

¹⁵⁰ Forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021.

¹⁵¹ Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 30. september 2021.

¹⁵² Ibid.



Figur 6.10 Personell på intensivavdelingen på OUS/Rikshospitalet kommuniserer med fullt smittevernutstyr på.

Foto: Jill Yngland / NTB

Det at arbeidsforholdene var krevende, arbeidsbelastningen stor, de ekstra personellressursene var få og pandemien etter hvert dro ut i tid, førte etter kommisjonens vurdering til stor slitasje på mye personell på sykehusene utover i pandemien.

Smittevernutstyr

Som vi skriver i den første rapporten vår, ble det tidlig under pandemien klart at det var stor mangel på smittevernutstyr. Derfor anbefalte vi at det blir etablert et nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr, og at norske myndigheter stimulerer til europeisk samarbeid for å sikre åpne forsyningslinjer og et bredt tilfang av leverandører under en krise.¹⁵³ Disse anbefalingene er forsterket gjennom vår videre gransking. Tilgang på smittevernutstyr er helt avgjørende for å kunne håndtere en pandemi som covid-19.

For kommisjonen er det tydelig at mangelen på smittevernutstyr utgjorde en betydelig ekstra-

belastning for de som jobbet på sykehusene. Alle sykehusene kommisjonen har innhentet innspill fra, opplevde tidlig i pandemien bekymring og usikkerhet knyttet til tilgangen på tilstrekkelig smittevernutstyr. Sykehusenes lagre var jevnt over grovt underdimensjonerte. Det var særlig mangel på engangssmittevernutstyr, som åndedrettsvern og munnbind. Usikkerheten ble forsterket ved at det ikke fantes sentrale beredskapslagre eller beredskapsplaner relatert til innkjøp og forsyning av smittevernutstyr.¹⁵⁴ Flere av de sykehusansatte har beskrevet denne usikkerheten for kommisjonen på en måte som gjør inntrykk:

Vi var jo bare en flylast fra katastrofen med tanke på at vi ikke hadde smittevernutstyr. Vi hadde mange opphetede diskusjoner internt

¹⁵³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 101.

¹⁵⁴ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021; forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Ahus, 17. november 2021; forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 7. desember 2021.

om hvordan sykehusledelsen hadde sett på dette om vi ikke hadde smittevernutstyr. I hvilken grad ville de ha pålagt eller forventet av oss at vi hadde jobbet uten smittevernutstyr? Det er en interessant moralsk og etisk problemstilling. Har man lov til å sende folk i krigen med gevær uten kuler?¹⁵⁵

Allerede i begynnelsen av februar 2020 meldte Ahus om forsyningssvikt for smittevernutstyr. Da pandemien brøt ut, hadde sykehuset utstyr for bare noen dager. På befaringen kommisjonen hadde på Ahus, ble vi fortalt hvordan både helsepersonell og ledere våren 2020 gikk rundt på sengepostene og på operasjonssalene og samlet sammen det de fant av munnbind.

Utstyrsmangelen utløste behov for gjenbruk og rasjonering av smittevernutstyr. Sykehusene forsøkte å begrense unødvendig bruk av utstyr, men samtidig hadde personellet et økende behov for å beskytte seg. Det var også en stor utfordring for sykehusene å kombinere mangelen på utstyr med behovet for å lære opp personell i smittevern. I denne perioden måtte sykehusene forsøke å finne balansen mellom smittevern, tilgang til utstyr, pasientsikkerhet, ansattssikkerhet, arbeidsmiljø og god drift på sykehuset.

St. Olavs hospital opplevde, som de andre sykehusene, en truende mangel på smittevernutstyr ved utbruddet av pandemien. Sykehuset manglet også jevnlig utstyr og komponenter til pasientbehandling som de ikke hadde forestilt seg kunne bli en mangelvare. Dette gjaldt for eksempel ulike plastslanger og annet engangsutstyr til bruk i intensivavdelingene. Mangelen på utstyr gjorde at St. Olavs hospital besluttet å stanse planlagte operasjoner og behandlinger et par uker før myndighetene ba sykehusene om det. For sykehuset var det derfor en lettelse da beslutningen ble tatt.

Flere sykehus har formidlet til kommisjonen at utstyrsmangelen førte til en kamp om smittevernutstyret internt på sykehusene. Kommisjonen har også fått høre at helsepersonell måtte improvisere for å skaffe nødvendig utstyr. Helsepersonell på OUS har beskrevet hvordan enkelte leger dro på hobbybutikker og kjøpte inn utstyr til å lage sine egne visir. Personellet brukte også slalåmbriller og annet utstyr de fant hjemme. I en periode ble munnbind vasket og tørket og brukt på nytt på sykehuset.¹⁵⁶

Det ble også framhevet at mangel på tydelig og presis informasjon fra sentrale myndigheter var en utfordring. For eksempel fantes det ulike føringer rundt hvilket smittevernutstyr personellet på sykehusene skulle bruke, og når de skulle bruke det. På sykehusene oppsto det da diskusjoner knyttet til hva som var nødvendig og tilstrekkelig beskyttelse. St. Olavs hospital har formidlet til kommisjonen at det skapte usikkerhet hos personellet at det stadig kom ulike og motstridende beskjeder om hvilket utstyr som skulle brukes når og til hvilke pasienter. Videre har OUS pekt på at det også var sannsynlig at noen ansatte ble smittet på grunn av endrede smittevernrutiner som førte til at engangsutstyr ble brukt flere ganger.

Da sykehusene skulle skalere opp kapasiteten, innførte de besøksforbud på mange av sykehusene. Dette var både av hensyn til smittespredning og fordi det var mangel på smittevernutstyr. Besøksforbudet førte blant annet til at pasienter døde uten å se sine pårørende, og at gravide kvinner måtte føde uten far eller medmor til stede.

Testing og analyse

Det ble tidlig under pandemien klart at det var mangel på test- og analysekapasitet, hurtigtester, prøvetakingsutstyr og reagenser på sykehusene. På sykehusene skapte denne mangelen utfordringer knyttet til drift, logistikk og smittesortering og prioritering av pasienter (pretriage og triage) i akuttmottakene. Sykehusene måtte isolere pasienter mens de ventet på svar, og røntgenundersøkelser og annen utredning av pasientene ble også forsinket fordi sykehuset måtte vente på testsvar før pasientene ble undersøkt.

Mangelen på test- og analysekapasitet gjorde det også vanskelig å teste personellet på en effektiv måte. Sykehusene innså raskt at de måtte etablere egne teststasjoner for personellet for å opprettholde driften. Å la personellet teste seg i kommunene tok for lang tid, og kommunene hadde for lav prøvetakingskapasitet de første månedene. Sykehusene hadde ingen planer for dette, slik de hadde for massevaksinasjon av eget personell. Til tross for at de ikke hadde noen plan i forkant, klarte de å etablere teststasjoner for sykehuspersonell med betydelig innsats fra mange. På flere sykehus kjøpte de også inn mer utstyr, ansatte laboratoriepersonell og innførte nattskift på analy-

¹⁵⁵ Forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland universitetssykehus, 17. november 2021.

¹⁵⁶ Uformelle møter, ansatte på Ahus og OUS, 10. og 11. august 2021; forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021.

ser og prøvesvar for å få analysert så mange prøver som mulig så fort som mulig.

Informasjon og kommunikasjon

Sykehusene opplevde at det var et stort informasjonsbehov hos personell, pasienter og pårørende, i tillegg til hos kommuner og publikum generelt, da pandemien brøt ut. For å håndtere det store informasjonsbehovet, ble det fra sykehusenes side kommunisert via ulike kanaler internt og eksternt.

Flere sykehus har formidlet til kommisjonen at de syntes det var utfordrende å kommunisere kontinuerlig og tydelig til personellet og å oppdatere retningslinjene i en dynamisk situasjon med truende mangel på smittevernutstyr og stadige endringer fra sentrale myndigheter. Endringer, oppdateringer og skiftende retningslinjer fra FHI, Helsedirektoratet og regjeringen gjorde det krevende å tolke og gi klare og gode føringer ut i sykehusene. De skiftende retningslinjene førte også til mange endringer i sykehusenes egne, interne styrende dokumenter og retningslinjer. Mange opplevde det som tidkrevende og vanskelig å få oversikt over hva som ble endret fra gang til gang.

Ahus brukte intranett og SMS for raskt å nå ut med informasjon til personellet, og alle ledere fikk en daglig e-post med oppdateringer på nye sentrale og lokale føringer. Ahus hengte opp plakater i alle fellesarealer på sykehuset og viste informasjon om covid-19-viruset på informasjonsskjermene. Formålet var å få oppdatert og konsis informasjon raskt ut i sykehuset.

Informasjon til eksterne omfattet både informasjon til pasienter og pårørende, til kommuner, fastleger og andre samarbeidspartnere og til befolkningen. På Ahus ble det utarbeidet en plan for kommunikasjon ved bekreftede tilfeller av covid-19, blant annet ansvarsfordeling mellom ulike aktører. Det var veldig mange telefonhenvendelser til sykehuset, og i mars 2020 etablerte sykehuset en telefontjeneste for å besvare spørsmål om covid-19. Sykehuset hadde også løpende kommunikasjon med kommuner og fastleger, blant annet om å definere terskler for når pasienter skulle legges inn fra primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten). Videre sendte sykehuset brev til sykehjemmene for å oppdatere kompetansen på sentrale prosedyrer.

Det var viktig for sykehusene å kommunisere godt nok og dekkende nok til befolkningen om situasjonen, både for å begrense smitte inn i sykehusene og for at befolkningen skulle vite at det var

trygt å komme til sykehusene, og at sykehusene hadde kapasiteten de trengte. I en rapport kommisjonen har innhentet fra Opinion, oppga likevel 30 prosent av befolkningen at de hadde unnlatt eller utsatt å oppsøke helsetjenester som følge av pandemien i perioden april 2020 til november 2021. Samtidig oppga 75 prosent av befolkningen at de hadde tillit til at de ville få tilstrekkelig behandling av helsetjenesten om de skulle bli smittet av covid-19-viruset.¹⁵⁷

Behovet for informasjon er umettelig i en pandemi. Kommisjonen mener det er viktig at sykehusene har kommunikasjonsstrategier som sikrer at personellet føler seg trygge i arbeidet, og at oppdatert informasjon kommer raskt inn i og ut av sykehuset under en krise. Når nasjonale myndigheter endrer eller kommer med nye anbefalinger, er det også sentralt å sikre at informasjonen blir videreformidlet og tilpasset til lokale forhold. Kommisjonen mener at sentrale myndigheter bør varsle de regionale helseforetakene før de offentliggjør råd og anbefalinger som får direkte betydning for driften i sykehusene. På den måten vil sykehusene raskt kunne oppdatere prosedyrene og sørge for å ha riktig og tydelig informasjon til personellet når endringene inntreffer.

Samarbeid med kommuner, bydeler, frivillige og private

Sykehusene har formidlet til kommisjonen at sykehusene og kommunene i begynnelsen av pandemien hadde behov for å samarbeide om å prioritere pasientgrupper, fordele smittevernutstyr og behandle covid-19-pasienter. Sykehusene organiserte samarbeidet med kommunene i opptaksområdet sitt ulikt.

I januar 2019 inngikk Helse Bergen og kommunene i opptaksområdet en samarbeidsavtale om pandemihåndtering. Helseforetaket og kommunene tok utgangspunkt i den eksisterende samarbeidsavtalen og styrket også eksisterende møtepunkter da pandemien brøt ut. De samarbeidet om personell og pasientflyt og tilrettela i felleskap for å massetestet befolkningen. Helse Bergen har påpekt overfor kommisjonen at kommunesamarbeidet var tuftet på en målsetting om rett pasient til rett sted til rett tid, og at helseforetaket og kommunen i felleskap definerte hvilke pasienter som skulle til hvilket nivå.

¹⁵⁷ Rapport, Opinion, januar 2022, «Norsk koronamonitor, sammenstilling av utvalgte indikatorer til Koronakommisjonen for 2020–2021».

Også andre sykehus har framhevet at samarbeidet med kommunene var godt og utviklet seg positivt gjennom pandemien. St. Olavs hospital har beskrevet at covid-19-pandemien førte til at samhandlingen mellom sykehuset og kommunene gjorde et kvantesprang. I løpet av få uker i mars 2020 ble det etablert nye former for samarbeid mellom kommuner og sykehus på flere nivåer. Formålet var å gi best mulig behandling til covid-19-pasientene. Sykehuset har formidlet til kommisjonen at samarbeidet også førte til økt tillit mellom ansatte i kommunene og ved sykehuset, samt forutsigbarhet og trygghet for pasienter, pårørende og helsepersonell på tvers av sektorene.

Ahus hadde også møtepunkter med kommunene gjennom koordineringsmøter og telefonmøter gjennom pandemien. På forespørsel fra kommunene sendte Ahus i april 2020 ut et skriv med råd om diagnostikk, behandling og valg av behandlingsnivå for pasienter med påvist eller mistenkt covid-19. I forklaringen sin for kommisjonen understreket administrerende direktør ved Ahus følgende:

Jeg tror pandemien har vist at sykehusene og kommunene i en slik situasjon er i samme båt. Vi har ikke helt felles pasienter med kommunene, men i en sammenheng som dette snakker vi om en samfunnsutfordring som er så stor at vi er helt avhengig av at vi løser hver våre oppgaver. I det ligger det også å løse de oppgavene som skal binde disse tjenestene sammen.¹⁵⁸

Oppsummert virker det som det i varierende grad fantes planverk på sykehusene for å samarbeide med kommunene under en pandemi. Flere sykehus har imidlertid meddelt kommisjonen at samarbeidet med kommunene fungerte bra og var viktig.

Enkelte sykehus har også pekt på fordelene ved å samarbeide med frivillige organisasjoner og private aktører under pandemien. I en periode da sykehusene var presset på kapasitet, viser kommisjonens gransking at også frivillige organisasjoner bisto med viktig avlastning ved flere sykehus i landet. Helse Bergen framhevet overfor kommisjonen at private ideelle og frivillige organisasjoner har kapasitet som det er behov for i beredskaps-sammenheng.

Det var et betydelig arbeidspress i Helse Bergen for den prehospitale tjenesten (de som behandler pasientene før de kommer til sykehuset). Helseforetaket og Røde Kors gjennomførte i samarbeid et kurs i smittevern. Dette førte til at Helse Bergen etter bare to uker hadde 200 frivillige mannskaper og 7 mannskapsbiler fra Røde Kors tilgjengelig i foretaksområdet til å bistå med transport av pasienter med mistenkt eller påvist covid-19. Flere drosjeselskaper fikk tilsvarende smittevernopplæring, slik at de også kunne bistå med pasienttransport.

Videre bisto frivillige organisasjoner som Røde Kors og Norsk Folkehjelp flere sykehus med beredskapsambulanser for pasienttransport og bidro med ekstrapersonell. Norske Kvinners Sanitetsforening sydde munnbind, smittevernfrakker og annet smittevernutstyr.¹⁵⁹

Flytting av pasienter

Innledning

Fordi smittetrykket og antallet covid-19-pasienter var ujevnt fordelt i landet, gikk det raskt utover intensivkapasiteten til enkelte sykehus. Sykehusene hadde også ulike muligheter og ulik kompetanse innenfor intensivbehandling. Samlet sett medførte dette et behov for å koordinere intensivbehandlingen under pandemien, først og fremst innenfor helseforetak og regioner, men også nasjonalt.

Intensivkoordineringen i Helse Sør-Øst

I forbindelse med den første smittebølgen våren 2020 ga Helse Sør-Øst 20. mars 2020 et oppdrag til OUS om å ha en regional koordinerende funksjon for intensivmedisinsk behandling i perioden med pågående pandemi.¹⁶⁰ Bakgrunnen for oppdraget var nettopp at smittetrykket ikke var jevnt fordelt i regionen, og at utbrudd rammet enkelte sykehus hardere enn andre. Helse Sør-Øst ønsket å fordele arbeidsbelastningen av intensivpasienter jevnt i regionen, slik at sykehus ikke ble overbelastet og belastningen på personell ble jevn.

I regionen til Helse Sør-Øst har ulike sykehus ulikt antall intensivplasser per innbygger. OUS har for eksempel en del regionale og nasjonale funksjoner, deriblant mye planlagt kirurgi, og har relativt sett mange flere intensivplasser enn det

¹⁵⁸ Forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021.

¹⁵⁹ Nettartikkel, Helsedirektoratet, Helseaktuell 2. juli 2020, «Stor innsats fra de frivillige under koronapandemien».

¹⁶⁰ E-post, viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst til administrerende direktør ved OUS, 19. mars 2020 kl. 23.15.

Tabell 6.5 Trinnvis modell for fordeling av intensivplasser i og rundt Oslo. I modellen ble det lagt opp til at OUS skulle motta pasienter fra de andre sykehusene ved behov. Når antall pasienter ved OUS oversteg det definerte antallet på trinn 1 (30 pasienter), ble det forventet at de andre sykehusene i tabellen håndterte det antallet pasienter som var spesifisert på trinn 2. Samme logikk gjelder for de videre trinnene.

Trinn		I	II	III	IV	V	VI	VII
	Plantall							
OUS	210	30	60	100	130	170	200	210
Ahus	65	10	20	30	40	50	60	65
Diakonhjemmet sykehus	14	3	6	9	13	13	14	14
Lovisenberg diakonale sykehus	7	2	4	6	7	7	7	7
Vestre Viken helseforetak	80	12	27	35	45	60	70	80
Totalt	376	57	117	180	235	300	351	376

Kilde: Notat, Helse Sør-Øst, 23.oktober 2020

lokale opptaksområdet skulle tilsi. Under pandemien ble slik planlagt kirurgi i perioder tatt ned, slik at det ble frigjort kapasitet til å håndtere akutte og alvorlig syke covid-19-pasienter.¹⁶¹

I tillegg til å sende akutte pasienter dit det var ledig kapasitet, skulle intensivkoordineringen bidra til en felles tilnærming for faglige prosedyrer og intensivbehandling. Intensivkoordineringen skulle også være en arena for faglig utveksling og kollegial støtte på tvers av helseforetakene.¹⁶²

I forlengelsen av oppdraget etablerte Helse Sør-Øst koordineringsmøter for alle helseforetakene i regionen. Deltakerne var ledere eller fagansvarlige overleger ved intensivavdelingene. Prehospital tjeneste deltok også for å kunne planlegge og gjennomføre intensivoverflyttinger på en god måte. Helse Sør-Øst var med som observatør på møtene.

Møtene pågikk i periodene 23. mars til 9. juni 2020, 16. november 2020 til 9. juni 2021 og fra 2. september 2021 og videre framover. I oppstartsfasen ble det holdt daglige møter. Hyppigheten videre varierte etter behov fra ukentlig til to til fem dager per uke. Under pandemien rapporterte også alle helseforetakene i regionen daglig til Helse Sør-Øst antallet covid-19-pasienter som lå inne i eget foretak.

Når det gjaldt sykehus i og rundt Oslo, utviklet Helse Sør-Øst i samråd med sykehusene en veiledende trinnvis modell for terskler for intensivbe-

legg.¹⁶³ Modellen ble innført 23. oktober 2020. I den trinnvise modellen skulle antall pasienter som trengte intensivbehandling, stå i et rimelig forhold til kapasiteten ved det enkelte sykehuset. Modellen framgår i tabell 6.5.

I modellen ble det lagt til grunn at OUS, som har en relativt stor intensivkapasitet, ville måtte ta imot pasienter fra andre sykehus. Antall pasienter fra de andre sykehusene representerte «innslagspunktet» for når det var aktuelt å overføre pasienter til OUS. Når antall pasienter ved OUS oversteg det definerte antallet på et trinn, ble det forventet at omliggende sykehus håndterte det antallet pasienter som fulgte av neste trinn. I perioden mars og april 2021, da det var svært mange covid-19-pasienter i regionen, var det møter to ganger per uke med de Oslo-nære sykehusene for å jevne ut belegg i området. Sykehusene som deltok på disse møtene, var Ahus, Drammen sykehus, Bærum sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og OUS.

Koordineringen av intensivkapasiteten i regionen ble styrt etter et grunnleggende prinsipp fastsatt av Helse Sør-Øst om at pasientene helst skulle håndteres ved lokalsykehus, og at overføringer eller transport bare skulle skje på spesifikk indikasjon (under bestemte medisinske omstendigheter) og etter konkret avtale. Koordineringskontoret ved OUS fikk daglig samlerapportene til Helse Sør-Øst over belegg i regionen, og OUS tok løpende vurderinger av samlet lokal og regional

¹⁶¹ E-post, viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst til Koronakommisjonen, 10. oktober 2021.

¹⁶² Brev, OUS til Koronakommisjonen, 30. september 2021.

¹⁶³ Notat, Helse Sør-Øst, 23. oktober 2020, «Trinnvis modell for fordeling av pasienter med Covid-19 som trenger intensivbehandling i hovedstadsområdet».



Figur 6.11 Covid-19-pasient fraktes fra intensivavdelingen på Ahus til OUS 21. mars 2021.

Foto: Mattis Sandblad / VG / NTB

kapasitet mellom koordineringsmøtene. OUS som intensivkoordinator var også tilgjengelig for faglig assistanse og kapasitetsdrøfting.

OUS har formidlet til kommisjonen at det var svært god oppslutning om koordineringsmøtene. Møtene fikk raskt en nøkkelfunksjon for å planlegge overflyttingen av pasientene effektivt. Møtene ga god oversikt og synliggjorde behovet for å flytte pasienter, slik at sykehusene kunne planlegge transporter i god tid. Dette ga også den mottakende enheten mulighet til å forberede ankomsten av en ny pasient. Det at den prehospitaltjenesten deltok i møtene, gjorde at denne enheten ble involvert i og fikk innsikt i overflyttingsbehovene og kunne planlegge transportene sine deretter. OUS påpekte at god planlegging var viktig for å redusere risikoen for uheldige hendelser under transport av kritisk syke pasienter.

Ifølge OUS bidro koordineringsmøtene til å fordele belastningen mellom sykehusene på en hensiktsmessig måte. Dermed kunne også hvert enkelt sykehus i størst mulig grad opprettholde kapasitet til andre oppgaver, blant annet planlagte operasjoner og behandlinger.

Utover å planlegge logistikken bidro koordineringsmøtene til å utveksle utstyr og forbruksmaterie, dele erfaringer om smittevernutstyr, gi kollegial støtte og utveksle erfaringer. Covid-19 var en ny sykdom for alle, og i møtene var det derfor viktig å kunne diskutere vanskelige pasientforløp og medisinskfaglige problemstillinger. Deltakerne på møtene utvekslet også prosedyrer, informerte om nye forskningsfunn og diskuterte etiske problemstillinger.¹⁶⁴

I praksis dreide overflyttingen av pasienter seg hovedsakelig om å transportere pasientene fra lokalsykehus til OUS. Bakgrunnen for å flytte dem til OUS var enten medisinske årsaker som at pasientenes tilstand utløste behov for økt kompetanse, eller kapasitetsutfordringer som mangel på intensivsykepleiere. Pasienter ble også flyttet for å unngå å avlyse planlagte operasjoner og for å jevne ut omfanget av planlagte operasjoner.

Som følge av koordineringsmøtene ble det også iverksatt overflyttinger mellom ulike lokalsy-

¹⁶⁴ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Ahus, 17. november 2021.

kehus. Spesielt i perioder med mange intensivpasienter kombinert med tungt belegg i OUS opplevde OUS at det var nyttig å jevne ut belegg mellom ulike lokalsykehus.

Ahus fikk svært mange covid-19-pasienter og var også det sykehuset som flyttet flest pasienter til andre sykehus gjennom intensivkoordineringen. Ahus har formidlet til kommisjonen at koordineringen via intensivlegene, som deltok i de daglige koordineringsmøtene, fungerte bra. Ahus erfarte imidlertid at beslutninger om å flytte pasienter, som ble tatt på overordnet nivå, til tider ikke nådde ned til klinikerne i enkelte samarbeidende sykehus. Dette bidro til et behov for videre kommunikasjon og oppklaringer på overordnet ledernivå.¹⁶⁵ Det oppsto også noe diskusjon internt på Ahus om de skulle flytte over pasienter, eller om de heller skulle utsette planlagte operasjoner og behandlinger.¹⁶⁶

NIPaR har på forespørsel fra kommisjonen sendt oss tall på overflyttinger av intensivpasienter mellom sykehus i Helse Sør-Øst fra covid-19-pandemien brøt ut og fram til oktober 2021.¹⁶⁷ Tallene viser at Ahus sendte omkring 35 pasienter til andre sykehus, og flest til OUS. OUS var også det sykehuset som fikk flest pasienter fra andre sykehus i regionen. Totalt var det omkring 100 pasienter som ble sendt fra et sykehus til et annet i Helse Sør-Øst i denne perioden.¹⁶⁹

OUS har pekt på noen utfordringer knyttet til tidsbruken, smitterisikoen og pasientens tilstand ved intensivtransport av covid-19-pasienter. Intensivtransport med en smittepasient er adskillig mer tidkrevende enn ordinære intensivtransporter. I snitt tok oppdragene ca. tre timer, for eksempel fra Ahus til OUS, inkludert tid til å dekontaminere

(rengjøre og desinfisere) og gjøre seg klar for nytt oppdrag. Kapasiteten for andre intensivtransporter ble naturligvis påvirket av dette. I første fase av pandemien var både pasienter og personell uvaksinert, og ambulanspersonell opplevde transportene som utfordrende da det var frykt for smitte og usikkerhet rundt riktig bruk av smittevernuttstyr. Videre kan transport av respiratorpasienter føre til en forverring av pasientens tilstand. Ifølge OUS burde overflyttinger som følge av kapasitetsutfordringer ideelt sett vært unngått.

De andre sykehusene

En del av de andre sykehusene i landet trengte også å flytte over enkelte covid-19-pasienter.

I Helse Nord ble det opprettet et intensivnettverk, og UNN hadde det regionale koordineringsansvaret for dette. Intensivnettverket var det samme som blir brukt om sommeren og i ferietider for å koordinere hvor mye ledig kapasitet det er på de ulike intensivavdelingene.¹⁷⁰ I Nord-Norge ble det, fra pandemiens utbrudd og fram til oktober 2021, overført fem covid-19-pasienter som hadde behov for avansert intensivbehandling, til UNN fra andre sykehus i regionen.¹⁷¹ Helse Nord satte inn et ekstra Super Puma-helikopter og etter hvert et Dash-8-fly fra Widerøe som ekstra transportressurser. Disse ble bemannet med team fra UNN. De sykeste pasientene ble transportert i en covid-19-kuvøse. Hensikten med de ekstra transportressursene var å sikre at covid-19-pasienter kunne transporteres i luften mellom sykehus, og samtidig skjerme vanlige luftambulanseressurser. UNN har formidlet til kommisjonen at denne beredskapen var viktig for lokalsykehusene i Nord-Norge, avsidesliggende primærhelsetjenester og luftambulansetjenesten i seg selv.

Finnmarkssykehuset har relativt små intensivavdelinger med tilsvarende lav bemanning. Sykehuset merket at det å håndtere en covid-19-pasient på intensiv over tid var utfordrende for enhetens kapasitet. I perioden mars 2020 til oktober 2021 overførte Finnmarkssykehuset derfor – i samråd med UNN – fem intensivpasienter med covid-19 til UNN. Alle pasientene ble fraktet med luftambulanse. Pasientene som ble fraktet fra Hammerfest sykehus, ble transportert i covid-19-kuvøse. Anestesiavdelingen på sykehuset hadde sammen med kuvøseteam tidligere trent på slik transport. Hammerfest sykehus poengterte over-

¹⁶⁵ Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 4. november 2021.

¹⁶⁶ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021.

¹⁶⁷ Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 22. oktober 2021.

¹⁶⁸ Dataene er hentet fra sykehusenes pasientskjemaer. Tallene viser noe variasjon mellom antallet pasienter som det utskrivende sykehuset har rapportert at de har sendt til andre sykehus, og antallet pasienter som det mottakende sykehuset har rapportert at de har fått fra andre sykehus. NIPaR har opplyst at dette skyldes et visst avvik i registreringspraksisen i pasientskjemaene. NIPaR har pekt på at dette er forståelig fordi opplysningene om overføringene kan være vanskelig tilgjengelig i journalsystemet. Ifølge NIPaR gir tallene en idé om omfanget, men at tallene trolig er noe underestimert. Kilde: Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 22. oktober 2021.

¹⁶⁹ Totalt rapporterer utskrivende sykehus i regionen at de har sendt 93 pasienter til andre sykehus. Totalt rapporterer mottakende sykehus i regionen at de har fått 112 pasienter fra andre sykehus. Kilde: Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 22. oktober 2021.

¹⁷⁰ Forklaring, fagdirektør Geir Tollåli i Helse Nord, 6. desember 2021.

¹⁷¹ Brev, UNN til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021.



Figur 6.12 Super Puma-helikopteret fraktet svært syke pasienter mellom sykehusene i Troms og Finnmark under pandemien. Her fra en samhandlingsøvelse i april 2020 mellom Finnmarkssykehuset og UNN.

Foto: Luftambulanseavdelingen ved UNN

for kommisjonen at det var en fordel at sykehuset kunne bruke vanlige rutiner for transport og prosedyrer som var kjente, og som personellet hadde trent på.¹⁷²

Helse Vest opprettet i mars 2020 en lignende felles koordineringsplattform som i Helse Sør-Øst. Alle intensivhetene i Helse Vest deltok. I begynnelsen av pandemien hadde de daglige digitale møter, og etter hvert ble det noe redusert frekvens på møtene. Per oktober 2021 hadde de møter én gang i måneden. På møtene diskuterte de overordnede planer og logistikk og utvekslet erfaringer og råd om enkeltpasienter og behandlingsformer. Helse Bergen pekte på at dette sannsynligvis reduserte behovet for å flytte over pasienter.

I perioden april 2020 til mai 2021 ble totalt elleve pasienter flyttet til Haukeland universitetssykehus fra andre sykehus i regionen. Én av disse pasientene ble også flyttet videre fra Haukeland til Rikshospitalet. Helse Bergen har meddelt kommi-

sjonen at overflyttingene var noe krevende teknisk og logistisk, men at de ikke medførte pasient-skade, smitte eller større komplikasjoner. Videre påpekte Helse Bergen at kommunikasjonen sykehusene imellom var god.¹⁷³

Også Helse Midt opprettet et intensivnettverk. Intensivnettverket besto også her av dem som ledet intensivhetene i hvert enkelt helseforetak i regionen, og i perioder var det daglige møter i nettverket.¹⁷⁴

Oppsummert om flytting av pasienter

Kommisjonen mener intensivkoordineringen sykehusene imellom under pandemien hadde stor verdi. Covid-19-pasienter ble flyttet både mellom sykehus i det enkelte helseforetak, mellom helseforetak i den enkelte regionen og mellom helseforetak og regioner nasjonalt. Samarbeidet bidro

¹⁷³ Brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 11. oktober 2021.

¹⁷⁴ Forklaring, seniorrådgiver i Helse Midt, 24. november 2021.

¹⁷² Brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 15. oktober 2021.

til å avlaste sykehus og personell der intensivkapasiteten var presset, og til å sikre at pasienter fikk tilgang til mer avansert behandling ved behov. Videre var de jevnlig koordineringsmøtene viktige for å formidle kapasitet og kapasitetsbehov, utveksle erfaringer og faglige råd om intensivbehandlingen og gi hverandre kollegial støtte i en vanskelig og usikker tid. Å flytte svært syke covid-19-pasienter innebærer medisinske, tekniske, logistiske og smittevernrelaterte utfordringer. Kommisjonen mener koordineringsmøtene også var viktige for å bidra til at slike pasienter primært ble flyttet der det var helt nødvendig.

Sykehusenes tilbakeføring til normal drift

Den 17. april 2020 ble det holdt et felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene.¹⁷⁵ Møtet ble ledet av daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie. Foretaksmøtet pekte på at oppholdet i planlagte operasjoner og behandlinger i sykehusene hadde ført til at mange pasienter hadde fått et redusert helsetilbud og en risiko for forverret helse. Samtidig hadde flere sykehus ledig kapasitet. De regionale helseforetakene ble bedt om å starte opptrappingen til mer normal drift i helseforetakene. Parallelt med dette skulle arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter fortsette.

På dette tidspunktet hadde sykehusene noe økt tilgang til smittevernutstyr og forbruksmateriell, og dette gjorde det mulig å ta opp igjen planlagte operasjoner og behandlinger. Det var imidlertid to større utfordringer for sykehusene knyttet til denne tilbakeføringen til normal drift: Den ene utfordringen var tilgangen på personell, og den andre utfordringen var å ta opp igjen planlagte operasjoner og behandlinger samtidig som sykehusene skulle fortsette å opprettholde beredskapen.

Flere av sykehusene har formidlet til kommisjonen at oppskaleringen av intensivkapasiteten og stansen av annen drift i mars 2020 gikk raskt, men at det tok lengre tid å få normal drift opp igjen våren og sommeren 2020. Dette skyldtes blant annet slitasje på personell, ansatte i karantene, fortsatt gjeldende smittevernrutiner og svært begrenset tilgang til ytterligere personellressurser. Gjenopptakelsen av planlagte operasjoner og behandlinger og innsatsen for å ta igjen opparbeidet etterslep måtte derfor hovedsakelig

skje gjennom mobilisering av egne ansatte til ekstrainnsats.

Sykehusene har beskrevet det som utfordrende å skulle opprettholde beredskapen for covid-19-situasjonen samtidig som de etter hvert skulle ta opp igjen den ordinære driften. Dette førte til en konstant avveining av ulike hensyn, både med tanke på prioriteringer av pasienter og personell. En anestesioverlege ved Ullevål sykehus beskrev det slik for kommisjonen:

Fasene mellom toppene har vært tyngst fordi da forventes det at vi skal drive som normalt, og så har man fortsatt noen covid-19-pasienter, og man skal hente seg inn igjen med det man ikke fikk gjort under toppene. Det har vært det mest krevende.¹⁷⁶

Ahus har omtalt dette som «limbodrift». Sykehuset har framhevet overfor kommisjonen at endringene fra «covid-19-drift» til «ordinær drift» måtte håndteres på en koordinert måte og balansere ulike hensyn. Sykehuset måtte sikre beredskap med tilstrekkelig opplært personell tilgjengelig for covid-19-pasientene. Samtidig måtte sykehuset sikre tilbud til den økte tilstrømmingen av pasienter som trengte øyeblikkelig hjelp, og ta opp igjen planlagte operasjoner og behandlinger for å redusere ytterligere etterslep og ventetider. For å få til dette ble polikliniske planlagte operasjoner og behandlinger raskt tatt opp ved sykehuset, og i tillegg ble kveldspoliklinikk tatt i bruk. Kapasiteten for planlagte operasjoner og behandlinger tok imidlertid lenger tid å ta opp fordi den var avhengig av at sykehuset måtte åpne operasjons- og dagkirurgisk avdeling, der sykehuset hadde omdisponert noe av personellet til intensiv- og overvåkingsenhetene.

UNN har også formidlet til kommisjonen at det var krevende å legge vekt på høy beredskap, spesielt på intensiv, samtidig som de skulle ta opp igjen planlagte operasjoner og behandlinger. Det var på dette tidspunktet fortsatt behov for å lære opp og omdisponere personell til intensivenheter og sengeposter for covid-19-pasienter. Dette tok ressurser fra ordinær drift, som igjen skapte kapasitetsproblemer for bemanningen der.

Sykehusene som kommisjonen har sett nærmere på under granskningen, har gitt uttrykk for at telefon- og videokonsultasjoner var spesielt nyttig da planlagte operasjoner og behandlinger skulle tas opp parallelt med at smittevernet skulle over-

¹⁷⁵ Protokoll, foretaksmøte i de regionale helseforetakene, 17. april 2020.

¹⁷⁶ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021.

holdes. Flere sykehus opplevde at det å bruke telefon- og videokonsultasjoner førte til at etterslepet ble mindre og tilbakeføringen til normal drift gikk enklere.

I Helse Bergen gikk for eksempel distriktpsikiatrisk senter og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i stor grad over til telefon- og videokonsultasjoner i den første fasen av pandemien. Dette førte til at divisjonen for psykisk helsevern klarte å opprettholde tilbudet gjennom hele perioden. Etter hvert som det ble mulig, ble en større del av konsultasjonene igjen gjennomført med fysisk oppmøte.

Sørlandet sykehus opplevde også at pandemien skapte et mulighetsrom for annen type behandling. Sykehuset innførte betydelig grad av video- og telefonkonsultasjoner og opprettet digital hjemmeoppfølging for covid-19-pasienter og premature barn.

St. Olavs hospital påpekte at behovet for videokonsultasjoner endret seg drastisk våren 2020, og alle poliklinikkene ble da satt i stand til å gjennomføre slike konsultasjoner. I perioden mars til oktober 2020 ble det ved St. Olavs hospital gjennomført mer enn 32 000 videokonsultasjoner, mot bare 136 konsultasjoner i samme tidsrom i 2019.

UNN hadde også en stor økning i videokonsultasjoner i pasientbehandlingen i pandemiens første fase. Sykehuset opplevde imidlertid at den positive økningen våren 2020 i slike konsultasjo-

ner, spesielt innenfor psykisk helsevern og rusfeltet, gikk raskt ned igjen da smittesituasjonen flatet ut våren og sommeren 2020.

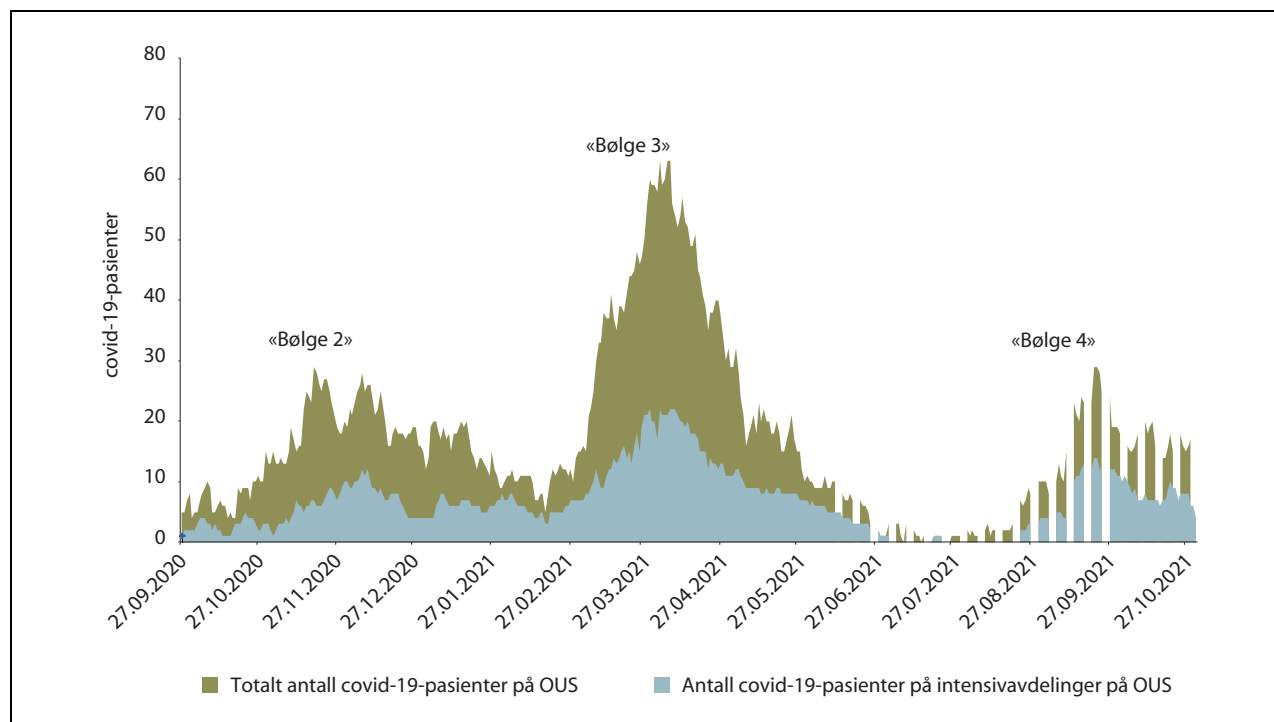
Sykehusene gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen

Flere opp- og nedskaleringer, nedtak av elektiv virksomhet og omdisponering av personell

Det har vært fire mer eller mindre tydelige smittebølger fra covid-19-pandemien brøt ut i mars 2020 og fram til og med oktober 2021. Den første smittebølgen kom våren 2020, den andre kom høsten 2020, den tredje vinteren/våren 2021 og den fjerde høsten 2021. Nedenfor beskriver kommisjonen sykehusenes erfaringer rundt hva som fungerte, og hva som var utfordrende under den andre, tredje og fjerde smittebølgen.¹⁷⁷

Da den andre, tredje og fjerde smittebølgen kom, hadde sykehusene i stor grad planverk, rutiner, erfaring, smittevernutstyr og forbruksutstyr på plass. Under den tredje og fjerde smittebølgen ble også vaksinasjonsprogrammet rullet ut både i

¹⁷⁷ Brev, OUS til Koronakommisjonen, 30. september 2021; brev, Ahus til Koronakommisjonen, 20. oktober og 4. november 2021; brev, St. Olavs hospital til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, Sørlandet sykehus til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, UNN til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 11. oktober 2021; brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 15. oktober 2021.



Figur 6.13 Antall covid-19-pasienter på OUS.

Kilde: Brev, OUS til Koronakommisjonen, 30. september 2021

og utenfor sykehusene. Dermed var helsepersonellet bedre beskyttet mot alvorlig sykdom. Ved mange sykehus ble det likevel nødvendig å stanse elektiv virksomhet (planlagte operasjoner og behandlinger) og omdisponere personell også under den andre, tredje og fjerde smittebølgen.

OUS har beskrevet til kommisjonen at smittebølge to og tre ble håndtert likt i helseforetaket.¹⁷⁸

Det var behov for å omdisponere personell internt på OUS under begge bølgene. Planverket som lå til grunn for omdisponeringen av personell i bølge to og tre, tilsvarte planverket fra bølge én. Under smittebølge tre ble det igjen behov for å lage sengepostkohort i ekstra arealer og med ekstra personell. På forespørsel fra OUS fikk sykehuset under den tredje smittebølgen også tilført erfarne sykepleiere fra Helse Midt og Helse Vest som kunne bidra på intermediær- og intensivheter.

Under bølge to og tre måtte sykehuset i perioder stanse planlagte operasjoner og behandlinger og utsette behandlingen til pasienter uten covid-19. Dette var fordi personell med nødvendig kompetanse måtte bli omdisponert for å ivareta covid-19-pasientene. Ifølge sykehuset ble disse jevnt fordelt mellom de ulike pasientgruppene, men det var hele tiden viktig å skjerme kreftpasienter og barn fra å måtte utsette behandlingen. OUS oppdaterte også en del dokumenter og planer under bølge to og tre for å ivareta pasientene på en mest mulig hensiktsmessig måte. Også under bølge to og tre var det, som under bølge én, besøksforbud for å klare å ivareta avstandsbegrensningen inne i sykehuset.

Under både bølge to og tre opplevde OUS at det var krevende å omdisponere personell, og det var spesielt krevende å dekke behovet for intermediærbehandling med kvalifisert personell. De ansatte som etter hvert opparbeidet seg kompetanse på de ulike nivåene i behandlingen, ble også stadig løftet videre i behandlingsskjeden for å bidra med å ivareta pasienter som var mer krevende. Dermed ble det et stort kontinuerlig behov for å lære opp personell – noe som var vanskelig i perioder da planlagte operasjoner og behandlinger gikk som normalt.

Da smittebølge fire brøt ut høsten 2021, var ca. 90 prosent av de ansatte på OUS vaksinert mot covid-19. Dermed ble personellet i mindre grad satt i karantene, og de var bedre beskyttet mot alvorlig sykdom. Fram til kommisjonen avsluttet granskningen 31. oktober 2021, var det medisinsk

klinikk og akuttklinikken på OUS som behandlet pasientene under den fjerde smittebølgen. Klinikkene hadde lite avlastning fra andre klinikker. Dette førte til at enkelte pasienter med planlagte operasjoner og behandlinger i medisinsk klinikk fikk utsatt behandlingen sin, og enkelte operasjoner ble utsatt for å frigjøre kapasitet til sengepost og intensivavdelingene. Under den fjerde smittebølgen på høsten, fram til oktober 2021, avlastet ikke OUS andre sykehus på grunn av kapasitet, men enkelte pasienter kom til OUS på grunn av kompleksitet. Det var imidlertid ikke mulig å omdisponere personell fra andre klinikker i denne perioden fordi de andre klinikkene ikke reduserte den vanlige driften.

Ahus brukte på samme måte som OUS planverket som ble utarbeidet under den første smittebølgen, under andre, tredje og fjerde smittebølge. Beslutninger om opp- eller nedtrekk av planlagte operasjoner og behandlinger ble tatt på bakgrunn av belastningen på sykehuset, smittesituasjonen og grenseverdiene som var satt i planverket.¹⁷⁹ Figur 6.14 viser covid-19-pasientene på Ahus gjennom de fire bølgene fra april 2020 til oktober 2021.

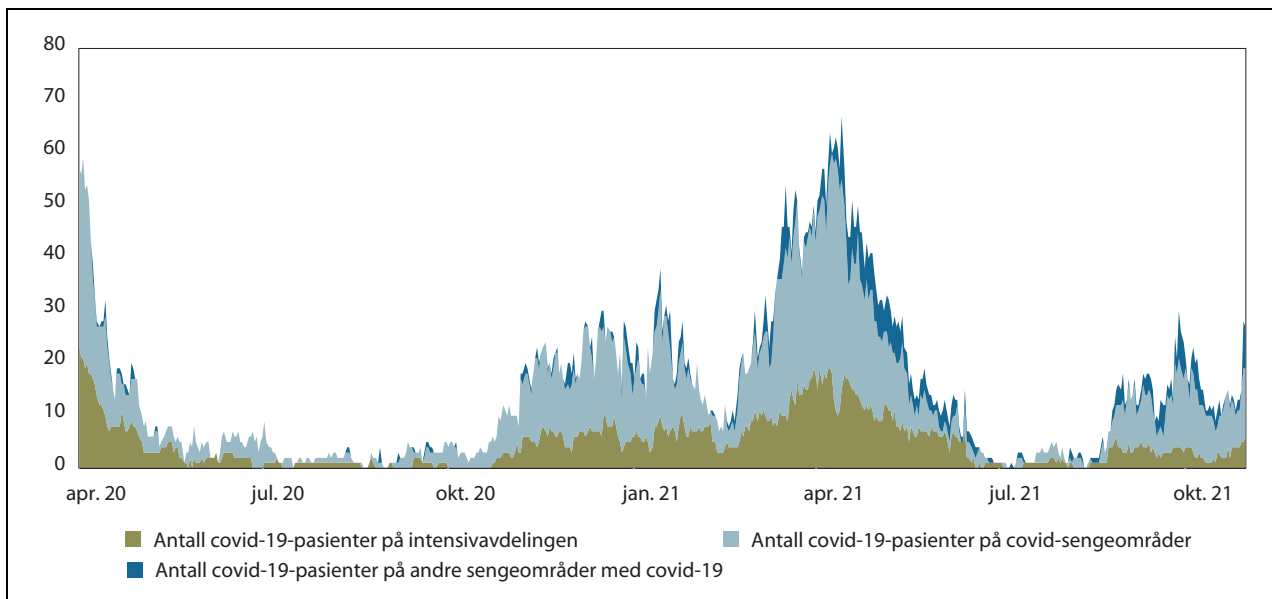
Gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen måtte Ahus i perioder redusere planlagte operasjoner og behandlinger for å frigjøre og omdisponere personell. Personell ble særlig omdisponert til covid-19-sengeposter, akuttmottaket og intensiv- og overvåkingsenhetene. Ahus justerte også modellen for omdisponering av personell som ble utarbeidet under den første smittebølgen. Blant annet ble covid-engasjementer benyttet i større grad gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen for å sikre kapasitet til økende øyeblikkelig hjelp, planlagte operasjoner og behandlinger i sykehuset. Målet var å sikre en mer normal drift i sykehuset.

Ahus har formidlet til kommisjonen at de fikk god hjelp fra andre sykehus under den tredje smittebølgen våren 2021. Nærmere 450 vakter ble dekket opp ved hjelp av sykepleiere og intensivsykepleiere fra andre sykehus. Hovedsakelig bisto disse på intensiv- og overvåkingsenhetene i sykehuset.

Sykehuset har også opplyst til kommisjonen at de har ivaretatt kreftpasientene og øyeblikkelig hjelp gjennom pandemien, men at planlagte operasjoner og behandlinger har blitt rammet helt fra mars 2020. Sykehuset har hatt store utfordringer med å øke kapasiteten tilbake til normal drift for dagkirurgisk virksomhet. Ifølge sykehuset har dette sammenheng med større gjennomtrekk blant

¹⁷⁸ Brev, OUS til Koronakommisjonen, 30. september 2021.

¹⁷⁹ Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 20. oktober og 4. november 2021.



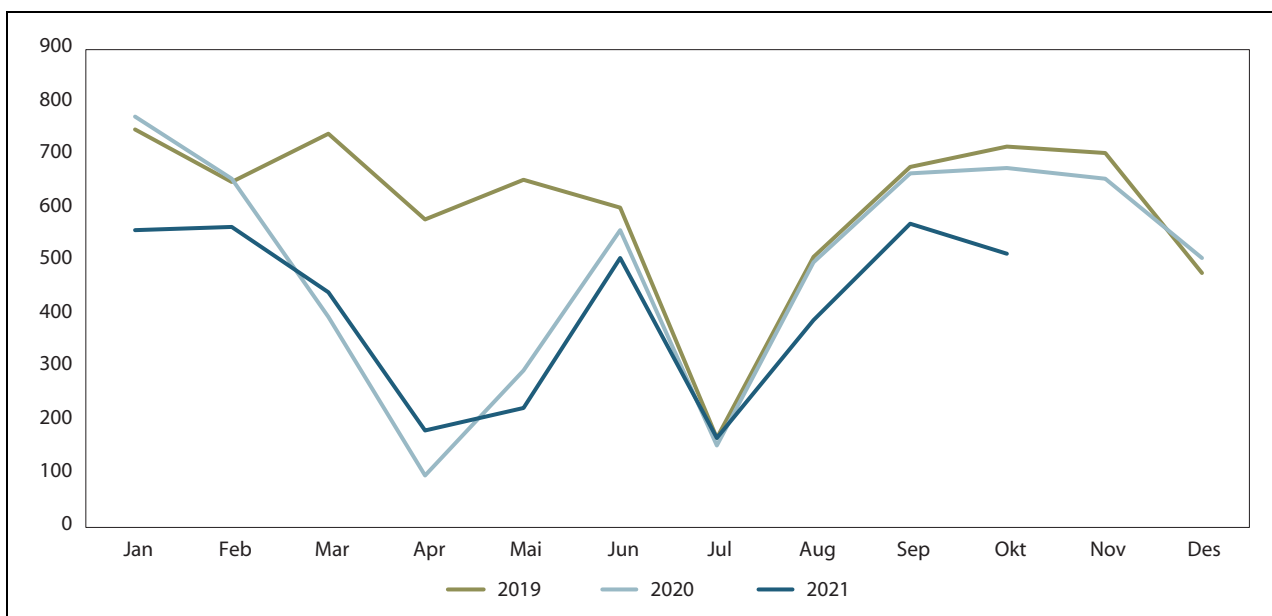
Figur 6.14 Covid-19-pasienter på Ahus fra uke 14 2020 til uke 43 2021.

Kilde: Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 4. november 2020

personellet og at personell har sluttet. Figur 6.15 viser planlagte operasjoner ved dagkirurgisk senter på Ahus i 2019, 2020 og 2021. Figuren illustrerer at det er en tydelig nedgang i planlagte operasjoner under de ulike smittebølgene av pandemien.

Også ved Finnmarkssykehuset var det utover våren og sommeren 2020 en gradvis gjenåpning av poliklinisk aktivitet med smitteverntiltak. Ved to anledninger, under henholdsvis den andre og tredje smittebølgen, oppsto det betydelige utfordringer ved Hammerfest sykehus.

Den ene episoden dreide seg om mye intern smitte i sykehuset i oktober 2020, slik at sykehuset måtte stenge for innleggelser mellom 23. oktober og 9. november 2020. I denne perioden var det imidlertid lite smitte i lokalsamfunnet rundt. Da sykehuset stengte for innleggelser, ble pasienter som allerede lå inne, skrevet ut når de var ferdigbehandlet, og i løpet av få dager var sykehuset tomt for pasienter. Pasienter fra Vest-Finnmark som trengte innleggelser ble sendt til andre steder, som klinikk Alta, Kirkenes sykehus



Figur 6.15 Planlagte operasjoner på Ahus 2019–2021.

Kilde: Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 4. november 2020

og UNN. Det ble også etablert ekstra luftambulansesberedskap i Vest-Finnmark i denne perioden.

Den andre episoden var en smittebølge i Hammerfest kommune i mai til juni 2021. Smitten var denne gangen ute i kommunen, mens det var lite smitte inne i sykehuset. Situasjonen førte til at mange ansatte ved sykehuset kom i karantene, noe som gikk utover behandlingskapasiteten. I denne perioden ble andre sykehus varslet, og en del innleggelses ble rutet vekk fra Hammerfest.

Ved Hammerfest sykehus var det ifølge helseforetaket ikke nødvendig å oppjustere personellfaktoren for å øke intensivaktiviteten ved sykehuset. De anså beredskapen ved sykehuset som tilstrekkelig til å kunne møte en eventuell smittetopp. Ved Kirkenes sykehus var det etter helseforetakets syn lav bemanningsfaktor og dermed svak evne til å håndtere en smittetopp. Sykehuset ble derfor oppbemannet med to innleide intensivsykepleiere på hvert skift fra april 2020 og ut august 2021. Disse var hele tiden i beredskap og måtte stå klare ved en eventuell smittetopp. Sykepleierne var hentet inn fra bemanningsbyråer fordi det ikke fantes noen «reserver» med spesialsykepleiere i nærområdet som var tilgjengelige.

Finnmarkssykehuset opplevde at det utover i pandemien ble bemanningstørke i bemanningsbyråene, og det var veldig vanskelig å få tak i nok personell. Videre opplevde helseforetaket at mange deltidsansatte som var bosatt i Sverige, Danmark og Finland, fikk innreisekarantene, og dette gjorde det vanskelig å bruke dem på vanlig vis.¹⁸⁰

Slitasje, høyere gjennomtrekk, sykemeldinger og oppsigelser – fortsatt kritisk behov for personell

Da den andre, tredje og fjerde smittebølgen kom, hadde pandemien allerede vart en stund, og sykehusene merket en slitasje på personellet. Personellet var slitne og hadde utfordringer med å ta opp igjen planlagte operasjoner og behandlinger og hente inn etterslep samtidig som de skulle opprettholde smittevernet og intensivberedskapen. Innsatsviljen som personellet hadde vist under den første smittebølgen, hadde dabbet av, og det var fortsatt lange vakter, krevende arbeidsforhold og stort arbeidspress. Sykehusene hadde fremdeles begrenset tilgang på personellressurser, særlig intensivsykepleiere og sykepleiere, og de ressursene som fantes, var benyttet til det fulle.

¹⁸⁰ Brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 15. oktober 2021.

Utover i denne fasen i pandemien opplevde flere sykehus frafall blant sykepleiere i form av sykemeldinger, oppsigelser og ønsker om å jobbe med andre ting enn overvåking og intensivbehandling. SSBs sykefraværstatistikk viser en økning i det legemeldte sykefraværet for spesialsykepleiere og sykepleiere på 14 prosent fra 2. kvartal 2020 til 2. kvartal 2021.¹⁸¹ Tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD uttalte følgende i forklaringen sin for kommisjonen:

Den største utfordringen har vært at vi kanskje ikke har hatt gode grep for å unngå urimelig slitasje på de ansatte. At vi kanskje var for ambisiøse da vi fikk en pause i pandemien, når det gjelder å ta igjen etterslep på ikke gjennomførte behandlinger i helsetjenesten. Det medførte en ny travel periode på sykehusene. Når pandemien nå kommer tilbake, er det mange som har vært under høy slitasje lenge. Jeg ser at intensivsykepleiere – som er en mangelvare i norsk helsetjeneste – er blant dem som har en tendens til å slutte fordi det har vært for mye slitasje over lang tid. Det er en dårlig spiral for oss.¹⁸²

Ahus har formidlet til kommisjonen at det var utfordrende å omdisponere personell gjennom smittebølge to, tre og fire. Omdisponeringen påvirket også personellgruppene ulikt. Noen opplevde det krevende med nye og endrede oppgaver, arbeidssted, arbeidstidsordninger og krav til kompetanse. For andre ga omdisponeringen muligheter for faglig utvikling. De største driftsendringene skjedde for enheter med hovedsakelig planlagt drift, som dagkirurgisk virksomhet. Her arbeider det sykepleiere og spesialsykepleiere med bakgrunn fra overvåking, intensiv, operasjon og anestesi (bedøvelse), og dette personellet ble i stor grad påvirket av omdisponeringen. Disse sykepleierne og spesialsykepleierne arbeider vanligvis på dagtid og ble nå omdisponert til intensivenheter med behov for kvelds- og nattevakter. Ahus har meddelt kommisjonen at dette medførte en større gjennomtrekk, og at ansatte sluttet, noe som gjorde det vanskelig for sykehuset å opprettholde kapasiteten de ønsket. Administrerende direktør ved sykehuset forklarte det slik for kommisjonen:

¹⁸¹ Brev, Norsk Sykepleierforbund til Koronakommisjonen, 4. oktober 2021; SSB, sykefraværstatistikken, tabell 12452: Legemeldt sykefravær for lønnstakere (prosent), etter kvartal, yrke og statistikkvariabel.

¹⁸² Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

Vi hadde ganske god kontroll på personellressurser i første bølge. Andre bølge var ikke så stor, mens tredje bølge var mye tøffere. Det var mer krevende å mobilisere personell. Det som skjedde i mellomtiden, var at noen av de som var på dagkirurgisk senter, syntes arbeidet var spennende, mens andre syntes det var veldig krevende at ikke kompetansen deres strakk til. Noen sluttet på grunn av pensjon, og andre sluttet fordi man ønsket å komme seg unna. Da ble personellfaktoren mer kritisk.¹⁸³

På OUS økte gjennomtrekken noe både blant sykepleiere og intensivsykepleiere fra før pandemien til under pandemien. I 2018 var gjennomtrekken blant sykepleierne 6,3 prosent, mens den i 2020 var 6,6 prosent. Intensivsykepleierne hadde en gjennomtrekk på 2,2 prosent i 2018, og den økte til 4,2 prosent i 2020.¹⁸⁴

OUS har videre beskrevet for kommisjonen hvordan de først forsøker å dekke ledige vakter på sykehuset ved å bruke overtid, forskyve vakter og sette inn ekstravakter. Dersom det ikke er personell tilgjengelig blant egne ansatte, må lederen for den respektive avdelingen henvende seg til sykehusets seksjon for personalforvaltning. Denne seksjonen formidler kontakt mellom personer som har ønsket kompetanse og anledning til å påta seg en ekstravakt. Henvendelsen til denne seksjonen økte utover i pandemien. I 2019 fikk seksjonen 209 henvendelser, i 2020 fikk den 232 henvendelser, og i 2021 fikk den 633 henvendelser. OUS har påpekt at denne økningen viser personellutfordringene OUS opplevde utover i pandemien.

På avdeling for infeksjonssykdommer på St. Olavs hospital økte antallet sykepleiere, sykepleierstudenter og medisinstudenter under den første smittebølgen. Avdelingen hadde nok personell og få andre inneliggende pasienter. Under den første smittebølgen ønsket pasientene på poliklinikken å forskyve timene sine eller ha videokonsultasjoner. I de senere smittebølgene ble situasjonen betydelig mer belastende. Sykehuset har beskrevet til kommisjonen at de da hadde et vanlig antall innleggelses og normal lege- og sykepleierbemannings, og at covid-19-pasientene var en ekstra belastning som sykepleierne og legene opplevde som tung over tid. Det var behov for mange fastvakter for å kunne følge med på alvorlige syke covid-19-pasienter, og det var vanskelig for syke-

huset å få tak i sykepleiere med tilstrekkelig kompetanse. Personellet orket heller ikke å stille opp på ekstravakter i samme grad som tidligere. Sykehuset påpekte at terskelen for å tolerere økt belastning minket for hver smittebølge, med økt trøtthet blant både leger og sykepleiere. Under den første bølgen var entusiasmen og innsatsviljen utbredt. Denne innstillingen endret seg utover i pandemien, og toleransen for økt belastning ble minimal.¹⁸⁵

På hovedintensivsenheten på St. Olavs hospital var beleggstillene lavere under den første smittebølgen, både fordi de hadde planlagt å redusere den elektive driften, og fordi det var mindre alvorlig sykdom i befolkningen ellers. Sykepleierbemanningen var også god. Gjennom andre, tredje og fjerde smittebølge økte belastningen gradvis, og aktiviteten i sykehuset ble som før pandemien. Sykehuset har formidlet til kommisjonen at dette innebar lange perioder med overbelegg (flere pasienter enn det er plass til). Samtidig var det høyt sykefravær fordi personellet var slitne og hadde mindre kapasitet til å jobbe ut over planlagt arbeidstid. Innleie av eksterne intensivsykepleiere fra vikarbyråer hadde også blitt svært begrenset under pandemien, og det merket sykehuset godt.

Slitasjen på personellet i sykehusene utover i pandemien, i tillegg den store innsatsen personellet hadde lagt ned, er kommentert av flere i forklaringer for kommisjonen:

Det har vært utfordrende at dette har dratt ut, med flere bølger. Vi trodde vaksineringsen skulle gjøre at det skulle skli over til influensa, men det har det ikke gjort. Det har kommet igjen og igjen – det er den største utfordringen. Det ser vi resultatet av nå. Frontlinjen bærer preg av det. Det er slitne folk i førstelinje.

[...]

Mange har trådt frem som solide med både fagkunnskaper og menneskelige egenskaper. Det er noe av det flotteste å se. Hvor langt folk har strukket seg, og hvor støttende de har vært.¹⁸⁶

Sørlandet sykehus har meddelt kommisjonen at de under den første smittebølgen opplevde at personellet var lojale, innsatsvillige og fleksible. Det var også god tilgang på personell gjennom studenter, forskere og stabsmedarbeidere i denne perio-

¹⁸³ Forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021.

¹⁸⁴ E-post med vedlegg, OUS til Koronakommisjonen, 19. november 2021.

¹⁸⁵ Brev, St. Olavs hospital til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021.

¹⁸⁶ Forklaring, seniorrådgiver i Helse Midt, 24. november 2021.

Tabell 6.6 Gjennomtrekk for sykepleiere og intensivsykepleiere på Ahus under pandemien sammenlignet med 2019.

Faggruppe	Mars 2020– september 2021	2019	Gjennomsnitt per måned Mars 2020– september 2021	Gjennomsnitt 2019
Sykepleier	231	112	12,2	9,3
Intensivsykepleier	10	5	0,8	0,4
Totalt	241	117	12,7	9,8

Kilde: Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 20. oktober 2021

den. Under den andre smittebølgen var rutiner, kompetanse og tilgang på tester og smittevernuttstyr på plass. Personellet hadde også opparbeidet seg mer erfaring. Sykehuset erfarte imidlertid at tilgangen på personell under den andre bølgen var redusert, og at det fantes en forventning om ikke å bruke like mye ekstrapersonell. Det var også en utfordring at «den nye normalen» innebar å ta igjen utsatte polikliniske tjenester, effektivisere driften og samtidig opprettholde smittevernet og beredskapen for en pandemi.¹⁸⁷

I løpet av den tredje smittebølgen ble vaksiner tilgjengelig. Likevel var det fortsatt en utfordring med redusert tilgang på personell, personell som ble smittet av covid-19, og en økende trøtthet blant personellet sykehuset hadde tilgang på. Under den fjerde smittebølgen var det god vaksinedekning, gode smittevernrutiner og god utstyrstilgang. Sykehuset opplevde likevel en redusert tilgang på personell og en stadig økende trøtthet blant personellet. Det fantes også bekymringer knyttet til flere og mer smittsomme mutasjoner med mulighet for sykdom også hos vaksinerte og usikkerhet rundt hva gjenåpning av samfunnet ville føre med seg av utfordringer for smitte inn i sykehuset.¹⁸⁸

Det framstår som klart for kommisjonen at arbeidsbelastningen på personellet på sykehusene stadig ble større under den andre, tredje og fjerde smittebølgen. Den langvarige pandemien førte til slitasje på personellet, som allerede var benyttet til det fulle, og det ble utfordrende for sykehusene å holde på personellet de hadde.

Hos flere sykehus var det frafall hos sykepleierne i form av sykemeldinger, oppsigelser og høyere gjennomtrekk. Sykefraværstatistikken for

spesialsykepleiere og sykepleiere gikk som nevnt betydelig opp fra 2020 til 2021.¹⁸⁹ Ahus og OUS har også opplyst om og lagt fram tall for kommisjonen som viser at gjennomtrekken blant sykepleiere og intensivsykepleiere steg under pandemien. På Ahus viste det seg at belastningen på omdisponerte spesialsykepleiere fra andre avdelinger til intensivavdelingene førte til større gjennomtrekk enn for intensivsykepleiere. Sykehuset har opplyst om at mange opplevde det som utfordrende med nye arbeidssteder, nye arbeidstider, nye kollegaer og nye arbeidsoppgaver. Personellet som ble omdisponert, hadde ikke trent på dette på forhånd, og det var heller ikke klart hva som krevdes av dem, og hvor lenge dette skulle vare. Tabell 6.6 viser gjennomtrekken blant sykepleiere og intensivsykepleiere på Ahus under pandemien sammenlignet med 2019. Gjennomtrekken var høyere både for sykepleiere og intensivsykepleiere under pandemien enn i 2019.

Samlet sett er kommisjonens inntrykk at personellsituasjonen på landets sykehus, og særlig på intensivavdelingene, ble vanskeligere utover i pandemien. Mangel på kompetent personell var en kritisk faktor allerede da pandemien brøt ut. Under pandemien har hard arbeidsbelastning på det eksisterende personellet over lang tid gjort situasjonen enda mer kritisk.

Konsekvenser for den øvrige driften av sykehusene

Alle sykehusene kommisjonen har innhentet innspill fra, har påpekt at det raskt ble en utfordring å ha tilstrekkelig kapasitet til både covid-19-pasien-

¹⁸⁷ Brev, Sørlandet sykehus til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021.

¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ Brev, Norsk Sykepleierforbund til Koronakommisjonen, 4. oktober 2021; SSB, sykefraværstatistikken, tabell 12452: Legemeldt sykefravær for lønnstakere (prosent), etter kvartal, yrke og statistikkvariabel.

tene og de øvrige pasientgruppene da pandemien traff. Det var også krevende for sykehusene å redusere elektiv virksomhet på kort varsel for deretter å ta den opp igjen utover i pandemien samtidig som de skulle opprettholde smittevernet og intensivberedskapen. Nivået på aktiviteten i en slik situasjon måtte også avstemmes med tilgangen på smittevernutstyr, ventelister, fristbrudd og behandling som ikke kunne vente.¹⁹⁰

Administrerende direktør ved Ahus beskrev nedtrekket av planlagte operasjoner og behandlinger slik for kommisjonen:

Det vi har å gå på for å bemanne opp, er å ta ned planlagt kirurgisk aktivitet. Når den store alarmen gikk den 12. mars, så stengte vi i prinsippet all planlagt virksomhet. Vi stengte også mye poliklinisk virksomhet av smittevernhen-syn. Vi opprettholdt kreftbehandling og øyeblikkelig hjelp. Utover det ble nesten all annen kirurgisk aktivitet tatt ned for å mobilisere personell inn på intensivområdet.¹⁹¹

Stansen i planlagte operasjoner og behandlinger fikk konsekvenser for andre pasientgrupper som måtte vente lenger på operasjoner og risikerte økt prognosetap. Dette peker vi også på i den første rapporten vår, og konsekvensene for disse pasientgruppene har økt ytterligere gjennom pandemien.¹⁹²

Som vi påpeker i den første rapporten vår, ble det også registrert en reduksjon i antall pasienter som trengte øyeblikkelig hjelp, ved inngangen til pandemien. Dette bekymret sykehusene. Flere sykehus, som Helse Bergen og St. Olavs hospital, hadde derfor en offensiv strategi og brukte media for at befolkningen skulle få vite at det var trygt å komme til sykehusene, og at sykehusene hadde kapasiteten de trengte.

Kommisjonen har ønsket å se nærmere på utviklingen i ventetiden gjennom pandemien for pasientgruppene som ble hardest rammet av stansen i planlagte operasjoner og behandlinger. Vi ba derfor de sju utvalgte sykehusene om en oversikt

over ventetiden for pasientene på de fire avdelingene i sykehusene der ventetiden samlet sett hadde økt mest.¹⁹³

For OUS totalt var den gjennomsnittlige ventetiden 63 dager i august 2019 og 61 dager i august 2020 før den steg til 65 dager i august 2021.¹⁹⁴ Den gjennomsnittlige ventetiden økte mest i perioden august 2019 til august 2021 på øyeavdelingen, på nevrologisk avdeling (avdeling for sykdommer i nervesystemet), på avdeling for endokrinologi (hormonsykdommer), sykkelig overvekt og forebyggende medisin og på gynekologisk avdeling (avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer).¹⁹⁵

Det var på øyeavdelingen på Ullevål sykehus at ventetiden økte mest i denne perioden. En del av økningen skyldes ifølge OUS nødvendige tiltak relatert til pandemien. Utbruddet av covid-19 på OUS startet på øyeavdelingen i februar 2020, og utbruddet førte til at deler av avdelingen ble midlertidig stengt, og at flere ansatte måtte i karantene etter det oppståtte utbruddet.

På nevrologisk avdeling ved OUS ble deler av avdelingen stengt og omgjort til kohorter for behandling av covid-19-pasienter. Samtidig bidro personellressurser fra nevrologisk avdeling i behandlingen av covid-19-pasienter som var innlagt på andre avdelinger, og mange pasienter med senfølger etter covid-19 ble behandlet på nevrologisk avdeling.

På Ahus økte ventetiden under pandemien mest på ortopedisk avdeling (avdeling for bevegelsesapparatet – skjelett og muskulatur), på øre-, nese- og halsavdelingen, på urologisk avdeling (avdeling for nyrer, urinveier og mannlige kjønnsorgan) og på barnerehabilitering ved barne- og ungdomsklinikken.¹⁹⁶ Figur 6.16 viser gjennomsnittlig ventetid under pandemien ved disse avdelingene.

Ahus har påpekt overfor kommisjonen at stansen i planlagte operasjoner førte til et betydelig økt etterslep på flere av de nevnte avdelingene.

¹⁹⁰ Brev, OUS til Koronakommisjonen, 30. september 2021; brev, Ahus til Koronakommisjonen, 20. oktober og 4. november 2021; brev, St. Olavs hospital til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, Sørlandet sykehus til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, UNN til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 11. oktober 2021; brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 15. oktober 2021.

¹⁹¹ Forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021.

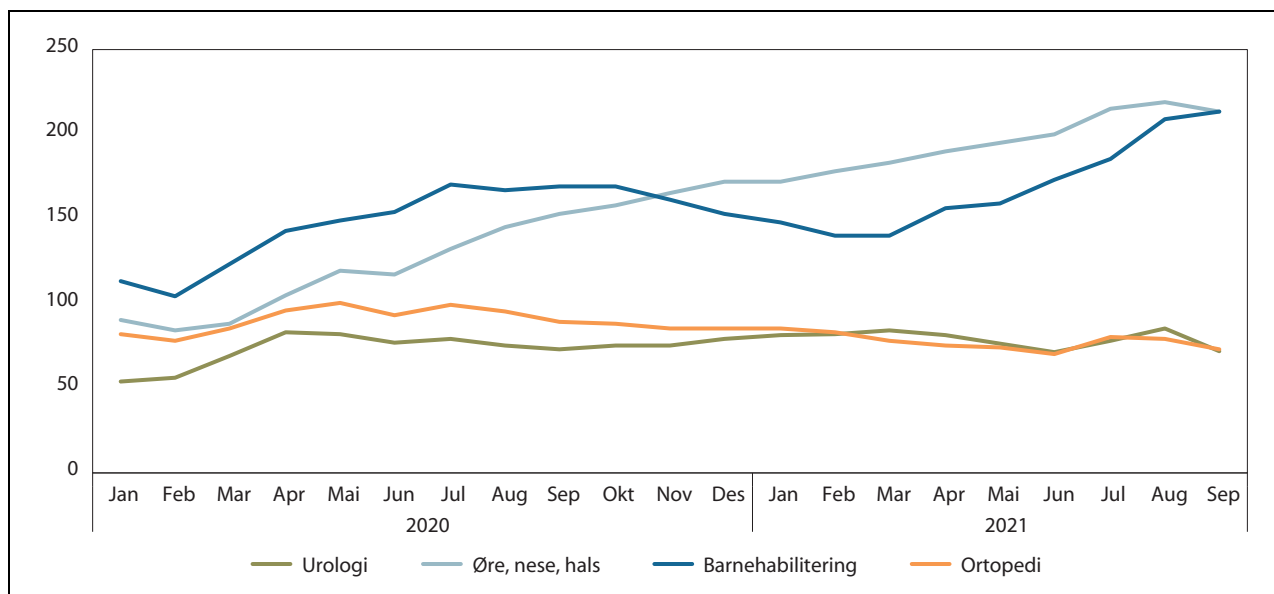
¹⁹² NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 307.

¹⁹³ Brev, Koronakommisjonen til Ahus, OUS, Finnmarkssykehuset, UNN, Helse Bergen, Sørlandet sykehus og St. Olavs hospital, 13. september 2021.

¹⁹⁴ Brev, OUS til Koronakommisjonen, 30. september 2021.

¹⁹⁵ På øyeavdelingen økte den gjennomsnittlige ventetiden fra 77 dager i august 2019 til 108 dager i august 2021. På nevrologisk avdeling økte den gjennomsnittlige ventetiden fra 68 dager i august 2019 til 96 dager i august 2021. På avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin økte den gjennomsnittlige ventetiden fra 94 dager i august 2019 til 119 dager i august 2021. På gynekologisk avdeling økte den gjennomsnittlige ventetiden fra 53 dager i august 2019 til 73 dager i august 2021.

¹⁹⁶ Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 20. oktober 2021.



Figur 6.16 Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for fire utvalgte avdelinger på Ahus 2020–2021.

Kilde: Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 20. oktober 2021. Helsedirektoratet (ventetider og partsrettigheter)

På St. Olavs hospital økte ventetiden under pandemien mest på klinikk for øre-, nese-, hals-, kjeve- og øyesykdommer, på klinikk for ortopedi, revmatologi (muskelskjelettsykdommer) og hudsykdommer, på kirurgisk klinikk og på nevroklinikken.¹⁹⁷

Den gjennomsnittlige ventetiden økte betydelig på klinikk for øre-, nese-, hals-, kjeve- og øyesykdommer i forbindelse med nedtrappingen av aktivitet i begynnelsen av pandemien. St. Olavs hospital opplevde det som svært utfordrende å hente inn dette i etterkant samtidig som de skulle overholde de gjeldende smittevernreglene. Klinikken er i utgangspunktet svært presset på areal, og økningen i aktivitet med et krav om to meters avstand var til dels ikke mulig å gjennomføre. Det var også utrygghet blant personell fordi de jobbet direkte med pasientens slimhinner i og nært øvre luftveier, og de var ekstra utsatt for smitte. Tiltakene som ble satt inn for å redusere ventetiden, var blant annet kveldspoliklinikk og video- og telefonkonsultasjoner for enkelte grupper.

På ortopedisk avdeling hadde ventetiden også en markant stigning i mai 2020 til 85 dager – 15 dager mer enn samme måned året før. Gjennomsnittlig ventetid for 2020 steg med 1,4 dager sammenlignet med 2019 for hele året. Under nedstengningen i mars og april ble det lagt vekt på å gjennomføre de polikliniske konsultasjonene som digitale konsultasjoner der det var mulig, så lenge

sykehuset skulle ta smittevernhensyn i poliklinikken. I mars og april 2020 gjennomført St. Olavs hospital 800 video- og telefonkonsultasjoner ved ortopedisk avdeling mot mindre enn 50 slike konsultasjoner i januar og februar 2020. Andre tiltak som ble innført for å redusere ventetiden, var ekstra poliklinikk og kveldspoliklinikk, rask vurdering av henvisninger og avvisning av dem som ikke hadde behov for hjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette ga resultater, og i oktober 2021 var etterslepet som pandemien hadde skapt, tatt inn igjen på denne avdelingen.¹⁹⁸

Ventetiden på hudavdelingen økte også markant i forbindelse med nedstengningen i mars og april 2020. Også her ble det lagt vekt på å gjennomføre digitale konsultasjoner der det var mulig.¹⁹⁹

Kirurgisk klinikk på St. Olavs hospital var ikke en av de klinikkene som ble hardest rammet av pandemiens første smittebølge, men på grunn av klinikkens størrelse ble utslagene store.²⁰⁰ Det var spesielt fedmepoliklinikken som fikk stor økning i ventetid. Første konsultasjon i fedmelø-

¹⁹⁸ Ventetiden ved ortopedisk avdeling i oktober 2021 var 62 dager, som var 6 dager mindre enn ventetiden i 2019 og 8 dager mindre enn ventetiden i 2020.

¹⁹⁹ I april 2020 var ventetiden 23 dager mer enn i april 2019. Gjennomsnittlig steg ventetiden med 2,7 dager for hudavdelingen for hele året i 2020 sammenlignet med 2019. Ventetiden for hudavdelingen per oktober 2021 var 41 dager, som var 2 dager mer enn i 2020 og 8 dager mer enn i 2019. Avdelingens polikliniske aktivitet med tanke på lysbehandling var i hele 2020 preget av smittevernhensyn, og det var dermed redusert kapasitet.

¹⁹⁷ Brev, St. Olavs hospital til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021.

pet er gruppeundervisning som ikke lot seg gjøre under pandemiens første smittebølge. Gjennom året ble det etter hvert mulig med gruppeundervisning via video.

En del av hovedintensivsenheten på kirurgisk klinikk ble brukt til covid-19-pasienter, og dette i kombinasjon med andre intensivpasienter gjorde at klinikken i perioder hadde færre tilgjengelige overvåkingssenger for pasienter som for eksempel gikk gjennom stor kreftkirurgi. Sommeren 2020 ble ferien for intensivsykepleiere inndratt, og dette sammen med spredt fravær og ferie utover høsten og manglende intensivsykepleiervikarer førte til redusert kapasitet på kirurgisk tung overvåking. Det hjalp noe å bruke særtilllegg for at sykepleiere skulle ta ekstravakter, men utover i 2021 ble det likevel vanskelig å rekruttere sykepleiere til ekstra vakter. Sykemeldinger, ekstravakter og mangel på vikarer førte også til vanskelige driftsforhold på kirurgisk operasjonsavdeling.

Ventelistene ved avdeling for nevrologi og klinisk neurofysiologi ved St. Olavs hospital økte også. I den tidlige fasen av pandemien rammet nedstengningen spesielt den planlagte aktiviteten. Dette førte til en betydelig økning i ventelistene og et vedvarende etterslep.

Også ved de andre sykehusene som kommisjonen har innhentet innspill fra, var det avdelinger som øre-, nese- og halsavdelinger, øyeavdelinger, ortopediske avdelinger og nevrologiavdelinger som samlet sett hadde den største økningen i ventetider under pandemien. Dette var avdelinger der mange planlagte operasjoner og behandlinger ble satt på vent da intensivkapasiteten måtte tas opp under de ulike smittebølgene.²⁰¹ Fagdirektøren i Helse Nord uttalte i forklaringen sin for kommisjonen:

Vi har altfor lang ventetid på særlig ortopedi, øre-nese-hals og øye som er spesialiteter hvor det er mye nærkontakt med pasienter, og som derfor ble tatt ned. Vi gjør det vi kan, men vi har lite private helsetjenester å spille på. For å ta igjen ventetiden så må vi kjøpe arbeidstid hos de faste ansatte på kveldstid og helger for

å ta igjen etterslepet. Det er belastning for fagfolkene som vi ikke har så mange av.²⁰²

Det var særlig under den første smittebølgen ventetidene økte på sykehusene i alle regioner. Dette etterslepet var krevende å hente inn da det kom flere smittebølger samtidig som personellkapasiteten var redusert.

Hva var det reelle behovet for kapasitet under covid-19-pandemien?

Under pandemien rapporterte sykehusene daglig til sentrale myndigheter om hvor mange pasienter som hadde fått påvist covid-19 på sykehusene, hvor mange av disse som var innlagt på intensivavdeling, og hvor mange av disse som fikk ventilasjonsstøtte. Helsedirektoratet har oppgitt til kommisjonen at fra pandemiens start våren 2020 til og med 31. oktober 2021 ble totalt 7004 pasienter lagt inn på landets sykehus med covid-19. Av disse ble 5581 pasienter lagt inn med covid-19 som hovedårsak. Av disse igjen ble 1079 pasienter, det vil si ca. 19 prosent, lagt inn på intensivavdelinger, og 920 av disse fikk ventilasjonsstøtte.²⁰³ Da kommisjonen avsluttet arbeidet sitt i april 2022 var det klart at pandemiens fjerde bølge gjennom høsten og vinteren 2021/2022 ble både stor og krevende for sykehusene. I slutten av oktober 2021 var tallene for innlagte covid-19-pasienter på sykehus og på intensivavdelingene stadig stigende. Kommisjonens gransking strekker seg imidlertid bare fram til 31. oktober 2021, og utviklingen etter dette behandles ikke i denne rapporten. I figur 6.17 er Helsedirektoratets oversikt over innlagte covid-19-pasienter på landsbasis fra 1. mars 2020 til og med 31. oktober 2021.

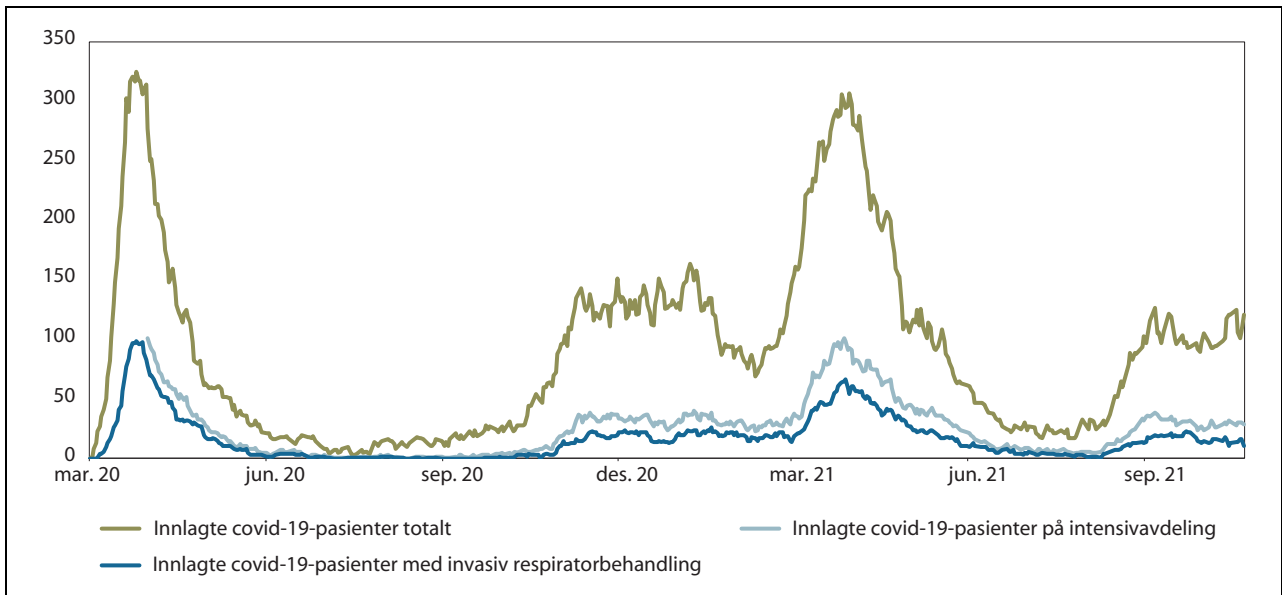
Helse Sør-Øst var den regionen som hadde flest innlagte covid-19-pasienter, og også flest innlagte på intensivavdelinger. Per 31. oktober 2021 hadde Helse Sør-Øst totalt hatt 5426 pasienter lagt inn med covid-19, og av disse var 4315 pasienter lagt inn med covid-19 som hovedårsak. Av disse igjen var 853 pasienter, ca. 20 prosent, lagt inn på intensivavdelinger. Det var 730 pasienter som fikk ventilasjonsstøtte. Fra pandemiens start og fram til 31. oktober 2021 var det flest innlagte covid-19-pasienter på sykehusene og på intensivavdelingene under den første og tredje smittebølgen. I slutten av oktober 2021 var tallene for innlagte

²⁰⁰ Den gjennomsnittlige ventetiden i 2020 var 48,2 dager mot 45,0 dager i 2019. Høsten 2021 lå den gjennomsnittlige ventetiden ved klinikken på 43,2 dager.

²⁰¹ Brev, Sørlandet sykehus til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, UNN til Koronakommisjonen, 1. oktober 2021; brev, Helse Bergen til Koronakommisjonen, 11. oktober 2021; brev, Finnmarkssykehuset til Koronakommisjonen, 15. oktober 2021.

²⁰² Forklaring, fagdirektør Geir Tollåli i Helse Nord, 6. desember 2021.

²⁰³ E-post, Helsedirektoratet til Koronakommisjonen, 7. januar 2022.

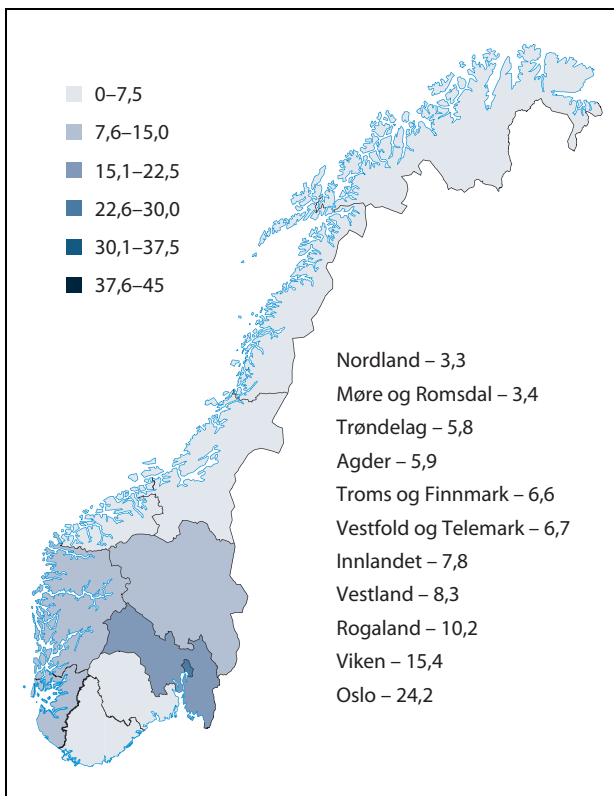


Figur 6.17 Innlagte covid-19-pasienter på landsbasis. Daglige tall.

Kilde: Nettartikkel, Helsedirektoratet, statistikk, 23. mars 2022, «Covid-19 – antall innlagte pasienter på sykehus»

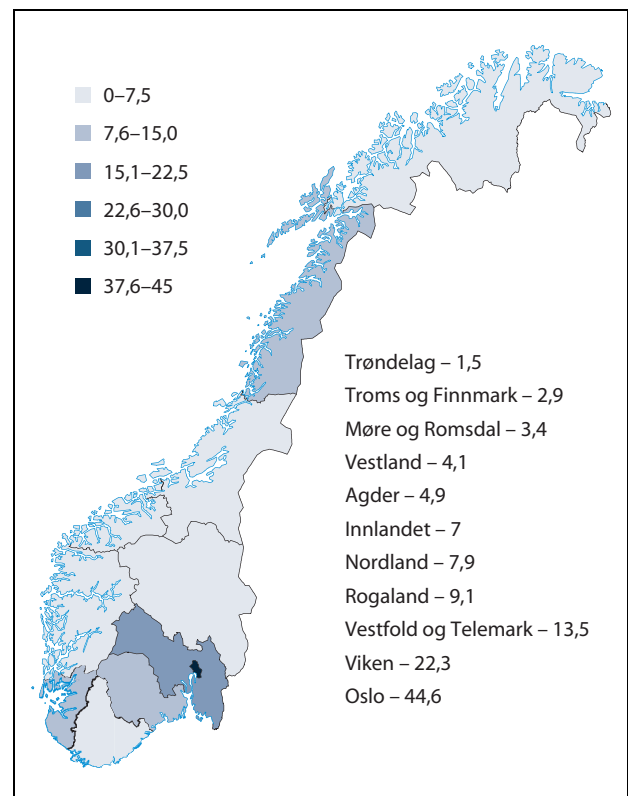
pasienter stadig stigende. Figur 6.18 og figur 6.19 viser antallet og fordelingen av sykehusinnlagte på landsbasis henholdsvis i mars 2020 under den første smittebølgen og i mars 2021 under den tredje smittebølgen.

Kommisjonen har i tillegg innhentet tall fra NIPaR på antall sykehusinnlagte og intensivinnlagte covid-19-pasienter sett opp mot det totale belegget for antall senge- og intensivplasser i sykehusene. Tallene dekker perioden fra pande-



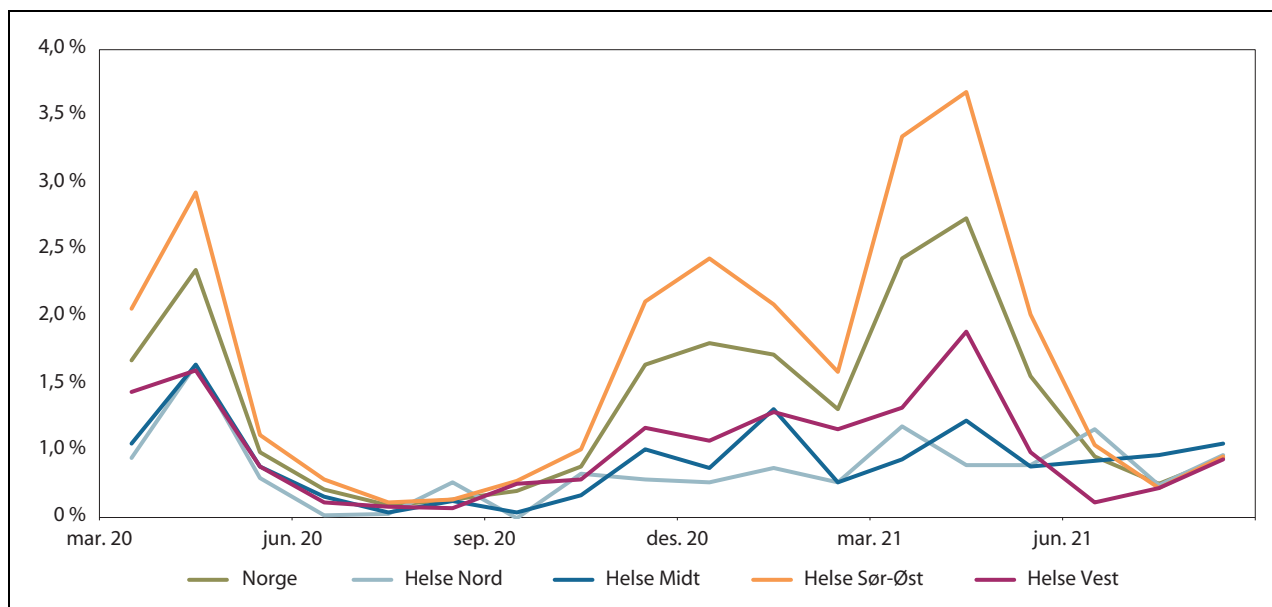
Figur 6.18 Antall sykehusinnlagte per 100 000 på landsbasis i mars 2020.

Kilde: FHI



Figur 6.19 Antall sykehusinnlagte per 100 000 på landsbasis i mars 2021.

Kilde: FHI



Figur 6.20 Sykehusinnlagte covid-19-pasienter som andel av tilgjengelige somatiske senger.

Kilde: Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 30. september 2021

mien brøt ut i mars 2020, til august 2021. Figur 6.20 viser andelen sykehusinnlagte covid-19-pasienter i hvert regionale helseforetak og på landsbasis sett opp mot det totale antallet tilgjengelige somatiske senger (senger for pasienter med kroppslige lidelser) under pandemien.²⁰⁴ Det går tydelig fram at covid-19-pasientene som ble innlagt på sykehusene, tok opp en nokså liten andel av de tilgjengelige somatiske sengene. Antallet var høyest i mars/april 2021 under den tredje smittebølgen i Helse Sør-Øst da pasientene med covid-19 opptok ca. 3,5 prosent av sengekapasiteten. I denne sammenhengen er det imidlertid viktig å påpeke at covid-19-pasientene på sykehusene generelt var mer ressurskrevende enn mange «vanlige» somatiske opphold.²⁰⁵

Covid-19-pasienter som var lagt inn på intensivavdelinger under pandemien, tok derimot opp en betraktelig større andel av de totalt tilgjengelige intensivsengene. Figur 6.21 viser at covid-19-pasienter i Helse Sør-Øst tok opp 40 prosent av de tilgjengelige intensivsengene i april 2020 under den

første smittebølgen og nærmere 50 prosent av de tilgjengelige intensivsengene i mars/april 2021 under den tredje smittebølgen. Intensivpasienter generelt, og covid-19-pasienter på intensiv spesielt, er dessuten svært ressurskrevende. Disse pasientene la dermed beslag på mye mer helsehjelp enn antallet pasienter skulle tilsi.²⁰⁶

Figur 6.22 viser det totale belegget på intensivavdelingene for den samme perioden. Det framgår av figuren at belegget var over 100 prosent i Helse Sør-Øst både i april 2020 under den første smittebølgen og i mars/april 2021 under den tredje smittebølgen.²⁰⁷

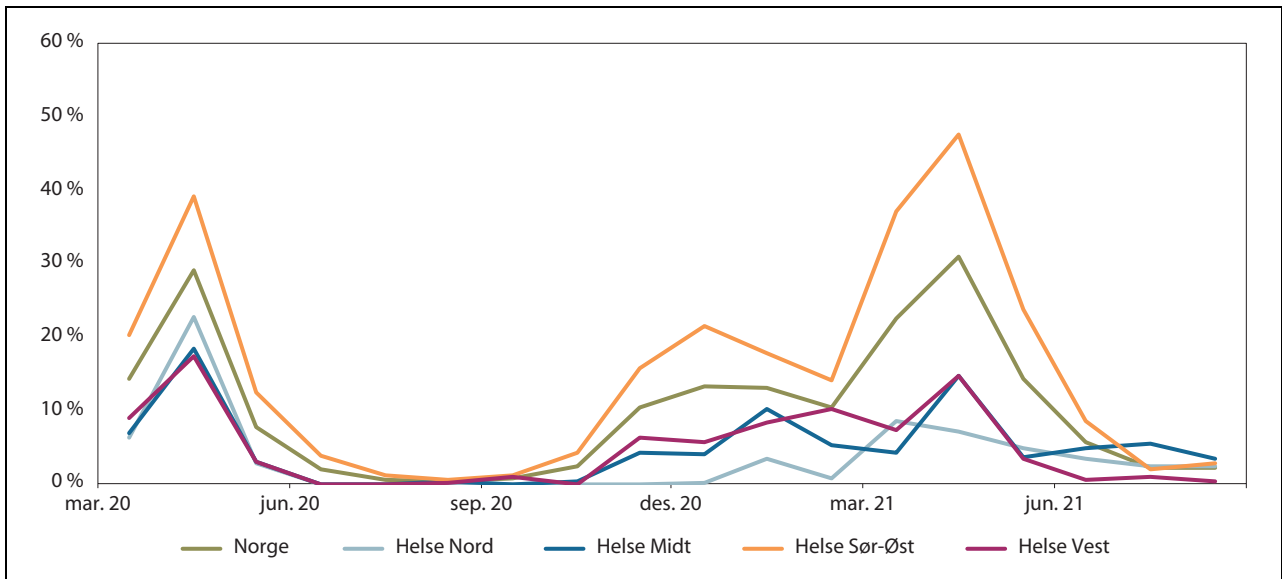
²⁰⁶ Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 30. september og 22. oktober 2021.

²⁰⁷ NIPaR påpekte at figurene baserer seg på totalkapasiteten sykehusene hadde rapportert inn at de hadde i januar 2020. NIPaR understreket også at tallet på aktive senger i Helse Nord ved ordinær drift trolig var overrapportert, og at det heller lå nærmere tallet for monitorerte senger enn tallet for bemannede senger. For Helse Midt var tallet noe underrapportert, spesielt for St. Olavs hospital. Dette er forklaringen på hvorfor grafen for Helse Nord er relativt høy, mens grafen for Helse Vest er relativt lav.

Videre var ikke registreringen av «vanlige intensivpasienter» i 2021 ferdigstilt i oktober 2021, og NIPaR ventet etterregistrering av en del pasienter. Dette innebærer at totalbelegget, spesielt for våren og sommeren 2021, trolig har vært høyere enn det som går fram av figuren.

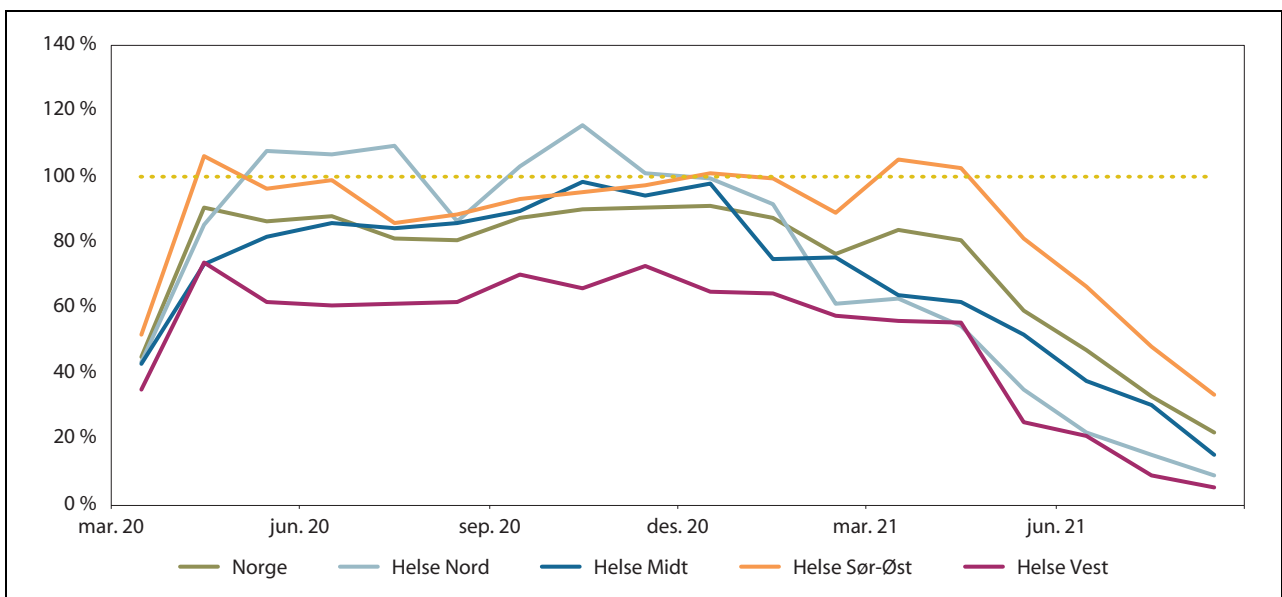
²⁰⁴ NIPaR skriver at andelen er beregnet ut ifra alle somatiske senger som definert av SSB over tid og viser til SSB, spesialisthelsetjenesten, tabell 04434.

²⁰⁵ Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 30. september 2021.



Figur 6.21 Intensivinnlagte pasienter med covid-19 som andel av tilgjengelige intensivsenger.

Kilde: Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 30. september 2021



Figur 6.22 Totalt belegg på intensivavdelingene i de regionale helseforetakene og på landsbasis.

Kilde: Brev med vedlegg, NIPaR til Koronakommisjonen, 22. oktober 2021

6.7 Intensivkapasitet og intensivberedskap i Danmark og i Sverige

Innledning

Kommisjonen har gjennomført en kartlegging av sengekapasiteten, intensivkapasiteten og intensivberedskapen på sykehusene i Danmark og i Sverige. Dette er land det er naturlig å sammenligne Norge med, og en slik kartlegging kan bidra til å vurdere behovet for kapasitet og beredskap også

på norske sykehus. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at en slik sammenligning har klare begrensninger fordi sykehusene i de tre landene er ulikt organisert, både internt og i forholdet til kommunehelsetjenesten. På vegne av kommisjonen har Oslo Economics kartlagt sengekapasiteten, intensivkapasiteten og intensivberedskapen på sykehusene som tok imot flest covid-19-pasienter i Danmark og i Sverige. I Danmark ble kartleggingen rettet mot Aarhus Universitetssykehus i Region Midtjylland og Rigshospitalet og

Hvidovre Hospital i Region Hovedstaden. I Sverige ble kartleggingen rettet mot Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholms län og Mälarsjukhuset i Eskilstuna i Södermanlands län.²⁰⁸

Planverk og øvelser

I kartleggingen blir det redegjort for planverket i Danmark og i Sverige. I Danmark hadde de en plan for pandemisk influensa som sist var blitt oppdatert i 2013. De hadde også planlagt å gi ut en ny epidemiplan med en mer overordnet tilnærming til å håndtere større utbrudd og epidemier. Utgivelsen ble imidlertid utsatt på grunn av pandemien, og erfaringene fra covid-19-pandemien skal bli inkludert i den nye planen.

I Sverige fant den svenske Koronakommisjonen at det var en del mangler ved regionenes og sykehusenes pandemi- og beredskapsplaner. De fleste sykehusene i Sverige har også påpekt at en tydelig opptrappingsplan og personalstrategi ville vært til stor hjelp. Videre har halvparten av regionene rapportert til den svenske Koronakommisjonen at de ikke hadde øvd på et pandemiscenario de siste ti årene. Generelt har sykehusene beskrevet at det hovedsakelig gjennomføres øvelser på akuttmedisinske avdelinger, men at intensivavdelinger i liten grad er involvert.

Få endringer i intensivkapasiteten de siste årene

Oslo Economics presiserer i kartleggingen at det er usikkerhet knyttet til antallet intensivplasser i Danmark og i Sverige. I likhet med i Norge er det ulikheter i hvordan en intensivplass defineres og rapporteres i Danmark og i Sverige. Tallene i rapporten fra Oslo Economics må derfor tolkes med varsomhet.

Det er normalt 390 intensivplasser ved offentlige sykehus i Danmark, noe som tilsvarer 6,7 plasser per 100 000 innbyggere. Det finnes ikke noe offentlig register som rapporterer den historiske kapasiteten, men tidligere forskning tyder på at kapasiteten har ligget rundt dagens nivå de siste årene.

I Sverige finnes det en oversikt over intensivkapasiteten tilbake til 2017. Også i Sverige har kapasiteten vært stabil de siste årene, med en økning fra 516 til 524 plasser fra 2017 til 2020. Dette tilsvarer om lag 5,1 intensivplasser per 100 000 innbyggere for perioden, noe som er i overkant av 20 prosent lavere enn tilsvarende tall

for Danmark. For begge land oppgis det at det er tilgang på personell, og særlig intensivsykepleiere, som er avgjørende for kapasiteten.

En nylig publisert studie indikerer at både Danmark og Sverige har lav intensivkapasitet sammenlignet med andre europeiske land.²⁰⁹ Danmark og Sverige var landene som kom dårligst ut i vurderingen av tilgangen på intensivplasser. Tyskland, Estland og Østerrike var landene som ble vurdert å ha best tilgang. Norge var ikke med i undersøkelsen.

Oppskalering av intensivkapasiteten

Gjennomgangen til Oslo Economics tyder på at intensivkapasiteten ved svenske sykehus var betydelig lavere enn ved danske sykehus ved inngangen til pandemien. Både i Sverige og i Danmark måtte sykehusene skalere opp intensivkapasiteten kraftig da pandemien brøt ut. Som i Norge ble dette gjort ved å redusere elektiv kirurgi og flytte personell fra operasjons- og anestesiativitet til intensivavdelingene. I Danmark oppskalerte Region Hovedstaden fra 119 til 239 intensivplasser og Region Midtjylland fra 89 til 141 intensivplasser i løpet av noen få dager. I Sverige oppskalerte Mälarsjukhuset fra 8 til 36 intensivplasser på det meste, og Karolinska Universitetssjukhuset gikk fra 36 til 183 intensivplasser. I Stockholm ble kapasiteten også økt ved blant annet å ta i bruk et nytt sykehusbygg som egentlig skulle brukes til andre formål.

Samarbeid mellom sykehus og flytting av pasienter

I likhet med Norge hadde både Sverige og Danmark en strategi om å utnytte kapasiteten under pandemien ved at sykehusene samarbeidet og overførte pasienter til intensivavdelinger med ledig kapasitet. De to landene løste imidlertid dette noe ulikt.

I Sverige samarbeidet de ulike helseregionene om å fordele pasienter til sykehus med ledig kapasitet. Gjennom pandemien hadde representanter fra hver region daglige møter. Møtene ble ledet av Svenska Intensivvårdregister. I Sverige ble enkelte sykehus eller avdelinger spesialisert for å ta imot covid-19-pasienter fra et større geografisk område. En slik spesialisering bidro til økt kompetanse blant de ansatte, men førte også til økt belastning på nøkkelpersonell. Fordi det i utgangspunktet var mangel på intensivsykeplei-

²⁰⁸ Rapport, Oslo Economics, januar 2022, «Kartlegging av intensivkapasitet i Sverige og i Danmark».

²⁰⁹ Rapporten fra Oslo Economics viser til studien Bauer m.fl. 2020.

ere, ble arbeidsmengden og ansvaret på disse spesielt stor, og belastningen var høy over lang tid. Den høye belastningen førte til høyere gjennomtrekk enn normalt, noe som gjorde det spesielt krevende å håndtere pandemiens andre bølge i Sverige.

I likhet med i Sverige etablerte Danmark regionale intensivkoordinatorene med ansvar for å følge opp hvor pasientene skulle sendes for å sikre at kapasiteten ble utnyttet effektivt. Representantene hadde regelmessige møter gjennom pandemien for å sikre en hensiktsmessig fordeling av pasienter mellom sykehusene. I Danmark ble det, i motsetning til i Sverige, besluttet at de ikke skulle opprette egne spesialiserte covid-19-avdelinger eller covid-19-sykehus. De begrunnet dette med at de ønsket å unngå for stor slitasje på hver enkelt ansatt. I Danmark var det forventet at dette valget ville gå utover kvaliteten i tjenesten, men at det likevel var nødvendig for å unngå for stor arbeidsbelastning for den enkelte over tid.

I Danmark anbefalte Sundhetsstyrelsen at regionene skulle forsøke å unngå å flytte de mest kritiske pasientene. Sundhetsstyrelsen viste til at det var en risiko forbundet med å flytte kritisk syke pasienter mellom sykehus fordi transport kunne føre til at pasientenes tilstand ble forverret.

Mangel på intensivsykepleiere

Da Danmark og Sverige måtte skalere opp intensivkapasiteten, ble det – som i Norge – tidlig klart at den største begrensningen var tilgangen på personell. Særlig var det mangel på intensivsykepleiere.

De forsøkte å løse dette ved at sykehusene i Danmark og i Sverige omskolerte annet personell for å bemanne de nye intensivplassene. Særlig omskolerte de sykepleiere med spesialutdanning innenfor anestesi og kirurgi. De tok også i bruk nye arbeidsformer, og flere steder gikk sykehusene bort fra normal dekning på intensivplassene til å organisere personellet i team med ansvar for mange pasienter samtidig. I perioder med høy belastning kunne hver intensivsykepleier for eksempel ha ansvar for fem til seks pasienter samtidig. Noen sykehus valgte også å organisere pasientene i kohorter, i stedet for å isolere dem på enerom, for å utnytte lokalene bedre og gjøre det enklere å følge opp flere pasienter samtidig. For eksempel samlet Hvidovre Hospital mellom åtte og tolv pasienter i samme rom der sykepleiere ble ledet av en erfaren intensivsykepleier. Ved Karolinska Universitetssjukhuset i Sverige blir intensivplassene ved ordinær drift bemannet

også av annet helsepersonell enn intensivsykepleiere, for eksempel hjelpepleiere med tilleggstudanning. Dette begrenset behovet for intensivsykepleiere noe da antallet intensivplasser måtte skales opp under krisen.

Statistikken i kartleggingen til Oslo Economics antyder at det er ulik tilgang til helsepersonell i de nordiske landene, spesielt intensivsykepleiere. Tallene for antall intensivsykepleiere og antallet som utdannes i de ulike landene, må imidlertid tolkes med varsomhet fordi tallene rapporteres på ulike måter i forskjellige land. I Danmark finnes det, i motsetning til i Norge, et autorisasjonsregister over intensivsykepleiere. Tilgangen på intensivsykepleiere ser også ut til å være best i Danmark, med 68,2 intensivsykepleiere per 100 000 innbyggere mot 39,2 og 42,7 i henholdsvis Sverige og Norge. Det blir imidlertid utdannet flere intensivsykepleiere årlig i Sverige (4,3 per 100 000) enn i Danmark (3,4 per 100 000) og i Norge (2,6 per 100 000).

6.8 Funn og anbefalinger

Hovedfunn

Kommisjonens undersøkelser viser at covid-19-pasienter tok opp en betydelig andel av de tilgjengelige intensivplassene på sykehusene, spesielt sentralt på Østlandet. De tok derimot opp en nokså liten andel av de tilgjengelige somatiske sengene på sykehusene.

Helt siden svineinfluensaen i 2009 har ulike aktører pekt på utfordringer ved den eksisterende intensivkapasiteten og behovet for økt intensivkapasitet i norske sykehus. Kommisjonens undersøkelser viser imidlertid at det ikke var noen felles oppfatning av den samlede kapasiteten. Dette skyldes først og fremst at det fantes en faglig uenighet om hva som utgjorde en intensivplass. Disse utfordringene var kjent for myndighetene før pandemien brøt ut.

Både de regionale helseforetakene og HOD har forsøkt å utrede behovet for intensivkapasitet nærmere. Disse prosessene stoppet opp på grunn av den faglige uenigheten. Kommisjonen mener ledelsene i HOD og i de regionale helseforetakene burde vært mer handlekraftige og sørget for nødvendige avklaringer, slik at arbeidet kunne fortsette.

Å bygge opp intensivkapasitet er dyrt, og det koster å ha en intensivberedskap som er tilstrekkelig også i krisetider. Det er derfor en økonomisk og politisk prioritering å bestemme nivået og

å bygge opp slik beredskap. Kommisjonen mener det er behov for tydelige føringer fra HOD som øverste ansvarlige fagmyndighet om hvilken intensivkapasitet landet må ha ved ordinær drift, og hvordan sykehusene skal kunne øke og tilpasse kapasiteten ved eventuelle kommende pandemier eller kriser. Det er ikke nok at departementet peker på utfordringene med kapasiteten uten å gi signaler om hvordan de som eier ønsker at kapasiteten skal bli utviklet. Det at HOD hadde rettet oppmerksomhet mot intensivkapasiteten og intensivberedskapen i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i årene forut for pandemien, viser også hvordan HOD ikke har prioritert dette høyt nok.

For å bedre beredskapen anbefaler kommisjonen at *grunnkapasiteten* i intensiv- og intermedieæravdelingene må økes noe. Etter svineinfluensaen i 2009 og i årene etter kom det rapporter og stortingsmeldinger fra sentrale myndigheter om intensivkapasiteten i landet. Bakgrunnen var bekymringer for den generelle intensivkapasiteten. Flere av rapportene konkluderte med at intensivkapasiteten var utilstrekkelig og skapte utfordringer både nasjonalt og regionalt.²¹⁰ Rapportene framhevet mangelen på personell og særlig intensivsykepleiere, utstyr og egnede lokaler. De pekte også på at den demografiske, medisinske og teknologiske utviklingen ville gi et stadig mer omfattende behandlingsbehov til flere pasienter og sette et enda større press på intensivkapasiteten.

Gjennom granskingen har vi sett at intensivavdelinger har lite å gå på i ordinær drift. Flere helseledere har i forklaringer for kommisjonen fortalt at intensivkapasiteten var knapp før pandemien.²¹¹ Tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD pekte på at grunnkapasiteten på intensivsiden bør være noe mer robust enn den er

i dag.²¹² Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie uttalte følgende overfor kommisjonen:

Det er ingen tvil om at vi burde hatt en større intensivkapasitet i Norge.²¹³

Helsepersonell og ledere på sykehusene og ledere i de regionale helseforetakene og i forvaltningen har overfor oss indikert at en økning i grunnkapasiteten på intensivdelingene på mellom 10–20 prosent er ønskelig, og at de mener dette er realistisk. Det er samtidig kommunisert til oss at det ikke er behov for en fordobling av kapasiteten.²¹⁴

Kommisjonens gransking har vist at også intermedieærseenger var viktige for å håndtere covid-19-pasienter under pandemien, og at det gradvis oppsto et ekstra behov for slike seenger. Intermedieærseenger er et mellomnivå som kan avlaste intensivseengene, samtidig som pasientene kan få mer komplisert behandling på en intermedieærseenger enn på en vanlig sengpost. Med flere intermedieærseenger får sykehusene større fleksibilitet. De får et alternativ til å unngå å overbehandle pasienter på intensivavdelingene. Dette vil gi sykehusene større fleksibilitet med tanke på bruken av personell. I tillegg sikrer det at pasienter i større grad blir lagt på rett behandlingsnivå.

Kommisjonen mener en moderat økning i den samlede grunnkapasiteten på intensiv- og intermedieæravdelingene vil gjøre disse avdelingene bedre i stand til å håndtere perioder med økt pågang og gi en større fleksibilitet både i ordinær drift og ved kriser. Granskingen vår gir ikke grunnlag for å angi nøyaktig hvor mye grunnkapasiteten bør øke, blant annet fordi ulike rapporter oppgir ulik kapasitet, både nasjonalt og internasjonalt. Den konkrete vurderingen av hvor mye grunnkapasiteten må økes, må dessuten ses i sammenheng med det totale omfanget av pasienter og oppgaver på sykehusene og i regionene. I den sammenheng vil vi peke på HODs oppdrag til

²¹⁰ Rapport, DSB, 2010 «Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge»; Meld. St. 16 (2012–2013): *Beredskap mot pandemisk influensa*; rapport, Hans Flaatten, januar 2011, «Intensivkapasitet og fordeling av intensivrespiratorer»; rapport, Helse Sør-Øst RHF, 2014, «Rapport intensivkapasitet i Helse Sør-Øst»; rapport, en arbeidsgruppe sammensatt av de fire RHF, 30. desember 2019, «Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv»; rapport, Riksrevisjonen, 26. november 2019, «Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene, Del av Dokument 3:2 (2019–2020)».

²¹¹ Forklaring, konstituert fagdirektør Henrik Sandbu i Helse Midt, 24. november 2021; forklaring, direktør Bjørn Guldvog i Helsedirektoratet, 22. desember 2021; forklaring, assisterende direktør Espen Rostrup Nakstad i Helsedirektoratet, 13. desember 2021.

²¹² Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

²¹³ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

²¹⁴ Forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021; forklaring, tidligere anestesioverlege ved Haukeland sykehus, 17. november 2021; forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland på Ahus, 18. november 2021; forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, viseadministrerende direktør Jan Frich i Helse Sør-Øst, 26. november 2021; forklaring, fagdirektør Baard-Christian Schem i Helse Vest, 23. november 2021; forklaring, direktør Bjørn Guldvog i Helsedirektoratet, 22. desember 2021.

de regionale helseforetakene i januar 2021 om å utrede det framtidige behovet for intensivkapasitet i spesialisthelsetjenesten. Denne utredningen er ikke ferdigstilt ennå, og det bør kunne forventes at den gir et grunnlag for hvor mye grunnkapasiteten bør økes i de enkelte regionene og på de enkelte sykehusene.

Kommisjonen vil påpeke at en økning i intensiv- og intermediæravdelingenes grunnkapasitet ikke kan ses på som en erstatning for smitteverntiltak ved en pandemi som er så alvorlig og varer så lenge som covid-19-pandemien. En noe større buffer i intensiv- og intermediæravdelingene vil likevel gi mer fleksibilitet, og i visse tilfeller lengre akseptabel responstid før smitteverntiltak må innføres. Som tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD uttalte i sin forklaring for kommisjonen:

Om vi var i stand til å vite at vi kunne mobilisere en vesentlig større intensivkapasitet enn det vi hadde, så kunne vi kanskje tåle større svingninger i pandemien. En investering i intensivkapasitet er en investering for å redusere andre kostnader i samfunnet som følger av nedstengningen.²¹⁵

For å bedre *intensivberedskapen* er det ikke nok med en moderat økning i grunnkapasiteten. I tillegg er det viktig å forberede sykehusene på å kunne oppskalere kapasiteten i krisesituasjoner.

Granskingen vår viser at intensivkapasiteten på de mest belastede sykehusene kom på strekk da sykehusene måtte oppskalere kapasiteten. Det ble mangel på kompetent intensivpersonell, særlig intensivsykepleiere. Mange ble lært opp og omdisponert. Videre skapte sykehusenes utforming og lokaler utfordringer. Sykehusene måtte bygge om lokaler på kort tid, og de opprettet flere intermediærseenger. Disse endringene og tilpassningene fantes det få planer for. Personellet var heller ikke trent eller forberedt på omdisponeringen som pandemien krevde, og det var ikke klart om kvaliteten på behandlingen av pasienter måtte bli redusert dersom det skulle bli nødvendig, og eventuelt hvordan det skulle bli gjort. Flere av rapportene før pandemien hadde pekt på behovet for mer fleksibilitet i personell, lokaler og senger, i tillegg til behovet for opplæring og øvelser.

Kommisjonen mener at sykehusene ikke var godt nok forberedt på en pandemi, og at HOD heller ikke gjorde nok for å bedre intensivkapasiteten

underveis i pandemien. Annet enn i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene i januar 2021 kan ikke kommisjonen se at departementet har tatt ytterligere grep for å bedre intensivkapasiteten.

Granskingen vår viser at sykehusenes omstillingsevne og fleksibilitet, samhandling, planverk, øvelser og ledelse er helt sentrale for hvordan sykehusene håndterer en krise og oppskalere kapasiteten. Dette vil beskrives nærmere i den videre omtalen av personellressurser, øvelser, planverk, samhandling og sykehusbygg.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at *grunnkapasiteten* i intensiv- og intermediæravdelingene økes noe.
- For å bedre *intensivberedskapen* er det ikke nok med en moderat økning i grunnkapasiteten. Kommisjonens anbefalinger i det følgende er vel så viktige for å gjøre sykehusene bedre rustet til å håndtere kommende pandemier eller andre kriser.

Personellressurser

Kommisjonen mener at sykehusene på imponerende vis utnyttet de ressursene de hadde, og at det lå en enorm omstillingsevne og innsatsvilje i personellet og i organisasjonene. Dette var helt avgjørende for at sykehusene klarte å oppskalere og nedskalere kapasiteten, omdisponere personell og tilpasse senger og lokaler under pandemien. Det å omdisponere og presse ressurser over tid har likevel sin pris.

Kommisjonen mener det er helt sentralt at sykehusene beholder denne omstillingsevnen og fleksibiliteten. Ansvar for dette ligger både hos HOD, de regionale helseforetakene og hos hvert enkelt sykehus.

Det var mangelfull dekning på intensivsykepleiere på sykehusene da pandemien brøt ut. Dette var en kjent utfordring også i forkant av pandemien. Mange sykehus hadde gjort seg avhengig av å leie inn personell fra utlandet og fra bemanningsfirmaer. Muligheten for å leie inn personell ble sterkt redusert under pandemien. Sykehusene måtte da omdisponere og lære opp personell de hadde tilgang til.

Utover i pandemien førte personellmangelen til en gradvis merbelastning på det eksisterende personellet. Belastningen var spesielt stor på intensivetene på det sentrale østlandsområdet, der smittetrykket var høyest, men også i andre deler av landet bidro personellmangelen til at

²¹⁵ Forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021.

arbeidsbelastningen var stor over lang tid. Flere sykehus opplevde også frafall hos sykepleierne i form av sykemeldinger, oppsigelser og høyere gjennomtrekk. SSBs sykefraværstatistikk for spesialsykepleiere og sykepleiere viser at sykefraværet gikk betydelig opp fra 2020 til 2021.²¹⁶ Ahus og OUS har også opplyst om og lagt fram tall for kommisjonen som viser at gjennomtrekken blant sykepleiere og intensivsykepleiere steg under pandemien. Ved disse sykehusene bidro dette til at det ble vanskelig å ta igjen etterslep fra pandemien og komme tilbake til normal drift.²¹⁷

Kommisjonen mener det er svært alvorlig at dekningen av intensivsykepleiere ikke var bedre da pandemien brøt ut. Ansvar for dette ligger til syvende og sist hos HOD som øverste ansvarlige helsemyndighet.

Etter kommisjonens syn blir det viktig med en grunnbemanning som gjør at sykehusene er rustet for å oppskalere kapasitet og omdisponere personell ved behov, også over tid. Kommisjonen mener det må utdannes flere intensivsykepleiere for å styrke kapasiteten i sykehusene ved ordinær drift og for å styrke beredskapen slik at sykehusene er bedre forberedt på perioder med økt behov.

Avhengigheten av innleid personell, spesielt fra utlandet, gjør sykehusene sårbare både ved ordinær drift og særlig ved en grenseoverskridende pandemi eller en annen krise der mobiliteten over landegrensene begrenses. Det er viktig at myndighetene har tilstrekkelig oppmerksomhet på denne sårbarheten i en krise.

Videre blir det sentralt for sykehusene å beholde ressursene de har. Både for å håndtere situasjonen per i dag og for å møte et økende behov er det viktig at utdannede sykepleiere og intensivsykepleiere forblir i yrket – også på sykehusene (Skjøstad mfl. 2017; Roksvaag og Texmon 2012; Gautun 2021).²¹⁸

Gode arbeidsbetingelser kan hindre frafall. Tilstrekkelig oppfølging fra intensivsykepleierens ledere kan være en faktor som bidrar til å beholde sykepleierne på sykehusene. Kommisjonen har fått flere fortellinger fra avdelingsledere

på intensivavdelinger om at de ikke fikk frigjort tilstrekkelig tid til å lede eller følge opp personellet under pandemien. Kommisjonen mener mellomledere bør få frigjort tid til dette, også under kriser.

Kommisjonen mener at bruken av støttepersonell også kan bidra til å beholde intensivsykepleiere på sykehusene, samtidig som det vil spare ressurser både i en normalsituasjon og under en krise. Gjennom granskningen vår har det kommet fram at det både før og under pandemien i liten grad ble brukt støttepersonell som helsefagarbeidere, farmasøyter og fysioterapeuter som kunne avlaste sykepleierne på intensivavdelingene.²¹⁹ Sykepleiere måtte derfor gjøre en del arbeidsoppgaver som ikke krever sykepleierkompetanse.

Dette var annerledes ved Karolinska Universitetssjukhus i Sverige. Der finnes det også annet helsepersonell enn intensivsykepleiere på intensivavdelingene, blant annet hjelpepleiere med tilleggsutdanning. Dette bidro til å begrense behovet for intensivsykepleiere da de måtte skalere opp antall intensivplasser under krisen.

Kommisjonen mener helsemyndighetene bør opprette et register over intensivsykepleiere, slik at myndighetene har en oversikt over hvor mange intensivsykepleiere landet har til enhver tid, og hvor disse befinner seg. Et slikt register vil være nyttig når helsemyndighetene trenger å oppskalere intensivkapasiteten i forbindelse med en krise.

Kommisjonen vil videre anbefale at sykehusene bruker rotasjonsordninger mellom intensivsykepleiere og andre sykepleiere ved normal drift. Flere vi har snakket med, har foreslått dette som en ordning.²²⁰ Dette vil bidra til at det blir mulig å raskt og fleksibelt omdisponere og omorganisere personell under kriser. Det vil dessuten gi et generelt kompetanseløft.

I desember 2021 satte regjeringen ned en helsepersonellkommisjon.²²¹ Helsepersonellkommisjonen skal blant annet vurdere behovene for personell og kompetanse fram mot 2040, kartlegge

²¹⁶ Brev, Norsk Sykepleierforbund til Koronakommisjonen, 4. oktober 2021; SSB, sykefraværstatistikken, tabell 12452: Legemeldt sykefravær for lønnstakere (prosent), etter kvartal, yrke og statistikkvariabel.

²¹⁷ Brev, Ahus til Koronakommisjonen, 20. oktober 2021 og 4. november 2021; brev, OUS til Koronakommisjonen 30. september 2021.

²¹⁸ Nettartikkel, SSB, 31. august 2017, «Nyttdanna sykepleiere foretrekker sykehus»; rapport, SSB, 14/2012, «Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035».

²¹⁹ Forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, administrerende direktør Øystein Mæland ved Ahus, 18. november 2021; forklaring, administrerende direktør Inger Cathrine Bryne i Helse Vest, 6. desember 2021.

²²⁰ Uformelle møter, helsepersonell på Ahus og OUS, 10. og 11. august 2021; forklaring, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, 14. desember 2021; forklaring, anestesioverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 8. november 2021; forklaring, infeksjonsoverlege ved OUS/Ullevål sykehus, 17. november 2021.

²²¹ Nettartikkel, HOD og KD, 17. desember 2021, «Regjeringen har oppnevnt helsepersonellkommisjonen».

frafall i helse- og omsorgstjenestene og se nærmere på hvordan ubenyttet arbeidskraft kan bli kvalifisert og mobilisert. Fristen for arbeidet er 1. februar 2023. Det må forventes at dette arbeidet vil gi flere anbefalinger om hvordan personell best kan benyttes og beholdes.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at det utdannes flere intensivsykepleiere for å styrke kapasiteten i sykehusene ved ordinær drift og for å styrke beredskapen.
- Kommisjonen anbefaler at sykehusene bruker støttepersonell på intensivavdelingene i større grad enn det som er tilfelle i dag.
- Kommisjonen anbefaler at helsemyndighetene oppretter et register over intensivsykepleiere.
- Kommisjonen anbefaler sykehusene å innføre rotasjonsordninger mellom intensivsykepleiere og andre sykepleiere ved normal drift.

Øvelser, trening og kontinuerlig opplæring

Norske sykehus øver og trener ofte. Dette gjør både sykehusene og personellet godt rustet til å håndtere uforutsette hendelser. Øvelser og trening opprettholder beredskapen i sykehusene og vedlikeholder praktiske ferdigheter hos personellet. Forut for pandemien hadde imidlertid sykehusenes øvelser hovedsakelig dreid seg om masseskadehendelser, som terrorangrep og trafikkuulykker. Sykehusene hadde i liten grad øvd på pandemi eller kriser som varer over lengre tid. Kommisjonen mener sykehusenes øvelser framover også bør omfatte pandemiscenarioer, og at de må øve på et bredere samarbeid innad i sykehusene. I tillegg vil samarbeid på tvers av både sykehus og regioner være viktig ved slike øvelser.

Øvelser og trening er også nyttig i mindre skala. For å opprettholde intensivberedskapen mener kommisjonen det er nødvendig at personellet trenes ved gjentatte simuleringer og repetisjonskurs. Et av de viktigste målene for slik trening må være å vedlikeholde de praktiske ferdighetene hos dem som ikke kontinuerlig jobber med overvåkings- og intensivpasienter, men som kan bli omdisponert til dette under kriser. Regelmessig trening vil dessuten sette dette personellet i bedre stand til å håndtere eventuelle nye oppgaver de får under krisen.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at sykehusenes øvelser framover omfatter pandemiscenarioer og at personellet trenes jevnlig ved gjentatte simuleringer og repetisjonskurs.

Planverk for opptrapping og omdisponering av personellressurser

Som vi konkluderte med i den første rapporten vår, hadde sykehusene planverk for en pandemi, men planene var ikke tilpasset covid-19-pandemien med sitt langvarige forløp der kapasiteten måtte skaleres opp og ned i takt med smitten i samfunnet.²²² Samtidig utviklet helseforetakene på imponerende vis detaljerte planverk da pandemien kom til Norge. De justerte dessuten planverk fortløpende i lys av utviklingen.

Ved oppstarten av pandemien ble det raskt laget trinnvise opptrappingsplaner og planer for å omdisponere og lære opp personell. Sentrale elementer i planleggingen var kompetanseheving og hvilket personell som skulle få opplæring i hva.

Sykehuspersonellet viste stor ansvarsfølelse og omstillingsevne da sykehusene lagde planene og omdisponerte personellet. Samtidig oppsto det mange spørsmål og en del usikkerhet knyttet til omdisponeringen, blant annet oppgave- og ansvarsfordelingen mellom personellet og hvor lenge omdisponeringen skulle vare.

Kommisjonen mener det vil bli mer forutsigbart og gi klarere ansvars- og oppgavefordeling mellom personell dersom sykehusenes beredskapsplaner gir tydelige føringer for hvordan sykehuset skal trappe opp kapasiteten og omdisponere personellressursene ved pandemier eller andre kriser. Planverket bør blant annet beskrive oppgave- og ansvarsfordelingen og hvordan sykehusene skal omdisponere ressursene hvis behovet for omdisponering vedvarer over lengre tid. Sykehusene må oppdatere planverket regelmessig, og spesielt ved omorganiseringer.

Samtidig må ikke planverket være for detaljert, da dette er vanskelig å vedlikeholde og kan begrense fleksibiliteten som er nødvendig i en krise.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at sykehusene i sitt planverk beskriver hvordan sykehusene skal

²²² NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien, side 307.

trappe opp kapasiteten og omdisponere personellressurser ved pandemier og andre kriser.

Samhandling

Granskingen har vist at samhandling og samarbeid mellom sykehus, mellom sykehus og kommuner, og også mellom sykehus og frivillige organisasjoner, ble viktig under pandemien.

Det oppsto tidlig et behov for å koordinere intensivkapasiteten mellom sykehusene, og covid-19-pasienter ble flyttet mellom sykehus i alle landets regioner. Bakgrunnen for at pasientene ble flyttet, var at intensivkapasiteten ved enkelte sykehus ble overbelastet, og at enkelte pasienter hadde behov for mer avansert intensivbehandling enn det aktuelle sykehuset kunne gi dem.

Kommisjonens inntrykk er at denne koordineringen av intensivkapasiteten fungerte godt og avlastet og omfordelte kapasiteten etter behov. Vi mener en slik koordinering vil være viktig også ved eventuelle kommende pandemier og andre kriser. Vi har ikke sett at det eksisterer et overordnet planverk for å flytte pasienter i slike situasjoner. Det er derfor behov for å få på plass et planverk om dette. Det vil skape forutsigbarhet og trygghet for sykehusene når krisen først rammer. Det vil også bidra til at ressurser brukes på en bedre måte mellom sykehus og regioner i kriser.

Det fantes også et samarbeid mellom sykehus og kommuner under pandemien. Dette bygget i stor grad på gjeldende samarbeidsformer og eksisterende møtepunkter. Godt samarbeid og god samhandling mellom sykehus og kommuner hadde stor verdi under pandemien.

Kommisjonen mener at det var helt sentralt for å hindre og begrense smitte i befolkningen at det fantes en velfungerende primærhelsetjeneste, og at dette bidro til å dempe belastningen på sykehusene. Kommunene behandlet mange covid-19-pasienter, spesielt på sykehjemmene, og dette førte til at færre pasienter ble lagt inn på sykehusene. Kommisjonen mener dette samarbeidet bidro til at man i stor grad lyktes med å behandle rett pasient på rett nivå gjennom pandemien.

Frivillige organisasjoner bisto også flere sykehus med blant annet pasienttransport og helsepersonell. Kommisjonen mener det er viktig å bruke kapasiteten som frivillige organisasjoner som for

eksempel Røde Kors, Norsk Folkehjelp og Norske kvinners sanitetsforening utgjør i et beredskapsperspektiv.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at det utarbeides et overordnet planverk for å flytte pasienter mellom sykehus ved pandemier eller andre kriser.
- Kommisjonen anbefaler at samarbeidet mellom sykehusene og kommunene blir bevart og videreutviklet.
- Kommisjonen anbefaler at samarbeidet mellom sykehusene og frivillige organisasjoner blir bevart og videreutviklet.

Utformingen av sykehusbygg

Flere av sykehusenes lokaler og utforming gjorde det utfordrende å ta imot covid-19-pasienter og å etablere kohorter både i akuttmottaket, på sengepost og på intensivavdelingen. Dette gjaldt også sykehus med forholdsvis nye bygg. Kommisjonen mener at utformingen av sykehusbyggene viser at de ikke ble planlagt med tanke på beredskap og pandemi. Når det skal bygges nye sykehus og eldre sykehus skal bygges om, er det viktig å planlegge for framtidige pandemier og andre kriser. Lokalene må være fleksible. Dette gjelder både akuttmottakene og de andre avdelingene på sykehusene. Rommene og plasseringen av avdelingene bør være tilpasset en mulig pandemi. Sykehusarealene bør også kunne bli gjort om raskt. Å bygge enerom som ikke kan bli omgjort til å være flermannsrom, er for eksempel uheldig i et pandemiperspektiv. Kommisjonen mener at mulighetene til å bruke både areal og personell effektivt blir bedre og mer fleksible hvis det er mulig å utvide enkelt- og dobbeltrom til flermannsrom raskt. Dette ble gjort i Sverige og i Danmark, og det vil avlaste personellet og spare ressurser.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene ved bygging av nye sykehus og ombygging av gamle sykehus sørger for at lokalene blir fleksible og raskt kan bli omgjort ved en krise.

Del IV
Smitte ved innreise fra utlandet

Kapittel 7

Importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene

7.1 Innledning

Dette kapitlet handler om myndighetenes arbeid for å hindre og/eller begrense spredningen av covid-19-smitte fra utlandet. Under pandemien har smitte som kommer inn i landet fra utlandet, blitt omtalt som importsmitte, og vi vil også benytte dette begrepet i denne framstillingen. I den første rapporten vår – NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien* – gransket vi myndighetenes håndtering fram til høsten 2020. I denne rapporten vil vurderingene være avgrenset i tid fra høsten 2020 til 31. oktober 2021, som er sluttidspunktet vi har fastsatt for den andre delen av granskningen vår. I dette kapitlet beskriver vi også kort hendelsesforløpet i november og desember 2021, uten at dette har vært gjenstand for nærmere granskning.

Formålet med kapitlet er å beskrive myndighetenes håndtering av importsmitte, belyse konsekvensene av håndteringen og identifisere læringspunkter.

Pandemien kom til Norge med personer som hadde blitt smittet i utlandet, først med en person som hadde oppholdt seg i Wuhan-regionen i Kina, og deretter med norske turister som hadde oppholdt seg i Alpene. Den 10. mars 2020 ble det for første gang oppdaget smittetilfeller som ikke kunne spores tilbake til utlandet. To dager senere kom den første nedstengningen av samfunnet. Kort tid etter ble det besluttet nye innreiserestriksjoner og krav om karantene ved innreise. Ved den videre håndteringen av pandemien iverksatte norske myndigheter en rekke tiltak innenlands for å begrense utbredelsen av smitte internt i Norge. I tillegg iverksatte de tiltak på grensen for å begrense importsmitten.

Sentrale tiltak for å begrense importsmitte har vært grensekontroll også innenfor Schengenområdet, innreiserestriksjoner, reiseråd, innreiseregistrering, krav om testing og krav om karantene ved innreise, inkludert plikt til å oppholde seg på karantenehotell. Tiltakene mot importsmitte er i stor grad gjennomført gjennom lovendringer og

forskriftsendringer. Siden starten av pandemien er det gjennomført flere hundre endringer i forskriftene til smittevernloven¹ og den midlertidige innreiserestriksjonsloven.²

Regjeringen har i tillegg utarbeidet en rekke rundskriv om dette regelverket. Mellom 15. mars 2020 og 27. november 2021 ble det utarbeidet 43 rundskriv om innreiserestriksjoner og bortvisningsregler for utlendinger av hensyn til folkehelsen. Adressat for disse rundskrivene var Politidirektoratet (POD), Utlendingsdirektoratet (UDI) og Utlendingsnemnda (UNE). Mellom 8. november 2020 og 25. september 2021 (da kravet om karantenehotell ble opphevet) ble det utarbeidet 12 rundskriv som ble sendt til kommuner, statsforvaltere³ og POD. Hvert av disse rundskrivene presenterer og forklarer ulike regler og regjendringer knyttet til håndteringen av importsmitte.

Ved gjennomgangen av myndighetenes håndtering av importsmitte vil vi rette spesiell oppmerksomhet mot karantenehotellordningen. Dette er et inngripende tiltak, og beslutningsprosessene knyttet til denne ordningen er etter kommisjonens syn godt egnet til å belyse noen generelle trekk ved myndighetenes håndtering av importsmitte.

Gjennomgangen er preget av mange detaljer. Vi mener dette er nødvendig for å gi et fullstendig bilde av håndteringen. Flere av dokumentene vi refererer til, og siterer fra, må forstås ut fra at de er skrevet på kvelds- og nattestid, og under et sterkt tidspress. Det må også tas høyde for at det er e-poster som kan være presisert muntlig, uten at dette fullt ut er mulig å fange opp i ettertid. Vi har imidlertid gjennom en rekke formelle intervjuer og uformelle samtaler fått bekreftet hovedtrekkene av det som framgår av dokumentene vi omtaler.

¹ Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer.

² Midlertidig lov av 19. juni 2020 nr. 63 om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen.

³ Den 1. januar 2021 skiftet fylkesmannsembetet navn til statsforvalter. I dette kapitlet brukes konsekvent betegnelsen statsforvalter også for tiden før 2021.

Vi har i arbeidet med importsmitte innhentet dokumentasjon fra aktørene som har vært involvert i arbeidet med importsmitte. Dokumentasjonen er svært omfattende og omfatter blant annet rapporter, interne notater, logger, brev, e-poster og statistikk. I tillegg har vi vært på befaring på tre karantenehoteller, og i grensekontrollen på Oslo lufthavn. Vi har også hatt flere uformelle møter og formelle intervjuer, der importsmitte har vært sentralt. Flere arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner har holdt presentasjoner for kommisjonen. I presentasjonene har de beskrevet sine og medlemmenes erfaringer med regelverket og myndighetenes håndtering.

Behandlingen av importsmitte i den første rapporten vår og i denne rapporten

I den første rapporten vår har vi omtalt håndteringen av importsmitte primært i 14.5.8 «Stengning av grensene», 15.8 «Åpning av grensene mot utlandet» og 23.3.2 «Covid-19 forskriften». Vi vurderte beslutningene om å innføre innreiserestriksjoner og innreisekarantene i perioden 12.–15. mars 2020 og påpekte at vi fant «lite dokumentasjon av prosessen fram til beslutningen om å stenge grensen». Det å stenge grensene var ikke en del av «verktøykassen» til helsemyndighetene og heller ikke noe Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefalte. Likevel ble det vanlig rundt omkring i verden å stenge grensene, også i Europa.⁴

I den første rapporten vår vurderte vi ikke konsekvensene av å stenge grensene i tiden rundt 12. mars, men vi ga en generell støtte til tiltakene som ble innført, på bakgrunn av alvorlighetsgraden i situasjonen på dette stadiet.

Vi kritiserte myndighetenes håndtering av importsmitte i forbindelse med den gradvise gjenåpningen sommeren 2020. Tre elementer sto sentralt i denne kritikken.

- Regjeringen ga etter for press fra interesseorganisasjoner ved å innføre unntak for arbeidsreisende, noe som innebar en risiko for at helseperspektivet ikke ble ivaretatt.
- Helsemyndighetene mente importsmitte var en av de store risikofaktorene, og unntaksløsningene burde derfor vært utredet grundig.

- Regjeringen manglet en plan for å håndtere importsmitte da en ny smittebølge i Europa kom høsten 2020.

Det siste punktet ble trukket fram som et av hovedbudskapene i rapporten.⁵

Som vi skal se nærmere på i dette kapitlet, har myndighetene etter den første nedstengingen og gjenåpningen i 2020 truffet flere inngrep mot importsmitte. Disse har begrenset bevegelsesfriheten på tvers av landegrensene og har berørt et stort antall individer og grupper. Restriksjonene har fått sosiale konsekvenser og har påvirket arbeidet til mange privatpersoner. De har dessuten ført til vanskeligheter for en rekke norske virksomheter som har vært avhengige av tilgang på utenlandsk arbeidskraft, som helse, industri, sjøfart, fiskeri, landbruk og servicenæringer. I tillegg har tiltakene rammet kritiske og viktige samfunnsfunksjoner, både der Norge er avhengig av personer, varer og tjenester fra utlandet, og der Norge er avhengig av at nordmenn kan reise utenlands.

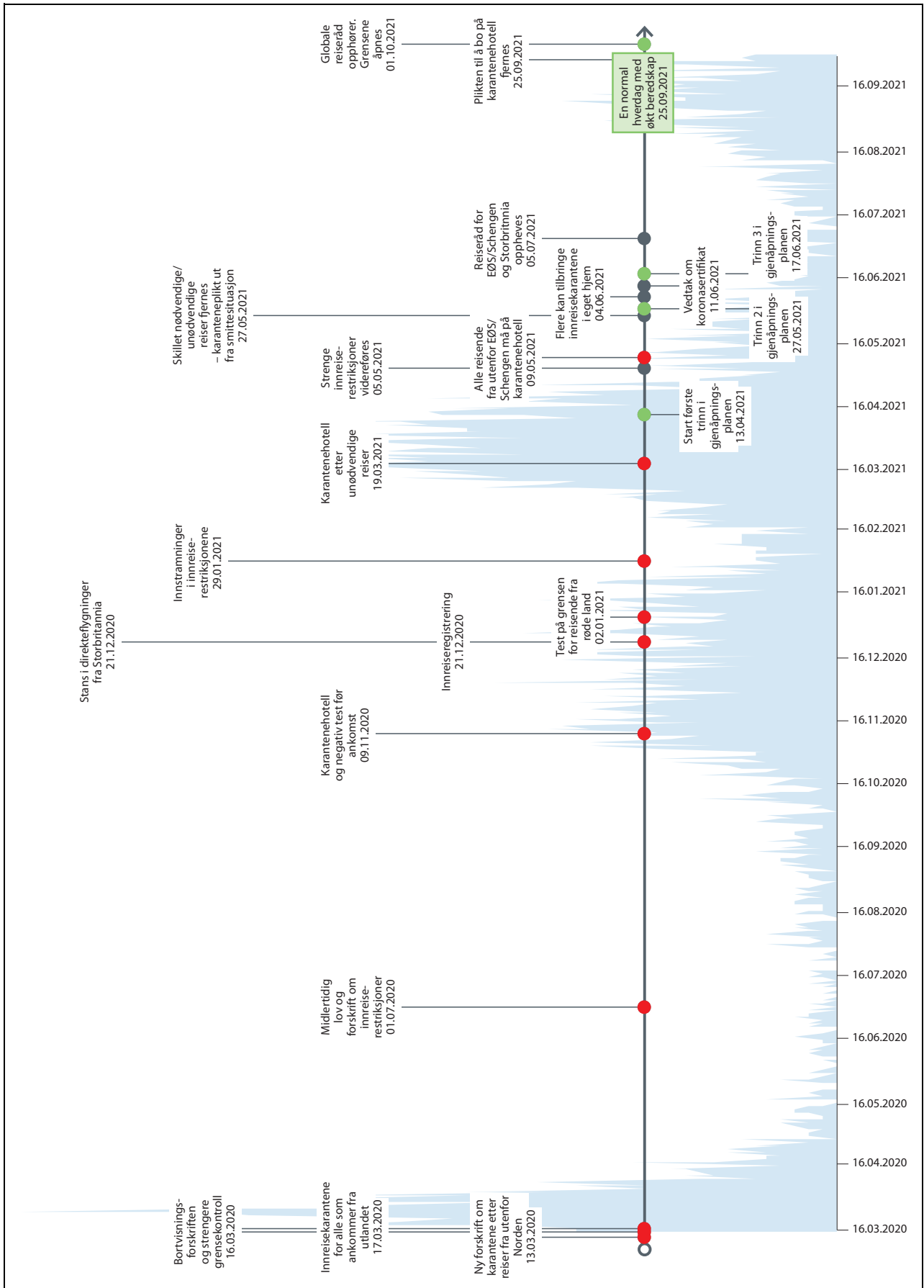
Fordi tiltakene mot importsmitte har fått vidtrekkende konsekvenser for både privatpersoner, næringsliv og samfunnet ellers, har det vært ansett som nødvendig med en rekke unntak fra regelverket. Vurderingene av slike unntak har i mange tilfeller blitt gjort under sterkt tidspres.

Myndighetene har foretatt hyppige endringer i regelverket, blant annet fordi kunnskapen om mulige konsekvenser ofte har vært begrenset på det tidspunkt reglene er blitt utarbeidet. Dette har skapt betydelige utfordringer for praktiseringen, etterlevelsen og håndhevelsen av regelverket.

Før vi ser vi nærmere på myndighetenes beslutningsprosesser i forbindelse med disse tiltakene og iverksettelsen av dem, beskriver vi hvem som har vært de sentrale aktørene ved håndteringen av importsmitte, og hvilket ansvar de har hatt (punkt 7.2). Deretter redegjør vi for de rettslige rammene i punkt 7.3. Tiltakene som er benyttet, omtaler vi i punkt 7.4. Etter å ha gjennomgått selve håndteringen i punktene 7.5 til 7.7, beskriver vi tiltakenes konsekvenser for ulike sektorer og grupper i kapittel 7.8. Våre funn og anbefalinger kommer i punkt 7.9.

⁴ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 139.

⁵ Ibid. side 27-28 og side 171-174.



Figur 7.1 Tidslinje for myndighetenes håndtering av importsmitte. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter med covid-19 som hovedårsak.

7.2 De sentrale aktørene ved håndteringen av importsmitte

Ansvar på sentralt nivå – HOD og JD

De to mest sentrale departementene med ansvar for å håndtere importsmitte under pandemien har vært Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Justis- og beredskapsdepartementet (JD). HOD har det konstitusjonelle ansvaret for tiltak etter smittevernloven og tilhørende forskrifter, inkludert covid-19-forskriften⁶ og IHR-forskriften⁷. JD har det konstitusjonelle ansvaret for utlendingsloven⁸, innreiserestriksjonsloven og tilhørende forskrifter, inkludert forskriften om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen.⁹

HOD har dermed det overordnede ansvaret for smitteverntiltak rettet mot innreise, inkludert innreisekarantene, mens JD har ansvaret for grensekontroll av personer og for å håndheve vilkårene for innreise og bortvisning. Under pandemien har JD også bistått på HODs ansvarsområder, blant annet på karantenehotellordningen som var regulert gjennom smittevernloven og covid-19-forskriften. Den konkrete ansvarsfordelingen på disse områdene, har vært gjenstand for diskusjoner, både mellom HOD og JD og på regjeringsnivå.

Dokumentasjonen viser at JD har bistått både med den praktiske håndteringen av karantenehotellordningen, da primært gjennom Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), og med å utarbeide regelverket og endringer i dette, da i dialog med HOD som har hatt ansvar for å innarbeide medisinskfaglige og smittevernsfaglige begrunnelser for reglene. Det finnes også eksempler på at tiltak knyttet til karantenehotellordningen er lagt fram for beslutning i regjeringen uten dialog og/eller klarering med JD i forkant.

Når det gjelder tiltak mot importsmitte, har beslutningene i hovedsak skjedd gjennom fortløpende regjeringsvedtak. Stortinget har som lovgivende myndighet ansvar for lovgrunnlaget som tiltakene mot importsmitte bygger på. Under koronapandemien, som er definert som en «krise»

i henhold til beredskapslovgivningen, har regjeringen hatt utvidede fullmakter til å vedta og gjennomføre midlertidige tiltak. I flere av disse tilfellene har regjeringen kort tid etter lagt fram forslag om lovendringer for Stortinget for å sikre hjemmelsgrunnlaget for tiltakene. Dette gjelder både i forbindelse med endringer i smittevernloven, som gir hjemmel for karantenehotellordningen, krav om testing og koronasertifikat, og endringer i innreiserestriksjonsloven, som gir hjemmel for innreiserestriksjoner.

Andre organer med viktige ansvarsområder

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) har hatt den sentrale rollen med å utarbeide det faglige grunnlaget for tiltakene mot importsmitte som regjeringen har vedtatt under pandemien. Fagetatens ansvar for importsmitte har i hovedsak fulgt ansvaret som følger av smittevernloven. Det innebærer at Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning i forbindelse med tiltak mot importsmitte. Direktoratet skal i den sammenheng hente inn kunnskap og vurderinger fra FHI og legge dette til grunn for vurderingene sine. Helsedirektoratet har i motsetning til FHI også myndighet til å fatte vedtak etter smittevernloven. Under pandemien har likevel vedtak for å begrense importsmitte i hovedsak skjedd på regjeringsnivå.

FHI skal overvåke smittesituasjonen i Norge og i utlandet, hente inn faglig relevant kunnskap og utarbeide risikovurderinger. FHI skal også gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon til sentrale, regionale og lokale myndigheter og til resten av befolkningen. Under pandemien har håndteringen av importsmitte i stor grad foregått ved at HOD, eventuelt i samarbeid med JD, har gitt oppdrag til Helsedirektoratet og FHI om å besvare konkrete spørsmål relatert til problematikken rundt importsmitte og om å komme med anbefalinger om alternative tiltak.

Statsforvalterne har ansvar for regional helse- og omsorgsforvaltning. De har også et regionalt ansvar for samfunnssikkerhet og beredskap. Statsforvalterne har under pandemien hatt en viktig rolle med å koordinere og kontrollere kommunenes iverksetting og praktisering av smitteverntiltak, inkludert håndteringen av karantenehotellordningen. I mai 2021 fikk statsforvalterne en forskriftsfestet mulighet til å pålegge kommunene å etablere karantenehotell.

Kommunene har ansvaret for kommunale helse- og omsorgstjenester og smittevernet i kommunen. Når det gjelder håndteringen av importsmitte, har kommunene hatt ansvar for å etablere

⁶ FOR-2020-03-27-470 Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet.

⁷ FOR-2007-12-21-1573 Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv.

⁸ Lov av 15. mai 2008 nr. 35 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her.

⁹ FOR-2020-06-29-1423 Forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen.

og drifte karantenehotellene, sørge for transport av reisende fra grensestasjoner til karantenehotellene og sørge for å teste innreisende, både på grensen og på karantenehotellene. Kommunene har også hatt ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester til dem som bor på karantenehotell, og å sørge for smittesporing rettet mot de innreisende. Kommunelegen har et spesielt ansvar for smittevernopp gavene i kommunen.

POD og DSB har vært sentrale fagetater i håndteringen av tiltakene for å begrense import-smitte. Politiet har ansvar for å kontrollere personer i grensekontrollen. POD er politiets øverste ledelse. Ettersom det under pandemien ble innført grensekontroll på indre grenser i Schengenområdet, inkludert mot Sverige og Finland, har politiets oppdrag på grensen krevd store ressurser og bistand også fra andre etater, som Sivilforsvaret og Forsvaret.

DSB har en viktig rolle under kriser ved å tilby operativ støtte innenfor samordning, forsterkning og faglig rådgivning. I forbindelse med håndteringen av importsmitte har DSB hatt et spesielt ansvar for å bistå både i driften av karantenehotellordningen og i håndteringen av innreiserestriksjonene. En viktig del av dette ansvaret har vært den tverrsektorielle koordineringen, som blant annet har skjedd gjennom samvirkekonferanser med relevante aktører og gjennom sammenstilling av informasjon og situasjonsrapporter fra regionalt nivå. DSB er et rapporteringsledd mellom statsforvalterne og JD. DSB har etatsansvar for Sivilforsvaret, som under pandemien har bistått kommunene med å håndtere karantenehotell og testing på grensen. Sivilforsvaret har også bistått politiet med grensekontrollen.

Tolletaten har spilt en sentral rolle i arbeidet med å håndtere importsmitte gjennom tilstedeværelsen sin på grensestasjonene. Tolletaten har blant annet bidratt på grensestasjonene mot Sverige og Finland, der det før pandemien ikke ble gjennomført grensekontroll av persontrafikk.

7.3 Rettslige rammer for håndteringen av importsmitte

Sentrale lover og forskrifter

De mest sentrale lovene for å regulere tiltak mot importsmitte er smittevernloven, som HOD har ansvaret for, og innreiserestriksjonsloven, som JD har ansvaret for.

Smittevernlovens formål er i henhold til § 1-1 første ledd «å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og mot-

virke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land». I henhold til § 1-1 tredje ledd skal loven dessuten «ivareta rettssikkerheten til den enkelte som blir omfattet av smitteverntiltak etter loven».

Paragraf 1-5 stiller opp grunnleggende krav når smitteverntiltak skal bli iverksatt, inkludert at tiltakene må bygge på en klar medisinsk faglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og framstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Det skal bli lagt vekt på frivillig medvirkning fra den eller dem tiltaket gjelder.

Paragraf 7-12 gir regjeringen utvidede fullmakter til å iverksette smitteverntiltak når en allmennfarlig smittsom sykdom truer folkehelsen og det på grunn av slike forhold er fare ved opphold (altså at det er forbundet fare ved å vente med tiltaket). Det er forutsatt at fullmakten bare blir brukt i en alvorlig nasjonal krisesituasjon, og den åpner for at regjeringen om nødvendig kan avvike fra gjeldende lovgivning.¹⁰ Flere av tiltakene mot importsmitte er gjennomført under sterkt tidspress med hjemmel i denne bestemmelsen.

To av smittevernlovens forskrifter har spesiell betydning for håndteringen av importsmitte.

IHR-forskriften regulerer blant annet tiltak mot importsmitte på grensen på måter som unngår å forstyrre internasjonal trafikk og handel. Eksempel på tiltak som forskriften regulerer, er innkreving av betaling fra reisende for å gjennomføre karantene (jf. § 22).

Covid-19-forskriften ble vedtatt like etter at pandemien brøt ut i Norge, og har som formål å fastsette smittevern faglige tiltak for å hindre eller begrense smittespredning. Forskriften har regulert en rekke av tiltakene mot importsmitte, blant annet innreisekarantene, karantenehotell, testing ved innreise og bruk av koronasertifikat.

Innreiserestriksjonsloven er en midlertidig lov som har som formål «å begrense retten til innreise for utlendinger som ellers vil ha lovlig adgang til innreise etter utlendingsloven, når det er nødvendig for å trygge folkehelsen ved utbrudd av den allmenfarlige smittsomme sykdommen covid-19» (§ 1). Loven gjelder «ikke for norske statsborgere» og «heller ikke statsborgere fra et annet nordisk land som er bosatt i Norge». Lovens tilhørende forskrift oppstiller unntak fra innreiserestriksjonene som følger av loven.

I løpet av pandemien har det blitt vedtatt en rekke ulike unntak fra de gjeldende restriksjo-

¹⁰ Kommentarene til smittevernloven § 7-12 på lovkommentar.no.

nene, for eksempel ved nødvendige reiser, sterke velferdshensyn, særlige grunner og behov for arbeidskraft til forskjellige kritiske samfunnsfunksjoner. Vi redegjør nærmere for flere av disse unntakene i punktene 7.5 til 7.7 om hendelsesforløpet fra mars 2020 til høsten 2021.

Internasjonalt regelverk

Vi vil her trekke fram noen sentrale internasjonale avtaler og konvensjoner som Norge er tilsluttet, og som er relevante under håndteringen av importsmitte.

Gjennom EØS-avtalen¹¹ er Norge en del av EUs indre marked og er dermed underlagt regler som skal sikre fri bevegelse av personer, varer, tjenester og kapital og motvirke forskjellsbehandling. Avtalen åpner for unntak, men stiller da strenge krav til begrunnelse.

Norge er også en del av Schengensamarbeidet som skal sikre fri reise innenfor Schengenområdet, inkludert grensepasseringer uten personkontroll. Regelverket åpner for at landene midlertidig kan gjeninnføre nasjonal grensekontroll når det finnes en alvorlig trussel mot offentlig orden eller den indre sikkerheten, men også slike unntak er underlagt strenge krav til begrunnelse. Ved å innføre innreiserestriksjoner og innreisekarantene oppstår det spørsmål om hvorvidt tiltakene er forenlige med EØS- og Schengenavtalene.

Norge er tilsluttet Det internasjonale helsereglementet (IHR) som er et forpliktende internasjonalt regelverk administrert av WHO.¹² IHR skal beskytte folkehelsen og åpner derfor for tiltak som hindrer at smitte sprer seg på tvers av landegrensene. Slike tiltak må imidlertid være forholdsmessige. IHR inneholder en rekke bestemmelser som er relevante for innreisekarantene og innreiserestriksjoner, blant annet artikkel 40: Gebyrer for helsetiltak vedrørende reisende.¹³

Norge er forpliktet av FNs menneskerettighetskonvensjoner og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), som blant annet pålegger medlemsstatene å ivareta innbyggernes rett til personlig frihet og helse. Den norske menneskerettsloven (fra 1999) gjør disse konvensjonene gjeldende som norsk rett. Norge har også sluttet seg til andre internasjonale avtaler og konvensjoner som er relevante for importsmitte på

saksspesifikke områder, som Wien-konvensjonen¹⁴ og avtaler under Den internasjonale sjøfartsorganisasjonen (IMO).

7.4 Nærmere om reiseråd, innreise-restriksjoner og innreisekarantene

Utenriksdepartementets reiseråd

Reiseråd er et virkemiddel Utenriksdepartementet (UD) bruker for å gi råd om utenlandsreiser til innbyggerne.¹⁵ Reiserådene blir ofte begrunnet med sikkerhetshensyn, for eksempel ved krig og uroligheter, men kan også bli begrunnet med helsehensyn, for eksempel ved omfattende og alvorlige smitteutbrudd. Reiserådene er klare signaler på hvordan norske myndigheter vurderer risikoen ved reiser til ulike land og områder, men er samtidig utformet som råd, ikke som forbud eller påbud. Det er med andre ord frivillig å følge dem. Samtidig kan det å ikke følge rådene få konsekvenser, for eksempel for muligheten til å få hjelp fra utenriktjenesten eller til å være dekket av forsikring.

- UD opererer med tre nivåer av reiseråd og kan
- fraråde reiser som ikke er strengt nødvendige
 - fraråde alle reiser
 - fraråde alle reiser til et land eller opphold i landet, samtidig som norske borgere blir oppfordret til å forlate landet

UD kan eventuelt spesifisere unntak fra de generelle rådene.

Under covid-19 pandemien har UDs helserelaterte reiseråd i stor grad vært basert på FHIs informasjon om smittesituasjonen i utlandet. Lenge gjaldt det et generelt globalt reiseråd, men UD kom underveis med ulike unntak, som for Norden, EU/EØS, Sveits, Storbritannia og andre land uten mye smitte. Fra 1. oktober 2021 fjernet UD det globale reiserådet, og reiserådene ble etter dette basert på løpende vurderinger av situasjonen i enkeltstående land og områder.

Innreiserestriksjoner og tiltak mot importsmitte på grensen

Innreiserestriksjoner dreier seg om tiltak som begrenser eller hindrer fri bevegelse ved innreise

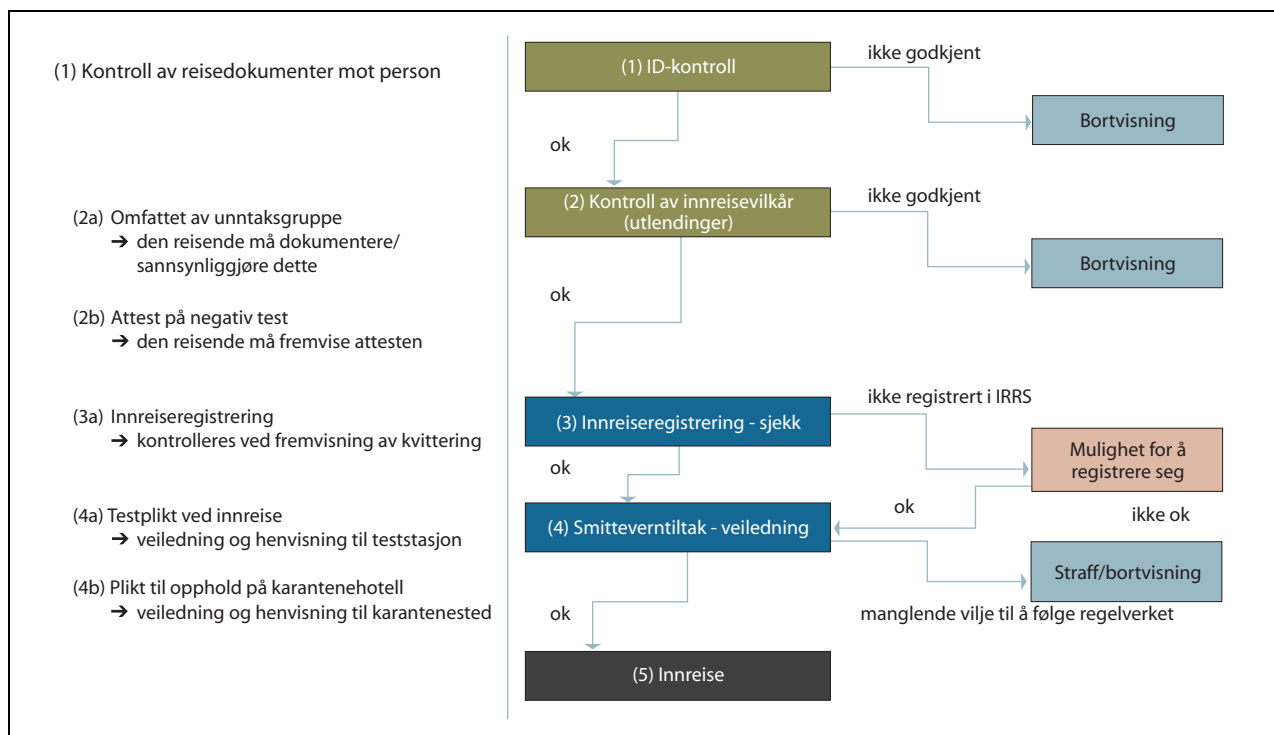
¹¹ Avtale om Det europeiske økonomiske samarbeidsområde (EØS-avtalen) av 2. mai 1992.

¹² Reguleringsdokument, WHO, 2005, «International Health Regulations».

¹³ Ibid.

¹⁴ Wien-konvensjonen om diplomatisk samkvem av 18. april 1961.

¹⁵ Det finnes mer informasjon om dette på nettportalen «UDs reiseinformasjon» på Regjeringen.no.



Figur 7.2 Prosessen i grensekontrollen – innreiserestriksjoner og karantenehotell.

Kilde: JD, 12. april 2021

til landet. Et krav om å vise fram pass ved grensepasseringer utgjør en relativt moderat innreise-restriksjon. Innreisenekt og bortvisning utgjør den mest inngripende innreiserestriksjonen. Under pandemien ble det innført regler om å bortvise utenlandske statsborgere av hensynet til folkehelsen og en rekke andre tiltak i grensekontrollen for å begrense importsmitte, for eksempel obligatorisk testing og innreiseregistrering.

Norske statsborgere og andre nordiske statsborgere som er bosatt i Norge, kan ikke bli bortvist, men har vært omfattet av andre innreise-restriksjoner. For eksempel ble en rekke grenseoverganger til Sverige og Finland stengt, og det ble innført kontroll på grensestasjonene som fortsatt var åpne. Dette begrenset feriereiser, grensependling, besøk på fritidseiendommer og besøk til familie og venner. Reisende som ikke fulgte de pålagte kravene i grensekontrollen, kunne bli anmeldt og risikerte bøter. Før pandemien hadde grensene mellom Norge, Sverige og Finland vært åpne for fri ferdsel siden 1954 i tråd med den nordiske passunionen og senere Schengen-avtalen.

Innreisekarantene og karantenehotellordningen

Innreisekarantene og karantenehotellordningen skiller seg fra andre innreiserestriksjoner ved at gjennomføringen ikke skjer på grensen, men på karantenehotell eller annet egnet sted. Norge har under covid-19 pandemien operert med tre ulike måter innreisekarantenen kan gjennomføres på:

- i eget hjem
- på karantenehotell
- på annet egnet sted, inkludert på et sted arbeidsgiveren har sørget for, eller på asylmottak

Siden nedstengningen av Norge 12. mars 2020 har myndighetene gjennomført en rekke endringer i karantene-reglene. Vurderingene som har ligget til grunn for det til enhver tid gjeldende regelverket, har vært basert på avveininger av flere ulike hensyn, blant annet smittevern-faglige hensyn, grunnleggende menneskerettigheter, hensynet til næringslivet, velferdshensyn, kontroll- og etterlevelshensyn og hensyn til kritiske samfunnsfunksjoner.

7.5 Innreiserestriksjoner og -karantene fram til karantenehotellordningen var etablert senhøsten 2020

Innledning

Myndighetene har som nevnt benyttet innreise-restriksjoner og innreisekarantene som smitteverntiltak siden våren 2020. På ulike stadier i pandemien har det vært innført forskjellige tiltakspakker som har bestått av blant annet reiseråd, innreiserestriksjoner og krav til innreisekarantene. Norge stengte mer eller mindre grensene våren 2020. Deretter fulgte en gjenåpning utover sommeren 2020, nye tiltak høsten 2020 og kraftige innstramminger vinteren 2021. En ny gradvis gjenåpning fulgte våren og sommeren 2021. Figuren nedenfor viser viktige tiltak mot importsmitte, slik FHI har presentert det.

Den videre redegjørelsen for myndighetenes håndtering av importsmitte belyser de sentrale hendelsene på denne tidslinjen. Formålet er tredelt:

For det første skal kartleggingen bidra til å identifisere hvilke tiltak som ble iverksatt, hvordan tiltakene ble iverksatt, det faglige og rettslige grunnlaget for tiltakene og hvem som var involvert i håndteringen.

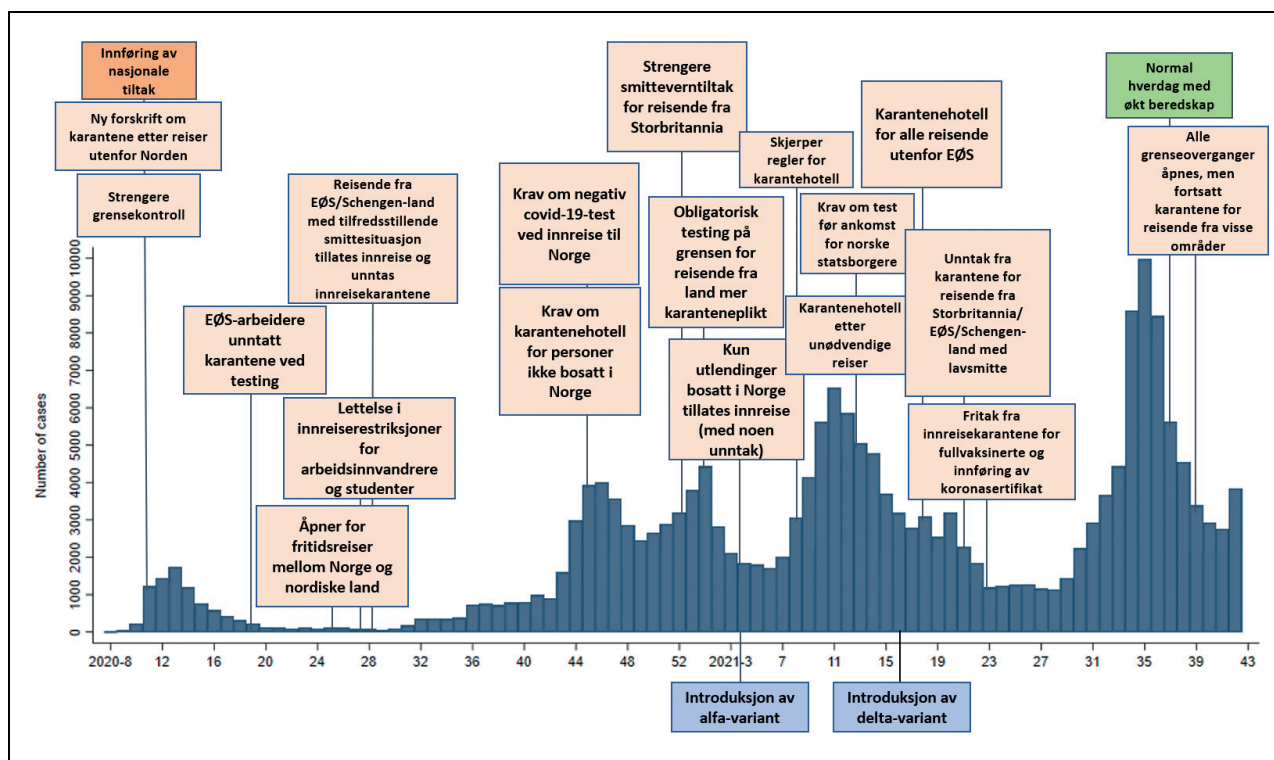
For det andre skal kartleggingen gi et grunnlag for å vurdere konsekvensene av håndteringen.

For det tredje skal kartleggingen belyse hva som fungerte godt, og hva som fungerte mindre godt, og gi et grunnlag for anbefalinger for framtidig krisehåndtering.

Innreiserestriksjoner og bestemmelser om innreisekarantene fram til høsten 2020 – oppsummert

Den 12. mars 2020 varslet den norske regjeringen om omfattende tiltak og restriksjoner for å hindre/begrense omfattende smitteutbrudd i Norge. En viktig del av tiltakspakken var innføringen av innreiserestriksjoner og karantenebestemmelser ved innreise. Den 13. mars 2020 vedtok regjeringen en ny forskrift som innførte karanteneplikt for personer som ankom Norge fra andre land enn Sverige og Finland.¹⁶ Disse personene fikk plikt til å oppholde seg i karantene i 14 dager etter ankomst til Norge. Karantenen kunne bli gjennomført «i eget hjem eller annet egnet oppholdssted». Personer som var «strengt nødvendige» for å ivareta kritiske samfunnsfunksjoner, var unntatt karanteneplikten.

¹⁶ FOR-2020-03-13-287 Forskrift om karantene mv. etter reiser utenfor Norden.



Figur 7.3 Innføring og lettelse av viktige tiltak mot importsmitte. Presentert av FHI.

Kilde: FHI, 24. februar 2022

Den 15. mars ble hovedregelen om karanteneplikt utvidet til å gjelde alle som ankom Norge. I tillegg til unntaket for personer som ivaretok kritiske samfunnsfunksjoner, ble det gjort unntak for personer som «i arbeidsforhold» reiste mellom bolig og arbeidssted og i den forbindelse krysset grensene inn til landet fra Sverige eller Finland. Så langt som mulig skulle de som var unntatt fra karanteneplikten, unngå nærkontakt med andre personer.

Den 27. mars ble forskriften opphevet. Karantenebestemmelsene ble imidlertid tatt inn i covid-19-forskriften. Paragraf 5 stilte opp hovedregelen om at personer som ankom Norge, skulle oppholde seg i karantene i 14 dager. Unntakene fra karanteneplikten som fulgte av den tidligere forskriften, ble videreført. Med virkning fra 7. mai 2020 ble karanteneperioden redusert fra 14 til 10 dager. Grunnelementene i karanteneplikten ble imidlertid beholdt fram til 1. juni 2020.

Den 14. mars 2020 – dagen etter at regjeringen besluttet karanteneplikt for personer som kom fra andre land enn Sverige og Finland – varslet regjeringen at den ville stenge grensen for utlendinger uten oppholdstillatelse i Norge. Samtidig meldte regjeringen at den ville innføre midlertidig inn- og utreisekontroll på indre Schengengrense. Den 15. mars vedtok regjeringen bortvisningsforskriften.¹⁷ Etter forskriftens § 1 kunne det bli truffet vedtak om å bortvise utlendinger uten oppholdstillatelse etter utlendingsloven, dersom det var nødvendig for å trykke folkehelsen ved utbrudd av covid-19. Det var i forskriften fastsatt flere unntak, blant annet for EØS-borgere som var bosatt i Norge, eller som hadde gått inn i eller skulle gå inn i et arbeidsforhold i Norge.¹⁸ Den 30. mars, 8. april og 13. mai 2020 ble det gradvis lettet på bortvisningsreglene, blant annet for å dekke behovet for kritisk arbeidskraft.

Den 12. juni 2020 besluttet regjeringen at det fra 15. juni 2020 skulle åpnes for at alle personer som var bosatt i de nordiske landene, skulle kunne reise til Norge. Karantenekravene og innreiserestriksjonene ble opprettholdt fra regioner og områder med mye smitte. Områder som ble unntatt fra kravet om innreisekarantene, ble også unntatt fra UDs reiseråd. Dette innebar at UD

ikke lenger frarådet reiser til disse områdene. Regjeringen endret også innreiserestriksjonene for å gjøre det enklere for familier å treffes på tvers av landegrensene.

Den 1. juli 2020 trådte den midlertidige loven om innreiserestriksjoner og forskriften om innreiserestriksjoner i kraft.¹⁹ Loven og forskriften erstattet bortvisningsforskriften.

Med virkning fra 15. juli 2020 ble det gjort ytterligere lettelse i innreiserestriksjonene. Personer som var bosatt i Schengen- og EØS-området, fikk da reise inn til Norge dersom landet de kom fra, hadde lite smitte.²⁰ De var da heller ikke underlagt karanteneplikt etter innreise. Fra og med juli 2020 ble det benyttet et fargekart som veileder til karantene-reglene ved reiser i Europa. Personer som ankom fra «røde områder», hadde karanteneplikt, mens personer som ankom direkte fra «grønne områder», fikk unntak fra karanteneplikten. Reisende risikerte imidlertid at kartet ble endret mens de var på reise.

I løpet av sommeren ble det innført en tredje kategori – «gule områder». Dette var områder som var i fare for å endre status til «røde». På slutten av sommeren og utover høsten 2020 endret stadig flere land og områder status fra grønn og gul til rød. Kartene inkluderte etter hvert enda flere fargekombinasjoner for å få beskrevet variasjonen i smittenivå i ulike land. FHI publiserte jevnlig «fargekart» over dette.

Utover høsten 2020 gjaldt dermed karanteneplikten for reisende fra stadig flere områder. Samtidig var andre smittebølge på vei. Økningen i smitte, også i smitte som fulgte med reisende inn til Norge, sammen med rapporter om svak etterlevelse av karanteneplikten og muligheten for at nye virusvarianter var på vei, bidro til at myndighetene vurderte nye skjerpede tiltak for å begrense importsmitten, blant annet en innstramning i karantene-reglene.

November 2020 – ordningen med karantenehotell kom på plass

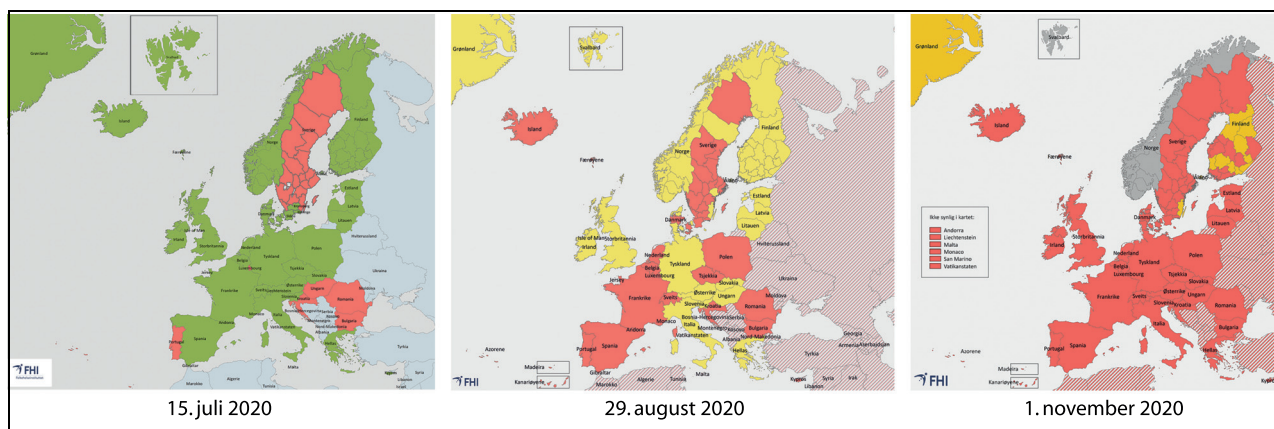
Det var økende smitte høsten 2020. På bakgrunn av blant annet rapporter om økning i antallet som ble smittet under opphold i utlandet, særlig blant

¹⁷ FOR-2020-03-15-293 Forskrift om bortvisning mv. av utlendinger uten oppholdstillatelse i riket av hensyn til folkehelsen. Denne ble vedtatt med hjemmel i smittevernloven § 7-12. Forskriften trådte i kraft straks og hadde virkning for dem som ankom Norge etter 16. mars kl. 08.00.

¹⁸ FOR-2020-03-15-293 Forskrift om bortvisning mv. av utlendinger uten oppholdstillatelse i riket av hensyn til folkehelsen § 1 andre ledd.

¹⁹ FOR-2020-06-29-1423 Forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen. Etter den midlertidige loven om innreiserestriksjoner ble alle utlendinger som ikke var omfattet av ett av unntakene i loven eller forskriften, bortvist uten nærmere vurdering av hvilken smittefare de individuelt utgjorde.

²⁰ FOR-2020-06-29-1423 Forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen § 2.



Figur 7.4 Smittesituasjon i Europa juli-oktober 2020.

Kilde: FHI

personer som kom på kortidsarbeidsopphold i Norge, fikk Helsedirektoratet og FHI 27. oktober 2020 i oppdrag av HOD å vurdere karantene-reglene. Fristen for oppdraget var 28. oktober 2020 kl. 16.00. Ett av spørsmålene fagetatene behandlet i besvarelsen, var hva som kunne bli betegnet som «egnet sted for karantene». FHI og Helsedirektoratet vurderte ikke noen karantenehotellordning, men i konklusjonene viste de til behovet for å kunne «systematisk tilby isolering utenfor hjemmet».²¹

Helsedirektoratet og FHI var samstemte om flere av anbefalingene i oppdraget, men FHI la til noen merknader av betydning for karantene-reglene. FHI skrev blant annet at karantene «er et inngripende og kostbart tiltak, både på individ- og samfunnsnivå, og bør kun brukes der effekten forventes å stå i forhold til dette». FHI påpekte at det var «fare for tiltakstrøtthet og manglende oppslutning om tiltak når tiltakene ikke oppleves som relevante eller nødvendige», og at dette spesielt gjelder «karantene som er et tiltak som brukes for friske personer». Videre viste FHI til at WHO advarer mot hyppige endringer av råd, og anbefalte at bruken av karantene «målrettes til de som har høyest risiko for smitte, og at tiltaket kun benyttes når det er forholdsmessig og reell risiko for smitte».²²

Den 29. oktober 2020 fikk Helsedirektoratet og FHI i oppdrag av HOD å forberede nye innstramminger i regelverket (oppdrag 208).²³ Departementet ba også om utkast til eventuelle

forskriftsendringer. Frist for oppdraget var 5. november 2020 kl. 09.00.

Under en regjeringskonferanse 2. november 2020 ble det lagt fram et notat om «Tiltak som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er omforent om å anbefale». For å begrense importsmitte anbefalte fagetatene følgende:

- Vurdere krav om opphold på karantenehotell på innreisested for reisende fra høyendemiske land som ikke har fast bopel i Norge
- Vurdere krav om dokumentasjon på smittefrihet ved innreise, eller obligatorisk testing ved grensen av reisende fra høyendemiske land (som definert av FHI)²⁴

I regjeringskonferansen ble det, etter en muntlig orientering fra helse- og omsorgsministeren, blant annet konkludert med at «Helse- og omsorgsministeren kommer tilbake til RCU 4. november med en vurdering av ytterligere innstrammende tiltak etter at anbefalinger er kommet fra Helsedirektoratet og FHI.»²⁵

Dagen etter, 3. november, leverte FHI svaret sitt på oppdrag 208.²⁶ I svaret skrev de først at de

²¹ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet og FHI til HOD, 28. oktober 2020 «Covid-19 oppdrag 198 – vurdering av karantene-reglene».

²² Ibid.

²³ Oppdraget ble besvart i to rapporter: Svar på oppdrag, FHI til HOD, 3. november 2020, «COVID-19 Oppdrag fra HOD nr. 208 om forberedelse av innstramminger»; svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 4. november 2020, «Helsedirektoratets svar på covid-19-oppdrag 208 fra Helse- og omsorgsdepartementet Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om forsterkede tiltak fra Helsedirektoratet».

²⁴ Notat til regjeringskonferanse. 2. november 2020 «Tiltak som Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet er omforent om å anbefale».

²⁵ Protokoll fra regjeringskonferanse, 2. november 2020, Nr.38/2020.

²⁶ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 3. november 2020, «COVID-19 Oppdrag fra HOD nr. 208 om forberedelse av innstramminger».

var bekymret for situasjonen de hadde sett de siste dagene. De mente det nå var viktig med kraftigere tiltak i flere områder der det var mye smittespredning, og der situasjonen var ustabil, og viktig å legge et «føre-var-prinsipp» til grunn.

FHI trakk videre fram bekymringer knyttet til importsmitte og skrev:

Flere forhold fremmer spredning av viruset og hemmer kontroll med epidemien:

- *Karantene*. Det meldes fra kommunene at karantene ikke overholdes.
- *Utenlandsreiser*. Mange kommuner har de siste ukene hatt smittetilfeller og utbrudd knyttet til arbeidsreisende, og flere utbrudd er rapportert tilknyttet arbeidsplasser og bedrifter. Vi er bekymret for om karantenereglene overholdes.

FHI anbefalte sterkere tiltak for å få kontroll med smitte hos reisende som kom inn til Norge fra land med høyt smittetrykk. De skrev blant annet at myndighetene burde «[f]orsterke krav om at karantene gjennomføres på egnet sted, og hvis det ikke er mulig vurdere bruk av karantenehotell, for eksempel for personer uten fast bopel i Norge». De mente videre at myndighetene burde vurdere å innføre krav om test opptil 72 timer før innreise eller ved ankomst til Norge.

FHI understreket samtidig at nye sterkere tiltak, som karantenehotell, måtte bli nøye vurdert:

Vi anbefaler at disse tiltakene vurderes iverksatt på bare noen ankomststeder etter en konkret risikovurdering, jf. WHO's krav [...]. Forholdet mellom nytte og kostnad må vurderes nøye. Alternative og mer målrettede måter å håndtere risiko fra smittede reisende, bør vurderes. Her kan man ta hensyn til erfaring med hvilke avreiseland som har gitt opphav til import til Norge, og til hvilke land som har svært høy forekomst og en epidemi ute av kontroll.²⁷

Helsedirektoratets svar på oppdrag 208 ble formelt levert 4. november. Granskningen vår viser at HOD var informert om de foreløpige hovedkonklusjonene tidligere. Helsedirektoratet anbefalte å innføre krav om negativ test på grensen og plikt til å bo på karantenehotell for dem som ikke hadde fast bosted i Norge eller dokumentasjon på at

arbeidsgiveren stilte med karantenehotell som tilfredsstillte kravene i forskriftene. Anbefalingene ble blant annet begrunnet med behovet for å forenkle tilsynsoppgavene og redusere kapasitetspresset i kommunene.²⁸

I et r-notat, til et møte i RCU 4. november 2020, foreslo helse- og omsorgsministeren at det skulle innføres krav om negativ test på grensen og plikt til å bo på karantenehotell. Under punkt 2 «Vurdering fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet» sto det blant annet:

Forslagene om karantenehotell og testing begrunnes med at importsmitte utgjør en vesentlig belastning på kommunene, og har ført til flere store utbrudd. Oversikten over innreisende er dårlig. Kommunene melder at de ikke har kapasitet til å følge opp tilsyn, og etterlevelsen av karantenekrav og krav om testing synes svak. FHI legger til grunn at andres private hjem ikke ser ut til å være egnet karantenehotell for reisende fra land med høye smittenivå. Tiltakene kan forenkle tilsynsoppgavene og dermed redusere kapasitetspresset i kommunene. Det kan også forenkle oversikt over at testing faktisk blir gjennomført.²⁹

I notatet foreslo helse- og omsorgsministeren blant annet følgende konklusjon:

1. Det innføres krav i covid-19-forskriften om å fremvise attest på negativ covid-19-test ved ankomst til Norge for alle reisende etter dansk modell. Kravet skal ikke gjelde for nordmenn, personer som har bosted i Norge eller personer i transitt. Dette iverksettes fra søndag 8. november kl. 2400
2. Det innføres i covid-19 forskriften krav til fast bopel i Norge, eller at arbeids- eller oppdragsgiver gir garanti for egnet oppholdssted ved ankomst til Norge. For personer, herunder turister, som verken har egen bopel eller har arbeids- eller oppdragsgiver i Norge innføres det krav om å oppholde seg på karantenehotell og krav om testing i karanteneperioden. Helsedirektoratet gis i oppdrag å utrede hvordan disse kravene

²⁸ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 4. november 2020, «Helsedirektoratets svar på covid-19-oppdrag 208 fra Helse- og omsorgsdepartementet Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet om forsterkede tiltak fra Helsedirektoratet».

²⁹ RCU-notat «Covid-19-notat – Endring av nasjonal regulering i covid-19-forskriften – Nasjonale forsterkede tiltak for å redusere smittetrykket», 3. november 2020, fremmet av Helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 4. november 2020.

²⁷ FHI viste til WHO's «Temporary Recommendations». De aktuelle anbefalingene det henvises til, er fra 30. oktober 2020 nr. 10 og nr. 11.

kan innføres. Frem til dette er etablert, forsterkes grensekontrollen etter eksisterende regelverk.

3. Det innføres ikke krav om obligatorisk testing ved ankomst til Norge for alle reisende.
[...]

Under punkt 5 «foreleggelse» framgår det at notatet ikke hadde vært forelagt medlemmene av RCU.

R-notatet ble sendt til berørte departementer på ettermiddagen 3. november. Departementsråden i JD videresendte notatet til ansatte i departementet kl. 17.53 og skrev:

Dette skal være de endelige rcu notatene fra hod. Dvs at de er sendt ut uten mulighet for merknader. Merknader må tas i konferansen. Avdelingene forbereder som avtalt våre merknader så raskt som mulig så vi kan få sendt over i kveld. Sendes via meg og [...]. I tillegg blir det forberedelsesmøte m statsråden i morgen tidlig. Tidspunkt kommer.³⁰

Notatet om karantenehotell utløste reaksjoner fra flere departementer, ikke minst fra lovavdelingen i JD som stilte spørsmål ved lovgrunnlaget og var skeptisk til prosessen:

Det er grunn til å være svært kritisk til prosessen. Sentrale og inngripende tiltak foreslås uten at andre departementer enn HOD har vært involvert, og uten mulighet for skriftlige merknader. Det er særlig grunn til å nevne konklusjonspunkt 1 og 2 i notatet om endring i covid-19 forskriften med krav om negativ test før ankomst til Norge og krav om ti dagers opphold på karantenehotell med krav om testing i karanteneperioden.

Til tross for at det foreslås slike inngripende tiltak, er det liten grad omtalt hva som kan være aktuelle hjemler for tiltakene. Notatene gir begrenset veiledning for å kunne ta stilling til om tiltakene kan innføres uten lovendring.³¹

Lovavdelingen skrev avslutningsvis:

³⁰ E-post, departementsråden i JD til relevante ansatte i JD, tirsdag 3. november 2020 kl. 17.53.

³¹ Internt notat, lovavdelingen i JD, 3. november 2020, «Generelt om RCU-notater mottatt ca. kl. 1730».

Samlet vil vi fraråde at beslutningen treffes med det grunnlaget som nå foreligger. Det bør heller – om det er aktuelt – konkluderes med at spørsmålet om pålagt bruk av karantenehotell utredes med sikte på beslutning om kort tid, og at både HMIN og JMIN er involvert i denne vurderingen.

Innvandringsavdelingen i JD kom med tilsvarende kritiske merknader som lovavdelingen. Også de pekte på usikkerheten knyttet til lovgrunnlaget for tiltakene, at begrunnelsen framsto som svak, og at ordningene ikke var vurdert opp mot Norges internasjonale forpliktelser.³² Innvandringsavdelingen hadde også en rekke kritiske merknader knyttet til selve utformingen av kravene til negativ test ved ankomst og kravene om opphold på karantenehotell.

I en e-post til statssekretæren i JD 3. november kl. 20.48 oppsummerte departementsråden i JD innspillene som hadde kommet inn fra de ulike avdelingene i departementet. I e-posten ble det vist til at JD gjerne skulle vært mer involvert i prosessen, og at de «[f]ramover bør involveres mye tidligere». Departementsråden påpekte videre at «[t]il tross for at det foreslås slike inngripende tiltak, er det i liten grad omtalt hva som kan være aktuelle hjemler for tiltakene». Avslutningsvis i e-posten frarådet hun å treffe beslutningen med det grunnlaget de hadde. Hun anbefalte å heller utrede spørsmålet om pålagt bruk av karantene med sikte på å beslutte dette kort tid senere.³³

Som forberedelse til det planlagte møtet i regjeringens covid-19-utvalg (RCU) på Statsministerens kontor tidlig neste morgen konkluderte departementsråden i JD senere på kvelden slik med tanke på hvordan departementet skulle ta denne saken videre i regjeringen:

Etter råd fra [...] og meg kommer [justisministeren] til å være mest opptatt av at vi blir m videre m å sikre hjemler og praktisk gjennomføring, herunder nødvendige unntak for kritiske samfunnsfunksjoner mv. Ingen grunn til å ta kampen mot tiltakene som sådan – her kommer HOD til å få gjennomslag uansett hva vi

³² Internt notat, innvandringsavdelingen i JD, 3. november 2020, «INNs innspill til Helse- og omsorgsministerens RCU-notat av 3. november 2020 ('Endring av nasjonal regulering i covid-19-forskriften – Nasjonale forsterkede tiltak for å redusere smittepresset') vedrørende tiltak mot importsmitte».

³³ E-post, departementsråden til statssekretæren i JD, tirsdag 3. november 2020 kl. 20.48.

sier. Vi må være konstruktive samarbeidere for å få både regler og gjennomføring best mulig.³⁴

RCU behandlet spørsmålet om det skulle innføres et krav om negativ test ved innreise og plikt til å bo på karantenehotell, den 4. november 2020 på morgenen. RCU tiltrådte helse- og omsorgsministerens forslag til første konklusjonspunkt, med følgende tillegg:

- Det forutsettes at kravet om attest skal gjelde for innreisende fra land som Norge klassifiserer som røde.
- Kravet gjøres ikke gjeldende for personer som jevnlig ankommer Norge fra Sverige og Finland for å arbeide.
- Kravet gjøres gjeldende for helsepersonell som pendler til Norge og som har vært mer enn sju dager utenfor Norge. Det gjøres en ny vurdering av dette når et system for hurtigtesting av ansatte ev. er på plass.
- Personell i kritiske samfunnsfunksjoner kan unntas når det er nødvendig for å unngå fare for liv og helse.

I punkt 2 konkluderte RCU slik:

Det innføres med virkning fra søndag 8. november i covid-19-forskriften krav til fast bopel i Norge, eller at arbeids- eller oppdragsgiver gir garanti for egnet oppholdssted ved ankomst til Norge. For personer, herunder turister og besøkende, som verken har egen bopel eller har arbeids- eller oppdragsgiver i Norge innføres det krav om å oppholde seg på karantenehotell og krav om testing i karanteneperioden. Helsedirektoratet gis i oppdrag å utrede hvordan disse kravene kan innføres. Frem til dette er etablert, forsterkes grensekontrollen etter eksisterende regelverk. Det gis fullmakt til helse- og omsorgsministeren, justis- og beredskapsministeren og statsministeren å ev. fastsette et noe senere innførings-tidspunkt. HOD og JD sikrer et informasjonsopplegg som sikrer at hver enkelt reisende blir informert og ev registrert.³⁵

³⁴ E-post, departementsråden i JD til andre ledere i JD, 3. november, 2020 kl. 21.52.

³⁵ RCU-notat «Covid-19-notat - Endring av nasjonal regulering i covid-19-forskriften - Nasjonale forsterkede tiltak for å redusere smittepresset», 3. november 2020, fremmet av Helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 4. november 2020. Protokoll fra regjeringens covid 19-utvalg, 4. november 2020, Nr. 19/2020

Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie uttalte i sin forklaring til oss at regjeringens prioritet én har vært beskyttelse av liv og helse, men at dette hensynet er veid opp mot konsekvensene for de ulike sektorene. På generelt grunnlag forklarte han også at lovavdelingens innvendinger har blitt bragt inn i regjeringens diskusjoner. Han uttalte om dette:

Dette har vært et sentralt tema i de diskusjonene vi har hatt hele veien. Deres innvendinger er blitt vektlagt i dette arbeidet. [...] Jeg tror ikke det er noen i regjeringen som ikke har vært klar over det. Også i de tilfellene hvor justisministeren og jeg har vært enige, har justisministeren gitt uttrykk for at det har vært skepsis i lovavdelingen.³⁶

Tidligere justisminister Monica Mæland bekreftet også i sin forklaring at lovavdelingens spørsmål knyttet til hjemmelsgrunnlag har blitt videreført midlet til regjeringen.³⁷

Helsedirektoratets formelle svar på oppdrag 208 kom først etter RCU-behandlingen. Hovedkonklusjonen i det som ble besluttet av RCU, samsvarte med det som sto i besvarelsen fra Helsedirektoratet.

I en e-post til helse- og omsorgsministeren 4. november kl. 17.39 la helse- og omsorgsministerens HOD ved et utkast til et beslutningsnotat og forslag til endringer som burde bli gjort i covid-19-forskriften for å følge opp beslutningene som ble truffet i regjeringsskonferansen 2. november og i RCU 4. november.³⁸ I e-posten ba helse- og omsorgsministerens HOD om tilslutning til å sende notatet på departementsforeleggelse med frist til kl. 14.00 dagen etter og parallelt sende det til Statsministerens kontor (SMK). De påpekte at beslutningsnotatet ikke var endelig, at spørsmålet om karantenehotell i notatet ikke var behandlet, og at RCU hadde lagt til grunn at endringen skulle tre i kraft med virkning fra søndag 8. november.

Helse- og omsorgsministerens HOD ga i e-posten uttrykk for at det gjensto en del forhold som burde bli avklart før karantenehotellordningen kunne tre i kraft, og anbefalte også å utsette karantenehotellordningen noe:

³⁶ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

³⁷ Forklaring, tidligere justisminister Monica Mæland, 6. januar 2022.

³⁸ E-post, helse- og omsorgsministerens HOD til helse- og omsorgsministeren, onsdag 4. november 2020 kl. 17.39.

Vi har i ettermiddag hatt dialog med Lovavdelingen vedrørende dette konklusjonspunktet. De er svært usikre på om vi i dag har hjemmel til å fastsette dette i forskrift. De viste til EMK og grunnloven. UD har også i e-post til oss i ettermiddag uttrykt bekymring for hjemmelsgrunnlaget. Videre er det mange uavklarte spørsmål som Helsedirektoratet må besvare i det oppdraget som skal gis. Disse svarene er også avgjørende for vurderingen av hjemmelsgrunnlaget (innretningen av tiltakene). For eksempel kan det nevnes at Hdir og FHI må besvare spørsmål om hvor lenge karantene på hotell skal være, antall tester som må tas, hvilken virkning negative tester skal ha, skal det være andre unntak fra kravet om karantenehotell for andre grupper, for eksempel varetransport osv. Svarene fra Hdir og FHI er også avgjørende for hvordan dette skal forskriftsfestes.

I konklusjonen fra RCU gis helse- og omsorgsministeren, justis- og beredskapsministeren og statsministeren fullmakt til å ev. fastsette et noe senere innføringstidspunkt. Vi vil tilrå at det opprettes en dialog for å beslutte en senere iverksettelse. Det er mange uavklarte spørsmål, både av rettslig og praktisk karakter, som vi vanskelig kan se at kan løses innen søndag. Vi vil tilrå at innføringstidspunkt settes til i løpet av uke 46.

SMK er orientert om JDs bekymring vedrørende hjemmelsgrunnlaget.³⁹

I etterkant av denne e-posten ga HOD et oppdrag til Helsedirektoratet om å vurdere hvordan karantenehotellordningen kunne utformes.⁴⁰ Oppdraget ble sendt på e-post 5. november kl. 13.11.⁴¹ HOD viste i e-posten til at det «er snakk om et inngrepene tiltak», og at ordningen «må være i samsvar med smittevernlovens krav om å ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering».⁴² I oppdraget ble det bedt om

en smittevernlig vurdering av karanteneoppholdet og kravet til testing og et forslag til hvor lenge oppholdet skulle vare. De ble også bedt om å gi en vurdering av hvilke krav som burde bli stilt til karantenehotellet og til oppholdet der. HOD ba videre om «en vurdering av det juridiske hjemmelsgrunnlaget for ordningen og forslag til nødvendige forskriftsbestemmelser». Fristen for oppdraget var 6. november kl. 16.00.⁴³

I etterkant av RCU-møtet 4. november hadde HOD, Helsedirektoratet og JD en dialog på e-post som endte med at Helsedirektoratet, i samarbeid med FHI, 5. november fikk i oppdrag å besvare en rekke spørsmål som JD stilte med tanke på karantenehotell.⁴⁴ Spørsmålene var blant annet knyttet til om det var nødvendig og forholdsmessig å innføre karantenehotellplikt, og til smittevernlig begrunnelse, varigheten på karantenehotelloppholdet og muligheten til å forkorte oppholdet gjennom testing. Helsedirektoratet ble også bedt om å vurdere flere spørsmål som var relevante for det pågående forskriftsarbeidet, som forholdet til Grunnloven og EMK, vilkårene i smittevernloven § 1-5, hvorvidt kravene i smittevernloven § 1-7 var oppfylt, unntaksordninger, og tallene for importsmitte. Helsedirektoratet og FHI besvarte spørsmålene 5. november.⁴⁵

JD og HOD jobbet 5. november 2020 med å utforme en kongelig resolusjon der forskriftsendringene knyttet til karantenehotell skulle inngå.⁴⁶ Det var JD som fikk hovedansvaret for å utarbeide og legge fram resolusjonen. Etter den opprinnelige planen skulle resolusjonen bli vedtatt i statsråd fredag 6. november og tre i kraft mandag 9. november. På bakgrunn av bekymringene av både rettslig og praktisk karakter som var spilt inn, tok JD kontakt med SMK for å høre om det var mulig å utsette vedtaket i statsråd til tirsdag 10. november. JD sendte en e-post til SMK kl. 08.46 torsdag 5. november med følgende forespørsel:

Jmin [justisministeren] og hmin [helseministeren] ønsker en viss utsettelse av innførin-

³⁹ E-post, helserettsavdelingen i HOD til helse- og omsorgsministeren, 4. november kl. 17.39.

⁴⁰ Oppdrag, HOD til Helsedirektoratet, 5. november 2020, «Covid-19 oppdrag nr. 215 til Helsedirektoratet – Etablering av karantenehotell». Dette oppdraget er ikke lagt ut på Helsedirektoratets oversikt over faglige vurderinger og anbefalinger om covid-19 til HOD. Årsaken til dette er at oppdraget ble kansellert da DSB etter hvert fikk oppgaven med å koordinere og forberede etableringen av karantenehotellordningen fram mot 9. november 2020 da ordningen trådte i kraft.

⁴¹ E-post, HOD til Helsedirektoratet, torsdag 5. november 2020 kl. 13.11.

⁴² Ibid.

⁴³ Dette var etter at forskriftsendringene ble vedtatt i statsråd 6. november 2020.

⁴⁴ Notat, JD til Helsedirektoratet og FHI, 5. november 2020, «Notat – spørsmål fra Justisdepartementet til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet»; e-post, Helsedirektoratet til JD, torsdag 5. november 2020 kl. 19.33.

⁴⁵ Notat, Helsedirektoratet og FHI til JD, 5. november 2020, «Notat: Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets svar på spørsmål fra Justis- og beredskapsdepartementet om karantenehotell».

⁴⁶ Kongelig resolusjon innebærer at Kongen fatter beslutningen i statsråd.

gen av karantenehotell. Vi skal i møte med hdir nå om ting de må utrede. Er det – i lys av formuleringen til stm [statsministeren] – mulig å legge til grunn at det kan gå i statsråd tirsdag istedenfor allerede nå fredag?⁴⁷

Som svar på forespørselen sendte SMK to e-poster til JD, henholdsvis kl. 10.30 og kl.10.33:

Min klare oppfatning er at [...] [statssekretær/stabssjef] i går godkjente at karantenehotellet ikke trenger å gå i statsråd i morgen. Det kan gå på tirsdag. Håper det er til hjelp.⁴⁸

Enig. Tirsdag var også ok for statsministeren.⁴⁹

Til tross for at det virket som det var enighet mellom SMK og JD 5. november om å utsette vedtaket i statsråd til tirsdag 10. november, gikk saken, etter en politisk beslutning, som opprinnelig planlagt i statsråd fredag 6. november med ikrafttredelse mandag 9. november.

På pressekonferansen 5. november kl. 11.45 opplyste helse- og omsorgsministeren at det ville bli etablert en karantenehotellordning.⁵⁰ Tidspunktet for iverksettelsen ble ikke nevnt.

Samtidig var det satt i gang et arbeid i forvaltningsapparatet med tanke på å vurdere de praktiske sidene av karantenehotellordningen. Sentralt i dette var et oppdrag som JD ga til DSB, som gikk ut på å gi «en konkret beskrivelse av hvordan ordningen kan tenkes rigget, og hva som er kritiske betingelser».⁵¹ I et oppsummeringsmøte på ettermiddagen opplyste DSB at de hadde hatt møte med statsforvalterne og sivilforsvarsdistriktene samme ettermiddag for «å få gode innspill til hvordan oppdraget kan løses, i tillegg til å få samlet de mest relevante tverrsektorielle problemstillingene». Statsforvalterne hadde til dette møtet kommet med følgende innspill til spørsmål som måtte bli avklart:

- Hvilke kommuner skal ha karantenehotell? Det bør pekes ut noen kommuner som kan ta ansvar på vegne av flere.
- I lys av en «leveransekjede» pekte FM [statsforvalterne] på flere utfordringer: Roller/ansvar ved ankomst grense, transport

til hotell, hva slags type hotell (krav hhv karantenehotell/isolasjonshotell), forsyningsleveranser, kontroll av tilstedeværelse, «godkjenning» etter karantene, oppholdskommune og helsehjelp deretter.⁵²

JD framhevet i møtet at de hadde gitt et eget oppdrag til Helsedirektoratet om «å lage opplegget, med frist ila dagen» og kommenterte videre at «når først rammen (kgl.res) er på plass, vil vi tilpasse og utvikle etter hvert». JD understreket at det er mange juridiske utfordringer i å etablere tiltak som dette, og viste til at «[i]deelt sett skal helsevurderingene komme først, regelverket deretter og så tilretteleggingen i praksis. Men nå skjer det litt i parallell». JD viste deretter til at det var hensiktsmessig at DSB hadde direkte kontakt med Helsedirektoratet, og skrev: «Det er sagt at ordningen med karantenehoteller skal være oppe i drift søndag (natt til mandag)».

Etter at det var klart at iverksettelsen likevel ikke ble utsatt, sendte JD følgende e-post direkte til Helsedirektoratet 5. november kl. 15.45:

Jeg viser til telefonsamtale nettopp. Det har blitt politisk bestemt at det skal fremmes en kongelig resolusjon om karantenehotell allerede i morgen. Det betyr at vi har behov for den smittevernfarene vurderingen i dag, opp mot kravene i smittevernloven, helst innen kl. 1800, men i alle fall ikke mye senere.⁵³

I e-posten viste JD deretter til oppdraget fra HOD som var oversendt samme dag, og pekte på hvilke spørsmål det var viktigst å få vurdert. Dette omfattet blant annet hva som var den smittevernfarene begrunnelsen for kravet om opphold på karantenehotell, hvor lenge oppholdet måtte vare, om det ville være forholdsmessig å kreve opphold etter negativ test, og hvordan det rent smittevernfarene var mulig å begrunne forskjellen mellom dem som ble omfattet av ordningen, og dem som ikke ble omfattet av den.

JD måtte avvende de smittevernfarene rådene fra Helsedirektoratet og FHI før de kunne ferdigstille forslaget til forskriftsendringene. Utkastet til resolusjonen/forskriftsendringene måtte dessuten gjennom en departementsforeleggelse før det kunne bli oversendt til SMK på morgenen fredag 6. november. En e-postkorrespondanse mellom Finansdepartementet (FIN) og JD på kvelden er

⁴⁷ E-post, JD til SMK, torsdag 5. november 2020 kl. 08.46.

⁴⁸ E-post, SMK til JD, torsdag 5. november 2020 kl. 10.30.

⁴⁹ E-post, SMK til JD, torsdag 5. november 2020 kl. 10.33.

⁵⁰ Pressekonferanse, SMK, 4. november 2020, «Pressekonferanse om koronasituasjonen».

⁵¹ Møtereferat, DSBs referat fra møte torsdag 5. november 2020 kl. 16.30 til ca. kl. 17.30 mellom JD og DSB, 5. november 2020, «Oppsummering etter møte med JD».

⁵² Ibid.

⁵³ E-post, JD til Helsedirektoratet, torsdag 5. november 2020 kl. 15.45.

illustrerende for den korte tiden som var til rådighet. Klokken 19.00 sendte JD en e-post til FIN med blant annet følgende innhold:

Som du skjønner er det en litt uoversiktlig prosess nå. Vi har fått beskjed om at det skal sendes ut på statssekr.nivå når vi er ferdig i kveld. Frist for levering av endelig kgl. res til SMK er kl. 9 i morgen.⁵⁴

Deretter, kl. 19.45, skrev JD:

Vi venter fortsatt på det medisinskfaglige grunnlaget for hdir, så vi har lite å jobbe utfra før vi ser det. Det blir nok derfor ganske sent før noe kan sendes på foreleggelse i kveld⁵⁵

JD mottok justerte råd og vurderinger fra Helsedirektoratet samme kveld kl. 19.33. Helsedirektoratet presiserte i oversendelsen at «[d]ette var det de klarte på den korte tiden».⁵⁶

Klokken 23.40 samme kveld sendte lovavdelingen i JD utkastet til forskriftsendringene til statssekretæren i JD for departementsforeleggelse. Den fulle beskrivelsen av den kongelige resolusjonen, altså bakgrunnen, vurderingene, den smittevern-faglige begrunnelsen og andre deler som skulle ligge til grunn for forskriftsendringene, var imidlertid ennå ikke klar.

Kommentarrunden, både internt i JD og i departementene, startet med andre ord ikke før nærmere midnatt natt til fredag 6. november – og da med en intensjon om at den endelige versjonen måtte være klar til kl. 9 morgenen etter. UD kommenterte både innholdet og tidspresset i en e-post 6. november kl. 00.45:

[...] du vet jo hva jeg mener om dette hastverksarbeidet, men jeg lar det ligge nå. Jeg ser frem til å se proporsjonalitetsvurderingen for denne interneringen i innledningen til kgl.res., gitt at dette i all hovedsak er presumptivt friske personer (de har testet negativt én gang allerede) som man ikke har annet grunnlag å mistenke for smittespredning enn at de har oppholdt seg i utlandet.⁵⁷

Etter innspill fra innvandringsavdelingen i JD ble det tatt inn et unntak fra plikten til å oppholde seg på karantenehotell for asylsøkere og overføringsflyktninger. Utover natten kom det inn flere kommentarer fra blant annet HOD, SMK, og UD. UD kommenterte blant annet at det var behov for unntak for diplomatene, og skrev:

Det er e.m.m ikke mulig å sette dette regelverket i kraft uten at det er avklart hvem som skal betale for karantenehotellet. Det kan ikke uten videre pålegges den enkelte som ankommer landet⁵⁸

Natt til fredag 6. november, kl. 03.07 var teksten til den kongelige resolusjonen klar. Følgende e-post ble sendt fra lovavdelingen til statssekretæren og departementsråden i JD:

Her er tekst til kgl. res. Vi sover noen timer og leser korrektur mv. Noen spørsmål om merknader består i påvente av avklaringer.⁵⁹

Fredag 6. november kl. 07.22 kom et nytt innspill til resolusjonen – denne gangen fra innvandringsavdelingen:

Imponerende hva dere har rukket! Bare bitesmå småtterier jeg har forslag om, se vedlegg. Flott at dere fikk med unntak for asylsøkere og overføringsflyktninger.⁶⁰

Teksten til den kongelige resolusjonen ble sendt til SMK ca. kl. 09.30 fredag 6. november og vedtatt i statsråd senere samme dag. I en e-post sendt til UD kl. 12.25 skrev lovavdelingen blant annet følgende:

Dette er versjonen som ble sendt til SMK i dag rundt kl. 09:30. Det gjenstod noe formalia som SMK tok direkte. Endelig versjon har jeg så langt ikke fått. Vi har ikke hatt anledning til å gjøre ting så grundig som ønsket, og har fått en rekke til dels motstridende innspill i det hektiske arbeidet [...] Det er så langt ikke inntatt særregler for ansatte ved utenriksstasjoner mv.⁶¹

⁵⁴ E-post, JD til FIN, torsdag 5. november 2020 kl. 19.00.

⁵⁵ E-post, JD til FIN, torsdag 5. november 2020 kl. 19.45.

⁵⁶ E-post, Helsedirektoratet til JD, torsdag 5. november 2020 kl. 19.33.

⁵⁷ E-post, UD til JD, fredag 6. november 2020 kl. 00.45.

⁵⁸ E-post, UD til JD, fredag 6. november 2020 kl. 01.22.

⁵⁹ E-post, lovavdelingen i JD til statssekretær og departementsråd i JD, fredag 6. november 2020 kl. 03.07.

⁶⁰ E-post, innvandringsavdelingen i JD til lovavdelingen i JD, fredag 6. november 2020 kl. 07.22.

⁶¹ E-post, lovavdelingen i JD til UD, fredag 6. november 2020 kl. 12.25.

Arbeidet med etablering av karantenehotellordningen

Etter at den kongelige resolusjonen ble vedtatt i statsråd, fortsatte DSB arbeidet med å rigge karantenehotellordningen. I en e-post til JD fredag 6. november kl. 13.22 viste DSB til at de hadde hatt møte med statsforvalterne som straks skulle gå i gang med «å etablere kontakt med kommunene, [med] tanke på å etablere karantenehotell».⁶² DSB påpekte i e-posten at statsforvalterne hadde reist en rekke spørsmål i møtet, blant annet om dimensjoneringen av ordningene, pliktene og rettighetene til «de som lastes inn i hotellene», ansvarsforhold mellom kommunen og hotellet og situasjonen for gjestearbeidere på grenseovergangene. Videre ble det opplyst at DSB hadde forsøkt å få til et møte om ulike helsefaglige problemstillinger med Helsedirektoratet, men at de ikke hadde lyktes med å få på plass et slikt møte. DSB viste videre til at POD ikke var kjent med opprettelsen av karantenehotell.

Fredag 6. november kl. 15.48 sendte Helsedirektoratet en e-post til JD, der de ga tilbakemelding om at de anså oppdrag 215 om utredning av karantenehotellordningen som utgått på grunn av den raske utviklingen i saken etter at oppdraget ble gitt.⁶³

De påfølgende dagene ledet DSB arbeidet med å etablere karantenehotellordningen i dialog med statsforvalterne og kommunene. Lørdag 7. november kl. 14.13 sendte DSB en ny e-post til JD, der hovedbudskapet var følgende:

Mitt overordnede budskap: Etter dialog med fylkesmennene i går og gjennom dagen, ser det ut som at alle får på plass karantenehotell i en eller annen forstand natt til mandag. Den store utfordringen handler om å nå/peke ut målgruppen slik at vi vet hvem som skal dit. Altså lage et system for registrering og overlevelse/meldeplikt fra politi til kommune. Slik at vi sikrer muligheten for etterfølgelse. Rop ut om noe er uklart, eller om vi får flere bestillinger.⁶⁴

De nye bestemmelsene i covid-19-forskriften trådte i kraft fra midnatt 9. november 2020. Rett etter midnatt 9. november ble det sendt et rundskriv⁶⁵ til kommuner, statsforvaltere og POD som beskrev karantenehotellordningen, inkludert un-

takene fra plikten til å bo på karantenehotell. Rundskrivet inneholdt også informasjon om håndtering av reisende fra de passerer grensekontrollen, vakthold, brudd på karanteneplikten, kostnader knyttet til oppholdet og bruken av Siviltforsvaret som beredskapsressurs (se nærmere om rundskrivet i punktet nedenfor). Fra og med 9. november var det dermed forutsatt at kommunene hadde et opplegg på plass for å håndtere innreisende som var underlagt plikten til å bo på karantenehotell, og at politi, kommuneansatte og hotellansatte hadde tilstrekkelig informasjon til å praktisere regelverket etter hensikten. I månedene som fulgte, ble det gjort en rekke endringer i reglene for karantenehotell.

Nærmere om karantenehotellreglene

Etableringen av karantenehotellordningen ble i rundskrivet fra 8. november 2020 begrunnet med «den siste tidens markante økning i smitte av covid-19 i Norge og utenfor Norge».⁶⁶ Hovedregelen var plikt til ti døgnns innreisekarantene uten mulighet for å teste seg ut av karantenen. Det ble understreket i rundskrivet «at alle som skal være i innreisekarantene, skal gjennomføre karantenen på karantenehotell». Dette gjaldt også norske statsborgere. Det var likevel oppstilt visse unntak, som:

- De som er bosatt i eller eier bolig i Norge, og som oppholder seg i boligen eller på annet egnet oppholdssted.
- De som har kommet til Norge for å utføre arbeid eller oppdrag, og har en arbeids- eller oppdragsgiver som har sørget for et egnet oppholdssted med enerom i karantenetiden.
- Asylsøkere og overføringsflyktninger.

Disse gruppene hadde ikke unntak fra innreisekarantenen, men var unntatt fra plikten til å gjennomføre den på karantenehotell. Noen grupper var helt unntatt fra innreisekarantenen, både i arbeidstid og fritid:

- Personer som kan dokumentere at de i løpet av de siste seks månedene har gjennomgått covid-19, jf. § 4 første ledd.
- Personer som kommer til Norge for å gjennomføre avtalt eller fastsatt samvær mellom

⁶² E-post, DSB til JD, fredag 6. november 2020 kl. 13.22.

⁶³ E-post, Helsedirektoratet til JD, fredag 6. november 2020 kl. 15.49.

⁶⁴ E-post, DSB til JD, lørdag 7. november 2020 kl. 14.13.

⁶⁵ Rundskriv, JD, 8. november 2020, «G-25/2020 – Rundskriv om karantenehotell».

⁶⁶ Ibid.

foreldre og barn. Tilsvarende gjelder de som kommer tilbake til Norge etter å ha gjennomført samvær i utlandet, jf. § 6d bokstav a. Unntaket skal sikre barns rett til samvær med begge foreldre.

- Personer som norske statlige myndigheter har invitert av utenrikspolitisk viktige grunner, jf. § 6d bokstav b. Unntaket er svært snevert og forutsetter at personen kan fremvise tilstrekkelig dokumentasjon.

I henhold til rundskrivet skulle politiet vurdere «vilkårene for innreise til Norge» og informere «om plikten til å oppholde seg på karantenehotell». Kommunen hadde «hovedansvaret» for karantenehotellordningen, inkludert «opprettelse, drift, samordning mellom ulike aktører, og kommunikasjon med befolkningen». Kommunens ansvar for personer som skulle gjennomføre karantenen på hotell, gjaldt fra «den som skal i innreisekarantene har passert grensekontrollen». Videre hadde kommunen ansvar for å tilby «nødvendige helse- og omsorgstjenester» og sørge for testmuligheter. Negativ test forkortet ikke karantenetiden. I samarbeid med hotellet skulle kommunen sørge for vakt- hold for å «holde oppsyn med at de som er i karantene, følger de retningslinjene som er gitt». Ved brudd på reglene skulle politiet bli kontaktet for videre oppfølging. Forsettlig eller grovt uaktsom overtredelse av forskriften kunne bli straffet med bøter eller inntil 6 måneders fengsel.

Kommunenes utgifter skulle bli dekket av staten gjennom en refusjonsordning. I henhold til rundskrivet fra 8. november skulle egenandelen for kostnadene ved opphold på karantenehotellet «betales av personens arbeidsgiver eller av vedkommende selv». JD skulle i henhold til forskriften fastsette egenandelen.

I rundskrivet fra 13. november⁶⁷ om nye forskriftsendringer ble det opplyst at egenandelen var 500 kr per døgn for privatpersoner og 1500 kr per døgn per arbeids- eller oppdragstager. Barn under ti år var unntatt fra kravet om egenandel når de bodde på rom med foresatte, mens barn i alderen 10 til 18 år måtte betale halv egenandel, altså 250 kr per døgn. Senere ble regelverket endret slik at døgnprisen for dem som fikk oppholdet sitt betalt av arbeids- eller oppdragstager, ble den samme som for privatpersoner, altså 500 kr per døgn. I rundskrivet fra 8. november sto det at «[v]irkningen av innførte smitteverntiltak må fortløpende vurderes og veies mot virkningen de har

for den enkelte og mot viktige samfunns- og næringsinteresser som berøres av tiltakene», og at reglene derfor kunne bli endret.

Oppsummert ser vi at både politiet og kommunene fikk helt sentrale og omfattende oppgaver i gjennomføringen av karantenehotellordningen. Politiet skulle informere dem som kom til grensen, om vilkårene for innreise og om plikten til å bo på karantenehotell. Kommunene hadde ansvaret for personene som skulle gjennomføre karantene på hotell etter at de hadde passert grensen. Dette var et omfattende ansvar, og gjaldt alt fra å tilby selve hotellet med nødvendige helse- og omsorgstjenester til nødvendig vakt- hold. Ved eventuelle brudd på reglene skulle politiet kontaktes.

Kommunenes arbeid med å få på plass karantenehotell i tide

Helgen 7. og 8. november pågikk arbeidet med å rigge karantenehotellordningen. I e-post til fylkesberedskapssjefene kl. 13.29 ba DSB om å få oversendt innen kl. 18.00 samme dag en oversikt over kommunene med karantenehoteller, navnene på hotellene og en kort oversikt over eventuelle planer for kapasitetsøkning. E-posten ble avsluttet slik:

Avslutningsvis minner vi om møtet mellom fylkesmennene og justisministeren førstkom- mende onsdag. Vi sender fortløpende problemstillinger vi får fra dere til JD og til våre samarbeidsetater. Vi håper og regner med at en del av det dere har spilt opp til oss vil svares ut gjennom informasjonen i rundskrivet. Men noen problemstillinger rekker nok ikke å bli utkvittert til dette skal ut. Så det må vi fortsette å ha prosess på gjennom uka. Møtet med statsråden onsdag er en arena hvor viktige problemstillinger kan løstes fra dere direkte til departementet.⁶⁸

Et eksempel på en problemstilling som ikke ble besvart innen karanteneordningen trådte i kraft, går fram av en e-post søndag 8. november kl. 16.25 fra beredskapsrådgiveren i en kommune til beredskapsavdelingen hos statsforvalteren.

En innbygger ringer og sier han får sin datter hjem fra Portugal i morgen. Bosituasjon for henne er avklart. Hun bor i egen enhet, med

⁶⁷ Rundskriv, JD, 13. november 2020: «G-26/2020 – Rundskriv om karantenehotell».

⁶⁸ E-post, DSB til statsforvalterne, søndag 8. november 2020 kl. 13.29, CIM-loggføring av e-postkommunikasjon fra statsforvalteren i Vestfold og Telemark.



Figur 7.5 På innsiden av et karantenehotell på Gardermoen.

Foto: Frode Veggeland / Koronakommisjonen

eget bad og egen inngang. Må datteren allikevel bo på karantenehotell? Fint om vi får rask tilbakemelding.⁶⁹

Vakhavende hos statsforvalteren videresendte spørsmålet til Helsedirektoratet som i løpet av et par timer ga følgende svar:

DSB jobber med et rundskriv som skal publiseres etter hva Hdir kjenner til, i kveld eller morgen tidlig. Våre jurister er ikke på jobb i kveld og det anbefales derfor å vente til rundskrivet foreligger. Det er å forvente at DSB distribuerer til kommuner via fylkesmenn.⁷⁰

⁶⁹ E-post, en kommune til DSB, søndag 8. november 2020 kl. 16.25. CIM-loggføring av e-postkommunikasjon fra statsforvalteren i Vestfold og Telemark.

Den vakthavende hos statsforvalteren ga kommunen følgende tilbakemelding:

Vi avventer rundskrivet, så tar vi ved behov en ny runde da, dersom spørsmålet ikke avklares i rundskrivet.⁷¹

Rundskrivet ble sendt fra DSB til statsforvalterne mandag 9. november kl. 00.30 – en halvtime etter at reglene hadde trådt i kraft. Da kommunene mottok rundskrivet, skulle ordningen altså allerede vært i drift. Det var stor variasjon mellom kommunene med tanke på hvor langt de hadde kommet i å iverksette de ulike elementene i ord-

⁷⁰ CIM-loggføring av e-postkommunikasjon fra statsforvalteren i Vestfold og Telemark.

⁷¹ CIM-loggføring av e-postkommunikasjon fra statsforvalteren Vestfold og Telemark.

ningen, og det var behov for å avklare en rekke spørsmål de påfølgende dagene. For eksempel stilte en kommune spørsmål om hvem som i praksis hadde plikt til å bo på karantenehotell. Både regelverket og praktiseringen av karantenehotellordningen ble nærmere vurdert, presisert og justert fram mot nyttår 2020/2021.

Uklarheter ved regelverket og behov for justeringer

Politiet på grensen hadde ansvaret for å veilede og gi råd til reisende om karantenerregelverket, inkludert å informere om hvorvidt de mente at de reisende kvalifiserte for unntak, eller om de måtte gjennomføre oppholdet på karantenehotell. Politiet ga også informasjon om hvilke sanksjoner den reisende risikerte ved brudd på karantenerregelverket.

I samtaler med ansatte og ledere på karantenehoteller og i grensekontrollen har kommisjonen fått opplyst at mange reisende har oppfattet at det var politiet som besluttet om de skulle på karantenehotell eller ikke. Mange oppfattet dermed at de ikke kunne forholde seg fritt til den veiledningen de mottok.⁷²

Den 16. november 2020 organiserte DSB et møte med statsforvaltere og berørte kommuner om karantenehotellordningen.⁷³ JD, POD og Helsedirektoratet deltok også. På møtet ble det tatt opp en rekke uklarheter ved regelverket. Av møtereferatet kom det blant annet fram uklarheter knyttet til hvilke reisende som kommunene ville få ansvar for, og manglende kommunikasjon og informasjon fra helsemyndighetene. Politiet opplevde uklarheter i instruksjonen om å vurdere hva som var tilfredsstillende forhold for egnet karantenehotell, og påpekte at de ikke hadde kompetanse til å vurdere hvorvidt et oppholdssted var egnet. På møtet ble det også påpekt uklarheter knyttet til regelverket for på- og avmønstring for utenlandsk skipsmannskap. Videre ble det vist til ulik praksis på grenseovergangene når det gjaldt innreisebestemmelsene, og at det var utfordringer med å registrere innreisende som ankom uten

negativ test, og med å kreve inn egenandel på karantenehoteller. Det ble også tatt opp at det var uforutsigbarhet rundt hvor lenge karantenehotellordningen skulle gjelde.

Den 20. november 2020 var det et møte i BUB⁷⁴ om hva som skulle til for å få karanteneordningen til å fungere. Under møtet holdt DSB en presentasjon av karantenehotellordningen og understreket blant annet betydningen av kommunikasjon og samhandling, kontroll, vakthold og sanksjoner (se figur 7.6). DSB viste for øvrig også til at Australia hadde en karantenehotellordning som hadde fått enorm kritikk og vært dyr å drifte, og som ikke klarte å stanse importsmitten.

Blant annet på bakgrunn av kommunenes tilbakemeldinger ble regelverket for karantenehotellordningen justert flere ganger i ukene fram mot jul. Samtidig oppsto nye utfordringer og uklarheter.

Assisterende direktør i Helsedirektoratet Espen Rostrup Nakstad uttalte i forklaringen sin til oss at «en del regler og råd har vært unødvendig kompliserte», og man hadde ikke «tenkt nok på at de må etterleves, forstås og kunne håndheves».⁷⁵

Karantenehotellordningen ble presentert for Stortinget

I november 2020 forberedte JD et forslag til endringer i smittevernloven som blant annet skulle gi en klarere lovhjemmel for karantenehotellordningen. Den 25. november sendte departementet et forslag om midlertidige endringer i smittevernloven § 4-3 på høring.⁷⁶ Forslaget innebar at regjeringen skulle få fullmakt til å vedta forskrifter om gjennomføring av karantene og om betaling av egenandel for karantenehotellopphold. Dette innebar at det ikke ville være nødvendig å behandle de konkrete reglene om innreisekarantene og karantenehotell i Stortinget. Den korte høringsfristen, 27. november, ble begrunnet med

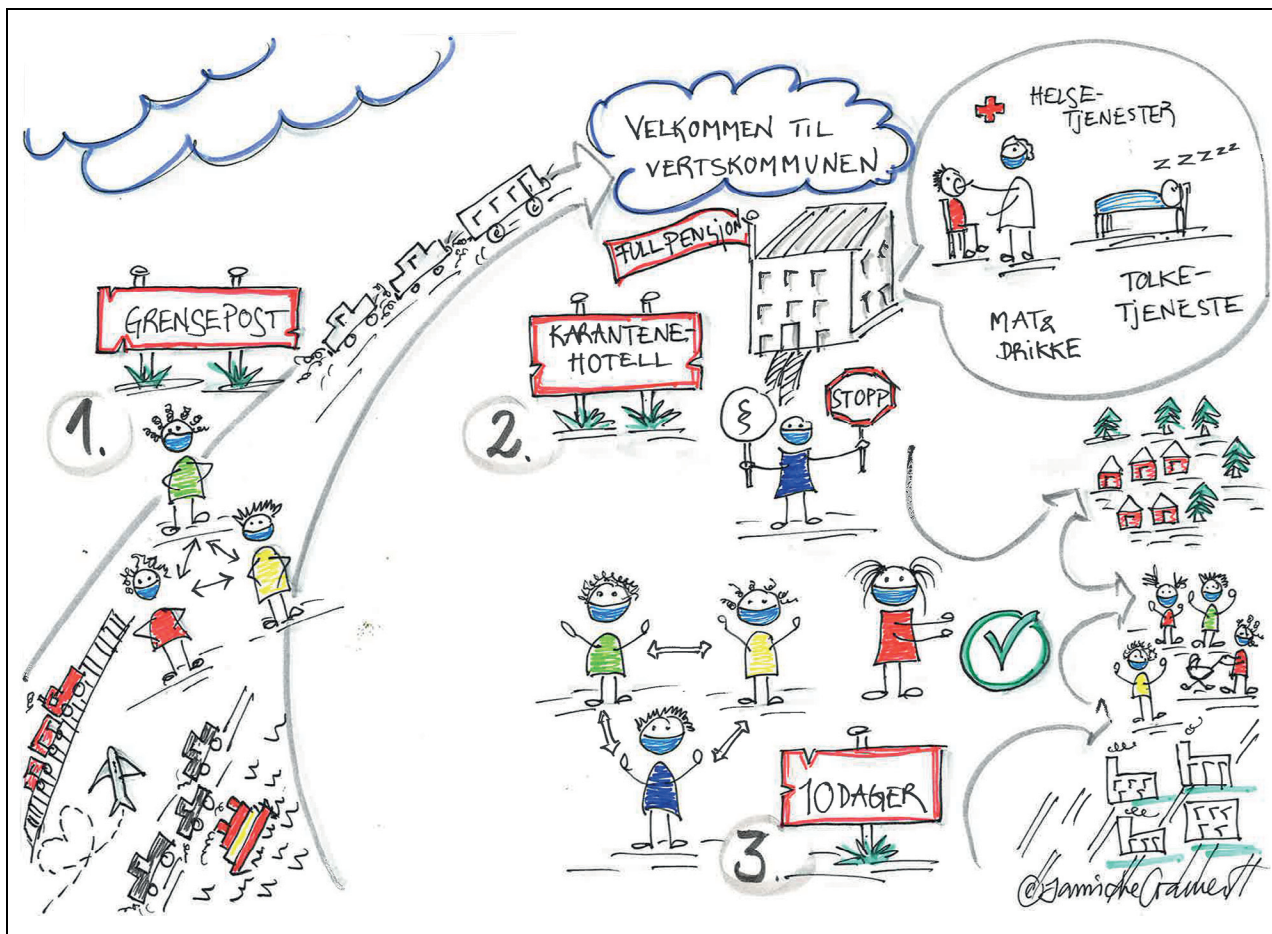
⁷² Opplysningene er gitt på befaringer på karantenehoteller 1. juli 2021, 17. august 2021 og 9. september 2021 og på befaring i grensekontrollen på Oslo lufthavn Gardermoen 12. oktober 2021. Tilsvarende opplysninger er også gjengitt av politiet og berørte kommuner i den skriftlige dokumentasjonen Koronakommisjonen har mottatt, så vel som i intervjuer.

⁷³ Møtereferat, DSBs referat fra møte 16. november 2020 kl. 15.00–16.30 mellom DSB, statsforvalterne, berørte kommuner, JD, POD og Helsedirektoratet, «Møte med kommunene om karantenehotell».

⁷⁴ Beredskapsutvalget for biologiske hendelser (BUB) ledes av direktøren for Helsedirektoratet. I tillegg er følgende etater representert: FHI, CBRNE-senteret ved Oslo Universitetssykehus HF, Statens legemiddelverk, Mattilsynet, Miljødirektoratet, POD, DSB, Forsvarsstaben og UD.

⁷⁵ Forklaring, Espen Rostrup Nakstad, assisterende direktør i Helsedirektoratet, 13. desember 2021.

⁷⁶ Prop. 62 L (2020–2021) *Midlertidige endringer i smittevernloven (oppholdssted under innreisekarantene mv.)*. Forslagene ble blant annet fremmet for å sikre lovhjemmel innen rimelig tid for karantenerestriksjonene som var innført med virkning 9. november 2020 (jf. smittevernloven § 7-12 og beredskapsloven § 3). Reglene om karantenehotell som ble iverksatt 9. november, ble gitt med hjemmel i smittevernloven § 7-12 (Prop. 62 L (2020–2021), side 19).



Figur 7.6 Illustrasjon på karantenehotellordningen fra presentasjonen til DSB for BUB, 20. november 2020.

Kilde: DSB

at det var behov for «å sikre at lovforslaget ble lagt frem for Stortinget snarest mulig, i tråd med kravene i smittevernloven § 7-12, jf. beredskapsloven⁷⁷ § 3 tredje ledd». Departementet skrev «at det var bedre med en begrenset høring enn at forslaget ikke ble hørt». Den korte høringsfristen ble likevel kritisert av flere høringsinstanser.⁷⁸ Lovforslaget ble til slutt vedtatt av Stortinget 4. februar 2021 og trådte da i kraft umiddelbart.

Smittevernfaglige vurderinger som grunnlag for karantenehotellordningen

I forbindelse med lovforarbeidet ble det hentet inn oppdaterte smittevernfaglige vurderinger fra FHI og Helsedirektoratet. FHI pekte blant annet på følgende om behovet for karantenehotellordningen:

⁷⁷ Lov av 15. desember 1950 nr. 7 om særlige rådgerder under krig, krigsfare og liknende forhold.

⁷⁸ Høringsuttalelsene er gjengitt i Prop. 62 L (2020–2021) *Midlertidige endringer i smittevernloven (oppholdssted under innreisekarantene mv.)*.

Oppsummeringsvis mener vi altså at karantene gjennomført på et hotell kan være et nyttig og forholdsmessig tiltak når det ikke foreligger et annet karantenested som etter nærmere kriterier og eventuelt en offentlig godkjenning kan anses som egnet. Eid eller leid bolig eller fritidsbolig, campingvogn eller bil kan for eksempel være egnet dersom det er mulig å holde avstand til andre voksne i hele karantenetida.

[...] Av hensyn til smittevernet er det nødvendig at de som ikke har et egnet sted å gjennomføre karantenen, får tilbud om et slikt sted. Det avgjørende spørsmålet er altså om personen har et egnet karantenested eller ikke.

Karantenehotellordningen kan derfor fortsatt være nødvendig for smittevernet, men den må etter vårt syn innrettes annerledes. Den gruppen det kunne være særlig nyttig for, og som den også kunne være en mer human løsning for, er for de som ellers ville bodd tett sammen med mange andre i karantenetida, for eksempel gjestearbeidere som skal bo i skip

eller i brakkerigger, og for asylsøkere som skal bo i mottak.⁷⁹

Helsedirektoratet viste til FHIs vurderinger og la blant annet til det var «nødvendig for å sikre ønsket effekt av tiltaket at de som settes i karantene, gjennomfører karantenen på et sted som er egnet for formålet», og at dette tilsa at karantenehotellordningen burde bli videreført «for å sikre at personer som ikke har andre egnede steder å gjennomføre karantene på, får et egnet sted».

FHI skrev i høringsuttalelsen sin at det gjeldende regelverket ikke innfridde intensjonene bak karantenehotellordningen.⁸⁰ Videre skrev FHI at «ordningen ble innført svært raskt og at den kan ha fått utilsiktede konsekvenser ved at den ikke bidrar til å håndtere de gruppene som i utgangspunktet skapte bekymring». FHI konkluderte med at «karantenehotell ikke bør være hovedregelen», og at karantenehotell burde være et «tilbud» til dem som ikke hadde noe egnet karantenested.

Lørdag 28. november 2020 fikk Helsedirektoratet og FHI i oppdrag å skaffe «informasjon om smittesituasjonen i Norge og Europa, samt informasjon om importsmitte og risikobildet ved importsmitte generelt og slik situasjonen er nå».⁸¹ Oppdraget gikk videre ut på å gjøre «vurderinger knyttet til den medisinskfaglige begrunnelsen for tiltaket karantenehotell og en vurdering av om tiltaket er nødvendig av hensyn til smittevernet». FHI fikk frist til søndag 29. november med å levere innspill til Helsedirektoratet. Felles frist for å levere svar på oppdraget til HOD var mandag 30. november. Rapporten fra oppdraget ble publisert 30. november.⁸² I oppsummeringen av konklusjonene sto det blant annet følgende:

Andel tilfeller smittet i utlandet vurderes å være nedadgående. Erfaringer tilsier at importsmitte i særlig grad er et problem blant tilreisende arbeidstakere.

Det er nødvendig med tiltak, i form av krav om innreisekarantene, for å hindre at smittede innreisende skal føre til nye utbrudd rundt i

landet. Karantenehotell bidrar til at karantene gjennomføres på foreskrevet og smittevernfaglig forsvarlig måte.

Personer som ikke har andre egnede oppholdssteder for å gjennomføre karantenen, bør oppholde seg på et karantenehotell i karantene-tiden. Vi ser behov for å vurdere utvidelser av unntakene fra karantenehotellordningen for personer med sterk tilknytning til Norge, samtidig som det er behov for ytterligere tydeliggjøring av kravene for arbeidsgivere som stiller med oppholdssted for sine tilreisende arbeidstakere.⁸³

Helsedirektoratet konkluderte med at «det fremdeles er nødvendig av hensyn til smittevernet å ha ordninger for å sette personer som har vært i utlandet i karantene, for å forhindre importsmitte til landet», og videre at dette «tilsier at man bør videreføre ordningen med karantenehotell, for å sikre at personer som ikke har andre egnede steder å gjennomføre karantene på, får et egnet sted». Direktoratet gjorde ikke noen helhetlig vurdering av om karantenehotellordningen var forholdsmessig, men la til grunn at HOD og JD ivaretok dette selv – og viste til forholdsmissigheten som framgikk av den kongelige resolusjonen av 6. november.

I svaret fra FHI ble risikobildet ved importsmitte beskrevet slik:

Overvåkingsresultatene kan ikke gi fullgode svar på departementets spørsmål, blant annet fordi pasientene ikke alltid vet hvor, når og av hvem de er smittet, fordi ikke alle tilfeller blir diagnostisert, og fordi ikke alle opplysninger som er kjent lokalt blir meldt til MSIS ved Folkehelseinstituttet. For eksempel er det store hull i angitt smitteland for meldte tilfeller.⁸⁴

FHI opplyste at det var to hovedgrunner til at det var vanskelig å måle effekten av karantenehotellordningen med en «før og etter»-sammenlikning:

For det første er det svakheter i datagrunnlaget. For ukene 46 – 48 mangler det fortsatt informasjon i MSIS om smitteland og smittesituasjon for de fleste av de meldte tilfellene (hhv 47% og 58% i uke 46 og 47). MSIS mangler fore-

⁷⁹ Prop. 62 L (2020–2021) *Midlertidige endringer i smittevernloven (oppholdssted under innreisekarantene mv.)*, side 12.

⁸⁰ Ibid. side 11.

⁸¹ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 30. november 2020, «Svar på oppdrag nr. 249 om importsmitte og karantenehotell, med tilleggsspørsmål».

⁸² Den samlede rapporten med svar på oppdrag 249, som har Helsedirektoratet som avsender og er datert 30. november 2020, er delt inn i to delrapporter: en rapport fra Helsedirektoratet (side 1–12) datert 30. november 2020 og en rapport fra FHI (side 1–13) datert 29. november 2020.

⁸³ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 30. november 2020, «Svar på oppdrag nr. 249 om importsmitte og karantenehotell, med tilleggsspørsmål», side 1 i delen fra Helsedirektoratet.

⁸⁴ Ibid. side 4 i delen fra FHI.

løpig informasjon om smittested for 94% av tilfellene meldt fra uke 48. Antall og andel smittet i utlandet de siste ukene kan endres når det foreligger mer fullstendig data om smitteland for disse ukene. Det understrekes at informasjon om smitteland kan være kjent for kommunene til tross for at dette ikke er meldt til Folkehelseinstituttet.

For det andre skjedde flere endringer i samme tidsrom, så det er vanskelig å tilskrive alle endringer bare karantenehotellordningen.⁸⁵

FHI viste til problemer med å måle importsmitte på grunn av endringene i kravene til testing. FHI understreket derfor at det samlet var «problematisk å benytte MSIS-data til å beskrive importsmitte før og etter krav om karantenehotell og vurdere effekt av et tiltak som karantenehotell».

Under overskriften «En medisinskfaglig begrunnelse for karantenehotellordningen» skrev FHI videre:

Nytten av innreisekarantene forutsetter at reisende i karantene kan oppholde seg på et egnet sted uten nærkontakt med andre. Ordningen med karantenehotell var et svar på utfordringen med at en del grupper tilreisende ikke hadde et slikt egnet sted. Dermed var det fare for smitte fra dem. De burde derfor heller gjennomføre karantene på et enerom på hotell, men fra vår side er det ment som en siste løsning for dem som ikke har et annet egnet sted.⁸⁶

Når det gjaldt spørsmålet om hvorvidt karantenehotellordningen var nødvendig av hensyn til smittevernet, skrev FHI at karantenekravene for reisende fra land med stor smittespredning burde bli opprettholdt, at ordningen burde bli innrettet annerledes, og at den kunne være spesielt nyttig for grupper som gjestearbeidere og asylsøkere.

Oppsummert ser vi at Helsedirektoratet og FHI ble bedt om å utrede det smittevernfarene grunnlaget for karantenehotellordningen etter at ordningen var vedtatt av regjeringen. Vi ser også at det var vanskelig å måle smitteverneffekten av tiltaket.

⁸⁵ Ibid. side 5 i delen fra FHI.

⁸⁶ Ibid. side 11 i delen fra FHI.

Karantenehotellordningen ble endret i desember 2020

Karantenehotellreglene ble endret med virkning fra 13. desember 2020. Endringene gjaldt i hovedsak hvilke grupper som var unntatt fra plikten til å bo på karantenehotell.⁸⁷ I samsvar med FHIs vurderinger ble blant annet unntaket utvidet for personer som hadde fast bosted i Norge. Også personer som leide bolig, ble etter endringen omfattet av unntaket. Rundskrivet fra 13. desember preserte dessuten at den reisende sto fritt til å velge å gjennomføre karantenen på et karantenehotell i en annen kommune enn ankomstkommunen, så lenge det var etablert karantenehotell i kommunen og det var kapasitet på det aktuelle karantenehotellet. Videre ble det åpnet for at også personer som hadde et annet formål med oppholdet enn arbeid eller oppdrag, på visse vilkår kunne bli unntatt fra karantenehotellplikten.

Fortsatt utfordringer knyttet til praktiseringen av regelverket

I ukene som fulgte etter at karantenehotellordningen ble etablert 9. november 2020, ga «vertskommunene» for karantenehotellene en rekke tilbakemeldinger om utfordringer med å forstå, tolke og praktisere regelverket. Disse tilbakemeldingene ble i stor grad gitt på møter i regi av statsforvalterne og på møter i regi av DSB. For eksempel pekte Ullensaker kommune i et møte 3. desember 2020 på flere problematiske forhold ved karantenehotellordningen.⁸⁸ Ullensaker viste til at de ofte fikk mange og krevende spørsmål fra reisende som kom til karantenehotellene etter ankomst på Gardermoen. I mange tilfeller gjaldt spørsmålene gyldigheten av regelverket og det juridiske grunnlaget for det. Videre viste kommunen til at de reisendes mulighet til fritt å velge hvor de skulle bo på karantenehotell, skapte utfordringer med hensyn til logistikken. Det ble også påpekt at denne regelen medførte risiko for ulik praksis. DSB svarte på innspillene fra Ullensaker kommune på følgende måte:

⁸⁷ Rundskriv, JD, 13. desember 2020, «G-33/2020 – Revidert rundskriv om Karantenehotell».

⁸⁸ Møtereferat, DSBs referat fra møte 3. desember 2020 kl. 14.30–15.30 mellom Ullensaker kommune, FMIV (Statsforvalteren i Oslo og Viken), POD og DSB, 3. desember 2020, «Kontaktmøte mellom Ullensaker kommune, FMIV, POD og DSB angående grensekontroll og karantenehotellordningen».

Å måtte være på nærmeste karantenehotell der man ankommer, er en for stor personlig inngripen og derfor ble det åpnet for at man kan velge andre karantenehotell andre steder. Vi forstår at det medfører en del logistikkutfordringer.⁸⁹

På det samme møtet påpekte POD at det var et problem at de ble kontaktet av ulike kommuner og politidistrikt som ikke forsto ordningen. POD viste til utfordringen knyttet til at ansvarsforholdene ikke var tydelig kommunisert, og at stadige endringer førte til vanskeligheter for dem som skulle praktisere og håndheve reglene. Utfordringene knyttet til regelverket og ansvarsforholdet er beskrevet slik av en ansatt i en kommune med karantenehotell:

Vi hadde to forskjellige linjer; DSB og POD. De hadde litt forskjellige instruksjoner. Det var ikke det var samstemt. Vi opplevde at de burde pratet mer sammen før de kom med ensartet uttalelse til oss. Politiet opplevde nok ofte at de hadde andre føringer som vi ikke hadde.⁹⁰

Den 14. desember 2020 ble det holdt et møte mellom DSB, Helsedirektoratet, POD, Kunnskapsdepartementet (KD), statsforvalterne og kommuner som var berørt av karantenehotellordningen.⁹¹ Dette var dagen etter regelendringene 13. desember. Bakgrunnen for møtet ble beskrevet slik i DSBs møtereferat:

Nye regler for karantenehotellordningen trådte i kraft i går kl. 17.00. Vi har forståelse for at dette kom brått på, og at det var uheldig at ikrafttredelse kom samtidig som revidert forskrift og nytt rundskriv ble publisert. Det ble en krevende situasjon i går kveld flere steder på grunn av dette, og det beklager vi. Det har vært en svært krevende situasjon gjennom helgen, særlig i Ullensaker kommune.

POD mente at rundskrivet 13. desember var oppklarende, men at regelverket likevel framsto som «komplekst og omfattende». Videre mente POD at det ville være «behov for løpende fokus på tilpasninger og korrigeringer av operative tiltak», og

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Forklaring, representant for kommune med karantenehotell, 16. november 2021.

⁹¹ Referat fra videokonferanse, DSBs referat av møte 14. desember 2020 kl. 15.15–16.15 mellom DSB, Helsedirektoratet, POD, KD, statsforvaltere og kommuner, 14. desember 2020, «Møte om karantenehotellordningen».

at koordinert kommunikasjon «var et suksesskriterium, også internt i politiet». Ullensaker kommune beskrev situasjonen blant annet gjennom følgende punkter:

Det har vært en ekstremt krevende helg. Vi er fortsatt for dårlige til å spille hverandre gode, og vi gjør de samme feilene gang etter gang. Skulle ønske vi kunne lære av slike hendelser.

På tross av færre innreisende enn normalt til Gardermoen, kom det betydelig flere som skulle på karantenehotell enn forventet.

Forskriftsendring kl. 17.00 på en søndag, rundskriv og egenerklæringsskjema kom halvannen time senere. Myndighetenes gjennomføring av denne forskriftsendringen står til stryk.

Forskriftsendringen legger mer arbeid over på kommunene, samtidig begynner kapasiteten i kommunene å bli strekt. Hvilke risikovurderinger har myndighetene gjort av oppgaveforskyvningen fra politi til kommunene i endringene til forskriften? Er det tilsiktet at arbeidsgivere skal tjene på å bruke kommunens karantenehotell framfor å framskaffe egne løsninger?

Kommunene må tas mer med i prosessene som skjer i ordninger som kommunen skal forvalte.⁹²

Oslo kommune støttet situasjonsbeskrivelsen fra Ullensaker og påpekte at den «kaotiske situasjonen» skapte «smittefare blant de mange som ventet i resepsjonsområdene på hotellene», og at det var «avvik på alle områder».⁹³

På et statusmøte 17. desember 2020 beskrev strategisk ledelse i politiet situasjonen slik:

Tiltak og endring preges av høy kompleksitet, korte frister for operasjonalisering og mange involverte aktører.⁹⁴

Oppsummert om vedtakelsen og praktiseringen av karantenehotellordningen høsten 2020

Karantenehotellordningen ble altså vedtatt etter rask saksbehandling og uten grundig utredning i

⁹² Referat fra videokonferanse, DSBs referat av møte 14. desember 2020 kl. 15.15–16.15 mellom DSB, Helsedirektoratet, POD, KD, statsforvaltere og kommuner, 14. desember 2020, «Møte om karantenehotellordningen».

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Møtereferat, politiets referat fra statusmøte 17. desember 2020 kl. 08.30 internt i politiet, «Statusmøte strategisk ledelse».

forkant. Forslaget ble fremmet av HOD 4. november 2020, og de øvrige departementene fikk ikke inngitt skriftlige merknader til forslaget før ordningen ble behandlet i regjeringen dagen etter. Merknader til forslaget måtte tas i regjeringskonferansen. Hurtigheten i prosessen kommer tydelig fram av den korte fristen FHI og Helsedirektoratet fikk til å vurdere det smittevern faglige grunnlaget for ordningen. At ordningen ble formidlet på pressekonferanse fredag 5. november, med ikrafttredelse mandag 9. november, understreker tidspresset ytterligere. Selve forskriften ble også utformet på svært kort tid.

Gjennomgangen viser videre at det var en rekke uklarheter knyttet til regelverket, og at det var liten tid til å forberede endringer som ble gjort. Dette skapte betydelige utfordringer for politiet på grensen og for kommunene som skulle håndheve regelverket. Flere uttalelser fra fagetaene og dem som skulle praktisere regelverket, gir også grunn til å stille spørsmål ved hvor treffsikkert tiltaket var, slik det var utformet.

7.6 Stadige endringer i trusselbildet og regelverket, vinteren og våren 2021

Som følge av at en ny og svært smittsom virusvariant var oppdaget i Storbritannia (alfavarianten), at reisevirksomheten var forventet å øke i forbindelse med jule- og nyttårsfeiringen, og at importsnittet økte, forberedte myndighetene i siste halvdel av desember 2020 nye tiltak og regelendringer. I slutten av desember 2020 og utover i januar 2021 strammet norske myndigheter inn på innreiserestriksjonene.

Som et første tiltak innførte myndighetene fra og med mandag 22. desember 2020 strengere tiltak mot reisende fra Storbritannia. Alle som ankom etter 21. desember, skulle teste seg så snart som mulig og senest ett døgn etter ankomst.⁹⁵ I tillegg ble flere av unntakene fra karantenekravene fjernet for personer som hadde oppholdt seg i Storbritannia de siste 14 dagene.

Restriksjonene var basert på FHIs risikovurdering lørdag 19. desember og svarene fra Helsedirektoratet og FHI på et oppdrag de fikk av HOD søndag 20. desember med frist kl. 19.00 samme dag.⁹⁶ FHI viste til at den nye virusvarianten også var påvist i Danmark, Nederland og Australia, og at England hadde ekstra strenge restriksjoner i

områdene der viruset var oppdaget. Videre påpekte FHI følgende:

Vi viser til vår raske risikovurdering fra 19.12.2020, vedlagt nedenfor. Vi har hatt bare noen timer til å lage denne besvarelsen. Vi har derfor ikke fått vurdert alle forhold så grundig som vi hadde ønsket.⁹⁷

Med virkning fra 29. desember kl. 08.00 ble reglene for testing endret, slik at reisende som kom til Norge fra utlandet, kunne avslutte karantenen tidligst sju dager etter ankomst hvis de hadde testet negativt to ganger under karantenen. De nye reglene gjaldt ikke for reisende som hadde vært i Storbritannia de siste 14 dagene før ankomst.⁹⁸ Disse måtte fortsatt være på karantenehotell i ti dager, uten mulighet for å teste seg ut.

Flere av tiltakene som ble innført i desember og januar, hadde stor betydning for karantenehotellordningen. Det ble for eksempel innført obligatorisk innreiseregistrering mandag 21. desember og digitalt innreiseregistreringssystem 2. januar. Digitaliseringen gjorde det enklere å holde oversikt over de reisende og hvilke land de ankom fra.

Januar 2021 – kraftige innstramninger i innreiserestriksjonene

I midten av januar 2021 skapte en ny virusvariant fra Sør-Afrika (betavarianten) bekymring. Myndighetene rettet økt oppmerksomhet mot grensetiltak, inkludert strenge restriksjoner for å begrense antall innreisende og styrket grensekontroll med tanke på ulovlige grensepasseringer.⁹⁹

Regjeringen innførte obligatorisk testing på grensestasjonene med virkning fra mandag 18. januar 2021 kl. 17.00. Kombinert med kravene til innreiseregistrering gjorde dette det enklere å kontrollere smittespredningen blant innreisende. Resultatet av testingen ble knyttet direkte til

⁹⁵ Nettartikkel, HOD, 21. desember 2020, «Strengere smitteverntiltak for reisende fra Storbritannia».

⁹⁶ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 20. desember 2020, «Svar på covid-19-oppdrag 272 fra HOD til Helsedirektoratet, om ny virusvariant i Storbritannia»; svar på oppdrag, FHI til HOD, 20. desember 2020, «COVID-19 – Oppdrag fra HOD nr. 272 om ny virusvariant i Storbritannia».

⁹⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 20. desember 2020, «COVID-19 – Oppdrag fra HOD nr. 272 om ny virusvariant i Storbritannia».

⁹⁸ Nettartikkel, HOD, 28. desember 2020, «Nye karantenergler skal bidra til at flere reisende tester seg»; informasjonsskriv, Helsedirektoratet til alle landets kommuner, 31. desember 2020, «Informasjon til landets kommuner – Innføring av obligatorisk testing ved innreise til Norge».



Figur 7.7 Grensekontrollen mot Sverige i Meråker.

Foto: Ole Martin Wold / NTB

karantenehotellplikten: Positiv test medførte plikt til isolasjon på karantenehotell.

Politiet måtte øke ressursinnsatsen og ble satt til å gjennomføre en rekke nye tiltak, ofte under sterkt tidspress. I en rapport til den strategiske ledelsen i POD beskrev stabssjefen situasjonen slik:

Stab mottar for tiden et stort volum «hastebestillinger». I hovedsak fra JD, men også fra de mest relevante direktoratene. Dette setter krav til respons, kompetanse og koordinering. Det oppleves nå en godt etablert forståelse for behovet for å prioritere internt i POD og de som deltar i stabsarbeidet bidrar meget godt.¹⁰⁰

Nytt møte om karantenehotellordningen

Den 15. januar 2021 arrangerte DSB et møte med statsforvalterne, Helsedirektoratet, POD, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), FHI og berørte kommuner om karantenehotellordningen.¹⁰¹ På møtet diskuterte deltagerne blant annet problemer knyttet til å kreve inn egenande-

⁹⁹ Rundskriv, JD, 22. januar 2021, «G-01/2021 – Revidert rundskriv om ikrafttredelse av forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen»; rundskriv, JD 24. januar 2021, «G-02/2021 – Revidert rundskriv om ikrafttredelse av forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen»; rundskriv, JD, 28. januar 2021, «G-03/2021 – Revidert rundskriv om ikrafttredelse av forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen»; rundskriv, JD, 3. februar 2021, «G-04/2021 – Revidert rundskriv om ikrafttredelse av forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen».

¹⁰⁰ Statusrapport, stabssjefen til PODs strategiske ledelse, torsdag 14. januar 2021, «Torsdag 14. januar, POD stab OP C-19».

ler, til å dimensjonere tilbudet for karantenehotell og til ressursene som gikk med til rapportering. DSB redegjorde for spørsmål som hadde kommet inn i forkant av møtet. Kommunelegene hadde pekt på flere uavklarte spørsmål, som kommunens kontroll med hvorvidt den reisende hadde testet seg. Bufdir hadde pekt på at det var spesielt nødvendig å ta hensyn til barn i innreisekarantene. I den sammenheng hadde Bufdir påpekt at det måtte «legges til rette for en god omsorg på en praktisk måte så langt som mulig».

Innreiserestriksjonene og karantene-reglene ble skjerpet mot slutten av januar

Til tross for at smittekurven pekte nedover mot slutten av januar, var det bekymring for at de nye virusvariantene skulle spre seg. Fra og med fredag 22. januar 2021 ble det enklere å vise bort utlendinger ved klare og alvorlige brudd på reglene om innreisekarantene. De nye bestemmelsene åpnet for at bortvisningen kunne skje etter forenklet saksbehandling, på samme måte som ved brudd på innreisereglene.¹⁰² Den 25. januar ble det færre unntak fra innreisekarantene og strengere krav til testing for personer som hadde unntak.¹⁰³ Samtidig ble det åpnet for forkortet innreisekarantene dersom den reisende kunne dokumentere et negativt testresultat. Testen måtte være tatt sju døgn etter ankomst eller sju døgn etter nærkontakt med en person som var smittet.¹⁰⁴

På regjeringkonferanse mandag 25. januar 2021, ble spørsmålet om hvilke arbeidsgivere som kunne benytte egen innkvartering som alternativ til karantenehotell behandlet. Etter en muntlig orientering fra helse- og omsorgsministeren og jus- og beredskapsministeren besluttet regjeringen blant annet følgende:

¹⁰¹ Møtereferat, DSBs referat fra møte 15. januar 2020 mellom DSB, statsforvalterne, Helsedirektoratet, POD, Bufdir, FHI og berørte kommuner om karantenehotellordningen, 15. januar 2020, «Covid-19, møte om karantenehotellordningen – 15.01.2020 kl. 11:00, videokonferanse».

¹⁰² Nettartikkel, JD, 22. januar 2021, «Enklere å bortvise utlendinger for brudd på reglene om innreisekarantene».

¹⁰³ Nettartikkel, HOD, 23. januar 2021, «Strengere regler for testing og innreisekarantene for å stoppe mutert virus»; FOR-2021-01-23-185 Forskrift om endring i covid-19-forskriften.

¹⁰⁴ FOR-2021-01-26-214 Forskrift om endring i covid-19-forskriften § 4c: «Forkortet karantene ved testing: Innreisekarantene og smittekarantene etter § 4 forkortes dersom personen dokumenterer negativt testresultat i karantenetiden ved PCR-test som tidligst er tatt syv døgn etter ankomst eller syv døgn etter nærkontakten.»

Justis- og beredskapsministeren og arbeids- og sosialministeren i samråd med landbruks- og matministeren vurderer om det bør snevres inn hvilke arbeidsgivere som kan benytte egen innkvartering som alternativ til karantenehotell, for eksempel om enkeltpersonsforetak eller innleieselskaper ikke kan stå ansvarlig for et alternativt tilbud.¹⁰⁵

Tirsdag 26. januar ble det arrangert et møte mellom JD, Arbeids- og sosialdepartementet og Landbruks- og matdepartementet der oppdraget knyttet til å skjerpe inn kravene til arbeidsgivere som står ansvarlig for «annet egnet oppholdssted» ble diskutert. I møtereferatet kom det blant annet fram at de «færreste boligene der arbeidstakere gjennomfører karantene tilfredsstillende kravene» og at det var «[u]sikkert om det skyldes uvitenhet eller bevisst omgåelse». Lovavdelingen fikk i oppdrag å utarbeide utkast til forskriftsendring. To dager senere, torsdag 28. januar kl. 14.47, sendte de en e-post til departementsråden i JD med spørsmål om det var mulig å få mer tid til rådighet for hasteoppdraget.¹⁰⁶ Departementsråden svarte i en e-post ca. ett kvarter senere:

¹⁰⁵ Protokoll fra regjeringskonferanse 25. januar 2021, Nr. 3b/2021.

Jeg tror dessverre ikke det er mulig å gi dere mer tid. Tvert imot – [helse- og omsorgsministeren] har vært ute i dag og antydnet økt bruk av karantenehotell. Se nrk.no – litt ned på siden.¹⁰⁷

Etter ytterligere korrespondanse, endte det med at lovavdelingen likevel fikk noe mer tid på oppdraget. Departementene arbeidet videre med en søknadsbasert ordning for arbeidsreisende som ikke var dekket av unntakene i innreiseregelverket. Dette gjaldt arbeidskraft som ikke var kritiske samfunnsfunksjoner, men som var nødvendig for å opprettholde driften i en virksomhet, for eksempel utenlandske kokker på en restaurant. Arbeidet resulterte i forskriftsendringer som ble vedtatt 22. februar og trådte i kraft 23. februar 2021.

Grensene ble stengt for mange i slutten av januar

Natt til fredag 29. januar 2021 innførte myndighetene de strengeste innreiserestriksjonene under pandemien siden nedstengningen i mars 2020.¹⁰⁸

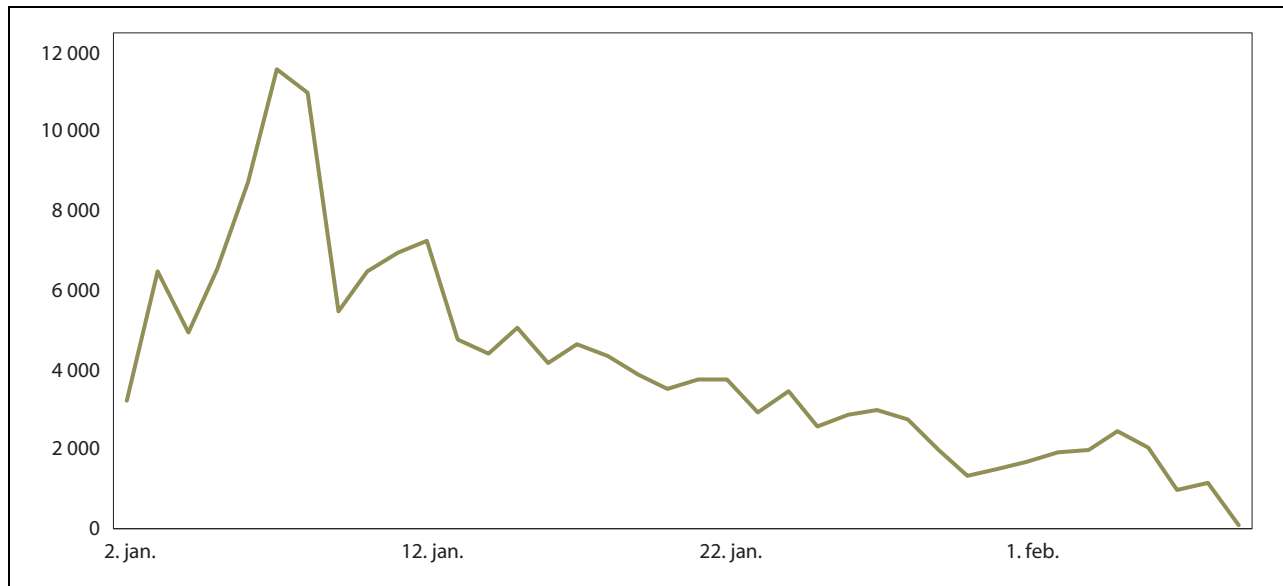
¹⁰⁶ E-post, lovavdelingen til departementsråden i JD, torsdag 28. januar 2021 kl. 14.47.

¹⁰⁷ E-post, departementsråden i JD til lovavdelingen, torsdag 28. januar 2021 kl. 15.06.



Figur 7.8 Testing for covid-19 på Oslo lufthavn Gardermoen.

Foto: Heiko Junge / NTB



Figur 7.9 Innreiseregistering av alle personer på grensen til Norge. Antall personer. 2. januar til 7. februar 2021.

Kilde: DSB

Følgende grupper fikk da ikke lenger adgang til Norge:

- utlendinger bosatt i EØS-området og EØS-borgere bosatt i tredjeland (med mindre de er omfattet av unntak som også gjelder tredjelandsborgere)
- familiemedlemmer som ikke er nærmeste familie, både for EØS-borgere og andre. Det vil si at besteforeldre, voksne barn, foreldre til voksne barn og kjærester ikke lenger kan komme på besøk.
- utlendinger fra land utenfor EØS som gis oppholdstillatelse i forbindelse med arbeid eller studier, herunder sesongarbeid, og som student.
- utlendinger som skal arbeide med film- eller serieproduksjon eller som forsker som er unntatt krav om oppholdstillatelse.¹⁰⁹

Det ble gjort flere unntak fra innreiseforbudet, blant annet for «strengt nødvendige» reiser. De som var unntatt, var imidlertid underlagt reglene for obligatorisk testing, innreiseregistrering, karantene og karantenehotell.

¹⁰⁸ Pressemelding, SMK, 27. januar 2021, «Innfører de strengeste innreisereglene til Norge siden mars 2020». Se også rundskriv, JD, 28. januar 2021, «G-03/2021 – Revidert rundskriv om ikrafttredelse av forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen»; rundskriv, JD, 3. februar 2021 «G-04/2021 – Revidert rundskriv om ikrafttredelse av forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen».

¹⁰⁹ Pressemelding, SMK, 27. januar 2021, «Innfører de strengeste innreisereglene til Norge siden mars 2020».

På bakgrunn av behovet for å få konkretisert kommunenes oppgaver knyttet til tilsynet med smitteverntiltak for de som kom inn i landet, sendte kommunal- og moderniseringsministeren et brev til kommunene der han redegjorde for disse oppgavene.¹¹⁰ I brevet viste ministeren blant annet til at kommunene skulle føre tilsyn med etterlevelsen av innreisekarantenen, for eksempel gjennom kontakt per telefon, og at kommunen skulle vurdere å politianmelde personer som ikke etterlevde karantenebestemmelsene.

Kort tid etter at de strenge innreiserestriksjonene var innført, ga HOD et nytt oppdrag til Helsedirektoratet og FHI for å få vurdert om de strenge innreiserestriksjonene var nødvendige og forholdsmessige. Det skulle blant annet vurderes under hvilke omstendigheter det kunne foretas lettelser i innreiserestriksjonene, og om hensynet til nødvendig smittevern kunne bli ivaretatt med mindre inngripende tiltak.

Svaret på oppdraget ble levert 5. februar.¹¹¹ FHI viste der til at utbrudd i særlig grad kunne knyttes til manglende etterlevelse av de reglene som allerede gjaldt, og at det måtte tas høyde for at nye virusvarianter nå kunne forekomme i alle land. I den forbindelse pekte FHI spesielt på

¹¹⁰ Brev, kommunal- og moderniseringsministeren til kommunene, 1. februar 2021, «Informasjon om kommunenes oppgaver knyttet til tilsyn med smitteverntiltak etter covid-19-forskriften».

¹¹¹ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 5. februar 2021, «Svar på covid-19-oppdrag fra HOD 343 – Vurdering av fortsatt behov for strenge innreiserestriksjoner».



Figur 7.10 Grensekontroll mot Sverige under pandemien – Svinesund.

Foto: Ole-Berg Rusen / NTB

reglene for innreisekarantene. FHI mente økt bruk av karantenehotell og test etter sju døgn kunne være et godt alternativ for grupper som på det tidspunktet ikke hadde lov til å reise inn i landet. Om karantenehotellordningen skrev FHI følgende:

Man bør derfor vurdere om det kan strammes inn på unntakene fra karantenehotellbestemmelsen, slik at spesielt arbeidsreisende i større grad bruker karantenehotellordningen. Det er også mulig at økt krav om karantenehotell i seg selv kan bidra til å redusere antall innreisende, dersom man ikke ønsker å åpne opp for enkeltgrupper av reisende.¹¹²

Helsedirektoratet skrev at det fortsatt var nødvendig og forholdsmessig å ha strenge innreise-restriksjoner, og anbefalte å forlenge innreise-restriksjonene ut februar.¹¹³ Direktoratet mente at det ikke burde bli gjort noen lettelsler før det i

større grad var mulig å sikre og kontrollere at innreisende gjennomførte karantenen på et egnet sted. Videre mente Helsedirektoratet at hvis det ble gjort lettelsler i unntakene for innreiserestriksjoner, burde det samtidig bli vurdert om unntakene fra opphold på karantenehotell skulle strammes inn.

Oppsummert om innstramningene i januar 2021

Av gjennomgangen ser vi at det i løpet av januar 2021 ble innført en rekke innstramninger i innreiserestriksjonene. Bakgrunnen for dette var bekymring for at nye virusvarianter skulle spre seg. Innstramningene innebar at grensen ble stengt for svært mange. Myndighetene rettet i større grad enn tidligere oppmerksomhet mot behovet for kontroll med etterlevelsen av reglene. På dette tidspunktet var Norge blant de landene i Europa som hadde strengest innreiserestriksjoner. Så langt kommisjonen har bragt på det rene, forelå det ingen brede utredninger av konsekvensene av innstramningene for næringslivet, kritiske samfunnsfunksjoner og befolkningen.

¹¹² Ibid.

¹¹³ Ibid.

Februar 2021 – myndighetene lettet på innreise-restriksjonene og styrket kontrollen

Kort tid etter at Helsedirektoratet og FHI hadde levert sin besvarelse 5. februar 2021, ga HOD et nytt oppdrag til Helsedirektoratet og FHI.¹¹⁴ HOD ba om at Helsedirektoratet i samråd med FHI skulle utrede hvordan mulige lettelser av tiltak kunne gjennomføres.¹¹⁵ HOD ba videre om at Helsedirektoratet og FHI skulle vurdere om enkelte unntak fra innreiserestriksjonene som var fjernet, burde bli gjeninnført, blant annet unntak for «nøkkelpersonell» og ved sosiale behov, for eksempel kjærestes.

Helsedirektoratet og FHI leverte svar på oppdraget til fristen 11. februar 2021. FHI viste der til at smittesituasjonen hadde vært uendret siden 5. februar, men at trenden var en generell nedgang i smittespredningen de siste ukene. FHI skrev:

Forutsatt testing og god etterlevelse av karanteneforskrift og anbefalinger, bør grupper som utgjør en liten andel reisende få adgang til Norge, og man bør begynne med dem som ble nektet innreise fra 28.1, som familiemedlemmer (besteforeldre, voksne barn mv.) og kjærestes, både fra EØS-området og tredjeland, til person bosatt i Norge.¹¹⁶

Videre mente FHI at en gradvis gjenåpning av grensene for større grupper av reisende var betinget av at smitteverntiltakene var gode nok, og at det var god kontroll med etterlevelsen, slik at lettelsene i innreiserestriksjonene ikke ville føre til rask og ukontrollert spredning av importsmitte. FHI anbefalte derfor «at man fortsatt opprettholder strenge innreiserestriksjoner for fritidsreisende, og at lettelsene for arbeidsreisende generelt, avventes noe». Helsedirektoratet viste til at lettelsene av innreisetiltak burde bli vurdert på bakgrunn av innreisevolum og kapasiteten til oppfølging, test og kontroll, og at dette kunne innebære økt bruk av karantenehotell.

I februar 2021 besvarte Helsedirektoratet og FHI også flere andre oppdrag fra HOD som omhandlet innreiserestriksjoner og innreisekarantene.¹¹⁷

Regjeringen ga Helsedirektoratet i oppdrag å drifte et Nasjonalt kontrollsenter for innreisende som skulle gi «bedre kontrollmekanismer for å begrense importsmitte» og dermed bidra til «å kontrollere etterlevelsen av karantenereglene».¹¹⁸ Kontrollsenteret ble lagt under Helfo og satt i drift fra 15. februar 2021. Senteret fikk i oppgave å veilede de innreisende og kontrollere at de overholdt karantenerregelverket. Kontrollen skjedde via SMS og telefonsamtaler. Etter hvert rapporterte senteret mistanke om brudd på karantenebestemmelsene til kommunelegene og Arbeidstilsynet, slik at det kunne bli satt i verk lokale tiltak. Etter noen dagers drift rapporterte Helsedirektoratet at erfaringen så langt viste at «nær halvparten av de tilringte ikke kjenner norske karantenerogler og hvordan de skal forholde seg til dem».¹¹⁹

Justering av karantenehotellordningen

Mot slutten av februar 2021 jobbet JD og HOD videre med å justere karantenehotellordningen. Bakgrunnen for regelendringene, som trådte i kraft 23. februar, var «oppdaterte smittevern-faglige vurderinger fra FHI og Helsedirektoratet og erfaringene med ordningen så langt».¹²⁰ Personer i innreisekarantene, også norske statsborgere, skulle nå oppholde seg på karantenehotell på første ankomststed i Norge. Disse pliktet å registrere seg på hotellet ved ankomst. Unntaket fra karantenehotellplikt for dem som hadde «egnet oppholdssted der det er mulig å unngå nærkontakt med andre, med enerom, eget bad og eget kjøkken eller matservering», ble fjernet. Samtidig ble det vedtatt et nytt unntak for dem som kunne dokumentere «sterke velferdshensyn». Dette var ment som «en snever unntaksregel» som bare gjaldt «for helt spesielle situasjoner».¹²¹ Personer som var bosatt i Norge, enten i egen bolig eller i leiebolig, hadde fortsatt unntak fra plikten til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell.

De nye reglene innebar også en skjerping av kontrollen med dem som bodde på karantenehotell. Kommunene skulle i samarbeid med hotellene etablere en kontrollordning, som innebar at

¹¹⁴ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 11. februar 2021, «Svar på covid-19-oppdrag fra HOD 348 – innstramminger innreise mm – plan for lettelsene av tiltak på sikt».

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Ibid.

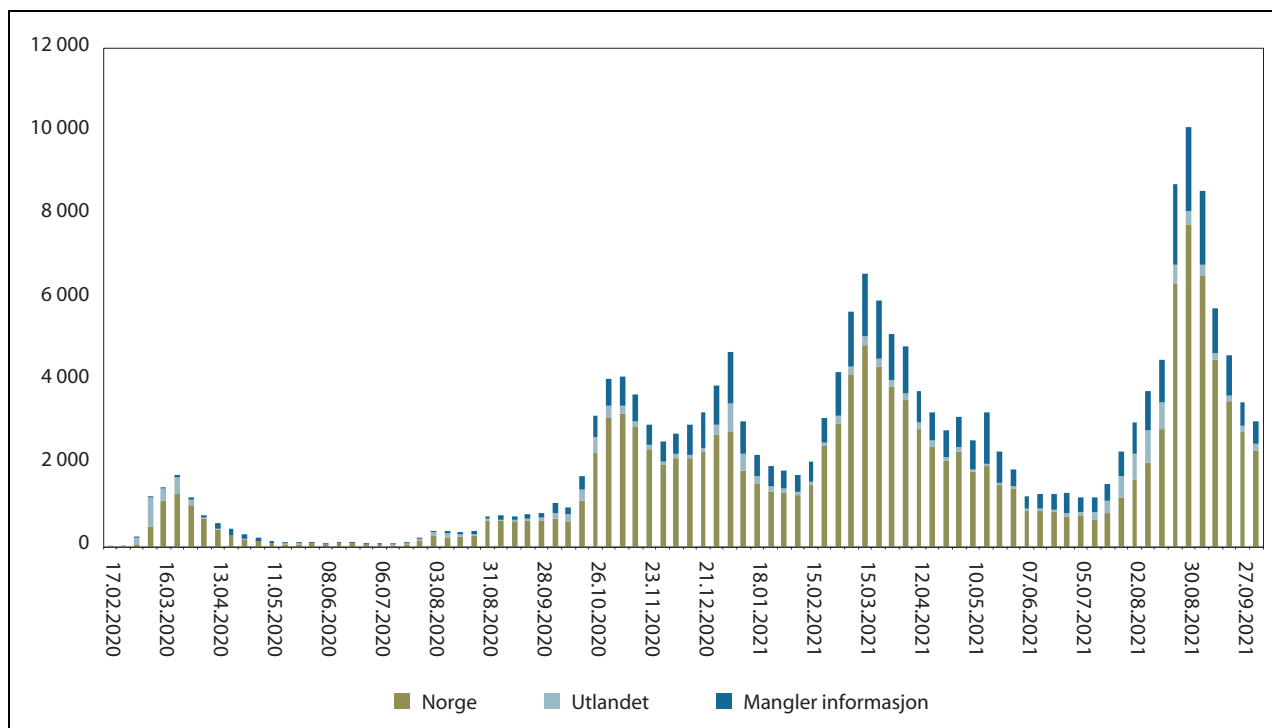
¹¹⁷ Disse oppdragene finnes i oversikten på Helsedirektoratets nettsider.

¹¹⁸ Nettartikkel, HOD, 12. februar 2021, «Nasjonalt kontrollsenter skal følge opp innreisende til Norge».

¹¹⁹ Situasjonsrapport, Helsedirektoratet, 19. februar 2021, «Helsedirektoratet – Situasjonsrapport Nr. 158 – Covid-19 pandemien (19.02.2021 – 11:57)».

¹²⁰ Rundskriv, JD, 23 februar 2021, «G-06/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».

¹²¹ Rundskriv, JD, 23. februar 2021, «G-06/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».



Figur 7.11 Antall meldte covid-19-tilfeller i Norge fordelt på smittested, mars 2020 til oktober 2021. På grunn av forsinkelser i innmeldinger av informasjon om smittested til MSIS, var andel med ukjent smittested høyere i sanntid enn det som fremkommer av denne figuren. Overvåking av importsmitte i Norge fra vinteren 2021 til oktober 2021 foregikk derfor med ulike kilder i tillegg til MSIS, blant annet gjennom en kobling av DSBs innreiseregister til MSIS laborierdatabase, MSIS og etter hvert SYSVAK, samt virologisk overvåking.

Kilde: FHI

det skulle holdes oppsyn med at de som var i karantene eller isolasjon, fulgte retningslinjene. Videre skulle kommunene kontrollere at de som var i karantene eller isolasjon, oppholdt seg på hotellet. Ved brudd på karanteneplikten skulle politiet bli kontaktet for videre oppfølging.

Det ble også innført en godkjenningsordning for arbeidsgiveres innkvartering av ansatte som skulle gjennomføre innreisekarantene. Bakgrunnen for ordningen er beskrevet ovenfor i punktet «Innreiserestriksjonene og karantenereglene ble skjerpet mot slutten av januar». Ordningen innebar at arbeids-/oppdragsgiveren på forhånd kunne søke Arbeidstilsynet om godkjenning av innkvarteringen. Ordningen omfattet all arbeidskraft som kom inn til Norge, også til kritiske samfunnsfunksjoner. Arbeidstilsynet kunne fastsette vilkår ved godkjenningen, for eksempel bruk av fellesarealer, matservering og eventuelt tidsbegrensning av godkjenningen.

De nye unntakene i karantenereglene skapte nye utfordringer for praktiseringen, blant annet med hensyn til vurderingen av «sterke velferdshensyn» og hvordan arbeids- og oppdragsgivere ville tolke «kritisk kompetanse» i søknadene sine

til Arbeidstilsynet. Dette var bakgrunnen for at DSB kalte inn til et møte om karantenehotellordningen 24. februar 2021.¹²² I tillegg til DSB var statsforvalterne, berørte kommuner, JD, Helsedirektoratet, POD og Arbeidstilsynet med.

DSB understreket i innledningen sin at et samarbeid mellom alle forvaltningsnivåene var avgjørende for å håndtere pandemien på en god måte, og at uklareheter i regelverket skapte utfordringer.

Med henvisning til godkjenningsordningen for arbeidsgiveres innkvartering av ansatte opplyste Arbeidstilsynet at de fikk over 400 søknader med varierende kvalitet den første dagen, og at de med det som utgangspunkt måtte vurdere behovet for befarings og etterfølgende tilsyn. Tilsynet kunne gjøres digitalt etter en risikovurdering. Berørte kommuner kunne bli bedt om å gjennomføre befaringer.

POD pekte på at «[r]eell kontroll av bosted og fasiliteter er en utfordring og må bli bedre», og at

¹²² Referat, møte mellom DSB, statsforvalterne, berørte kommuner, JD, Helsedirektoratet, POD og Arbeidstilsynet, 24. februar 2021, «Covid-19, møte om karantenehotellordningen – 24.02.2021 kl. 09:00, videokonferanse».

også kontroll med hva som kvalifiserte som kritisk personell var en utfordring, blant annet fordi det var «små muligheter for å overprøve arbeidsgivers vurdering der og da på grensen». POD viste videre til at politiet hadde «ansvar for kontroll av unntak for om innreisende skal bo på karantenehotell». POD mente denne kontrollen alternativt kunne «legges til de som likevel har oppfølging av den reisende og gjennomføringen av karantene».

Ullensaker kommune rapporterte at de hadde etablert skjerpet vakthold og registrering av hvem som var i innreisekarantene på hotellene.

Oppsummert om lettelsene i februar 2021

Gjennomgangen viser at myndighetene i februar 2021 innførte flere unntak fra innreiserestriksjonene og karantenehotellordningen. Flere av unntakene var basert på skjønnsmessige vurderinger som det var krevende å praktisere. For å sikre etterlevelse av regelverket, ble det innført skjerpet kontroll med reisende inn til landet og personer som bodde på karantenehotell. Samlet sett var dette resurskrevende for aktørene som skulle håndheve regelverket.

Forberedelser til påsken 2021 – skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser ble innført

Etter at endringene i regelverket for innreisekarantene trådte i kraft 23. februar 2021, vurderte regjeringen innstramminger i karantenehotellordningen. Norge var på dette stadiet ved inngangen til tredje smittebølge, og nye virusvarianter hadde spredd seg i landet. Det var dessuten forventet at reisevirksomheten kom til å øke på våren, ikke minst i forbindelse med påskeferien. Regjeringen fokuserte blant annet på unntakene fra plikten til å bo på karantenehotell som gjaldt for dem som var bosatt i Norge. Den 24. februar sendte HOD en e-post til JD der det blant annet sto følgende:

Det er politisk ønske om at det innføres krav om gjennomføring av innreisekarantene på karantenehotell for alle som returnerer til Norge etter fritidsreiser utenlands i forbindelse med påsken. Dette vil også omfatte personer som eier eller leier fast bopel i Norge. [...]

Det er enighet om at det ikke skal gis oppdrag til Hdir og FHI, men at JD og HOD skal utrede og håndtere saken.¹²³

¹²³ E-post, HOD til JD, onsdag 24. februar 2021 kl. 14.21.

På kvelden samme dag responderte JD på denne e-posten slik:

I utgangspunktet henger vurderingen av det smittevern faglige tett sammen med vurderingene som må gjøres etter GrI, EMK og EØS. Vi tror derfor det er vanskelig å starte med sistnevnte uten at vi har noen foreløpig beskrivelse av smitteverneffekten/forholdsmessigheten mv. av forslaget. Vår umiddelbare tanke er at det fremstår noe overraskende at et slik tiltak vurderes innført uten at det innhentes smittevern faglige vurderinger fra FHI og Hdir. [...] Hvis dette må r-behandles allerede 8. mars er det lite tid til arbeidet som skal i havn her.¹²⁴

På formiddagen dagen etter svarte HOD at dette var «en politisk bestilling», og at det var «enighet mellom pol led. i HOD og JD». De gjentok at det var «forutsatt at det ikke [skulle] innhentes en smittevern faglig vurdering fra Hdir og FHI», og opplyste at de ikke hadde mer informasjon enn det som gikk fram av e-posten dagen før.¹²⁵

HOD og JD holdt et møte om saken mandag 1. mars og startet deretter arbeidet med å forberede en sak til regjeringskonferansen 8. mars. Fredag 5. mars sendte HOD en e-post med utkast til et beslutningsnotat til JD. De skrev blant annet følgende:

Som dere ser, gjenstår vurderinger knyttet til GrI og menneskerettighetene. Det må også gis en nærmere beskrivelse av hvordan selve løsningen bør utformes i § 5 om hvem som har plikt til å oppholde seg på karantenehotell og unntak fra ordningen. Det er flott om dere kan skrive dette. Vi antar at det er en fordel at vi ender opp med et felles notat. [...] Det er krevende å anslå antall reisende hvor formålet er fritidsreiser, men se vedlagte statistikk fra Avinor. Fint om dere kan ha noe klart innen tirsdag 9. mars kl 14:00. [...] Vi har fått beskjed om at hmin vil ta kontakt med Jmin om saken i løpet av helgen.¹²⁶

I beslutningsnotatet viste helsevernsavdelingen i HOD til tidligere oppdragsbesvarelser fra fagetatene. Det ble i den sammenhengen påpekt at «strengt innreiserestriksjoner for fritidsreisende fortsatt bør opprettholdes», at «jo flere innrei-

¹²⁴ E-post, JD til HOD, onsdag 24. februar 2021 kl. 21.52.

¹²⁵ E-post, HOD til JD, onsdag 25. februar 2021 kl. 11.42.

¹²⁶ E-post, HOD til JD, fredag 5. mars 2021 kl. 12.01. Utkast til beslutningsnotat.

sende, jo større risiko for importsmitte», og at «økt bruk av karantenehotell vil bidra til å redusere antall innreisende». Avdelingen la til grunn for notatet at det var politisk ønske om plikt til å bo på karantenehotell for alle som returnerer til Norge etter fritidsreiser utenlands. Som del av en smittevern­faglig begrunnelse for et slik krav skrev helse­rettsavdelingen blant annet:

Det kan imidlertid hevdes at personer som er bosatt i Norge og som foretar fritidsreiser ut av landet likevel bør vurderes annerledes. Smitte­risikoen kan antas å være noe økt for de som foretar fritidsreiser ut av landet, ettersom det er personer som trosser myndighetenes klare råd om ikke å foreta reiser til utlandet. Personene kan derfor også tenkes å ta lettere på forskriftsfestede krav om karantene når de kommer hjem.¹²⁷

Helse­rettsavdelingen diskuterte i notatet videre noen utfordringer knyttet til kravet om å bo på karantenehotell basert på skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser. Her viste avdelingen til utfordringen med å dokumentere forskjellen mellom feriereiser og reiser som har andre formål. Som eksempel trakk avdelingen fram spørsmålet om en reise til Dubai som influencer eller freelancejournalist skulle betraktes som ferie eller arbeid. En måte å løse dette på var ifølge avdelingen at den reisende kunne fylle ut en egenerklæring.

Avdelingen viste til at krav om karantenehotell hadde en signaleffekt som kunne forebygge unødvendige reiser. De diskuterte videre «en alternativ og mindre inngripende løsning» som også kunne være «egnet til å bidra til færre feriereiser til utlandet i påsken», nemlig krav om å legge fram en attest om negativ test ved innreise for norske statsborgere. Fordelen med dette var at det var enkelt å kontrollere, kunne gjelde uavhengig av formålet med reisen og kunne oppfattes som mindre inngripende. Effekten var imidlertid usikker.

JD la inn en rekke forslag til endringer og til­legg i notatet, blant annet:

- om det skulle bli vurdert om det skulle bli gjort unntak for personer som skulle besøke nær familie, som ektefeller, barn og foreldre i utlandet
- at det å ikke gi slike unntak ville øke faren for at reglene i enkelttilfeller ville være i strid med retten til privatliv og familieliv etter Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8

- at risikoen for brudd på Grunnloven og EMK økte i de tilfellene der personene kunne vise til at de disponerte egen bolig som var egnet for å gjennomføre karantene¹²⁸

JD påpekte videre paradokset knyttet til at krav om karantenehotell for personer som returnerer til Norge etter fritidsreiser, medfører at personer som tester negativt ved innreise, blir pålagt karantenehotell, mens andre som tester positivt kan reise til sin egen bolig og gå i isolasjon der. JD mente det siste var «utfordrende å begrunne smittevern­faglig». Avslutningsvis skrev de:

Dersom det innføres et krav om opphold på karantenehotell utelukkende etter fritidsreiser, vil det kunne være krevende å begrunne hvorfor det i disse tilfellene er nødvendig og forholdsmessig så lenge arbeidsreisende ikke er underlagt de samme kravene. Det må også kunne gis en smittevern­faglig begrunnelse for hvorfor det er bedre at disse personene gjennomfører karantene på et karantenehotell enn i egen bolig. Dette vil særlig kunne være utfordrende i de tilfellene der personer bor alene i egen bolig (ev. der hele husstanden har vært på reise sammen).

[...] Etter vårt syn er det usikkert om innføringen av et krav om obligatorisk karantenehotell utelukkende for fritidsreiser, vil stå seg i forhold til EØS-regelverket og menneskerettighetene. Dette krever i så fall en smittevern­faglig begrunnelse for hvorfor de to gruppene behandles ulikt.¹²⁹

JD og HOD arbeidet etter dette videre med vilkårene for opphold på karantenehotell og innretningen av ordningen, inkludert hvilke krav som skulle bli stilt til et egnet karantenested.

Statsministeren holdt en redegjørelse for Stortinget 9. mars der hun blant annet omtalte innreiserestriksjonene og innreisekarantene:

Vi oppfordrer også nordmenn og personer bosatt i Norge om ikke å reise ut av landet i påsken. Dersom noen likevel velger å reise ut, må de være forberedt på at regjeringen nå vurderer å utvide karantenehotellordningen til nye grupper. Det betyr at hvis man reiser på fritidsreise til utlandet nå, må man sannsynligvis ta

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ E-post, JD til HOD, tirsdag 9. mars 2021 kl. 18.40. Utkast til beslutningsnotat.

¹²⁹ Ibid.

innreisekarantenen på hotell når man kommer hjem igjen. [...]

De strenge innreiserestriksjonene som ble innført fra 29. januar, var nødvendige for å begrense risikoen for importsmitte til Norge. For å begrense importsmitten har tiltaket virket. Tall for importsmitte er nå lave, selv om smitten i Norge er økende. [...] Innreiserestriksjoner har vært en viktig del av regjeringens håndtering av pandemien siden i mars 2020. Norge er ett av de landene i Europa som gjennom hele pandemien har hatt blant de strengeste innreisereguleringene og karantenerene.¹³⁰

Tirsdag 9. mars kl. 18.40 sendte JD følgende e-post til HOD:

Selv om vi nå skal jobbe videre med et RCU-notat, tenker vi at det er greit at dere ser hvordan vi foreløpig har tenkt rundt rettslige utfordringer med et slikt forslag. Det er klart at utfallet av de ulike forholdsmessighetsvurderingene i stor grad henger tett sammen med formålet med og den smittevern faglige begrunnelsen for tiltaket. Vi har også snakket med vår depråd og med SMK om hva som ligger i konklusjonene fra regjeringen og forstår det slik at det ikke er endelig besluttet at det skal innføres obligatorisk karantenehotell for fritidsreiser, men at det skal legges opp et RCU-notat om behov for og utfordringer ved et slikt tiltak og hvordan et eventuelt tiltak best kan utformes. Vi starter med å se på dette, så er det sikkert fornuftig at vi tar en fot i bakken i morgen ettermiddag.¹³¹

Onsdag 10. mars jobbet JD og HOD med å utarbeide beslutningsgrunnlag for endringer i karantenehotellordningen. SMK ga overfor HOD uttrykk for at det var politisk ønske om å vedta endringene raskt. Fordi det fra politisk hold var gitt litt ulike signaler om det konkrete innholdet i ordningen, jobbet lovavdelingen i JD med ulike alternativer. Kl. 16.24 sendte statssekretæren i JD noen avklaringer til lovavdelingen:

Hei, har snakket med jmin og hun har følgende konklusjoner.

- Vi tar utgangspunkt i de som i dag kan reise inn og snur det. Dvs. dette gjelder de som ikke kan dokumentere en nødvendig reise, samvær med døende, begravelser, samvær med barn evt flere. I tillegg arbeidsreiser, men det må dokumenteres. Dvs. det holder ikke med et møte på en lang tur.
- Det skal gjelde alle, selv om STM [statsministeren] var litt uklar i går.
- Lengden er som vanlig dvs. 10 med mulig å teste ut etter 7 dager (tror jeg)¹³²

Klokken 16.39 sendte departementsråden i JD en e-post om det tredje konklusjonspunktet til den politiske ledelsen og berørte i embetsverket i JD:

Til punkt 3 – Jeg er ganske sikker på at STM [statsministeren] sa negativ test på dag 3 som et alternativ. Og så resten av karantenen hjemme. Det bør kanskje være et forslag som foreslås.¹³³

Utover kvelden var det dialog mellom JD og HOD om den nærmere utformingen av karantenehotellordningen. Dialogen mellom departementene og arbeidet med utformingen fortsatte dagen etter, torsdag 11. mars. Klokken 10.27 sendte JD en e-post til HOD, hvor de kommenterte kravet om egnet oppholdssted for personer som skulle gjennomføre karantene i eget hjem:

Jeg ser også at dere etterlyser en vurdering av konklusjonspunkt a fra r-konferansen om krav til egnet karantenesteds for personer som skal gjennomføre karantene i eget hjem. Her har vi tenkt at det er behov for ytterligere vurderinger før vi ev. kan innføre et slikt krav. Vi må for det første begrunne hvorfor dette ikke lenger er problematisk i forhold til retten til privatliv og familieliv, jf. uttalelse bl.a. i høringsnotatet fra desember og de smittevern faglige vurderingene som lå til grunn for dette. I den sammenheng er det ikke klart for oss om det også her er en forutsetning at det ikke skal innhentes en oppdatert vurdering fra Hdir og FHI. Videre må det vurderes om det kan forsvares å stille ulike krav til de som skal gjennomføre innreisekarantene i egne hjem, og de som skal i smittekarantene. Ev. om det også skal stilles tilsvarende krav i bestemmelsen om smittekaran-

¹³⁰ Referat, redegjørelse for Stortinget, 9. mars 2021, «Stortinget – Møte tirsdag den 9. mars 2021. Sak nr. 4: Redegjørelse av statsministeren om koronapandemien».

¹³¹ E-post, JD til HOD, tirsdag 9. mars 2021 kl. 18.40.

¹³² E-post, statssekretær i JD til lovavdelingen, onsdag 10. mars 2021 kl. 16.24.

¹³³ E-post, departementsråden i JD til den politiske ledelsen og embetsverket i JD, onsdag 10. mars 2021 kl. 16.39.

tene. Dette er vurderinger vi antar dere er nærmest til å foreta. I et tidligere utkast til r-notat begynte vi på tekst om dette, se vedlegg, men strandet altså på de to punktene jeg har nevnt foran.¹³⁴

Klokken 14.49 sendte JD en ny e-post til HOD:

Jeg prøvde å ringe deg [...] Dette er utfordrende spørsmål. Vi forsøker å holde oss mest mulig innenfor de rammene dere har trukket opp, men må samtidig etter beste evne, på den korte tiden som er tilgjengelig, forsøke å redusere risikoen for at ordningen vil bli ansett som ulovlig. Det går både på innretningen og begrunnelsen. Vi har hatt løpende kontakt med vår politiske ledelse, som får vårt utkast til klarering nå straks. Jeg antar at de vil behandle saken raskt, men det blir noe senere enn kl. 15.00. Det er mulig de vil ta direkte kontakt med politisk ledelse hos dere dersom de mener det er behov for det.¹³⁵

Etter ytterligere kontakt mellom JD og helserettsavdelingen sendte lovavdelingen i JD kl. 15.43 en e-post med utkast til r-notat til statssekretæren i JD og skrev blant annet følgende:

Som det fremgår av utkastet til r-notat, mener LOV [lovavdelingen] at det kan stilles spørsmål ved om forslaget er tilstrekkelig smittevern-faglig begrunnet. Det er ikke innhentet faglige råd fra Hdir og FHI. HOD har gitt en smittevern-faglig begrunnelse for forslaget, som de i utgangspunktet har basert langt på vei på en pønål begrunnelse. Det ble vist til at unødvendige utenlandsreiser i dag er frarådet, og videre:

Begrunnelsen for å forskjellsbehandle ut fra formålet med reisen er at karantene-reglene langt på vei er tillitsbasert, og personer som bevisst bryter rådet om å unngå reiser til utlandet som ikke er strengt nødvendige ikke kan vises samme tillit. Det er grunnlaget for at personer som bryter reiserådet bør pålegges å gjennomføre karantenen på karantenehotell ved hjemkomst til Norge, selv om personen har tilgang til et egnet oppholdssted.

Etter vårt syn vil dette ikke være en rettslig holdbar begrunnelse. [...]

Dersom det ikke kan anføres en smittevern-faglig begrunnelse for et slikt skille basert

på formålet med reisen, vil regelen være problematisk både i forhold til smittevernloven § 1-5, GrL § 102 og EMK artikkel 8, og EØS-regelverket.¹³⁶

Om den problemstillingen som er skissert i e-posten, uttalte ekspedisjonssjefen i lovavdelingen følgende i sin forklaring til oss:

Da helseetatene og HOD begrunnet nærmere smittevern-faglig at det i den aktuelle situasjonen var ønskelig å begrense reise mest mulig, kunne vi utforme regelverk basert på dette. Men vi var kritiske til at hovedbegrunnelsen skulle være straff fordi man valgte å reise.¹³⁷

Regjeringens behandling av forslaget om å skille mellom nødvendige og unødvendige reiser

I det endelige notatet til møte i RCU 11. mars 2021, fremmet helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren som forslag til konklusjon at «unntaket fra karantenehotell for personer som er bosatt eller har fast bopel i Norge oppheves for personer som returnerer til Norge etter unødvendige reiser til utlandet». Det het videre at «Feriereiser anses som unødvendige med mindre de er begrunnet i sterke velferdshensyn» og arbeidsreiser skulle som et utgangspunkt anses som nødvendige. Videre skulle unntak fra karantenehotell forutsette «enten bekreftelse fra den reisende på at det foreligger sterke velferdshensyn eller bekreftelse fra den reisende og fra arbeidsgiver på at vedkommende har vært på en nødvendig arbeidsreise».¹³⁸ I RCU-notatet under punkt 3. «smittevern-faglig vurdering - behovet for tiltak», het det blant annet følgende om forslaget som var fremmet:

Forslaget her vil innebære en dreining i retning av å forskjellsbehandle på grunnlag av formålet med reisen, og innebærer at personer som utgjør samme smitterisiko underlegges ulike regimer. Etter vårt syn kan dette imidlertid begrunnes med å vise til at det utfra dagens smittesituasjon er behov for en generell innstramming når det gjelder kravene til oppholdssted i karanteneperioden for personer

¹³⁶ E-post, lovavdelingen til statssekretær i JD, torsdag 11. mars 2021 kl. 15.43.

¹³⁷ Forklaring, ekspedisjonssjef i JD, 1. desember 2021.

¹³⁸ RCU-notat «Innstramming av unntak fra karantenehotell for personer bosatt i Norge», 11. mars 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren til møte i RCU samme dag.

¹³⁴ E-post, JD til HOD, torsdag 11. mars 2021 kl. 10.27.

¹³⁵ E-post, JD til HOD, torsdag 11. mars 2021 kl. 14.49.

bosatt i Norge, samtidig som det aksepteres at det gis unntak i de tilfellene der reisen anses nødvendig.

I notatet ble det presentert to alternative modeller: «Modell 1: Karantenehotell for personer bosatt i Norge etter unødvendige reiser til utlandet» og «Modell 2: Karantenehotell for personer bosatt i Norge etter reiser til utlandet uavhengig av reisens formål». I notatet er modell 1 anbefalt, og under punkt 5 «Vår Vurdering» sto det blant annet følgende om valget av denne modellen:

[...]

Det er noen rettslige utfordringene med å innføre regler basert på formålet med reisen, men vi anbefaler likevel modell 1. I tilknytning til påsken er det etter vårt syn behov for å gi et sterkt signal om at personer bosatt i Norge ikke bør reise utenlands uten at det er nødvendig. Det vil etter vårt syn være for inngripende dersom også arbeidsreisende generelt skal pålegges en plikt til å gjennomføre hele karantenen på karantenehotell, og vi foreslår derfor at arbeidsreiser generelt skal anses som nødvendige i denne sammenheng. Som redegjort for foran, mener vi at det også må gis unntak for reiser som er begrunnet i sterke velferdshensyn. Vi foreslår derfor at det nå innføres regler basert på modell 1.

Det er usikkert om ordningen vil stå seg ved en eventuell rettslig prøving. Karantenehotell for denne gruppen er sterkt inngripende tiltak som kun vil stå seg ved en klar medisinsk-faglig begrunnelse. Tiltaket vil også ramme grupper som vi må forvente vil være villige til å ta ut søksmål. Ordningen vil være mer forholdsmessig og samsvarer bedre med dagens systematikk dersom det presiseres at det – enten for alle eller for de bosatte arbeidsreisende – kan gjøres unntak fra plikt til karantenehotell, men at dette forutsetter at de kan gjennomføre karantenen på et egnet oppholdssted som helt eller delvis tilfredsstillende de samme kravene som er oppstilt for andre grupper med unntak fra karantenehotell.

RCU sluttet seg til forslaget fremmet av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren med enkelte tilføyelser, og konkluderte slik:

1. Unntaket fra karantenehotell for personer som er bosatt eller har fast bopel i Norge oppheves for personer som returnerer til Norge etter unødvendige reiser til utlandet.

Denne gruppen må oppholde seg på karantenehotell frem til negativt svar på test tatt tidligst dag 3. Det er ikke en plikt for kommunen å tilby test eller en rettighet å bli testet på dag 3. Feriereiser anses som unødvendige med mindre de er begrunnet i sterke velferdshensyn. Arbeidsreiser anses som et utgangspunkt som nødvendige.

2. Unntak fra karantenehotell forutsetter enten bekreftelse fra den reisende på at det foreligger sterke velferdshensyn eller bekreftelse fra den reisende og fra arbeidsgiver på at vedkommende har vært på en nødvendig arbeidsreise. Det tilpasses eksisterende innreiseregisteringssystem.
3. Helse- og omsorgsministeren i samråd med justis- og beredskapsministeren gis fullmakt til å fastsette nødvendige endringer i covid-19-forskriften.
4. Helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren må sørge for at det under oppholdet på karantenehotellet gis utfyllende informasjon om karantene-reglene også etter at en har forlatt hotellet. Informasjonen må være tilgjengelige på de meste aktuelle språkene.¹³⁹

Oppfølging av regjeringens beslutning – forskriftsendring

I dagene som fulgte, hadde JD og HOD løpende dialog om hvordan forskriftsendringene skulle bli formulert, og hvordan nye identifiserte problemer skulle bli håndtert. For eksempel var det et spørsmål om hvorvidt hjemreiser for diplomater og familiene deres ville falle inn under kategorien «nødvendig reise».

Politiets rolle som veileder ble også problematisert, og fredag 12. mars 2021 ga POD følgende innspill til JD:

En viktig ting er jo selvfølgelig at det kommer tydelig frem av forskriften/øvrige info på nettsidene deres at det fortsatt ikke er snakk om at politiet «pålegger karantenehotell», men altså bare veileder og kontrollerer dokumentasjon for å vise den reisende til karantenehotell eller si at vedkommende kan reise hjem. Dette er jo en litt kilen sak, mange oppfatter jo slik veiledning av en person i polituniform som et pålegg.

¹³⁹ RCU-notat «Innstramming av unntak fra karantenehotell for personer bosatt i Norge», 11. mars 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren til møte i RCU samme dag. Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 11. mars 2021, Nr. 12/2021.

Men det er det altså ikke! Til info har vi allerede fått erstatningssaker (som vi vel også har utbetalt erstatning på, tror jeg) om flybilletter (videre innenlands) som ikke kunne benyttes da vedkommende fikk beskjed om (eller i alle fall oppfattet politiets veiledning som et pålegg om) å gå i karantenehotell ved Gardermoen.¹⁴⁰

Den 12. mars 2021 ga justis- og beredskapsministeren beskjed til embetsverket om at forskriftsendringene skulle tre i kraft fra midnatt tirsdag 16. mars. JD hadde klart et endelig utkast til forskriftsendringer onsdag 17. mars, og endringene ble da vedtatt av HOD. Samme dag var rundskrivet som redegjorde for endringene, klart.¹⁴¹ På grunn av behovet for mer tid til å avklare spørsmål knyttet til forskriftsendringene, så vel som behov for å gi grensekontrollen og reisende tid til å sette seg inn i de nye endringene, ble ikrafttredelsen utsatt til fredag 19. mars.

De nye reglene for karantenehotellordningen som ble iverksatt 19. mars, representerte et veiskille. Fram til 18. mars 2021 var plikten til å bo på karantenehotell knyttet til om de reisende hadde et egnet sted til å gjennomføre karantenen. Fra og med 18. mars kunne formålet med reisen utløse plikt til å bo på karantenehotell uavhengig av om den reisende hadde et egnet karantenested eller ikke.

Regjeringen besluttet å skjerpe testkravene 22. mars 2021

I etterkant av forskriftsendringen som trådte i kraft 19. mars 2021, vurderte HOD nye innstramminger i karantenehotellordningen. Dette omfattet blant annet krav om negativ test 24 timer før ankomst, og ikke 72 timer som tidligere, og i tillegg å fjerne muligheten for dem som hadde vært på unødvendige reiser, til å teste seg ut av karantenehotell etter tre døgn og deretter gjennomføre resten av karantenetiden på et annet egnet sted. Det ble lagt opp til at de planlagte innstramminger skulle behandles i RCU allerede 22. mars.

I en e-post som ble sendt internt i JD søndag 21. mars 2021 kl. 23.09 fra embetsverket til statssekretæren, ble det stilt spørsmål ved den korte tiden som var satt av til å utrede de foreslåtte innstramminger. Det ble spesielt pekt på at forslaget om en test i løpet av de siste 24 timene før ankomst også for de som bor i Norge, ville bli opp-

fattet som relativt byrdefullt i kombinasjon med test ved ankomst og karantenehotell for alle som ikke hadde vært på en nødvendig reise. Det ble påpekt at dette fortjente en noe grundigere vurdering. Videre skrev JD:

Igen er det et tiltak som kommer veldig raskt, og som så langt er uten vurdering fra fhi eller hdir. Vi tenker at en bedre løsning ville vært å lansere ulike alternativer med fordeler og ulemper før en konkluderer.¹⁴²

Som en oppfølging av denne e-posten sendte en medarbeider i JD følgende e-post til departementsråden mandag 22. mars kl. 11.53:

Jeg forstod det slik at Jmin under sjefsmøtet hadde gitt uttrykk for at hun ønsket at teksten i notatet ble justert for å få frem hensyn for og mot ulike alternativer. Vi har nå fått beskjed om at helseministeren har godkjent notatet og at det ble meldt opp uten en slik omtale. Konklusjonspunktet og omtalen skal være presentert som omforent med Jmin (vi har ikke sett endelig notat).¹⁴³

Interne dokumenter kommisjonen har tilgang til, viser at notatet ikke ble saksbehandlet i JD av dem som hadde karantenehotellordningen som sitt ansvarsområde.

I notatet som ble fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 22. mars 2021, ble det foreslått en rekke innstramminger i regelverket.¹⁴⁴ Formålet med notatet var «å få regjeringens tilslutning til å iverksette forsterkede nasjonale tiltak gjennom endringer i covid-19-forskriften og anbefalinger, tilpasset smittesituasjonen». Det ble vist til regjeringsbehandlingen 8. mars og 18. mars 2021, der forsterkede nasjonale tiltak i to steg var behandlet. I notatet sto det blant annet følgende under punkt 2 «Helsedirektoratets og Folkehelseinstituttets vurderinger»:

2.1. Smittesituasjonen – behovet for forsterkede tiltak
[...]

¹⁴² E-post, medarbeider i JD til statssekretæren med departementsråden og andre medarbeidere på kopi, søndag 21. mars 2021 kl. 23.09.

¹⁴³ E-post, medarbeider i JD til departementsråden med en annen medarbeider på kopi, mandag 22. mars 2021 kl. 11.53.

¹⁴⁴ RCU-notat «Covid-19 notat om iverksettelse av forsterkede nasjonale tiltak – steg 1 og deler av steg 2», fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 22. mars 2021.

¹⁴⁰ E-post, POD til JD, fredag 12. mars 2021 kl. 14.19.

¹⁴¹ Rundskriv, JD, 17. mars 2021, «G-08/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».

Slik etatene vurderer situasjonen nå, med økt smittespredning til flere deler av landet og en uoversiktlig situasjon, med utbrudd stadig nye steder, er det nødvendig og forholdsmessig å innføre forsterkede nasjonale tiltak. Etatene anbefaler å iverksette strengere nasjonale tiltak i perioden rundt påsken, og anser det nødvendig at disse tiltakene iverksettes fra onsdag 24. mars

[...]

2.3. Endring i forskriftsfestede tiltak

[...]

Etatene foreslår også at covid-19 forskriften endres slik at personer som ikke har vært på nødvendige reiser må være på karantenehotell i ti dager eller til negativt testresultat foreligger på test tatt tidligst syv døgn etter ankomst. I dag er det mulig å teste seg ut fra opphold på karantenehotellet med negativ test tatt tidligst tre døgn etter ankomst. Resten av karantenen må deretter gjennomføres på egnede oppholdssteder

[...]

Etatene legger til grunn at forlenget karantenetid på hotell kan virke begrensende på unødvendige reiser, fordi dette vil medføre lengre tid vekk fra hjemmet, samt økte kostnader.

[...]

Etatene antar at de fleste innreisende som er bosatt i Norge foretar det meste av sin reisekarantene og eventuelle isoleringstid i sitt hjem. Det er særlig mange med bakgrunn fra Pakistan blant de smittede og som legges inn på sykehus. [...]

Under punktet om vurderinger skrev helse- og omsorgsministeren at han støttet etatenes forslag om at personer som ikke har vært på nødvendige reiser, må oppholde seg i et lenger tidsrom på karantenehotell enn de må i dag. Han begrunnet dette slik:

[...] Muligheten til å teste seg ut med en negativ test tatt tre døgn etter ankomst kan føre til misforståelser om at karantenen er over og at vedkommende ikke er smittet. På den annen side kan det være uheldig å endre regelverket etter så kort tid. Det vises til at bestemmelsen om opphold på karantenehotell ved unødvendige reiser nettopp er innført. Jeg mener likevel at vi ikke kan se bort fra etatenes klare råd om å skjerpe bestemmelsen slik at oppholdet på karantenehotell for denne gruppen forlenges.

I notatet foreslo helse- og omsorgsministeren deretter blant annet følgende konklusjon:

Covid-19-forskriften endres slik at personer som ikke kan dokumentere at reisen var nødvendig må oppholde seg på karantenehotell inntil de kan dokumentere negativt testresultat med PCR-test tatt tidligst syv døgn etter ankomst.

Det var ingen merknader til forslaget til konklusjon fra de andre statsrådene, og RCU konkluderte i tråd med forslaget.

Det faglige grunnlaget for innskjerpingen i reglene for karantenehotellordningen som ble behandlet på RCU-møtet 22. mars 2021, ble presentert i svaret fra Helsedirektoratet og FHI på oppdrag 409 fra HOD. I besvarelsen viste Helsedirektoratet til at «[s]ystemet har så langt vært bygget på en stor grad av tillit», men at vurderingen nå er at «man må øke kontroll, forbud og påbud for å oppnå nødvendig effekt».¹⁴⁵ De pekte også på at det burde vurderes om karantenehotellplikten burde gjelde uavhengig av årsaken til reisen og uavhengig av om reisen er definert som nødvendig eller ikke. I den forbindelsen påpekte Helsedirektoratet at det kunne være «uklart hva 'nødvendig reise' betyr, og hvordan det er forstått». Det samme ble påpekt av FHI. FHI understreket at utviklingen i importsmitten ga grunn til bekymring. Samtidig viste de til at importsmitten ikke så ut til å være den største utfordringen sammenlignet med den interne smittespredningen:

Vi regner med at det smittes om lag 5000 per uke i Oslo nå. I den sammenhengen er et par hundre importtilfeller uheldig, men ikke kritisk.¹⁴⁶

Når det gjaldt lengden og innretningen på oppholdet på karantenehotell, hadde FHI følgende vurdering:

Smittevernmessig er det viktigere at ordningen implementeres bredt enn at den enkelte er lenge på hotellet. Det vil være tilstrekkelig risikoreducerende effekt av å avvente negativt

¹⁴⁵ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 23. mars 2021 «Endelig korrigerert svar på covid-19 oppdrag fra HOD nr. 409 – Om oppfølging av vurderinger av forsterkede nasjonale tiltak».

¹⁴⁶ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 23. mars 2021, «Svar på covid-19 oppdrag fra HOD nr. 409 – Om oppfølging av vurderinger av forsterkede nasjonale tiltak», vedlegg til Helsedirektoratets rapport, side 18.

PCR tatt tidligst etter 5 døgn. Hensyn til avstemming mot andre regler, kan tale for å holde seg til 7 døgn, men dette vil utfordre kapasiteten i karantenehotellene mer.¹⁴⁷

Oppfølging av regjeringens beslutning om skjerpede testkrav

For å følge opp konklusjonene fra RCU-møtet 22. mars 2021 begynte HOD, i samråd med JD, å utarbeide forslag til forskriftsendringer, blant annet et forslag om å fjerne muligheten til å teste seg ut av karantenehotell etter tre døgn for dem som hadde vært på unødvendige reiser. Det var også spørsmål om å skjerpe kravene til karantenedstedet for dem som hadde vært på nødvendig reise.

Den 24. mars sendte HOD et utkast til forskriftsendringer til JD og SMK. Forslaget innebar at personer som hadde vært på unødvendige reiser, kunne teste seg ut av karantenehotell etter syv døgn, og ikke etter tre, som da var regelen.¹⁴⁸

I det videre arbeidet med forskriftsendringene var det også en dialog mellom HOD og JD om hvorvidt det skulle bli stilt krav til å dokumentere tilgangen til eget rom og bad for dem som hadde vært på nødvendig utenlandsreise. I tillegg ble enkelte andre spørsmål utredet, som venteplikt etter test på grensen, unntak for diplomater og familiene deres og utvidelse av kravet om test tidligst 24 timer før ankomst til Norge, slik at det skulle gjelde norske statsborgere og bosatte utlendinger.

I løpet av dagen 26. mars 2021 ble JD og HOD enige om ordlyden i forskriftsendringene, og HOD vedtok endringsforskriften samme dag. Skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser ble opprettholdt som kriterium for karantenehotellplikt.¹⁴⁹ Ved unødvendige reiser var det imidlertid ikke lenger mulig å teste seg ut av karantenehotelloppholdet etter tre døgn. Dette innebar at et større antall reisende måtte være minst sju døgn på karantenehotell. Videre innstramninger gikk ut på at kravet om negativ test 24 timer før ankomst ble utvidet til også å gjelde norske statsborgere og utlendinger bosatt i Norge, og at personer som ble

testet med hurtigtest på grensen, måtte vente på teststasjonen til prøveresultatet var klart.¹⁵⁰

Oppsummert om innføring av skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser og endring av testkravene

Myndighetene besluttet altså å endre vilkårene for å måtte oppholde seg på karantenehotell, slik at alle som hadde vært på unødvendige reiser som hovedregel skulle gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell. Dette innebar at formålet med reisen, og ikke hvorvidt den reisende hadde egnet sted til å gjennomføre karantene, ble avgjørende for plikten. JD påpekte utfordringer ved hjemmelsgrunnlaget og at den smittevern faglige begrunnelsen ble knyttet til formålet med reisen.

De som hadde vært på unødvendige reiser, hadde ikke lenger mulighet til å teste seg ut av karantenehotelloppholdet etter tre døgn, men først etter syv. Kommisjonen mener at prosessen også knyttet til disse endringene belyser en svært rask saksbehandling der det var satt av liten eller ingen tid til faglige utredninger. Det ble heller ikke gjennomført høringer.

Tidligere departementsråd i HOD har på generelt grunnlag uttalt følgende om det høye tempoet i beslutningsprosessene:

Da vi kom forbi den aller første fasen, da tenker jeg mars 2020 hvor vi egentlig ikke visste hvor mye ting hastet, har det sjeldent spilt en rolle om det har gått en dag eller to ekstra. Så i mange sammenhenger bør man tenke om det hadde vært tid til å involvere flere, høre flere og kanskje også fått en bredere politisk involvering.¹⁵¹

Endringene i regelverket som ble foretatt i mars 2021 førte til at langt flere personer ble underlagt plikten til å bo på karantenehotell. Lengden på karantenehotellopphold ble utvidet. Samlet ga dette økt belastning på kommunene og karantenehotellene.

Økt press på karantenehotellordningen fram mot mai

Den 25. mars 2021 kalte DSB inn til et møte om karantenehotellordningen.¹⁵² I tillegg til DSB del-

¹⁴⁷ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 23. mars 2021 «Endelig korrigerert svar på covid-19 oppdrag fra HOD nr. 409 – Om oppfølging av vurderinger av forsterkede nasjonale tiltak», vedlegg til Helsedirektoratets rapport, side 18.

¹⁴⁸ E-post, HOD til SMK og JD, onsdag 24. mars 2021 kl. 16.36, «Endringsforskrift om endring av covid-19-forskriften – innføring av ventekarantene mm.».

¹⁴⁹ Rundskriv, JD, 27. mars 2021, «G-12/2021- Revidert rundskriv om karantenehotell»; e-post, departementsråden i JD til embetsverket i JD, 26. mars 2021, kl. 17.41.

¹⁵⁰ Pressemelding, JD, 28. mars 2021, «Betydelig strengere test- og karantenehotellregler ved innreise».

¹⁵¹ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD, 14. desember 2021.

tok JD, POD, Arbeidstilsynet, KS, statsforvalterne og berørte kommuner. Bakgrunnen for møtet var innstramminger som var gjort i regelverket, og forventet økning i antall reisende som måtte på karantenehotell. Karantenehotellordningen hadde dessuten på dette tidspunktet fått stor medieoppmærksomhet.

På møtet orienterte Arbeidstilsynet om status for godkjenningsordningen for arbeidsgivers innkvartering for innreisekarantene og viste blant annet til at det var avdekket regelbrudd i en tredjedel av de 3500 tilsynene som var gjennomført. DSB orienterte om registreringsordningen for ankomst og avreise på karantenehotell og understreket at hovedmålet med ordningen var «å hindre at personer unndrar seg pliktig opphold på karantenehotell». DSB viste til et økende antall tilbagemeldinger fra de ansvarlige på karantenehotellene om manglende oppfølging av brudd på smittevernreglene, for eksempel bruk av munnbind og avstandsreglementet. DSB oppfattet at det var en «metthet i befolkningen på informasjon og kommunikasjon», noe som gjorde det tyngre å nå fram med informasjon.

Den 27. april 2021 kalte DSB inn til et nytt møte om karantenehotellordningen.¹⁵³ I tillegg til statsforvalterne og berørte kommuner inviterte DSB denne gang JD, Helsedirektoratet, FHI, POD, Sjøfartsdirektoratet, Landbruksdirektoratet, Tolletaten, og Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO). Hensikten med møtet var å diskutere hvordan innreisekjeden fungerte, og hvordan de ulike funksjonene var rustet for økt belastning i forbindelse med gradvis gjenåpning og økning i antall reisende.

Kommunene meldte om en rekke utfordringer og sårbarheter ved karantenehotellordningen. Flere kommuner understreket at kapasiteten allerede var sterkt presset, og at det ville være vanskelig å øke kapasiteten ytterligere. Det ble også pekt på utfordringer med å håndtere de reisende, som i mange tilfeller utfordret og stilte spørsmål ved regelverket. For eksempel stilte mange reisende spørsmål ved at det ikke var mulig å klage på en ordning som ble oppfattet som tvang. POD bekreftet disse utfordringene og eksemplet om klagemuligheter. POD mente at det var behov for å forenkle regelverket for å gjøre grensekontrollen mer effektiv og unngå diskusjoner.

¹⁵² Møtereferat, møte mellom DSB, JD, POD, Arbeidstilsynet, KS, statsforvalterne og berørte kommuner, 25. mars 2021.

¹⁵³ Møtereferat, DSBs referat fra møte mellom DSB, JD, Helsedirektoratet, FHI, POD, Sjøfartsdirektoratet, Landbruksdirektoratet, Tolletaten, NHO, statsforvalterne og berørte kommuner, 27. april 2021.

Flere involverte aktører har overfor kommisjonen beskrevet at karantenehotellordningen skapte store utfordringer helt siden den ble etablert. Dette inntrykket har også blitt bekreftet gjennom befaringer våre i grensekontrollen på Oslo lufthavn og på karantenehoteller i tre ulike kommuner.¹⁵⁴

Bekymring for ny virusvariant førte til innstramminger

I slutten av april 2021 skapte en ny virusvariant fra India (deltavarianten) bekymring. Denne bekymringen førte til hektisk aktivitet for å få på plass innstramminger for å hindre eller begrense spredning av den nye varianten i Norge. På kvelden tirsdag 27. april, kl. 20.47, sendte helse- og omsorgsministeren en e-post med følgende budskap til statsministeren og berørte statsråder:

Som jeg informerte om i R-konferansen i dag, ga HOD i går ettermiddag ett hurtigoppdrag om å vurdere behov for ytterligere innstramminger i innreisereglene som følge av smittutviklingen i India og risikoen knyttet til nye varianter av viruset der. Som dere ser av svaret foreslås det relativt store endringer. Jeg mener dette haster å få innført. Sender derfor anbefalingen som vi vil følge opp i kveld. Dere får RCU notat i morgen formiddag. Målet er at disse endringene kan iverksettes midnatt natt til torsdag.¹⁵⁵

Klokken 21.41 samme kveld sendte departementsråden i JD en e-post til medarbeidere i departementet:

Ny beskjed!!! De nye tiltakene fra de aktuelle landene må tre i kraft kl 1200 i morgen formiddag. Det betyr at alle som har avreise fra disse landene og ankommer Norge etter kl 1200 i morgen må på karantenehotell. Bare veldig sterke velferdsgrunner skal slippe. Vi må varsle politi og karantenehotell-drifterne. Og vi må varsle luftfartsmyndighetene. Hvem endrer forskrift Hod eller må også vi gjøre noe?? Resten av tiltakene er det bedre tid på.¹⁵⁶

Klokken 21.44 sendte HOD følgende e-post til JD:

¹⁵⁴ Befaringer på karantenehoteller 1. juli, 17. august og 9. september 2021 og i grensekontrollen på Oslo lufthavn Gardermoen 11. oktober 2021; forklaring, ansatt i kommune, 16. november 2021.

¹⁵⁵ E-post, helse- og omsorgsministeren til SMK og berørte statsråder, tirsdag 27. april 2021 kl. 20.47.

¹⁵⁶ E-post, departementsråden i JD til embetsverket i JD, tirsdag 27. april 2021 kl. 21.41.

Snakket med Statsministeren. Hun mener regelen om karantenehotell for også de med nødvendige reiser bør iverksettes i morgen tidlig/formiddag allerede. Hun skal snakke nå med JD for å høre hvor raskt de kan operasjonalisere dette. Vi må parallelt forberede forskriftsendringer for denne endringen.¹⁵⁷

Klokken 22.06 sendte statsministeren en e-post til berørte statsråder:

Jeg har nå samtalt med flere av dere og mener vi må innføre at alle fra India, Pakistan og Irak (som har vært der i løpet av de siste 10 dagene) må i på karantenehotell fra i morgen av. [justis- og beredskapsministeren] sier de kan iverksette fra kl. 12, Pressemelding kl 10 og [helse- og omsorgsministeren] må da få den delen av forskriften på plass til da. Alvoret tilsier at vi shortkutter denne prosessen Ok?

Arbeidet med endringene i regelverket pågikk utover kvelden. Det ble avklart at HOD utarbeidet utkast til forskriftsendringer om testkrav og at JD utarbeidet utkast til forskriftsendringer om karantenehotell. Helsedirektoratet og FHI jobbet med det faglige grunnlaget for endringene. Klokken 00.09 sendte direktoratet sine foreløpige vurderinger på e-post til HOD. I e-posten ble det understreket at utfordringen var forholdsmessighetsvurderingene, som juristene i direktoratet ikke hadde rukket å ferdigstille.¹⁵⁸

Klokken 00.13 ga HOD følgende tilbakemelding til Helsedirektoratet:

Tusen takk for innspill med deres foreløpige vurderinger. Dette er nyttig informasjon for oss å få allerede nå. Lover å ikke forstyrre dere mer i kveld.¹⁵⁹

Deretter – kl. 00.22 – sendte HOD en e-post til lovavdelingen i JD:

Nedenfor er foreløpig vurdering fra Hdir vedr. spørsmålet fra utenriksministeren om hvorvidt Nepal også bør omfattes av karantenehotellordningen. Vi mottar endelig tilbakemelding kl. 9:00 i morgen. For øvrig så har vi fått beskjed om å ha klart et rcu-notat i morgen tid-

lig om testing mv. Det ser ut til at saken skal tas ut på PK [pressekonferanse] kl. 13:00.¹⁶⁰

Lovavdelingen hadde klart et endelig utkast til endringsforskriften for karantenehotellordningen før kl. 10.00 onsdag 28. april. Basert på regjeringens vedtak trådte de nye reglene i kraft kl. 12.00 samme dag.¹⁶¹ Dermed strammet regjeringen inn unntakene fra karantenehotellplikt for personer som hadde oppholdt seg i Bangladesh, India, Irak, Nepal eller Pakistan i løpet av de siste 10 døgnene. Disse personene fikk pålegg om karantenehotell med noen svært få unntak. Kort tid etter at de nye reglene trådte i kraft, var regjeringen i gang med å vurdere ytterligere innstramminger.

Mai 2021 – nye endringer gjorde at stadig flere måtte på karantenehotell

I mai 2021 var vaksineutrullingene i Norge godt i gang. Det var likevel bekymring for at nye virusvarianter skulle spre seg mer enn de allerede hadde gjort, og importsmitte ble fortsatt ansett som en trussel.

Allerede i begynnelsen av mai så man behov for å endre karantenehotellreglene på nytt, og måneden ble preget av justeringer i skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser. Først ble skillet avvirket for reisende som hadde oppholdt seg i land utenfor EØS/Schengen. Deretter ble skillet opphevet helt, slik at også de som hadde vært på nødvendige reiser, i utgangspunktet pliktet å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell. Antallet ankomne gjester til karantenehotellene i Norge toppet seg i mai 2021 (se figur 7.14 under punkt 7.7 nedenfor). Måneden ble etter hvert også preget av diskusjoner om dokumentasjonskrav for unntak fra karantenehotellplikten for vaksinererte. Vi skal nå se nærmere på disse beslutningsprosessene.

Avvikling av skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser ved opphold i land utenfor EØS/Schengen

Den 4. mai 2021 kl. 16.12 mottok Helsedirektoratet og FHI et oppdrag fra HOD om å vurdere en eventuell utvidelse av karantenehotellplikten for reisende fra land utenfor EØS/Schengen. HOD

¹⁵⁷ E-post, HOD til JD, tirsdag 27. april 2021 kl. 21.44.

¹⁵⁸ E-post, Helsedirektoratet til HOD og Helsedirektoratet på kopi onsdag 29. april 2021 kl. 09.00.

¹⁵⁹ E-post, HOD til Helsedirektoratet, onsdag 29. april 2021 kl. 00.13.

¹⁶⁰ E-post, HOD til lovavdelingen i JD, onsdag 29. april 2021 kl. 00.22.

¹⁶¹ Pressemelding, JD, 28. april 2021, Nr. 69-2021, «Skjerpede innreisetilak for reisende fra Bangladesh, India, Irak, Nepal og Pakistan»; rundskriv, JD, 9. mai 2021, «G-13/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».



Figur 7.12 Person som ankommer fra Pakistan følges av vekter til bussen som skal frakte ham til karantenehotellet.

Foto: Torstein Bøe / NTB

ba om forslag til eventuelle regelverksendringer innen kl. 18.00 samme dag.

Helsedirektoratet og FHI anbefalte «å utvide bruken av karantenehotell til å gjelde alle reisende fra land utenfor EØS/Schengen med få unntak». Dette innebar krav om opphold på karantenehotell også ved nødvendige reiser. FHI begrunnet anbefalingen blant annet med at det var nødvendig å ta høyde for at det globalt sirkulerte nye virusvarianter som myndighetene ikke hadde kjennskap til på grunn av manglende overvåkning. FHI påpekte samtidig at «[k]arantenehotell er et inngripende tiltak», og at det måtte «sikres at barn og andre med omsorgsbehov ikke må være alene der». FHI mente videre at personer med sikker attest på at de var vaksinert eller hadde gjennomgått covid-19, burde bli unntatt fra kravet om karantenehotellopphold.¹⁶²

Samme dag kl. 18.48 sendte helseerettsavdelingen i HOD en e-post til lovavdelingen i JD der det sto at det var et «politisk ønske om at RCU-notatet lages, slik at saken kan tas ut på pressekonferansen i morgen».¹⁶³ Helseerettsavdelingen skrev i e-posten at det var naturlig at notatet ble forankret i JD, men at helseerettsavdelingen kunne lage teksten om etatens vurderinger og forslag, og at de konkrete forskriftsendringene kunne bli gjort dagen etter. Lovavdelingen sendte etter dette en e-post til sin egen departementsråd der de skrev at det «er litt uklart om de nå mener at vi

skal utarbeide noe i dag og hva de mener med at notatet 'forankres i JD'». Videre understreket lovavdelingen at de ønsket å få oppdragene sine «fra egen ledelse», og ba derfor om avklaring.¹⁶⁴

Den 4. mai kl. 20.08 sendte HOD en e-post til medlemmene av RCU og olje- og energiministeren. Det går fram av e-posten at den var sendt på vegne av helse- og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren:

Helsedirektoratet og FHI anbefaler å utvide bruken av karantenehotell til å gjelde alle reisende fra land utenfor EØS/Schengen med få unntak pga. faren for nye virusvarianter, herunder den indiske. Se vedlagte svar som vi fikk tidligere i kveld. JD og HOD lager et RCU-notat på dette i morgen formiddag, men det er usikkert på om det blir klart og vedtatt før koronapressekonferansen kl. 13.00. Vi anbefaler likevel at det på pressekonferansen i morgen varsles at det blir obligatorisk karantenehotell for alle reisende utenfor EØS/Schengen. Vi anbefaler at reglene trer i kraft midnatt, natt til lørdag 8.mai for å kunne sikre at kommunene har skaffet nok hotellkapasitet til å håndtere en større mengde mennesker. Dette er spesielt viktig for kommunene rundt Gardermoen. Det er også et alternativ å innføre reglene fra midnatt, natt til fredag 7. mai. Fordelen med dette er at det gir færre personer mulighet til raskt å komme tilbake til Norge for å slippe karantenehotell før fristen, med den risikoen det kan få mtp. importsmitte.¹⁶⁵

Klokken 20.14 svarte utenriksministeren slik:

Jeg ser at det kan være behov for å gjøre dette, men ber om at departementene får gjøre en reell vurdering av eventuelle praktiske utfordringer så vi ikke risikerer å måtte gå «strafferunder». [...] Derfor fint om dere får sendt det så tidlig i morgen at vi rekker å se på det og gi tilbakemeldinger før pressekonferansen kl. 13 hvis det skal tas ut der.¹⁶⁶

Utkastet til r-notat fra JD og HOD var klart på morgenen 5. mai 2021. Etter ytterligere innspill jobbet departementene videre med notatet.¹⁶⁷

¹⁶² Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 4. mai 2021, «Svar på oppdrag 441B – Oppfølging til oppdrag 441 om behov for skjerpede innreisetilak på bakgrunn av situasjonen i India».

¹⁶³ E-post, helseerettsavdelingen i HOD til lovavdelingen i JD, tirsdag 4. mai 2021 kl. 18.48.

¹⁶⁴ E-post, lovavdelingen i JD til departementsråden i JD, tirsdag 4. mai 2021 kl. 19.32.

¹⁶⁵ E-post, HOD til medlemmene av RCU og olje- og energiministeren, tirsdag 4. mai 2021 kl. 20.08.

¹⁶⁶ E-post, utenriksministeren til medlemmene av RCU og olje- og energiministeren, tirsdag 4. mai 2021 kl. 20.14.

Regjeringen besluttet så 7. mai at alle som hadde oppholdt seg utenfor EØS- og Schengenområdet de siste ti døgnene, skulle oppholde seg på karantenehotell. Endringen trådte i kraft søndag 9. mai kl. 12.00.¹⁶⁸

Regelendringene førte til at det gjensto svært få unntak fra karantenehotellplikten for personer som hadde oppholdt seg utenfor EØS- eller Schengenområdet. Skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser opphørte for denne gruppen.¹⁶⁹ De nye reglene skapte et betydelig økt press på karantenehotellordningen. Ettersom smittesituasjonen i Storbritannia beveget seg i gunstig retning, besluttet regjeringen 12. mai 2021 at Storbritannia skulle behandles på like linje med EØS-/Schengen-land. Endringen trådte i kraft kl. 12 dagen etter.¹⁷⁰ I tiden som fulgte, foregikk det i regjeringsapparatet vurderinger av de rettslige og praktiske utfordringene i innreisekjeden og med å utarbeide forslag til justeringer av regelverket for å løse utfordringene.

DSB kalte inn statsforvalterne til et hastemøte 4. mai 2021 om mulige endringer i karantenehotellordningen. Av møtereferatet går det fram at behovet for møtet blant annet skyldtes økt press på karantenehotellkapasiteten på grunn av flere reisende, og at det var behov for å avlaste Ullensaker kommune fordi hotellkapasiteten var sprengt. DSB mente at det var behov for å oppskalere kommunenes kapasitet, men statsforvalterne ønsket ikke å instruere kommunene. Som mulige løsninger ble blant annet økt bruk av hjemmekarantene og karanteneunntak for fullvaksinerte, trukket fram som alternativer.¹⁷¹

Diskusjoner om dokumentasjonskrav og oppheving av skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser

Den 4. mai innførte myndighetene en rekke lettelsener i smitteverntiltakene for vaksinerte. I etterkant av dette ble det en diskusjon om hva vaksinerte måtte vise fram av dokumentasjon for å få unntak fra plikten til å oppholde seg på karantenehotell. I den forbindelse var det e-postkorrespon-

danse internt i JD og med helserechtsavdelingen i HOD, der det framgikk at lovavdelingen i JD mente at man ikke kunne vente til et nasjonalt system med QR-kode var på plass, før man innførte unntak for vaksinerte. Den 14. mai klokken 18.45 sendte lovavdelingen følgende e-post til departementsråden i JD:

HOD kom tilbake og sa at hmin ikke ville være med på felles notat fordi han ikke kunne akseptere aksept for norske vaksinerte før 8. juni når man venter at det foreligger et nasjonalt system med QRkoder [...] Etatene sier klart at de mener at den informasjonen som nå er digitalt tilgjengelig, er gir tilstrekkelig sikker og verifiserbar dokumentasjon. [...] Fra mitt fagstøsted er det klart at en ytterligere utsettelse til 8. juni ikke kan være i samsvar med smittevernloven, og det kan også vanskelig stå seg etter Grunnloven og menneskerettighetene [...] Jeg tenker at vi nå kan vente med å sende dette nye her politisk hos oss til de har tatt en ny runde i HOD, med mindre du vurderer det annerledes.¹⁷²

Departementsråden i JD svarte i e-post kl. 19.34 til lovavdelingen: «Helt enig. Vil de ikke være m så lever vi med det.»¹⁷³

Samme dag kl. 18.21 sendte lovavdelingen en e-post til helserechtsavdelingen i HOD der de hadde samme budskap som til egen departementsråd og påpekte blant annet:

Om helserechtsavdelingen vurderer det annerledes, hører jeg gjerne mer om det. Strengt tatt burde denne endringen skje umiddelbart, men vår politiske ledelse har ønsket å vente til 27. mai slik at alle endringene skjer samtidig. Men å vente til 8. juni er – fra mitt faglige ståsted – noe jeg må advare mot. Dette er altså et innspill fra fagsiden, og ikke noe som nå er løftet politisk.¹⁷⁴

I den videre kommunikasjonen mellom lovavdelingen i JD og helserechtsavdelingen i HOD kom det fram at helse- og omsorgsministeren fortsatte å engasjere seg for å opprettholde kravet om at vaksinerte og de som hadde gjennomgått covid-

¹⁶⁷ Dette går fram av e-postdialog om RCU-notatet mellom HOD og JD 5. og 6. mai 2021.

¹⁶⁸ Pressemelding, JD, 7. mai 2021, Nr: 78-2021, «Flere reisende må på karantenehotell».

¹⁶⁹ Rundskriv, JD, 9. mai 2021, «G-13/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».

¹⁷⁰ Pressemelding, JD, 12. mai 2021, Nr. 93-2021, «Endringer i karanteneregler ved reiser fra Storbritannia».

¹⁷¹ Møtereferat, DSBs referat fra møte mellom DSB og statsforvalterne, 4. mai 2021, «Hastemøte om mulige endringer karantenehotellordningen – 04.05.2021 kl. 13:00, VTC».

¹⁷² E-post, lovavdelingen til departementsråden i JD, fredag 14. mai 2021 kl. 18.45.

¹⁷³ E-post, departementsråden til lovavdelingen i JD, fredag 14. mai 2021 kl. 19.34.

¹⁷⁴ E-post, lovavdelingen i JD til helserechtsavdelingen i HOD, fredag 14. mai 2021 kl. 18.21.

19, skulle på karantenehotell til et system med QR-koder var på plass.¹⁷⁵ Lørdag 15. mai kl. 08.43 sendte departementsråden i JD følgende e-post til statssekretæren:

Vi trenger rask politisk avklaring. Jeg er enig i vurderingen. Det er vanskelig å forstå hvorfor hodmin [helse- og omsorgsministeren] vil vente så lenge. Uansett hva dere velger mener iallfall at det bør fremkomme at vi mener det er mulig å gjøre dette fra et tidligere tidspunkt. Uten QR. Rcu bør få dette som valg.¹⁷⁶

Klokken 12.38 sendte statssekretæren i JD følgende e-post til departementsråden med kopi til lovavdelingen: «Har snakket med [justis- og beredskapsministeren] og hun legger seg her på samme linje som [helse- og omsorgsministeren].»¹⁷⁷

Klokken 15.22 den 15. mai sendte lovavdelingen en e-post til statssekretæren i JD, der det ble vist til at notatet var justert i tråd med at justis- og beredskapsministeren ønsket «samme linje» som helse- og omsorgsministeren, og at justeringene allerede var godkjent av helse- og omsorgsministeren.¹⁷⁸ Lovavdelingen gjentok samtidig bekymringen sin knyttet til lovligheten av å pålegge vaksinerte og de som hadde gjennomgått covid-19, en plikt til å bo på karantenehotell. Departementsråden sendte noe senere følgende e-post til embetsverket i JD:

Da blir det slik [...]. Og statsråden vil altså sørge for at vårt faglige syn blir gjort kjent for rcu. Jeg skal si ifra til henne før rcu at dette ikke er bare lovs vurdering, men vurderingen faglig fra jd. Vet at de andre avdelingene – og jeg – ser de samme utfordringer som dere.¹⁷⁹

Parallelt med diskusjonene om hva som kunne aksepteres som dokumentasjon for at man var beskyttet, enten ved vaksine eller gjennomgått covid-19, utferdiget JD og HOD et RCU-notat om karantenehotellordningen. Det endelige notatet, ble fremmet av justis- og beredskapsministeren

og helse- og omsorgsministeren i RCU 18. mai 2021. Formålet med notatet var å få regjeringens tilslutning til nødvendige endringer i karantenehotellordningen. Ministrene hadde blant annet følgende forslag til konklusjon:

1. Det gis unntak fra plikten til å oppholde seg på karantenehotell for beskyttede (vaksinerte og immune) når dette kan dokumenteres på en enkel, digital, sikker og verifiserbar måte.
2. Skillet mellom nødvendig og unødvendig reise i covid-19-forskriften § 5 annet ledd a og c, jf. fjerde ledd oppheves. Plikten til opphold på karantenehotell tar utgangspunkt i smittesituasjonen i det landet den reisende har oppholdt seg i de siste 10 dager før innreise i tråd med følgende kategorier: [...]
3. Det innføres en vedtaksordning for fritak fra karantenehotell ved sterke velferdshensyn og andre tungtveiende hensyn.
4. Helse- og omsorgsministeren, i samråd med justis- og beredskapsministeren, gis fullmakt til å endre covid-19-forskriften i tråd med konklusjonspunkt 1 til 3. Det tas sikte på at endringene i forskriften kan tre i kraft 27. mai, forutsatt tilstrekkelig testkapasitet.¹⁸⁰

I RCU 18. mai 2021 ble det ikke truffet noen endelige konklusjoner. Disse skulle trekkes på regjeringskonferansen 20. mai 2021. De forslagene som var fremmet i notatet ble foreløpig lagt til grunn, med enkelte tillegg.¹⁸¹ Blant annet ble det, med relasjon til spørsmålet om unntak for karanteneplikt for beskyttede, tilføyd at «Helse og omsorgsministeren og justis- og beredskapsministeren vurderer frem mot r-konferansen 20. mai om informasjonen på Helsenorge.no i kombinasjon med fremvisning av pass gir tilstrekkelig verifikasjon».

RCU la dermed opp til at skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser skulle fjernes, at vaksinerte og immune skulle få unntak fra kravet om å oppholde seg på karantenehotell når dette kunne dokumenteres på en «enkel, digital, verifi-

¹⁷⁵ E-post kommunikasjon mellom lovavdelingen i JD og helse- og omsorgsministerens avdeling i HOD, 14–22. mai 2021.

¹⁷⁶ E-post, departementsråden i JD til statssekretæren i JD, lørdag 15. mai 2021 kl. 08.43.

¹⁷⁷ E-post, statssekretæren i JD til departementsråden med kopi til lovavdelingen, lørdag 15. mai 2021 kl. 12.38.

¹⁷⁸ E-post, lovavdelingen til statssekretæren i JD, lørdag 15. mai 2021 kl. 15.22.

¹⁷⁹ E-post, departementsråden i JD til lovavdelingen, lørdag 15. mai 2021 kl. 16.51.

¹⁸⁰ RCU-notat «Karantenehotellordningen - behov for endringer», 18. mai 2021. Fremmet av justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren, til møte i RCU 18. mai 2021.

¹⁸¹ RCU-notat «Karantenehotellordningen - behov for endringer», 18. mai 2021. Fremmet av justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren, til møte i RCU 18. mai 2021. Korrigert protokoll for regjeringens covid-19-utvalg, 18. mai 2021, Nr. 19/2021.

serbar og sikker måte», og at kravet om opphold på karantenehotell for reisende innenfor EØS/Schengen/Storbritannia skulle knyttes til smittenivå.

På bakgrunn av uenigheten mellom JD og HOD om unntaket fra karantenehotell for dem som var beskyttet, sendte departementsråden i JD en e-post til lovavdelingen på morgenen 20. mai.¹⁸² I e-posten skrev hun følgende:

Statsråden har bestemt seg for at de skriver et rent politisk notat. Det vil fremgå at vi mener det rettslig ikke er holdbart å kreve karantenehotell for vaksinerte som kan verifisere dette – og at vi mener at helsenorge.no pluss pass er tilstrekkelig. Hun har fått opplyst av pol [politisk ledelse] på SMK at embetsverket der er enig med oss.

Departementsråden sendte samme morgen en e-post til statssekretæren i JD, der hun kommenterte det politiske notatet justis- og beredskapsministeren skulle legge fram på regjeringskonferansen samme dag slik:

Faglig mener jeg det er krevende å vente når vi så klart mener det ikke er hjemmel for å opprettholde kravet og fordi vi mener dokumentasjonen er tilstrekkelig. Det er viktig for oss at det fremgår at dette er vår faglige vurdering – slik det nå gjør. Utover det har jeg ikke merknader til utkastet slik det nå foreligger fra POL, bare noen mindre språkrettinger som jeg så ved gjennomlesing.¹⁸³

Unntaket fra karantenehotell for beskyttede ble behandlet i regjeringen 20. mai 2021.¹⁸⁴ Dagen etter uttalte justis- og beredskapsministeren følgende i en pressemelding:

Så snart vi har fått på plass dokumentasjon som er digital, sikker og verifiserbar vil også beskyt-

tede personer, blant annet de som har fått første vaksinedose for mer enn tre uker siden, slippe å være på karantenehotell.¹⁸⁵

Regjeringen besluttet samme dag å fjerne skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser for alle reisende. Reisende fra Storbritannia og EØS/Schengen-land med lav smitte trengte ikke lenger å være på karantenehotell, mens personer som hadde vært i områder med høy smitte, måtte på karantenehotell uavhengig av reisens formål.¹⁸⁶ Formålet med reisen var dermed ikke lenger avgjørende for plikten til opphold på karantenehotell. «Fargekartet» ble igjen innført som det primære grunnlaget for å vurdere vilkårene for innreisekarantene. Oppholdstiden på karantenehotell ble samtidig differensiert basert på smittesituasjonen i det landet den reisende kom fra.

Den 26. mai kl. 16.54 sendte DSB en e-post til statsforvalterne. Bakgrunnen var at DSB hadde mottatt en rekke spørsmål fra kommuner som hadde karantenehotell, om endringene som regjeringen hadde vedtatt. Videre hadde flere kommuner gitt uttrykk for at hotellkapasiteten var under sterkt press. I e-posten ble statsforvalterne bedt om å videreformidle til kommunene at DSB dessverre hadde lite informasjon om regelendringene og hvordan endringene ville påvirke kapasiteten i karantenehotellordningen. DSB forsikret at de ville videreformidle forskriftsendringene og det reviderte rundskrivet når dette hadde kommet på plass. Avslutningsvis i e-posten sto det at DSB hadde fått kjennskap til at endringene ville tre i kraft kl. 12.00 dagen etter. Dette var DSB blitt kjent med via «pressekonferansen og pressemelding fra justis- og beredskapsdepartementet».¹⁸⁷

Med virkning fra 27. mai 2021 kl. 12.00 ble skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser opphevet. Fra samme tidspunkt fikk statsforvalterne myndighet i smittevernloven til å pålegge kommuner i regionen å sørge for karantenehotelltilbud. Bakgrunnen for denne hjemmelen var at hotellkapasiteten i enkelte områder var sprengt. Formålet med å gi statsforvalterne påleggsmyndighet var å sikre en rettfærdig og forsvarlig byrdefordeling mellom kommuner og tilstrekkelig kapasitet i ordningen.¹⁸⁸

¹⁸² E-post, departementsråden til lovavdelingen i JD, 20. mai 2021 kl. 10.16.

¹⁸³ E-post, departementsråden til statssekretæren i JD, 20. mai 2021 kl. 10.47.

¹⁸⁴ R-notat «Covid-19-notat: Karantenehotellordningen behov for endringer notat 2 (unntak for vaksinerte mv.)», 19. mai 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren. R-notat «Covid-19-notat: Karantenehotellordningen – behov for endringer – tilleggsnotat om unntak for beskyttede», 20. mai 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren. R-notat «Covid-19-notat - innreisekarantene og endringer for vaksinerte og personer med gjennomgått covid-19, samt vurdering av karanteneplikt for journalister», 19. mai 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren.

¹⁸⁵ Pressemelding, JD, 21. mai 2021, Nr. 94-2021, «Endringer i karantenehotellordningen og lettelser i innreiserestriksjonene».

¹⁸⁶ Notat, JD, 26. mai 2021, «Følgenotat- endringer i karantenehotellordningen». Til: Ledelsen. Fra: LOV».

¹⁸⁷ E-post, DSB til statsforvalterne, 26. mai 2021 kl. 16.54.

¹⁸⁸ Rundskriv, JD, 29. mai 2021, «G-16/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».

Regjeringen besluttet også å innføre en vedtaksordning for dem som mente å ha krav på fritak på grunn av sterke velferdshensyn og andre tungtveiende hensyn.¹⁸⁹ Denne ordningen trådte i kraft 3. juni. Den ble administrert av UDI og var unntatt forvaltningslovens klageregler.¹⁹⁰

Unntak for beskyttede ble innført

Mot slutten av mai 2021 fortsatte diskusjonen mellom JD og HOD om hvilket dokumentasjonskrav som skulle gjelde for at personer som var beskyttet mot smitte skulle unntas fra karantenehotellplikten.

JD mente informasjon fra Helsenorge.no var tilstrekkelig dokumentasjon, mens HOD i utgangspunktet mente det var nødvendig med digitale løsninger basert på QR-koder. JD mente dessuten at det midlertidig burde være tillatt med dokumentasjon i form av utskrifter fra Helsenorge.no, i tillegg til dokumentasjon gjennom pålogging. POD støttet en slik løsning og viste til at «sammenlignet med flere andre opplysninger som er tillitsbasert i grensekontrollen vil en slik dobbel erstatningsverifisering fremstå som mer sikker enn øvrig informasjon»¹⁹¹. HOD var ikke enig i dette og pekte på at faren for forfalskninger var spesielt stor ved papirutskrifter. I dialogen med HOD gjentok JD det de hadde påpekt flere ganger tidligere i mai, nemlig at det med all sannsynlighet ville være i strid med loven å pålegge beskyttede en plikt til å bo på karantenehotell.¹⁹²

I et r-notat til regjeringskonferanse 27. mai 2021, fremsatte justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren følgende forslag til konklusjon:

Ved en forsinket lansering av QR-koden får justisministeren og helseministeren fullmakt til å vurdere på hvilken måte informasjon på helsenorge.no kan anses å gi tilstrekkelig enkel, sikker og verifiserbar dokumentasjon på status som beskyttet.¹⁹³

Regjeringen konkluderte slik:

¹⁸⁹ Pressemelding, JD, 21. mai 2021, Nr. 94/2021, «Endringer i karantenehotellordningen og lettelser i innreiserestriksjonene».

¹⁹⁰ Rundskriv, JD, 29. mai 2021, «G-16/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».

¹⁹¹ E-post, politiavdelingen i JD til lovavdelingen i JD, 25. mai 2021 kl. 17.40, «Opplysninger fra POD».

¹⁹² Dette kommer fram av e-postutveksling mellom HOD og JD i perioden 20. mai til 4. juni 2021.

Det gis fullmakt til justis- og beredskapsministeren, helse- og omsorgsministeren, statsministeren og partilederne til å avklare en ev. midlertidig løsning for å dokumentere status som beskyttet frem til systemet med QR-koden er på plass.¹⁹⁴

Med utgangspunkt i konklusjonen fra regjeringskonferansen 27. mai utarbeidet JD og HOD en endringsforskrift som trådte i kraft 3. juni 2021. I endringsforskriften ble det innført unntak for dem som kunne dokumentere at de var beskyttet, gjennom å logge på Helsenorge.no. I henhold til covid-19-forskriften var det bare pålogging, og ikke papirdokumentasjon, som var gyldig.¹⁹⁵ Pålogging på Helsenorge.no gjaldt som gyldig dokumentasjon fram til ordningen med koronasertifikatet ble innført 11. juni 2021.

Samtidig med at ordningen med koronasertifikat var under utvikling, økte antall reisende inn i Norge. Dette la fortsatt press på både grenseopdraget og karantenehotellordningen. I en situasjonsrapport fra POD datert 27. mai ble det beskrevet at økningen i antall reisende satte politiets kapasitet under press. Det ble også pekt på enkelte andre utfordringer:

Øst pd. melder at antall personer som måtte på karantenehotell i forrige uke var på høyeste nivå hittil i år, og at det er utfordrende å finne ledige plasser på karantenehotellene. Distriktet rapporterer om økt antall personer som utfordrer innreisekravene og ikke fremlegger nødvendig informasjon. [...]

Kritikken av karantenehotell vil trolig forverre seg da kjeden, særlig i Øst PD, opplever store kapasitetsutfordringer. Dette skaper utfordringer for de reisende og frustrasjonen rettes mot våre ansatte. Det går utover tilliten til politiet. Vi samarbeider med DSB om denne problemstillingen.¹⁹⁶

¹⁹³ R-notat «Covid-19-notat: Alternativ løsning: Unntak fra karantenehotell for beskyttede med dagens dokumentasjonsløsninger», 27. mai 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren.

¹⁹⁴ R-notat «Covid-19-notat: Alternativ løsning: Unntak fra karantenehotell for beskyttede med dagens dokumentasjonsløsninger», 27. mai 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren og helse- og omsorgsministeren. Protokoll fra regjeringskonferanse 27. mai 2021, Nr. 21b/2021.

¹⁹⁵ FOR-2021-06-03-1744 Forskrift om endring i forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet § 5g, § 5h og vedlegg D.

¹⁹⁶ Rapport, POD, 27. mai 2021, «Situasjonsrapport nr. 60. Politiets situasjonssenter (27.05.2021 – 14:00) – Hendelse: Korona (PSS)».

Oppsummert om myndighetenes håndtering av importsmitte i mai 2021

Som vi her har beskrevet, ble skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser for plikten til å gjennomføre karantene på karantenehotell opphevet i mai. Først ble skillet opphevet for reisende som hadde oppholdt seg i land utenfor EØS/Schengen og deretter for alle innreisende. Det innebar at også de som hadde vært på nødvendige reiser, som et utgangspunkt, måtte på karantenehotell. På grunn av diskusjoner knyttet til dokumentasjonskravet, tok det noe tid før de som var vaksinert eller hadde gjennomgått covid-19 fikk unntak fra plikten til å bo på karantenehotell. Kapasiteten på karantenehotellene var nå svært presset. Prosessen knyttet til unntak for beskyttede viser hvor involvert politikerne var i disse spørsmålene, og som en ansatt i Helsedirektoratet har beskrevet for oss, traff ikke ordningen så godt når det satt vaksinerte nordmenn på karantenehotell.¹⁹⁷

7.7 Gradvis gjenåpning og deretter nye tiltak, sommeren og høsten 2021

I juni 2021 var myndighetene i gang med å gjenåpne samfunnet. Lettelsene i smitteverntiltakene ble gjort trinnsvis, der første og andre trinn ble iverksatt i henholdsvis april og mai. Starten på trinn tre i gjenåpningen ble iverksatt med virkning fra 19. juni. På pressekonferansen 18. juni understreket statsminister Erna Solberg at de nasjonale lettelsene forutsatte at noen innreiserestriksjoner ble opprettholdt.

Sommeren 2021 var det kraftig økning i reisevirksomheten sammenlignet med gjenåpningen som fulgte etter nedstengningen i mars 2020. Dette skapte særlig press på grenseovergangene. Først i september 2021 ble karantenehotellordningen gjort frivillig, og senere på høsten førte en ny virusvariant (omikronvarianten) til at innreisetiltak ble innført nok en gang. Vi skal nå se nærmere på hva som preget sommeren og høsten 2021 når det gjelder håndteringen av importsmitte.

Juni 2021 – starten på trinn tre i gjenåpningen

Den 3. juni 2021 beskrev POD i situasjonsrapporten sin at grensekontrollen ble stadig mer utfør-

rende på grunn av uklare innreiseregler, lange køer på grensen og stadige endringer i unntaksreglene.¹⁹⁸ I situasjonsrapporten fra 10. juni 2021 understreket POD at ytterligere økning i innreise-trafikken forsterket utfordringene og bidro til å skape kritiske situasjoner enkelte steder. De skrev blant annet:

I politidistrikt med store grensepasseringssteder medfører kontrolltiden, inkludert rådgivning og veiledning i forbindelse med grensekontroll, en opphopning av reisende ved kontrollpunktene. Dette medfører lange køer for de reisende, vanskeligheter med å opprettholde smittevern og en uforholdsmessig HMS-belastning på mannskapene som utfører kontrollen.

Hyppe endringer i regelverk og i fortolkningen av dette sammen med kort tid til å implementere endringene i praksis på grensekontrollstedene, er et stort problem og medfører unødige uoverensstemmelser mellom kontrollører og reisende. Denne uken har det fortsatt vært økning i bruk av karantenehotell i tillegg til at kapasitetsutfordringene har medført at noen innreisende er sendt i hjemmekarantene fra Øst politidistrikt.¹⁹⁹

POD understreket også tvetydigheten i kommunikasjonen fra myndighetene:

Vi opplever dobbeltkommunikasjon fra myndighetene. Statsministeren og Nakstad sier at snart kan man dra på handletur til Sverige uten karantene, mens UD fraråder ikke strengt nødvendige reiser ut av landet. De reiselystne gis dermed et valg om hvem de vil høre på. Det er uheldig.

I situasjonsrapporten fra 17. juni 2021 opplyste POD at det fortsatt var «stor økning i antall reisende», at grensekontrollen var «svært tidkrevende» på de mest trafikkerte grenseovergangene, at det var «vanskeligheter med å opprettholde smittevern» og «uforholdsmessig HMS-belastning på mannskapene» i grensekontrollen.²⁰⁰ POD påpekte at Den internasjonale juristkommisjon – norsk avdeling (ICJ-Norge) mente at «det rettslige grunnlaget for karantenehotell er

¹⁹⁸ Rapport, POD, 3. juni 2021, «Situasjonsrapport nr. 61. Politiets situasjonssenter (03.06.2021 – 14:00) – Hendelse: Korona (PSS)».

¹⁹⁹ Rapport, POD, 10. juni 2021, «Situasjonsrapport nr. 62. Politiets situasjonssenter (10.06.2021 – 14:00) – Hendelse: Korona (PSS)».

¹⁹⁷ Forklaring, ansatt i Helsedirektoratet, 14. november 2021.

tynt», og at «alle bør nekte å vedta forelegg og heller prøve saken for retten».

Den 11. juni 2021 trådte det i kraft endringer i smittevernloven som la til rette for at koronasertifikatet kunne bli tatt i bruk i Norge.²⁰¹ Det ble samtidig lagt til rette for å gjennomføre EU-forordningen om koronasertifikat, slik at Norge kunne bli del av den felles EU-løsningen som var i gang med å bli etablert. I første omgang skulle politiet kontrollere koronasertifikat som var utstedt i Norge. Sertifikatet skulle primært brukes ved grensepasseringer. Det å vise fram koronasertifikat ga unntak fra innreisekarantene.

Som del av trinn tre i gjenåpningen gjennomførte regjeringen i juni 2021 en rekke lettelsers reiserådene, innreiserestriksjonene og kravet til innreisekarantene. Fra og med 19. juni ble det åpnet for at både norsk, svensk og dansk koronasertifikat med QR-kode kunne aksepteres som dokumentasjon for å få unntak fra innreisekarantene.²⁰² Regjeringen besluttet samtidig å åpne for innreise for utlendinger som var bosatt i EØS-området eller i Storbritannia, og som hadde nærmere definerte relasjoner til en person bosatt i Norge. Det skulle bli enklere for kjærester og andre familiemedlemmer å reise til Norge.²⁰³ Innreise for kjærester forutsatte forhåndssamtykke for kjærestebesøket fra UDI. I UDs pressemelding ble det presisert at «det allerede er anledning til innreise for nærere familiemedlemmer, slik som ektefelle/samboer og mindreårige barn».

Som del av lettelsene i innreiserestriksjoner ble det fra 19. juni også åpnet for innreise for «utenlandske idrettsutøvere og nødvendig støttepersonell som kommer til Norge for å delta i Oslo Bislett Games og kvalifiseringskamper til UEFA Champions League og UEFA Conference League».²⁰⁴

Fra mandag 21. juni 2021 harmoniserte Norge landfargene med EU, mens terskelen for hva som skulle være et «grønt land», som ga fritak fra innreisekarantene, ble endret i tråd med de europeiske anbefalingene fra 5. juli. Personer som bodde i et grønt land, slik det var kategorisert etter de europeiske anbefalingene, og som hadde

oppholdt seg der i de siste ti dagene, kunne dermed reise fritt inn i Norge, uavhengig av statsborgerskap. For disse ble kravet om innreiseregistrering og testing på grensen likevel opprettholdt.

Den 24. juni 2021 koblet Norge seg til EUs løsning, og koronasertifikatet kunne dermed bli brukt for reisende til og fra Norge innenfor EU-/EØS-området for landene som hadde fått en slik løsning på plass. Det ble samtidig gjort store lettelser i karantenehotellordningen. Dette begrunnet helsemyndighetene blant annet med «økende vaksinasjonsdekning, fallende smittenivåer i Europa, nedgang i andel reisende fra Europa som tester positivt innen 10 døgn etter innreise, samt kapasitetsutfordringer».²⁰⁵ Lettelsene i innreiserestriksjonene og karantenebestemmelsene var også rettet mot næringslivet, som hadde hatt utfordringer med å få tak i personene de trengte for å få hjulene til å gå rundt under pandemien.²⁰⁶

Lettelsene som kom i juni og juli, innebar dermed at det ble lettere å reise inn til Norge, og at færre var pliktige til opphold på karantenehotell. I tillegg hadde alle reisende som var på karantenehotell, mulighet til å teste seg ut allerede etter tre døgn. Det ble dessuten bestemt at kravet til test og innreiseregistrering ble fjernet for personer som var fullvaksinert eller hadde gjennomgått covid-19. Dette bidro til å redusere presset både på testkapasiteten på grensen og på kontrollbehovet knyttet til innreiseregistrering.

Sommeren 2021 var smittetallene i Europa på vei ned, og stadig flere land gikk fra «rødt» til «grønt» på fargekartet som beskrev smittenivået i de ulike landene. Det innebar at stadig flere europeere kunne reise inn i Norge og være unntatt karantenekravet, også uavhengig av koronasertifikater og vaksinstatus.

Samtidig var det en større andel av dem som først endte på karantenehotell, som testet positivt, slik at de måtte i isolasjon. Dette skapte press på karantenehotellene ettersom det er mer krevende, med tanke på kontroll og smittevern, å håndtere personer som er i isolasjon. Reglendingene, ikke minst flere unntaksbestemmelser og lettelsers i innreiserestriksjonene, bidro til økt press på grensekontrollen, både med tanke på kødannelser og infrastruktur. Det var også en rekke kompliserte vurderinger av reisende som måtte bli gjort når de passerte grensen, noe som økte belastningen for politiet på grensen.

²⁰⁰ Rapport, POD, 17. juni 2021, «Situasjonsrapport nr. 63. Politiets situasjonssenter (17.06.2021 – 14:00) – Hendelse: Korona (PSS)».

²⁰¹ Nettartikkel, HOD, 11. juni 2021, «Lovendringer om koronasertifikat vedtatt».

²⁰² Rundskriv, JD, 21. juni 2021, «G-20/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».

²⁰³ Pressemelding, UD, 18. juni 2021, «Gjenåpning: Trinnavis åpning for reiser i trygge rammer».

²⁰⁴ Ibid.

²⁰⁵ Rundskriv, JD, 21. juni 2021, «G-20/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell».

²⁰⁶ Pressemelding, UD, 18. juni 2021, «Gjenåpning: Trinnavis åpning for reiser i trygge rammer».



Figur 7.13 Køer i avgangshallen på Oslo lufthavn Gardermoen.

Foto: Geir Olsen / NTB

Juli og august 2021 – økt reisevolum

Juli og august 2021 ble preget av en kraftig økning i reisevirksomheten sammenlignet med gjenåpningen som fulgte etter nedstengningen i mars 2020. I andre kvartal 2020 gjennomførte nordmenn 90 000 utenlandsreiser, mens tallet for andre kvartal 2021 var 190 000.²⁰⁷ I tredje kvartal 2021 gjennomførte nordmenn 820 000 reiser til utlandet. Dette var mer enn det dobbelte av antall utenlandsreiser i tilsvarende periode i 2020, men likevel langt færre enn i et normalår.²⁰⁸ Norge opprettholdt grensekontrollen for indre Schengen-grenser utover sommeren 2021. I en situasjonsrapport fra 1. juli 2021 redegjorde POD for utfordringene ved grenseoppdraget:

Politiets analyser av tidligere endringer viser at det går over 48 timer fra en regelendring besluttes til den er implementert i innreisekjeden. Stadige endringer i regelverk og i fortolkningen av dette sammen med for kort tid til å implementere endringene i praksis på grense-

kontrollstedene er en utfordring. Dette i kombinasjon med et stadig økende volum av reisende medfører unødige uoverensstemmelser mellom kontrollører og de som skal krysse grensen. [...]

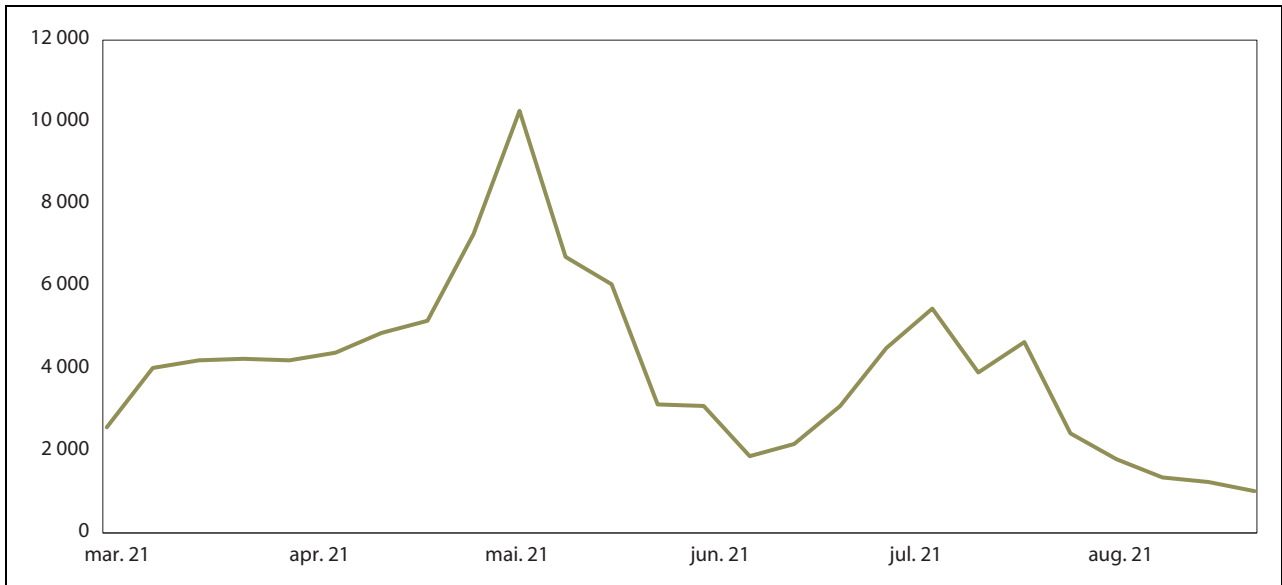
Det ventes at kødannelse på grunn av det økende antall reisende som skal kontrolleres på grensen kan komme til et ytterligere kritisk punkt, hvor konsekvensene for den enkelte reisende, logistikk på vei, luft og sjø og belastning på mannskapene i grensekontrollen ikke er akseptable.²⁰⁹

Utover sommeren økte reisevirksomheten og presset på grenseovergangene. I Innlandet var ikke presset på karantenehotellene stort. Per 1. juli 2021 ble det rapportert om at en kommune hadde to gjester, og ellers var det ingen andre gjester på hotellene. En stor andel av dem som var underlagt plikten til å bo på karantenehotell, ankom via Oslo lufthavn, noe som forsterket den skjeve byrdefordelingen ved ordningen, der Ullensaker kommune var spesielt belastet. Samtidig var et stort hotell i Sandefjord kommune tatt i

²⁰⁷ Nettartikkel, Statistisk sentralbyrå, 25. august 2021, «Kraftig økning i innenlandsreiser».

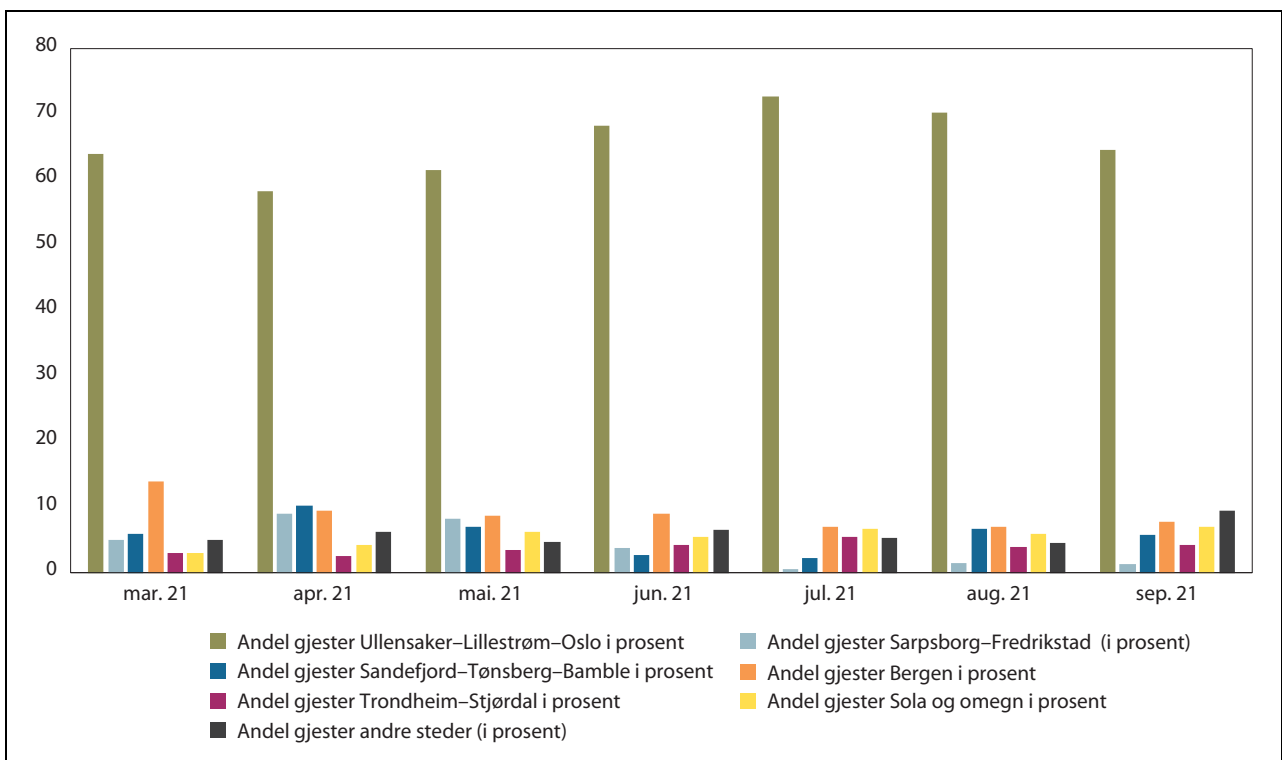
²⁰⁸ Nettartikkel, Statistisk sentralbyrå, 25. november 2021, «Rekordmange Norgesreiser i 3. kvartal».

²⁰⁹ Rapport, POD, 1. juli 2021, «Situasjonsrapport nr. 65-politiets situasjonssenter-Korona (01.07.2021 – 14:00) Hendelse: Korona (PSS)».



Figur 7.14 Ankomne gjester på karantenehotell fra mars til september 2021.

Kilde: DSB



Figur 7.15 Fordeling av gjester på karantenehotell på ulike kommuner.

Kilde: DSB

bruk som karantenehotell i juni 2021, noe som gjorde også denne kommunen sentral i karantenehotellordningen.

I situasjonsrapporten fra 28. juli 2021 gjentok POD mange av de samme utfordringene som var påpekt tidligere i juli.²¹⁰ POD pekte dessuten på «utfordringer knyttet til å holde seg oppdatert på

stadige endringer i et komplekst regelverk i kombinasjon med rulling av mannskaper og ferieavvikling». I situasjonsrapporten fra 12. august sto

²¹⁰ Rapport, POD, 28. juli 2021, «Situasjonsrapport nr.69-politets situasjonssenter-Korona (28.07.2021 – 12:00) Hendelse: Korona (PSS)».

det at POD hadde beregnet at politiet benyttet ca. 830 ansatte til grenseoppdraget.²¹¹ Heimevernet bisto med 164 soldater, og i tillegg bidro en del av politiets mannskaper med ulike arbeidsoppgaver uten å være fysisk i grensekontrollen.

September og oktober 2021 – avvikling av reiserestriksjoner og plikt til å bo på karantenehotell

I september 2021 hadde antallet personer på karantenehotell gått kraftig ned. På det meste rapporterte DSB at det i løpet av en uke var ankommet 10 272 personer på karantenehotell (uke 22). I løpet av sommeren lå antallet på mellom 1800 og 4700 personer. I uke 38 var antallet nede i 1021.²¹²

Presset på grensene var også mindre sammenlignet med sommeren. Likevel ble det også i september 2021 gjennomført omfattende kontroll av reisende på grensen, også av persontrafikken fra Sverige til Norge. En svensk grensependler tok et bilde (se figur 7.16) som illustrerer dette. Ved grensepassering til Norge i september 2021 opplevde han at alle måtte ut av bussen og stille seg langs veggen. Deretter kom politiet for å kontrollere legitimasjon og koronasertifikat. Kontrollen tok til sammen omkring to timer.

Den 24. september 2021 besvarte Helsedirektoratet et samleoppdrag fra HOD om blant annet å vurdere innreiserestriksjonene.²¹³ Helsedirektoratet anbefalte «utfra en helhetsvurdering [...] at innreiserestriksjoner og innreisetiltak trappes gradvis ned under overvåkning av situasjonen». Regjeringen valgte på grunnlag av helsemyndighetenes råd å gjennomføre en gradvis fjerning av innreiserestriksjonene. Første fase startet 25. september 2021.²¹⁴ Karantenehotellordningen ble da frivillig, og det ble åpnet for at alle borgere fra EU/EØS, Storbritannia, Sveits og såkalte lilla land²¹⁵ kunne reise inn til Norge. Det var lagt opp til to faser med nedtrapping av innreiserestriksjoner etter dette.

Den 1. oktober 2021 besluttet regjeringen at alle grenseovergangene skulle bli åpnet for bruk



Figur 7.16 Kontroll av reisende på Svinesund i september 2021.

Foto: Privat

med virkning fra midnatt natt til 6. oktober 2021.²¹⁶ Fortsatt var testplikten hovedregelen for bestemte grupper av reisende, men på grenseoverganger uten teststasjon kunne den reisende i stedet bruke hurtigtest på en offentlig teststasjon innen 24 timer. På grenseoverganger med teststasjon var det fortsatt krav om å teste seg. Reisende uten godkjent digitalt koronasertifikat som kom fra land med karanteneplikt, var i utgangspunktet testpliktige. Fra 1. oktober 2021 frarådet ikke lenger UD å foreta reiser som ikke var strengt nødvendige.²¹⁷

November og desember 2021 – omikronvarianten førte til nye innreisetiltak

På bakgrunn av økende smitte både i og utenfor Norge besluttet regjeringen i november 2021 å stramme inn på innreisetiltakene.²¹⁸ Fra og med 26. november 2021 gjeninnførte regjeringen kravet om negativ test før innreise uavhengig av hvil-

²¹¹ Rapport, POD, 12. august 2021, «Situasjonsrapport nr. 71-politiets situasjonssenter-Korona (12.08.2021 – 12:00) Hendelse: Korona (PSS)».

²¹² DSBs ukereport for belegg på karantenehotell i 2021.

²¹³ Svar på oppdrag, Helsedirektoratet til HOD, 22. september 2021, «Revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 530 – Samleoppdrag om innreiserestriksjoner, reiseråd, innreisekarantene, karantenehotell, bruk av koronasertifikat og testing ved innreise».

²¹⁴ Pressemelding, JD, 24. september 2021, Nr: 145–2021, «Restriksjoner på innreise til Norge fjernes gradvis».

²¹⁵ Lilla land var land utenfor EØS/Schengen som etter FHI sin vurdering kunne ha noe mildere restriksjoner.

²¹⁶ Nettartikkel, HOD, 1. oktober 2021, «Alle grenseovergangene åpnes 6. oktober».

²¹⁷ Pressemelding, UD, 24. september 2021, «UDs globale reiseråd fjernes fra 1. oktober».

²¹⁸ Pressemelding, JD og HOD, 19. november 2021, Nr: 161–2021 «Nye tiltak ved innreise til Norge».

ket land den reisende ankom fra, og i tillegg ble kravet om testing og innreiseregistrering ved innreise utvidet. Dette gjaldt alle som ikke kunne dokumentere med godkjent koronasertifikat at de var fullvaksinert eller hadde gjennomgått covid-19 de siste seks månedene.

Fra og med 27. november innførte regjeringen målrettede tiltak mot land i det sørlige Afrika, der den nye virusvarianten omikron var oppdaget. Blant tiltakene var skjerpede krav til testing og gjeninnføring av plikt til å bo på karantenehotell.²¹⁹ Fra og med fredag 3. desember 2021 måtte alle som ankom Norge, i utgangspunktet teste seg uavhengig av vaksinasjonsstatus.²²⁰ Spesielle unntak ble imidlertid videreført for blant annet grensependlere, flypersonell og yrkessjåfører. Etter hvert som omikronvarianten etablerte seg i en rekke land over hele verden, inkludert i Norge, avvirket regjeringen fra og med 22. desember de spesielle tiltakene som var rettet mot landene i det sørlige Afrika.²²¹ De generelle innreisetiltakene

²¹⁹ Nettartikkel, JD og HOD, 26. november 2021, «Regjeringen innfører flere tiltak for å begrense spredning av ny virusvariant til Norge».

²²⁰ Nettartikkel, HOD, 2. desember 2021, «Alle som kommer til Norge må teste seg etter ankomst».

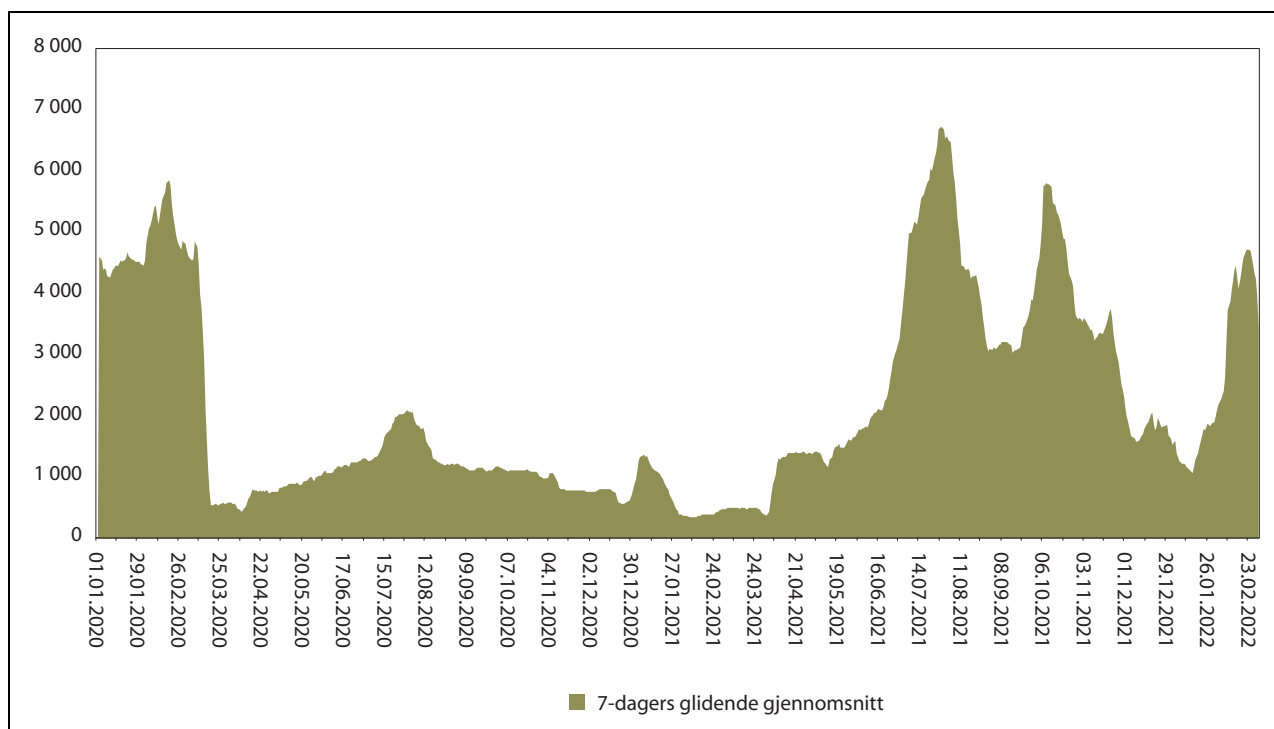
²²¹ Nettartikkel, HOD, 22. desember 2021, «Avvikler særskilte innreisetiltak mot reisende fra sørlige Afrika».

fra november/desember, ble opprettholdt. Fullføringen av fase tre i den gradvise gjenåpningen av grensene ble dermed utsatt til 2022.

Figurene 7.17 og 7.18 illustrerer utviklingen i antall grensepasseringer med henholdsvis personbiler og lastebiler over grensestasjonen ved Svinesund fra januar 2020 fram til mars 2022. Tallene viser at persontrafikken ble klart mer rammet av restriksjonene enn lastebiltrafikken, noe som gjenspeiler at myndighetene la til rette for at varetransporten skulle flyte så normalt som mulig. Tallene viser også hvordan persontrafikken ble kraftig redusert etter nedstengningen i mars 2020, og hvordan antall grensepasseringer inn til Norge økte betydelig sommeren 2021.

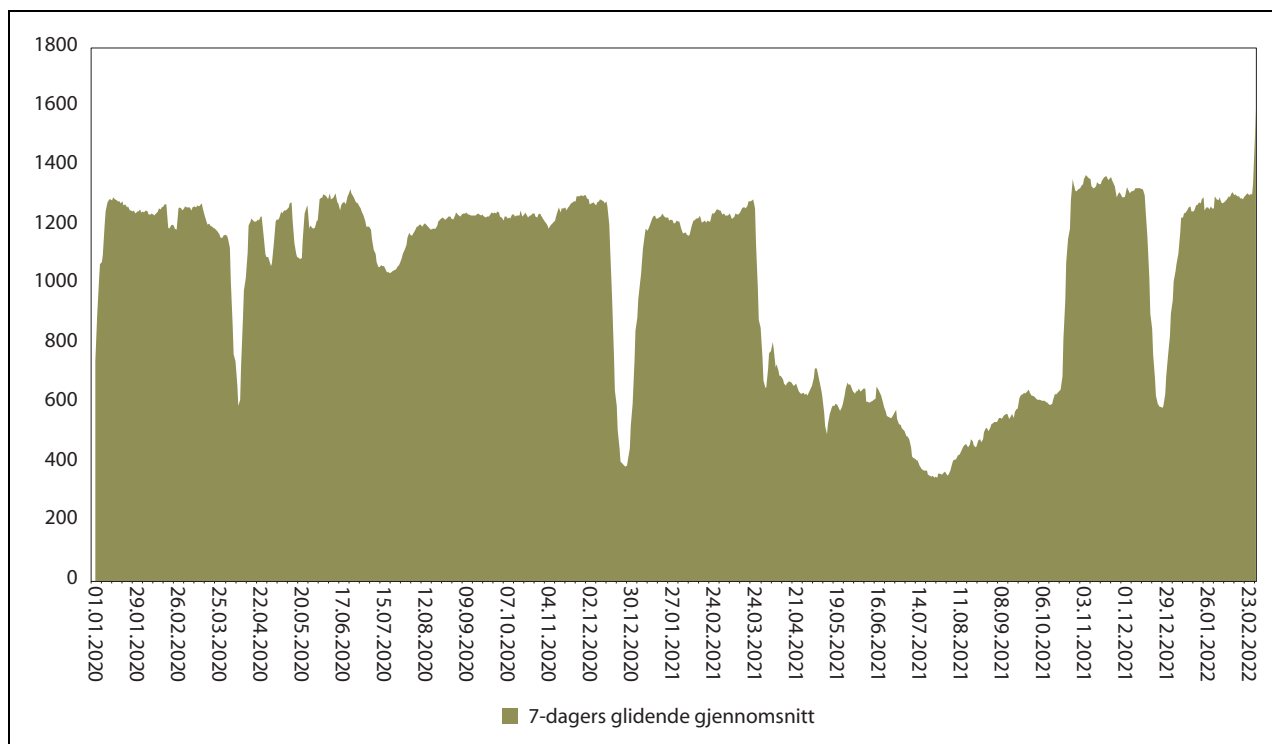
Oppsummert om myndighetenes håndtering av importsmitte sommeren og høsten 2021

Som vi har beskrevet økte antallet innreisende til Norge kraftig sommeren 2021, etter lettelser i innreiserestriksjonene og etablering av koronasertifikatordningen. Presset på karantenehotellordningene gikk også ned, som følge av flere unntak og krav om kortere opphold. I september 2021 ble ordningen frivillig. Regjeringen valgte å opprettholde omfattende grensekontroll på indre Schengen-grense, fram til innreiserestriksjonene ble



Figur 7.17 Antall grensepasseringer inn til Norge med personbil som 7-dagers glidende gjennomsnitt. 1. januar 2020 til 1. mars 2022.

Kilde: Statens vegvesen



Figur 7.18 Antall grensepasseringer inn til Norge med lastebiler som 7-dagers glidende gjennomsnitt, 1. januar 2020 til 1. mars 2022.

Kilde: Statens vegvesen

gradvis fjernet fra slutten av september. Det har kommet fram av dokumentasjonen at dette skapte utfordringer for politiet og tollerne på grensen, blant annet gjennom tidkrevende kontroller som førte til lange køer. Granskingen har også vist at politiet fortsatt opplevde problemer med å håndtere et komplisert regelverk i stadig endring. Politiet fikk dessuten for dårlig tid til forberedelse før reglene skulle iverksettes. Håndteringen av importsmitte la beslag på relativt store ressurser.

7.8 Konsekvenser for ulike deler av samfunnet

Innledning

Tiltakene som har vært iverksatt for å begrense smitte ved innreise fra utlandet har hatt konsekvenser for alle som krysser grensene, og for alle virksomheter som er avhengige av arbeidskraft og andre innsatsfaktorer fra utlandet. Store deler av det norske næringslivet har blitt berørt. For enkelte har tiltakene medført store merkostnader, og for andre midlertidig stengning eller konkurs. Noen kritiske samfunnsfunksjoner har også blitt rammet. Tiltakene har dessuten rammet enkelt-

personer og grupper i Norge, så vel som i utlandet. Videre har tiltakene påvirket handel og Norges forhold til andre land. Samlet sett har tiltakene mot importsmitte hatt store samfunnsmessige konsekvenser.

Vi skal nå se nærmere på konsekvensene for ulike deler av samfunnet.

Konsekvenser for privatpersoner

Innreiserestriksjonene har gjort hverdagen vanskeligere for arbeidstagere som er avhengig av å krysse grensen. Norske grensependlere til Sverige og Finland har i perioder opplevd tidkrevende kontroller på grensen ved hver grensepassering, i tillegg til karantene ved hver innreise til Norge. Noen har dermed vært i sammenhengende karantene i lengre perioder. Innføringen av strenge restriksjoner i januar 2021 førte til at mange som pendler inn til Norge, ikke kunne møte på jobb fordi grensene var stengt. Mange av disse hadde ikke rett til dagpenger og opplevde dermed både å miste jobben og å stå uten inntekt. En statlig kompensasjonsordning kom først på plass senere.

Også der formålet med reisen har vært å ivareta egen helse, egen eiendom i utlandet eller

andre private formål, har tiltakene mot importsmitte satt begrensninger. For mange som har ønsket å reise som et helseforebyggende tiltak, har det vært vanskelig å dokumentere at vilkårene for unntakene fra restriksjonene er oppfylt.²²² Mange har opplevd det problematisk å ikke kunne følge opp egen eiendom i utlandet med tilsyn og vedlikehold.

I den såkalte «hyttesaken» gikk norske hytteeiere til søksmål mot staten om lovligheten av karanteneplikten som ble utløst av å overnatte på egen fritidseiendom i utlandet. Hytteeierne vant fram i tingretten, mens lagmannsretten frifant staten våren 2021. Hytteeierne anket saken til Høyesterett. I dommen som ble avsagt 6. april 2022, slo Høyesterett fast at karanteneplikten grep inn i retten til respekt for den enkeltes hjem etter Grunnloven og EMK.²²³ Karanteneplikten grep også inn i retten til fri kapitalbevegelse etter EØS-avtalen. Høyesterett kom til at disse rettighetene likevel ikke var krenket, fordi inngrepene var berettigede. Dette gjaldt selv om myndighetene ikke uttrykkelig hadde drøftet forholdet til Grunnloven, EMK og EØS-avtalen da tiltaket ble vedtatt. Høyesterett konkluderte med at vilkårene i smittevernloven for å opprettholde karantenebestemmelsene i den perioden saken gjaldt, var oppfylt. Hytteeiernes anke til Høyesterett ble dermed forkastet.

Tiltakene mot importsmitte har også begrenset muligheten til å krysse grensene for å treffe ektefelle, kjæreste eller barn. Unntak fra regelverket har åpnet for at det har vært mulig å krysse grensene for å være sammen med barn og ektefelle, men restriksjonene har gjort grensepasingene belastende, på grunn av både tiltakene på grensen og karantenebestemmelsene. Mange kjærestepar som har bodd i hvert sitt land, har ikke kvalifisert for unntakene fra innreiserestriksjonene, noe som i enkelte tilfeller har ført til mange måneders fravær fra hverandre.²²⁴ Regelverket åpnet etter hvert for unntak fra restriksjoner på grunnlag av sterke velferdshensyn, men dette var unntaksbestemmelser som ble tolket og praktisert strengt.

Reglene for innreisekarantene har ført til at et stort antall personer har gjennomført innreiseka-

rantenen på karantenehotell. Rapporteringen fra kommunene til DSB viser at det i perioden fra 8. februar 2021 til 26. oktober 2021 hadde ankommet 113 839 personer på karantenehotell i Norge.²²⁵ Mange har av ulike årsaker opplevd opphold på karantenehotell som belastende.²²⁶ Mange barn, også barn i sårbare omsorgssituasjoner, har i løpet av pandemien oppholdt seg på karantenehotell. Det er videre mange eksempler på at personer med psykiske og sosiale utfordringer har endt opp på karantenehotell. Kommuneleger har i konkrete tilfeller besluttet at personer som har opplevd karanteneoppholdet som svært vanskelig, har sluppet å fullføre karantenen på hotell.

Fram til høsten 2021 fantes det ingen grundige utredninger fra myndighetenes side som kan belyse hvilke konsekvenser innreiserestriksjonene og innreisekarantene har hatt for de ulike gruppene av privatpersoner som har blitt berørt av tiltakene.

Konsekvenser for næringslivet

Næringslivet – tverrgående erfaringer

Norge har en liten, åpen økonomi der store deler av næringslivet er avhengige av globale verdikjeder.²²⁷ Norges evne til selvforsyning er på flere områder begrenset. Næringslivet spiller derfor en viktig rolle i nasjonal beredskap. Industriproduksjonen ble i 2020 og 2021 begrenset av pandemirelaterte forhold som reduserte tilgangen på utenlandsk arbeidskraft og forårsaket mangel på råvarer og innsatsfaktorer.²²⁸ Problemene skyldtes i noen grad nasjonale smitteverntiltak, men også logistikkproblemer på verdensmarkedet og produksjonsbegrensninger på importerte innsatsfaktorer.

Innreiserestriksjonene har gjort det vanskelig å opprettholde normal drift for de delene av næringslivet som trenger utenlandsk arbeidskraft. Dette gjelder alt fra maritime næringer til bygg- og verftsindustri, transport, matindustri og diverse tjenestenæringer. Tiltakene har påført næringslivet merkostnader med å få arbeidstgere inn fra utlandet. Mange bedrifter har lidd tap

²²² Befaring på karantenehoteller 1. juli, 17. august og 9. september 2021 og i grensekontrollen på Oslo lufthavn Gardermoen 11. oktober 2021.

²²³ HR-2022-718-A, Norges Høyesteretts dom av 6. april 2022.

²²⁴ Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Oss med familie eller kjæreste i utlandet under covid-19 #SlippOssInn, 17. juni 2021, «Høringsuttalelse. NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien».

²²⁵ Dokumentasjon, DSB til Koronakommisjonen, 19. november 2021.

²²⁶ Befaring på karantenehoteller 1. juli, 17. august og 9. september 2021 og i grensekontrollen på Oslo lufthavn Gardermoen 11. oktober 2021.

²²⁷ I en global verdikjede blir de ulike delene av produksjonen av en vare utført forskjellige steder i verden.

²²⁸ Nettartikkel, SSB, konjunkturbarometer for industri og bergverk, 20. januar 2022, «Ressursknapphet og prisvekst i industrien».

som følge av utsatte eller kansellerte prosjekter. Noen har måttet stoppe driften helt. Dette gjelder ikke minst en rekke reiselivsbedrifter.

I Norges Banks regionale nettverk fra november 2021 oppga 20 prosent av bedriftene at det har blitt større mangel på utenlandsk arbeidskraft gjennom pandemien. Over 30 prosent oppga at transportproblemer har blitt verre.²²⁹ NHO har påpekt overfor kommisjonen at myndighetene har undervurdert hvor avhengig Norge er av utenlandsk arbeidskraft.²³⁰

Myndighetene etablerte etter hvert ordninger for å bøte på noen av problemene som innreise-restriksjonene skapte. Det ble innført unntak fra regelverket med begrunnelser i behovet for å opprettholde kritiske samfunnsfunksjoner. Dette har blant annet sikret arbeidskraft til helse- og omsorgssektoren og til skipsfarten.

En rekke virksomheter ivaretar imidlertid viktige samfunnsfunksjoner uten å være kategorisert som samfunnskritiske. De har derfor ikke kvalifisert for unntak på det grunnlaget. Ett eksempel er forsyningssikkerhet på andre områder enn mat og drivstoff, for eksempel innsatsfaktorer i bygg- og anleggsbransjen. Myndighetene innførte derfor en ordning som åpnet for at virksomheter kunne søke om å få inn utenlandsk arbeidskraft som var strengt nødvendig for å opprettholde driften. Næringslivet har imidlertid rapportert om blandede erfaringer med denne ordningen. Flere erfarte at ordningen ble praktisert strengt, og at saksbehandlingstiden gjorde det vanskelig å få den nødvendige arbeidskraften på plass i tide.²³¹ Næringslivet har også rapportert om blandede erfaringer fra de økonomiske kompensasjonsordningene.

Holden-utvalget oppsummerte i sin rapport fra 15. februar 2021 vurderingene sine av innreise-restriksjonenes samfunnsøkonomiske betydning.²³² Her viste utvalget til at landtransporten, spesielt grensepasseringer med personbil, falt kraftig etter nedstengningen i mars 2020, og at den siden da lå omtrent 90 prosent lavere enn i 2019 fram til 2021. Flytrafikken stoppet nærmest opp etter nedstengningen og lå på ca. en tredjedel

av nivået fra 2019 i siste halvår av 2020. Antall grensepasseringer for lastebiler falt langt mindre enn for personbiler, noe som kan ses i sammenheng med en bevisst politikk rettet mot å sikre vareimporten.

Holden-utvalget påpekte at bortfallet av utenlandsk arbeidskraft bare i begrenset grad ble erstattet med innenlandsk arbeidskraft. Dette kan til dels skyldes at det dreier seg om jobber som krever spesialisert kompetanse, til dels at det dreier seg om jobber med lave lønninger, og til dels at de ledige jobbene ligger andre steder enn der de arbeidsledige er. Holden-utvalget påpekte samtidig at bedriftene i liten grad hadde rapportert om at mangelen på arbeidskraft hadde begrenset produksjonen.

Landbruk, fiske og industri – viktig arbeidskraft fra utlandet uteble

Mange bedrifter innenfor landbruk, fiske og industri er avhengige av arbeidskraft fra land utenfor EØS-/Schengenområdet. Innreisende fra slike land har vært underlagt strenge innreise-restriksjoner, ikke minst etter at innreisetiltakene ble skjerpet i januar 2021. Arbeidere til bedrifter i matforsyningskjeden har imidlertid vært unntatt innreiserestriksjoner fordi matforsyning har vært ansett som kritisk samfunnsfunksjon. Dette har vært viktig for en rekke av medlemmene til Norges Bondelag, som i stor utstrekning benytter utenlandske sesongarbeidere.

Innreiserestriksjonene har rammet bedrifter innenfor skog- og tømmer næringsen, som ikke har vært definert som kritisk samfunnsfunksjon. I grenseområder er mange av disse bedriftene avhengig av svensk arbeidskraft, og restriksjonene skapte derfor noen steder problemer for leveranser av tømmer til lokal industri. Restriksjonene har også skapt vanskeligheter for bedrifter som trenger utenlandsk spesialkompetanse til service og vedlikehold av spesialiserte maskiner.

Utenlandsk arbeidskraft er også viktig for fiskerinæringen, og innstramningen av innreise-restriksjonene i januar 2021 kom rett i forkant av vinterfisket. Til tross for at utenlandske fiskere som arbeidet fast på båt, fikk unntak fra innreise-restriksjonene, har næringsorganisasjonene pekt på at restriksjonene fikk konsekvenser.²³³ For eksempel var arbeidskraft til mottaksapparatene ikke omfattet av unntaket, og mange bedrifter fikk vanskeligheter med bemanning i dette apparatet. Selv om det ble innhentet betydelig mer norsk

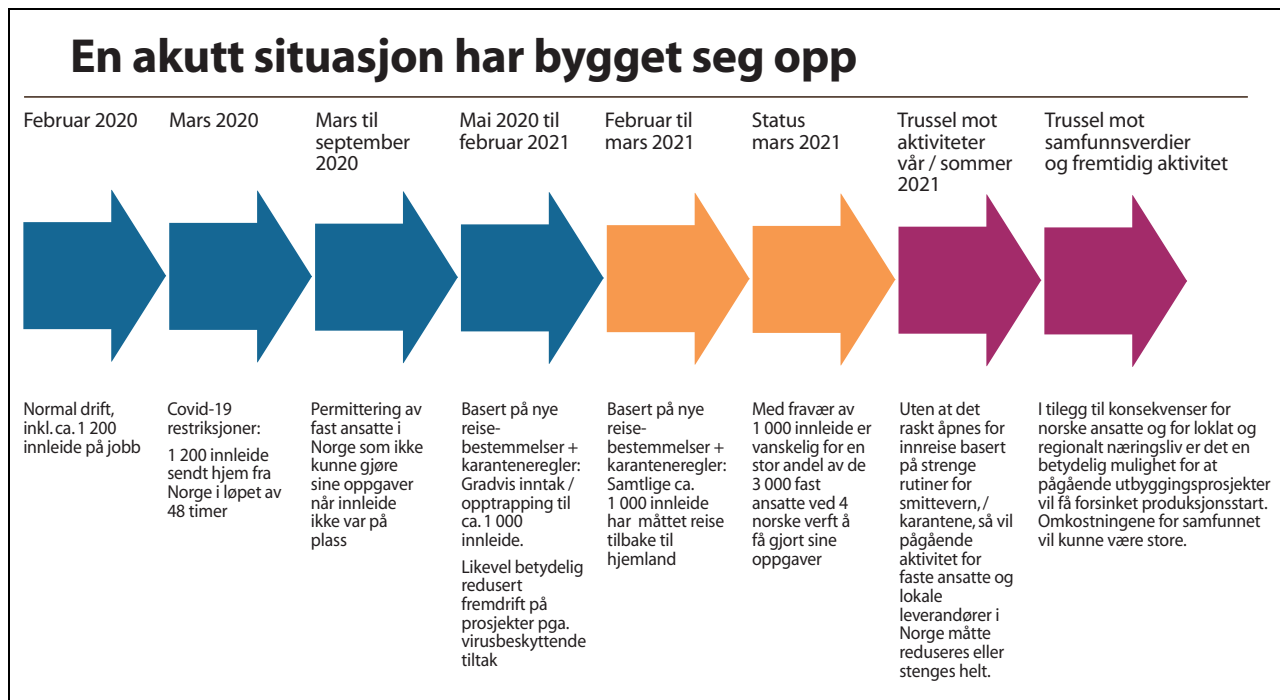
²²⁹ Spørreundersøkelse, Norges Bank, uten år, «Regionalt nettverk. Runde 2021 4 – Spesialtema: 'Kapasitetsbegrensninger og kostnadspress'».

²³⁰ Presentasjon, NHOs presentasjon per videokonferanse for Koronakommisjonen om konsekvenser av pandemihåndteringen, 3. februar 2022.

²³¹ Rapport, ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet, 15. februar 2021, «Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger». Tredje rapport, del I.

²³² Ibid.

²³³ Ibid.



Figur 7.19 Presentasjon av Aker Solutions for Nærings- og fiskeridepartementet 16. mars 2021, «Stengte grenser - fakta om status og konsekvenser». Kommisjonen har mottatt presentasjonen fra Nærings- og fiskeridepartementet.

arbeidskraft enn vanlig, var det flere som ikke var i stand til å dekke opp bemanningen fullt ut. Spesielt nødvendig teknisk ekspertise var i mange tilfeller vanskelig å erstatte med norsk arbeidskraft på kort varsel. Enkelte bedrifter fikk dermed redusert produksjon.

Omkring 30 000 svenske bygg- og anleggsarbeidere har sitt daglige virke i Norge. Mange av disse er dag- eller ukependlere, som dermed ble rammet av innreiserestriksjonene. Tekna har påpekt at mange bedrifter er avhengige av utenlandsk spesialkompetanse, for eksempel servicepersonell. Mangel på slik arbeidskraft kan forsinke produksjonskjeden og føre til at andre ansatte ikke kan bli sysselsatt. I verste fall kan hele prosjekter stoppe opp på grunn av mangel på arbeidskraft i ett produksjonsledd.

Aker Solutions er en av de store norske industriselskapene som ble sterkt berørt av innreiserestriksjonene. Figur 7.19 illustrerer hvordan Aker Solutions i mars 2021 vurderte konsekvensene av innreiserestriksjonene for egen virksomhet.

Aker Solutions har opplyst at nesten alle utenlandske ansatte reiste hjem i perioden 1. februar til 22. mars 2021. Selskapet manglet dermed i overkant av 1000 utenlandske innleide arbeidere. Dette førte til risiko for å permittere mer enn 700

egne ansatte, som tidvis ikke kunne jobbe på grunn av stans i ett eller flere produksjonsledd.

Fellesforbundet har understreket at tiltakene mot importsmitte har rammet utenlandske arbeidere som jobber i industri og verft, spesielt hardt.²³⁴ I april og juni 2020 gjennomførte Fellesforbundet en undersøkelse av de 5000 polske medlemmenes situasjon. I april 2020 hadde bare 10 prosent av de polske medlemmene fått dagpenger. I juni 2020 hadde 32 prosent av medlemmene fått dagpenger, mens en tredjedel fortsatt ikke hadde fått svar fra norske myndigheter. Mange hadde dessuten ikke norske identifikasjonspapirer, noe som skapte vanskeligheter når de skulle søke om kompensasjon gjennom de norske kompensasjonsordningene.

Sjøfart og andre maritime næringer – tung belastning for sjøfolk

For internasjonal skipsfart og andre maritime næringer er det viktig at fartøyene kan operere på tvers av jurisdiksjoner og besøke havner i inn- og utland. Skipsfarten har avgjørende betydning for en velfungerende internasjonal godstrafikk.

²³⁴ Presentasjon, LOs presentasjon for Koronakommisjonen om konsekvenser av pandemihåndteringen, 3. februar 2022.

Omtrent 80 prosent av verdens varetransport skjer via sjøen.

Innreise- og karantene-reglene for sjøfolk som krysser landegrensene, har variert under pandemien. Myndighetene har innført enkelte unntaksbestemmelser for sjøfolk, for eksempel unntak fra karantenehotellplikt. I perioder bidro dette til at sjøfolk relativt fritt kunne reise til og fra skip. I andre perioder var imidlertid regelverket strengere, slik at også sjøfolk var omfattet. I hovedsak har sjøfolk vært ansett som personell som ivaretar kritiske samfunnsfunksjoner.

Norsk Sjøoffiserforbund og Det norske maskinistforbund har pekt på utfordringer som imports-mittetiltak har medført for medlemmene.²³⁵ Stengte havner og samferdselsknutepunkt har hindret sjøfolk i å komme til og fra arbeid og gjort det vanskelig å få tilgang til helsetjenester. Enkelte har blitt isolert om bord i hele arbeidsperioden, altså 4–10 dager uten landlov og med krav om å oppholde seg ombord 24 timer i døgnet. I tillegg har noen sjøfolk blitt pålagt karantene før utreise til arbeidet og ved hjemkomst. Dette har gjort totalbelastningen stor for mange.

Mannskapsskifter har til tider vært svært utfordrende. Mange har stått uker og måneder utover normal tjenestetid. Utenlandske sjøfolk på norske båter har opplevd at de har vært «fanget» på båten uten mulighet til å komme i land på grunn av innreiserestriksjonene. Ifølge Maskinistforbundet har slike utfordrende situasjoner økt forekomsten av utmattelse, selvmord og menneskelige feil i jobben. Etter forbundets vurdering burde det vært innført en form for dokumentasjon som kunne gi sjøfolk fritt leide, også internasjonalt, under beredskaps- og krisesituasjoner. Dette krever imidlertid internasjonal sam-ordning.

Norsk Sjømannsforbund har understreket at sjøfolk har blitt påført «ekstreme belastninger som resultat av smittevern og reisebegrensninger verden over».²³⁶ Forbundet har kritisert helsemyndighetene for å utvise manglende forståelse og kunnskap om maritim næring og ulike internasjonale konvensjoner som Norge er tilsluttet.²³⁷

²³⁵ Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Det norske maskinistforbund, 31. mai 2021, «Høringssvar fra Det norske maskinistforbund»; høringssvar til NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Norsk Sjøoffiserforbund, 16. juni 2021, «Høringssvar fra Norsk Sjøoffisersforbund».

²³⁶ Notat, Norsk Sjømannsforbunds redegjørelse for Koronakommisjonen, februar 2022, «Virkning av smittevernstiltak ved importsmitte for Sjøfolk».

Sjømannsforbundet viste i den forbindelse til en tale statsministeren holdt i FN i september 2020, der hun anmodet medlemslandene om å definere sjøfolk som nøkkelpersonell og implementere IMO's protokoller for mannskapsbytter, som går ut på at sjøfolk fritt og uhindret skal få mønstre på og av båtene.²³⁸ Sjømannsforbundet opplevde at norske myndigheter gikk i motsatt retning etter september 2020, og viste til at karantene-reglene har ført til at mange sjøfolk i praksis har vært i karantene i nesten hele friperioden sin.

Sjømannsforbundet har videre kritisert at norske myndigheter ikke aksepterte dokumentasjon på vaksinasjon fra land utenfor EU/EØS som vaksinedokumentasjon. Dette gjorde at mange sjøfolk fra tredjeland ikke fikk lov til å gå i land i Norge, selv om de var vaksinert med EU-godkjente vaksiner. Noen var vaksinert i Norge, men da uten å få utstedt koronasertifikat. Sjømannsforbundet hevdet at andre land i EU/EØS, for eksempel Tyskland, hadde vært villige til å utstede EUs koronasertifikat i slike situasjoner, og at det derfor hendte at sjøfolk fra tredjeland reiste via Tyskland til Norge for å få nødvendig dokumentasjon.

Også Norges Rederiforbund har påpekt at norske myndigheter har vist manglende forståelse for skipsfart og rederivirksomhet ved beslutningene om innreiserestriksjoner.²³⁹ Forbundet viste blant annet til at flere riggselskaper i perioder hadde 200–300 utenlandske arbeidstagere i karantene som følge av karantene-reglene.

Videre kritiserte forbundet myndighetenes beslutningsprosesser. Ved utgangen av oktober 2021 hadde forbundet registrert at det var gjort 264 endringer i covid-19-forskriften uten høringer. Rederiforbundet mente at det i større grad burde vært gjennomført høringer fordi dette trolig ville avdekket uklarheter og bedret kvaliteten på regelverket. Fra sommeren 2020 til første halvdel av 2021 opplevde forbundet at samarbeidet med myndighetene forverret seg og ble preget av at sektoransvaret ble erstattet av det de opplevde som mer sentralisert og «lukket» styring fra helsemyndighetenes side. Rederiforbundet opplevde at helsemyndighetenes manglende kjennskap til næringen skapte store utfordringer knyttet til regelverket og regelverksforståelsen.

²³⁷ Ibid.

²³⁸ Nettartikkel, IMO, 22. september 2020, «IMO resolution calls for Government action on crew change crisis».

²³⁹ E-post, Norges Rederiforbund til Koronakommisjonen, 4. februar 2022.

Reiselivsnæringen – svært hardt rammet

Reiseliv er blant de næringene som har blitt hardest rammet av pandemien. Store deler av næringen er avhengige av både utenlandske ansatte og utenlandske gjester. Inntektene til næringen ble kraftig redusert på grunn av innreiserestriksjonene. NHO har påpekt at mange reiselivsbedrifter har mistet arbeidskraft fordi utenlandske ansatte har fått jobb i hjemlandet.²⁴⁰ Mange reiselivsbedrifter har ikke kunnet starte opp igjen fordi de mangler spesialkompetanse. Det har ikke latt seg gjøre å kompensere for dette med norsk arbeidskraft til bedriftene.

En viktig del av reiselivsnæringen er luftfarten. Norsk Flygerforbund/Kabinansattes Forbund opplever at norske myndigheter har vist forståelse for at luftfarten har vært særlig utsatt under pandemien.²⁴¹ Forbundene mener likevel at det har vært mangler ved støtten som bransjen har fått, for eksempel at krisepakken for luftfarten ikke var tilstrekkelige. Mange utenlandske arbeidstagerne i norsk luftfart har blitt nektet lønn fra arbeidsgiverne sine i Norge fordi innreiserestriksjonene har gjort at de ikke har kunnet møte på jobb. Samtidig har disse arbeidstagerne ikke kvalifisert for støtteordninger i hjemlandet fordi de har betalt skatt til Norge. Dette har ført til at mange av disse arbeidstagerne har stått uten lønn og kompensasjon.

Konsekvenser for andre kritiske samfunnsfunksjoner

Også kritiske samfunnsfunksjoner som ikke blir utført eller ivaretatt av næringslivet, har blitt berørt av importsmitteiltakene. Restriksjonene har for eksempel hatt konsekvenser for personell på utenlandsoppdrag for politiet og forsvaret og for utenlandsk personell på oppdrag i Norge. Helse- og omsorgssektoren er avhengig av utenlandsk arbeidskraft. For sykehusene, og særlig på intensivavdelingene, ble dette utfordrende under pandemien. Tilgangen på intensivsykepleiere er nærmere omtalt i kapittel 6 om sykehusenes situasjon under pandemien. Også andre sektorer er avhengige av utenlandsk arbeidskraft.

Tolletatens samfunnsoppdrag er å sikre at lovene og reglene blir fulgt når varer krysser grensen. Norske myndigheter har kategorisert Tolletaten som en virksomhet som ivaretar kritiske samfunnsfunksjoner relatert til lov og orden. Etatens virksomhet er viktig for å ivareta næringslivets behov for varer og innsatsfaktorer fra utlandet. Under en krise er det avgjørende å sikre at befolkningen får mat, medisiner og andre nødvendige varer. Tolletaten har både kompetanse og informasjon som er nyttig ved utformingen av innreiserestriksjoner, blant annet kunnskap om trafikk og varestrømmer. Etaten har imidlertid påpekt at myndighetene har «et tydelig forbedringspotensial med hensyn til å integrere Tolletatens ansvarsområder i nasjonale strukturer for krisehåndtering, både planlegging og øving i forkant, strukturelt og i akutfasene».²⁴² Etter etatens vurdering kunne en løsning vært å «utvikle og etablere en formalisert nasjonal, operativ grensekoordineringsgruppe mellom etatene som har roller og ansvar knyttet til grenserelaterte problemstillinger». Sommeren 2021 ble det opprettet en grensekoordineringsgruppe der Tolletaten, Politiet, Forsvaret og DSB var med.

Politiet har under pandemien brukt store ressurser på å håndtere grenseoppdraget. Til tider har dette lagt press på prioriteringene og evnen til å utføre andre deler av politiets samfunnsoppdrag. For eksempel har politiet i perioder omdisponert personell fra utrykningspolitiet og politiets utlendingsenhet til grensekontrollen.²⁴³ Store deler av grenseoppdraget har omfattet oppgaver som politiet hadde liten eller ingen erfaring med fra før, for eksempel personkontroll på grenseovergangene mot Sverige og veiledning om karantenergelverket.

Berørte kommuner har også måttet utføre oppgaver de hadde svært liten eller ingen erfaring med, både gjennom ansvaret for karantenehotellordningen og gjennom håndteringen av innreisende på grensestasjonene.

Oppdragene knyttet til å håndtere importsmitte har krevd omfattende personalressurser og økonomiske ressurser. Staten har i stor grad kompensert for økonomiske merutgifter gjennom

²⁴⁰ Presentasjon, NHOs presentasjon for Koronakommisjonen om konsekvenser av pandemihåndteringen, 3. februar 2022.

²⁴¹ Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Norsk Flygerforbund/Kabinansattes Forbund, 21. mai 2021, «Innspill til Høring – NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien».

²⁴² Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Tolletaten, 17. juni 2021, «NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – høringsuttalelse fra Tolletaten».

²⁴³ Nettartikkel, Politiforum, 11. august 2021: «Økt press på grensekontrollen. Omdisponerer ansatte fra UP og Politiets utlendingsenhet til grensa. Til sammen 80 ansatte fra UP og PU flyttes til grenseovergangene, for å bidra til å lette trykket».

refusjoner. Det har imidlertid vært vanskelig å kompensere for økt bruk av personalressurser, for eksempel i politiet og i kommunene. Kapasiteten til å ivareta andre nødvendige funksjoner og oppgaver har dermed blitt presset.

Utgifter til karantenehotellordningen gir et bilde av hvor mye ressurser som har vært brukt på å håndtere importsmitte. Det samlede refusjonskravet fra kommunene for karantenehotellordningen siden ordningens oppstart fram til 31. desember 2021 beløper seg til nesten to mrd. kr.²⁴⁴ Den dominerende utgiftsposten er utgiftene til hotellene, inkludert betaling for rom som ikke har vært i bruk.²⁴⁵ I tillegg kommer utgifter til blant annet vasking og klargjøring av lokaler, transport, vakthold og tolketjenester. Kommunenes utgifter til helsetjenester for gjester på karantenehotell er ikke inkludert i dette.

7.9 Myndighetenes håndtering av importsmitte – kommisjonens funn og anbefalinger

Innledning

Koronakommisjonen vil berømme embetsverket og enkeltpersoner for et betydelig arbeid med å håndtere importsmitte og for å ha utvist stor fleksibilitet og omstillingsevne. Det er grunn til også å berømme fagetatene særskilt, ikke minst FHI, Helsedirektoratet, POD, DSB og Tolletaten, for innsatsen deres ved håndteringen, ofte på områder der de har hatt svært liten erfaring fra før. I denne forbindelsen bør det også nevnes at spesielt Helsedirektoratet og FHI har besvart en stor mengde oppdrag fra regjeringen med svært korte tidsfrister.

Kommisjonen vil dessuten trekke fram ansatte i politiet og i kommunene som har vist stor fleksibilitet og omstillingsevne i å utføre grenseoppdrag og gjennomføre karantenehotellordningen. Dette er ofte gjort med begrenset tilgjengelig informasjon og lite tid til rådighet.

Kommisjonen ønsker også å gi anerkjennelse til private aktørers innsats ved håndteringen av importsmitte. Både vektere, private helsetjenester og ikke minst hotellene og deres ansatte har bidratt til å få karantenehotellordningen til å fungere. Det er også viktig å nevne Forsvarets viktige

bistand til politiets gjennomføring av grenseoppdraget.

Samlet sett viser erfaringene fra myndighetenes håndtering av importsmitte en imponerende evne til å mobilisere offentlige og private aktører og å få på plass regelverk og ordninger i løpet av svært kort tid. Mange har vist stor samarbeidsvilje og -evne.

Granskingen av myndighetenes håndtering av importsmitte har imidlertid også belyst sider ved myndighetenes krisehåndtering som er kritikkverdige, og som etter kommisjonens syn gir grunnlag for læring og forbedring. Nedenfor redegjør vi for hovedfunnene våre ved denne delen av granskingen, og vi kommer med anbefalinger i forbindelse med hvert enkelt funn.

Tidsperspektivet i beslutningsprosessene bør vurderes nøye

Granskingen har vist at håndteringen av importsmitte har vært preget av hurtig saksbehandling. Det er kommisjonens inntrykk at regjeringen mer eller mindre har vært i permanent krisemodus når det gjelder å håndtere importsmitte. Også problemstillinger som ikke framstår som akutte, har i mange tilfeller blitt krisesaksbehandlet.

Beslutningsprosessenes hastepreg har hatt betydning for bredden i beslutningsgrunnlaget og for vurderingene av tiltakenes treffsikkerhet og effektivitet. Fagetatene har fått korte frister – noen ganger har det dreid seg om timer, og noen ganger har disse timene vært utenfor normal arbeidstid. Ved flere tilfeller har det på grunn av tidspress ikke blitt innhentet vurderinger fra andre sektorer enn helsesektoren. Prosessene fram mot vedtak har i stor grad vært preget av fravær av andre fagetater, både på etatsnivå og på departements- og regjeringsnivå. På grunn av manglende koordinering på faglig nivå har koordineringen av detaljer en rekke ganger blitt løftet til politisk nivå. Dette har begrenset hvilke premisser og hensyn som har inngått i beslutningsgrunnlagene. En ekspedisjonssjef i JD har beskrevet dette slik for oss:

I en krise blir [man] litt fort revet med tidsmessig. Jeg mener det er en lærdom at man også i krisen må puste med magen. Min og vår vurdering er at man av ulike grunner har arbeidet med tidsnød, selv om det ikke alltid har vært tidsnød. [...] De gangene man har vært veldig rask i regelverksarbeidet, har man oppnådd en effekt, men det dukker ofte opp utfordringer man ikke har hatt tid og anledning til å vurdere

²⁴⁴ E-post, DSB til Koronakommisjonen, 28. januar 2022.

²⁴⁵ Brev, DSB til Koronakommisjonen 19. november 2021, de totale kostnadene for ubenyttede rom på karantenehotell per 16. november 2021 beløp seg til kr. 897 598 599.

eller konkludere. Derfor har det vært nødvendig med mange løpende endringer underveis. Etter mitt syn burde man vært bedre på å skille mellom de tilfellene hvor det virkelig var nødvendig å være raske, og de tilfellene hvor man burde brukt mer tid for å få en kvalitativt bedre regulering.²⁴⁶

Etter kommisjonens vurdering er det en klar sammenheng mellom manglende koordinering på faglig nivå, tempoet i beslutningsprosessene, kvaliteten og treffsikkerheten på beslutningene og behovet for justeringer i etterkant. De hyppige endringene har skapt utfordringer både for dem som skal håndheve og dem som skal etterleve reglene. Videre virker det som det vedvarende høye tidspresset har gått ut over evnen til å utarbeide langsiktige planer og strategier, blant annet fordi fagetatens kapasitet i stor grad har blitt brukt på å besvare hasteoppdrag.

Høyt tempo i seg selv er greit i akutte kriser, selv om det noen ganger er unødig kort tid. Det som ikke er greit, er at vi i for liten grad har hatt kapasitet til samtidig å legge planer for fremtiden, slik at det blir bedre kvalitet neste gang vi står i lignende situasjoner.²⁴⁷

Med bedre langsiktig planlegging kunne myndighetene vært mer forberedt og fått bedre tid til å utrede og iverksette de konkrete tiltakene mot importsmitte. Kommisjonen mener at myndighetene i håndteringen av importsmitte i mange tilfeller burde tatt seg bedre tid og sørget for å bygge på et bredere beslutningsgrunnlag. Dette ville redusert behovet for å justere i etterkant. Det er viktig at myndighetene er bevisste på dette ved framtidige lignende kriser.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene lager beredskapsplaner for hvordan det ved behov kan innføres tiltak på grensen for å begrense importsmitte.

Høringer, involvering og gode nok frister bør være et mål også under en krise

Som vi har beskrevet tidligere i rapporten, er den klare hovedregelen at det skal gjennomføres

høringer når det blir utarbeidet nye lover eller forskrifter. Høringer ivaretar grunnleggende hensyn til rettssikkerhet og demokrati og bidrar til å kartlegge konsekvensene av det foreslåtte regelverket for dem som blir berørt av det. Det bidrar dessuten til at de som skal praktisere regelverket, kan gjøre seg kjent med det og forberede seg på det. En konsekvens av den hurtige saksbehandlingen ved håndteringen av importsmitte er at berørte aktører i svært liten grad har blitt involvert i beslutningsprosessene. I tillegg har det gjennomgående vært korte frister for når de nye reglene har trådt i kraft.

Den manglende involveringen har skapt frustrasjon hos dem som har iverksatt og praktisert regelverket. Det gjelder politiet og tollerne i grensekontrollen, kommunene som har vært involvert i karantenehotellordningen og testing på grensen, virksomhetene som har drevet karantenehotellene, og næringslivet og befolkningen som har måttet forholde seg til reglene. Ved flere anledninger har det vært usikkerhet rundt hvordan regelverket skal forstås, og lite tid til å ordne praktiske forhold før regelverket trer i kraft. For eksempel har politiet gjentatte ganger vist til at god og effektiv iverksettelse krever minimum 48 timer til forberedelse. Ved iverksettelse av tiltakene mot importsmitte har tiden til forberedelser i mange tilfeller vært adskillig kortere.

Tilbakemeldingene etter at regelverket trådte i kraft, fra aktørene som praktiserte regelverket eller ble berørt av det, bidro til at regelverket ble justert i etterkant. Til tross for at dette har synliggjort behovet for større grad av involvering i forkant, har ikke måten prosessene er drevet på, blitt endret i vesentlig grad. Hele perioden fra pandemiutbruddet senhøsten 2020 og til høsten 2021 har vært preget av hurtige prosesser med korte frister og lite involvering. Først i september 2021 ble det innført en ordning der helse- og omsorgsministeren informerte kommunene om nytt regelverk noe tid før det ble offentliggjort.

Kommisjonen mener den manglende involveringen av berørte aktører har ført til svakheter ved innføringen av regelverket og unødvendig mange endringer. Dette kan ha bidratt til å svekke etterlevelsen og dermed også smittevernet. Kommisjonen mener det er kritikkverdig at de grunnleggende saksbehandlingsreglene, inkludert høringer, ikke er praktisert i større grad.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene også under kriser følger grunnleggende saksbe-

²⁴⁶ Forklaring, ekspedisjonssjef i JD, 1. desember 2021.

²⁴⁷ Forklaring, direktør i FHI Camilla Stoltenberg, 22. desember 2021.

handlingsregler så langt det er mulig (jf. også kapittel 5 om kommunelegenes situasjon under pandemien). Selv i situasjoner der det ikke er tid til ordinære høringer, bør det bli etablert rutiner for å innhente synspunkter fra berørte aktører og sektorer. Det er særlig viktig å involvere aktører som skal praktisere og håndheve regelverket.

- Kommisjonen anbefaler at det så langt det er mulig, blir satt av mer tid fra nye regler blir vedtatt, til de trer i kraft, også i en krise. Ved vurderingene av hvor mye tid som skal settes av, bør graden av tidsnød veies opp mot faren for at effekten av tiltakene blir svekket dersom de som skal praktisere og håndheve reglene, ikke får tilstrekkelig tid til forberedelser.

Det trengs et kunnskapsgrunnlag om konsekvensene av tiltak for framtidige kriser

Granskingen vår har vist at kunnskapen om konsekvensene av de enkelte tiltakene mot importsmitte har vært begrenset under hele pandemien. Dette gjelder både konsekvenser for smittevernet og andre konsekvenser de enkelte tiltakene har hatt. Det faglige grunnlaget har likevel variert noe over tid.

Ved nedstengningen av Norge i mars 2020 var det ikke tid til å foreta grundige vurderinger. Myndighetene valgte derfor å raskt innføre tiltakene, og oppmerksomheten ble i stor grad rettet mot å vurdere de mulige konsekvensene av tiltakene i ettertid og eventuelt å lette på tiltakene så raskt som mulig. Da myndighetene etablerte karantenehotellordningen i november 2020, hadde de lite kunnskap om smitteverneeffekten av dette tiltaket og konsekvensene for dem som ble berørt. Videre manglet myndighetene sikker kunnskap om hvilken risiko importsmitte utgjorde, og data om hvem som reiste inn og ut av Norge. Da de strenge innreiserestriksjonene ble innført ved årsskiftet 2020/2021 var det også lite kunnskap om konsekvensene i forkant.

Ettersom myndighetene hadde begrenset kunnskap om effekten av enkelttiltak, baserte de i stor grad tiltakene mot importsmitte på generelle prinsipper. To prinsipper har stått sentralt: at redusert mobilitet kan bidra til å dempe smittetrykket, og at innreiserestriksjoner kan ha en effekt overfor reisende som kommer fra områder som har større smittetrykk enn Norge.

Myndighetene fikk et noe bedre datagrunnlag og mer fagkunnskap underveis i pandemien, blant annet som følge av at det ble etablert systemer for innreiseregistrering og oppfølging av reisende

som hadde kommet inn i landet. Fagetatene utarbeidet dessuten fortløpende faglige vurderinger basert på tidligere erfaringer og tilgjengelige data. Kunnskapsgrunnlaget forble imidlertid begrenset helt fram til høsten 2021.

Kommisjonen kan ikke se at det er gjort systematiske forsøk på å utrede smitteverneeffekten av importsmitteiltakene eller konsekvensene for dem som er blitt berørt. Per januar 2022 fantes det fortsatt ingen grundig evaluering av karantenehotellordningen. Kommisjonen kan heller ikke se at det er foretatt grundige analyser av hvilke virkninger innreiserestriksjonene har hatt for ulike deler av næringslivet, forsyningssikkerheten og evnen til å ivareta viktige og kritiske samfunnsfunksjoner. Konsekvensene for sårbare grupper og arbeidstagere har heller ikke vært grundig utredet. Sammen med manglende høringer gir dette etter kommisjonens syn et for snevert beslutningsgrunnlag til å gjøre en fullt ut forsvarlig forholdsmessighetsvurdering.

Det framstår som klart for kommisjonen at tiltakene mot importsmitte ikke bare har vært motivert av rene smittevernhensyn, men også av hensynet til å vise politisk handlekraft i en krisesituasjon. Dette kommer blant annet fram under innføringen og iverksettelsen av karantenehotellordningen. Det at det drøydte med å få på plass unntak for personer som var vaksinert eller hadde vært syke med covid-19, viser også hvordan ordningen var sterkt politisk drevet. I intervju med kommisjonen har assisterende direktør i FHI uttalt følgende om det å vise handlekraft:

I realiteten har effekten av de innførte innreiserestriksjonene vært marginal. Derimot har symboleffekten vært tydelig, og innføring av innreiserestriksjoner kan ha vært en måte å vise handlekraft på.²⁴⁸

Selv om fagetatene ved flere anledninger har formidlet usikkerhet knyttet til det faglige grunnlaget for de foreslåtte tiltakene, har denne usikkerheten ikke alltid kommet til syne i regjeringens beslutninger og formidlingen av disse.

Kommisjonen er kritisk til at myndighetene etter nedstengningen i mars 2020 og fram mot senere smittebølger ikke i større grad foretok brede og grundige utredninger av alternative tiltak mot importsmitte og eventuelle konsekvenser og virkninger av slike tiltak.

²⁴⁸ Forklaring, assisterende direktør i FHI Geir Bukholm, 22. desember 2021.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene systematisk går gjennom og analyserer tilgjengelige data for å vurdere hvorvidt karantenehotellordningen og de enkelte innreiserestriksjonene er effektive smitteverntiltak. Dette vil være nyttig for eventuelle senere pandemier. Myndighetene bør utarbeide bedre statistikk over reiseaktiviteten inn og ut av Norge, hvem som reiser, hvilke land de reiser fra og til osv. Innsamling, analyser og bruk av slik informasjon må selvsagt skje innenfor rammene av personopplysningsregelverket.
- Kommisjonen anbefaler også at myndighetene utarbeider tverrsektorielle konsekvensutredninger og kost-nytte-analyser av å stenge grensene og andre tiltak på grensen. Disse analysene bør omfatte de samlede kostnadene knyttet til å stenge grensene, inkludert offentlig ressursbruk og økonomiske konsekvenser for næringslivet. Myndighetene bør også foreta en systematisk evaluering av konsekvensene av importsmittetiltakene som ikke er av rent økonomisk karakter, for eksempel hvilke virkninger opphold på karantenehotell har hatt for barn og unge, mennesker med sosiale problemer eller psykiske lidelser og andre sårbare grupper.

Det bør gå klart fram hva som er faglige råd, og hva som er politiske beslutninger

Helsedirektoratet og FHI har under pandemien hatt ansvar for å utrede faglige spørsmål og gi råd til HOD og regjeringen om ulike smitteverntiltak. Både Helsedirektoratet og FHI har gjennom pandemien utført flere hundre oppdrag for HOD, og mange av disse gjelder håndteringen av importsmitte.

Som ledd i de faglige anbefalingene har både Helsedirektoratet og FHI ved flere anledninger foretatt forholdsmessighetsvurderinger av aktuelle tiltak. Slik kommisjonen leser besvarelsene fra disse fagmyndighetene, har det i varierende grad kommet fram i vurderingene hvilke hensyn fagetatene har tatt i betraktning utover de rent smittevernfaglige. Dette mener vi kan føre til at politikerne som tar den endelige beslutningen, ikke har en tilstrekkelig klar oppfatning av hva som er de smittevernfaglige rådene, og hvilke andre hensyn som ligger til grunn for fagetatenes vurderinger. Dette gir et uklart beslutningsgrunnlag og innebærer en fare for å blande sammen smittevernfaglige hensyn og andre hensyn.

Ettersom både FHI og Helsedirektoratet har gjort smittevernfaglige vurderinger, har det også oppstått noen uenigheter og diskusjoner der enkelte aspekter er vurdert ulikt. Assisterende direktør i FHI har beskrevet dette slik til kommisjonen:

Roller og grensesnitt har vært utfordrende i deler av samarbeidet. Det er lite effektiv ressursbruk at dersom FHI gjør en faglig vurdering, og andre instanser gjør den samme vurderingen på nytt. [...] Når kanskje 3 personer i Hdir revurderer og overprøver et oppdrag som kanskje 10–20 personer i FHI har jobbet med over lang tid, så skaper det irritasjon og bidrar til lite rasjonell saksbehandling.²⁴⁹

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene så langt det er mulig, synliggjør ulike hensyn som inngår i helhets- og forholdsmessighetsvurderingene i beslutningsgrunnlagene. Dette gjelder også under en krisehåndtering. HOD bør i tillegg utarbeide klarere retningslinjer for rollene og rådgivningsansvaret som Helsedirektoratet og FHI har i forbindelse med beslutninger om smitteverntiltak etter smittevernloven. Kommisjonen mener at det bør gå fram av retningslinjene i hvilken grad fagetatene skal gjøre vurderinger som går utover de rent smittevernfaglige, og hvilke forhold de eventuelt skal ta hensyn til.

Organiseringen og ansvarsforholdet mellom HOD og JD bør være klart

Håndteringen av tiltak mot importsmitte har som nevnt involvert et stort antall offentlige og private aktører sentralt og lokalt. På departementsnivå har JD og HOD vært de mest sentrale. JD har hatt det formelle ansvaret for innreiserestriksjonene, mens HOD har hatt det formelle ansvaret for tiltak etter smittevernloven, inkludert testing og oppfølging av smittede. Selv om karantenehotellordningen formelt ligger under smittevernloven, ble en viktig del av ansvaret for å utforme dette regelverket lagt til JD.

Kommisjonens hovedinntrykk er at det har vært tett kontakt mellom de to departementene, og at det har vært diskusjoner og uenigheter i flere av de store sakene. Dette gjelder blant annet

²⁴⁹ Forklaring, assisterende direktør i FHI Geir Bukholm, 22. desember 2021.

bruken av karantenehotell som smitteverntiltak, skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser og unntak fra karantenehotellplikten for vaksinerte og personer som har vært syke med covid-19.

Det har kommet fram av granskingen at det har vært uklarheter knyttet til den konkrete ansvarsdelingen mellom de to departementene, ikke minst når det gjelder karantenehotellordningen. Kommisjonen har funnet eksempler på at HOD har fremmet forslag om karantenehotellordningen i regjeringen uten at JD har vært involvert. Disse uklarhetene vedvarte fra ordningen ble etablert, og fram til sommeren 2021. Flere i embetsverket har beskrevet overfor kommisjonen at det har vært diskusjoner og uenigheter om ansvarsfordeling mellom de to departementene. En ekspedisjonssjef i JD har uttrykt dette slik:

Samarbeidet [mellom HOD og JD] har vært tett, og vi har jobbet mye sammen, men det har også vært litt utfordrende. Det har vært en diskusjon om ansvarsforhold; hvem gjør hva, og hvem har ansvar for hva. Det har kommet særlig på spissen i tilknytning til karantenehotell.²⁵⁰

Vi har også registrert uenighet og diskusjoner om ansvarsforhold i det skriftlige materialet vi har mottatt. Granskingen vår har vist at den manglende avklaringen av roller og ansvar førte til ekstraarbeid på departementsnivå og uklare styringslinjer.

Uenigheten om ansvarsforhold mellom JD og HOD ble spesielt tydelig i juni 2021, da spørsmålet om ansvarsforhold ble løftet opp til SMK for avklaring der. Etter at SMK hadde uttalt seg, fikk saken en foreløpig avklaring i begynnelsen av juli 2021.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at sektorprinsippet som den klare hovedregelen blir fulgt også under en krisehåndtering. Når myndighetene avviker fra dette prinsippet, bør regjeringen tydelig avklare ansvars- og kommandolinjene. Det bør gå fram hvilket departement som har det overordnede ansvaret for å utarbeide og tolke regelverket.

Ansvarsforholdet mellom helsemyndigheter, kommuner, politi og DSB bør være klart når tiltak skal bli innført

Det var mange aktører som var involvert i å iverksette og praktisere tiltakene for å begrense importsmitte. Ansvaret for å iverksette disse har vært fordelt på flere fagetater, statsforvaltere og kommuner. POD har hatt ansvar for å veilede på grensen om regelverket for innreisekarantene og innreiserestriksjoner, og politiet har kontrollert dokumentasjonen til de reisende. Kommunene har hatt ansvaret for å drifte karantenehotellene, mens statsforvalterne har hatt et koordineringsansvar overfor kommunene i sin region.

Granskingen vår har vist at organiseringen har skapt uklarheter med tanke på hvem som sitter med det egentlige ansvaret, og hvem som skal følge opp tilbakemeldinger fra dem som praktiserer regelverket. Som eksempel har regelverket for karantenehotellordningen vært håndtert av politi på grensen og av kommunene etter grensepasseringen og på karantenehotellene. Politiet har forholdt seg til POD, mens kommunene har forholdt seg til statsforvalteren og Helsedirektoratet. Dette har bidratt til ulik forståelse av et komplisert regelverk som stadig er blitt justert.

DSB har hatt ansvar for å koordinere innreise-restriksjonene og karantenehotellordningen og å gi operativ støtte, blant annet gjennom Sivilforsvaret. DSB har i tillegg vært høringsinstans der forslag til forskrifter og forskriftsendringer har blitt sendt på høringer. Fordi HOD har det overordnede ansvaret for karantenehotellordningen som et smitteverntiltak, ble imidlertid DSBs rolle i forståelsen og iverksettelsen av regelverket uklart.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at ansvarsforholdet mellom helsemyndigheter, kommuner og politi tydeliggjøres med tanke på mulige tiltak for å begrense importsmitte i en framtidig krise.
- Kommisjonen anbefaler at DSB sitt ansvar for tverrsektoriell koordinering der myndighetene innfører tiltak på grensen, blir klargjort. På dette området bør det også klargjøres hva som er DSBs ansvar for faglige innspill ved utarbeidelse og justering av regelverk, og for tolkninger av regelverk.

Karantenehotellordningen bør evalueres

Karantenehotellordningen har vært blant de mest inngripende tiltakene mot importsmitte. Ordning-

²⁵⁰ Forklaring, ekspedisjonssjef i JD, 1. desember 2021.

gen har fått stor oppmerksomhet i mediene, deler av befolkningen og i juridiske miljøer. Ordningen har også vært gjenstand for søksmål. I løpet av granskingen har det kommet fram at det har vært diskusjoner og uenigheter om denne ordningen i embetsverket, både om den smittevernfaglige begrunnelsen, forholdsmessigheten, hjemmelsgrunnlaget og selve innretningen av ordningen.

Plikten til å oppholde seg på karantenehotell har under pandemien fulgt av covid-19-forskriften. Denne plikten gjaldt uavhengig av veiledningen den enkelte fikk i grensekontrollen, og uavhengig av vurderingene som lå til grunn for den konkrete veiledningen. Da ordningen ble innført, presiserte derfor JD uttrykkelig at den vedtatte ordningen ikke innebar at det ble fattet enkeltvedtak om karantenehotellplikt.

En konsekvens av dette er at veiledningen som ble gitt i grensekontrollen, ikke ble dokumentert i hvert enkelt tilfelle. Dette har gjort det svært vanskelig eller umulig å etterprøve vurderingene som er gjort av den enkelte reisendes opplysninger og dokumentasjon. Som følge av at ordningen forutsatte at det ikke ble truffet noen vedtak, ble det heller ikke etablert noen formell klageordning.²⁵¹

Det er også andre aspekter ved ordningen som gjør den særegen i et forvaltningsrettslig perspektiv. Eksempler er at veiledning om ordningen ble gitt av politiet, at det i mange tilfeller samtidig ble gitt informasjon om sanksjonene ved brudd på regelverket, og at det ved flere grensestasjoner var etablert busstransport og vektere som fulgte den enkelte til karantenehotellet.

I samtaler som kommisjonen har hatt med politiet på grensen og ansatte ved karantenehotellene og i kommunene, er det vårt klare inntrykk at dette samlet sett har ført til at mange reisende oppfattet at det var politiet ved grensekontrollen som tok beslutningen om hvorvidt de skulle på karantenehotell eller ikke. Mange reisende oppfattet dette ikke som veiledning, men som en beslutning de måtte følge. Kommisjonen mener at ordningen, slik den ble praktisert, er kritikkverdig og problematisk ut fra et rettssikkerhetsperspektiv.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene gjør en evaluering spesielt av karantenehotellord-

ningens konkrete innretning, med tanke på eventuell framtidig bruk. Ved disse vurderingene bør det bli rettet spesiell oppmerksomhet mot hvilke saksbehandlingskrav og rettssikkerhetsgarantier som bør gjelde for en slik ordning.

Innreisetiltakene bør bli utredet med tanke på internasjonale forpliktelser og framtidige kriser

Under pandemien har det pågått en debatt om forholdet mellom de ulike tiltakene mot importsmitte og internasjonale avtaler og forpliktelser, som EØS, Schengen-samarbeidet, EMK, FNs menneskerettighetskonvensjoner, IHR og andre relevante avtaler, for eksempel Wien-konvensjonen og protokoller under IMO. Forholdet mellom rett til helse og andre menneskerettigheter, som rett til bevegelsesfrihet og rett til privatliv, har stått sentralt og gitt vanskelige avveininger.

Koronakommisjonen registrerer også at innreiserestriksjoner og regler for innreisekarantene har skapt flere utfordringer i forholdet til nabolandene, da spesielt til Sverige, der samarbeid og samhandling på tvers av grensene normalt er spesielt tett. Mange av tiltakene mot importsmitte er inngripende tiltak som berører både norske og utenlandske statsborgere. Dette understreker behovet for å avklare forholdet til internasjonale avtaler og forpliktelser, også med tanke på koordinert internasjonal innsats i framtidige kriser.

Myndighetene har underveis i pandemien fortløpende vurdert ulike rettslige sider ved tiltakene mot importsmitte, blant annet forholdet til internasjonale forpliktelser. Det har imidlertid så langt vi har bragt på det rene, ikke vært tid til å gjennomføre grundige og helhetlige rettslige vurderinger. I granskingsmaterialet som kommisjonen har mottatt, mangler det dessuten dokumentasjon på hvordan enkelte spørsmål er vurdert, for eksempel forholdet mellom IHR-regelverket og egenandelskravet ved opphold på karantenehotell.

EFTAs overvåkningsorgan (ESA) har gjentatte ganger fra slutten av 2020 og fram til våren 2021 stilt spørsmål ved hvorvidt Norges tiltak mot importsmitte utgjorde brudd på EØS-avtalen. Dialogen mellom Norge og ESA berørte flere sider ved de norske tiltakene mot importsmitte, inkludert innreiserestriksjonene og karantenehotellordningen. Kritikken fra ESA vedvarte underveis, selv om Norge flere ganger justerte regelverket. I mai 2021 konkluderte ESA med at Norges innreisebegrensninger var i strid med EØS-avtalens bestemmelser om fri bevegelse for EØS-

²⁵¹ Endringene i smittevernloven i februar 2021 åpnet for forenklet saksbehandling uten formell klageordning. Denne muligheten ble imidlertid ikke utnyttet.

borgere. ESA åpnet samtidig traktatbruddsak mot Norge.²⁵²

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene foretar en helhetlig utredning av innreisekarantene, innreiserestriksjoner og andre tiltak på grensen med tanke på hvordan slike tiltak best kan bli innrettet ved en framtidig krise for å oppnå ønsket effekt og samtidig være i samsvar med Norges internasjonale forpliktelser.
- Koronakommisjonen anbefaler at innreiserestriksjoner og innreisekarantene også blir vurdert i lys av det nordiske samarbeidet.

Ressursbehovet for importsmittetiltakene bør være med i beredskapsplanene

Under pandemien har politiets grenseoppdrag vært ressurskrevende. Politiet fikk tilført ekstra midler, men måtte likevel omdisponere ressurser for å løse oppdraget. For eksempel ble ansatte fra utrykningspolitiet og politiets utlendingsenhet omplassert til grensekontrollen sommeren 2021. Politiet rapporterte ikke at andre deler av samfunnsoppdraget var blitt skadelidende, men varslet flere ganger sommeren 2021 om at økt reisevolum truet kapasiteten i grensekontrollen, og at de uten bistand fra Forsvaret ville bli nødt til å nedprioritere andre viktige oppgaver.²⁵³

Mye av belastningen med å følge opp og iverksette tiltakene mot importsmitte har falt på områder med store grensestasjoner som Svinesund, Oslo lufthavn Gardermoen, Bergen lufthavn Flesland og Sandefjord lufthavn Torp. De to største grenseovergangene er Oslo lufthavn og Svinesund.

I starten av pandemien var det frivillig for kommunene å etablere karantenehotell. I mai 2021 åpnet regjeringen for at statsforvalterne kunne pålegge kommuner å etablere en karantenehotellordning. For eksempel ble Sandefjord i juni 2021 pålagt å videreføre en karantenehotellordning etter først å ha gitt tilbakemeldinger om at kommunen ikke lenger hadde kapasitet til å håndtere en slik ordning, og at det var fare for at andre av kommunens oppgaver ble skadelidende.

Ullensaker kommune, som har ansvar for å følge opp Oslo lufthavn, har hatt den største

belastningen knyttet til importsmitte under pandemien. Svært mange av dem som pliktet å bo på karantenehotell, kom over denne grenseovergangen. Mellom uke 13 og uke 38 i 2021 var mellom 55 prosent og 81 prosent av alle gjester på karantenehotell i Norge innkvartert på hoteller i Ullensaker, Lillestrøm og Oslo.²⁵⁴ De klart fleste av disse var på karantenehotell på Gardermoen i Ullensaker kommune. Ullensaker meldte gjentatte ganger tilbake til statlige myndigheter om kapasitetsproblemer og andre utfordringer som fulgte av ansvaret som kommunen hadde for karantenehotellordningen.

For kommisjonen har en ansatt i en av de mest belastede kommunene beskrevet omfanget av arbeidet og behovet for samarbeid med andre aktører slik:

Det går ikke an å forestille seg alle de samarbeidspartene vi har vært avhengig av, og som har vært helt fenomenale. Poli, Tolletaten, Duty Free, Avinor, apoteket [...], transport, Først, Ahus, hoteller og vektertjenester. En ressurs på hotellet dro alene på Obs og kom tilbake med bæreposer med mat. Det er den dugnaden vi prater om som [kommunen] har drevet med. Jeg er veldig stolt av å ha alle de samarbeidspartnerne.²⁵⁵

I evalueringen av myndighetenes håndtering av tsunamikrisen problematiserte Reinås-utvalget Ullensakers rolle som vertskommune for Oslo lufthavn når det oppstår behov for å håndtere en stor mengde innreisende fra utlandet.²⁵⁶ Utvalget påpekte den gang at det ikke fantes noen egen beredskapsplan for Ullensaker kommunes rolle i denne type situasjoner.

Dersom det ikke finnes tilstrekkelig med ressurser til å drifte de enkelte operasjonene i innreiseordningene, vil det være risiko for at systemene bryter sammen, med den smitterisikoen dette i verste fall kan føre til. Det er viktig at både nasjonale myndigheter, kommunene og andre involverte aktører er oppmerksomme på dette, foretar risikoanalyser og utarbeider planer for å kunne iverksette kompensierende tiltak ved framtidige kriser.

²⁵⁴ Informasjon fra DSB om belegg på karantenehotell mellom uke 13 og uke 38 2021, sendt til Koronakommisjonen 19. november 2021.

²⁵⁵ Forklaring, representant for kommune med karantenehotell, 16. november 2021.

²⁵⁶ Rapport, Reinås-utvalget, 20. april 2005, «26.12. Rapport fra evalueringsutvalget for flodbølgekatastrofen i Sør-Asia».

²⁵² Nettartikkel, EFTA Surveillance Authority, 27. mai 2021, «Covid-19-pandemien: ESA ber Norge tilpasse innreisebegrensninger til EØS-reglene».

²⁵³ Situasjonsrapporter, politiet, juni–august 2021.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at Ullensaker kommunes rolle som vertskommune for Oslo lufthavn blir spesielt tatt hensyn til ved i revideringen eller utarbeidelsen av framtidige beredskapsplaner, med utgangspunkt i erfaringene fra pandemien.
- Kommisjonen anbefaler at myndighetene foretar en risiko- og sårbarhetsanalyse av innføringen av innreiserestriksjoner og stengte grenser, som grunnlaget for framtidige beredskapsplaner.

Del V
Veien ut av pandemien

Kapittel 8

Anskaffelse av vaksiner

8.1 Innledning

Det ble tidlig klart at covid-19 var alvorlig nok til at myndighetene ikke kunne la sykdommen gå sin gang i befolkningen. Farmasøytiske selskaper signaliserte at det ville ta tid å lage gode legemidler for å behandle sykdommen.

Norge og mange andre land satte dermed sin lit til at det ville være mulig å utvikle og anskaffe vaksiner raskt. Statsminister Solberg og helseminister Høie har flere ganger uttalt at det å vaksinere befolkningen er veien ut av pandemien.¹ Arbeidet med å skaffe vaksiner til befolkningen har derfor vært viktig.

Da Koronakommisjonens første rapport gikk i trykken i mars 2021, var vel 250 000 mennesker i Norge fullvaksinert.² Granskingen i vår første rapport var avgrenset til den første smittebølgen. Vaksinearbeidet ble derfor ikke evaluert.

12. mai 2021 ba daværende statsminister Erna Solberg Koronakommisjonen om å foreta en «gransking av regjeringens arbeid for å sikre Norges befolkning vaksiner og sammenligne denne med sammenlignbare land utenfor EU som Israel og Storbritannia».³

Oppbygging av kapitlet

I dette kapitlet skisserer vi først hvordan produksjonen av vaksiner mot covid-19 kom i stand, og hvor og hvordan produksjonen har foregått.

Deretter gransker vi norske myndigheters arbeid for å skaffe befolkningen vaksiner, herunder kontakt med legemiddelfirmaer, EU og andre land. I denne sammenheng omtaler vi Nor-

ges rolle som leder av det juridiske arbeidet i EU knyttet til videreformidling av vaksiner. At et ikke-medlemsland leder et slikt arbeid i EU, er uvanlig. Deretter følger en sammenligning av Norges situasjon med utvalgte land, og en vurdering av om Norge kunne brukt samme framgangsmåte som disse landene.

En viktig del av kapitlet er omtalen av internasjonalt helsesamarbeid, særlig norske myndigheters arbeid for å integrere Norge i det forsterkede helsesamarbeidet i EU. Her omtales også mulighetene for vaksineproduksjon eller produksjon av innsatsfaktorer til vaksiner i Norge.

Til slutt kommer vi med anbefalinger og noen læringspunkter.

Hensikten med å bygge opp kapitlet på denne måten er å gi grunnlag for å forstå hvorfor norske myndigheter handlet som de gjorde. Vi ønsker å belyse hvilke alternativer som lå på bordet, og hvor gode disse alternativene var. Videre vil vi få fram at norske myndigheters arbeid for å stille bedre forberedt på en kommende helsekrise, nødvendigvis må innebære mer internasjonalt samarbeid. Granskingen i dette kapitlet underbygger at sterkere tilknytning til EUs helsesamarbeid vil kunne gjøre Norge mindre utsatt ved en kommende helsekrise.

Kommisjonens beskrivelser og vurderinger bygger på notater fra RCU-konferanser og regjeringskonferanser, i tillegg til dokumenter vi har innhentet fra offentlige organer som har deltatt i arbeidet med vaksineanskaffelser.

Kommisjonen har også gjennomført uformelle møter og formelle intervjuer med personer som har vært viktige i arbeidet med vaksineanskaffelsene. Enkelte aktører har holdt presentasjoner for kommisjonen.

Til dette kapitlet har også Helseøkonomisk analyse bidratt med en rapport om vaksinearbeidet i Storbritannia, Israel, Sveits og Canada. Denne analysen er vedlagt kommisjonens rapport.

¹ Nettartikkel, Klar Tale, 23. juni 2021, «–Vaksinen er vår vei ut av pandemien»; nettartikkel, Nettavisen, 21. juli 2021, «Vaksinertall får Solberg til å juble: – Det er veien til mer frihet i hverdagen».

² Kilde: FHI. Med fullvaksinert menes fått to vaksinedoser.

³ Brev, statsminister Erna Solberg til Koronakommisjonen, 12. mai 2021.

8.2 Utvikling av vaksiner mot covid-19

Under koronapandemien har det blitt utviklet vaksiner i høyt tempo. Så vidt vi vet, har det aldri før gått så kort tid fra en vaksine har blitt utviklet, til hele befolkningsgrupper har blitt vaksinert.

Den hurtige utviklingen har fått stor helsemessig betydning. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslo i november 2021 at vaksineringen mot covid-19 fram til da hadde reddet en halv million menneskeliv på verdensbasis (WHO 2021).

Vaksinering av befolkningen gjør det mulig å lette på inngripende smitteverntiltak tidligere. Vaksineringen kan også ha medvirket til at man har redusert forekomsten av nye varianter av viruset.⁴

⁴ Nettartikkel, World Economic Forum, 11. februar 2022, «COVID-19: How vaccines lower the risk of new variants emerging».

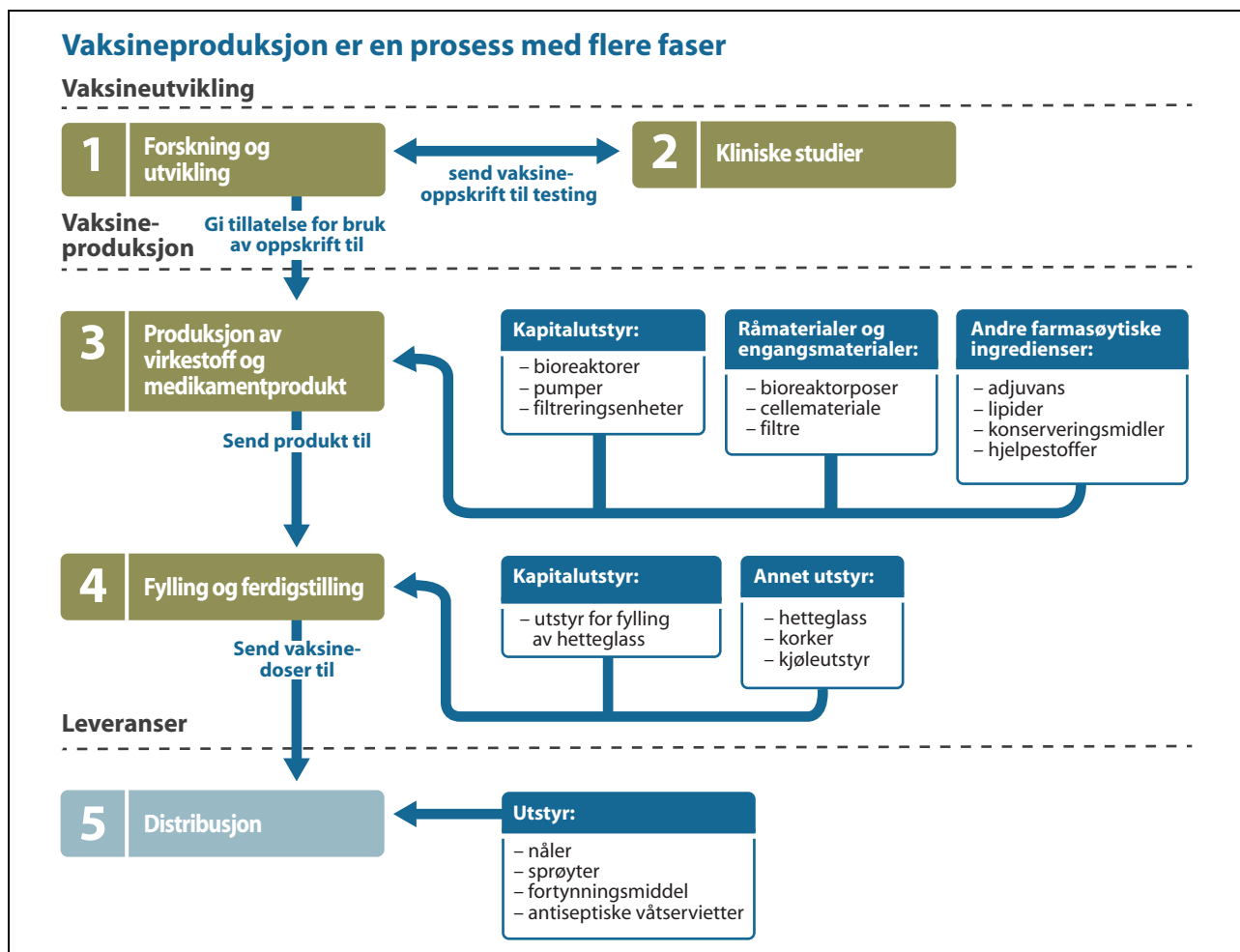
Avanserte vaksiner og desentralisert produksjon

Det fantes naturlig nok ingen produksjon av vaksiner mot covid-19 før pandemien brøt ut. Produksjonslinjene ble etablert på få måneder. I noen tilfeller måtte produksjonskapasitet bygges opp fra grunnen. I andre tilfeller var det mulig å bygge om eksisterende fasiliteter.

Forenklet kan man dele arbeidet med å framstille vaksinen inn i fem skritt:

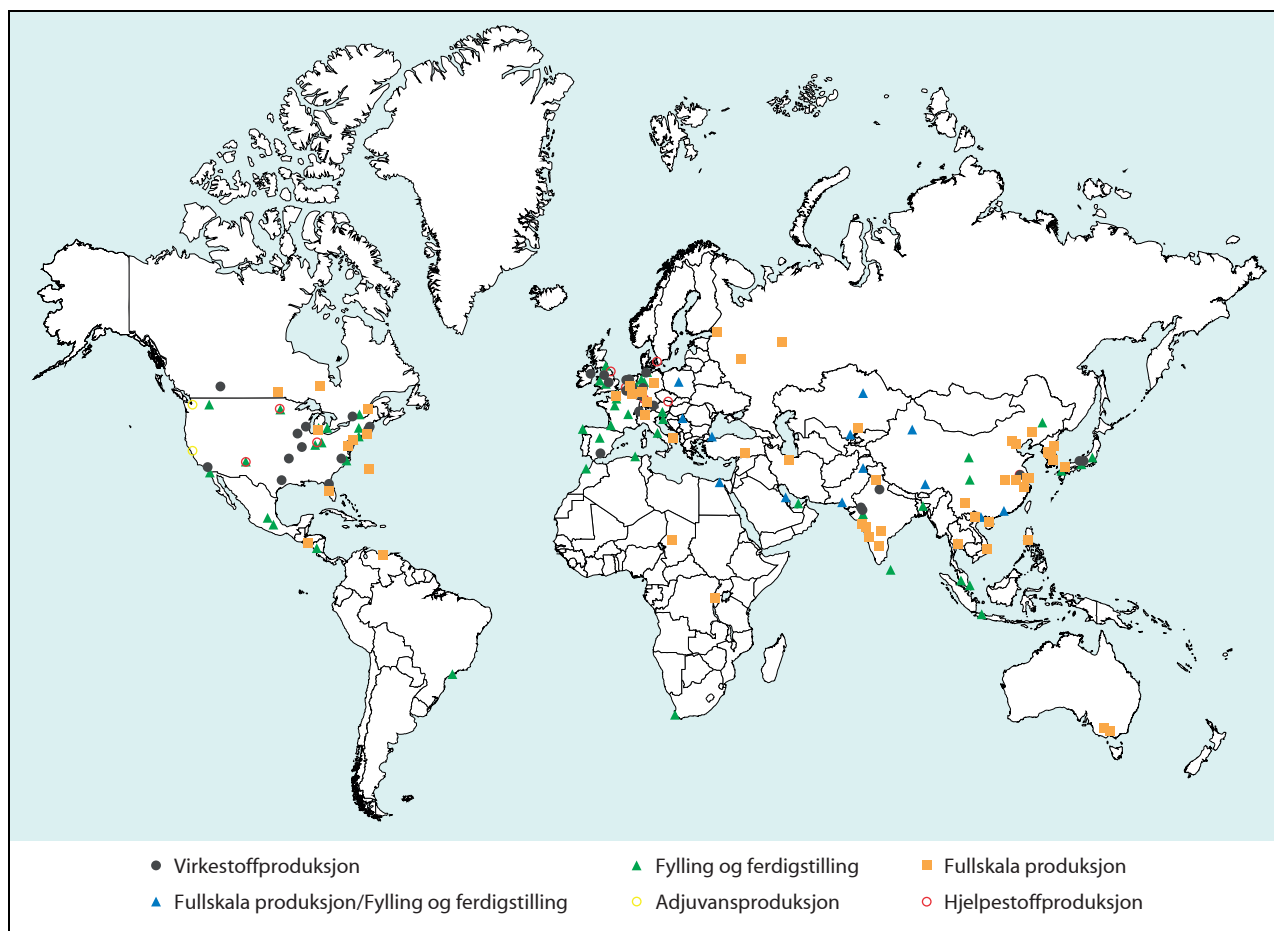
1. forskning og utvikling
2. kliniske testforsøk
3. produksjon av virkestoff og omdanning til farmasøytisk produkt
4. fylling og ferdigstilling
5. distribusjon

Det inngår mange ingredienser i vaksiner mot covid-19. Enkelte vaksiner har opp mot 300 ingredienser (Bown og Bollyky, 2021). Det er karakteristisk for produksjonen at den har foregått desen-



Figur 8.1 Forenklet framstilling av ulike trinn i produksjonen av vaksiner mot covid-19.

Kilde: Bown og Bollyky (2021)



Figur 8.2 Produksjonssteder for covid-19-vaksiner etter type. Verden. Enkelte av lokalitetene er ennå ikke operative per mars 2022.

Kilde: Unicef COVID-19 Vaccine Market Dashboard

tralisert, det vil si at trinnene ovenfor har funnet sted i forskjellige land og byer.

Få land har under pandemien vært selvforsynte med vaksiner.⁵ Selv om en rekke europeiske land produserer vaksiner, har ingen europeiske fabrikker stått for hele produksjonskjeden for en vaksine alene.⁶ Produksjonstrinnene har altså som hovedregel foregått i ulike land.

Norges første leveranse med Pfizer-doser⁷ kan tjene som eksempel: Første del av produktet (DNA-plasmidene) ble utviklet i Missouri i USA. Plasmidene ble deretter fryst ned og sendt til en

BioNTech-fabrikk i Mainz i Tyskland. Her ble DNA-et gjort om til mRNA. Filtrert mRNA ble så sendt videre til Pfizers fabrikk i Puurs i Belgia. Her ble vaksinene ferdigstilt og sendt ut til distribusjon med lastebil. Til slutt kom de til Norge via Sverige.

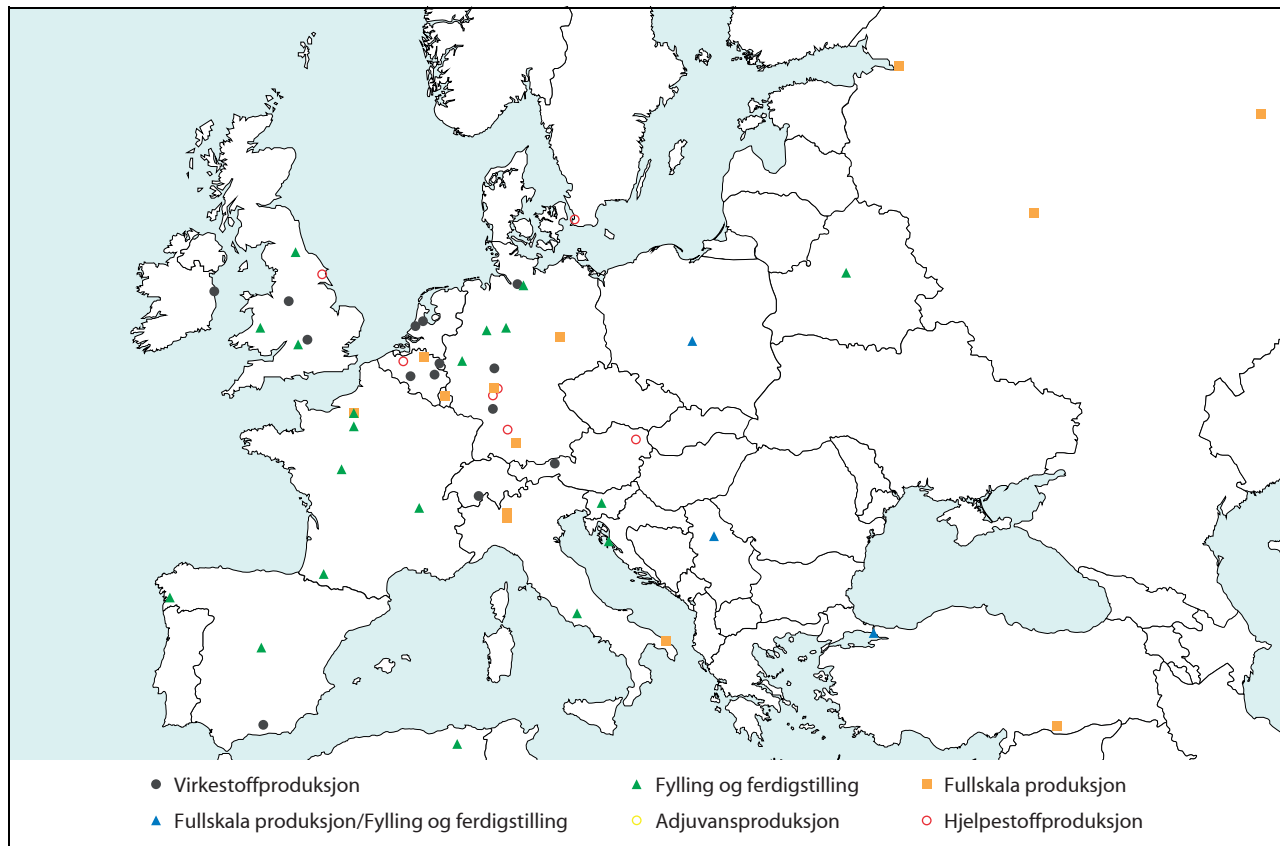
Selve vaksineproduksjonen er skissert i trinn 3 og 4 i figur 8.1. Figur 8.2 og 8.3 gir en oversikt over produksjonsfasiliteter i verden og Europa.

Produksjonen er forbundet med store faste kostnader blant annet for å etablere og opprettholde hyperrene rom, i tillegg til kjøp av bioreaktorer og annet spesialisert utstyr. Det innebærer at produksjonen må være nokså omfattende for å kunne bli lønnsom. I tillegg kan det være knapphet på kvalifisert personell, noe som kan vanskeliggjøre produksjon i små land. Generelt har pandemien gjort det vanskeligere for spesialisert personell å reise til andre land for å bistå med vaksineproduksjon.

⁵ Blant unntakene er USA og Kina.

⁶ Vi kan bare si dette med sikkerhet for de EMA-godkjente vaksinene. Kommisjonen har ikke studert produksjonen av andre vaksiner nærmere.

⁷ De tekniske navnene på de EMA-godkjente vaksinene er AZD 1222 (AstraZeneca), Ad26 SARS-CoV-2 (Janssen), mRNA-1273 (Moderna), BNT162b2 (Pfizer og BioNTech) og NVX-CoV2373 (Novavax). I dette kapitlet omtales vaksinene bare med produsentens navn.



Figur 8.3 Produksjonssteder for covid-19-vaksiner etter type. Europa. Enkelte av lokalitetene er ennå ikke operative per mars 2022.

Kilde: Unicef COVID-19 Vaccine Market Dashboard

Vaksinefaglige årsaker til at vaksiner mot covid-19 ble utviklet så raskt

Før pandemien hadde utviklingen av en ny vaksine aldri tatt mindre enn fire år. At såpass mange vaksine kandidater endte opp med å bli godkjent til bruk, er heller ikke vanlig.

Grunnforskning og tidligere arbeid med andre vaksiner bidro til at vaksineutviklingen mot covid-19 kunne gå i et historisk raskt tempo.

Kinesiske myndigheter gjorde den genetiske koden til viruset SARS-CoV-2 tilgjengelig tidlig i januar 2020.⁸ De første kandidatvaksinene var klare til fase 1-tester⁹ noen uker senere. Tidlig i april hadde en rekke selskaper lansert vaksine-kandidatene sine.

Den fullstendige sekvenseringen av det menneskelige genomet, et stort arbeid som var ferdig tidlig på 2000-tallet, er én viktig årsak til at den raske utviklingen var mulig.¹⁰ Sekvensering innebærer at genetisk kode blir oversatt til en digital sekvens. Det var tidligere en kostbar og ressurskrevende prosess, men er nå forholdsvis billig og raskt å gjennomføre. Fordi man kunne sekvensere genene til SARS-CoV-2-viruset hurtig og billig, var det mulig å framstille genbaserte vaksiner mot sykdommen ganske raskt (Andersen 2020).

Viruset bruker piggproteiner for å trenge inn i celler. Disse proteinene brukes i mRNA-vaksiner. Slike vaksiner, som har vært under utvikling i tiår før koronapandemien,¹¹ er nå for første gang tatt i bruk i stor skala. I motsetning til tradisjonelle vaksiner inneholder de ikke bestanddeler fra viruset

⁸ Nettartikkel, science.org, 11. januar 2020, «Chinese researchers reveal draft genome of virus implicated in Wuhan pneumonia outbreak».

⁹ I fase 1 blir vaksinen testet på noen få personer (inntil 100), som regel unge og friske frivillige. Hensikten er å undersøke om vaksinen er sikker, og om og hva slags immunrespons den gir.

¹⁰ Nettartikkel, New York Times, 15. januar 2022, «Halting Progress and Happy Accidents: How mRNA Vaccines Were Made».

¹¹ mRNA (messenger ribonucleic acid) ble oppdaget av biologer tidlig på 1960-tallet.

Boks 8.1 Kort om vaksineteknologi

En vaksine er et preparat (kjemisk framstilt stoff) som stimulerer immunapparatet slik at den som vaksineres, blir immun uten å gjennomgå sykdom. Hensikten er å få immunforsvaret til å produsere antistoffer og forsvarsceller, slik at mottakeren ikke blir syk hvis vedkommende skulle bli smittet med det «ekte» viruset eller den «ekte» bakterien. I noen tilfeller brukes også vaksiner til å danne immunitet etter at smitten kan ha funnet sted, som ved mulig rabies- eller tetanusmitte (stivkrampesmitte).

Nedenfor følger en beskrivelse av ulike vaksinevarianter.

Vaksiner med inaktivert virus:

Vaksinen består av virus som er «drept» eller svekket. Viruset gir ikke sykdom, men kroppen stimuleres til å lage antistoffer mot viruset. Denne teknologien brukes i covid-19-vaksinene til Sinovac, i poliovaksiner og i noen influensavaksiner.

Vaksiner som inneholder deler av viruset (subenhetvaksiner):

Vaksinen inneholder biter av viruset. Disse bitene gjør at kroppen blir stimulert til å danne antistoffer for å bekjempe viruset dersom personen blir smittet senere. Covid-19-vaksinene fra Novavax og Sanofi Pasteur bruker denne teknologien. Teknologien brukes også i Hepatitt B-vaksiner og i noen typer influensavaksiner.

Viruslignende partikkel (VLP):

Vaksinen inneholder partikler med virusproteiner som ligner på viruset man ønsker å beskytte mot. Partiklene kan ikke formere seg og gir ikke sykdom, men kroppen blir stimulert til å lage antistoffer mot viruset. Disse vaksinene kan gis til dem med svekket immunforsvar. Medicago bruker denne teknologien til å lage vaksiner mot covid-19. Teknologien blir også brukt i vaksiner mot HPV (humant papillomavirus).

Virusvektorvaksiner:

Ved å «klippe» og «lime» gener er det mulig å lage hybride virus som kan bli brukt i vaksiner.

Vaksinene inneholder et ufarlig bærervirus som ikke kan formere seg og dermed ikke kan gi sykdom. Bærerviruset blir tilført en DNA-bit som koder for piggproteinene på covid-19-viruset. Det ufarlige bærerviruset vil infisere noen av kroppens celler, som så vil «lese» den genetiske informasjonen om piggproteinene og lage kopier av dette. Videre vil cellene «vise fram» proteinene på celleoverflaten, slik at det kan oppdages av immunforsvaret, som vil lage et forsvar mot det. Slik blir antistoffer og forsvarsceller (T-lymfocytene) klare til å bekjempe covid-19.

Denne teknologien brukes i covid-19-vaksinene fra AstraZeneca og Janssen. Den brukes også i Sputnik V-vaksinen. Noen ebolavaksiner bruker den samme teknologien. En fordel med virusvektorvaksiner er at de er mindre følsomme for temperatur og relativt lette å lagre og transportere.

mRNA-vaksiner:

Vaksinen inneholder mRNA (DNA-oppskriften) for piggproteinene på covid-19-viruset. mRNA er «pakket inn» i små fettpartikler som gjør at arvestoffet kan komme inn i cellene. Cellene bruker deretter arvestoffene til å produsere piggprotein. Dette gir ikke sykdom, men kroppen vil lage antistoffer mot proteinene og gjøre forsvarscellene i stand til å bekjempe viruset dersom man blir smittet. Denne typen vaksiner er aldri brukt tidligere. Teknologien brukes i covid-19-vaksinene fra Pfizer, Moderna og CureVac. En ulempe ved mRNA-vaksinene er at de må oppbevares svært kjølig.

DNA-vaksiner:

Vaksinen inneholder cDNA (komplementær DNA) som koder for piggproteinene på covid-19-viruset. Kroppen vil da produsere piggproteinene. Det gir ikke sykdom, men kroppen vil lage antistoffer mot proteinene og gjøre forsvarscellene klare til å bekjempe sykdommen. I likhet med virusvektorvaksiner er enkelte DNA-vaksiner mindre følsomme for temperatur. Denne typen vaksiner er aldri tidligere godkjent mot infeksjon hos mennesker.

(svakkede eller deaktiverte patogener – sykdomsframkallende stoffer) som vaksinen er ment å beskytte mot. Se nærmere omtale av vaksineteknologier i boks 8.1.

Erfaringen med SARS og andre tidligere koronavirus var også nyttig for å identifisere framgangsmåter i vaksinearbeidet. I tillegg hadde forskere i mange år jobbet med å lage en vaksine mot HIV. Gjennom arbeidet med en HIV-vaksine var en bestanddel i koronavaksinene allerede klar – «beholderen» som bærer den genetiske koden til cellene som deretter sørger for immunresponsen.¹²

For å få vaksinekandidatene klare raskere gjennomførte firmaene flere testfaser samtidig, noe som ikke er vanlig. Potensielle produsenter begynte å etablere produksjonskapasitet selv om de ikke kunne vite om vaksinekandidatene ville bli godkjent.

Grep fra offentlige myndigheter for å stimulere til vaksineproduksjon

En rekke land har brukt aktiv finans- og næringspolitikk for å stimulere til produksjon av vaksiner og andre legemidler mot covid-19.

Den viktigste pakken kom fra USAs myndigheter i april 2020. Den fikk navnet «Operation Warp Speed». Pakken var et støtteprogram på mer enn 10 mrd. dollar til å utvikle vaksiner, legemidler og diagnostiseringsutstyr. Mesteparten av pengene har gått til å utvikle vaksiner. Seks selskaper har fått direkte støtte, og myndighetene signerte forhåndskontrakter for innkjøp av 800 mill. doser. Moderna var blant vaksineprodusentene som takket ja til direkte støtte. Pfizer/BioNTech inngikk kontrakter om forhåndskjøp med amerikanske myndigheter, til en verdi av flere mrd. dollar.¹³ Samlet sett bidro dette til å framskynde utviklingen av mRNA-vaksiner.

Fra slutten av januar og utover 2020 bevilget EU midler i flere omganger til å forske på medisiner og vaksiner mot covid-19. Overføringene kom både som direkte støtte til farmasøytiske selskaper og som støtte til vaksinealliansen Gavi.

WHO ba sent i april 2020 om globale tiltak mot koronaviruset, blant annet utvikling og distribusjon av vaksiner. EU fulgte oppfordringen og opprettet programmet Coronavirus Global Response. Fra mars til juni økte bidragene fra EU jevnt og summerte seg etter hvert til flere mrd. euro. EU inngikk også forhåndskontrakter om å kjøpe inn

¹² Nettartikkel, Wall Street Journal, 24. desember 2020, «How HIV Research Laid the Foundation for Covid Vaccines».

¹³ Nettartikkel, politifact.com, 19. november 2020, «How Pfizer's and Moderna's COVID-19 vaccines are tied to Operation Warp Speed».

Boks 8.2 Godkjenning av vaksiner under pandemien

Tabell 8.1 Datoer for (betinget) godkjenning for ulike vaksiner. Statens legemiddelverk i Norge er del av de europeiske legemiddelmyndighetene, og EMA-datoene gjelder også for Norge.

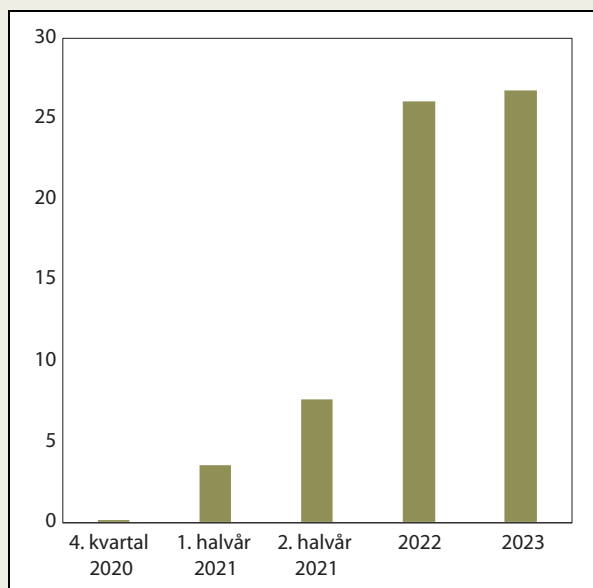
	FDA (USA)	EMA (EU)
Pfizer/BioNTech	11. desember 2020	21. desember 2020
Moderna	18. desember 2020	6. januar 2021
Janssen	27. februar 2021	11. mars 2021
AstraZeneca	Ikke godkjent	29. januar 2021
Novavax	Under behandling per 15. mars 2022	20. desember 2021

Kilde: Lythgoe (2021) og Statens legemiddelverk

Fra høsten 2020 fikk det norske legemiddelverket jevnlig tilsendt tabeller fra EMA med informasjon om arbeidet med vaksiner og antiviralia mot covid-19. Denne informasjonen ble videreformidlet blant annet til de ansatte i HOD som jobbet med vaksineanskaffelser.

Tabellene inneholdt blant annet detaljer om hvorvidt vaksinekandidatene så lovende ut, når testresultater var forventet å være klare, og når EMA regnet med å ha en vurdering klar.

Boks 8.3 Trekk ved internasjonal legemiddel- og vaksineproduksjon



Figur 8.4 Anslått produksjonskapasitet på verdensbasis. Antall doser vaksine mot covid-19. I mrd.

Kilde: Unicef Covid-19 Vaccine Market Dashboard

USA og Europa er verdens største produsenter og eksportører av legemidler generelt. Blant verdens 18 land som er nettoeksportører av farmasøytiske produkter, er 14 europeiske. De fleste land i verden er netto importører.

Detaljert og troverdig statistikk over vaksineproduksjon og produksjonskapasitet er vanskelig å samle inn og beheftet med usikkerhet (Melchior 2021).

Det er likevel klart at EU, USA og India sto for størstedelen av produksjonen av vaksiner til mennesker før pandemien brøt ut.

Innad i EU er det noen enkeltland, som Tyskland og Sveits, som er blant verdens største vaksineprodusenter, både før og etter pandemien.

Over 50 fabrikker i Europa produserer nå vaksinekomponenter til covid-19-vaksiner (se figur 8.3), og tallet er økende.

EU-kommisjonen anslår at årlig produksjonskapasitet i EU vil være to–tre mrd. doser tidlig i 2022.¹ En betydelig andel av denne produksjonen har gått til eksport. Kina hevder at landets produksjonskapasitet nå er flere milliarder doser i året, men disse tallene lar seg ikke bekrefte. Kina hevder å ha eksportert over en milliard doser.²

Unicef anslår at verdens samlede produksjonskapasitet av godkjente vaksiner vil stige fra snaut åtte mrd. doser i 2021 til over 25 mrd. doser i 2022. Se figur 8.4.

Melchior (2021) argumenterer for at europeiske leverandører i begrenset grad er avhengige av Kina og India når det gjelder råvarer til legemiddelproduksjon, selv om det er en utbredt forestilling at disse landene står for brotparten av virkestoffproduksjonen.

Tilgang på råstoffer til medisiner og vaksiner er et viktig tema for EU-kommisjonens nye forsterkede helsesamarbeid, herunder HERA. Se nærmere omtale under punkt 8.5.

¹ Nettartikkel, EU-kommisjonen, uten år, «Task Force for Industrial Scale-up of COVID-19 vaccines».

² Nettartikkel, BBC, 10. oktober 2021, «Covid-19 vaccines: Has China made more than other countries combined?».

opptil to mrd. vaksinedoser fra seks ulike selskaper, gitt at vaksine kandidatene ble godkjent.¹⁴

Også norske myndigheter spilte en aktiv rolle for å stimulere til hurtig vaksineproduksjon. Den 27. mars 2020 økte Norge bevilgningen sin til Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)¹⁵ med 2,2 mrd. kroner.

Etter det kommisjonen erfarer, har det norske Finansdepartementet i liten grad holdt tilbake på utgifter knyttet til vaksinekjøp og heller lagt vekt

på at disse utgiftene er små sammenlignet med mulige gevinster av å vaksinere befolkningen raskt.¹⁶

8.3 Norske myndigheters arbeid for å sikre vaksiner til egen befolkning

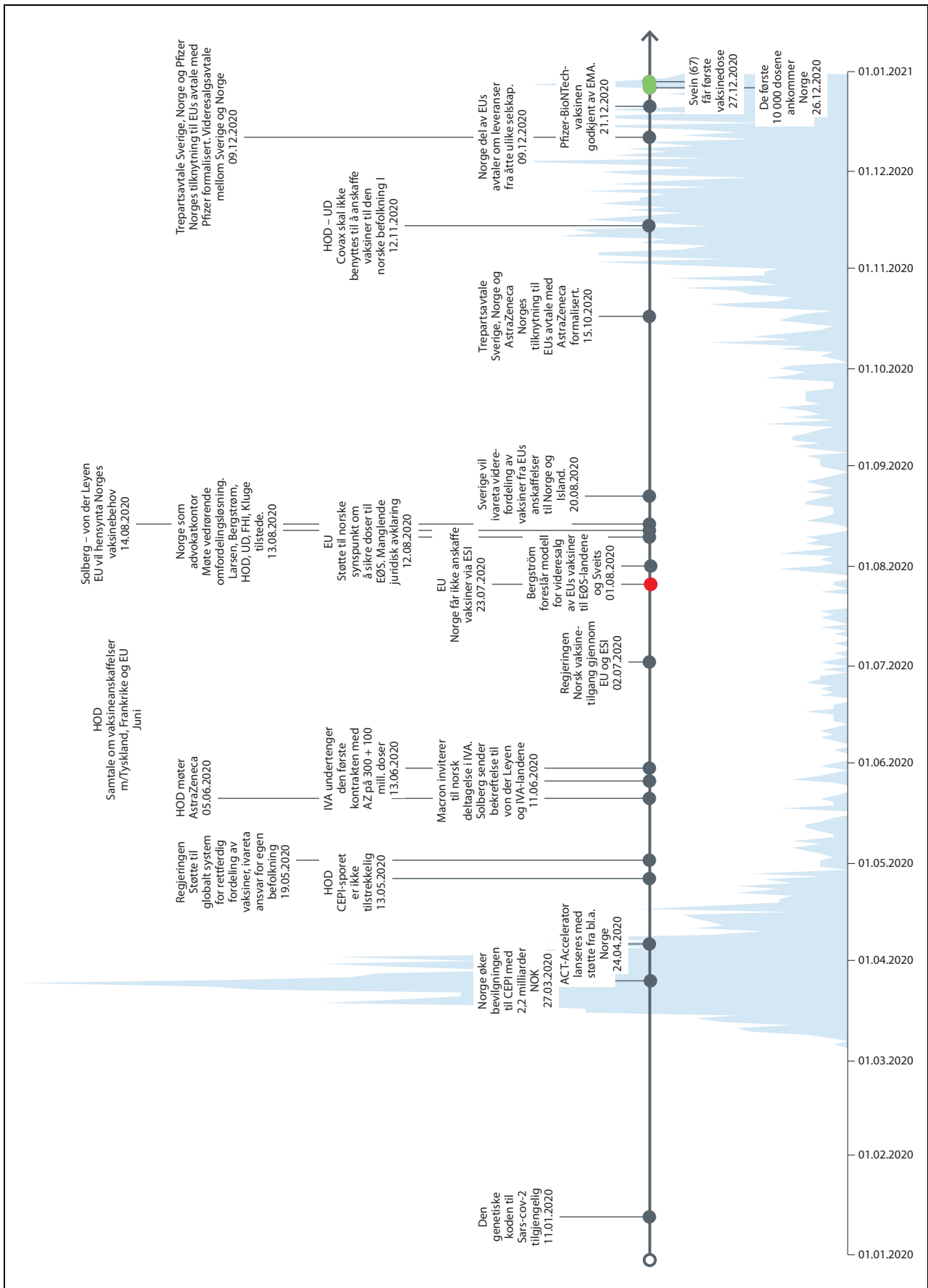
Arbeidsfordeling i vaksineanskaffelsene

I en normalsituasjon er det Folkehelseinstituttet (FHI) som skal kjøpe inn vaksiner til befolkningen

¹⁴ Nettartikkel, EU-kommisjonen, uten år, «Présentation de la réponse de la Commission».

¹⁵ Se punkt 8.3.

¹⁶ Uformelt møte, ansatte i HOD, 24. august 2021.



Figur 8.5 Tidslinje for arbeidet med vaksineanskaffelser i 2020. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter med covid-19 som hovedårsak.

i Norge, ved å legge ut anbud som farmasøytiske firmaer svarer på. Men i denne situasjonen var det ingen ferdige vaksiner, bare kandidater.

Regjeringen bestemte 18. mai 2020 at helseministeren skulle lede arbeidet med å skaffe vaksiner til den norske befolkningen.¹⁷ At valget falt på Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og ikke FHI, skyldtes etter det kommisjonen har fått opplyst, først og fremst at saken var så tett på politikken. Det ser ikke ut til å ha vært noen uenighet på myndighetsnivå om at arbeidet skulle ledes av HOD. Arbeidet foregikk både på politisk nivå og på embetsnivå, og embetsverket har vært ansvarlig for mye av den løpende håndteringen. HOD har samarbeidet tett med FHI.¹⁸

Utenriksdepartementet (UD) har spilt en viktig rolle. Fra slutten av mai hadde UD to representanter i HOD som blant annet jobbet med vaksinespørsmål. Norges delegasjon til EU i Brussel og ansatte ved enkelte ambassader har også vært involvert.

Legemiddelverket har ikke vært direkte involvert i anskaffelsesprosessen, men har videreført informasjon fra European Medicines Regulatory Network (EMRN) og European Medicines Agency (EMA) om prosessene med å vurdere og godkjenne vaksiner for bruk.¹⁹

Tolletaten og Finansdepartementet har vært involvert i logistikkarbeidet og avgiftsrelaterte spørsmål knyttet til import og leveranser av vaksiner.

Arbeidet med vaksineanskaffelser våren 2020

I forvaltningen bredte det seg relativt kort tid etter pandemiutbruddet en oppfatning om at det var risikabelt å operere alene i arbeidet med vaksineanskaffelser.²⁰ En hovedårsak var at det ikke fantes ferdige vaksiner mot covid-19 og derfor heller ikke noe vanlig marked for å kjøpe vaksiner. Etterspørselen var også langt høyere enn tilbudet på kort og mellomlang sikt. Norge hadde ingen egenproduksjon eller fabrikker som kunne brukes til å produsere covid-19-vaksiner på kort sikt, så Norge kunne ikke bruke dette som forhandlingskort.

I likhet med mange andre land vurderte Norge ulike allianser og samarbeid for å støtte utviklingen av noe som kanskje kunne bli en vaksine.

CEPI, Gavi og Covax

Helt i starten av 2020 hadde norske myndigheter spesielt tett kontakt med vaksinekoalisjonen CEPI.

CEPI ble opprettet i 2017 med Norge som en av grunnleggerne. Hovedkontoret ligger i Oslo. Koalisjonen skal bidra til å framskynde utviklingen av vaksiner og sørge for at verdens befolkning får tilgang til dem.

CEPI støttet utvikling av mRNA-teknologi i årene før pandemien, blant annet ved å gi støtte til Moderna i selskapets oppstartsfase. Fra januar 2020 støttet CEPI ulike covid-19-vaksinekandidater finansielt. Noen av disse har lyktes og andre ikke.²¹

Norske myndigheter fikk tidlig i pandemien faglige råd av CEPI. Bistandsminister Ulstein hadde møte med CEPI-sjef Richard Hatchett 27. januar 2020, og statsminister Solberg hadde møte med Hatchett dagen etter. CEPI-sjefen sa i møtet med Ulstein at det var veldig sannsynlig at det ble en pandemi. WHO erklærte global folkehelsekrise tre dager etter. Rådene Norge fikk i disse møtene handlet ellers om hvilke kandidater som lå langt framme, og hvilken teknologi som kunne ha suksess. CEPI og andre mente at prosessen var på et hurtigspor, og trodde på ganske rask tilgang til vaksiner. Det var en av årsakene til at norske myndigheter fortsatte å følge strategien med å begrense spredningen av smitte.²²

Norge holdt også kontakt med Gavi. Gavi er en internasjonal vaksinealliansen som har hatt som hovedoppgave å sikre vaksiner til barn i lavinntektsland. Alliansen ble til i 2000, og Norge har hele veien vært en av de viktigste finansielle bidragsyterne.

Bidraget til Gavi ble økt betydelig etter utbruddet av pandemien. I r-konferanse 30. april 2020 konkluderte regjeringen blant annet med følgende:

«Det foreslås for Stortinget å sette av totalt 10,25 mrd. kroner til vaksinealliansen Gavi over bistandsbudsjettet for perioden 2021–2030.»²³

Bidraget ble kunngjort av statsminister Solberg 4. juni 2020.

¹⁷ Samtidig ble det bestemt at utviklingsministeren skulle lede arbeidet med global solidaritet relatert til vaksiner.

¹⁸ Forklaring, avdelingsdirektør i HOD, 29. november 2021.

¹⁹ Som EØS-land er Norge fullverdig deltager i både EMRN og EMA.

²⁰ Forklaringer, fagdirektør i HOD, tidligere departementsråd Bjørn-Inge Larsen i HOD, seniorrådgiver i UD, november 2021.

²¹ Nettartikkel, cepi.net, uten dato, «Our portfolio». Per april 2022 finansierer CEPI fortsatt seks Covid-19-vaksinekandidater, blant annet mot nye varianter av viruset.

²² Uformelt møte, ansatte i HOD, august 2021.

²³ R-notat, «Norges bidrag til vaksinealliansen Gavi for perioden 2021–2025», 28. april 2020, fremmet av utviklingsministeren til r-konferanse 30. april 2020.



Figur 8.6 Bistandsminister Dag-Inge Ulstein, statsminister Erna Solberg og nestleder i CEPI Frederik Kristensen på vei inn til møte i CEPIs lokaler 27. april 2020.

Foto: Heiko Junge / NTB

I april foreslo Gavi og CEPI, sammen med WHO, at det skulle være en felles pandemiløsning for verdens land. Prosjektet ble kalt ACT-A.²⁴ Norge fikk tilbud om å ta del i vaksineløsningen i ACT-A, som fikk navnet Covax.

HOD sendte en interesse melding om å være med i Covax til leder Seth Berkley i Gavi 9. juli 2020.²⁵ På dette tidspunktet hadde Norge bestemt at hovedsporet for å sikre tilgang til vaksiner til befolkningen var å ta del i EUs planlagte felles innkjøpsmekanisme. Vi kommer tilbake til dette senere i kapitlet.

Deltakelsen i Covax hadde likevel bred støtte hos embetsverk og politisk ledelse da HOD sendte den uforpliktende interesse meldingen. I likhet med andre høyinntektsland Norge holdt kontakten med om vaksineanskaffelser, fulgte

²⁴ The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. Sammen med Sør-Afrika har Norge fra september 2020 sittet i det såkalte fasiliteringsrådet for ACT-A, som i praksis har vært en lederrolle.

²⁵ Videre sendte Norge en interessebekreftelse til Gavi 31. august. Norge gikk inn som såkalt selvfinansierende land i Covax, med mulighet for å kjøpe inn vaksiner til den norske befolkningen.

Norge ulike spor i påvente av tilstrekkelige avklaringer. Tidligere helseminister Bent Høie har uttalt at de hadde Covax som en «backup» hele tiden.²⁶

Det er kommisjonens oppfatning at norske myndigheter raskt innså at Covax neppe kunne innfri Norges mål om å vaksinere hele befolkningen, i alle fall ikke på rimelig kort sikt.

Ulempen ved Covax, sett med norske øyne, var at verdens produksjonskapasitet var så lav at ingen land ville få mer enn 20 prosent vaksinasjonsgrad gjennom Covax til å begynne med, dersom landene skulle holde seg til en solidarisk og jevn fordeling med lik andel til hvert land.

Tallet 20 prosent var basert på en gjennomsnittsberegning av andelen som tilhører utsatte grupper på verdensbasis. I Norge ville dette tallet – blant annet på grunn av høy alder i befolkningen – være opp mot 30–40 prosent, ifølge en beregning FHI gjorde i mars 2020.²⁷ Covax hadde videre et krav om at land med svake helsesystemer burde få en viss forrang i vaksinefordelingen,

²⁶ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

fordi smittede som ble syke av covid-19 i disse landene, ville ha dårligere utsikter til effektiv behandling.²⁸

Samlet sett vurderte norske myndigheter at fordelingen av vaksiner som Covax la til grunn, gjorde det vanskelig å satse på Covax for å dekke hele behovet for vaksiner. Norge støttet Storbritannia og andre høyinntektsland i arbeidet med å få Covax med på en mer fleksibel løsning.

Sammen med flere andre land foreslo Norge at den tildelte vaksinemengden i Covax kunne være basert på hva som reelt var størrelsen på de sårbare gruppene i det enkelte land.²⁹ Norge foreslo dessuten at land som betaler først, kunne få en viss forrang. Dette arbeidet med å endre grunnlaget for fordelingen førte ikke fram.³⁰ Dermed ble det tydeligere at Norge måtte skaffe vaksiner til

²⁷ Notat, FHI, mars 2020, «Covid-19: Sammenheng mellom alder, komorbiditet og sykdomsalvorlighet – en hurtigoversikt»; svar på oppdrag, FHI/Helsedirektoratet, «Svar på oppdrag 117».

²⁸ E-post, fra ansatt i HOD til UD, 14. juli 2020.

²⁹ Forklaring, spesialrådgiver i UD, 30. november 2020. Det ble allerede på forsommeren 2020, under opprettingsfasen, foreslått en innretning av Covax der selvfinansierende land trolig ville få noe høyere dekningsgrad enn de såkalte AMC-landene. Norske myndigheter var ikke involvert i dette arbeidet.

³⁰ Referat fra møte i «Friends of COVAX Facility», 6. juli 2020. Bekreftet i oppsummering per e-post fra HODs samtale med Guillaume Grosso, sjefsforhandler for Covax fra Gavi.

egen befolkning via andre mekanismer enn Covax.

EU-sporet

Hvorfor Norge valgte å satse på EU

Det første r-notatet om regjeringens arbeid for å skaffe Norges befolkning vaksiner er datert 18. mai 2020.³¹ I notatet står det i innledningen blant annet:

Vi kan komme i en situasjon hvor land i Europa velger å anvende markedet for å få tidlig tilgang til vaksine av helsepersonell, risikogrupper og befolkningen. Regjeringen vil ikke kunne operere annerledes enn andre europeiske land, selv om vi støtter en solidarisk fordeling av vaksiner.

I r-notatet foreslo Helse- og omsorgsdepartementet følgende konklusjon:

³¹ R-notat om «Regjeringens engasjement for å mobilisere internasjonal politisk støtte til et globalt system for rettferdig fordeling av covid-19-vaksiner samtidig som regjeringens ansvar overfor egen befolkning ivaretas», til regjeringsskonferanse 19. mai 2020, fremmet av utviklingsministeren, utenriksministeren, helse- og omsorgsministeren, forsknings- og høyere utdanningsministeren.

Boks 8.4 Om Covax AMC og Norges bidrag

180 land er involvert i Covax-arbeidet. Covax Advance Market Commitments (AMC), som er bistandsarmen i initiativet, hadde som første mål å bidra til minst 20 prosent vaksinasjonsdekning i 92 lav- og mellominntektsland innen utgangen av 2021. Det tilsvarer 2 mrd. doser.

Det målet er ikke nådd per mars 2022. På dette tidspunktet ser det ut til at omtrent 1,4 mrd. doser er blitt distribuert til lav- og mellominntektsland gjennom Covax. Unicef er den viktigste partneren i logistikk- og distribusjonsarbeidet til Covax.¹

Covax har så langt hovedsakelig fordelt virusvektorvaksiner (AstraZeneca). Etter hvert som vestlige land har nedskalert og faset ut bruken av virusvektorvaksiner, har også etterspørselen falt i lav- og mellominntektsland. Serum Institute of India, som er verdens største produsent av virusvektorvaksiner, har derfor skalert ned produksjonen av AstraZeneca-vaksiner.

Prognosene for verdens produksjonskapasitet i 2022 og 2023 innebærer derimot en betydelig økt produksjon av mRNA-vaksiner. En vesentlig del av det økte mRNA-volumet i 2022 og 2023 ser ut til å gå til lav- og mellominntektsland.

Samlet norsk støtte (2020–2021) til Covax AMC er om lag 1,8 mrd. kroner, som forventes å finansiere mer enn 30 mill. vaksinedoser. Dette er en del av Norges samlede bidrag til ACT-A på 6,5 mrd. kroner. Norge har også gitt avkall på 1,7 mill. vaksinedoser som landet hadde opsjoner på gjennom Covax. I tillegg har Norge donert ytterligere 6,2 mill. vaksinedoser, innkjøpt til den norske befolkning, til Covax AMC.²

¹ Kilde: Covax/ACT-A, Unicef COVID-19 Vaccine Market Dashboard.

² Kilde: Utenriksdepartementet.

Regjeringen arbeider etter flere spor for å sikre vaksine til den norske befolkningen.
[...]

Det tas kontakt med EU-kommisjonen, samt Tyskland og Frankrike for å sikre at Norge er inkludert i EUs arbeid med produksjon og innkjøp av vaksine [...]

Det var ingen merknader til forslaget til konklusjon fra de andre statsrådene, og regjeringen konkluderte i tråd med forslaget.

Etter Koronakommisjonens vurdering indikerer r-notatet fra 18. mai at regjeringen på dette tidspunktet vurderte situasjonen slik at landets sterke kjøpekraft alene ikke kunne garantere rask tilgang på vaksiner, og at det var en reell usikkerhet om hvorvidt Norge ville kunne få vaksiner like raskt som andre vesteuropeiske land. Dette sitatet fra bakgrunnsdelen i notatet underbygger en slik konklusjon:

Når vaksine er et knapphetsgode, er selv god kjøpekraft ingen garanti for å få rask tilgang, selv til prioriterte grupper, for land som ikke har egenproduksjon av vaksiner. Norge kan derfor oppleve å ikke få tilgang til nødvendige vaksiner den første fasen når volumet er begrenset. Norge samarbeider med EU om deres felles innkjøpsordning (JPA). Det er i vår nasjonale og internasjonale interesse å arbeide tett sammen med EU fremover.

På dette tidspunktet hadde HOD og UD i flere uker drevet med sonderinger opp mot andre nordiske og europeiske land, i tillegg til EU-kommisjonen og representanter fra legemiddelselskapene. Det var kontakt både på embetsnivå og politisk nivå. Muligheten for å produsere vaksiner i Norge var også undersøkt.

Nedenfor redegjør vi for disse prosessene.

Vurderinger av muligheten for egenproduksjon

Norske myndigheter forsøkte å kartlegge muligheten for å produsere vaksiner mot covid-19 i Norge. I et møte med HOD 19. mai 2020 påpekte direktøren i Legemiddelverket at Norge er store på fiskevaksiner, og spurte om det kunne være aktuelt om selskapet Pharmaq kunne produsere covid-19-vaksiner.³²

I protokollen fra møtet står det at både Pharmaq og legemiddelselskapet Curida har hatt møter med myndighetene om mulig produksjon

av vaksiner. For Koronakommisjonen ser det ut til at norske myndigheter tidlig slo fra seg muligheten og ikke fulgte den aktivt etter dette møtet i HOD.

I r-notatet fra 18. mai er norsk vaksineproduksjon ikke omtalt som et alternativ, men det står blant annet følgende under bakgrunnsdelen:

Norge vil også vurdere samarbeid om produksjon i Norden og samarbeid med andre land.³³

Som omtalt er produksjon av vaksiner mot covid-19 komplisert, med krav til spesialisert personell og høyteknologisk utstyr. Etter kommisjonens vurdering ville det ikke vært realistisk å sette i gang slik produksjon i Norge for å dekke vaksinebehovet på kort sikt.

Vi omtaler myndighetenes arbeid for mulig framtidig norsk vaksineproduksjon til mennesker senere i dette kapitlet.

Sonderinger med enkeltelskaper

Tidlig i pandemien var det diskusjoner i flere europeiske land om hvorvidt landene burde inngå egne bilaterale avtaler med legemiddelselskapene. Etter hvert viste dette seg å være vanskelig, ikke minst fordi de farmasøytiske selskapene selv ønsket seg få og store kontrakter framfor mange små.

EU-kommisjonens president Ursula von der Leyen hadde møte med de administrerende direktørene i flere store farmasøytiske selskaper. Ifølge von der Leyen var signalet fra selskapene gjennomgående at EU burde ta over og erstatte bilaterale prosesser.³⁴ Legemiddelindustrien tok altså til orde for samordning og signaliserte dette til enkeltland som tok kontakt.

Norske myndigheter gjorde som andre land. Daværende leder i Forskningsrådet satte HOD i kontakt med AstraZeneca, og HOD møtte representanter fra selskapet sent i juni 2020. I august

³² Referat, Helsedirektoratets referat fra møte i HOD mellom HOD, FHI, Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Forskningsrådet, 19. mai 2020.

³³ R-notat om «Regjeringens engasjement for å mobilisere internasjonal politisk støtte til et globalt system for rettferdig fordeling av covid-19-vaksiner samtidig som regjeringens ansvar overfor egen befolkning ivaretas», til regjeringskonferanse 19. mai 2020, fremmet av utviklingsministeren, utenriksministeren, helse- og omsorgsministeren, forsknings- og høyere utdanningsministeren.

³⁴ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021.

hadde HOD også møte med representanter fra Pfizer.

Budskapet fra begge selskapene var at de ønsket en felles europeisk løsning, og at Norge neppe kunne regne med å bli prioritert over andre land.³⁵ På den annen side nevner flere som deltok i anskaffelsesarbeidet at AstraZeneca var produsenten Norge med høyest sannsynlighet kunne fått en kontrakt med hvis man ikke hadde lyktes i å bli med på EUs anskaffelser.³⁶

HOD og FHI hadde også møte med en tredje produsent, australske Seqirus, i august 2020.³⁷ Det var selskapet selv som tok initiativ til dette møtet. Seqirus samarbeidet med morselskapet CSL³⁸ om å utvikle og markedsføre en vaksine-kandidat som var utarbeidet ved University of Queensland. Denne kandidaten ble trukket da det kom fram at den kunne føre til falske positive HIV-tester.³⁹

Sonderinger med Storbritannia

HOD undersøkte også om britiske myndigheter var åpne for at Norge jobbet sammen med Storbritannia. Landet hadde tidlig inngått en avtale med AstraZeneca⁴⁰ og hadde ambisiøse planer for vaksineproduksjon, samtidig som de vurderte Covax og andre spor for å anskaffe vaksiner fra flere produsenter.

Storbritannias vaksinekoordinator hadde et møte med HOD og UD 7. juli 2020.⁴¹ Han fortalte at Storbritannia ønsket å trekke Norge med i forhandlingene som landet førte sammen med Sveits om å kjøpe vaksiner fra Johnson & Johnson. UD ba da om et skriftlig forslag, men understreket at

³⁵ Referat, møte mellom AstraZeneca og norske myndigheter 5. juni 2020; referat, møte mellom Pfizer og norske myndigheter 13. august 2020; forklaringer, ansatte i HOD.

³⁶ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie 7. januar 2022. «En bilateral avtale med enkeltselskap ville betydd høy risiko. Jeg er ganske overbevist om at vi ville satset alt på AstraZeneca. Det var rådet fra mine fagfolk». Høie sa også at det ikke var sannsynlig at Norge ville fått til en avtale med Pfizer.

³⁷ På det tidspunktet hadde Norge allerede bekreftet tilknytningen til EU-samarbeidet, og Seqirus var i forhandlinger med EU.

³⁸ Commonwealth Serum Laboratories, også et australsk farmasøytisk selskap.

³⁹ Forklaring, fagdirektør i HOD, 29. november 2021.

⁴⁰ Storbritannia og AstraZeneca inngikk en intensjonsavtale i mai 2020, men signerte endelig kontrakt 28. august, én dag etter EU. Se nærmere omtale under punkt 8.4 og følgende nettartikkel: Politico, 22. februar 2021, «How the UK gained an edge with AstraZeneca's vaccine commitments».

⁴¹ En seniorrådgiver i UD og en fagdirektør i HOD deltok fra norsk side. E-post fra førstnevnte til mottagere i UD og HOD, 7. juli 2020.

Norge så langt hadde valgt ikke å forhandle med enkeltselskap. I en intern korrespondanse om dette forslaget skriver en UD-diplomat at

... vårt hovedspor er en europeisk fellesanskaffelse gjennom EU, og i den grad dette kommer i konkurranse med dette vil vi neppe gå inn i en slik forhandlingsprosess.⁴²

I det samme møtet bekreftet vaksinekoordinatoren at Storbritannia var forholdsvis isolert og dårlig sikret med tanke på vaksiner på det tidspunktet. Årsaken var Brexit. Han erkjente at dette var et problem, og så ikke noen klar vei ut annet enn løse allianser med Sveits, Singapore og eventuelt andre land.⁴³

Denne vurderingen avviker fra framstillingen i en e-post fra departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen til helseminister Høie dagen etter. I e-posten refererer han til en samtale med Englands helsedepartementsråd og assisterende helsedirektør uken før. Larsen skriver at britene selv mente at de satt i en god situasjon, men at de ikke var interessert i å ha med flere i sitt spor.⁴⁴

Så vidt vi vet, har norske myndigheter etter dette ikke fulgt muligheten om et vaksinesamarbeid med Storbritannia nærmere.

EU-sporet blir vedtatt

Som nevnt viste norske myndigheter tidlig interesse for Covax, med et visst håp om at samarbeidet kunne bidra til å skaffe den norske befolkningen vaksiner. Men det ble raskt klart at løsningsen ikke ville gi like høy vaksinedekning som man kunne oppnå med EU-leveranser, og at dekningsen ville bli lav til å kunne lette på smitteverntiltakene.

Den 2. juni 2020 ble FHI bedt om å modellere hvordan ulike scenarioer for vaksiner og vaksinetilgang kunne påvirke smittespredning og nødvendigheten av å videreføre smitteverntiltak. Resultatene viste at man ved utbredt smitte, selv med en effektiv vaksine, måtte vaksinere en langt høyere andel av befolkningen enn 20 prosent før man kunne redusere smitteverntiltak betydelig.⁴⁵

⁴² E-post, seniorrådgiver i UD til mottagere i UD og HOD, 7. juli 2020.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ E-post, departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen til helse- og omsorgsminister Bent Høie og flere, 8. juli 2020.

⁴⁵ Svar på oppdrag 117, FHI og Helsedirektoratet, juni 2020, «Vurderinger av strategier for vaksiner og befolkningen med en vaksine mot covid-19».

Ved å koble seg på EUs avtaler var det utsikter til å få vaksiner til en langt større del av befolkningen på ganske kort tid. Dette skyldtes spesielt de fire følgende forholdene:

For det første var EU i dialog om å kjøpe fra alle de mest lovende vaksinekandidatene og lå an til å få store kontrakter. Det reduserte risikoen knyttet til at noen av vaksinekandidatene ville mislykkes.

For det andre utgjør EU et stort og kjøpesterkt marked som alle produsentene har egeninteresse av å forholde seg til og ta på alvor. Det har betydning i en situasjon der etterspørselen er mye høyere enn tilbudet.

For det tredje er mye av verdens vaksineproduksjon lokalisert i EU-land (se omtale under punkt 8.2). Det innebar at farene knyttet til eksportrestriksjoner og lignende inngrep var redusert.

For det fjerde har Norge som EØS-medlem et etablert og velprøvd forhold til EU og har i mange år samarbeidet om for eksempel legemiddelregulering.

Dette var, slik kommisjonen har forstått det, de viktigste grunnene til at det før sommeren dannet seg en enighet blant den politiske ledelsen og embetsverket om at Norge burde forsøke å koble seg på EUs innkjøpsordning.

Spørsmålet om Norge skulle velge EU-spolet ble behandlet i RCU 9. juni 2020.⁴⁶ Her ble det blant annet konkludert med at:

Regjeringen bekrefter formelt norsk deltakelse i den europeiske fellesmekanismen overfor EU og landene i *Inclusive Vaccine Alliance*. Statsministeren sender en anmodning om å ta del i *Inclusive Vaccine Alliance*.⁴⁷

Den 2. juli besluttet regjeringen blant annet at:

Regjeringen gir sin tilslutning til at investeringer for norsk tilgang til vaksiner gjøres gjennom en europeisk mekanisme.⁴⁸

⁴⁶ RCU-notat om «arbeidet med å sikre helsepersonell, risikogrupper og den norske befolkningen vaksiner», 9. juni 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren, utenriksministeren, utviklingsministeren og forsknings- og høyere utdanningsministeren.

⁴⁷ IVA ble opprettet tidlig i juni 2020 og besto på dette tidspunktet av Tyskland, Italia, Nederland og Frankrike. Se nettartikkel, Government of the Netherlands, 3. juni 2020, «France, Germany, Italy and the Netherlands working together to find a vaccine for countries in Europe and beyond».

IVA og EUs forhandlinger med vaksineprodusenter

Før pandemien var helsepolitikk i hovedsak ikke del av EUs mandat, men mest opp til medlemslandene. Det var derfor usikkert da pandemien brøt ut om EU-kommisjonen ville anskaffe vaksiner for unionens medlemmer. En videre usikkerhet som ble viktig for Norges del, var hvor integrert EØS-landene⁴⁹ skulle være i EUs vaksinearbeid.

Den såkalte Inclusive Vaccine Alliance (IVA), dannet av Frankrike, Tyskland, Italia og Nederland, var det første skrittet mot en felles europeisk vaksineløsning. Initiativet ser ut til å ha fungert som pressmiddel for at EU-kommisjonen skulle ta ansvar for å skaffe vaksiner til medlemslandene.⁵⁰ IVA undertegnet 13. juni 2020 en avtale med AstraZeneca om leveranse av inntil 400 mill. vaksinedoser (AstraZeneca 2020).⁵¹

Norge hadde tidlig dialog om en mulig deltakelse i IVA med både helseministeren og departementsråden i det tyske helsedepartementet i tillegg til ansatte ved den franske statsministerens kontor.⁵²

Landene, og spesielt Frankrike, var positive til å ha med Norge på kjøpersiden. Som nevnt vedtok RCU 9. juni 2020 at Norge skulle delta i den europeiske fellesmekanismen, og at statsministeren skulle sende en anmodning om å ta del i IVA. Dette skjedde etter en muntlig invitasjon fra Frankrike. I brev til president Macron datert 11. juni 2020 skriver statsminister Solberg at hun setter pris på invitasjonen, og bekrefter at Norge vil delta.

Kommisjonen har gjennom samtaler med ansatte i UD og HOD fått presentert flere mulige årsaker til hvorfor Frankrike ville ha med Norge. En forklaring har vært at Norge var sentral i CEPI – og dermed i Covax-arbeidet. Ved at Norge ble med i IVA, ville Frankrike kunne dempe noe av kritikken som kunne komme fra Covax-hold om at

⁴⁸ RCU-notat om «arbeidet med å sikre den norske befolkning vaksiner», 1. juli 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren, utenriksministeren og utviklingsministeren.

⁴⁹ EØS består av de 27 medlemslandene i EU pluss de tre landene Island, Liechtenstein og Norge. I dette kapitlet brukes betegnelsen «EØS-landene» om de tre sistnevnte. Sveits er ikke med i EØS, men er med i EFTA.

⁵⁰ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie 7. januar 2022. Tysklands helseminister Jens Spahn sa i møte med helseminister Bent Høie at dette var hensikten med IVA.

⁵¹ Pressemelding, AstraZeneca, 13. juni 2020, «AstraZeneca to supply Europe with up to 400 million doses of Oxford University's vaccine at no profit».

⁵² Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021; korrespondanse med de respektive lands myndigheter.

Boks 8.5 Innkjøpsordninger i EU

EU har tre innkjøpsordninger som ble brukt under pandemien (Melchior 2021):

- Den felles innkjøpsavtalen (Joint Procurement Agreement, JPA) innebærer felles innkjøp/anbud via EU-kommisjonen, men med nasjonal finansiering og med krav om at minst fire land deltar i hvert anbud. Her deltar også Norge/EØS. Ordningen ble ikke tatt i bruk for å kjøpe inn vaksiner.
- RescEU inkluderer en ordning for å kjøpe inn for felles lagring av vaksiner og medisinsk utstyr, med midler hentet fra EUs budsjett. Norge er ikke med. Men RescEU er en del av den bredere EU Civil Protection Mechanism,

der Norge og fem andre ikke-EU-land deltar (Island, Serbia, Nord-Makedonia, Montenegro og Tyrkia). EU-kommisjonen har styrket RescEU i etterkant av pandemiutbruddet. Ordningen har ikke vært i bruk i forbindelse med vaksinearbeidet rundt covid-19, men den har spilt en rolle når det gjelder å lagre og distribuere annet medisinsk utstyr.

- The Emergency Support Instrument (ESI) er en tredje mekanisme som ble tatt i bruk under pandemien, med midler hentet direkte fra EU-budsjettet. Denne er brukt til å kjøpe inn vaksiner mot covid-19. Norge tar ikke del i ESI.

IVA tok grep for å sikre vaksiner til Europas befolkning først. En annen forklaring har vært at Frankrike først og fremst ønsket å være inkluderte, og at Norge som en stabil betaler var en god alliert å ha med.

Selv om IVA hadde sikret seg en kontrakt med AstraZeneca, var initiativtakerne usikre på hvordan prosjektet skulle fortsette. Kort tid etter at AstraZeneca-kontrakten var signert, ba Tyskland om en «time-out» for å vurdere hvordan alliansen skulle tas videre.⁵³ Tyskland og Nederland var i utgangspunktet mer skeptiske enn Frankrike og Italia til å gi EU-kommisjonen den sentrale rollen den måtte ha hvis EUs fellesskapsmidler skulle brukes til å finansiere utviklingen av vaksiner.

Utover juli ble det gradvis klart at EU kom til å ta over prosjektet som IVA hadde iverksatt, og europeiske land gikk derfor bort fra enkeltavtaler med legemiddelselskaper.

Økt usikkerhet

Da EU-kommisjonen tok over den felleseuropeiske anskaffelsen av vaksiner, var det mange EU-land som ønsket dette velkommen. For Norge skapte det nye problemer. Det som norske myndigheter trodde var en trygg forankring hos de fire IVA-landene, ble på kort tid mer usikkert. Årsaken var at EU ville bruke forsyningssikkerhetsmekanismen Emergency Support Instru-

ment (ESI) til å finansiere innkjøpene.⁵⁴ Norge deltar ikke i ESI. Se boks 8.5.

Da regjeringen 2. juli vedtok å gi sin tilslutning til at investeringer for norsk tilgang til vaksiner skulle skje gjennom en europeisk mekanisme, ser det ut til at regjeringen så for seg at Norge ville få delta i ESI. I bakgrunnsdelen av r-notatet som lå til grunn for beslutningen, heter det blant annet:

Kommisjonen har uttrykt seg positivt til Norges ønske om deltakelse i det europeiske initiativet, og har bekreftet at ESI, etter noen enkle tilpasninger i regelverket, vil tillate deltakelse fra EU/EØS-landene, herunder Norge.⁵⁵

Det viste seg utover sommeren at optimismen i r-notatet ikke slo til. Budskapet fra EU-kommisjonen var etter hvert at det juridisk sett ikke var mulig for Norge å ta del i ESI. Norske myndigheter tilbød flere ganger å betale penger inn til ESI, uten hell.⁵⁶

Våren 2020 hadde USA innført eksportrestriksjoner på medisinsk utstyr for å sikre egen befolkning på bekostning av andre land.⁵⁷ Utover høsten

⁵³ E-post, seniorrådgiver i UD til norske UD-ansatte i Tyskland, 18. juni 2020.

⁵⁴ EU-kommisjonen kunngjorde at den ønsket å bruke ESI allerede 17. juni 2020. Pressemelding, EU-kommisjonen, 17. juni 2020, «Coronavirus: Commission unveils EU vaccine strategy».

⁵⁵ «RCU-notat om arbeidet med å sikre den norske befolkningen vaksiner», 2. juli 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren, utenriksministeren og utviklingsministeren.

⁵⁶ Forklaring, seniorrådgiver i HOD, 29. november 2021.

⁵⁷ En oversikt over innføringen av handelsrestriksjoner finnes på <https://www.macmap.org/covid19>

la amerikanske politikere fram forslag om å vaksinere egen befolkning først, noe som ville innebære eksportrestriksjoner på vaksiner produsert i USA.⁵⁸ Dette økte usikkerheten ytterligere for Norges del.

Selv om Norge ikke fikk være med i ESI, var EU hele veien uttalt positiv til å la Norge ta del i vaksineleveransene. Det kom blant annet fram i møtene Norge hadde med representanter fra EUs «helsedepartement» DG Sante.⁵⁹

Som et risikoreducerende tiltak gikk HOD og UD bredt ut og opprettet kontakt med mange medlemsland om ESI-problematikken, ikke helt uten resultater.⁶⁰ Departementsråden i Tysklands helsedepartement skrev for eksempel til EU-kommisjonen for å påvirke saken i Norges retning.⁶¹

Det var likevel ingen selvfølge at Norge kunne bli med på avtalene. I intern korrespondanse i HOD står det at EUs helsekommissær Stella Kyriakides antydte at en avklaring fra kommisjonens side kunne komme rundt 8. juli 2020. Det kom ingen avklaring da.

Den 23. juli 2020 hadde Norge et møte med visegeneraldirektør Sandra Gallina i DG Sante.⁶² Der fikk hun direkte spørsmål om Norge var inkludert i de 400 mill. dosene i IVA sin avtale med AstraZeneca som EU nå var i gang med å overta.

Svaret var nei. Hun sa at det var stor uenighet i EU og derfor ikke mulig å la Norge ta del i fordelingen. Ifølge møtereferatet ga møtet

ikke inntrykk av at [en finansieringsmekanisme for EØS-landene] var en prioritert oppgave for Kommisjonen på dette stadiet⁶³

På spørsmål om EU ville motsette seg at Norge samtidig deltok i EUs innkjøpsordning og i Covax

til egen befolkning, var svaret fra Gallina at Norge er å anse som et tredjeland, og at landet kan gjøre som det vil. Hun gjorde det imidlertid tydelig at samtidig deltakelse i Covax trolig ville svekke den norske forhandlingsposisjonen gjennom EU vis-à-vis legemiddelindustrien.⁶⁴

Etter møtet ringte HOD til Sveriges vaksinekoordinator Richard Bergström, som kom til å spille en sentral rolle for Norges anskaffelse av vaksiner.⁶⁵

I telefonsamtalen sa Bergström at EUs forhandlingsgruppe hadde daglige møter der land som Nederland, Danmark og Sverige stadig etterspurte status for EØS-landenes deltakelse. Bergström mente det ga mening å flytte avtalen opp på EU-nivå, men understreket at EØS-landenes behov måtte inngå som del av EUs framforhandlede volum. Han begrunnet det med EØS-områdets harmonisering av legemiddellovgivningen. Bergström understreket at avtalen AstraZeneca hadde inngått med firelandsgruppen (IVA) inkluderte EØS.⁶⁶

Til tross for dette sto Norge en god stund til uten skriftlige forsikringer på at landet ville få ta del i EUs anskaffelsesløp.

Problematikken med at Norge ikke hadde tilgang til finansieringsmekanismen ESI, ble tatt opp på RCU-konferanse 30. juli. Formålet var blant annet å få tilslutning fra RCU om at Norge skulle etablere en langsiktig mekanisme som et alternativ til ESI på vegne av EØS-landene. I RCU-notatet som ble lagt fram av helse- og omsorgsministeren står det blant annet:

Kommisjonen og representanter for medlemslandene har reist spørsmålet om Norge eller EØS kan etablere en finansieringsmekanisme som har samme rolle som ESI i denne anskaffelsesprosessen. For å sikre Norge leveranser av vaksiner parallelt med EU, bør en slik mekanisme være på plass senest tidlig i august. Å etablere et EØS-fond fremstår derfor som uhensiktsmessig. Et alternativ er at Norge avsetter tilstrekkelige midler til på kort varsel å kunne betale inn EØS' relative andel av forhåndsinvesteringen [...]⁶⁷

⁵⁸ Pressemelding, Thom Tillis, 9. september 2020, «Tillis Introduces the America First Vaccine Act».

President Donald Trump signerte en presidentordre om eksportkontroll på vaksiner 8. desember 2020: nettarikkel, Forbes, 8. desember 2020, «Trump Signs Executive Order Prioritizing U.S. For Covid Vaccine — But It's Unclear Whether It Accomplishes Anything».

⁵⁹ Norge hadde sommeren 2020 både skriftlig kontakt med helsekommissær Stella Kyriakides og flere møter med daværende visegeneraldirektør Sandra Gallina i DG Sante.

⁶⁰ Forklaring, tidligere utenriksminister Ine Marie Eriksen Søreide, 6. januar 2022.

⁶¹ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021.

⁶² Møtereferat, HOD 23. juli 2020. Til stede fra norsk hold var fungerende departementsråd i HOD og fem andre fra embetsverket.

⁶³ Dette er ikke et direkte sitat fra møtet, men referatskriverens beskrivelse av situasjonen.

⁶⁴ Møtereferat, HOD, 23. juli 2020.

⁶⁵ Bergström ble utnevnt til vaksinekoordinator av den svenske regjeringen 16. juni 2020. Han har tidligere vært leder for det svenske legemiddelverket.

⁶⁶ Innholdet i telefonsamtalen kommer fram av møtereferatet fra HOD.

⁶⁷ RCU-notat «Norges deltakelse i EUs mekanisme for anskaffelse av vaksiner mot Covid-19», 30. juli 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren.

Det ble blant annet konkludert med at

Helse- og omsorgsministeren og utenriksministeren kommer snarlig tilbake til spørsmålet om mekanismen som bør etableres som et alternativ for EØS til EUs ESI.⁶⁸

EU tar over IVA-kontrakten

Den 12. august 2020 var det møte mellom Gallina fra DG Sante, Sveriges Bergström, Danmark ved Nikolai Brun⁶⁹, representanter fra det tyske helsedepartementet og norske HOD, UD og FHI.⁷⁰ Temaet var EØS-landenes deltakelse i den europeiske anskaffelsen av vaksiner, og spesielt avtalen med AstraZeneca. På dette tidspunktet var EU og AstraZeneca nær enighet.⁷¹

Gallina sa i møtet at kommisjonen oppfattet at AstraZeneca trenerte forhandlingene, og hun var kritisk til selskapets siste forslag, der de foreslo at både Sveits og Norge skulle være omfattet av avtalen. Gjennomgående ser det for Koronakommisjonen ut til at AstraZeneca, som har svenske røtter, har vært positive til at EØS-landene og Sveits også skulle være omfattet av avtalen.⁷²

Gallina var tydelig på at EU ønsket at EØS-landene skulle få tilgang til vaksiner, men utelukket at Sveits skulle være inkludert, fordi det ville «åpne Pandoras eske».⁷³ Det ble også vist til andre land som ville kunne ønske seg inn.⁷⁴

Noe av grunnen til at det var vanskelig å få en avklaring om Norges tilknytning, kan altså ha vært skepsis fra EU mot også å måtte inkludere Sveits og andre tilgrensende land, i tillegg til EUs uavklarte forhold til Storbritannia.

Flere EU-land var villige til å hjelpe Norge og talte landets sak sommeren 2020, men unionen hadde foreløpig ingen løsning på de juridiske problemene som først og fremst dreide seg om finansieringen og ESI-mekanismen.

Kommisjonen godtok heller ikke den foreslåtte formuleringen fra Bergström om at medlemsstatene skulle gi avkall på («foregå») en andel av vaksinedosene sine til EØS-/EFTA-landene. Kommisjonen begrunnet dette med at AstraZeneca på denne måten kunne få dobbelbetaling, ved at det delvis ble betalt for de samme dosene to ganger. EU-kommisjonen foreslo isteden at medlemsland kunne videreselge («resell») noen av vaksinedosene sine.⁷⁵

Så vidt vi vet, var dette første gang løsningen om videresalg ble diskutert mellom EU-kommisjonen og norske myndigheter.

Muligheten ble plukket opp av embetsverket i HOD, som samme dag informerte advokatfirmaet Kluge om utviklingen. Kluge var hyret inn for å bistå i kontraktarbeidet. De foreslo å legge til at medlemslandene også kunne reallokere («reallocate») volumer til andre land.⁷⁶ Begrunnelsen var at dette ga en åpning for at medlemslandene

Boks 8.6 EUs vaksineportefølje

Siden EU tok over forhandlingene med vaksineprodusentene, har unionen bygget en portefølje bestående av flere vaksiner basert på ulike teknologier.

Porteføljen består foreløpig av opp mot 4,2 mrd. doser fra syv produsenter, mer enn nok til å dekke hele EUs befolkning. Per februar 2022 er mer enn 80 prosent av den voksne befolkningen i EU fullvaksinert (to doser). Over 1,3 mrd. vaksinedoser er satt.

EU har så langt inngått avtaler med følgende selskaper: Pfizer/BioNTech, AstraZeneca, Sanofi Pasteur/GSK, Johnson and Johnson, Novavax, Valneva og Moderna.

Det er Pfizer som har vært den mest brukte vaksinen i EU og Norge. EUs avtale med Pfizer/BioNTech var klar rundt 6. november 2020 og ble signert rett etter.

EU-kommisjonen jobber med vaksineprodusenter for å utvikle vaksiner mot nye varianter av viruset, se omtale av HERA under punkt 8.5.

Kilde: Nettartikkel, EU-kommisjonen, 2. februar 2022, «Safe COVID-19 vaccines for Europeans».

⁶⁸ RCU-notat «Norges deltakelse i EUs mekanisme for anskaffelse av vaksiner mot Covid-19», 30. juli 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren.

⁶⁹ Daværende medisinsk sjef i danske Lægemiddelstyrelsen, Danmarks representant i EUs styringsgruppe for vaksiner.

⁷⁰ Ingen politikere møtte fra norsk hold, kun embetsverk.

⁷¹ E-post, embetsverket i HOD til helse- og omsorgsminister Bent Høie, 12. august 2020.

⁷² AstraZeneca ble etablert i 1999 gjennom fusjon av svenske Astra og britiske Zeneca.

⁷³ Utsagnet ble tilskrevet Gallina i en e-post med oppsummering fra seniorrådgiver i HOD til helse- og omsorgsminister Bent Høie og flere 12. august 2020.

⁷⁴ E-post med oppsummering, seniorrådgiver i HOD til helse- og omsorgsminister Bent Høie og flere, 12. august 2020.

⁷⁵ E-post med oppsummering, seniorrådgiver i HOD til helse- og omsorgsminister Bent Høie og flere, 12. august 2020.

⁷⁶ Uformelle møter, seniorrådgiver i UD.



Figur 8.7 Twitter-melding fra leder av EU-kommisjonen Ursula von der Leyen 14. august 2020: «Jeg er glad for at jeg fikk snakket med statsminister @erna_solberg i dag. Vi står sammen med Norge i kampen mot koronaviruset. EU-avtalene med de farmasøytiske selskapene under vaksinestrategien dekker behovet til Norge og andre EØS-land. Vi er alle sammen i denne kampen».

kunne velge en avtaleteknisk løsning der dosene formelt ble solgt direkte fra selskapene til for eksempel Norge.

Kluge mente det kunne være enklere å få medlemslandene med på å avgi doser til Norge dersom medlemslandet kunne unngå å stå som distribusjonsledd, med de regulatoriske krav og ansvarsforhold det kunne innebære. Forslaget om å tillate «reallokering» ble imidlertid ikke godtatt av EU-kommisjonen. Norge ble dermed avhengig av at ett eller flere EU-land ville ta på seg rollen som distributør for Norge.⁷⁷

IVA-landenes avtale med AstraZeneca ble offisielt overtatt av EU-kommisjonen 14. august 2020. Samme dag hadde statsminister Solberg og kommisjonsleder von der Leyen en samtale. Etter denne skrev von der Leyen en melding på Twitter om at EØS-landene og EU står sammen i vaksinearbeidet, og at vi ville være dekket av EUs avtaler. Det var det nærmeste Norge kom en kontrakt på dette tidspunktet.

Norges forsøk på å bli med i styringsgruppen

Det er EU-kommisjonen, sammen med en forhandlingsgruppe på syv personer, som forhandler med produsentene. Forhandlingsgruppen utnevnes av en styringskomité, som også har ansvaret for å evaluere og diskutere alle sidene ved de

⁷⁷ Uformelt møte, partner i Kluge advokatfirma, 4. oktober 2021.

såkalte forhåndsavtalene⁷⁸ før de blir signert. Alle medlemslandene er representert i styringskomiteen.

Norge har gjentatte ganger bedt om å få komme inn i styringskomiteen, uten å lykkes.⁷⁹

Norge får delta i vitenskapelige møter med vaksineprodusentene og i diskusjoner om viderefordeling og donasjoner. Men altså ikke i selve gruppen som håndterer anskaffelser og fordeling av vaksiner.⁸⁰

Styringsgruppen ser ut til å ha hatt et gjennomgående positivt syn på norsk deltakelse i anskaffelsene, blant annet fordi EØS-land allerede er integrert i legemiddellovgivningen i EU.

Til å begynne med måtte EU for hver signerte kontrakt med legemiddelfirmaer vedta særskilt at doser skulle avgis til Norge. Etter et møte i vaksinestyringsgruppen 9. oktober 2020 ble det bestemt at styringsgruppen ikke ville søke politisk tilslutning til å avgi doser til Norge i hvert enkelt tilfelle, men at EØS-landenes andel automatisk ville medregnes i allokeringen.⁸¹ Norges andel av volumene utgjorde på dette tidspunktet rundt 1 prosent.

Ordningen med videresalg fra Sverige

Norge fikk altså ikke sitte som fullverdig medlem i EUs vaksinestyringsgruppe og fikk heller ikke ta del i innkjøpsmekanismen ESI. Dermed ble det spesielt viktig å ha gode allierte på innsiden av EU.

Sverige, anført av vaksinekoordinator Richard Bergström, ble i løpet av sommeren Norges fremste allierte i arbeidet med vaksineanskaffelser. Det ser ut til å ha vært en fordel for Norge at Bergström hadde en sterk posisjon og tillit blant sjefsforhandlerne i EU.

Bergström presenterte forslaget om å hjelpe Norge for Sveriges regjering i juli 2020, som et «fait accompli». Utenriksminister Ann Linde og resten av regjeringen var positive, og Bergström hadde full politisk støtte for å bidra til å inkludere Norge.⁸²

⁷⁸ Advanced Purchase Agreements – ofte bare omtalt som APA-er.

⁷⁹ Forklaring, avdelingsdirektør i HOD, 29. november 2021.

⁸⁰ I november 2021 ble en seniorrådgiver i fra det norske utenriksdepartementet oppnevnt som fast medlem i styringsgruppen for vaksiner. Vedkommende har tidligere møtt på ad hoc-basis. Han representerer formelt ikke Norge, men sitter i styringsgruppen i egenskap av juridisk ekspert.

⁸¹ Uformelle møter, seniorrådgiver i UD og seniorrådgiver i HOD.

⁸² Uformelt møte, Richard Bergström, 3. september 2021.

Boks 8.7 Norges vaksinekontrakter

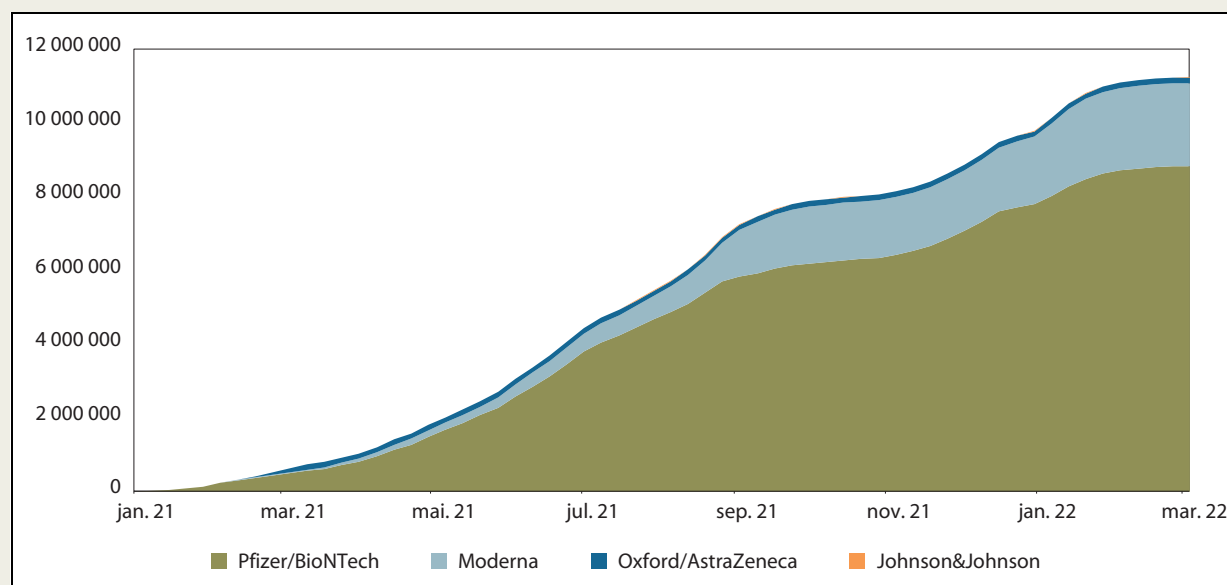
Norges tilknytning til EUs avtaler med legemiddeldelprodusenter er for hver avtale formalisert gjennom en trepartsavtale mellom Sverige,

Norge og det respektive legemiddelselskapet i tillegg til en videresalgavtale mellom Sverige og Norge.

Tabell 8.2 Oversikt over Norges vaksinebestillinger fra EU. Videresolgt fra Sverige, unntatt der annet er oppgitt.

Dato	Produsent	Antall doser bestilt
15. oktober 2020	AstraZeneca	3 400 000
9. desember 2020	Pfizer/BioNTech	2 500 000
22. desember 2020	Janssen	3 500 000
30. desember 2020	Pfizer/BioNTech	1 200 000
30. desember 2020	Moderna	948 000
19. januar 2021	Pfizer/BioNTech	1 200 000
3. februar 2021	CureVac	2 700 000
8. mars 2021	Pfizer/BioNTech	2 300 000
18. mars 2021	Moderna	2 500 000
12. april 2021	Pfizer/BioNTech	1 200 000
12. august 2021	Pfizer/BioNTech	258 000 (allerede dekket av andre avtaler)
12. august 2021	Moderna	1 000 000 (kjøpt fra Polen)
19. august 2021	Moderna	100 000 (kjøpt fra Bulgaria)
23. september 2021	Sanofi-GSK	890 400
1. oktober 2021	Pfizer/BioNTech	10 959 753
7. oktober 2021	Novavax	642 000
28. oktober 2021	Moderna	3 100 269
2. desember 2021	Valneva	10 000
17. desember 2021	Pfizer/BioNTech	2 410 471

Kilde: E-post, ansatt i HOD til Koronakommisjonen, 5. april 2022



Figur 8.8 Antall satte vaksinedoser i Norge etter produsent. Kumulative tall. Januar 2021 til mars 2022.

Kilde: Our World in Data

Bergström foreslo i begynnelsen av august 2020 en modell der Sverige på vegne av EU fikk råde over en gitt andel av alle vaksiner, som så skulle avgis til tredjeland. Andelen skulle være stor nok til å dekke behovet for Norge, Island, Liechtenstein og Sveits.⁸³ Denne modellen viste seg å løse Norges problemer med å knytte seg til EUs vaksineinnkjøp. Sveriges regjering offentliggjorde på en pressekonferanse 20. august at landet ville påta seg rollen som videreformidler.

Den norske regjeringen besluttet 27. august 2020 at Norge ville knytte seg til EUs avtaler gjennom videresalgsavtaler med Sverige.⁸⁴ I konklusjonen står det blant annet:

Norge inngår avtale, med Sverige, og om nødvendig også Astra Zeneca, om Norges og Islands andel av vaksinedosene fra EUs avtale med Astra Zeneca.

Norge, ved Geir Bukholm i Folkehelseinstituttet, signerte deretter avtaler med svenske Sosialdepartementet.

Avtalene går ut på at Sverige videreselger en andel av disse vaksinene til Norge. Den første kontrakten, som altså gjaldt leveranser av Astra-Zeneca-vaksiner, ble signert 15. oktober 2020. Advokatfirmaet Kluge⁸⁵ bisto som nevnt FHI og HOD med å utforme avtalene med Sverige. Kontraktene er utformet i tråd med belgisk rett, og arbeidet handlet mye om det praktiske og juridiske ved det å koble seg på EUs avtaler med legemiddelselskapene. Norge hadde ikke rom til å forhandle om pris, leveransetidspunkt eller andre vilkår.⁸⁶

De viktigste avtalene var inngått rundt årsskiftet 2020/2021 (se boks 8.5).

Parallele løp

EU-landene har signert et dokument der de avstår fra å forhandle enkeltvis om de samme vaksinene som EU-kommisjonen forhandler om. Norge har

ikke signert noe slikt dokument, og det var heller ikke et formelt krav fra EU.

Det framstår likevel som om det har vært en underforstått forventning fra EUs side om at Norge ikke skal knytte seg til kontrakter med de samme leverandørene som inngår i EUs portefølje.⁸⁷

Etter at EU tok ansvar for vaksineleveranser til europeiske land, har de fleste medlemsland avsluttet forhandlinger med tredjeland om vaksinesamarbeid. Danmark hadde imidlertid tidlig i 2021 et initiativ sammen med blant annet Østerrike om vaksinesamarbeid med Israel, herunder kjøp av Pfizer-vaksiner. Danskene understreket at dette var et supplement til EU-sporet.⁸⁸

Enkelte norske politiske partier åpnet på dette tidspunktet for at Norge burde gjøre som Danmark og opprette kontakt med Israel. Så vidt Koronakommisjonen vet, ble det aldri et tema i regjeringen eller i departementene om man skulle arbeide for en slik løsning.

For Norge var det heller ikke aktuelt å anskaffe de samme vaksinekandidatene både gjennom Covax og gjennom EUs anskaffelsesmekanisme. Fordi norske opsjoner i Covax ble finansiert gjennom bistandsbudsjettet, besluttet UD og Norad at vaksineopsjonene skulle bli overført til Covax AMC (se boks 8.4 for å lese mer om dette). De fleste høyinntektsland har ikke benyttet sine Covax-doser til egen befolkning.⁸⁹

Usikkerhet knyttet til allokering av vaksiner

I kontraktene mellom Norge og Sverige er det referanser til at EU-landene må gi avkall på («waive») noen av sine vaksiner. Det refereres her til en forpliktelse som ikke har grunnlag i noen *skriftlig* avtale eller erklæring, utover den uformelle Twitter-meldingen som EU-kommisjonens president Ursula von der Leyen sendte til statsminister Solberg 14. august 2020. Her lå det en grunnleggende usikkerhet for Norges del.

For hver kjøpsavtale EU-kommisjonen inngår på vegne av medlemslandene, blir det utarbeidet en allokeringstabell som EU-kommisjonen skal godkjenne. Utarbeidelsen skjer i vaksinestyringsgruppen i EU, der Norge altså ikke har vært medlem. Ettersom landene ikke er rettslig forpliktet til

⁸³ Merk at Sveits har tilgang på vaksiner på annet vis og har noe egenproduksjon. Se nærmere omtale under punkt 8.4.

⁸⁴ R-notat «Covid-19-notat – Anskaffelser av vaksiner mot Covid-19 til Norge», 27. august 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren, utenriksministeren og utviklingsministeren.

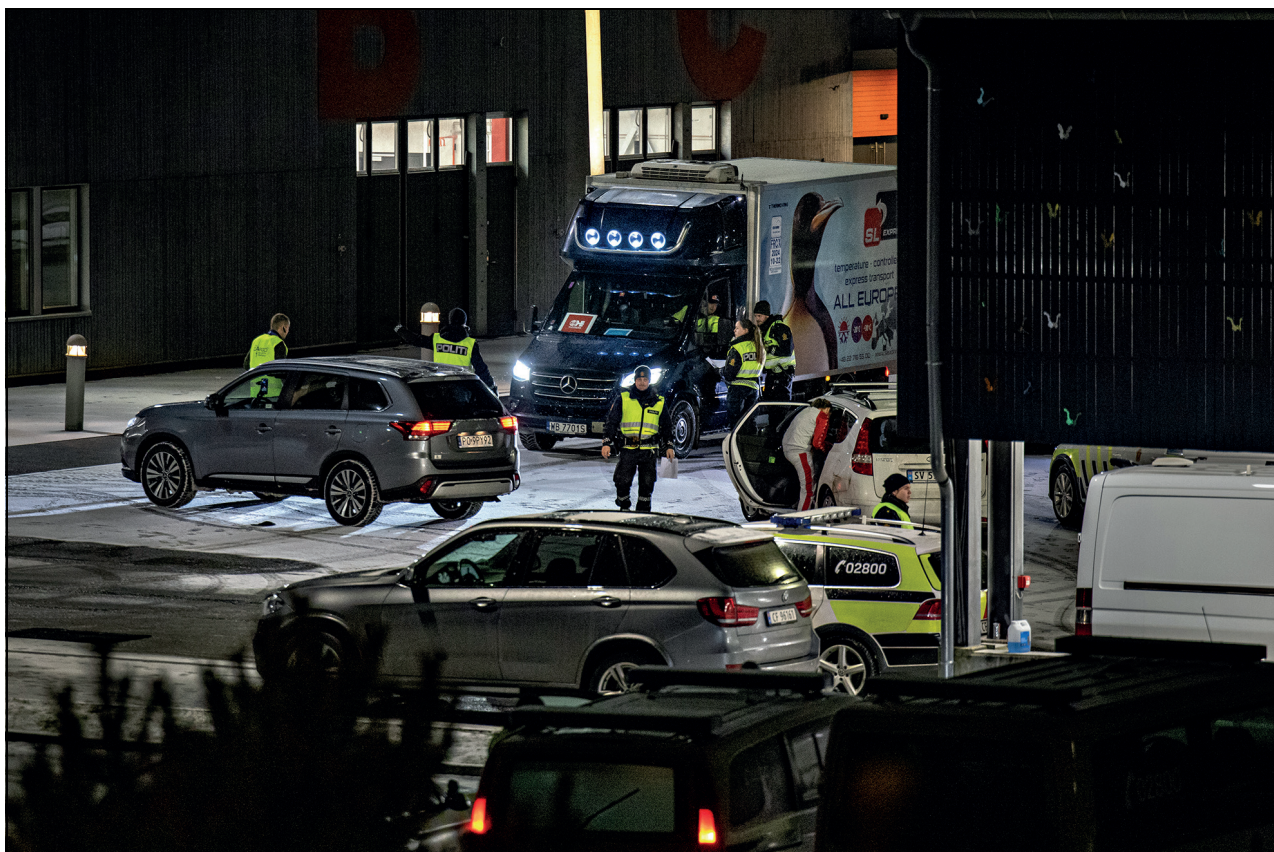
⁸⁵ FHI har en rammeavtale med Kluge som ble inngått før pandemien. Firmaet hadde ingen rolle i den bilaterale kontakten Norge hadde med legemiddelselskap sommeren 2020 eller i sonderinger med enkeltland.

⁸⁶ Bakgrunnssamtale, partner i Kluge advokatfirma, 4. oktober 2021.

⁸⁷ Referat fra møte, EUs helsekommisær Stella Kyriakides, 23. juli 2020.

⁸⁸ Nettartikkel, dr.dk, 4. mars 2021, «Danmark, Østrig og Israel vil arbejde sammen om produktion af vacciner og opretter fond».

⁸⁹ Canada er et unntak. Se punkt 8.4.



Figur 8.9 De første 9500 dosene med Pfizer-vaksiner ankommer norsk jord over Svinesundsbrua tidlig om morgenen 26. desember 2020. Vaksinene kommer i en polskregistrert kjølebil.

Foto: Gisle Oddstad / VG / NTB

å gi fra seg vaksiner, finnes det ingen garanti for at Norge er inkludert ved neste korsvei.

I hver allokeringstabell står Norge oppført, men disse tabellene er i seg selv ingen garanti for leveranser. I samtaler med Koronakommisjonen har ansatte i HOD og UD gitt uttrykk for at politisk ledelse i EU ikke nødvendigvis har samme innstilling til fordelingsspørsmålene som styringsgruppen.

Vi har fått beskrevet et tilfelle der dette ble synliggjort for Norges del:

Et Pfizer-volum på ti mill. doser kom tidligere enn det som lå inne i avtalen. Da EU-landene gikk sammen og fordelte dette partiet på politisk nivå, ble ikke Norge inkludert. Det gjorde at EU i hovedsak fordelte dosene til østeuropeiske land. De norske og islandske volumene ble derfor forsinket sammenlignet med det som fulgte av avtalen. For Norges del var det 40.000 doser som ble forsinket.⁹⁰

Slik vi forstår det, har denne usikkerheten hatt en viss betydning for myndighetenes langsiktige

planlegging av vaksineringsen. Samtidig er denne usikkerheten for hver enkeltleveranse borte når avtaler med Sverige om enkeltleveranser er signert. Da har Norge et rettslig krav på dosene i den aktuelle kontrakten.

Usikkerhet knyttet til merverdiavgiftbehandling

Et annet usikkerhetsmoment dreier seg om de avgiftsmessige sidene ved å innføre leveransene til Norge.

Da de første leveransene fra Pfizer skulle komme til Norge i desember 2020, var det usikkert hvordan merverdiavgiften skulle behandles, og problemer her kunne føre til en forsinkelse.

Finansdepartementets embetsverk ble involvert og utredet muligheten for å benytte unntakshjemler og alternative praktiske løsninger. Det ble blant annet vurdert å registrere den svenske stat ved Sosialdepartementet i det norske merverdiavgiftsregisteret.

Løsningen ble til slutt at Pfizer selv skulle stå som formell importør av vaksinene. Det ble der-

⁹⁰ Forklaring, fagdirektør i HOD, 29. november 2021.

med ikke nødvendig å registrere Sverige i det norske merverdiavgiftsregisteret.

Den første leveransen med 9500 Pfizer-vaksiner kom 26. desember 2020.

Eksportrestriksjoner på vaksiner

Et tredje usikkerhetsmoment knyttet til vaksineleveranser har vært risikoen for eksportkontroll og -restriksjoner.

Slike restriksjoner har forekommet flere ganger og fra flere hold under koronapandemien. Både USA, India, Storbritannia og EU har på ulike tidspunkter hatt restriksjoner mot eksport av vaksiner eller vaksineingredienser.⁹¹

Norge ble utsatt for eksportrestriksjoner fra EU to ganger under pandemien. I mars 2020 kom det restriksjoner relatert til smittevernustyr. I mars 2021 var det vaksiner som var stridens eple.

Bakgrunnen for restriksjonene i 2021 var at EU og Storbritannia rundt årsskiftet havnet i en disputt om AstraZeneca-doser. Etter hvert utviklet det seg til en juridisk konflikt mellom EU og AstraZeneca,⁹² som ifølge EU kun leverte en tredjedel av det kontrakten spesifiserte. I løpet av uenigheten kom det fram at EU ikke hadde god nok eksportstatistikk. Da AstraZeneca fikk leve-

ranseproblemer, stilte EU-kommisjonen seg spørsmålet om hvor store kvanta vaksiner som ble eksportert fra EU. Det viste seg å være vanskelig å svare på.

EU-kommisjonen innførte på denne bakgrunn eksportkontroll for vaksiner og aktive substanser første gang den 29. januar 2021. Norge var da unntatt kontrollen.⁹³ Restriksjonene innebar at eksport av vaksiner måtte godkjennes særskilt. EU avsto én eksportbegjæring fra AstraZeneca.⁹⁴ Den dreide seg om å sende vaksiner fra Italia til Australia. Så vidt vi vet har alle senere eksportbegjæringer blitt godkjent.

Norge ble fjernet fra listen over land som var unntatt eksportkontroll den 24. mars.⁹⁵ Norske myndigheter hadde ikke blitt varslet om restriksjonene på forhånd.⁹⁶ Det oppsto usikkerhet om en konkret leveranse av vaksiner som skulle komme med lastebil fra Italia via Sverige til Norge.

Den 29. mars spurte norsk UD om svenske tollmyndigheter ville kreve eksporttillatelse for en

⁹¹ Merk imidlertid at ingen EU-land har tatt til orde for å stenge grensene *innad* i EU for å sikre egne innbyggere vaksiner og legemidler først. Belgia og Nederland, som har utstrakt produksjon av legemidler, kunne vært i en posisjon til å gjøre noe slikt, men det har aldri vært nevnt som en mulighet, ifølge en kilde i Utenriksdepartementet.

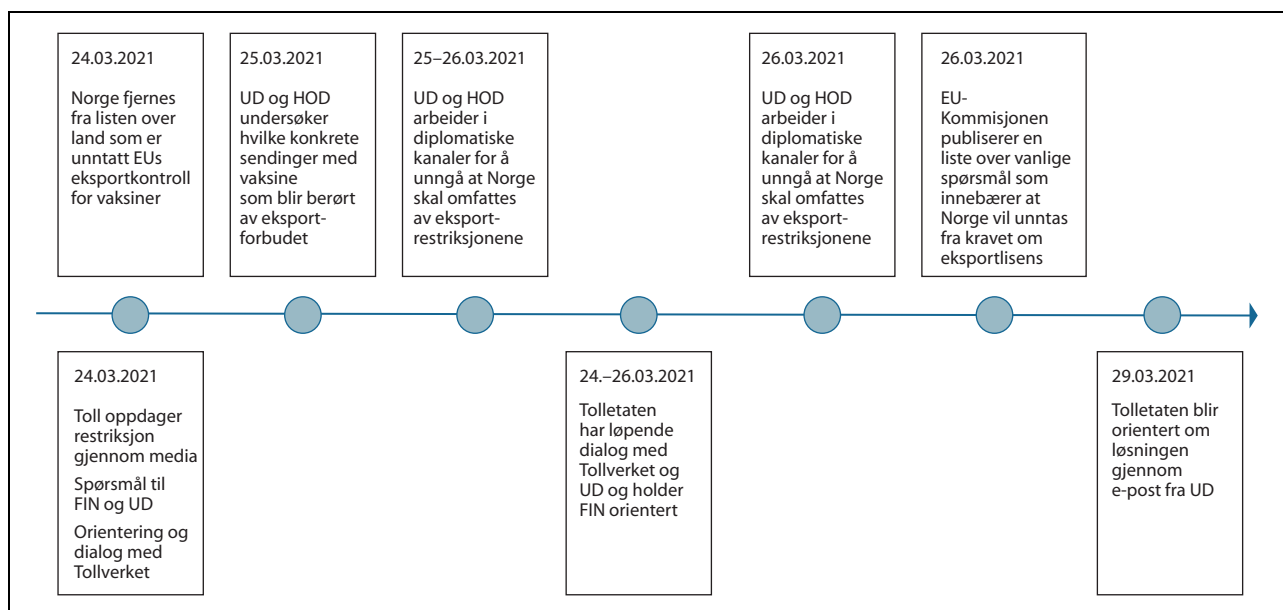
⁹² Konflikten mellom EU-kommisjonen og AstraZeneca pågikk i flere måneder og ble løst i starten av september. Nettartikkel, Financial Times, 3. september 2021, «EU ends dispute with AstraZeneca over vaccine deliveries» for å få mer informasjon.

⁹³ Forordning 2021/111, EU-kommisjonen, 29. januar 2021.

⁹⁴ Nettartikkel, ABC News, 4. mars 2021, «Italy, EU refuse AstraZeneca request to ship 250,000 doses of vaccine to Australia».

⁹⁵ Forordning 2021/521, EU-kommisjonen, 24. mars 2021.

⁹⁶ Forklaring, tidligere utenriksminister Ine Marie Eriksen Søreide, 6. januar 2022.



Figur 8.10 Oversikt over de mest sentrale hendelsene knyttet til eksportrestriksjoner på vaksiner.

Kilde: E-post fra Tolletaten

kommende og senere leveranser fra AstraZeneca gjennom Sverige. EU-kommisjonen hadde publisert et dokument 26. mars som skulle gi unntak for blant annet Norge.⁹⁷ Svaret fra svenske myndigheter var at selv om forordningen hadde unntak for Norge, ville tollprosedyren kreve et tilstandsnummer. Italienske myndigheter måtte altså gi eksportøren et tilstandsnummer for at forsendelsen skulle kunne gå til Norge.

Dette gjorde at embetsverket i HOD ble usikre på om unntaket var tilstrekkelig for å hindre problemer for Norges del. En ansatt i HOD skrev i e-post til UD:

Det er lite transparens i forsyningskjeden, og vanskelig å forutsi hvor den faktiske fyllingen vil foregå.⁹⁸ Den praktiske oppfølgingen av dette regelverket vil kunne bli krevende, selv med unntak etter artikkel 1.9 d, dersom det fortsatt håndheves at hver enkelt leveranse skal gis et slikt tilstandsnummer.⁹⁹

Senere på dagen 30. mars videresendte UD en melding fra svenske tollmyndigheter:

Nu har Tullverket hittat en undantagskod som eksportøren kan fylla i så det verkar lösa sig.¹⁰⁰

Det som hadde skjedd i mellomtiden, var at HOD hadde informert Sveriges vaksinekoordinator Richard Bergström om saken. Bergström ringte deretter til svenske tollmyndigheter og fant en pragmatisk løsning med en saksbehandler der.¹⁰¹

Saken ble altså løst, men forsendelsen som skulle gå 29. mars, gikk først etter påsken.¹⁰² Den kom trolig fram 9. april.¹⁰³

Det var ifølge Tolletaten andre forsendelser av både AstraZeneca og Moderna som sto i fare for å bli berørt av eksportrestriksjonene, men dette ordnet seg etter arbeid i kulissene. Pfizer-leveransene ble ikke berørt. Tolletaten har påpekt overfor Koronakommisjonen at EUs beslutninger om

eksportrestriksjoner på vaksiner først ble kjent for etaten gjennom faktiske hendelser på grensen og gjennom media, ikke gjennom nasjonale strukturer for krisehåndtering eller formell kommunikasjon.¹⁰⁴

I praksis fikk eksportrestriksjonene små konsekvenser for Norge. Allerede fra 11. mars 2021 var vaksineringen med AstraZeneca satt på pause i Norge, og flyten av Pfizer gikk greit. Siden har det så vidt Koronakommisjonen kjenner til, ikke vært noen problemer for Norges del knyttet til restriksjonene.¹⁰⁵

Alle Norges leveranser har gått som planlagt siden, unntatt enkelte forsinkelser med Janssen og Moderna. Disse forsinkelsene skyldtes ikke eksportrestriksjoner.

Diplomatisk arbeid i kulissene

Umiddelbart etter at EU-kommisjonen hadde vedtatt eksportrestriksjonene 24. mars 2021, ba Norges EU-delegasjon i Brussel om et ekstraordinært møte i EØS-komiteen. Medlemskap i EØS og Schengen var premisser for å bli hørt i denne sammenhengen.¹⁰⁶

Møtet handlet om hvorvidt EU kunne anvende unntaksbestemmelsene i EØS-avtalen slik EU-kommisjonen hadde gjort da den vedtok restriksjonene. Eksportkontrollen handlet om kvantitative restriksjoner. Hovedregelen er at disse ikke skal innføres mellom EØS-land.¹⁰⁷ Det finnes likevel eksempler på at EU- og EFTA-domstolen har akseptert unntak fra forbudet når tiltakene innføres av hensyn til liv og helse i en krisesituasjon.¹⁰⁸

Den norske delegasjonen mente EU ikke hadde grunnlag for å innføre kontroll overfor EØS-landene, og forsikret om at EØS-landene ikke ville videreeksportere vaksinene. Etter møtet ble EØS unntatt fra restriksjonene i et dokument publisert 26. mars, som nevnt over.

⁹⁷ E-post, Tolletaten til Koronakommisjonen, 22. november 2021. Dokumentet det er snakk om, er en FAQ fra EU-kommisjonen. Se figur 8.10.

⁹⁸ Vaksinene sendes i praksis fra det EU-landet der de fylles. Tolletaten har registrert vaksineforsendelser fra Belgia, Sverige, Irland, Bulgaria, Polen, Tyskland og Nederland.

⁹⁹ E-post, ansatt i HOD til UD, 30. mars 2021.

¹⁰⁰ E-post, ansatt i Kommerskollegiet til ansatt i norsk UD, 30. mars 2021.

¹⁰¹ Presentasjon for Koronakommisjonen, Richard Bergström, 28. september 2021.

¹⁰² E-post, HOD til UD, 30. mars 2021.

¹⁰³ E-post, Tolletaten til Svinesund ekspedisjon, 7. april 2020. Varsel om vaksineankomst.

¹⁰⁴ Brev, Tolletaten til Koronakommisjonen, 22. november 2021.

¹⁰⁵ E-post, Tolletaten til Koronakommisjonen, 22. november 2021, «Frem til eksportrestriksjonen trådte i kraft 24. mars 2021 har vi registrert 211 deklarasjoner i deklarasjonssystemet TVINN, hvilket tilsvarer 211 forsendelser. Disse sendingene forløp problemfritt. Fra 24. mars 2021 og frem til 31. oktober 2021 er det registrert 458 deklarasjoner/for-sendelser, hvorav kun noen få ble berørt av eksportrestriksjonen fra EU med små forsinkelser».

¹⁰⁶ Uformelt møte, ansatt i UD, august 2021.

¹⁰⁷ Se EØS-avtalens artikkel 11 for mer informasjon.

¹⁰⁸ Under kugalskapsaken i 1996 innførte EU eksportforbud for storfekjøtt fra Storbritannia med helsehensyn som begrunnelse.

Boks 8.8 IPCR og «grønne korridorer» under pandemien

Det er formannskapet i Rådet i EU som bestemmer om krisemekanismen Integrated Policy Response Mechanism (IPCR) skal «aktiveres». 28. januar 2020 bestemte det kroatisk formannskapet seg for å aktivere IPCR i informasjonsdelingsmodus. 2. mars ble IPCR aktivert for fullt og har vært i operativ modus siden den gang.

Den norske EU-delegasjonen spurte tidlig om å bli med som observatør og fikk ja. Norges ambassadør til EU har stilt i fysiske møter, og helseråder og justisråder har også deltatt. Etter det Koronakommisjonen erfarer, var det ikke en selvfølge at Norge fikk delta på møtene.

IPCR arbeider tverrsektorielt og er konsensusbasert. IPCR vedtar ikke bindende beslutninger, men bidrar med koordinering og anbefalinger.

IPCR fulgte smittesituasjonen nøye og jobbet for at det skulle være mulig å transportere varer

mellom landegrensene til tross for pandemien. IPCR har blant annet hatt som mål å sikre fri flyt av smittevernutstyr, legemidler og vaksiner i EU. Det var tidlig en oppfatning blant de 27 EU-landene og 3 EØS-landene om at det var viktig å få kontroll på mennesker, mens varer skulle få flyte mest mulig fritt.

23. mars 2020 vedtok EU-kommisjonen den såkalte Green Lanes Communication, for å sikre flyt av varer og viktige tjenester. Målet var blant annet å unngå lengre ventetid enn 15 minutter for lastefartøy ved grensepasseringer, et mål som stort sett er nådd.¹

Mekanismen har tidligere vært aktivert under flyktningkrisen i 2015.

¹ Meddelelse, EU-kommisjonen, 28. oktober 2021, «upgrading the transport Green Lanes to keep the economy going during the COVID-19 pandemic resurgence».

På dette tidspunktet hadde Ursula von der Leyen allerede personlig forsikret EØS-landene om at regelen ikke ville påvirke deres vaksineutrustning. Det gjensto likevel usikkerhet blant leverandører og transitland. Sammen med statsministrene på Island og i Liechtenstein sendte derfor statsminister Solberg et brev til von der Leyen 31. mars 2021. I brevet peker statsministrene på at manglende klarhet hadde medført forsinkelser i noen leveranser.

I brevet gjentok deretter statsministrene at de mente reguleringen brøt med EØS-reglementet, og tilføyde:

We would also like to recall that Iceland and Norway made a conscious and deliberate choice to procure all their vaccines in unison with the EU, exclusively through the APAs. There is thus *very little understanding* for the justification of the additional measures imposed by the Regulation [...] ¹⁰⁹

¹⁰⁹ Brev, Islands statsminister Katrín Jakobsdóttir, Liechtensteins statsminister Daniel Risch og Norges statsminister Erna Solberg til EUs kommisjonsleder Ursula von der Leyen, 31. mars 2021. Norsk oversettelse: «Vi vil også gjerne minne om at Island og Norge tok et bevisst og målrettet valg om å skaffe alle vaksinene sine i samarbeid med EU, eksklusivt gjennom APA-ene. Det finnes derfor svært liten forståelse for begrunnelsene for tilleggstiltakene som reguleringen pålegger [...]».

(Vår uthevelse). Etter Koronakommisjonens skjønn er dette sterke ord i diplomatisk sammenheng.

Årsaker til at Norge ble rammet

Flere vi har snakket med, mener at beggene tilfellene av eksportrestriksjoner har sammenheng med at Norge ikke er medlem av tollunionen i EU.¹¹⁰

Det innebærer en risiko for å bli behandlet som et «ordinært» tredjeland uten de rettighetene EØS-avtalen gir. DG Trade, som hadde hovedansvaret for restriksjonene, jobber til daglig lite med EØS-avtalen og kan derfor ha oppfattet Norge som et tredjeland.

Tjenestemennene som skrev forskriften om eksportkontroll, må ha jobbet fort og var neppe klar over at EU i prinsippet kjøpte inn vaksiner også til Norge.¹¹¹ Hadde eksportrestriksjonene vært sendt på høring, ville nok dette blitt fanget opp. Men det var det ikke tid til.

Samlet sett indikerer vår gjennomgåelse at restriksjonene delvis hang sammen med «kunnskapsmangel» og tidsnød, men også at EU lettere anvender EØS-avtalens unntaksbestemmelser i en

¹¹⁰ Forklaring, avdelingsdirektør i HOD, 29. november 2021; uformelle møter, ansatte i UD.

¹¹¹ Uformelt møte, Richard Bergström, 3. september 2021.

krise. Dessuten er aktørene som behandler hasteforskrifter i en krise, ikke nødvendigvis de samme som utarbeider forskrifter i vanlige tider. Summen av disse forholdene utgjør, etter vårt syn, en risiko for Norge i krisesituasjoner.

Norges rolle som juridisk kontor for videresalg og donasjon av vaksiner i EU-systemet

Norge og Sverige har fra årsskiftet 2020/2021 jobbet sammen for EU-kommisjonen med å omfordele vaksinedoser mellom land. Det har dreid seg om både lån, videresalg og donasjoner av vaksiner. Det meste av det juridiske arbeidet relatert til omfordelingen har vært ledet av Norge.

Så vidt Koronakommisjonen kan se, er det ganske unikt at et ikke-medlemsland som Norge har hovedansvaret for et slikt arbeid i EU. Ingen vi har snakket med i utenriktjenesten kan nevne et tidligere opplegg av tilsvarende sort.

I en intern korrespondanse mellom ansatte i HOD 30. oktober 2020 nevnes Norges kommende rolle som tilrettelegger for videresalg og donasjon av vaksiner fra EU-systemet. De refererer til et møte departementsråd Larsen i HOD hadde med Bergström samme dag. Larsen informerte sine kolleger om at Norge ønsket å samarbeide med Sverige om alternativer for å donere eventuelle overskudd av vaksiner dersom mange av utviklingsløpene skulle vise seg å lykkes.¹¹²

I e-posten står det:

EU forsøker ifølge Bergström å etablere en mekanisme for donasjon av vaksinedoser til Vest-Balkan, og er i dialog med humanitære organisasjoner om donasjon av vaksiner fra EUs innkjøpsavtaler. EU blir ifølge Bergström kontaktet av tredjeland som er bekymret over fremdriften i Covax, og ønsker en tilknytning til EUs forhandlinger. EU og Gavi er i dialog om å gjennomføre felles forhandlinger med blant andre MSD¹¹³.

Dette blir fulgt opp i en ny e-post 6. november:

Bergström opplyste også om at det foregår diskusjoner i EU om donasjon av vaksinedoser fra bilaterale avtaler for å samordne medlemslandenes tilnærming og for å unngå tilfeller av «strategisk solidaritet». I hvilken grad slike

donasjoner kan knyttes mot Covax er fortsatt uavklart.¹¹⁴

Larsen ba statsminister Solberg om midler til å lede dette arbeidet, og fikk det.¹¹⁵ Spørsmålet ble så langt vi har bragt på det rene ikke drøftet i regjeringen.

Januar/februar 2021 kom prosjektet med å donere og videreselge vaksinedoser i gang. Sverige tok jobben som ansvarlig for AstraZeneca-vaksinene, som de viderefordelte for Gavi/Covax. Sverige har fortsatt dette ansvaret. Etter det Koronakommisjonen har fått opplyst, ville det vært en nokså stor administrativ byrde for Sverige å lede arbeidet med omfordelingen av alle de andre vaksinene. Det er også framhevet for kommisjonen at det ville tatt lengre tid for svenske myndigheter enn norske å fatte en beslutning om å bistå i dette prosjektet.

Dermed åpnet det seg en mulighet for Norge til å stå for det juridiske arbeidet med å omfordele vaksiner fra alle andre produsenter enn AstraZeneca. Denne muligheten ble altså grepet av HOD.

Arbeidet går ut på å lage avtaler for vaksiner som blir til overs blant EU-land.¹¹⁶ Det omfatter kjøp av overskuddsdoser, donasjoner og videresalg, blant annet til Covax. Arne Sannes Bjørnstad i norsk UD leder arbeidet. Han er en av de to representantene som ble utlånt til HOD. Resten av den juridiske fagkompetansen består av advokater fra Kluge advokatfirma.

Da viderefordelingen ble satt i gang, var det naturlig å ta utgangspunkt i det Norge allerede hadde gjort med å skaffe vaksiner til egen befolkning, nemlig å koble seg på eksisterende avtaler. Erfaringene fra den prosessen, og kompetansen som den hadde krevd, ble nå videreført i en global sammenheng.

Donasjonsarbeidet er altså basert på kontraktmalene fra Norge–Sverige-samarbeidet. Dette blir brukt inn mot EU-land, tredjeland og Covax. Etter hvert er det blitt utarbeidet mange titalls avtaler. Arbeidet er nå kommet så langt at man selger og donerer til land verden over.

¹¹⁴ E-post, seniorrådgiver i HOD til ledelsen i HOD, ansatte ved SMK, UD og FHI, 6. november 2020.

¹¹⁵ Uformell samtale, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen.

¹¹⁶ Det finnes flere grunner til at det blir doser til overs. De fleste EU-land har i utgangspunktet bestilt rikelig med doser til egen befolkning. I enkelte land er det noen vaksintyper det er redusert etterspørsel etter, slik at interessen for dem er lavere enn da de ble bestilt. Logistikkmessige forhold kan også gjøre at det er enklere å videreselge/donere doser enn å fordele dem blant befolkningen.

¹¹² E-post, seniorrådgiver i HOD til ledelsen i HOD, ansatte ved SMK, UD og FHI, 30. oktober 2020.

¹¹³ Legemiddelfirma, tidligere kjent som Merck.

Boks 8.9 Eksempel på videreformidling av overskuddsdoser

Et eksempel som etter vårt syn viser kompleksiteten og graden av samarbeid og velvilje i donasjonsarbeidet, er hvordan en rekke land donerte vel fem mill. doser til Tunisia i august 2021.¹

Donasjonene skjedde på initiativ fra Frankrike, som ville samle opp overskuddsdoser med AstraZeneca-vaksiner rundt om i Europa. Vaksinene skulle sendes til Paris og hentes av det tunisiske flyvåpenet.

Det norske juridiske kontoret som er beskrevet over laget kontraktene.

Norge hadde selv ingen doser til overs. Sverige hadde derimot doser, men kommisjonen har fått opplyst at det ville ta for lang tid for den

svenske regjeringen å fatte en beslutning om å donere dem.

Det endte derfor med at Norge fikk låne dosene av Sverige for så å donere dem til Tunisia via Frankrike.

Lastebilen med Norges lånte doser gikk fra Sverige til Paris. Richard Bergström kaller dette

en kombinasjon av et svensk vaksineoverskudd og norsk pragmatisme.²

¹ Uformelt møte, Richard Bergström, 3. september 2021.

² Presentasjon for Koronakommisjonen, 28. september 2021.

Alle avtalene for viderefordeling er inngått etter belgisk rett, og en eventuell tvist skal løses ved belgiske domstoler. Så vidt Koronakommisjonen er kjent med, har det ikke oppstått noen juridiske tvister om vaksineleveransene, verken i tilknytning til dette arbeidet eller for Norges del.¹¹⁷

En stor jobb har vært å få på plass en kontrakt og et rammeverk med Covax/Gavi-systemet. Det har også vært en problematikk knyttet til doser som er levert til europeiske land, og som har vært i ferd med å gå ut på dato.

Covax ønsker primært ikke doser som har ligget på lager. Framover virker det likevel uunngåelig at det blir et restvolum i Europa, ikke minst tilknyttet oppfriskningsdoser, som etter hvert må bli donert eller eventuelt solgt videre.¹¹⁸

Etter Koronakommisjonens skjønn er det positivt at Norge kan hjelpe EU-kommisjonen i dette arbeidet. Slike bidrag kan øke Norges anseelse i EU. Det er som nevnt uvanlig at et ikke-medlemsland gjør en slik jobb for EU, og det kan ses som en tillitserklæring.

8.4 Sammenlikning med andre land

Anskaffelsen av vaksiner i utvalgte land¹¹⁹

Israel

Ved utgangen av 2020 hadde Israel satt 950 000 vaksinedoser mot covid-19. Dette tilsvarer 11 doser per 100 innbyggere. Det var nesten åtte ganger mer enn England, som på dette tidspunktet også hadde høy vaksinedekning. Ved utgangen av mars 2021 hadde de fleste innbyggere i Israel over 16 år fått sin første dose.

Årsakene til den raske vaksineringen er blant annet dokumentert i Rosen mfl. (2021).

Ifølge deres analyse er en viktig årsak at myndighetene allerede tidlig i 2020 forsto hvor viktig det var å mobilisere for å sikre finansiering av vaksinekjøp og for å tilrettelegge for rask og effektiv vaksinerings. Finansdepartementet i Israel satte tidlig til side et betydelig pengebeløp for innkjøpene. Videre inngikk israelske myndigheter forhandlinger med flere legemiddelselskaper om framtidige leveranser av vaksiner. Samtidig lovet myndighetene både legemiddelselskapene, de israelske selskapene som hadde helseforsikringer, og befolkningen at de ville kompensere alle som opplevde negative helseeffekter av vaksinen.

¹¹⁷ Stridighetene mellom AstraZeneca og EU-kommisjonen er ikke del av dette sakskomplekset.

¹¹⁸ Forklaring, fagdirektør i HOD, 28. november 2021.

¹¹⁹ Hovedkilden til dette avsnittet er rapporten «Strategier for kjøp av covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og fire andre land», utarbeidet av Helseøkonomisk analyse for Koronakommisjonen. Rapporten i sin helhet følger som vedlegg til kommisjonens rapport.

Vaksineringen inngikk i kompensasjonsordningen for vaksiner som var lovfestet alt i 1989.¹²⁰

Israel skal ha forsøkt å inngå allianser med andre land og/eller grupper av land for å sikre leveransene.¹²¹ Vi vet ikke sikkert hvilke land dette var. Strategien lyktes ikke, og Israel fortsatte arbeidet med å sikre seg vaksiner på egen hånd. Siden landet ikke lyktes med å kjøpe vaksinene i allianse med større aktører, ble det viktig for Israel å inngå avtaler tidlig for å øke sannsynligheten for i det hele tatt å få avtaler. Fordi det var usikkert hvilke vaksinekandidater som ville lykkes, og for å sikre landet nok vaksiner, inngikk myndighetene også avtaler som i sum langt oversteg behovet for vaksiner.

Israel har en relativt liten befolkning. Derfor var det ikke selvsagt at landet skulle komme tidlig i køen, blant annet fordi legemiddelselskapene ønsket å inngå avtaler om store volumer. Ifølge Rosen mfl. (2021) og flere informanter var Israels suksess på dette feltet betinget av

- sterk involvering fra de politiske myndighetene, blant annet av statsminister Netanyahu som hadde en personlig relasjon til toppledere i Pfizer og Moderna (Jaffe-Hoffman 2021)¹²²
- høy betalingsvilje for vaksinene (Winer mfl. 2020)
- en egen avdeling i det israelske helsedepartementet med ansvar for innkjøp av legemidler
- legemiddelselskapenes forståelse av at Israel var i stand til å fordele og sette vaksiner raskt og effektivt, blant annet fordi landet er lite i geografisk utstrekning (litt mindre enn gamle Hedmark fylke) og har en urbanisert befolkningsstruktur. I tillegg har Israel en liten og relativt ung befolkning som gjør at de fleste hadde mulighet til selv å oppsøke vaksinesentrene.

Israelske myndigheter valgte også en enkel prioriteringsordning: De skulle først vaksinere alle over 60 år, medisinske risikogrupper (åndedrettsproblemer), sykehjemsbeboere og helsearbeidere i front. Israel har en sentralisert beslutningsstruktur, velutviklede IT-systemer for helsesektoren og erfaringer med å reagere raskt og koordinert på ytre trusler. Ifølge informanter var også Israels

universelle helsesystem attraktivt for vaksineprodusentene. Ved at alle innbyggere fikk tildelt vaksinen, var det mulig å teste ut effekten av vaksinene i ulike sosioøkonomiske grupper. I tillegg slapp legemiddelselskapene negativ omtale ved at de solgte til forsikringsselskap som i hovedsak forsikrer relativt velstående kunder.

Disse forholdene bidro sterkt til at Pfizer og Moderna ønsket å inngå omfattende avtaler med Israel. Blant annet uttalte Dr. Tal Zaks, som er øverste medisinske leder i Moderna, følgende:

Israel was one of the first countries that believed in us. The advance that Israel paid helped to build the company's production lines. Together with other countries that reserved doses in advance, it will receive doses that have already started being produced in Switzerland by our partner Lonza (Weinreb 2020).¹²³

Det israelske helsedepartementet og Pfizer inngikk en omfattende avtale. I utgangspunktet inngikk de en avtale om leveranser av 8 mill. vaksinedoser i midten av november 2020. De avtalte en forhåndsbetaling på 35 mill. amerikanske dollar og ytterligere 200 mill. dersom vaksinene faktisk ble sendt til Israel. Avtalen innebar at Israel betalte mer per dose enn EU. I tillegg til dette tok den israelske staten som nevnt ansvaret for eventuelle pasientskader som følge av vaksinene. Ifølge informanter skyldtes den høyere prisen primært at Israel var et lite land som bestilte relativt få doser, ikke at leveransene skulle komme tidlig.

I løpet av desember 2020 ble avtalen utvidet til å omfatte langt mer enn leveranser av vaksiner. Israel og Pfizer utviklet en avtale der Israel i bytte mot tidlig tilgang til vaksiner skulle sende over pasientdata til Pfizer (og til WHO) ukentlig. Dataene, som var anonymiserte, inkluderte informasjon om vaksinasjon og eventuell smitte i tillegg til data om kjønn og alder. Pfizers del av avtalen innebar at selskapet skulle levere vaksiner fram til 95 prosent av befolkningen i Israel var immunisert. Det ble også bestemt at avtalen skulle bli offentliggjort på internett (selv om mye informasjon ble sladdet). Pfizers tilgang til israelske helsedata ble regulert gjennom en avtale¹²⁴ datert 6. januar 2021. Partene i avtalen er det israelske helsede-

¹²⁰ Nettartikkel, State of Israel Ministry of Health, uten år, «Vaccine Injury Compensation Law».

¹²¹ Rapport, Helseøkonomisk analyse, 2021, «Strategier for kjøp av covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og andre land».

¹²² Ibid. Det er uenighet blant informantene om betydningen av personlige bekjentskaper.

¹²³ «Israel var et av de første landene som hadde tro på oss. Forhåndsbetalingen fra Israel hjalp oss med å bygge produksjonsprosessen vår. Sammen med andre land som har reservert doser i forkant, skal Israel få doser vi allerede har begynt å produsere i Sveits gjennom partneren vår Lonza».

¹²⁴ Avtale, Israel og Pfizer, 6. januar 2021, «Real-world epidemiological collaboration agreement».

partementet og Pfizer Inc., Delaware, USA. Avtalen omfatter også Pfizers samarbeidspartnere, primært BioNTech.

Storbritannia

Storbritannia valgte å inngå avtaler med vaksineleverandørene på egen hånd, altså uten å samarbeide med EU eller andre. Storbritannia inngikk den første avtalen som ble etablert på feltet – med AstraZeneca – 30. april 2020.¹²⁵ Storbritannia var også det første landet som inngikk en avtale med Pfizer/BioNTech. Dette skjedde alt i juli 2020 og var basert på forventninger om en effektiv vaksine allerede etter at resultatene fra fase 3 i de kliniske forsøkene forelå. Storbritannia inngikk en forhåndsavtale om leveranser av 40 mill. doser.

Ifølge flere informanter var tre forhold viktige for at Storbritannia ikke valgte å delta i EUs felles vaksineinnkjøp:

- Å inngå avtaler alene ville gi større muligheter til å inngå dem tidlig, fordi EU har en omstendelig godkjenningssprosess som følge av at mange land skal være med i prosessene. For Storbritannia var det spesielt viktig å sikre befolkningen tilgang til trygge og effektive vaksiner så raskt som mulig.¹²⁶
- At Storbritannia hadde forlatt EU 31. januar 2020 skapte usikkerhet om i hvilken grad Storbritannia ville få en sentral plass ved forhandlingsbordet.
- Storbritannia har en såpass stor befolkning (68 mill. i 2021) at landet kan oppnå lav pris på egen hånd.

I tillegg ble det lagt vekt på at Storbritannia har en betydelig andel av verdens forskning og produksjon av vaksiner. Ved å inngå egne avtaler ville Storbritannia bedre kunne støtte opp under og videreutvikle egen industri.

Et annet forhold som var viktig i Storbritannias strategi, var å sikre at landet ikke ble utsatt for eksportrestriksjoner og eksportforbud som kunne hindre rask tilgang til vaksiner. Ifølge informanter førte dette til at miljøet ved universitetet i Oxford, som hadde utviklet en lovende vaksine-

kandidat, ikke fikk lov til å inngå en avtale med Merck, et amerikansk legemiddelselskap med lang erfaring i å produsere vaksiner. I stedet insisterte regjeringen på at miljøet ved universitetet i Oxford skulle inngå en avtale med AstraZeneca, et legemiddelselskap med hovedkontor og produksjonskapasitet i Storbritannia.^{127 128}

Landets vaksineinnsatsstyrke – Vaccine Task Force (VTF) – utviklet en strategi basert på avtaler med produsenter som kunne levere vaksiner raskt. I tillegg inngikk landet også avtaler med flere produsenter i ulik skala, blant annet for å redusere risikoen for å bare sitte igjen med avtaler for vaksinekandidater som ikke skulle vise seg å være trygge og effektive. For å sikre seg mot eventuelle konflikter rundt leveranser ønsket VTF at produksjonen helst burde skje i Storbritannia (Bingham 2020). Til sammen inngikk Storbritannia seks avtaler i løpet av 2020. Landet inngikk bare avtaler med selskaper som hadde vaksinekandidater der potensialet for (midlertidig) markedsføringstillatelse i slutten av 2020, eller senest i andre halvdel av 2021, ble vurdert som høyt.

I tillegg til Pfizer/BioNTech inngikk Storbritannia en tidlig avtale med Oxford/AstraZeneca. Avtalene med Moderna og andre produsenter kom senere.

Storbritannias egen vaksineproduksjon var viktig for å komme tidlig i gang med vaksineringen. I utgangspunktet var det tenkt at vaksinekandidatene til AstraZeneca, Valneva og Novavax skulle bli produsert i Storbritannia. Den britiske regjeringen ga i tillegg støtte til å bygge opp vaksineproduksjon med mRNA-teknologi alt fra 2020. Om denne produksjonskapasiteten blir benyttet til å produsere mRNA-vaksiner mot covid-19, vil avhenge av hvor lenge pandemien varer.

En av informantene mener at selve sammenstillingen av VTF var viktig. Ved å koble private aktører inn i ledelsen av VTF, særlig vaksineteknisk og produksjonsteknisk personell, fikk organisasjonen unik innsikt i produksjonsprosesser og teknologi som er og blir førende i vaksineutviklingen.

Fordi Storbritannia inngikk tidlige kontrakter med AstraZeneca, fikk de også vaksiner tidligere og i relativt større omfang enn EU. Pascal Soriot, adm. dir. i AstraZeneca, ga følgende forklaring:

[...] the facts are that we basically signed an agreement with the UK three months before we did have it with Europe. Now, part of this

¹²⁵ Nettartikkel, astrazeneca.com, 30. april 2020, «AstraZeneca and Oxford University announce landmark agreement for COVID-19 vaccine». Til å begynne med var avtalen et utviklingssamarbeid mellom AstraZeneca og Oxford-universitetet, men det kommer fram av pressemeldingen at samarbeidet hadde som målsetning å skaffe vaksiner til den britiske befolkningen.

¹²⁶ Rapport, Helseøkonomisk analyse, 2021, «Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og andre land».

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Ibid.

can be easily explained. When we entered the agreement with Oxford, they had already been working with the UK government on this. So they had a head start. [...] We got a manufacturing process that Oxford gave us, which was producing a good vaccine, but not at an industrial scale. [...] we had to modify the process to turn it into a process that could manufacture billions of doses. At a cost that is reasonable and at a speed that is reasonable.^{129,130}

Det er omstridt i hvilken grad kontraktene mellom AstraZeneca og EU/Storbritannia understøtter dette utsagnet. EU åpnet sak mot AstraZeneca våren 2020. I juni 2021 besluttet en belgisk domstol i Brussel at AstraZeneca måtte levere 50 mill. doser til EU mellom juni og september 2021 eller betale en bot på 10 euro per dose.¹³¹

Sveits

Det finnes lite eller ingen offentlig dokumentasjon om strategien Sveits fulgte for å kjøpe inn vaksiner. En årsak er det sveitsiske lovverket om offentlighet av regjeringsdokumenter, som innebærer betydelige restriksjoner. I tilfellet med korona har sveitsisk høyesterett behandlet en sak om innsyn og konkludert med at offentlige dokumenter kan holdes konfidensielle så lenge pandemien pågår.

Det var en offentlig diskusjon i Sveits om landet skulle kjøpe inn vaksiner alene eller gå sammen med EU. Argumentene i diskusjonen var særlig knyttet til landets forhandlingsstyrke. Et argument som ble framhevet, var at Sveits kunne få en bedre forhandlingsposisjon ved å gå sammen med EU. Sveits er formelt med i EUs avtaler for vaksinene AstraZeneca og CureVac. Sverige har stått som mellomledd for disse avtalene.¹³² Men vaksinene fra EU har ikke blitt brukt til å vaksinere den sveitsiske befolkningen, noe vi kommer tilbake til. Når Sveits hovedsakelig valgte

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ «[...] faktum er at vi i grunn hadde signert en avtale med Storbritannia tre måneder før vi hadde en avtale med Europa. En del av dette kan enkelt forklares. Da vi inngikk avtalen med Oxford, hadde de allerede samarbeidet med den britiske regjeringen om dette. Så de hadde et forsprang [...] Vi fikk en produksjonsprosess som Oxford ga oss, som produserte en god vaccine, men ikke i industriell målestokk [...] vi måtte modifisere prosessen for å gjøre den til en prosess som kunne produsere milliarder av doser. Til en rimelig pris og i en rimelig hastighet».

¹³¹ Nettartikkel, Politico, 18. juni 2021, «Court ruling in AstraZeneca-Commission case lets both sides claim a win».

¹³² E-post, Richard Bergström til Koronakommisjonen, 13. april 2022.

å kjøpe inn vaksiner alene, var dette blant annet på grunn av en lang tradisjon og et ønske fra innbyggerne om at Sveits skal være selvforsynt og uavhengig av EU.

Sveits startet konkrete diskusjoner om den første vaksineavtalen i juni 2020. Den første avtalen ble inngått med Moderna. Avtalen ble underskrevet i august 2020 og omfattet 4,5 mill. doser. Trolig var leveringsdatoen ved årsskiftet 2020/2021.¹³³ Deretter fulgte avtaler med AstraZeneca (oktober 2020) om kjøp av 5 mill. doser og med Pfizer/BioNTech (desember 2020) om kjøp av 3 mill. doser. I desember bestilte Sveits nye 5 mill. doser fra Moderna. Sveits bidro også finansielt til vaksineutviklingen gjennom et bidrag til Gavi på CHF 30 mill. (ca. 300 mill. kroner) 1. juni 2020.¹³⁴

Sveits har en egen legemiddelindustri, blant annet selskapet Lonza, som har forutsetninger for å produsere og forsyne Sveits med vaksiner. I mai 2020 inngikk Lonza et 10-årig strategisk samarbeid med Moderna knyttet til leveranser av deres mRNA-vaksinekandidat. Tre av de fire produksjonslinjene til Lonza ligger i Sveits. Produksjon av mRNA-vaksinen startet der i desember 2020.¹³⁵

Lonza foreslo for helsemyndigheten BAG¹³⁶ at de mot et spesifikt finansieringsbidrag kunne bli medprodusent i vaksineproduksjonen. I så fall skulle Sveits få tilgang til de produserte vaksinene først. Det var snakk om 100 mill. doser per år. En informant mener dette ble diskutert sommeren 2020. BAG inngikk aldri avtalen.

Sveits har et eget offentlig godkjenningsorgan, Swissmedic, som gir tillatelse til å selge og markedsføre medikamenter. Sveits følger altså ikke godkjenningsbeslutninger fra EU. Dessuten åpner ikke lovverket i Sveits for betingede markedsføringstillatelser for medisiner. Ifølge informanter var det derfor ventet at markedsføringstillatelse av koronavaksiner ville komme senere i Sveits enn i andre land. Dette viste seg ikke å være tilfelle, og Swissmedic tildelte Pfizer/BioNTech-vaksinen en ordinær markedsføringstillatelse 19. desember 2020. Dette var den første ordinære markedsføringstillatelsen som denne vaksinen fikk.¹³⁷ Swissmedic ga midlertidig markeds-

¹³³ Rapport, Helseøkonomisk analyse, 2021, «Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og andre land».

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Ibid.

¹³⁶ Bundesamt für Gesundheit, ligger under det sveitsiske innenriksdepartementet.

¹³⁷ Rapport, Helseøkonomisk analyse, 2021, «Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og andre land».

føringstillatelse til Moderna-vaksinen 12. januar 2021 og til Janssen 22. mars 2021.¹³⁸ ¹³⁹ AstraZeneca-vaksinen ble aldri tatt i bruk i Sveits. I sin beslutning fra 3. februar 2021 konkluderte Swissmedic med at dataene fra AstraZeneca-vaksinen ikke var tilstrekkelige for at de kunne gi markedsføringstillatelse.¹⁴⁰

Canada

Kanadiske myndigheter opprettet Covid-19 Vaccine Taskforce i april 2020.¹⁴¹ Mandatet til arbeidsgruppen var relativt bredt. Arbeidsgruppen skulle gi råd til kanadiske myndigheter om lovende vaksinekandidater, men også prioritere vaksineprosjekter som ønsket å produsere i Canada, tiltrekke seg ikke-kanadiske vaksinekandidater, optimere redskap som trengs for å utvikle vaksiner, og legge til rette for at de mest lovende kandidatene kunne bli produsert i Canada.¹⁴² Det ble også positivt vektlagt dersom avtaler ville bidra til vaksineproduksjon med kanadiske interesser på eiersiden.¹⁴³

Kanadiske myndigheter inngikk en avtale med den kinesiske produsenten CanSino Biologics i mai 2020 som involverte kliniske forsøk og senere eventuell vaksineproduksjon i Canada. Ifølge statsminister Trudeau var planen at 250 000 doser skulle produseres månedlig fra november 2020.¹⁴⁴ Men bare dager etter at avtalen var inngått, oppsto det utfordringer knyttet til at vaksine-materiale fra Kina ble forsinket og aldri nådde Canada. Avtalen ble derfor kansellert, og Canada rettet blikket mot utenlandske legemiddelselskap og deres vaksinekandidater.

I juni 2020 anbefalte arbeidsgruppen myndighetene å inngå avtaler med flere produsenter som hadde lovende vaksinekandidater med tanke på effektivitet og rask levering. Basert på anbefalingene fra arbeidsgruppen besluttet The Public Health Agency of Canada hvilke vaksiner som skulle kjøpes inn. I begynnelsen av juli 2020 ble det satt sammen en vaksineinnkjøpsgruppe, ledet av Public Services and Procurement Canada (PSPC), som skulle forhandle med legemiddelselskapene.

Canada inngikk avtaler med sju legemiddelselskaper.¹⁴⁵ De to første avtalene ble inngått med Pfizer Canada / BioNTech SE og med Moderna 5. august 2020.¹⁴⁶ Deretter inngikk Canada en avtale med AstraZeneca 25. september 2020. Vi kjenner ikke innholdet i avtalene i detalj utover strukturen i avtalene. Avtalene la vekt på rask tilgang gitt begrensningene på de regulatoriske prosessene som skulle avgjøre hvilke vaksiner som var trygge og effektive. På grunn av all usikkerheten, blant annet om og når de ulike vaksinekandidatene kunne få markedsføringstillatelse, ble det ikke fastsatt detaljerte leveransekvanta, men avtalene beskriver kvartalsvise leveranssmål. Alle avtalene inneholder også elementer av finansiering i forkant av vaksineutvikling, testing og oppskalering av produksjonskapasitet. Canada inngikk en åttende avtale i februar 2021.

Avtalene var utformet slik at det først var i andre kvartal 2021 at store kvanta skulle bli levert. For å sikre seg et tilstrekkelig stort volum av vaksiner inngikk Canada avtaler for 400 mill. doser, noe som langt overstiger behovet i den kanadiske befolkningen.¹⁴⁷ I tillegg inngikk Canada avtaler der vaksineproduksjonen lå i Europa, med begrunnelse i frykt for et amerikansk eksportforbud av vaksiner som kunne gjelde fram til den amerikanske befolkningen var fullvaksinert.

Markedsføringstillatelser av vaksiner blir utstedt av Health Canada. Pfizer/BioNTech-vaksinen ble godkjent 9. desember 2020, Moderna-vaksinen 23. desember 2020 og AstraZeneca-vaksinen 26. februar 2021.¹⁴⁸ Den første vaksinen ble satt 14. desember 2021.¹⁴⁹

I midten av januar hadde Pfizer og Moderna problemer med å levere vaksinedoser. Dette rammet både EU og Canada, men Canada hardest.¹⁵⁰ Forklaringen var primært at Moderna prioriterte leveranser til USA høyest.¹⁵¹

Kanadiske myndigheter valgte da å ta ut vaksinedoser fra den per da ikke-godkjente AstraZeneca-vaksinen fra Covax-samarbeidet de allerede var med i. Denne beslutningen ble sterkt kritisert. Den kanadiske ministeren for internasjonal utvik-

¹³⁸ Rapport, Helseøkonomisk analyse, 2021, «Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og andre land».

¹³⁹ Ibid.

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Ibid.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Nettartikkel, BBC, 19. februar 2021, «Why Canada is falling behind in Covid vaccinations».

¹⁴⁸ Rapport, Helseøkonomisk analyse, 2021, «Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og andre land».

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Ibid.

Tabell 8.3 Nøkkelinformasjon fra tidlige avtaler¹

Land (folketall)	Leverandør	Tidspunkt da avtalen ble inngått	Kronologisk rekkefølge	(Maks) volum (doser)	Pris per dose ³ (USD)
USA (330 mill.)	Pfizer/BioNTech	22. juli 2020	5	100 mill.	19,50
	Moderna	12. august 2020	9	100 mill.	15,00
	AstraZeneca	21. mai 2020	2	300 mill.	4,00
Storbritannia (67 mill.)	Pfizer/BioNTech	20. juli 2020	4	40 mill.	20,55
	Moderna	16. november 2020	15	17 mill.	38,36
	AstraZeneca	30. april 2020	1	100 mill.	4,11
Israel (9,2 mill.)	Pfizer/BioNTech	13. november 2020	14	8 mill.	28
	Moderna	17. juni 2020	3	2 mill.	23,50
	AstraZeneca	Siste del av november 2020	16	10 mill.	⁻⁴
Sveits (8,7 mill.)	Pfizer/BioNTech	7. desember 2020	18	3 mill.	⁻⁴
	Moderna	7. august 2020	8	4,5 mill.	⁻⁴
	AstraZeneca	16. oktober 2020	12	5,3 mill. Ikke brukt	⁻⁴
EU (ca. 450 mill.)	Pfizer/BioNTech	11. november 2020	13	200 mill.	16,44
	Moderna	25. november 2020	16	80 mill.	18,00
	AstraZeneca	14. august 2020 ²	10	300 mill.	2,19
Canada (38 mill.)	Pfizer/BioNTech	5. august 2020	6	⁻⁴	⁻⁴
	Moderna	5. august 2020	6	⁻⁴	⁻⁴
	AstraZeneca	25. september 2020	11	20 mill.	⁻⁴

¹ Detaljerte noter til tabellen ligger som sluttnoter bakerst i rapporten fra Helseøkonomisk analyse.

² Det eksisterer en avtale mellom IVA og AstraZeneca, datert 13. juni 2020.

³ Omregnet basert på valutakurser 31. desember 2020.

⁴ Vi har ikke funnet denne informasjonen.

Kilde: Rapport, Helseøkonomisk analyse, 2021, «Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og andre land»

ling, Karina Gould, begrunnet beslutningen slik:¹⁵²

Our top priority is to ensure Canadians have access to vaccines. Covax's objective is to provide vaccines for 20% of the populations of all member states, both self-financing and those who will receive donations. Canada made the decision, as other countries have, to take on this first allocation, because we recognise how

important it is that all Canadians have access to vaccines.¹⁵³

Canada er en føderasjon som består av ti provinser og tre territorier. Store deler av befolkningen bor i urbane strøk. Omlag 20 prosent av befolkning-

¹⁵³ «Vi prioriterer å sikre at kanadiere har tilgang til vaksiner. Målene i Covax er å gi vaksiner til 20 prosent av befolkningen i alle medlemslandene, både dem som finansierer vaksinene selv, og dem som får vaksiner via donasjoner. Canada har tatt beslutningen, slik andre land har gjort, om å ta imot denne første allokeringen fordi vi erkjenner hvor viktig det er at alle kanadiere har tilgang på vaksiner.» (vår oversettelse).

¹⁵² Nettartikkel, BBC, 4. februar, «Covax: Canada defends taking vaccines from sharing scheme».

gen bor på landsbygda over store områder. Helse-systemet i Canada er knyttet til provinsene og territoriene, og det er disse som er ansvarlige for å fordele og rulle ut vaksinene som i hovedsak ble organisert gjennom sykehusene. Hver enkelt provins og hvert enkelt territorium organiserer sitt eget pasientregister og kan beslutte egne prioriteringsregimer. Dette skapte utfordringer for en effektiv utrulling av vaksinene.

Kunne Norge gjort som Israel, Storbritannia, Sveits eller Canada?

Gjennomgåelsen av anskaffelsesprosessene i Sveits, Storbritannia, Israel og Canada viser at det er store forskjeller på landenes forutsetninger og strategiene som ble valgt.

Storbritannias strategi bygget på nasjonal vaksineproduksjon og nasjonale forskningsmiljøer. Også Sveits' strategi bygget på innenlandsk produksjon. Det er ikke realistisk at Norge kunne fulgt slike strategier.

Norge kunne heller ikke ha kopiert Israels strategi, selv om vi kunne vist like høy betalingsvillighet. Personlige bekjentskaper og forventninger om rask fordeling av vaksine pga. geografiske forhold var forutsetninger for Israels strategi.

Norge kunne valgt Canadas strategi, men etter Koronakommisjonens skjønn ville det innebåret høyere risiko og vært en dårligere løsning. Denne konklusjonen understøttes av at Canada så seg nødt til å trekke på Covax-doser for å vaksinere egen befolkning.

Koronakommisjonen har ikke vurdert vaksineanskaffelsene i Sør-Korea, Australia eller New Zealand i detalj. Men offentlige kilder indikerer at også disse landene har lyktes dårligere enn Norge i sin anskaffelsesstrategi. Australia og New Zealand fikk sine tidlige doser gjennom overskuddet hos EU. De har ligget betraktelig bak Norge i vaksineringen.¹⁵⁴

8.5 Vaksineproduksjon, beredskap og økt internasjonalt samarbeid

Norsk vaksineproduksjon

Historikk

Statens institutt for folkehelse ble opprettet i 1929. Instituttet har blant annet hatt hovedansvaret for å

¹⁵⁴ Nettartikkel, CNN, 16. april 2021, «New Zealand and Australia were Covid success stories. Why are they behind on vaccine rollouts?».

forsyne Norge med vaksiner, sera og bestemte immunglobulinpreparater (antistoffer) til human bruk. Forsyningsbehovet til Norge har vært dekket dels ved egenproduksjon og dels ved import.¹⁵⁵

Mot slutten av 1970-årene og i begynnelsen av 1980-årene ble forholdene omkring vaksineproduksjonen ved FHI ikke lenger vurdert som tilfredsstillende. I 1983 ble det besluttet å legge ned deler av produksjonen i påvente av at den kunne bli gjenopptatt i bedre tilpassede lokaler. Høsten 1989 gjennomgikk FHI legemiddelproduksjonen sin. Gjennomgåelsen avdekket flere svakheter og mangler, og produksjonen ble stoppet.

I 1990 besluttet Stortinget etter forslag fra Regjeringen å oppføre et bygg for blant annet å få akseptable lokaler for vaksineproduksjon. Her skulle det blant annet bli produsert meningokokkvaksine. Meningokokk B-vaksinen var i utprøvede produksjon på FHI.

Stortinget vedtok i 2011 å legge ned vaksineproduksjon i statlig regi, og FHIs vaksineanlegg ble etter dette avviklet. I 2016 ble det besluttet at norske kommersielle helsevirksomheter skulle få FHIs vaksineproduksjonsutstyr som var i anlegget på Lindern i Oslo.

Om initiativene for å iverksette ny vaksineproduksjon i Norge

I etterkant av pandemiens utbrudd har noen aktører uttrykt at Norge bør ha produksjon av vaksiner eller komponenter til vaksiner for mennesker.¹⁵⁶

Flere vi har snakket med i forvaltningen, mener det er ønskelig med noe norsk vaksineproduksjon, men de understreker at dette ikke vil kunne erstatte behovet for sterke allianser innen vaksineområdet. Ingen av dem mener det er realistisk at Norge eller Norden kan bli selvforsynt med vaksiner til mennesker.

Regjeringen besluttet 6. mai 2021 at helse- og omsorgsministeren sammen med næringsministeren skulle vurdere ulike modeller for hvordan en eventuell norsk vaksineproduksjon kunne være en del av beredskapen.

Regjeringen kunngjorde 6. juli at den ville se nærmere på mulighetene for å produsere eller delprodusere vaksiner i Norge.¹⁵⁷

¹⁵⁵ St.prp. nr. 61 *Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 2000*.

¹⁵⁶ Rapport, LMI, LO, NHO, Industri Energi, Norsk Industri og KLP, 2020, «Norsk vaksineproduksjon for beredskap og verdiskapning».

¹⁵⁷ Pressemelding, NFD, 6. juli 2021, «Regjeringen vil gjenomgå handlingsrommet for vaksineproduksjon i Norge».

Arbeidet gjennomføres som et samarbeid mellom HOD og Nærings- og fiskeridepartementet (NFD).

Det er snakk om to studier:

- HOD skal utarbeide en markedsanalyse for vaksineproduksjon.
- NFD hadde regien for en gjennomgåelse av statlige initiativer rettet mot vaksineproduksjon i sammenlignbare EU-/EØS-land.¹⁵⁸

Regjeringen Solberg uttalte at den vil vurdere videre oppfølging når resultatene av disse studiene er klare. Koronakommisjonen legger til grunn at regjeringen Støre følger opp arbeidet. Den 4. februar 2022 kunngjorde regjeringen at de nordiske landene er i gang med en felles studie. Den skal kartlegge offentlige og private virksomheters ressurser knyttet til utvikling og produksjon av vaksiner i de ulike landene.¹⁵⁹

Internasjonalt samarbeid

HERA og tettere helsesamarbeid i EU

Før mars 2020 kunne europeiske land legge til grunn at helse i hovedsak er et nasjonalt politikkområde. EU-kommisjonen drev med bistand på området, men hadde ikke erfaring med innkjøp av vaksiner. Som beskrevet i 8.3 ble IVA-samarbeidet satt i gang med tanke på å få EU på banen.

Utbruddet av covid-19 avslørte sårbarheter i de europeiske landenes evne til å håndtere grenseoverskridende helsekriser.

EU har nå vedtatt et tettere europeisk helsesamarbeid for å stille mer forberedt i møte med kommende kriser. Dette inkluderer strategisk autonomi på legemiddelfronten.¹⁶⁰

Den 1. april 2020 satte EU opp det såkalte Covid-19 Clearing House for medical equipment (CCH)¹⁶¹, som fikk ansvaret for å avstemme tilbud og etterspørsel etter nødvendig medisinsk utstyr på europeisk nivå.

¹⁵⁸ Rapport, Oslo Economics, 31. januar 2022, «Gjennomgang av ulike virkemidler og modeller for samarbeid mellom offentlige og private aktører om vaksineproduksjon».

¹⁵⁹ Pressemelding, Regjeringen, 4. februar 2022, «Ser på mulighetene for vaksineproduksjon i Norden».

¹⁶⁰ Med strategisk autonomi menes en betydelig grad av selvforsyning innenfor EU, slik at unionen blir mindre avhengig av andre land når det gjelder vaksiner, medisiner mv. Se særlig meddelelsen fra EU-kommisjonen med referansennummer COM(2021) 576 final, 16. september 2021, «Introducing HERA, the European Health Emergency preparedness and Response Authority, the next step towards completing the European Health Union».

¹⁶¹ Nettartikkel, EU-kommisjonen, uten år, «COVID-19 Clearing House for medical equipment».

Videre ble det i september 2021 opprettet en ny helseberedskapsorganisasjon, European Health Emergency preparedness and Response Authority (HERA). Denne har vært operativ siden februar 2022. HERA er ikke et EU-byrå (som for eksempel EMA), men et generaldirektorat (DG) med samme kommisjonær som DG Sante.

Utenom krisetid vil HERA fortløpende vurdere trusselbildet, støtte medisinsk forskning og utvikling og drive fram en slags aktiv næringspolitikk med sikte på å bygge produksjonskapasitet og håndtere flaskehals. Det skal opprettes registre over produksjonsfasiliteter, tilgang på råvarer, infrastruktur osv. for å sikre overblikk over kapasitet på EU-nivå.

Dersom EU erklærer at en helsekrise er oppstått, skal HERA kunne iverksette hastetiltak, herunder innkjøp av medisinsk utstyr. Finansieringsmekanismen ESI vil bli brukt til framtidige innkjøp i krisesituasjoner, for eksempel for vaksiner, som under covid-19-pandemien. Krisefullmaktene ble vedtatt 17. desember 2021.¹⁶²

Det gjenstår enkelte uenigheter mellom EUs medlemsland om detaljene i innrettingen av helsesamarbeidet. Blant annet om strategisk autonomi skal omfatte også ganske «enkle» legemidler og medisinsk utstyr, eller om EU skal gå i en mer forskningsorientert retning og konsentrere seg om avanserte produkter.¹⁶³

Norge deltar som nevnt i EMA og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).¹⁶⁴ EU har styrket fullmaktene til disse byråene og vil sannsynligvis øke produksjonskapasiteten for medisinsk utstyr og vaksiner.¹⁶⁵

Arbeidet med å knytte Norge til EUs helseberedskaps-samarbeid

Norge er ikke EU-medlem og tar dermed ikke del i verken HERA eller ESI.

I skrivende stund pågår det et arbeid fra norske myndigheter for å knytte Norge til det forsterkede samarbeidet om helse i EU.

Koronakommisjonen mener arbeidet potensielt kan bøte på de mest alvorlige sårbarhetene

¹⁶² Nettartikkel, EU-parlamentet, 16. februar 2022, «Legislative train schedule: Council regulation on a framework of measures for ensuring the supply of crisis-relevant medical countermeasures in the event of a public health emergency at union level».

¹⁶³ Uformelle møter, seniorrådgiver i UD, mars 2022.

¹⁶⁴ ECDC er lokalisert i Solna i Sverige, slik at en del av EUs helsebyråkrati ligger i Norden.

¹⁶⁵ Nettartikkel, EU-parlamentet, 20. januar 2022, «Health Union: a stronger role for the European Medicines Agency».

som er omtalt i dette kapitlet. Vi mener arbeidet er viktig, og at det bør prioriteres av regjeringen.

Arbeidet for å få Norge på innsiden har så vidt vi forstår tre hovedmål:

- Redusere risikoen for ikke å bli inkludert i kommende EU-innkjøp av vaksiner, legemidler og medisinsk utstyr i en krisesituasjon. Fordi juridiske forhold hindrer Norge å delta i krisefinansieringsmekanismen ESI, må dette innebære at man oppretter en parallell finansieringsløsning.
- Redusere risikoen for å bli rammet av eksportrestriksjoner under en helsekrise, herunder restriksjoner på vaksiner. Dette vil kunne innebære et samarbeid på tollområdet. Norge er som kjent ikke del av EUs tollunion.
- Bidra til at norsk legemiddelindustri kan ta del i EUs arbeid for å øke strategisk autonomi på legemiddelfronten. Det vil bety at norske produsenter kan ta del i utlysninger og «pakker» fra EU.

Tematikken er behandlet i regjeringskonferansen den 13. januar 2022. I et r-notat lagt fram til konferansen står det blant annet:

Vi mener at det ikke finnes andre alternativer for å sikre Norges tilgang til vaksiner, legemidler og medisinsk utstyr i en krise enn å tilknyttes HERAs krisefullmakter.¹⁶⁶

Om muligheten for heller å lene seg på egenproduksjon eller bare et nordisk samarbeid, står det blant annet følgende:

Økt nasjonal eller nordisk produksjon anses ikke gjennomførbart for å sikre tilgang til spekteret av vaksiner, legemidler og medisinsk utstyr som det her er snakk om. De andre nordiske landene, som er i HERA og dets krisefullmakter, har også som mål at nasjonal produksjon kan bidra i et europeisk fellesskap for å sikre forsyning.¹⁶⁷

I regjeringskonferansen 13. januar ble notatet foreløpig drøftet. Saken ble i etterkant av regjeringskonferansen behandlet av helse- og omsorgsministeren, justis- og beredskapsministeren,

finansministeren og statsministeren. Det ble blant annet konkludert med at:

Det innledes forhandlinger med EU med sikte på å kunne inngå en avtale om norsk tilknytning til det styrkede europeiske helseberedskapssamarbeidet. Det skal arbeides for en løsning som gir Norge størst mulig påvirkning gjennom fulle deltakerrettigheter. Formålet med en avtale skal være å styrke norsk helseberedskap og sikre tilgang til vaksiner, legemidler og medisinsk utstyr i krisesituasjoner.

Konklusjonen ble lagt fram for hele regjeringen 3. februar.

Når disse forhandlingene er i gang, er det viktig at norske myndigheter gjør det de kan for at EU og Norge raskt kan komme til enighet.

Norske myndigheter bør også foreslå en finansieringsmekanisme som kan settes opp som en parallell til ESI.

Det virker ikke sannsynlig at tilknytningen kan håndteres utelukkende ved innlemming av relevante rettsakter i EØS-avtalens protokoll 31, blant annet pga. ESI-problematikken. Noe kan nok ordnes gjennom EØS, men en separat avtale ser ut til å være nødvendig uansett.¹⁶⁸

Det er kjent at enkelte EU-land ønsker enda tettere helsesamarbeid enn det som dreier seg om kriseberedskap, for eksempel knyttet til standarder for offentlige helsevesen. Norske myndigheter bør ha tenkt gjennom hva slike forslag kan bety for Norge, og hva det eventuelt er ønskelig å ta del i.

8.6 Konsekvenser av valgene som ble tatt, og kommisjonens anbefalinger

I den første perioden etter at covid-19-vaksiner ble satt i produksjon var det stor knapphet på vaksiner. Den globale etterspørselen etter vaksiner var langt høyere enn tilbudet, som redegjort for i dette kapitlet.

Norge har ikke egen produksjon av vaksiner til mennesker. Etter kommisjonens vurdering ville det ikke vært mulig å bygge opp slik produksjon på kort sikt. Som omtalt er produksjonen av vaksiner mot covid-19 en høyteknologisk og spesialisert virksomhet. Bare noen få store land har kapasitet til å stå for hele produksjonsprosessen på egen hånd. Det er ikke realistisk at Norge ville

¹⁶⁶ R-notat «Norsk tilknytning til EUs helseberedskapssamarbeid», 11. januar, fremmet av helse- og omsorgsministeren og utenriksministeren til regjeringskonferansen 13. januar.

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Uformelt møte, seniorrådgiver i UD.

kunne iverksette noe slikt på kort varsel, selv om landet har gode medisinske og farmasøytiske fagmiljøer. Dermed ville Norge i alle tilfeller måttet dekke sitt vaksinebehov under pandemien ved import.

Etter kommisjonens syn er det også klart at Norges solide finansielle posisjon neppe alene ville holdt til å sikre en portefølje av gode vaksiner så raskt som mulig. Det ville ikke vært tilstrekkelig å kunne overby andre kjøpere.

Vaksinene som er godkjent av EMA og det norske Legemiddelverket, har det til felles at de er produsert i USA og/eller Europa. USA innførte tidlig eksportrestriksjoner på sine hjemmeproduerte vaksiner for å sikre vaksiner av egen befolkning. EU og Storbritannia innførte også eksportrestriksjoner. Norge ble i noen grad rammet av eksportrestriksjonene, som beskrevet i dette kapitlet.

Hvis Norge hadde forsøkt å overby andre land for å sikre seg tidlig tilgang, mener kommisjonen det ville vært en risiko for at Norge i større grad ville blitt rammet av eksportrestriksjoner.

Erfaringene andre velstående land har gjort seg, støtter opp under kommisjonens syn om at Norges finansielle posisjon neppe alene ville vært tilstrekkelig. Utfra en vurdering av forholdet mellom risiko og forventet resultat kan det argumenteres for at rike land som Sør-Korea, Australia, New Zealand og Canada har kommet dårligere ut av vaksineanskaffelsene enn Norge. Som beskrevet i punkt 8.4 har Israel lyktes med sin strategi, men etter kommisjonens skjønn innebar denne strategien en høyere risiko enn den Norge valgte. Det virker heller ikke sannsynlig at Norge så tidlig i pandemien kunne inngått en lignende avtale som Israel inngikk med Pfizer. Storbritannias strategi bygget på forutsetninger Norge ikke hadde, så den kunne vi heller ikke valgt.

Granskingen viser at Norge på egen hånd neppe kunne inngått forhandlinger med de samme vaksineprodusentene som EU forhandlet med, dersom vi ønsket å maksimere sjansene for å bli inkludert i EUs ordning. Samlet vurderer Koronakommisjonen det slik at regjeringen Solberg gjorde rett i å gå for strategien med å knytte Norge til EUs vaksineinnkjøp.

En sårbarhet som fortsatt står uløst

Under pandemien har hele den europeiske regionen fått erfare sin geopolitiske sårbarhet. Dette var særlig markert for smittevernuttstyr, men også for vaksiner. Sårbarheten var enda større for Norge enn for EU-landene samlet.

Norge er et lite land og er sårbart for eksportrestriksjoner i en krise. Norge har bygget ned egen vaksineproduksjon fordi den ikke har vært økonomisk levedyktig. Når vanlige markedsmekanismer settes ut av spill i internasjonale kriser, blir det synlig at et lite land uten store alliansepartnere er utsatt, selv om man har sterke statsfinanser.

Vår granskning underbygger at det ikke var noen garanti for at myndighetene skulle lykkes i å knytte Norge til EUs innkjøpsordning. Det var en reell sjanse for at arbeidet ville mislykkes.¹⁶⁹ Det ville betydd at Norge ikke ville fått ta del i EUs avtaler og derfor måttet vente lengre på vaksiner. Eventuelt måtte Norge da inngått avtaler med enkeltselskaper.

Det ville ha vært en vanskelig situasjon om Europa skulle bli vaksinert mens Norge sto utenfor og eventuelt baserte seg på Covax-leveranser eller en avtale med AstraZeneca, som ble vurdert å være de mest nærliggende alternative løsningene. Som kjent stoppet norske helsemyndigheter bruken av AstraZeneca-vaksinen, fordi den ble vurdert å ha for alvorlige bivirkninger.

Tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen sa følgende i sin forklaring til kommisjonen:

Vi tenkte at vi på ingen måte hadde en trygghet eller sikkerhet for at vi ville mestre denne situasjonen [...]

Det å være et alenestående land har en risiko. Det handler også om at land blir introverte, også produsentlandene. USA har ikke eksportert noe. Det har heller ikke UK eller India. De store produsentlandene har konsentrert seg om sitt eget behov, det må vi forvente vil skje ved neste korsvei også. Regjeringer er primært ansvarlig for sin egen befolkning. Norge trenger å være med i en konstellasjon som står på egne bein.¹⁷⁰

Den sårbarheten Larsen her omtaler, består fortsatt. Selv om Norge er medlem av EØS, er ikke det tilstrekkelig for å være best mulig forberedt på

¹⁶⁹ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021. Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie sa i sin forklaring 7. januar 2022: «Jeg var ikke usikker fordi de [EU] var så tydelige i det de lovt, men man føler alltid en uro i en slik situasjon før man får endelig bekreftelse. Norge er ikke i en situasjon hvor vi kan tvinge frem en slik bekreftelse. Vi er avhengige av den gode viljen og har ingen maktmidler utover å være en del av det gode fellesskap».

¹⁷⁰ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021.

kommende akutte helsekriser. Som beskrevet i dette kapitlet står Norge utenfor ESI-mekanismen, som ble brukt av EU til å kjøpe inn vaksiner. Ved en lignende krise kommer ESI til å bli brukt igjen. Det er ikke juridisk mulig for EØS-land å ta del i ESI. Derfor er det nødvendig at Norge kommer til enighet med EU om en parallell finansieringsmekanisme.

Kommisjonen mener at Norge også bør knytte seg tett til resten av det forsterkede helsesamarbeidet i EU, ikke minst for å redusere sannsynligheten for å bli rammet av eventuelle eksportrestriksjoner på vaksiner.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at Norge knytter seg tett til det forsterkede helsesamarbeidet i EU, herunder HERA.
- Norske myndigheter bør prioritere dette arbeidet høyt og arbeide for at en slik tilknytning raskt kan komme i stand.
- I denne sammenheng bør Norge også få i stand en alternativ finansieringsmekanisme til ESI.

Godt arbeid fra politisk ledelse og embetsverk

Når det gjelder arbeidet med vaksineanskaffelser, er det kommisjonens oppfatning at regjeringen Solberg evnet å ta gode beslutninger raskt når det var nødvendig. Mye av det som er gjort, kan kalles godt politisk håndverk.

Flere vi har snakket med, har trukket fram raske og gjennomtenkte beslutninger fra politisk ledelse som viktig for at vi klarte å bli inkludert i EUs innkjøpsordning.

Ikke minst var det viktig at Norge holdt en tett dialog med mange EU-land, både på politisk nivå og embetsmannsnivå.

At Norge klarte å mobilisere til motytelser når sjansen bød seg, for eksempel ved å sende legeteam til Bergamo i Italia, og at vi satte opp det juridiske kontoret for å hjelpe EU-land med videre salg og donasjon av vaksiner, har vist seg å være nyttig.

Etter kommisjonens skjønn er det gjort mye godt arbeid i forvaltningen for å skaffe befolkningen vaksiner. Vi vil spesielt berømme handlekraften og kreativiteten som embetsverket i HOD, UD og Tolletaten har utvist.

Hendelsesforløpet som er beskrevet i dette kapitlet, illustrerer nytten som ligger i et kompetent embetsverk som evner å tilpasse seg en ny situasjon. Vi har også sett en politisk ledelse som har tatt sitt embetsverk på alvor. De faglige rådene

embetsverket har gitt politisk ledelse om vaksineanskaffelsene, er i stor grad fulgt opp.

Omtenksomme svensker

Koronakommisjonen vil også trekke fram arbeidet som Sveriges vaksinekoordinator Richard Bergström og hovedsekretær Anki Bystedt har gjort for at Norge skulle bli inkludert i EUs innkjøpsordning. Etter vårt skjønn har svenske myndigheter gjort mer for Norge i denne saken enn man kunne forvente av et naboland. For Norges del var Bergström rett mann på rett plass under denne krisen. Det er ikke gitt at man er like heldig neste gang.

Tettere samarbeid med EU og land i Europa er nødvendig

Den viktigste lærdommen fra pandemien når det gjelder anskaffelser av og tilgang på vaksiner, er at Norge har vunnet mye på å samarbeide med europeiske land, og særlig EU.

Det europeiske innkjøps samarbeidet som Norge satset på, har skaffet vaksiner til befolkningen i hurtig tempo og stort omfang. Etter kommisjonens skjønn er det ingen andre løsninger som ville gitt i nærheten av like godt forhold mellom risiko og forventet utfall.

Det er ikke realistisk å tro at en allianse mellom nordiske land vil være en løsning som kunne gitt samme gunstige forhold mellom risiko og mulig utfall. Det vil være en for liten allianse, noe som understrekes av flere av dem vi har intervjuet. Samarbeid med enkeltland som for eksempel Storbritannia kan heller ikke erstatte et samarbeid med en stor aktør som EU.

Norge bør vise seg som en trygg og solidarisk partner som er villig til å hjelpe også i «vanlige» tider, slik at sjansene øker for at andre europeiske land vil hjelpe oss når neste krise kommer.¹⁷¹

Vest-Europas rolle som global leverandør av legemidler øker verdien av det europeiske samarbeidet på disse områdene. Vest-Europa er ikke én leverandør, men mange, og dette bidrar til å spre risikoen i forsyningssammenheng.

Som beskrevet i punkt 8.3 har Norge blitt rammet av eksportrestriksjoner fra EU to ganger under pandemien. Restriksjonene i mars 2021 endte ikke opp med å bli et stort problem for leve-

¹⁷¹ Ansatte i UD sier at det ble lagt merke til i EU at Norge sendte legeteam til Bergamo og hansker til Frankrike. En ansatt uttrykker det slik: «Man har gjensidig nytte av dette. Det man husker fra krisetider, er praktisk solidaritet. Vi må ta høyde for behovet for innsats andre steder i Europa».

ranser til Norge, men situasjonen kunne ha blitt mer alvorlig. Selv om norske myndigheter mente eksportkontrollen i mars 2021 var en uriktig anvendelse av regelverket, må regjeringen være forberedt på at EU i en krise kan tolke regelverket annerledes enn Norge. Også av den grunn er det viktig å ha et tett samarbeid med EU i normale tider.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at Norge opprettholder gode relasjoner med EU og enkeltland i Europa. Kommisjonen mener at norsk tilstedeværelse i Brussel og andre europeiske hovedsteder er nødvendig for å holde en løpende dialog på helsefeltet, og viktig som et risikoreduerende tiltak.
- Norge bør vise seg som en solidarisk partner overfor EU-landene i «vanlige» tider.

Utrede omfanget av egenproduksjon og beredskapslagre

Kommisjonen mener også at det er nødvendig å vurdere på nytt hva som er et hensiktsmessig omfang av egenproduksjon og eventuelle beredskapslagre av vaksiner, vaksinekomponenter eller råstoff til vaksiner.

Utredningene om disse temaene i regi av hhv. NFD og HOD, og fellesstudien som nå utarbeides i de nordiske landene, kan være et nyttig underlagsmateriale for politikktutvikling.

Egenproduksjon av vaksiner eller vaksinekomponenter kan tenkes å gi Norge bedre kort på hånden ved en kommende helsekrise. Det er potensielt en strategisk side ved egenproduksjon som bør tillegges vekt.

Norske myndigheter bør arbeide for at EØS-landene inkluderes ved utlysningen av EU-midler som kan brukes til å bygge opp produksjonskapasitet for blant annet vaksiner. Ettersom Norge ikke er EU-medlem, er det risiko for at landet overses i denne sammenheng.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene vurderer omfanget av produksjon av og beredskapslagre for vaksiner, vaksinekomponenter og/eller råstoff til vaksiner.
- Kommisjonen anbefaler at norske myndigheter arbeider for at Norge som EØS-land blir inkludert når det utlyses EU-midler til legemiddelsatsinger som kan være relevante for norske aktører.

Kapittel 9

Vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen

9.1 Innledning

Den 26. desember 2020 kom traileren med de første vaksiner fra Pfizer/BioNTech til Norge. Senere fikk Norge også levert vaksiner fra AstraZeneca, Moderna og Janssen. Den første vaksinedosen ble satt 27. desember 2020 på 67 år gamle Svein ved Ellingsrudhjemmet i Oslo.

Norge startet som mange andre land med å vaksinere de eldste i befolkningen. Det ble diskutert om yrkesgrupper med forhøyet smitterisiko burde prioriteres, og om barn og unge skulle vaksineres. Det var diskusjon om vaksinerne burde fordeles til områder med høyt smittetrykk. Det var også en diskusjon om det burde settes en tredje eller fjerde vaksinedose, eller om disse dosene burde sendes til andre land med færre vaksiner. I tillegg oppsto en krevende situasjon med sjeldne og alvorlige bivirkninger etter bruk av AstraZeneca-vaksinen.

Hvem som skulle vaksineres, og når de skulle vaksineres, ble etter hvert et viktig element i regjeringens strategi for gjenåpning av samfunnet våren, sommeren og høsten 2021. Diskusjoner om hvorvidt vaksineringsburde være frivillig, om man skulle ta i bruk vaksinepass, om arbeidsgivere skulle kunne omplassere uvaksinerte ansatte, og andre tenkelige reaksjoner for uvaksinerte ble da debattert. Dette ble enda mer aktuelt med nye virusvarianter utover høsten 2021 og vinteren 2022.

Myndighetene sa tidlig at vaksinerings av befolkningen var «veien ut» av pandemien.¹ Å løse dette i praksis var krevende. Det ble gjort et omfattende arbeid i norske kommuner med å vaksinere befolkningen. Per 31. oktober 2021 var 87 prosent av alle over 18 år fullvaksinert med to doser, og 91 prosent var vaksinert med én dose. Da vi avsluttet arbeidet vårt, var Norge blant landene med høyest vaksinedekning i verden.²

¹ Forklaring, tidligere finansminister Jan Tore Sanner, 6. januar 2022.

² Nettartikkel, Our World in Data, uten år, «Coronavirus (COVID-19).

Problemstillinger og arbeidsmetode

I dette kapitlet gransker vi regjeringens vaksinestrategi og gjennomføringen av vaksinasjonen. Vi behandler først prioriteringene som ble besluttet, og endringene i strategien underveis. Deretter ser vi på den faktiske utrulling og gjennomføringen av vaksinasjonen. Vi belyser grunnlaget for den valgte strategien og endringene i denne. Vi har også sett på konsekvensene av vaksinestrategien og utrulling. Vi har undersøkt om valgene myndighetene tok, bidro til å hindre økt smitte, alvorlig sykdom og død. Vi har også sett på hvilken betydning vaksinestrategien fikk for smitteverntiltakene i samfunnet.

For å belyse noen av konsekvensene av vaksinestrategien har vi innhentet en samfunnsøkonomisk utredning som ser nærmere på geografisk prioritering av vaksiner (Holden 2022).

Vi har også sammenlignet vaksinestrategien i Norge med strategien i Danmark og har innhentet en utredning om den danske strategien fra Menon Economics.³ Det har vært nyttig å se på likheter og forskjeller i den norske og danske vaksinestrategien siden håndteringen av pandemien og hvordan landene er rammet, har flere likhetstrekk.

Først redegjør vi kort for betydningen vaksiner har for infeksjonssykdommer og for tidligere pandemier, og de rettslige rammene og planverket for vaksinasjon som forelå da covid-19-pandemien brøt ut. Deretter ser vi nærmere på arbeidet med fastsetting og gjennomføring av vaksinestrategien.

9.2 Historikk

Tidligere pandemier, infeksjonssykdom og vaksiner

Virus, bakterier, sopp og parasitter kan alle forårsake infeksjonssykdom, større smitteutbrudd og i

³ Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

verste fall pandemier. Historisk har pest, som er en bakteriell infeksjonssykdom, stått for de verste pandemiene. Svartedauden pågikk fra 1346 til 1353 og var forårsaket av bakterien *Yersinia pestis*. Den spredte seg fra Asia til Europa via handelsrutene og var den første av flere pestpandemier som rammet Europa fram mot 1700-tallet. Flere alvorlige utbrudd med kolera og lepra på 1800-tallet skyldtes også bakterier. Historisk er det imidlertid tuberkulose, eller «tæring», som har tatt flest liv i Norge. Norge hadde rundt år 1900 en av Europas høyeste forekomster, og årlig døde 7000 personer av infeksjon med *Mycobacterium tuberculosis* – i en befolkning på to mill. innbyggere.⁴ Norge har i dag en av verdens laveste forekomster av tuberkulose. Fremdeles er det denne infeksjonssykdommen som tar flest liv i verden. Globalt tar den livet av 1,6 mill. mennesker årlig. Et stort og økende problem på verdensbasis er antibiotikaresistente tuberkulosebakterier (Storla 2012).

Kopper, som var forårsaket av koppevirus, er den eneste sykdommen som er fullstendig utryddet ved hjelp av vaksiner.⁵ Utryddelsen av kopper er en av de store milepælene i medisinsk historie. Før dette var kopper en av historiens mest fryktede sykdommer. Det er anslått at kopper tok livet av 45 mill. mennesker i Europa på 1700- og 1800-tallet.

De siste hundre årene har virus vært den dominerende årsaken til pandemier. Influensapandemien spanskesyken herjet i 1918–1920 og førte til 50 mill. døde – 15 000 av dem i Norge.⁶ Andre pandemiske influensaer er asiasyken (1957), hongkongsyken (1968) og russerinfluensaen (1977). Svineinfluensapandemien i 2009–2010 førte til økt beredskap og massevaksinasjon i Norge, men rammet mindre enn fryktet. Flere hundre tusen personer ble undersøkt og behandlet. Av disse fikk rundt 1300 sykehusbehandling, nær 200 av dem i intensivavdeling.⁷ Det ble registrert 32 dødsfall i Norge (Olsen mfl. uten år). Siden dette har svineinfluensa spredt seg i befolk-

ningen på linje med vanlig sesonginfluensa. Sesonginfluensa medfører i gjennomsnitt rundt 900 døde i Norge hvert år.

Infeksjonsutbruddene med sars (severe acute respiratory syndrome) i 2002–2003 og mers (Middle East respiratory syndrome) i 2012 skyldtes begge koronavirus.⁸ Det alvorlige ebolautbruddet i 2014 hadde også viral årsak. Takket være massiv internasjonal innsats lyktes det å få kontroll på disse utbruddene.

Utviklingen av vaksiner for å bekjempe sykdom

På 1700-tallet ble det tatt i bruk en primitiv form for «vaksinering» mot koppesykdom i Europa, såkalt variolisering (Tryland 2001).⁹ Utviklingen av moderne vaksineteknikk og det som skulle bli vaksiner mot kopper, startet med den britiske legen Edward Jenner (1749–1823). Det var observert at budeier som var smittet av kukopper, som er ufarlig for mennesker, ikke fikk menneskekopper (vanlige kopper). Jenner begynte dermed å vaksinere mennesker med infisert materiale fra dyr som hadde kukopper. Basert på denne forskningen ble tvungen vaksinasjon mot kopper innført i Norge i 1810, og etter dette avtok forekomsten. Selve ordet vaksine kommer fra det latinske ordet *vacca* som betyr «ku». Hundre år senere utviklet kjemiker og bakteriolog Louis Pasteur (1822–1895) vaksinasjon til en vitenskap.

I dag finnes det vaksiner mot mer enn 25 infeksjonssykdommer som skyldes virus eller bakterier, og vaksiner er et viktig virkemiddel for å bekjempe infeksjonssykdommer også når det ikke er pandemi. Influensa- og pneumokokkvaksiner blir for eksempel ofte anbefalt eldre og mennesker med kroniske sykdommer. Vaksinasjon blir også anbefalt ved reiser til spesielle områder med fare for smittsom sykdom.

Det såkalte barnevaksinasjonsprogrammet ble innført i Norge i 1952.¹⁰ Dette skal hindre alvorlig sykdom og død hos barn. Programmet omfatter vaksiner mot 12 infeksjonssykdommer, blant annet mot polio som tidligere tok livet av flere barn enn

⁴ Veileder, FHI, 7. april 2010, «Tuberkuloseveilederen», oppdatert 5. mai 2021; rundt 1940 var det 6000 sengeplasser for tuberkulosepasienter i Norge. I 1950 var det 13 tuberkulosesanatorier, 96 tuberkulosehjem og 3 kysthospitaller. I tillegg var det 444 plasser for tuberkulosepasienter ved de vanlige sykehusene.

⁵ Det siste naturlige tilfellet av kopper ble påvist i 1977, og 8. mai 1980 erklærte WHO verden for koppefri.

⁶ Nettartikkel, FHI, 23. august 2013, «Fakta om influensa», oppdatert 18. januar 2022.

⁷ Nettartikkel, FHI, 3. desember 2012, «Om svineinfluensa A(H1N1)-pandemien i 2009–2010», oppdatert 11. februar 2015.

⁸ Totalt ble det rapportert om 8096 sannsynlige sarstiltfeller i 37 land og 774 dødsfall. I 2018 var det meldt om 2269 tilfeller av mers i 27 land og 803 dødsfall.

⁹ Variolisering foregikk ved å overføre koppemateriale fra en smittet person til en usmittet person og fikk navnet sitt etter koppeviruset, som var et variolavirus.

¹⁰ Programmet omfatter vaksiner mot difteri, stivkrampe, kikhoste, hemophilus influenza, hepatitt B, poliomyelitt, pneumokokkinfeksjon, meslinger, kuma, røde hunder, rotavirus og humant papillomavirus (HPV). For barn med foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose blir også vaksine mot dette anbefalt.

noen andre infeksjonssykdommer. Programmet er, som all annen vaksinasjon i Norge, frivillig.

Obligatorisk vaksinasjon har i Norge historisk vært brukt ved to tilfeller:

- Obligatorisk vaksinasjon mot kopper: 1810–1976
- Obligatorisk vaksinasjon mot tuberkulose: 1947–1995

Andre vaksiner

Det er gjort forsøk på å utvikle vaksiner mot hiv, en sykdom som har ført til 33 mill. dødsfall siden begynnelsen av 1980-årene. I 2019 døde 700 000 mennesker av hivrelaterte lidelser. På grunn av tilgangen til medisiner mot hiv dør det nå halvparten så mange av hiv/aids som for 20 år siden.¹¹ Viruset muterer så hyppig at det ennå ikke har lyktes å lage en vaksine mot hiv (Holm-Hansen 2006).

Infeksjonssykdommene meslinger og hepatitt B skyldes også virus og tar livet av henholdsvis 140 000 og 600 000 personer på verdensbasis – hvert år. Dette skjer til tross for at det finnes gode vaksiner mot begge. I tillegg har det lenge blitt arbeidet med å utvikle vaksiner mot malaria, som er en infeksjonssykdom som skyldes parasitter.

Malaria tok livet av 627 000 personer i 2020. To tredjedeler av disse var barn under fem år.¹² Dette var nesten 70 000 flere dødsfall enn året før og var en følge av redusert malariaforebygging, diagnostikk og behandling under covid-19-pandemien. Etter et gjennombrudd i forskningen i 2021 anbefalte Verdens helseorganisasjon (WHO) omfattende bruk av malariavaksine for barn. Det gjøres også forsøk på å utvikle en bedre vaksine mot tuberkulose enn BCG-vaksinen. Det finnes ennå ingen vaksiner mot soppinfeksjoner. Foruten malariavaksinen som nylig er tatt i bruk, finnes heller ingen vaksiner mot parasittinfeksjoner.

Rettslige rammer for vaksinearbeidet

Smittevernloven og forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram

Den sentrale loven på smittevernområdet er smittevernloven med tilhørende forskrifter. Lovens formålsbestemmelse fastslår at befolkningen skal vernes mot smittsomme sykdommer, og loven skal sikre at helsemyndighetene iverksetter nød-

vendige smitteverntiltak.¹³ Vaksinasjon og immunisering av befolkningen er et slikt tiltak.

I henhold til smittevernloven skal Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fastlegge et nasjonalt program for vaksiner mot smittsomme sykdommer, og så skal kommunene tilby befolkningen dette programmet.¹⁴ I forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram beskrives innholdet i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet nærmere. Forskriften beskriver også Folkehelseinstituttets (FHI), spesialisthelsetjenestens, fastlegenes og kommunenes rolle og ansvar i vaksinasjonsprogrammet.

Vaksinasjonsprogrammet inneholder tilbud om barnevaksinasjoner og influensavaksinasjoner. Regjeringen vedtok 12. oktober 2020 også å ta inn tilbud om vaksinasjon mot covid-19 i vaksinasjonsprogrammet.¹⁵ Det ble besluttet at vaksinasjonen skulle være gratis for befolkningen, og at staten ville dekke kommunenes og helseforetakenes utgifter.¹⁶

SYSVAK-registerforskriften

All vaksinasjon er meldepliktig til Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK). Helsepersonellet som setter vaksinene, skal registrere og melde opplysningene til SYSVAK. Vaksinasjon mot covid-19 skal som hovedregel meldes elektronisk til SYSVAK med det samme den er gjennomført.¹⁷ Dette ivaretar behovet for sanntidsdata som er nødvendig for den enkeltes pasientsikkerhet og for å kunne følge vaksinasjonsdekningen fortløpende. Det ble tatt i bruk flere ulike covid-19-vaksiner samtidig og vaksinene tas i flere doser. Derfor var det særlig viktig med umiddelbar elektronisk registrering.¹⁸

Allerede foreliggende helseberedskapsplaner

I tillegg til det som er regulert i lov og forskrift, har det nasjonale planverket for helseberedskap betydning for vaksinasjon av befolkningen. Planverket er

¹¹ Nettartikkel, Leger uten grenser, uten år, «15 millioner dødsfall spart på 15 år», besøkt 28. februar 2022.

¹² Rapport, WHO, 6. desember 2021, «World malaria report 2021».

¹³ Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 1-1.

¹⁴ Lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 3-8 første ledd.

¹⁵ FOR-2009-10-02-1229 Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 3 første ledd bokstav c.

¹⁶ FOR-2009-10-02-1229 Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram §§ 4 a, 6 a, 6 b og 6 c.

¹⁷ FOR-2003-06-20-739 Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister § 2-1.

¹⁸ Veileder, FHI, uten år, «Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell (Vaksinasjonsboka)», oppdatert 8. mars 2022.

bygd opp i et planhierarki med tre nivåer. Vi redegjør for dette planverket i vår første rapport.¹⁹

«Nasjonal helseberedskapsplan»²⁰ utgjør det overordnede rammeverket for helse- og omsorgssektorens forebygging og håndtering av alle typer kriser og katastrofer. Planen omhandler ikke vaksiner spesifikt.

Underlagt denne er «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer». Det er en generell plan som beskriver ansvaret til de ulike aktørene i primær- og spesialisthelsetjenesten og tiltak for å håndtere smitteutbrudd. Planen omtaler ansvar og roller ved vaksinasjon både før og under et utbrudd. Planen beskriver også alternativer for prioritering av vaksiner i en beredskapssituasjon. Det går fram av planen at det er behov for å forbedre beredskapen også mot andre typer utbrudd enn pandemisk influensa. Det er spesielt nevnt utbrudd av sars og mers som begge er koronavirus og i samme familie som covid-19. I planen står det:

De senere årene har flere internasjonale utbrudd av sykdommer som Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), Middle East Respiratory Syndrome (MERS), pandemisk influensa, ebolasykdom og zikavirusfeber krevd stor beredskapsinnsats i Norge. I tillegg har vi hatt flere innenlandske alvorlige utbrudd av sykdommer som enterohemoragisk E. coli (EHEC), legionella og Giardia lamblia. Erfaringer fra utbruddene tilsier at det er nødvendig å opprettholde og forbedre vår beredskap mot utbrudd av smittsomme sykdommer.²¹

I planen står det også at ved utbrudd av andre alvorlige smittsomme sykdommer med risiko for spredning i Norge som *ikke* er pandemisk influensa, vil det ved behov bli utarbeidet ytterlige planer og veiledere.

På det laveste nasjonale plannivået finner vi den mer spesifikke «Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa», kalt «pandemiplanen», og andre sykdomsspesifikke planer.

Pandemiplanen gir føringer for hvordan vaksinasjon skal gjennomføres under en influensapandemi. Planen beskriver kriterier for prioriteringer

og etiske utfordringer.²² Planen gir følgende prioriteringsrekkefølge for vaksinasjon:

1. Smitteeksponert helsepersonell i helsetjenesten
2. Personer med økt risiko for komplikasjoner
3. Barn i alderen 6–24 måneder
4. Gravide
5. Personell med samfunnskritiske funksjoner
6. Annet helse- og omsorgspersonell med pasientkontakt
7. Frivillige pleiere innen pleie- og omsorgstjenesten og andre med pasientkontakt
8. Barn i barnehage og barnehagepersonale
9. Barn i grunnskolen og skolens personale, inkl. skolefritidsordning
10. Sjøfører og andre med kundekontakt i kollektivtransport
11. Personell i servicenæring med stor publikumskontakt
12. Alle andre

Det er forskjell på pandemisk influensa og korona

De nevnte planene var mangelfulle i arbeidet med vaksinasjonsstrategien mot covid-19.²³ Hovedårsaken var at det er forskjell på en pandemisk influensa, som er det pandemiplanen omhandler, og covid-19-pandemien.

Forskjellene handler blant annet om hvem som blir syke og i verste fall dør. Under svineinflensaen i 2009 ble yngre sykere enn eldre. Virusets lignet på et influensavirus som sirkulerte for 50 år siden. Dermed hadde den eldste delen av befolkningen allerede en viss immunbeskyttelse (Olsen mfl. uten år). I covid-19-pandemien er det primært de eldste som har blitt alvorlig syke, og som har hatt størst risiko for å dø. Også ved andre influensapandemier er befolkningen delvis immune fordi influensavirus sirkulerer til vanlig som sesonginfluensa. Covid-19-viruset var det derimot ingen som hadde vært eksponert for da det rammet. En annen forskjell er at covid-19 smitter langt raskere enn influensa.²⁴

Likevel var planene et nyttig utgangspunkt da myndighetene skulle lage en vaksinestrategi og rulle ut vaksinene.²⁵

¹⁹ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 67–73.

²⁰ Beredskapsplan, HOD, 1. januar 2018, «Nasjonal helseberedskapsplan: Å verne om liv og helse». Dette er den tredje revisjonen av beredskapsplanen.

²¹ Beredskapsplan, HOD, 2. desember 2019, «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer», side 5.

²² Beredskapsplan, HOD, 2014, «Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa», side 78, oppdatert 2014.

²³ Uformelt møte, ansatte i FHI, 1. september 2021.

²⁴ SARS-CoV-2 smitter fortrinnsvis ved nær kontakt med en smittet person ved eksponering for små og store dråper som inneholder virus fra luftveiene.

²⁵ Uformelt møte, ansatte i FHI, 1. september 2021; forklaring, tidligere viseadministrerende direktør i Helse Sør-Øst Jan Frich, 26. november 2021.

Hvordan var tilsvarende planer i Danmark?

Den danske beredskapsplanen «Beredskap for pandemisk influensa» utgitt av Sundhedsstyrelsen 21. mars 2013 tilsvarer den norske pandemiplanen. Planen beskriver ulike vaksinasjonsstrategier under en pandemi.

Det framgår av planen at en endelig vaksinestrategi skal velges ut fra situasjonen i den aktuelle pandemien, blant annet basert på hvilke aldersgrupper som er mest utsatte, og graden av vaksineforsyning. Den danske beredskapsplanen var ikke oppdatert og heller ikke tilpasset en pandemi med en varighet og styrke som det covid-19-pandemien har fått.²⁶

9.3 Arbeidet med vaksineprioriteringene

Vaksiner mot covid-19 ble utviklet, godkjent og distribuert i et tempo verden aldri har sett før.²⁷ Følgelig var det sommeren og høsten 2020 stor usikkerhet om vaksinens effekt og eventuelle bivirkninger. Det var også usikkert om, og eventuelt når, Norge ville få tilgang på vaksiner. Våren 2020 vurderte FHI det som utenkelig at vaksiner skulle bli tilgjengelige i løpet av 2020.²⁸

Første fase i arbeidet med vaksinene

HOD tok over ansvaret for innkjøpet av vaksiner våren 2020. Samtidig etablerte FHI en egen arbeidsgruppe internt, bestående av ansatte med ekspertise på vaksiner. Arbeidsgruppen holdt seg oppdatert på utviklingen av covid-19-vaksinene. Dette ble forløperen til det videre arbeidet i FHI med å utvikle koronavaksinasjonsprogrammet.²⁹

Som det går fram av «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer», har HOD, eller eventuelt regjeringen, ansvaret for hvem som skal prioriteres, og i hvilken rekkefølge i en situasjon med knapphet på vaksiner.³⁰

Den første gangen spørsmålet om prioritering av vaksiner ble tatt opp i en regjeringskonferanse var 19. mai 2020. Ved behandlingen av et r-notat som omhandlet regjeringens engasjement for å mobilisere internasjonal politisk støtte til et globalt system for rettferdig fordeling av covid-19-vaksiner og ivaretagelse av regjeringens ansvar overfor egen befolkning, konkluderte regjeringen blant annet følgende om prioriteringen:

Tidlig vaksinerer er helsepersonell og risikogrupper er prioritert.³¹

Arbeidet med å utvikle selve vaksinestrategien fortsatte i juni 2020. I et brev 2. juni ga HOD FHI ansvaret for å vurdere hvordan ulike scenarioer for vaksinasjon og vaksinetilgang ville påvirke smittespredning og behovet for andre tiltak. HOD skrev i brevet at «hvilke grupper som vil kunne prioriteres først vil blant annet avhenge av internasjonale anbefalinger på bakgrunn av vaksinetilgang, men tidlig vaksinerer av helsepersonell og risikogrupper er per i dag prioritert».³²

Sommeren 2020 ga HOD de første formelle oppdragene om vaksiner til FHI. FHI fikk blant annet i oppdrag, sammen med Helsedirektoratet, å vurdere hvilken effekt vaksinen ville ha på smittespredning. De skulle også se på effekten av å gi helsepersonell og risikogrupper tilbud om vaksiner kontra det å gi tilbud til hele befolkningen.

FHI og Helsedirektoratets modelleringer

FHI og Helsedirektoratet leverte en felles besvarelse 29. juni 2020. De hadde utviklet en matematisk modell for smittespredning til støtte for vurderingene. Modelleringen viste at det ville ha mindre effekt på r-tallet og flokkimmunitet å vaksinere eldre, som har færre kontakter, enn å vaksinere befolkningen med høyere kontakthypighet. Andre hovedfunn var at vaksinasjon av helsepersonell og risikogrupper ville redusere antallet dødsfall og belastningen på sykehusene, men at det ikke ville beskytte den øvrige befolkningen

²⁶ Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

²⁷ Se kapittel 8 om vaksineanskaffelser.

²⁸ Uformelt møte, fagdirektør i FHI, 21. november 2021.

²⁹ FHIs «Arbeidsgruppe som skal forberede anskaffelse og bruk av vaksiner mot SARS-CoV-2 / Covid-19» ble opprettet våren 2020. Arbeidsgruppen var lite aktiv før sensommeren 2020 fordi det ennå var liten kunnskap om vaksinene. Gruppen jobbet med dette parallelt med andre arbeidsoppgaver.

³⁰ Beredskapsplan, HOD, 2. desember 2019, «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer», side 35.

³¹ R-notat om «Regjeringens engasjement for å mobilisere internasjonal politisk støtte til et globalt system for rettferdig fordeling av covid-19 vaksiner samtidig som regjeringens ansvar overfor egen befolkning ivaretas», til regjeringskonferanse 19. mai 2020, fremmet av utviklingsministeren, utenriksministeren, helse- og omsorgsministeren og forsknings- og høyere utdanningsministeren. Protokoll fra regjeringskonferanse, 19. mai 2020, nr. 20/2020.

³² Tillegg til tildelingsbrev, HOD til FHI, 2. juni 2020, «Statsbudsjettet 2020, kap. 745. Folkehelseinstituttet – tillegg til tildelingsbrev nr. 4 – Arbeid for tilgang til vaksiner mot covid-19, 2. juni 2020».

mot oppblussing av smitte. Dermed ville det fortsatt være behov for smittereduserende tiltak. Konklusjonen var at det ville ha størst effekt på smittespredning å vaksinere hele befolkningen.³³

FHI og Helsedirektoratet presiserte at flere av parameterne var usikre på grunn av mange uavklarte spørsmål knyttet til vaksinerne. Det var også «store kunnskapshull knyttet til immunologisk effekt av naturlig infeksjon og vaksiner».³⁴ Derfor ville «vurderingen av en slik usikkerhet bygge på antakelser – og ikke på solid vitenskapelig kunnskap». Det ble lagt til grunn at 75 prosent av helsepersonell og risikogrupper ville la seg vaksinere, mot 50 prosent i den øvrige befolkningen. Det ble presisert at dette var et «optimistisk scenario».

Disse konklusjonene presenterte FHI for regjeringens covid-19-utvalg (RCU) 2. juli 2020. FHI anbefalte at regjeringen først vaksinerte risikogrupper og helsepersonell og samtidig opprettholdt smitteverntiltakene i samfunnet. Deretter anbefalte FHI å vaksinere hele befolkningen når flere vaksiner var tilgjengelige.³⁵

En sannsynlig hovedprioritering kommer til syne

I «RCU-notat om arbeidet med å sikre den norske befolkningen vaksine» til møte i RCU 2. juli 2020, foreslo helse- og omsorgsministeren, utenriksministeren og utviklingsministeren å gjøre tidlig vaksinering av hele befolkningen til regjeringens hovedprioritering i vaksinearbeidet.

I tillegg til en rekke beslutninger om anskaffelse av vaksiner, konkluderte RCU med følgende:

Tidlig vaksinering av hele befolkningen er regjeringens hovedprioritering i vaksinearbeidet. [...]³⁶

De to påfølgende månedene tok RCU beslutninger om utvikling, anskaffelse og finansiering av vaksiner. Oppdragene fra HOD til FHI dreide seg om tilgangen til vaksiner og hvilken strategi som burde velges for å anskaffe dem.³⁷

I september 2020 tiltok arbeidet med vaksinestrategien, med flere sentrale hendelser. I regjeringskonferansen 3. september oppdaterte FHI-direktør Camilla Stoltenberg regjeringen om vaksinearbeidet.³⁸ Her informerte hun om FHIs planer om å etablere et eget program, koronavaksinasjonsprogrammet, for å «forberede, gjennomføre og følge opp vaksinasjon». Skissen av programmet skulle HOD få dagen etter, og programmet skulle opprettes 7. september.

Koronavaksinasjonsprogrammet utarbeides

Den 15. september 2020 ga HOD formelt FHI oppdraget med å utarbeide en nasjonal plan for vaksinasjon.³⁹ Planen skulle ta utgangspunkt i eksisterende planverk og lages for å kunne starte opp vaksinasjon innen 1. desember 2020. HOD skulle informeres gjennom ukentlige statusmøter. Arbeidet skulle skje i samarbeid med Helsedirektoratet, Legemiddelverket, Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett. I tillegg fikk FHI i oppdrag å vurdere om covid-19-vaksinasjon burde inngå som en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, og om vaksinasjon burde være gratis for befolkningen.

For å utarbeide koronavaksinasjonsprogrammet etablerte FHI en intern styringsstruktur. Denne var en videreutvikling av arbeidsgruppen som ble opprettet våren 2020. Den øverste ledelsen besto av FHI-direktør Camilla Stoltenberg, programdirektør Geir Bukholm og en utøvende programeier. Videre etablerte FHI seks prosjektgrupper med ledere som også var en del av programledelsen. Programledelsen hadde tre statusmøter i uken, hvor det er blitt ført referater. I tillegg hadde den øverste programledelsen tre ukentlige drøftingsmøter, hvor det ikke ble ført referater.

FHIs arbeid med vaksinasjonsprogrammet ble tett fulgt opp av HOD.⁴⁰ I løpet av høsten 2020 var det en rekke uformelle møter mellom HOD og FHI. I desember 2020 ble møtene formalisert til ukentlige styringsmøter ledet av departementsråden i HOD. I tillegg var representanter fra Hel-

³³ Svar på oppdrag, FHI og Helsedirektoratet til HOD, 29. juni 2020, «Oppdrag nr. 117 vurdering av strategier for vaksinering mv. a. Vurdering av strategier for vaksinering av befolkningen med en vaksine mot covid-19».

³⁴ Ibid.

³⁵ Presentasjon, FHIs PowerPoint-presentasjon i RCU, 2. juli 2020, «Modellering av covid-19-vaksinasjonsscenarioer».

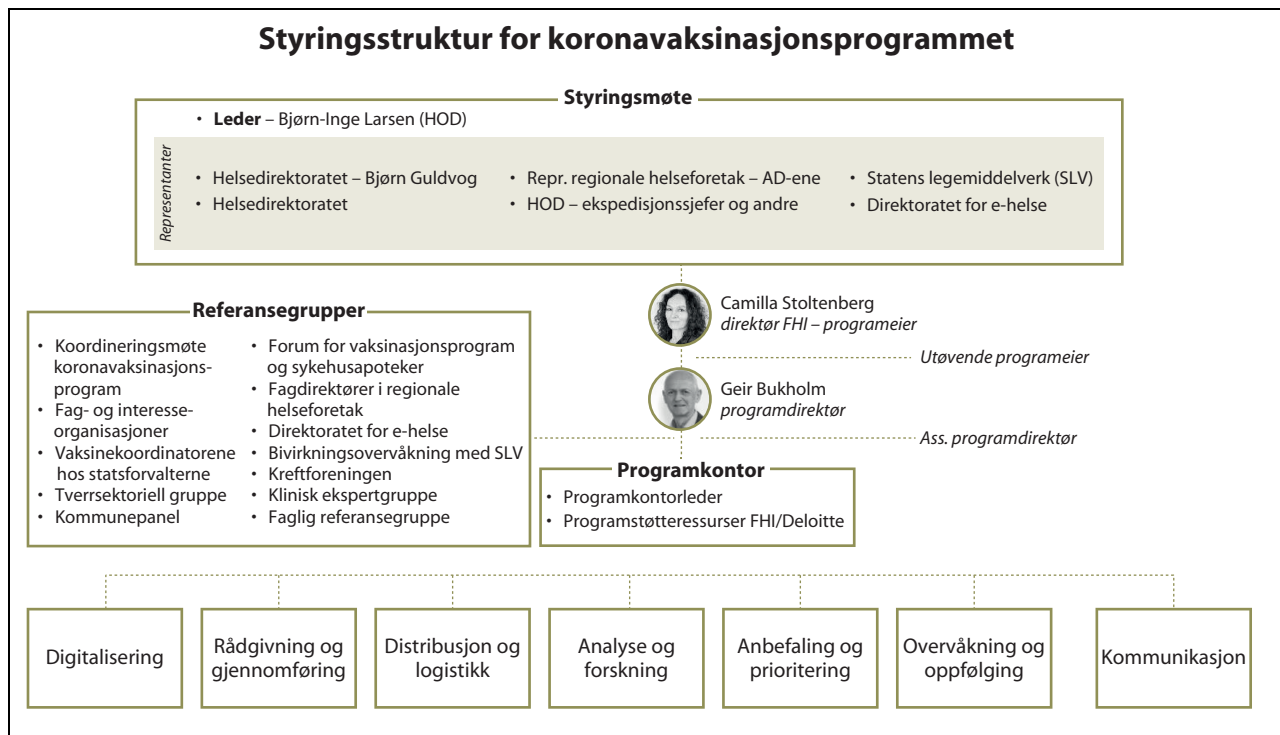
³⁶ «RCU-notat om arbeidet med å sikre den norske befolkningen vaksine», til regjeringskonferansen 2. juli 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren, utenriksministeren og utviklingsministeren. Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 2. juli 2020, nr. 12/2020.

³⁷ Presentasjon, FHIs PowerPoint-presentasjon for Koronakommisjonen, 1. september 2021, «Bakgrunnssamtale med Koronakommisjonen».

³⁸ Presentasjon, FHIs PowerPoint-presentasjon for regjeringen, 3. september 2020, «Covid-19 – 3. september».

³⁹ Tillegg til tildelingsbrev, HOD til FHI, 15. september 2020, «Statsbudsjettet 2020 – kap. 745 Folkehelseinstituttet – tillegg til tildelingsbrev nr. 10».

⁴⁰ Brev, FHI til Koronakommisjonen, 20. august 2021, «Svar på oppdrag fra Koronakommisjonen».



Figur 9.1 Styringsstruktur for koronavaksinasjonsprogrammet. Programmet ble ledet av HOD gjennom ukentlige styrmøter og arbeidet ble utført av FHI.

Kilde: FHI

sedirektoratet, Legemiddelverket, Direktoratet for e-helse og RHF-ene (de regionale helseforetakene) til stede. I møtene informerte FHI om status for koronavaksinasjonsprogrammet. Det var deretter mulig å gi innspill til prioriteringer av vaksiner, gjennomføringen av vaksinasjonen og kommunikasjonen.⁴¹ Styringsstrukturen skulle blant annet bidra til at HOD kunne «ta beslutninger og følge opp programmet».⁴²

Selve grunnlaget for prioriteringene baserte seg på arbeidet i FHIs prosjektgrupper og på eksterne rapporter som ble utført på oppdrag fra gruppene. FHIs prosjektgruppe med ansvar for anbefalinger og prioriteringer besto av seks–sju personer. Prosjektgruppen arbeidet med å skaffe kunnskap om vaksinene, etiske vurderinger, risikogrupper, epidemiologiske scenarier og samfunnsøkonomiske konsekvenser.

HOD ga fortløpende oppdrag til FHI. Oppdragene ble behandlet i prosjektgruppene og besvart

⁴¹ Det ble i tillegg opprettet eksterne referansegrupper med interesseorganisasjoner, statlige aktører og vaksinekoordinatører hos statsforvalteren og dessuten et medisinsk ekspertutvalg. Det var egne møter mellom FHI og Legemiddelverket om bivirkninger, og med andre aktører som Oslo kommune.

⁴² Referat, FHIs referat fra møte med HOD, 16. desember 2020.

av FHI underveis. Alle besvarelsene gikk via programledelsen. I en av besvarelsene anbefalte FHI å organisere covid-19-vaksinasjon som en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og tilby vaksinene gratis. Dette innebar at vaksinasjonen ville bli gjennomført innenfor det etablerte rammeverket, tilsvarende som ved influensa- og barnevaksinasjon, og regulert av smittevernloven.

Regjeringens første beslutning

I tråd med FHIs anbefaling konkluderte regjeringen i r-konferanse 12. oktober 2020 blant annet slik:

1. Vaksinasjon mot covid-19 organiseres som en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.
2. Forslag om endringer knyttet til at vaksinasjon mot covid-19 inngår i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram sendes på offentlig høring.
3. Norges befolkning tilbys vaksinasjon mot covid-19 uten egenbetaling.
4. Staten dekker kommunenes og helseforetakenes kostnader knyttet til vaksinasjon mot covid-19, samt fremtidige erstatningsutbetalinger.⁴³

Dette var i tråd med «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer».⁴⁴ FHI har beskrevet dette som en av de viktigste anbefalingene og beslutningene høsten 2020.⁴⁵

Dagen etter, den 13. oktober 2020, informerte helse- og omsorgsministeren Stortinget om at FHI hadde fått i oppdrag å utarbeide en nasjonal plan for vaksinasjon – herunder å gi anbefalinger om hvilke grupper som skulle få vaksiner først. Regjeringen hadde besluttet at helse- og omsorgsministeren skulle komme tilbake til regjeringen med en plan for vaksinasjon etter at FHI hadde gitt sine anbefalinger. Planen skulle blant annet inneholde forslag til hvilke grupper som skulle prioriteres, og tiltak som kunne sikre effektiv vaksinerings.⁴⁶

WHO's og EUs anbefalinger om prioriteringer

WHO publiserte i september og oktober 2020 flere konkrete anbefalinger om grunnleggende verdier og rammer for faglig prioritering av covid-19-vaksiner i en situasjon med knapphet. Som et utgangspunkt for prioritering av vaksiner foreslo WHO følgende:

- Fase én: I fase én vil vaksineforsyningen dekke 1–10 prosent av befolkningen. Personale i helse-sektoren med høy eller meget høy risiko for smitte eller for å smitte andre bør først prioriteres, deretter den eldre befolkningen etter alder.
- Fase to: I fase to vil vaksineforsyningen dekke 11–20 prosent av befolkningen. Øvrige personer med økt risiko, som personer i utsatte grupper, annet helsepersonell og utvalgt personale i utdanningssektoren.
- Fase tre: I fase tre vil vaksineforsyningen dekke 21–50 prosent av befolkningen. Øvrig personale i samfunnskritiske nøkkelfunksjoner.

WHO's anbefaling om først å prioritere helsepersonell er i tråd med prioriteringsrekkefølgen i den norske pandemiplanen.

⁴³ R-notat «Covid-19-notat – om vaksinasjon mot covid-19», 8. oktober, fremmet av helse- og omsorgsministeren til regjeringskonferansen 12. oktober 2020. Protokoll fra regjeringskonferanse, 12. oktober 2020, nr. 35b/2020.

⁴⁴ Beredskapsplan, HOD, 2. desember 2019, «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer», side 49.

⁴⁵ Forklaring, assisterende direktør i FHI Geir Bukholm, 22. desember 2021.

⁴⁶ R-notat, «Covid-19-notat – om vaksinasjon mot covid-19», 8. oktober, fremmet av helse- og omsorgsministeren til regjeringskonferansen 12. oktober 2020. Protokoll fra regjeringskonferanse, 12. oktober 2020, nr. 35b/2020.

EU-kommisjonen beskrev på sin side to mulige målsettinger for utrulling av vaksiner i EU. Den første var å beskytte de mest sårbare gruppene og individene. Den andre var å forsinke og redusere smittespredning. Ut fra disse målsettingene anbefalte EU-kommisjonen at følgende grupper ble vurdert for en eventuell prioritering: personale i helse- og omsorgssektoren, personer over 60 år, personer med kroniske sykdommer og slik økt risiko for alvorlig sykdom og død, personer som ivaretar samfunnskritiske funksjoner utenfor helsesektoren, samfunnsgrupper og arbeidstgere som ikke har mulighet til å holde fysisk avstand, sosialøkonomisk sårbare grupper og særlig nasjonale grupper med økt risiko.⁴⁷

Ekspertgruppe i etikk foreslår prioriteringer

FHI satte ned en ekstern ekspertgruppe i etikk og prioritering for å komme med anbefalinger om prioriterte grupper. Dette kom i stand fordi det var forventet knapphet på vaksiner når vaksinasjonen kom i gang. I den første fasen av vaksinasjonen ville det dermed være behov for å prioritere.⁴⁸

Ekspertgruppen besto av seks fagekspertter på etikk og prioritering, med fagbakgrunn fra medisin, filosofi og statsvitenskap. FHI hadde sekretariatfunksjonen. Arbeidet skulle gjennomføres i løpet av seks uker høsten 2020, og utvalget hadde seks formelle møter. Ekspertgruppens rapport ble offentliggjort 15. november 2021.⁴⁹

FHI fulgte ekspertgruppens anbefalinger for hvilke grupper som skulle prioriteres. Store deler av rapporten ble tatt direkte inn i FHIs strategidokument som ble levert til HOD samme dag, og som ble vedtatt av regjeringen 1. desember 2020. Vi redegjør for hovedtrekkene i ekspertgruppens rapport nedenfor.

Ekspertgruppens kriterier

Ekspertgruppen tok utgangspunkt i eksisterende prinsipper for helseprioriteringer i den offentlige helsetjenesten.⁵⁰ Prinsippene innebærer at prioriteringene skal følge tre kriterier. Kriteriene skal vurderes både samlet og hver for seg.

⁴⁷ Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

⁴⁸ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

⁴⁹ Rapport, Etikkgruppe i etikk og prioritering, 15. november 2020, «Råd om prioriterte grupper for koronavirusvaksinasjon i Norge».

⁵⁰ Utrede i NOU 1997: 18 *Prioritering på ny* og lovhjemlet i prioriteringsforskriften.

- Det første er nyttekriteriet, som innebærer at tiltak som fungerer, skal prioriteres framfor tiltak som ikke fungerer.
- Det andre er ressurskriteriet, som innebærer at rimelige tiltak skal prioriteres framfor dyre tiltak.
- Det tredje er alvorlighetskriteriet, som innebærer at mer alvorlige tilstander skal prioriteres framfor mindre alvorlige tilstander.

Kriteriene er forankret i prioriteringsforskriften.⁵¹ Ekspertgruppen mente at verdiene likeverd, velferd, likhet, tillit og legitimitet var av særlig betydning for prioriteringene. Tillit ville sikres ved å følge de andre verdiene og i tillegg ved å følge prinsippet om at vaksinasjon skal være frivillig.

Ekspertgruppens mål

Basert på verdiene over, og regjeringens overordnede mål for pandemihåndteringen om å «ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien», utarbeidet ekspertgruppen fem mål for vaksinasjonsprogrammet. Disse ble rangert etter viktighet:

1. Redusere risiko for død
2. Redusere risiko for alvorlig sykdom

⁵¹ FOR-2000-12-01-1208 Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisttjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd.

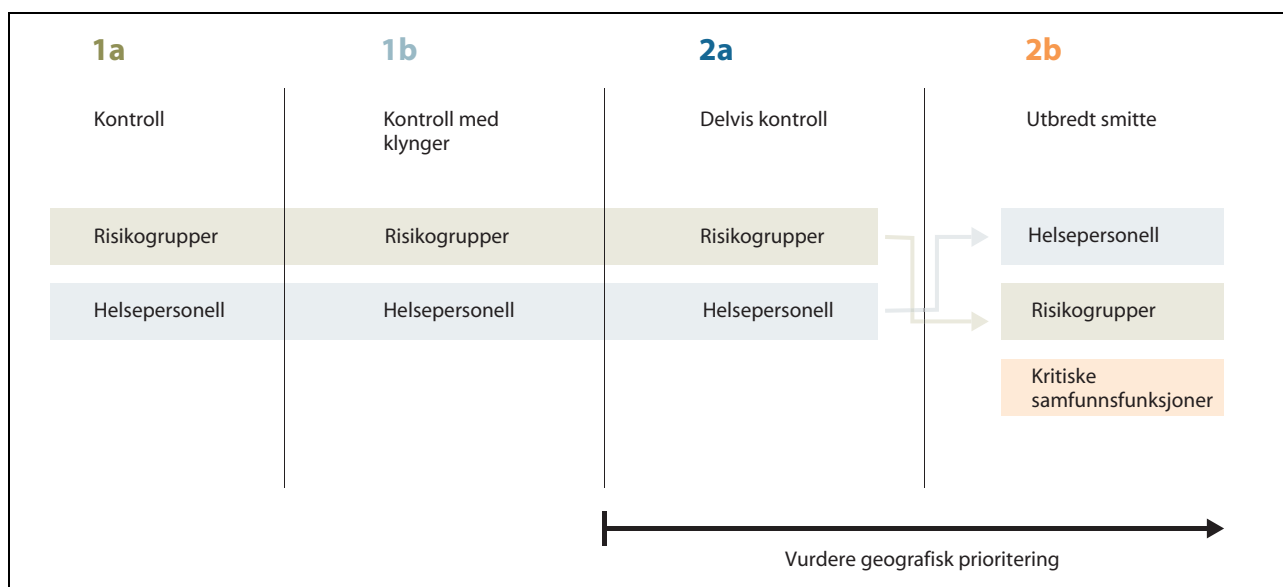
3. Opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur
4. Beskytte sysselsettingen og økonomien
5. Gjenåpne samfunnet

Dersom to eller flere mål kom i konflikt med hverandre, skulle målet med høyest rangering bli prioritert.

Ekspertgruppens anbefaling

Med utgangspunkt i de fem overordnede målene anbefalte ekspertgruppen en dynamisk prioritering av vaksiner. Den dynamiske prioriteringen skulle ta hensyn til pandemiens forløp, vaksinenes egenskaper og smittesituasjonen i Norge.

Ekspertgruppen definerte grupper av personer som burde prioriteres, og ga tydelig uttrykk for at rekkefølgen måtte ses i sammenheng med hvordan pandemien utviklet seg. Den dynamiske prioriteringen skulle, ifølge ekspertgruppen, foregå som vist i figur 9.2. Med lavt smittepress skulle først og fremst risikogrupper og helsepersonell prioriteres, i den rekkefølgen. Ved utbredt smitte (scenario 2b) burde derimot helsepersonell prioriteres først. Begrunnelsen var at kapasitetsproblemer i helsevesenet som følge av økt smitte ville gå ut over hele befolkningen. Ved utbredt smitte var det fare for at kritiske samfunnsfunksjoner fikk problemer, og disse burde dermed inngå som en tredje prioriteringsgruppe.



Figur 9.2 Figuren illustrerer ekspertgruppens forslag til dynamiske vaksineprioriteringer. Under de tre første scenarioene skulle risikogrupper og så helsepersonell få prioritet. Hvis Norge var i scenario 2b ved oppstarten av koronavaksinasjonsprogrammet, skulle helsepersonell rangeres over risikogrupper, og kritiske samfunnsfunksjoner inkluderes som en tredje prioritert gruppe.

Kilde: Ekspertgruppen for etikk og prioritering

Ekspertgruppen anbefalte også å vurdere geografisk prioritering av vaksiner «dersom smittepresset viser store forskjeller mellom ulike geografiske områder i Norge når vaksinen først blir tilgjengelig».⁵² Ekspertgruppen skrev at en slik geografisk prioritering «ikke minst kan [...] bidra til at de mest inngrepene smittetiltakene i områder med høyt smittepress kan løstes raskere, og dermed vil bidra til en beskyttelse av sysselsettingen og økonomien, samt en gjenåpning av samfunnet». Videre presiserte utvalget at prioriteringene måtte ses i lys av utviklingen av smittesituasjonen, og det måtte gjøres nye vurderinger når den første fasen av vaksinasjonen var over.

Vedtagelsen av og innholdet i vaksinasjonsprogrammet i desember 2020

Som nevnt ble ekspertgruppens anbefalinger lagt til grunn for det videre arbeidet i FHI. Dette gjaldt verdiene og målene for programmet samt prinsippet om dynamisk prioritering ut fra smittesituasjon. FHIs endelige prioritering baserte seg i tillegg på kunnskap om vaksiner og hvem som var i risikogrupper og andre grupper som ble vurdert for vaksinasjon. FHI benyttet også matematiske modeller for å vurdere ulike vaksinasjonsscenarioer.

FHI leverte koronavaksinasjonsprogrammet til HOD i to rapporter. Den første delen ble levert i en rapport til HOD 15. november 2020⁵³ og dannede utgangspunktet for vaksinestrategien som senere ble vedtatt av regjeringen. Her framgikk FHIs overordnede anbefalinger om prioriteringer av ulike grupper for vaksinasjon, som skissert av ekspertgruppen for etikk og prioritering. I tillegg inneholdt rapporten planer for implementering, kommunikasjon, overvåking og oppfølging.⁵⁴ FHI presiserte at kunnskapen om tilgjengelighet og vaksinens effekt fortsatt var svært mangelfull. Blant annet var det fortsatt lite kunnskap om vaksinens effekt på smittespredning. FHI la dermed til grunn at det ikke var en slik effekt.

⁵² Rapport, Ekspertgruppe i etikk og prioritering, 15. november 2020, «Råd om prioriterte grupper for koronavaksinasjon i Norge».

⁵³ Rapport, FHI, 15. november 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner».

⁵⁴ FHI besvarte i november og desember 2020 også flere oppdrag om finansiering av vaksinasjon i kommunene og rekvireringsrett for sykepleiere.

Regjeringen vedtar strategien

Regjeringen behandlet FHIs første rapport med anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 1. desember 2020. I et r-notat til regjeringsskonferansen 1. desember 2020 fremmet helse- og omsorgsministeren et forslag til mål og prioriteringer. Det fremkommer av r-notatet at helse- og omsorgsministeren var enig i FHIs anbefalte prioriteringsrekkefølge.⁵⁵

Finansministeren skrev i sin merknad til notatet blant annet:

Valg av vaksinestrategi kan være avgjørende for hvor lenge omfattende smitteverntiltak må opprettholdes. I helseministerens forslag er reduksjon av smitteverntiltak ikke tillagt vekt, fordi vi mangler kunnskap om hvorvidt vaksiner fører til redusert smittespredning. Selv om det er usikkert i hvor stor grad vaksiner fører til redusert smitte, så bør vi ikke heller lage en strategi for hele vaksinasjonsprogrammet som fullstendig ser bort fra denne effekten. Det er derfor for tidlig å konkludere hvordan prioriteringen skal være gjennom hele programmet. Det er i første omgang behov for å ta stilling til hvem som skal få de aller første vaksinedosene. Det fremstår klart at risikogrupper i områder med høy smitte bør prioriteres. I disse områdene er det størst risiko for alvorlig sykdom og død, samtidig som smitteverntiltakene er mest omfattende og kostbare. Videre bør helsepersonell i disse områdene vurderes for vaksinasjon i lys av smittesituasjonen.

Finansministeren pekte også på at «[n]ye samfunnsøkonomiske analyser vil leveres 11. desember og at oppdatert anbefaling fra FHI skal komme 15. desember». Han foreslo at «Helseministeren bør komme tilbake til regjeringen når den oppdaterte anbefalingen fra FHI er klar».

De øvrige statsrådene hadde ikke merknader til r-notatet.

Regjeringen konkluderte blant annet med følgende:

1. Koronavaksinasjonsprogrammet har samme overordnede mål som regjeringens strategi og plan for håndtering av covid-19-pandemien: ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien.

⁵⁵ R-notat «Covid-19 notat – mål og prioritering for vaksinasjon mot covid-19», til regjeringsskonferanse 1. desember 2020 fremmet av helse- og omsorgsministeren.

2. Regjeringen slutter seg til en dynamisk prioritering tilpasset smittesituasjonen og ny kunnskap om vaksinens virkemåte med følgende prioriteringsrekkefølge i den innledende perioden av koronavaksinasjonsprogrammet når tilgang til vaksine er begrenset (prioriteringsrekkefølgen vil kunne tilpasses kategoriene i det nye systemet for å risikovurdere smittesituasjonen):
 - a. Scenario 1a (kontroll): Risikogrupper prioriteres først, deretter helsepersonell.
 - b. Scenario 1b (kontroll med klynger): Risikogrupper prioriteres først, deretter helsepersonell. Det vurderes om helsepersonell i sykehjem og helsepersonell som er særlig utsatt for smitte, skal prioriteres høyere i utbruddsområder.
 - c. Scenario 2a (delvis kontroll): Risikogrupper prioriteres først, deretter helsepersonell. Geografisk prioritering vurderes.
 - d. Scenario 2b (utbredt smitte): Helsepersonell prioriteres først, deretter risikogrupper før kritiske samfunnsfunksjoner. Geografisk prioritering vurderes.
3. Helse- og omsorgsministeren og statsministeren gis fullmakt til å gjennomføre den innledende perioden av koronavaksinasjonsprogrammet inntil ny regjeringsbehandling i januar 2021, eller tidligere dersom det foreligger data som tilsier en endret strategi, med de mål og prioriteringer som framgår av konklusjonspunkt 1 og 2 basert på smittesituasjonen og oppdatert kunnskap om de enkelte vaksinens egenskaper. [...] ⁵⁶

Vaksinestrategien regjeringen vedtok var i tråd med anbefalingene fra FHI og ekspertgruppen i etikk og prioritering.

Innspill i strategiarbeidet fra eksterne

Etter den første rapporten 15. november fortsatte FHI å samle kunnskap om vaksinens effekt, risikogrupperne og andre forhold som var relevante for å kunne starte vaksineringsen i desember 2020. FHI hentet også inn kunnskap fra andre fagmiljøer. Som påpekt av finansministeren i r-notatet 30. november ble det blant annet innhentet en analyse av samfunnsøkonomiske konsekvenser ved ulike vaksinasjonsstrategier. ⁵⁷ I denne analysen konkluderer

⁵⁶ R-notat «Covid-19 notat – mål og prioritering for vaksinasjon mot covid-19», til regjeringsskonferanse 1. desember 2020 fremmet av helse- og omsorgsministeren. Protokoll fra regjeringsskonferanse, 1. desember 2020, nr. 43b/2020.

deres det med at ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv burde risikogrupperne vaksineres først, med en intern prioritering slik at de eldste ble vaksinert først. I analysen sto det videre:

Dette kan kombineres med en regional strategi, og dette er antagelig hensiktsmessig dersom det er et veldig begrenset antall tilgjengelige doser i starten, og store forskjeller i smittetrykk mellom kommunene. Hvis vi ikke prioriterer befolkningen i de områdene som er mest rammet, må kostbare smitteverntiltak videreføres lenger enn strengt tatt nødvendig med følger for hele landets økonomi. ⁵⁸

I rapporten ble det også foreslått å vurdere insentiver for vaksinasjon til dem med høy kontaktrate og liten risiko for å bli syke. Formålet var å gjøre vaksineringsen «lønnsomt» og få flest mulig til å vaksinere seg. Ett forslag var at virksomheter kunne stille krav om vaksineringsen for å slippe inn kunder. Det ble pekt på at dette eventuelt først måtte innføres når det var nok vaksinedoser til alle som ønsket vaksine. Det går fram av kommunikasjon mellom HOD og FHI at ingen av dem støttet en slik ordning. HOD skrev til FHI om forslaget om insentiver: «Dette får FHI vurdere selv, men departementet tenker ikke at dette er noe som skal prioriteres.» ⁵⁹ FHI henviste i sitt svar til strategidokumentet 15. november hvor det står eksplisitt at FHI «ikke støtter [...] en slik ordning». ⁶⁰ Det var ikke innført noen slike insentiver da kommisjonen avsluttet sin gransking.

I arbeidet med de endelige anbefalingene fikk FHI også innspill fra interessegrupper, som blant annet Legeforeningen, Sykepleierforbundet og KS.

Oppdatert plan med konkret vaksinasjonsstart

FHI leverte den andre delen av koronavaksinasjonsprogrammet i en rapport til HOD 15. desember 2020. Dette var en oppdatert versjon av rapporten 15. november og inneholdt konkrete planer

⁵⁷ Analysen ble utarbeidet av Oslo Economics på oppdrag fra FHI, med en referansegruppe bestående av FHIs utredningsgruppe for vaksinestrategi, økonomiprofessor Steinar Holden og representanter fra Utenriksdepartementet, Finansdepartementet og Helsedirektoratet.

⁵⁸ Rapport, Oslo Economics, 15. desember 2020, «Samfunnsøkonomisk analyse av strategier for prioritering av covid-19-vaksineringsen».

⁵⁹ Svar på oppdrag, FHI til HOD, «Svar på spørsmål per mail om leveransen fra FHI 15. desember 2020», oppdrag fra HOD nr. 180.

⁶⁰ Ibid.

ner for å kunne starte vaksinasjonen i desember 2020.

På dette tidspunktet hadde FHI mer informasjon om hva Norge ville motta av vaksiner. Det var blant annet blitt klart at Pfizer-vaksinen ville bli tilgjengelig først, ikke den fra AstraZeneca, som myndighetene tidligere hadde trodd. Å frakte Pfizer-vaksinen innebar store logistikk- og transportutfordringer. Vaksinen måtte transporteres i minus 75 grader og ved bruk av ultrafryser. Dette hadde aldri vært gjort før i Norge, og det krevde derfor mye planlegging. De oppdaterte anbefalingene fra FHI 15. desember beskrev hvordan dette kunne løses.

I tillegg inneholdt FHIs rapport en konkret prioriteringsliste over hvilke risikogrupper som skulle vaksineres, og i hvilken rekkefølge. Modelleringer fra FHI viste at den beste vaksinestrategien for å minimere antall innleggelses og tallet på døde var å vaksinere de eldste først – uten en geografisk prioritering til områder med vedvarende høyt smittetrykk og mange innleggelses. Strategidokumentet inneholdt også en uprioritert liste over helsepersonell i pasientnært arbeid.

Prioriteringen slik den ble ved oppstarten av vaksinasjonen

FHIs prioriterte rekkefølge for koronavaksinasjon som ble lagt fram 15. desember 2020, så slik ut:⁶¹

1. Beboere i sykehjem
2. Alder 85 år og eldre
3. Alder 75–84 år
4. Alder 65–74 år og samtidig personer mellom 18–64 med sykdommer/tilstander med høy risiko for alvorlig forløp
5. Alder 55–64 år med underliggende sykdom/tilstand
6. Alder 45–54 år med underliggende sykdom/tilstand
7. Alder 18–44 år med underliggende sykdom/tilstand
8. Alder 55–64 år
9. Alder 45–54 år

I løpet av pandemien kom det til flere nye prioriteringsgrupper, blant annet for helsepersonell, yngre aldersgrupper og ansatte i skoler og barnehager. Usikkerheten knyttet til vaksinens effekt, eventuelle bivirkninger og pandemiens utvikling var i desember 2020 fortsatt en utfordring. FHI skrev dette om usikkerhetene som forelå:

Gitt den store mengden av ubesvarte spørsmål rundt vaksinene [...] vil det være behov for å oppdatere anbefalingene våre når ny kunnskap blir tilgjengelig. Anbefalingene framstår derfor som foreløpige, og det legges opp til en jevnlig revurdering for å se om konklusjonene våre må oppdateres i lys av ny informasjon.⁶²

Det var lenge usikkert om koronavaksinene hadde effekt på smittespredning. Da strategien ble utarbeidet, la FHI vekt på at det ikke fantes forskning som viste at vaksinene bidro til redusert smittespredning. Dette endret seg imidlertid utover i pandemien. På bakgrunn av uformelle samtaler og formelle intervjuer med FHI og Helseledelse mener kommisjonen det er sannsynlig at FHIs oppfatning om at vaksinene ikke hadde smittereduserende effekt, fikk betydning for anbefalingene.⁶³

I rapporten 15. desember 2020 skrev FHI videre at fordi Norge er langt inne i en covid-19-pandemi, så vil «[...] ikke koronavaksinasjonsprogrammet forhindre behovet for omfattende smitteforebyggings tiltak, men snarere legge grunnlag for at de langsomt kan oppheves».

Boks 9.1 Hvordan prioriterte danskene?

Også Danmark prioriterte beboere i sykehjem først. I Danmark hadde de imidlertid flere prioriteringskategorier og en litt annen inndeling enn i Norge. Personer over 65 år som allerede mottok personlig pleie og praktisk hjelp fra helsetjenesten, skulle vaksineres som gruppe to, før den øvrige befolkningen over 85 år. Deler av helsepersonellet var dessuten prioritert som gruppe fire. Etter dette kom resten av befolkningen over 65 år. Det var i tillegg egne kategorier som dekket medisinske risikogrupper, pårørende til medisinske risikogrupper, utdanningspersonell og kritiske samfunnsfunksjoner. Danmark planla, i motsetning til Norge, vaksinasjon av befolkningen ned til 16 år helt fra starten av. Danmark la til grunn at vaksinene hadde effekt på smittespredningen.

Kilde: Menon Economics

⁶¹ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 15. desember 2020, «Over-sendelsesdokument 15.12.20».

⁶² Rapport, FHI, 15. desember 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger og prioriteringer, versjon 2».

⁶³ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

Nærmere om prioriteringene og anbefalingene fra FHI
FHI definerte i rapportene 15. november og 15. desember høy alder som en selvstendig risikofaktor for alvorlig forløp og død av covid-19. Det var økende risiko med økt alder. Videre ble det lagt til grunn at risikoen øker fra 65 år og oppover – og da øker også forekomsten av kroniske sykdommer. FHI mente at beboere på sykehjem var spesielt utsatt for alvorlig forløp på grunn av kombinasjonen høy alder, underliggende sykdommer og skrøpeligheit. Det var bakgrunnen for at denne gruppen, som i Norge besto av 40 000 personer, ble prioritert først i mange europeiske land, inkludert i Norge og Danmark.

Medisinske risikogrupper

FHI definerte personer med følgende sykdommer eller tilstander som medisinske risikogrupper og dermed prioritert for vaksinasjon:

- Organtransplantasjon
- Immunsvikt
- Hematologisk kreftsykdom siste fem år
- Annen aktiv kreftsykdom, pågående eller nylig avsluttet behandling mot kreft (spesielt immundempende behandling, strålebehandling mot lungene eller cellegift)
- Nevrologiske sykdommer eller muskelsykdommer som medfører nedsatt hostekraft eller lungefunksjon
- Kronisk nyresykdom eller betydelig nedsatt nyrefunksjon
- Kronisk leversykdom eller betydelig nedsatt leverfunksjon
- Immundempende behandling som ved autoimmune sykdommer
- Diabetes
- Kronisk lungesykdom (annet enn velregulert astma)
- Fedme med KMI på 35 kg/m² eller høyere
- Demens
- Kronisk hjerte- og karsykdom (utenom høyt blodtrykk)
- Hjerneslag

De seks første tilstandene hadde vist seg å gi høy risiko for alvorlig forløp og død også hos yngre. Denne listen ble justert utover i pandemien, etter hvert som ny kunnskap ble tilgjengelig.

Helsepersonell

Helsepersonell ble ikke prioritert for vaksinasjon i desember 2020. FHI skrev 15. november at en

anbefaling om vaksinasjon av helsepersonell måtte begrunnes med ansattes egen risiko for alvorlig forløp, om de hadde kontakt med sårbare pasienter, og behovet for å opprettholde beredskap i helseinstitusjonene. Samtidig pekte FHI på pandemiplanens prioritering av helsepersonell øverst og skrev følgende:

Planen tok utgangspunkt i tre scenarier av varierende alvorlighetsgrad, men modellen tok ikke høyde for smitteverntiltak. Smitteverntiltakene som er iverksatt i den nåværende pandemien har imidlertid hatt god effekt, og spørsmålet om hvorvidt helsepersonell eller grupper av helsepersonell skal prioriteres fremfor eller på linje med risikogrupper må vurderes på nytt i lys av dette, og i lys av kunnskap om vaksinene og pandemiens forløp.⁶⁴

FHI trakk videre fram at hvis vaksinene bidro til redusert smittespredning, ville vaksinasjon av helsepersonell også bidra til å beskytte risikogrupperne. FHI utarbeidet deretter en uprioritert liste av helsepersonell med pasientnært arbeid, som ble publisert 15. desember 2020. Dette utgjorde ca. 370 000 personer. Beslutningen om å iverksette vaksinasjon av helsepersonell ble tatt senere.

Geografi

Ved store geografiske forskjeller i smitte foreslo FHI å vurdere om vaksinene skulle prioriteres dit smitten var høyest. Dette, skrev FHI, «vil imidlertid avhenge av vaksinenes evne til å stoppe spredning, hvor raskt man kan forvente effekt og om det trengs flere doser».⁶⁵ I tillegg ville det avhenge av hvordan de geografiske ulikhetene utviklet seg. Videre skrev FHI i rapporten til HOD at det var bedre å vente med en slik fordeling til det forelå mer kunnskap om vaksinene. De uttrykte dette slik:

Det er noen forhold som taler mot å bruke geografiske ulikheter i smitte for å prioritere vaksiner. Mange reiser fra rurale til urbane strøk i jobb- eller fritidssammenheng, og også i mindre samfunn ser vi relativt store utbrudd selv om spredningspotensialet er mindre der det er færre mennesker [...]. Avhengig av hvor

⁶⁴ Rapport, FHI, 15. november 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner».

⁶⁵ Rapport, FHI, 15. desember 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger og prioriteringer, versjon 2».

streng prioritering det er nødvendig gjøre, kan en geografisk prioritering i henhold til smitte være bare fra å vaksinere deler av landet (få doser) til man starter i de deler av landet med høyest smitte og deretter vaksinerer seg utover. [...] Om ikke geografisk prioritering brukes som et styrende prinsipp i prioriteringen av vaksiner, vil det fortsatt være gode grunner til å planlegge for et beredskapslager av vaksiner for å kunne bruke disse reaktivt ved større utbrudd i områder med lav vaksinedekning.⁶⁶

Det ble senere etablert et beredskapslager som skissert av FHI. Men vaksinedosene i dette lageret ble ikke brukt reaktivt ved utbrudd, som foreslått i strategien. Vi kommer tilbake til konsekvensene av dette under omtalen av den geografiske prioriteringen som senere ble vedtatt vinteren og våren 2021.

Smitteeksponerte yrker

FHI pekte i desember 2020 på at enkelte yrkesgrupper – også utover helsepersonell – var eksponert for smitte og rammet av covid-19 i større grad enn andre, uten at det ble anbefalt at disse i denne omgang skulle prioriteres. I første fase av pandemien var det økt risiko for sjåfører i persontrafikk og helsepersonell. I andre fase var det økt risiko for bartendere, kelnerer, matbutikkansatte, drosjesjåfører og flyverter, ifølge en norsk studie.⁶⁷ Lærere og barnehagepersonell ble også omtalt spesifikt, men FHI konkluderte med at det ikke syntes å være økt risiko for disse yrkesgruppene. FHI pekte på barns beskjedne rolle i smittespredningen som mulig forklaring.

Kritiske samfunnsfunksjoner

FHI anbefalte ikke å prioritere personer som arbeidet i sentrale samfunnskritiske tjenester – med mindre smitten kom ut av kontroll. Pandemiplanen beskriver at nøkkelpersonell vil kunne få særskilt prioritering ved fare for at samfunnskritiske tjenester bryter sammen. Myndighetene foretok ikke en slik prioritering under svineinfluensapandemien i 2009.

⁶⁶ Rapport, FHI, 15. november 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner».

⁶⁷ Rapport, FHI, 15. desember 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger og prioriteringer, versjon 2».

Om personer i samfunnskritiske tjenester skrev FHI i desember 2020:

De aller fleste arbeidstakere i samfunnskritiske tjenester vil også kunne beskytte seg mot smitte ved å etterleve de til enhver tid gjeldende smitteverntiltak, som til nå har hindret et stort sykdomsfravær i disse yrkesgruppene. Det er også flere [...] problemer med å avgrense slike grupper, logistiske og kommunikasjonsmessige forhold som må vurderes nøye før man velger å prioritere slike yrkesgrupper for vaksinasjon.⁶⁸

Barn og ungdom

FHI anbefalte ikke å vaksinere barn og unge i desember 2020. Dette gjaldt uavhengig av underliggende sykdom. Begrunnelsen var at barn og unge hadde svært lav risiko for alvorlig sykdom. Det ble også antatt at barn og unge i mindre grad enn voksne bidro til smittespredning. Hvilken rolle ungdommer hadde i smittespredning, var mer usikkert. Vaksinene var på dette tidspunktet heller ikke utprøvd på barn og unge.

Gravide

FHI skrev i desember 2020 at det ikke var kunnskap om vaksinenes sikkerhet og effekt på gravide, og vaksinasjon ble dermed ikke anbefalt. Den kunnskapen myndighetene hadde den gang, viste at en stor andel av gravide med covid-19 ikke ville få symptomer. Men de som først fikk symptomer, hadde økt risiko for sykehusinnleggelse og intensiv- og respiratorbehandling.

Særlig utsatte grupper

Det var mer smitte, sykehusinnleggelser og dødsfall som følge av covid-19 blant deler av innvandrerbefolkningen enn i den øvrige befolkningen. FHI skrev 15. desember 2020 at årsaken til at enkelte befolkningsgrupper hadde økt risiko for smitte og alvorlig sykdom, sannsynligvis var et samspill mellom flere forhold. Eksempler som ble trukket fram, var etnisk bakgrunn, lav inntekt, fattigdom og å leve i dårlig stilte områder. Det var derfor ekstra viktig å følge opp disse befolkningsgruppene med kommunikasjon, innkalling til og gjennomføring av vaksinasjon.

⁶⁸ Ibid.

Oppstarten av vaksineringsen

Dagen etter at FHI leverte den andre delen av vaksinestrategien, informerte HOD på styringsmøtet i koronavaksinasjonsprogrammet om at den første vaksineleveransen skulle komme til Norge på julaften. HOD informerte om EUs planer, herunder om European Medicines Agencys (EMA) planlagte godkjenning av Pfizer-vaksinen 21. desember 2020 og anbefalingen om å starte vaksinasjon i hele EU-området på julaften.⁶⁹

FHI hadde allerede laget veiledere til kommuner og helsepersonell og egne planer for kommunikasjon, digitalisering og overvåking av bivirkninger. Det ble også lagt ned mye arbeid i å få på plass en ultrakjølekjede for å kunne transportere Pfizer-vaksinen rundt til sykehusapotekene elleve steder i landet. Logistikken knyttet til utrulling av vaksinen er i flere forklaringer framhevet, som noe av det mest krevende ved vaksinearbeidet.⁷⁰

Den 21. desember 2020 ble Pfizer-vaksinen, som den første vaksinen mot covid-19, godkjent av

EMA og Legemiddelverket. Den 26. desember 2020 kom de første 10 000 Pfizer-vaksinene til Norge. De ble levert til Oslo universitetssykehus (OUS) og prioritert til bruk ved sykehjem i Oslo og seks nærliggende kommuner med høyt smittepress.⁷¹ Den aller første dosen ble satt på 67 år gamle Svein på Ellingsrudhjemmet i Oslo 27. desember 2020, som ble forevignet av Dagsrevyen da han omtalte hendelsen som «en månelanding».

Endringer i prioriteringene

Det første formelle oppdraget om å vurdere endringer i strategien ga HOD til FHI 21. desember 2020, med frist til midten av januar 2021.⁷² I denne perioden mottok FHI i tillegg en rekke

⁶⁹ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 16. desember 2020.

⁷⁰ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021; forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021; forklaring, direktør i FHI Camilla Stoltenberg, 22. desember 2021; forklaring, assisterende direktør i FHI Geir Bukholm, 22. desember 2021.

⁷¹ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 21. desember 2021, «Statsbudsjettet 2020 – kap. 745 – tillegg nr. 19 – om vaksinasjon».

⁷² Oppdrag, HOD til FHI, 21. desember 2021, saksnummer: 19/3221.



Figur 9.3 Svein Andersen (67) fikk Norges første vaksinedose 27. desember 2020. Her er han avbildet da han fikk andre vaksinedose tre uker etter – også som landets første.

Foto: Torstein Bøe / NTB

spørsmål på e-post fra HOD om rapporten 15. desember. Spørsmålene fra HOD omhandlet digitalisering, bivirkninger, uttrekk av risikopasienter, melding til SYSVAK, hjemmesykepleien, omsorgstjenester og midlertidig rekvireringsrett for sykepleiere.⁷³ FHI understreket i en besvarelse til HOD at «flere og detaljerte oppdrag i perioden fremover kan forsinke viktig arbeid». FHI skrev videre at «vi ber derfor om at departementet er tilbakeholdne med detaljerte skriftlige spørsmål og oppdrag i denne fasen».⁷⁴

Prioritering av helsepersonell

Mens arbeidet med å sette de første vaksinene pågikk i romjulen 2020, kom den første endringen i prioriteringene. Allerede lille julaften ble vaksinasjon av helsepersonell diskutert i FHIs programledelse. FHI hadde fått flere kritiske tilbakemeldinger fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet og KS. Helse Sør-Øst hadde også direkte kontakt med FHI om den manglende prioriteringen av helsepersonell.⁷⁵ Ledelsen i Helse Sør-Øst forklarte dette slik:

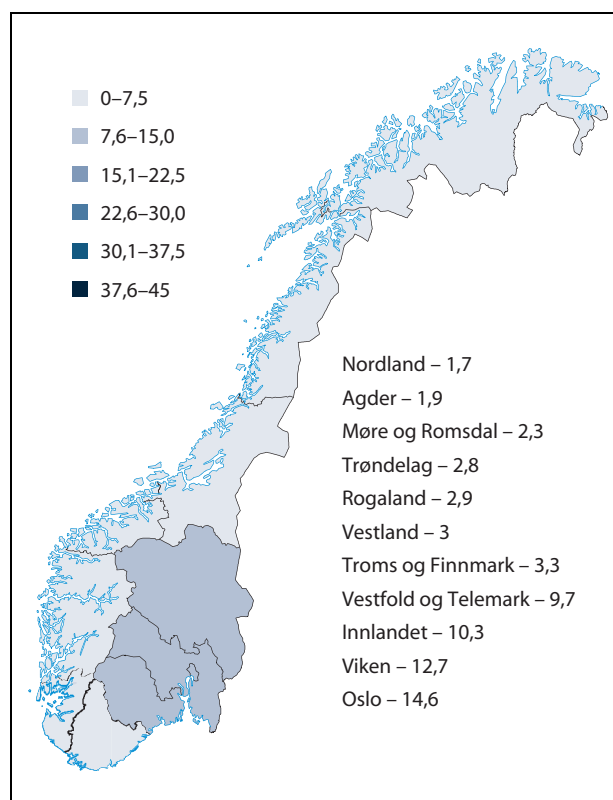
Som adm.dir. i Helse Sør-Øst RHF var jeg tydelig på at gjeldende planverk ikke ble fulgt når det gjaldt hvilken rekkefølge som ble valgt for de første gruppene som fikk vaksine.⁷⁶

På grunn av frykt for at smitten skulle blusse opp etter jul, anbefalte FHI i en besvarelse 29. desember å forberede vaksinasjon av de høyest prioriterte helsepersonellgruppene.⁷⁷ FHI anbefalte at spesialisthelsetjenesten fikk 30 000 vaksinedoser fra januar 2021, og at kommunene satte av inntil 20 prosent av vaksinedosene til helsepersonell.⁷⁸ FHI skrev at helsepersonell i primærhelsetjenesten med direkte pasientkontakt, som var kritisk vanskelig å erstatte, burde prioriteres. RCU

vedtok den første endringen av vaksinestrategien på et møte samme dag. RCU konkluderte med følgende:

Det forberedes vaksinasjon av de høyest prioriterte helsepersonellgruppene samtidig med de eldste i risikogruppen, i tråd med FHIs anbefalinger.⁷⁹

Det framkommer i et r-notat til regjeringskonferansen 25. januar 2021 at denne beslutningen ble vurdert som en del av den «dynamiske prioriteringsmodellen» regjeringen vedtok den 1. desember: «Pga. bekymring om økt smittespredning etter juleferien ble det, basert på den dynamiske prioriteringsmodellen, besluttet en begrenset vaksinerings av helsepersonell med pasientkontakt som er kritisk og vanskelig å erstatte.»⁸⁰ Dette til-



Figur 9.4 Den geografiske fordelingen av sykehusinnleggelser som følge av covid-19-sykdom i desember 2020 da vaksinestrategien ble vedtatt, rangert etter antall sykehusinnlagte per 100 000 innbyggere.

Kilde: FHI

⁷³ I tillegg besvarte FHI spørsmål om trusselvurdering for mottak, distribusjon og oppbevaring av vaksiner og om samfunnsøkonomiske vurderinger og vaksinestrategi.

⁷⁴ Svar på oppdrag, FHI til HOD, «Svar på spørsmål per mail om leveransen fra FHI 15. desember 2020», oppdrag fra HOD nr. 180.

⁷⁵ Forklaring, visedministrerende direktør i Helse Sør-Øst Jan Frich, 26. november 2021.

⁷⁶ Forklaring, tidligere administrerende direktør i Helse Sør-Øst og nåværende departementsråd i HOD Cathrine Loftus, 21. desember 2021.

⁷⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 29. desember 2020, «Mulige kriterier for å prioritere mellom helsepersonellgrupper i primærhelsetjenesten».

⁷⁸ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 29. desember 2020, «Mulige kriterier for å prioritere mellom helsepersonellgrupper i spesialisthelsetjenesten».

⁷⁹ Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 22. desember–31. desember 2020, nr. 21/2020.

⁸⁰ R-notat «Covid-19 notat – om vaksinasjonsstrategi, målgrupper og prioriteringer for vaksinasjon mot covid-19», til regjeringskonferanse 25. januar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren.

svarte 15 000 helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og inntil 20 prosent av vaksinedosene i kommunene. Ser vi på nabolandene våre Finland og Danmark, valgte Finland en annen strategi og prioriterte helsepersonell høyere enn i Norge.⁸¹ Danmark hadde helsepersonell i prioriteringsgruppe fire.⁸²

Nytt år med smitteøkning

I januar 2021 ble vaksinearbeidet intensivert.⁸³ På en pressekonferanse 3. januar informerte statsministeren om at regjeringen hadde besluttet å iverksette forsterkede nasjonale tiltak i perioden 4.–18. januar.⁸⁴ Regjeringen, FHI og Helsedirektoratet var urolige for at smitten i samfunnet skulle komme ut av kontroll etter jul. Dette var samtidig som de første koronavaksinene ble sendt ut til landets kommuner. Vaksinene hadde fem dagers holdbarhet, og det var strenge råd om prioritering – dermed var dette en krevende oppgave for kommunene.

På dette tidspunktet var det fortsatt bare vaksinen fra Pfizer som ble brukt til vaksinasjon i Norge. Den 6. januar 2021 ble vaksine nummer to midlertidig godkjent. Det var vaksinen fra Moderna.

Den 14. januar 2021 informerte FHI om framgangen for vaksinasjonsprogrammet i styringsmøtet med HOD. Det var da registrert 33 611 doser i SYSVAK. Pfizer hadde levert 132 600 vaksinedoser, og de første 3600 dosene fra Moderna hadde ankommet to dager før – hvorav halvparten var sendt til Oslo. FHI informerte om at Norge ventet 1,4 mill. vaksinedoser fra AstraZeneca innen mars.⁸⁵

Det var på denne tiden fortsatt stor uro for økende smitte. Den 18. januar vedtok regjeringen å forlenge de forsterkede nasjonale smitteverntiltakene som ble innført 4. januar. Målet var å unngå en ny smittebølge. Samtidig ble det gjort noen lettelser for barn og unge. Videre iverksatte regjeringen kraftige tiltak i ti kommuner fra lør-

dag 23. januar etter et stort smitteutbrudd i Nordre Follo med alfavarianten av viruset. Det ble også innstramminger i reiserestriksjoner.

Regjeringens endringer av vaksinestrategien

I løpet av vinteren og våren 2021 var det et kontinuerlig arbeid med å vurdere mål og prioriteringer for vaksinasjon. Etter at regjeringen vedtok den overordnede vaksinestrategien 1. desember 2020, ble den vurdert på nytt i januar, mars og mai 2021. I mellomtiden besvarte FHI mange små og store oppdrag fra HOD. Regjeringen besluttet i januar og mars 2021 å holde strategien uendret og beholdt prioriteringer og mål som de var. I mai 2021 besluttet regjeringen å tilby tidligere vaksinasjon for aldersgruppen 18–24 år. Prioriteringen av helsepersonell ble som nevnt ansett som del av den «dynamiske prioriteringen» og ikke som en endring i strategien. I tillegg besluttet regjeringen geografisk prioritering av vaksiner i tre runder våren 2021.

At vaksinene ikke kom i ønsket tempo, var ifølge daværende helseminister krevende for regjeringen og førte til mange andre vanskelige diskusjoner.⁸⁶ Det var særlig fire spørsmål regjeringen, HOD og FHI jobbet med:

- Det første spørsmålet var om det skulle gjøres en geografisk prioritering av vaksiner til områder med vedvarende høyt smittetrykk. Sentralt her var om vaksinene hadde effekt på smittespredning.
- Det andre spørsmålet handlet om bruken av vaksinene fra AstraZeneca og Janssen.
- Det tredje spørsmålet var om særlige yrkesgrupper – utover helsepersonell – skulle prioriteres.
- Det fjerde spørsmålet var om barn og unge skulle vaksineres, og når.

Nedenfor redegjør vi for arbeidet med disse fire problemstillingene.

Geografisk prioritering og smittespredning

Geografisk prioritering av vaksiner er framhevet i flere forklaringer for kommisjonen som ett av de mest krevende spørsmålene regjeringen måtte ta stilling til i arbeidet med vaksiner.⁸⁷

⁸¹ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 18. februar 2021.

⁸² Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

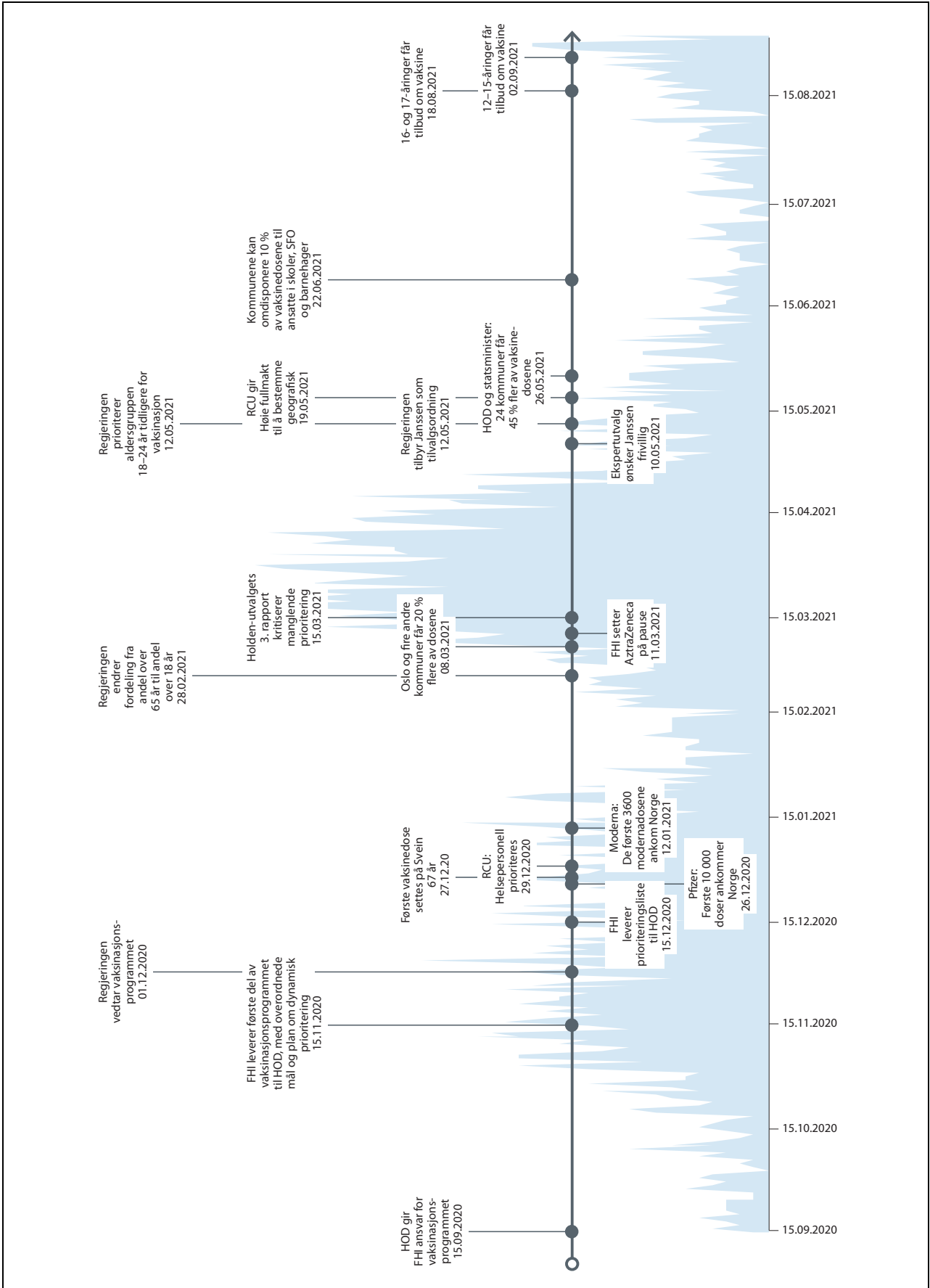
⁸³ I januar 2021 handlet HODs oppdrag til FHI om hvordan vaksinedosene skulle fordeles mellom norske kommuner, om Gjerdrum kommune skulle prioriteres for vaksinasjon etter leirskredet 30. desember 2020, i tillegg til anskaffelse og bruk av nye vaksinetyper og koronapass.

⁸⁴ Pressekonferanse, SMK, 3. januar 2021, «Pressekonferanse om koronasituasjonen».

⁸⁵ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 14. januar 2021.

⁸⁶ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

⁸⁷ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022; forklaring, tidligere finansminister Jan Tore Sanner, 6. januar 2022.



Figur 9.5 Tidslinje for vaksinestrategien og utrulling av vaksinene. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter med covid-19 som hovedårsak.

Da vaksinerne fra Pfizer og Moderna først ble sendt ut i landet, ble de fordelt til kommunene etter andelen personer i de eldste aldersgruppene. FHI anbefalte å avvente geografisk prioritering av vaksiner både da vaksinestrategien ble vedtatt i desember 2020, og i sin første vurdering av vaksinestrategien til HOD i januar 2021. Regjeringen fulgte anbefalingene. I r-notat til regjeringskonferansen 25. januar 2021 informerte helse- og omsorgsministeren regjeringen om FHIs oppdaterte vurderinger og den geografiske fordelingen av vaksiner:

Det er så langt bestemt at vaksinerne skal fordeles likt til hele landet uavhengig av smittetrykk. FHI viser til at en regional fordeling kan tenkes i 1) områder med høyt smittepress over tid, spesielt i områder med høy befolkningstetthet og/eller 2) i områder med akutt forverring av smittesituasjon. Når det gjelder det siste, så viser FHI til at vaksinerne er to-dose vaksiner, hvor det tar flere uker å bygge opp en viss beskyttelse. Å endre fordelingen vil være krevende ift transport. Det at det ikke foreligger god dokumentasjon på vaksinernes smittereduserende effekt gjør at vaksinerte bør anses som potensielt smitteførende inntil ny kunnskap kommer til. Samlet innebærer dette at FHI ikke vil anbefale vaksiner av områder med akutt forverring av smittesituasjonen. De viser til at dette heller ikke vil redusere behovet for tiltak rundt et utbrudd.⁸⁸

I regjeringskonferansen 25. januar konkluderte regjeringen blant annet med at:

Helse- og omsorgsministeren kommer tilbake til regjeringen tidlig i februar med oppdaterte analyser inkl. samfunnsmessige konsekvenser og vurdering av ulike vaksinestrategier. [...]

Regjeringen konkluderte også blant annet med:

Det igangsettes et kommunikasjonsarbeid for å forberede at det kan bli endring i vaksinasjonsrekkefølgen dersom ulike vaksiner blir anbefalt for forskjellige aldersgrupper. Det tydeliggjøres også at ny informasjon om vaksinernes effekt på smittespredning vil kunne

påvirke vaksinasjonsrekkefølgen, og hvilke grupper som vil bli prioritert.⁸⁹

Regjeringens første geografiske prioritering

De første konkrete skrittene mot en geografisk prioritering ble tatt i slutten av februar 2021. Måten vaksinerne til da var fordelt mellom kommunene medførte at steder med en yngre befolkning, slik som Oslo og Rogaland, hadde vaksinert en lavere andel av befolkningen enn kommuner med en eldre befolkning. FHI anbefalte i en besvarelse til HOD 24. februar å endre denne fordelingen.⁹⁰

RCU konkluderte 28. februar blant annet med:

Det kommuniseres at FHI har mandat til å endre fordelingsnøkkelen slik at vaksinerne kan fordeles etter befolkningstall [...]⁹¹

Det vil si en endring av «fordelingen av vaksiner fra antall personer over 64 år i den enkelte kommune, til en fordeling ut fra folketallet som helhet». Dette var i tråd med FHIs anbefalinger. Ved å fremskynde en slik endring «ville det medføre flere doser tidligere til Oslo og en del andre bykommuner».⁹²

Regjeringen oppfattet denne endringen som den første av tre beslutninger om geografisk prioritering siden endringen medførte flere vaksinedoser til områder med høyt smittetrykk.⁹³

I tillegg anbefalte FHI i en besvarelse til HOD en «beskjeden» geografisk prioritering av vaksiner.⁹⁴ FHI anbefalte å gi flere vaksiner til områder med høyt smittetrykk over tid. Dette ville sannsynligvis gi færre infeksjoner, sykehusinnleggelse og dødsfall, ifølge nye modelleringer og bereg-

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 24. februar 2021, «Svar på oppdrag 8 Vaksinasjon – Delleveranse reviderte anbefalinger for geografisk prioritering».

⁹¹ RCU-notat «Covid-19 notat – om geografisk skjevfordeling av vaksiner», 26. februar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 28. februar 2021. Notatet hadde ikke vært forelagt medlemmer av RCU og det framkom ingen merknader. Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 28. februar 2021, nr. 11/2021.

⁹² Ibid.

⁹³ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022; kommunene som ville få størst positiv endring, var Oslo, Gjesdal, Ullensaker, Nannestad, Sola, Sandnes, Tromsø, Klepp, Ås og Rælingen. De av kommunene som ville få størst negativ endring, var Ibestad, Beiarn, Osen, Bindal, Leka, Evenes, Rendalen, Fedje, Lødingen og Engerdal.

⁹⁴ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 24. februar 2021, «Svar på oppdrag 8 Vaksinasjon – Delleveranse reviderte anbefalinger for geografisk prioritering».

⁸⁸ R-notat «Covid-19-notat – om vaksinasjonsstrategi, målgrupper og prioriteringer for vaksinasjon mot covid-19», til regjeringskonferanse 25. januar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren. Protokoll fra regjeringskonferanse, 25. januar 2021, nr. 3b/2021.

ninger fra FHI. FHI understreket at modelleringene var svært usikre.

I et notat om geografisk skjevfordeling av vaksiner fra helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 28. februar 2021 vurderte ministeren at FHIs besvarelse var «[...] for mangelfull til at det kan fattes noen beslutning på dette grunnlaget». Helse- og omsorgsministeren viste til at «FHI påpeker selv at det mangler vurderinger rundt etiske problemstillinger og om juridiske problemstillinger (lovligheten) knyttet til skjevfordeling av vaksiner [...]». Helse- og omsorgsministeren hadde følgende vurdering:

Selv om forskjellene i forekomst, antall innleggelser og antall dødsfall har vært stor mellom fylker og kommuner, så har vi samlet sett hatt et forholdsvis lavt nivå av smitte og få døde i Norge sammenlignet med andre land. At befolkningen har sluttet opp om smitteverntiltakene har vært viktig for dette. Tillit til myndighetene er basert på at tiltak oppfattes som rettfærdige og forholdsmessige. I vaksinestrategien er det viktig at denne også er rettfærdig og forutsigbar. Tryggheten for at man får en vaksine når det er «ens tur» kan ha vært viktig. Gjør vi om på vaksinestrategien slik FHI her argumenterer for, så kan vi også få debatter om ikke det også er andre områder eller grupper som bør få vaksiner tidligere.⁹⁵ [...]

RCU konkluderte blant annet med å gi FHI fullmakt til å «[...] forberede gjennomføring av beskjeden skjevfordeling av vaksiner». Videre konkluderte RCU med å gi FHI et tilleggsoppdrag om blant annet «å komme tilbake med vurderinger av etiske og juridiske problemstillinger knyttet til skjevfordeling av vaksiner [...]».⁹⁶ Helseministeren informerte om beslutningene i en pressekonferanse 2. mars 2021. Det var da økende smittetall og frykt for at Norge sto foran en tredje smittebølge.

En «beskjeden» geografisk prioritering

Regjeringen behandlet spørsmålet om geografisk prioritering på ny 8. mars 2021. FHI og Helsedirektoratet hadde da vurdert at det ikke var etiske og juridiske hindringer for en slik prioritering.

⁹⁵ RCU-notat «Covid-19 notat – om geografisk skjevfordeling av vaksiner», 26. februar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 28. februar 2021. Protokoll, regjeringens covid-19-utvalg, 28. februar 2021, nr. 11/2021.

⁹⁶ Ibid.

FHI anbefalte dermed å gi 20 prosent flere vaksinedoser til fem kommuner på det sentrale Østlandet: Oslo, Fredrikstad, Sarpsborg, Moss og Lørenskog. FHI anbefalte å starte omfordelingen 15. mars.⁹⁷ I en presentasjon for regjeringen sa FHI at matematisk modellering viste at en slik prioritering ville ha «en positiv effekt på antall innleggelser og dødsfall nasjonalt» og ikke gi «relevant forsinkelse» i vaksinasjon i resten av landet.⁹⁸

FHIs anbefaling ble fulgt opp av regjeringen, som 8. mars 2021 besluttet å iverksette en «beskjeden geografisk omfordeling» til de fem kommunene så raskt det var praktisk gjennomførbart.⁹⁹ Regjeringen la til grunn at Oslo prioriterte bydelene Stovner, Alna, Grorud, Bjerke, Søndre Nordstrand og gamle Oslo, som hadde hatt størst smittepress og flest sykehusinnleggelser over tid. Dette er beskrevet som den andre av tre beslutninger om geografiske prioritering av vaksiner våren 2021.¹⁰⁰

I koronavaksinasjonsprogrammets styringsmøte 11. mars informerte FHI om de to endringene i vaksinestrategien. Den første var endringen av fordelingsnøkkelen som ville føre til at Oslo fikk 43 prosent flere doser. Den andre var den beskjedne geografiske prioriteringen som ville gi ytterligere 20 prosent flere doser til Oslo og fire andre østlandskommuner. Det framgår følgende i møtereferatet:

Andre land som har besluttet å omprioritere vaksiner til områder med høy smitte er Kroatia, samt at Tyskland, Frankrike og Østerrike gjør en begrenset skjevfordeling.¹⁰¹

I den samme perioden leverte Holden-utvalget sin tredje rapport 15. mars. Utvalget kom med sterk kritikk av til da manglende geografisk prioritering av vaksiner. I rapporten står det:

Pandemien har rammet skjevt geografisk. Noen områder har i lange perioder hatt betydelig høyere smittenivå enn andre deler av landet, til tross for strenge smitteverntiltak. [...] Sær-

⁹⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 5. mars 2021, «Svar på tilleggsoppdrag til delleveranse på oppdrag 8 – reviderte anbefalinger for geografisk prioritering».

⁹⁸ Presentasjon, direktør i FHI Camilla Stoltenbergs PowerPoint-presentasjon i r-konferanse, 8. mars 2021, «Koronapandemien. Regjeringskonferanse – 8. mars 2021».

⁹⁹ Nettartikkel, SMK, 9. mars 2021, «Endringer i vaksinestrategien».

¹⁰⁰ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹⁰¹ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 11. mars.

lig deler av Østlandet har derfor både hatt større helsetap og større tiltaksbyrde enn resten av landet. [...] Dersom målet med vaksinasjonen er færrest mulig døde og syke for landet som helhet, vil det være riktig med betydelig skjevdeling til fordel for områder der man forventer et høyt smittensnivå fremover.¹⁰²

Smittespredning og plan for gjenåpning

I den neste store oppdragsbeskrivelsen til FHI presiserte HOD at det skulle legges til grunn at vaksinene hadde effekt på smittespredning, til tross for begrenset kunnskap om dette.¹⁰³ HOD skrev: «Dersom det er aktuelle strategier for vaksiner som skiller seg fra hverandre med hensyn til i hvor stor grad smitteverntiltak kan oppheves og når, bør det synliggjøres.» Målet var, ifølge HODs oppdrag, å velge en strategi som bidro til raskere gjenåpning av samfunnet.

Det hadde på dette tidspunktet vært vedvarende høyt smittetrykk og strenge tiltak i Oslo og flere østlandskommuner siden november 2020. FHI besvarte flere små og store oppdrag fra HOD om geografisk prioritering av vaksiner. FHI uttrykte i en besvarelse 17. mars «stor bekymring» for at smittepresset ville øke i flere regioner i Norge.¹⁰⁴ Det var da flere smitteutbrudd med den mer smittsomme alfavarianten av viruset.

I en omfattende besvarelse til HOD 22. mars skrev FHI at det manglet gode data for å tallfeste vaksinens effekt på asymptomatisk infeksjon og smittespredning. FHI viste samtidig til at en sammenstilling av data, blant annet fra prekliniske studier på aper, antydte en «betydelig effekt mot infeksjon generelt», og at vaksinasjon dermed ville ha «en effekt mot smittsomhet og smittespredning».¹⁰⁵ FHI skrev blant annet:

Vurderingene om hvordan man skal redusere smitteverntiltak bygger på antagelser om vaksinens effekt på å hindre smittespredning. Så lenge disse antagelsene er usikre og ikke bygger på solid kunnskap, vil styringen av tiltaksbyrde måtte baseres på endringer i smittesituasjonen målt med empiriske metoder.

FHI var bekymret for vedvarende økning i smitten, selv med strenge smitteverntiltak i Oslo og Viken. I slutten av mars 2021 hadde Oslo og Viken, sammen med Vestfold og Telemark 81 prosent av alle meldte smittetilfeller i Norge.¹⁰⁶ Rundt denne tiden var det allerede strammet inn på tiltak flere steder i landet. Regjeringen besluttet 23. mars å iverksette ytterligere forsterkede nasjonale tiltak fra midnatt, natt til 25. mars.¹⁰⁷ Samtidig ble det jobbet med gjenåpningsplanen og lettelser for vaksinerte. I regjeringsskonferansen 25. mars behandlet regjeringen et notat fra helse- og omsorgsministeren om «[g]jennomgang av vaksinasjonsstrategien».¹⁰⁸ Finansministeren hadde en merknad til r-notatet med forslag til en alternativ konklusjon om at det blant annet ble startet «et arbeid med å utarbeide en vaksinasjonsstrategi som i større grad prioriterer vaksiner til områder med vedvarende høyt smittetrykk».¹⁰⁹ Forslaget til konklusjon ble imidlertid ikke fulgt opp av regjeringen i regjeringsskonferansen. Regjeringen konkluderte blant annet:

1. Det gjøres ingen endringer i vaksinasjonsstrategien nå.
2. Nye vurderinger av vaksinasjonsstrategien gjøres i sammenheng med planen for gradvis gjenåpning før sommeren eller tidligere dersom ny kunnskap tilsier det, eller dersom man nærmer seg å ha vaksinert alle ned mot 50 år. [...]

Klarere geografisk prioritering utsettes

HOD besluttet i denne perioden å gi flere vaksinedoser til helsepersonell i Helse Sør-Øst og Helse Nord. Regjeringen traff ingen andre beslutninger om geografisk prioritering i løpet av mars og april 2021, selv om altså både FHI og Holdentvalget anbefalte dette. I mellomtiden presenterte regjeringen sin plan for gradvis gjenåpning, «Sammen ut av krisen», og fra 28. april ble det gjort lettelser for fullvaksinerte.¹¹⁰

Det er formidlet til kommisjonen at vaksinasjonsgraden hadde direkte konsekvenser for til-

¹⁰² Rapport, Ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet, 15. mars 2021, «Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger. Tredje rapport, del II».

¹⁰³ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 17. mars 2021, «Vurderinger rundt forlenget intervall mellom dosene for mRNA-vaksiner fra BioNTech/Pfizer og Moderna».

¹⁰⁴ Ibid.

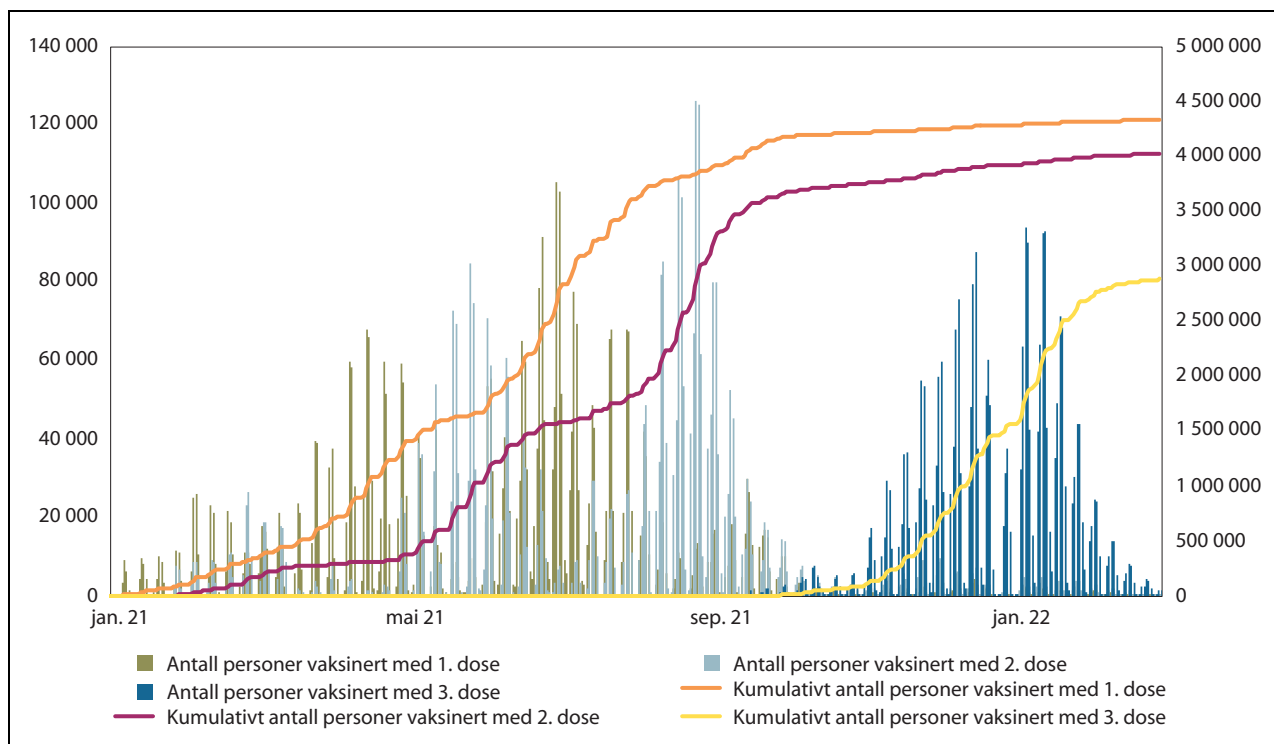
¹⁰⁵ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 22. mars 2021, «Svar på oppdrag 8 om vaksinasjon – hovedleveranse».

¹⁰⁶ Møtereferat, Beredskapsutvalget for biologiske hendelser, 24. mars 2021.

¹⁰⁷ Nettartikkel, SMK, 23. mars 2021, «Begrunnelse for endringer fra 25. mars 2021 med innstramming av nasjonale regler i covid-19-forskriften».

¹⁰⁸ R-notat «Covid-19-notat om gjennomgang av vaksinasjonsstrategien», til regjeringsskonferansen 25. mars 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren. Protokoll fra regjeringsskonferanse, 25. mars 2021, nr. 13b/2021.

¹⁰⁹ Ibid.



Figur 9.6 Antallet vaksinerte med en, to og tre vaksinedoser i Norge fra januar 2021 til februar 2022.

Kilde: FHI

taksnivået.¹¹¹ I slutten av april 2021 hadde ca. 1,2 mill. fått én vaksinedose, og 310 000 personer hadde fått to doser.

Det var fortsatt høy smittespredning og svært inngripende smitteverntiltak i flere kommuner på Østlandet. FHI anbefalte derfor at 24 kommuner på Østlandet fikk 80 prosent flere vaksiner. Dette var områder hvor tiltaksnivået hadde vært høyt siste del av 2020 og fram til slutten av april 2021. Konsekvensen av en slik prioritering ville bli at landets øvrige kommuner ville få færre vaksiner.

Den 29. april 2021 behandlet RCU saker som ville innebære lettelse for vaksinerte, som bruken av koronasertifikat¹¹², lettelse i anbefalinger for vaksinerte¹¹³ og lettelse i karantenergelverket for vaksinerte.¹¹⁴ I «RCU-notat - ny vurdering

av geografisk prioritering av vaksiner», skrev helse- og omsorgsministeren følgende:

Jeg mener at beslutningsgrunnlaget for FHI ikke gir et tilstrekkelig grunnlag for å ta en beslutning nå. Vi kan ikke omfordele vaksiner fra 332 kommuner uten å vite hva dette vil bety for vaksinasjonsfremdriften i disse kommunene. Vi vil nå gi lettelse og rettigheter til personer som er fullvaksinerte, slik at vaksinasjon vil være viktig for svært mange. Jeg er også i tvil av hensiktsmessigheten av å gjøre en full stopp av vaksineringen i kommuner som ikke prioriteres [...].¹¹⁵

Dette r-notatet var ikke lagt fram for resten av utvalget i forkant. Finansministeren ba om at en merknad ble tatt med, hvor det blant annet sto følgende:

¹¹⁰ Fullvaksinerte fikk blant annet ha nær sosial kontakt (under en meter) med andre vaksinerte, også om de var i risikogruppen, og med uvaksinerte. Lettelsen gjaldt ikke i det offentlige rom.

¹¹¹ Forklaring, direktør i Helsedirektoratet Bjørn Guldvog, 22. desember 2021.

¹¹² «RCU-notat – om nasjonal bruk av koronasertifikat», 28. april 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i RCU 29. april 2021.

¹¹³ «RCU-notat om vaksinasjon og endringer i råd og anbefalinger for vaksinerte», 28. april 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 29. april 2021.

¹¹⁴ R-notat «Covid-19-notat om karantenergelverket og endringer for vaksinerte – notat nr. 1», 27. april 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 29. april 2021.

¹¹⁵ «RCU-notat – ny vurdering av geografisk prioritering av vaksiner», 29. april 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 29. april 2021. Notatet var ikke forelagt RCU, men finansministeren ba om at en merknad ble tatt med. Korrigert protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 29. april 2021, Nr. 15/2021.

Jeg mener FHIs faglige råd av vaksinefordeling er så tydelige at dette bør følges opp med en høyere prioritering av smitteutsatte områder. FHIs råd innebærer at de helsemessige konsekvensene av pandemien reduseres. Andre utredninger, herunder Holden-utvalget, har kommet til samme konklusjon. [...]

Videre foreslo finansministeren blant annet følgende konklusjon:

Regjeringen går inn for en ytterligere geografisk prioritering av vaksiner til smitteutsatte områder.

Finansministerens forslag ble ikke tatt til følge av regjeringen. RCU konkluderte 29. april 2021 blant annet med at «[b]eslutningsgrunnlaget fra FHI gir ikke et tilstrekkelig grunnlag for å beslutte en ytterligere geografisk omfordeling av vaksiner. [...]».¹¹⁶ Videre konkluderte RCU blant annet med at «[h]else- og omsorgsministeren kommer tilbake til regjeringen senest 20. mai med endelig anbefaling om justering av vaksinestrategien.»

På bakgrunn av uformelle samtaler, formelle forklaringer og dokumenter kommisjonen har mottatt, er det vår oppfatning at noen viktige problemer i beslutningen om geografisk prioritering var

- at lettelsene i tiltakene for vaksinerte kom samtidig
- at det ville ta tid – om lag tre uker – fra det ble truffet en beslutning om geografisk prioritering, til den kunne iverksettes. Dette hang sammen med at de som omdirigerte vaksineleveransene, trengte forutsigbarhet. I mellomtiden kunne smittesituasjonen ha forandret seg
- utfordringen med at kommuner som ikke ville bli prioritert, ville ha bygd opp en vaksinerigg de ikke fikk bruk for før til sommeren, og at det ville være krevende å ta igjen vaksineringen i sommerferien

Beslutning om økt geografisk målretting i mai 2021

I en ny besvarelse til HOD 10. mai anbefalte FHI enda større geografisk prioritering av vaksiner til kommuner med vedvarende høyt smittetrykk.¹¹⁷ FHI viste til ukerapportene om vedvarende forskjeller i smittetrykk. Basert på nye analyser og modelleringer anbefalte FHI at 24 kommuner fikk

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 10. mai 2021, «Nye vurderinger av vaksinasjonsstrategien».

80 prosent flere vaksinedoser til alle over 18 år var vaksinert med første dose.

RCU vurderte vaksinasjonsstrategien på nytt 12. mai 2021. I et notat fra helse- og omsorgsministeren skrev ministeren at «[...] forslagene om en forsterket geografisk målrettet prioritering har problematiske sider».¹¹⁸ Han viste til at «[s]iden 15. mars har Oslo, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad og Lørenskog vært prioritert med 20 prosent flere doser», og foreslo blant annet følgende konklusjon:

Den geografiske omfordelingen videreføres ned til alle over 18 år er tilbudt vaksine i kommunene Oslo, Moss, Sarpsborg, Fredrikstad og Lørenskog. [...]

I en merknad i RCU-notatet skrev finansministeren blant annet:

Jeg mener vi bør følge FHIs råd og øke den geografiske målrettingen så raskt som praktisk mulig. Denne prioriteringen er nå sterkt faglig fundert både fra FHI og fra Holden-gruppen. (...) FHI peker på at smitten i Oslo og Viken har vært vedvarende høyere enn i resten av landet gjennom hele pandemien, på tross av betydelig strengere smitteverntiltak.

RCU besluttet blant annet følgende:

Den geografiske målrettingen forsterkes ved at flere vaksiner tildeles de 24 kommunene med vedvarende høyt smittetrykk som FHI peker på, med en noe oppdatert kommunesammensetning. Disse kommunene får opp mot 60 prosent flere doser enn de ellers ville fått frem til alle over 18 år er tilbudt en vaksine. For kommuner som allerede er prioritert, innebærer dette en økning på opp mot 40 prosentenheter.¹¹⁹

I helseministerens forklaring til kommisjonen framkom det at han var skeptisk til å innføre denne formen for geografisk prioritering:

Jeg var uenig i dette generelt, men regjeringen gikk imot mine argumenter.¹²⁰

¹¹⁸ «RCU-notat – nye vurderinger av vaksinasjonsstrategien», 11. mai 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i RCU 12. mai 2021 Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 12. mai 2021, Nr. 18/2021.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

Den 18. mai 2021 behandlet RCU spørsmålet om hvilke kommuner som skulle få en større eller uendret andel koronavaksiner. Det framgår av RCU-notatet fra helse- og omsorgsministeren 18. mai 2021 at FHI hadde laget en ny modell for å velge ut kommuner med størst nytte av geografisk målretting, som tok høyde for smitterisiko, innleggelsesrisiko og hvor langt kommunene hadde kommet i vaksinasjonen. Modellen la vekt på smittetrykket over tid, og vektet de siste åtte ukene dobbelt. Det framgår også av RCU-notatet at FHI hadde laget en ny oversikt over anbefalte kommuner som FHI tilrådde at burde få en større eller uendret andel vaksinedoser. RCU konkluderte med at FHIs oversikt over kommuner skulle legges til grunn ved en eventuell geografisk prioritering. Videre konkluderte RCU blant annet med følgende:

Statsministeren og helse- og omsorgsministeren får fullmakt til å avgjøre om det skal iverksettes ytterligere geografisk omfordeling etter møtet med statsforvalterne 19. mai. Statsministeren og helse- og omsorgsministeren får også fullmakt til å foreta ev. justeringer som er nødvendig for å sikre at kommunene som skal få utsatte leveranser ikke får større utsettelse som følge av den nye kategoriseringen av kommuner.¹²¹

Etter dette møtet besluttet helseministeren likevel, i samråd med statsministeren, å prioritere 60 prosent flere doser til de 24 kommunene FHI hadde foreslått. Beslutningen ble revurdert av helseministeren en uke etter, og den 26. mai ble andelen vaksiner til de 24 kommunene nedjustert til 45 prosent av vaksinedosene. Helsedirektoratet hadde da levert en rapport med en kartlegging gjort av statsforvalterne, som helseministeren mente var «for optimistisk».¹²² FHIs anbefaling på 80 prosent ble dermed redusert til 45 prosent. Tidligere statsminister Erna Solberg forklarte dette slik:

Det som var avgjørende var at om man kom opp på 80 prosent ville man stoppet vaksinerin-

gen i store deler av landet. Mange små kommuner ville ikke fått vaksiner i det hele tatt. Noe av grunnen til at vi reduserte til 45 prosent var at vi så at det også skjedde i en del kommuner da man var på 60 prosent. Det var bygget opp et apparat for å ta vaksiner over hele landet. Vi ville ikke risikere å ta ned det apparatet en rekke steder. Vi var redd for at vaksinesystemene våre ville stoppe opp. At vi ender med å bygge ned en organisasjon som vi nettopp har bygget opp, og som snart skal bygges opp igjen.¹²³

Oppsummert viser gjennomgangen at Norge innførte en form for geografisk prioritering av vaksiner i tre runder, og at det i den siste runden endte med at en vesentlig mindre prosentandel enn det FHI anbefalte, ble omfordelt. Det er kommisjonens inntrykk at helseministeren ikke ønsket en slik omfordeling. Ifølge daværende helseminister var det uklart hvilken effekt omfordelingen av vaksinene ville ha i praksis.¹²⁴

Helsepersonell, AstraZeneca- og Jansson-vaksinene

Den andre store utfordringen vinteren og våren 2021 handlet om virusvektorvaksinene fra AstraZeneca og Janssen. Dette var krevende spørsmål for regjeringen, HOD og FHI.¹²⁵ Det var lenge forespeilet at det var AstraZeneca-vaksinene som kom til å bli tilgjengelige først og i et stort antall. Rett før vaksineringen skulle starte i desember 2020, ble det klart at vaksineringen ville starte med vaksiner fra Pfizer og ikke AstraZeneca.¹²⁶ Som følge av forsinkelser hos AstraZeneca fikk vaksinen først en betinget godkjenning fra EMA og Legemiddelverket 29. januar 2021.

Forhåpninger om massevaksinasjon raskt

Det framgår av dokumenter kommisjonen har innhentet, at det var store forhåpninger til AstraZeneca-vaksinen. Den var vurdert som viktig for å få høy vaksinedekning raskt. I midten av januar 2021

¹²¹ «RCU notat – nye vurderinger av hvilke kommuner som får en større eller uendret andel koronavaksiner ved en forsterket geografisk målretting», 18. mai 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i RCU 18. mai 2021. Notatet var ikke lagt fram for medlemmer av RCU i forkant. Protokoll, SMK, 18. mai 2021, «Korrigeret II dagsorden for regjeringens covid-19-utvalg».

¹²² Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹²³ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

¹²⁴ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹²⁵ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021; forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021; forklaring, fagdirektør i Legemiddelverket, 5. januar 2022; forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹²⁶ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

trodde FHI at massevaksinasjonen kunne starte allerede tidlig i februar. I styringsmøtet i koronavirusvaksinasjonsprogrammet 14. januar formidlet FHI at Norge hadde avtalt leveranser av 1,4 mill. vaksinedoser fra AstraZeneca innen utgangen av mars og ytterligere 900 000 doser i april.

I mellomtiden ble det gjort et stort arbeid for å kartlegge hvordan vaksinene kunne brukes når de først ble tilgjengelige. Ved vaksinasjonens oppstart var det mye usikkerhet og mange spørsmål knyttet til AstraZeneca-vaksinen. Usikkerheten gjaldt hvilke aldersgrupper vaksinen ville få godkjenning for, og det så også ut som om den hadde noe dårligere effekt enn mRNA-vaksinene fra Pfizer og Moderna.¹²⁷

I januar 2021 besvarte FHI flere oppdrag til HOD om bruken av AstraZeneca-vaksinen. FHI anbefalte i en besvarelse til HOD 15. januar at vaksinen ble forbeholdt yngre helsepersonell. FHI mente at det ikke forelå nok forskning om bruk for dem over 65 år, og at denne gruppen derfor burde tilbys mRNA-vaksiner.¹²⁸ På dette tidspunktet var ikke AstraZeneca-vaksinen godkjent for noen aldersgrupper.

De første vaksinedosene fra AstraZeneca kom til Norge i siste halvdel av februar 2021. Det ble stadig mer informasjon om vaksinene som var tilgjengelige, og i en besvarelse til HOD 4. mars anbefalte FHI at AstraZeneca-vaksinen også ble gitt til personer over 65 år. Regjeringen fulgte opp dette 8. mars og besluttet å følge FHIs anbefaling om å tilby AstraZeneca-vaksinene også til dem over 65 år.¹²⁹ Vaksinene ble tilbudt helsepersonell, og i tillegg fikk Forsvarets personell i Afghanistan og NOR EMT vaksiner fra AstraZeneca.¹³⁰ Fra slutten av februar ble helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten utelukkende vaksinert med vaksiner fra AstraZeneca. I løpet av få uker i februar og mars 2021 ble omtrent 130 000 personer vaksinert med første dose.¹³¹

¹²⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 11. januar 2021, «Distribusjon av vaksiner fra sykehusapotekene til kommunene og vurdering av behov for beredskapslager».

¹²⁸ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 15. januar 2021, «Statsbudsjettet 2020 – tillegg nr. 21 om vaksinasjon». Dette var et tilleggsoppdrag FHI mottok 12. januar 2021 med frist 15. januar 2021.

¹²⁹ Nettartikkel, SMK, 9. mars 2021, «Endringer i vaksinestrategien».

¹³⁰ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavirusvaksinasjonsprogrammet, 25. mars 2021.

¹³¹ Ibid.

AstraZeneca blir satt på pause

Kort tid etter vaksineringen med AstraZeneca-vaksinene startet, kom det inn meldinger om flere tilfeller av en alvorlig tilstand med blødninger og blodpropper. Man fryktet at dette kunne ha sammenheng med vaksinen. Da ryktet om et dødsfall i Danmark nådde FHI den 11. mars, ble videre vaksinerings med AstraZeneca umiddelbart satt på pause i både Norge og Danmark.

I løpet av mars mottok helsetjenesten mange meldinger om mulige bivirkninger. Det var stor pågang av helsepersonell med hodepine, hudblødninger og uvanlige blodpropper inn til sykehusene og i kontakt med legevakt. Symptomene startet mellom seks og tolv dager etter vaksinasjon. Det var frykt for at en sjelden, men alvorlig tilstand som hadde ført til dødsfall hos tidligere friske helsepersonell, skulle ramme flere. I midten av mars var det allerede tre personer innlagt ved OUS med slike mulige alvorlige bivirkninger.¹³² Dramatikken og diskusjonene om disse bivirkningene beskrives nærmere senere i kapitlet.

Vaksinen fra Janssen var lagd med samme teknologi som AstraZeneca-vaksinen. Den fikk midlertidig godkjenning av EMA 11. mars og var den fjerde vaksinen som ble godkjent for bruk i Norge. De påfølgende månedene var det usikkert hva som skulle skje med virusvektorvaksinene fra AstraZeneca og Janssen.

Flere vaksiner til helsepersonell

I midten av mars 2021 var det fortsatt bare risikogrupper og helsepersonell som ble vaksinert, og det var knapphet på vaksiner. For at vaksinasjonen av helsepersonell kunne fortsette, måtte det tas en ny vurdering om hvordan denne gruppen skulle vaksineres – og med hvilke vaksiner. Regjeringen fulgte opp dette i regjeringens konferanse 18. mars 2021. Etter en muntlig orientering om covid-19 fra helseministeren og justisministeren, besluttet regjeringen blant annet følgende:

Helse- og omsorgsministeren og statsministeren vurderer, etter innspill fra FHI, om det skal prioriteres mer vaksiner til helseforetak i deler av landet med et høyt antall innleggelses-

¹³² Nettartikkel, OUS, 13. mars 2021, «Flere innlagt etter alvorlige mulige vaksine-bivirkninger»; tilstanden vaksineindusert immun trombotisk trombocytopeni (VITT) gir en kombinasjon av blodpropp og lave blodplater. Forskere fra OUS og Universitetssykehuset Nord-Norge var de første som kunne forklare de alvorlige blodpropptilfellene etter AstraZeneca-vaksinen (Schultz mfl. 2021).



Figur 9.7 Overlege og professor Pål Andre Holme og forsker Nina Haagenrud Schultz ved avdeling for blodsykdommer, OUS, uttalte seg om AstraZeneca-vaksinene 18. mars 2021. Da var tre helsearbeidere lagt inn på Rikshospitalet i Oslo.

Foto: Terje Pedersen / NTB

og om det i lys av smitteutviklingen for en kort periode bør settes av mer vaksine til områder med høy smitte, utfordringer i TISK-arbeidet og høyt belegg i sykehusene.¹³³

Helseministeren besluttet i samråd med statsministeren å iverksette prioritert vaksinerings av helsepersonell. HOD ba FHI om å gi 30 000 vaksiner til helsepersonell i helseforetakene. De første 15 000 vaksinedosene skulle fordeles mellom Helse Sør-Øst og Helse Nord. De neste 15 000 skulle fordeles mellom alle regionale helseforetak.¹³⁴ Helse Sør-Øst ble prioritert på grunn av smittetrykk, og Helse Nord ble prioritert fordi de hadde størst sårbarhet i helsetjenesten. Som det beskrives i kapittel 6 om kapasiteten i sykehusene, var flere regioner, særlig Helse Nord,

avhengige av vikarer fra Danmark, Sverige og Finland.

Nye vurderinger av AstraZeneca

Samtidig ble det gjort nye vurderinger av AstraZeneca-vaksinen både i Norge og Danmark. Regjeringen var tett involvert. Ifølge helseministeren var dette en krevende periode.¹³⁵ FHI utredet sammenhengen mellom vaksinen og den alvorlige tilstanden med uvanlige blodpropper, lavt antall blodplater og blødninger. Det var da fem sikre tilfeller av tilstanden i Norge og tre døde.

I en besvarelse til HOD 12. april redegjorde FHI for konsekvensene både av å bruke, og ikke bruke, vaksinen fra AstraZeneca.¹³⁶ FHI konkluderte med at AstraZeneca-vaksinen burde tas ut av det norske vaksinasjonsprogrammet. Begrun-

¹³³ Protokoll fra regjeringsskonferanse, 18. mars 2021, nr. 11b/2021.

¹³⁴ E-post, HOD til FHI, 19. mars 2021, «Oppdrag 19 til FHI om snarlig skjevfordeling av vaksiner til helsepersonell».

¹³⁵ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹³⁶ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 15. april 2021, «Svar på oppdrag 21 – Om gjenåpning og vaksiner».

nelsen til FHI var at Norge hadde lave smittetall, god tilgang på andre vaksiner og var allerede kommet langt i å vaksinere risikogrupperne. Bruk av AstraZeneca-vaksinen i yngre aldersgrupper ville være å «utsette dem for urimelig risiko for alvorlig sykdom og død forårsaket av vaksinen». FHI fryktet at det ville få konsekvenser for tilliten til vaksinasjonsprogrammet å fortsette vaksinasjon med denne vaksinen, og skrev at det bare ville medføre to ukers forsinkelse å ta den ut av programmet. FHI konkluderte dermed annerledes enn andre land med en annen smittesituasjon og manglende tilgang til andre vaksiner.

FHI var i det samme oppdraget fra HOD bedt om å vurdere Janssen-vaksinen fordi den var lagd med samme vaksineteknologi og kunne ha lignende bivirkninger. I oppdragsbeskrivelsen skrev HOD at det var ventet store leveranser av Janssen-vaksinen i andre kvartal 2021, og at å ikke bruke disse i ytterste konsekvens kunne medføre ti ukers ytterligere nedstengning. FHI konkluderte i sin besvarelse med å avvente bruk av Janssen-vaksinen til EMA hadde tatt en vurdering av den, ut fra et «føre-var-prinsipp».¹³⁷

Med det daværende smittetilstanden var det ifølge FHI høyere risiko for å dø av vaksinebivirkninger enn av covid-19-sykdom. FHI-direktøren har i sin forklaring for kommisjonen beskrevet utfordringene med vaksinen slik:

Det var en spesielt krevende situasjon, for på tidspunktet da vi oppdaget bivirkningen i Norge og Danmark, så antok vi at AstraZeneca og Janssen-vaksinene ville være svært viktige for gjennomføring av vaksinasjonsprogrammet. Samtidig var det raskt åpenbart at det var en sannsynlig årsakssammenheng mellom tilstanden og vaksinen. Det var også raskt klart at vi [...] ville få lite eller ingen hjelp fra andre land enn Danmark med å finne ut av dette, for de hadde ikke informasjon om hvor mye de hadde av dette raskt nok. USA sa nå nettopp at de ikke ville bruke Janssen-vaksinen på grunn av bivirkningene. Dilemmaet den gangen var stort, men det var ikke tvil om beslutningen.¹³⁸

Spørsmålet om bruken av AstraZeneca og Janssen-vaksinene ble behandlet i RCU 12. april 2021. RCU tok ikke stilling til bruken av vaksinene, men konkluderte blant annet:

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ Forklaring, direktør i FHI Camilla Stoltenberg, 22. desember 2021.

Det nedsettes et sammensatt regjeringsoppnevnt utvalg som skal komme med anbefalinger til regjeringen knyttet til vurderinger om bruk av virusvektorvaksiner som er godkjent av EMA og som er anbefalt for bruk i andre europeiske land. [...] Helse- og omsorgsministeren fortsetter dialogen med den danske helseministeren om å gjøre utvalget felles for Norge og Danmark.¹³⁹

Så vidt kommisjonen vet, ble det ikke et slikt samarbeid. I mellomtiden tok Danmark AstraZeneca-vaksinen ut av det danske vaksinasjonsprogrammet 14. april.

Det regjeringsoppnevnte utvalget hadde frist til 10. mai og skulle bestå av tolv medlemmer med bakgrunn blant annet fra medisin, jus og økonomi. Utvalget skulle gjøre risikovurderinger av å ta virusvektorvaksinene i bruk. De skulle også vurdere de samfunnsmessige konsekvensene (sosiale, økonomiske og helsemessige) av å ikke ta AstraZeneca- og/eller Janssen-vaksinen i bruk.

Til regjeringskonferansen 15. april skrev FHI et «beslutningsnotat» som en oppfølging av besvarelsen til HOD, hvor de gjentok at AstraZeneca-vaksinen burde tas ut av det norske koronavaksinasjonsprogrammet.¹⁴⁰ For å kompensere for bortfallet av vaksinen skrev FHI at det kunne vurderes å øke intervallet mellom første og andre vaksinedose og så foreta en forsterket omfordeling til yngre og til geografiske områder med vedvarende høyt smittepress og sykdomsbyrde. I tillegg påpekte FHI at det var varslet 600 000 ekstra doser fra Pfizer i andre kvartal 2021. Dette ville kompensere for bortfall av andre vaksiner.

I regjeringskonferanse samme dag valgte regjeringen å ikke følge FHIs anbefalinger og konkluderte blant annet med følgende:

FHIs vurdering om at AstraZeneca-vaksinen tas ut av det norske koronavaksinasjonsprogrammet legges foreløpig ikke til grunn, men bruken av AstraZeneca-vaksinen settes fremdeles på pause i påvente av råd fra et regjeringsoppnevnt utvalg.¹⁴¹

¹³⁹ RCU-notat «Covid-19-notat om nedsetting av utvalg – bruk av virusvektorvaksiner», 12. april 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 12. april 2021. Notatet var ikke lagt fram for RCU i forkant. Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 12. april 2021, nr. 14/2021.

¹⁴⁰ Beslutningsnotat, FHI til RCU, 15. april 2021.

¹⁴¹ R-notat «Covid-19-notat om bruk av AstraZeneca-vaksinen og Janssen-vaksinen», 15. april 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til regjeringskonferansen 15. april.

I ettertid har både FHI og HOD uttalt til kommisjonen at nedsettingen av dette utvalget var en god beslutning.¹⁴² I mellomtiden fikk AstraZeneca-vaksinerte tilbud om mRNA-vaksiner som andre dose. Dette var i tråd med FHIs anbefaling.

Konklusjonen om AstraZeneca- og Janssen-vaksinene

Den endelige rapporten fra ekspertutvalget ble levert 10. mai 2021. Utvalget konkluderte med at verken AstraZeneca- eller Janssen-vaksinen burde tilbys i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.¹⁴³ Tilliten til vaksinasjonsprogrammet ble tillagt stor vekt. På det daværende tidspunktet var det kjent åtte tilfeller av alvorlige bivirkninger knyttet til vaksinen i Norge og fire dødsfall. Et samlet utvalg anbefalte å ta AstraZeneca-vaksinen ut av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.

Videre anbefalte utvalget, i motsetning til FHI, at virusvektorvaksinene kunne gjøres tilgjengelige utenom det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.¹⁴⁴

I mellomtiden anbefalte FHI å ta AstraZeneca- og Janssen-vaksinen permanent ut av vaksinasjonsprogrammet. FHI foreslo å bygge opp et beredskapslager av Janssen-vaksiner som kunne brukes ved leveringssvikt på andre vaksiner eller forverret smittesituasjon. Men en løsning hvor innbyggerne selv kunne velge å ta Janssen-vaksinen, var, ifølge en besvarelse fra FHI, «ikke [...] aktuelt» innen koronavaksinasjonsprogrammet.¹⁴⁵ FHI skrev videre at «en eventuell slik beslutning bør tas av helse- og omsorgsdepartementet».

Den endelige beslutningen om å ta AstraZeneca-vaksinen ut av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet tok regjeringen 12. mai 2021.¹⁴⁶

Dette var i tråd med anbefalingene fra FHI og ekspertutvalget. Det var også i tråd med Danmarks beslutning om å ta vaksinen ut av vaksina-

sjonsprogrammet en måned tidligere. Vaksinen var fortsatt i bruk i de aller fleste andre land som hadde benyttet den, og i mars 2022 var det satt anslagsvis 1,7 mrd. doser med AstraZeneca-vaksinen globalt.

I RCU-notatet «Covid-19-notat om bruk av virusvektorvaksiner» som ble behandlet i RCU på møtet 12. mai, skrev helse- og omsorgsministeren at det nå var økt tilgang på mRNA-vaksiner, og forsinkelsene i vaksinasjonen ville bli mindre enn fryktet. I tillegg var det da kjent at én vaksinedose ga god beskyttelse mot covid-19, og ved å utvide doseintervallet var det dermed blitt raskere lettelse for flere. Når det gjaldt Janssen-vaksinen, besluttet RCU å ta vaksinen «foreløpig ut av vaksinasjonsprogrammet», og konkluderte blant annet slik:

Janssen-vaksinen skal, så snart det praktiske og retningslinjene for bruk er på plass, tilbys i henhold til ekspertutvalgets mindretallsanbefaling om å gi vaksinen til personer som selv ønsker å ta denne.¹⁴⁷

Helse- og omsorgsministeren og statsministeren fikk fullmakt «til endelig å avklare rammene for ordningen etter at Helsedirektoratet har svart på oppdraget». Det ble forutsatt at «vaksinen kun kan gis frivillig etter konsultasjon med fastlege og at det er gitt tilstrekkelig informasjon om risiko».¹⁴⁸ Danmark hadde da allerede besluttet å tilby både AstraZeneca- og Janssen-vaksinen utenfor det nasjonale vaksinasjonsprogrammet.

Samtidig fortsatte gjenåpningen av samfunnet. Den 27. mai ble trinn to av gjenåpningen i Norge iverksatt. Med AstraZeneca-vaksinen ute av bildet var det viktigste spørsmålet bruken av Janssen-vaksinen. Danske myndigheter besluttet allerede 3. mai å tilby begge vaksinene i en tilvalgsordning. I Norge var Janssen-vaksinen fortsatt satt på pause i påvente av at Helsedirektoratet skulle vurdere hvordan ordningen med Janssen-vaksinen kunne gjennomføres.¹⁴⁹ I mellomtiden besluttet regjeringen å ikke kjøpe flere vaksinedoser fra Janssen i 2022. Regjeringen besluttet å bygge opp et beredskapslager av Janssen-vaksiner, som da besto av ca. 70 000 mottatte doser på et lager hos FHI.¹⁵⁰

¹⁴⁷ RCU-notat «Covid-19-notat om bruk av virusvektorvaksiner», 11. mai 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i RCU 12. mai 2021. Protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 12. mai 2021, nr. 18/2021.

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Nettartikkel, HOD, 14. mai 2021, «Frivillig vaksinerings med Janssen-vaksinen er ikke tilgjengelig ennå».

¹⁴² Forklaring, direktør i FHI Camilla Stoltenberg, 22. desember 2021; forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹⁴³ Rapport, Ekspertutvalget om virusvektorvaksiner, 10. mai 2021, «Vurderinger av virusvektorvaksiner i og utenfor vaksinasjonsprogrammet».

¹⁴⁴ Det var intern uenighet i utvalget om hva som skulle ligge til grunn for å tilby vaksinen. Flertallet mente at det bare unntaksvis ville være forsvarlig å tilby virusvektorvaksinene frivillig, på grunn av den daværende smittesituasjonen i Norge. Mindretallet mente enkeltindividet i større grad skulle vurdere fordeler og risiko selv, gitt at det ble sikret at de fikk god og oppdatert informasjon.

¹⁴⁵ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 9. mai 2021, «Vurderinger rundt bruk av COVID-19 Vaccine Janssen i koronavaksinasjonsprogrammet».

¹⁴⁶ Nettartikkel, HOD, 12. mai 2021, «AstraZeneca-vaksinen tas ut av koronavaksinasjonsprogrammet».

FHI skrev i en besvarelse til HOD 8. juni at tilvalgsordningen med Janssen-vaksinen var «krevende».¹⁵¹ FHI skrev at det var brukt betydelige ressurser i planleggingen av ordningen, og at «både distribusjon, rådgivning og oppfølging av bivirkninger kunne gå på bekostning av koronavirusvaksinasjonsprogrammet».

Janssen tilbys utenfor vaksinasjonsprogrammet

Helseministeren offentliggjorde på en pressekonferanse 9. juni at Janssen-vaksinen skulle tilbys utenfor vaksinasjonsprogrammet. Vaksinene skulle tilbys av private leger, vaksinasjonsklinikker og enkelte fastleger. Vaksinene og vaksineringen skulle være gratis. De som oppfylte nærmere bestemte kriterier, som ble gjort tilgjengelig på nettet, skulle kunne få vaksinen. Det praktiske knyttet til ordningen skulle være på plass uken etter, fra 15. juni. Statsråden ba om at fastlegene ikke ble kontaktet direkte om spørsmål knyttet til Janssen-vaksinen før dette. Grunnen var at legene trengte tid til å sette seg inn i ordningen. Det var de som skulle vurdere om «risikoen [...] for å få alvorlige bivirkninger er større enn fordelene av å få Janssen-vaksinen», og legene kunne også si nei til å gi vaksinen.¹⁵²

Da ordningen med Janssen-vaksinen først kom på plass, var vurderingene om prosedyrer, distribusjon, finansiering og kriterier i tråd med anbefalinger fra FHI og Helsedirektoratet. Legeforeningen var kritiske til ordningen og frarådet leger å sette vaksinen (Reigstad 2021). Dilemmaene knyttet til bruken av Janssen-vaksinen omtales senere i kapitlet.

Da kommisjonen avsluttet arbeidet, var det satt omtrent 180 000 og 8000 vaksinedoser fra henholdsvis AstraZeneca og Janssen i Norge.¹⁵³ I Danmark var det satt 153 000 og 47 000 doser med vaksinene fra henholdsvis AstraZeneca og Janssen.

Vaksinering av ansatte i skoler, barnehager og kritiske samfunnsfunksjoner

Vaksinering av ansatte i skoler og barnehager ble diskutert flere ganger i løpet av vinteren og våren 2021. Et argument for å vaksinere denne gruppen var å kunne holde skoler og barnehager åpne og slik redusere tiltaksbyrden for barn og unge. Det ble jevnlig diskutert også om kritiske samfunnsfunksjoner skulle prioriteres.

Regjeringen behandlet vaksinestrategien i regjeringsskonferansen 25. januar 2021. I helse- og omsorgsministerens notat «[...] om vaksinasjonsstrategi, målgrupper og prioriteringer for vaksinasjon mot covid-19», foreslo kunnskaps- og integreringsministeren blant annet at helse- og omsorgsministeren skulle komme tilbake til regjeringen med «[...] en vurdering av prioritering av ansatte i viktige samfunnsfunksjoner med særlig mange daglige nærkontakter». Kunnskaps- og integreringsministeren framhevet blant annet betydningen av å holde barnehager og skoler åpne, og at ved vurderingen av ulike vaksinestrategier burde blant annet dette tillegges vekt.¹⁵⁴

Regjeringen konkluderte i regjeringsskonferansen blant annet med at «[d]et gjøres ingen endringer i regjeringens mål, strategi og prioriteringsrekkefølge for vaksinasjon mot covid-19 nå».

I samme konferanse behandlet regjeringen et notat fra justis- og beredskapsministeren om «Prioritering av personell i kritiske samfunnsfunksjoner mht. vaksine mot covid-19». Justis- og beredskapsministeren foreslo blant annet følgende:

Ved vurdering av prioritering av vaksine til personell i kritiske samfunnsfunksjoner prioriteres personell som er særlig kritisk og personell som utsettes for særlig smitterisiko og/eller har et særlig ansvar for å hindre smittespredning. [...] ¹⁵⁵

Justis- og beredskapsministeren fikk ikke gehør for dette. I regjeringsskonferanse ble det konkludert at «[r]egjeringen kommer tilbake til spørsmålet dersom smittespredningen tilsier det».¹⁵⁶

¹⁵⁰ Nettartikkel, HOD, 12. mai 2021, «AstraZeneca-vaksinen tas ut av koronavirusvaksinasjonsprogrammet».

¹⁵¹ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 8. juni 2021, «Svar på Oppdrag nr. 486 – Retningslinjer, prosedyrer, informasjon og bestillingsløsning for Janssen vaksinen».

¹⁵² Nettartikkel, Helsenorge, 6. desember 2021, «Informasjon om Janssen-vaksinen».

¹⁵³ Nettartikkel, FHI, 6. januar 2021, Koronavirusvaksinasjonsstatistikk, oppdatert 2. mars 2022.

¹⁵⁴ R-notat «Covid-19 notat – om vaksinasjonsstrategi, målgrupper og prioriteringer for vaksinasjon mot covid-19», 22. januar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren i regjeringsskonferanse 25. januar 2021.

¹⁵⁵ R-notat «Covid-19-notat – Prioritering av personell i kritiske samfunnsfunksjoner mht. vaksine mot covid-19», 24. januar 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren i regjeringsskonferansen 25. januar 2021. Protokoll fra regjeringsskonferanse, 25. januar 2021, nr. 3b/2021.

¹⁵⁶ Ibid.

FHI advarer om kontinuerlige endringer

Spørsmålet om prioritering av ulike yrkesgrupper var oppe igjen i regjeringen 25. mars 2021. FHI hadde i en besvarelse til HOD 22. mars 2021 anbefalt at vaksinasjonsprogrammets mål om å prioritere liv og helse foran de samfunnsmessige konsekvensene «bør ligge fast og i denne rekkefølge». FHI advarte mot å gjøre «kontinuerlige tilpasninger» i vaksinasjonsprogrammet. FHI fryktet redusert forutsigbarhet og kommunikasjonsutfordringer og at dette kunne føre til redusert tillit. I besvarelsen understreket FHI at en dynamisk prioritering «ikke er ensbetydende med at det kan gjennomføres ad hoc endringer i vaksinefordelingen på jevnlig basis».¹⁵⁷

Videre i besvarelsen skrev FHI at lærere, pedagogisk personell og personell i kritiske samfunnsfunksjoner «vil kunne prioriteres spesielt» etter at risikogrupper og helsepersonell var vaksinert, dersom smittespredningen var stor. Hovedargumentet for å vaksinere lærere og pedagogisk personell var å sikre en normal hverdag for barn og unge dersom smittespredningen var stor og det var vanskelig å holde skoler i normal drift. Holden-utvalget hadde også pekt på at ansatte i barnehager og grunnskoler, særlig i Oslo-området, var utsatt for langt høyere smitte enn gjennomsnittet av befolkningen.

I helse- og omsorgsministerens r-notat om gjennomgang av vaksinasjonsstrategien til regjeringskonferansen 25. mars 2021 kom kunnskaps- og integreringsministeren med følgende merknad:

Erfaringene fra covid-19-krisen så langt har vist at det å holde barnehager og skoler åpne er av stor betydning – for samfunnet som helhet og for enkeltindivider. Åpne institusjoner bidrar til at øvrig samfunns- og arbeidsliv kan fungere, og til at barn og unge ikke rammes mer enn strengt nødvendig av tiltakene for å begrense pandemien. Nedstenging av skoler og barnehager medfører på sin side svært høye samfunnsøkonomiske kostnader. Ved høyt smittepress kan skolene og barnehagene komme i en situasjon hvor det er umulig/uforsvarlig å drive pga mange syke ansatte. Det er derfor av stor betydning at ansatte i barnehage og skole prioriteres for vaksine når prioriteringer blir aktuelle. For å trygge ansatte men også foreldre, barn og elever bør det kommuniseres ut alt nå

at ansatte i barnehage og skole skal bli prioritert når alle over 45 er vaksinert.¹⁵⁸

Kunnskaps- og integreringsministeren foreslo følgende konklusjonspunkt:

Ansatte i barnehager og skoler skal prioriteres når alle over 45 år er vaksinert.

Barne- og likestillingsministeren kom også med en merknad til r-notatet og foreslo at «[...] Beredskapshjem og nærmere definerte grupper av ansatte innenfor institusjonsbarnevernet gis likevel økt prioritet for vaksinering.» Ingen av disse forslagene ble vedtatt i regjeringskonferanse 25. mars. Regjeringen konkluderte blant annet med følgende:

1. Det gjøres ingen endringer i vaksinasjonsstrategien nå.
2. Nye vurderinger av vaksinestrategien må gjøres i sammenheng med planen for gradvis gjenåpning før sommeren eller tidligere dersom ny kunnskap tilsier det, eller dersom man nærmer seg å ha vaksinert alle ned mot 50 år. [...] Det gjøres også en vurdering av om, og ev. under hvilke betingelser, ulike yrkesgrupper skal prioriteres, herunder personer som er kritiske for samfunnets funksjon og som har hyppe grensepasseringer.¹⁵⁹

Justisministeren har forklart til kommisjonen at embetsverket i flere runder anbefalte å prioritere personell i samfunnskritiske funksjoner for vaksine, og at dette spørsmålet var et eksempel på «uenighet mellom politisk ledelse og embetsverk».¹⁶⁰

Da vaksinestrategien ble vurdert på ny i RCU 18. mai 2021, besluttet den i tråd med justis- og beredskapsministerens forslag i RCU-notatet «Vaksiner til samfunnskritiske beslutningstagere i Covid-håndteringen» å prioritere samfunnskritisk personell. I RCU-notatet foreslo justis- og beredskapsministeren at prioriteringen skulle omfatte

¹⁵⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 22. mars 2021, «Svar på oppdrag 8 om vaksinasjon – hovedleveranse».

¹⁵⁸ R-notat «Covid-19-notat om gjennomgang av vaksinasjonsstrategien», 25. mars 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til regjeringskonferansen 25. mars 2021. Protokoll fra regjeringskonferanse, 25. mars 2021, nr. 13b/2021.

¹⁵⁹ R-notat «Covid-19-notat om gjennomgang av vaksinasjonsstrategien», 25. mars 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til regjeringskonferansen 25. mars 2021. Protokoll fra regjeringskonferanse, 25. mars 2021, nr. 13b/2021.

¹⁶⁰ Forklaring, tidligere justis- og beredskapsminister Monica Mæland, 6. januar 2022.

et begrenset antall nøkkelpersoner i følgende grupper:

[...] De tre statsmakter, herunder Kongehuset samt nøkkelpersonell hos helt sentrale fagmyndigheter som FHI, Helsedirektoratet, DSB og NAV. I tillegg til sentrale beslutningstagere i virksomhetene – dvs. tronfølgen, stortingsrepresentantene, regjeringens medlemmer mv., mener jeg det er sentralt at vi inkluderer et minimumsantall av de personene som er nødvendige for at de ulike maktene skal fungere. Det vil si de mest sentrale rådgiverne, IKT – funksjoner etc.¹⁶¹

RCU konkluderte med følgende:

Det tilbys vaksiner til et begrenset antall samfunnskritiske beslutningstagere og nøkkelpersonell (ca 500) i Covid-håndteringen, med sikte på at disse fullvaksineres så raskt som mulig.¹⁶²

Justis- og beredskapsministeren fikk fullmakt, i samråd med SMK, til «å ivareta og håndtere de praktiske sidene ved forslaget».

FHI anbefalte derimot ikke prioritering av kritiske samfunnsfunksjoner.¹⁶³ Prioriteringen førte til store diskusjoner i offentligheten, blant annet fordi helsepersonell fortsatt ikke var ferdig vaksinert. Det førte til at flere statsråder og folkevalgte, deriblant helseministeren, valgte å takke nei til dosene de ble tilbudt. Helseministeren informerte statsministeren om sitt vaksine-nei og framholdt at han ville vente med vaksinen til han fikk tilbudet i sin hjemkommune Stavanger. Dermed fikk han første vaksinedose først 21. juni 2021.

Ansatte i skoler og barnehager

Ansatte i skoler og barnehager ble prioritert for vaksinasjon først i slutten av juni 2021.¹⁶⁴ Regjeringen åpnet 22. juni 2021 for at kommunene kunne prioritere ansatte i skoler og barnehager med inntil 10 prosent av vaksinedosene. Målet var

å «legge til rette for at flest mulig er beskyttet til barnehage- og skolestart til høsten».¹⁶⁵

I koronavaksinasjonsprogrammets styringsmøte 5. august 2021 orienterte FHI om status for vaksinasjon av lærere og barnehagepersonell. Da var 85 prosent, altså 244 000, av ansatte i skoler og barnehager vaksinert med én dose, mot 81 prosent i den øvrige befolkningen mellom 18 og 70 år.¹⁶⁶ FHI hadde bedt statsforvalterne følge opp kommunene med tanke på vaksinasjon av lærere og barnehagepersonell før skolestart. Ifølge referatet hadde også Utdanningsforbundet prøvd å få enkelte kommuner til å framskynde vaksinasjonen av denne gruppen.

Skoler, barn og ungdom

Vaksinasjon av barn og unge ble ikke prioritert i den opprinnelige strategien fra desember 2020. Kunnskapen den gang tilsa at barn og unge hadde lav risiko for alvorlig sykdom. Det var heller ingen vaksiner som var godkjent for barn da. Det ble også antatt at barn og unge bidro mindre enn voksne til smittespredning.¹⁶⁷ Sistnevnte antagelse endret seg i løpet av pandemien, blant annet som følge av ny forskning.¹⁶⁸

Det var kjent at enkelte medisinske tilstander ga forhøyet risiko for alvorlig forløp av covid-19 også hos yngre. Det ble i april 2020 avdekket at en sjelden sykdom og betennelsestilstand, MIS-C (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, multiorgan betennelsessyndrom hos barn på norsk), kunne oppstå hos barn i ukene etter gjennomgått covid-19-sykdom. FHI anbefalte i sin besvarelse om vaksinestrategien til HOD i mars 2021 at barn med forhøyet risiko for akutt, alvorlig covid-19 «bør tilbys vaksine når godkjenning for bruk i aldersgruppen foreligger».¹⁶⁹ FHI presiserte at vaksinerings av de under 18 år måtte «hvile på grundige risikovurderinger med utgangspunkt i at barn sjelden får alvorlig sykdom, men enkelte kan rammes av multiorgansykdom».

¹⁶¹ R-notat «Vaksiner til samfunnskritiske beslutningstagere i Covid-håndteringen», 14. mai 2021, fremmet av justis- og beredskapsministeren 18. mai 2021. Korrigert protokoll for regjeringens covid-19-utvalg, 18. mai 2021, nr. 19/2021.

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 12. mai 2021.

¹⁶⁴ Ansatte og ledere i barnehage, grunnskolen og videregående var fra 20. mai 2020 regnet som nøkkelpersonell med kritisk samfunnsfunksjon, tidligere gjaldt dette bare ansatte i barnehage og grunnskole 1.–4. klasse.

¹⁶⁵ Nettartikkel, Kunnskapsdepartementet (KD), 22. juni 2021, «Regjeringen åpner for å prioritere ansatte i barnehager og skoler i vaksinekøen».

¹⁶⁶ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet 5. august 2021.

¹⁶⁷ Til sammenligning er barnehage- og skolebarn ifølge pediatriveilederen til Norsk barnelegeforening ansett som de viktigste smittesprederne av de årlige influensaepidemiene fordi: «barn er tett samlet i lange perioder i skoler og barnehager og sprer smitten til mindre søsken og voksne».

¹⁶⁸ Rapport, FHI, 3. november 2021, «Smitte av covid-19 hos barn og unge etter skolestart høsten 2021».

¹⁶⁹ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 22. mars 2021, «Svar på oppdrag 8 om vaksinasjon – hovedleveranse».

Pfizer-vaksinen var godkjent for bruk fra 16 år 21. desember 2020, fra 12 år 28. mai 2021 og for barn fra 5 år 25. november 2021. Moderna var godkjent fra 18 år 6. januar 2021 og fra 12 år 23. juli 2021.

Aldersrekkefølgen endret i mai 2021

I Danmark var det allerede fra november 2020 planlagt å tilby vaksine til hele befolkningen over 16 år. Den 17. mars 2021 endret danskene vaksinestrategien og dermed vaksinasjonsrekkefølgen. Det ble da tatt hensyn til både til risiko for sykdom og risiko for smittespredning hos de yngre. Aldersgruppene 16–19 år, 20–24 år og 25–29 år ble dermed vaksinert parallelt med aldersgruppene 45–49 år, 40–44 år og 35–39 år – i den rekkefølgen. Til slutt kom aldersgruppen 30–34 år.¹⁷⁰

Den norske regjeringen så hen til dette og besluttet 25. mars 2021 å gjøre en vurdering av den danske strategien der vaksinerings av den til da yngste aldersgruppen, 16–19 år startet opp etter at alle over 50 år var tilbudt en vaksine. HOD fulgte opp regjeringens beslutning ved å gi oppdrag til FHI.

HOD ba i oppdragsbeskrivelsen FHI om å vurdere «direkte og indirekte effekter av tiltaksbyrden de yngste har opplevd og gruppens betydning for smittespredning».¹⁷¹ FHI anbefalte i besvarelsen¹⁷² til HOD 10. mai 2021 å endre rekkefølgen for vaksinasjon i aldersgruppen 18–44 år, slik at de i aldersgruppene 18–24 år og 40–44 år fikk tilbud om vaksiner samtidig. Etter dette skulle aldersgruppen 25–39 år få tilbud om vaksine.

Det regjeringsoppnevnte utvalget som vurderte bruken av AstraZeneca- og Janssen-vaksinene, anbefalte også vaksinerings av unge i sin rapport 10. mai. Ekspertutvalget anbefalte myndighetene å ta hensyn til kontakthypighet på gruppenivå og dermed å «vurdere om aldersgruppen 18–25 år burde prioriteres frem i køen».¹⁷³ Anbefalingene fra FHI og ekspertutvalget ble fulgt opp av regjeringen, som 12. mai besluttet å endre aldersrekkefølgen, slik FHI hadde skissert. Dette skulle skje når alle over 45 år var tilbudt vaksine. Endringene ble offentliggjort av statsministeren på en pressekonferanse samme dag.¹⁷⁴

¹⁷⁰ Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

¹⁷¹ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 10. mai 2021, «Nye vurderinger av vaksinasjonsstrategien».

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Rapport, Ekspertutvalget om virusvektorvaksiner, 10. mai 2021, «Vurderinger av virusvektorvaksiner i og utenfor vaksinasjonsprogrammet».

16- og 17-åringene

Videre anbefalte FHI i en besvarelse til HOD 28. juni at 16- og 17-åringene ble tilbudt vaksinasjon når alle over 18 år var tilbudt en første vaksinedose.¹⁷⁵ Det går fram av møtereferater at FHI anbefalte å vente med en nærmere vurdering av vaksinerings av aldersgruppen 12–15 år til slutten av september.¹⁷⁶ Da ville man ifølge FHI få bedre tid til å vurdere effekten av vaksinasjonsprogrammet, oppdatere seg på den internasjonale situasjonen og få mer erfaring om vaksineeffekt for virusvarianter og bivirkninger i denne aldersgruppen. I tillegg skrev FHI at det uansett ikke ville være doser til bruk for denne aldersgruppen før tidligst i oktober. HOD ga sin tilslutning til å avvende vurderingen.¹⁷⁷

Den 5. juli varslet regjeringen at det var planlagt å tilby vaksinasjon til aldersgruppen 16–17 år når alle over 18 år hadde fått tilbud om første vaksinedose. Sommeren 2021 var til sammenligning *alle* danske 16-åringene tilbudt vaksine, og fra 14. juli ble også barn i alderen 12–15 tilbudt vaksiner i Danmark.¹⁷⁸

I Norge ble den endelige beslutningen om at 16- og 17-åringene skulle tilbys vaksine, varslet 18. august, to dager etter at både barne- og ungdomsskoler og videregående skoler hadde startet opp på grønt nivå etter sommerferien. I løpet av sommeren 2021 hadde den mer smittsomme deltavarianten av viruset overtatt, og etter skolestart blusset smitten raskt opp mange steder i landet.

Allerede i starten av august uttrykte den politiske ledelsen i HOD bekymring for økt smitte.¹⁷⁹ I en rapport om covid-19-smitte hos barn og unge etter skolestart høsten 2021 konkluderte FHI med at det også i denne smittebølgen var store geografiske forskjeller (Astrup mfl. 2021). I kommuner med høy smitteforekomst var det størst smittespredning blant ungdom i videregående skole og ungdomsskoler. Det var mindre smitte blant barn i barnehager og barneskoler, til tross for ellers høy smitte. Mange kommuner hadde lav

¹⁷⁴ Pressekonferanse, tidligere statsminister Erna Solberg, 12. mai 2021.

¹⁷⁵ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 28. juni 2021, «Oppdrag 37 – koronavaksinasjon av ungdom (16–17-åringene)».

¹⁷⁶ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 17. juni 2021.

¹⁷⁷ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 24. juni 2021.

¹⁷⁸ Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

¹⁷⁹ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 9. august 2021.



Figur 9.8 En 16 år gammel elev fikk første vaksinedose i aulaen ved Holtet videregående skole i Oslo 7. september 2021. Vaksinesenteret i bydel Nordstrand massevaksinerte elever på skolen.

Foto: Heiko Junge / NTB

smitte og få tilfeller i skolene. I samme rapport konkluderte FHI med følgende:

Uvaksinert ungdom kan forårsake omfattende smittespredning. Barn i barneskole- og barnehagealder bidrar betydelig mindre til smittespredningen enn uvaksinert ungdom, også i et åpent samfunn med generelt høyt smittenivå. [...] Når personer i risikogrupper i all hovedsak er vaksinert er det ikke lenger forholdsmessig med strenge tiltak rettet mot barn.

Tilbud om én dose for 12- til 15-åringer

Den 2. september 2021, to og en halv uke etter skolestart, besluttet regjeringen å tilby ungdom i alderen 12–15 år én vaksinedose. Vaksinene fra Pfizer og Moderna var da begge godkjent for bruk ned til tolv års alder.¹⁸⁰

«Nå er det mye smitte blant barn og unge, og vaksine vil bidra til at også denne gruppen får en mer normal hverdag», uttalte daværende statsminister i pressemeldingen.¹⁸¹ På pressekonferansen informerte FHI-direktøren om at vaksinering av barn og unge ville kunne redusere smitten i hele befolkningen.¹⁸²

FHI anbefalte 1. oktober å tilby 16- og 17-åringene en andre vaksinedose, med et intervall på 12

¹⁸⁰ Mange land, for eksempel Danmark, Finland, Island, USA og Canada, vaksinerte allerede denne aldersgruppen.

¹⁸¹ Nettartikkel, SMK, 2. september 2021, «12- til 15-åringer får tilbud om koronavaksine».

¹⁸² Presentasjon, FHIs PowerPoint-presentasjon, 2. september 2021, «Koronapandemien. Pressekonferanse – 2. september 2021».

Boks 9.2 Barn og unge og sykehusinnleggelse

Andelen barn og unge innlagt på sykehus med covid-19 i Norge var lav sammenlignet med for voksne. I perioden fra mars 2020 til oktober 2021 hadde 160 barn og ungdom vært innlagt. Antallet økte imidlertid med økt smitte i samfunnet. I løpet av januar 2022 var 126 barn under 18 år innlagt med covid-19. Omtrent halvparten var under ett år. I perioden kommisjonens myndighetsgransking pågikk, hadde 846 barn vært innlagt i sykehus, 9 hadde vært innlagt i intensivavdeling, og 4 barn var døde som følge av covid-19-sykdom. Øvrige konsekvenser for barn og unge omtales i kapittel 10.

Kilde: FHI og Norsk intensiv- og pandemiregister

uker. FHI hadde vurdert graden av beskyttelse etter en og to vaksinedoser, smittesituasjonen i Norge blant ungdom og risikoen for bivirkninger. Det var da kjent at den sjeldne bivirkningen med myokarditt (hjertemuskelbetennelse) for unge hadde god prognose. I tillegg var det kjent at et langt doseintervall ga den beste immunresponsen. På grunn av den sjeldne bivirkningen med myokarditt og perikarditt (hjerterposebetennelse) ble det fra høsten 2021 utelukkende vaksinert med Pfizer-vaksiner i aldersgruppene under 18 år.¹⁸³

Da kommisjonen avsluttet myndighetsgranskingen 31. oktober 2021, var det fortsatt ikke besluttet om barn ned til fem år skulle få tilbud om vaksiner. Flere land vaksinerte barn i denne aldersgruppen, til tross for at godkjenning fra EMA ikke forelå. Endelig godkjenning av Pfizer-vaksinen i alderen fem–elleve år ble gjort av EMA den 25. november 2021. FHI varslet samme dag at barn fra fem til elleve år med alvorlig grunnsykdom snart kunne få koronavaksine. I Norge var det anslått å gjelde omtrent 3000 barn. FHI hadde et tett samarbeid med Norsk barnelegeforening om anbefalingene.

Gravide

I Danmark ble gravide og ammende anbefalt vaksinasjon mot covid-19 fra 21. juli 2021 som en del

¹⁸³ Vi beskriver bivirkningene nærmere i dette kapitlet under punkt 9.4 om gjennomføringen av vaksinasjonen.

av det generelle vaksinasjonsprogrammet. FHIs anbefaling om vaksinasjon med mRNA-vaksine mot covid-19 for alle gravide kom først 18. august 2021. Det var kjent at gravide kvinner hadde noe økt risiko for alvorlig forløp ved koronasykdom. Risikoen var høyest i siste del av svangerskapet. Det var lenge for liten kunnskap om bruk av vaksiner på gravide til at FHI valgte å anbefale det. I august 2021 var imidlertid mer kunnskap tilgjengelig, og FHI anbefalte vaksinasjon av gravide i risikogrupperne allerede i første trimester. Øvrige gravide, uten risikofaktorer, ble anbefalt vaksinasjon i andre og tredje trimester. Vaksine ble anbefalt også til kvinner som planla å bli gravide, eller som var i IVF-behandling. Gravide innlagt i intensivavdeling da deltavarianten dominerte, var i stor grad uvaksinert (Engjom mfl. 2022).¹⁸⁴

Tredje vaksinedose

Den 25. september 2021, da Norge gjenåpnet til «en normal hverdag med økt beredskap»¹⁸⁵, var vaksinedekningen høy. Samtidig var det kjent at effekten fra vaksinerne avtok. Det ble derfor tatt flere beslutninger om å tilby en tredje vaksinedose:

- Den 30. august 2021 besluttet regjeringen å tilby immunsupprimerte en tredje vaksinedose.
- Den 5. oktober 2021 besluttet regjeringen å tilby alle over 65 år en tredje vaksinedose.
- Den 4. november 2021 besluttet regjeringen å tilby helsepersonell en tredje vaksinedose.
- Den 12. november 2021 besluttet regjeringen å tilby alle over 18 år en tredje vaksinedose.

Antallet smittede og innlagte med covid-19 økte igjen i oktober og november 2021.¹⁸⁶ Fullvaksinerte hadde imidlertid kortere liggetid og lavere risiko for å trenge intensivbehandling (Whittaker mfl. 2021). Fortsatt var omtrent 9 prosent av befolkningen over 18 år uvaksinert i Norge. Epidemien økte i omfang, særlig blant uvaksinerte barn og unge. Virusset nådde fram til både de eldste og til uvaksinerte, som hadde høyere risiko både for alvorlig sykdom og intensivbehandling dersom de ble smittet av covid-19. Det var store diskusjoner i offentligheten om vaksinetempo for

tredje vaksinedose i kommunene.¹⁸⁷ Samtidig var det uro knyttet til en ny virusvariant oppdaget i Sør-Afrika (omikron), som var mange ganger så smittsom som deltavarianten av viruset. Det var også et spørsmål om en fjerde vaksinedose ville bli tilbudt i 2022. Dette var ennå ikke besluttet da kommisjonen avsluttet denne granskingen – og vil følgelig ikke beskrives nærmere her.

Beslutningsprosessene

I en normalsituasjon har FHI stor myndighet når det gjelder vaksiner. FHI beslutter innkjøpet av vaksiner og prioriteringen av dem. FHI har også ansvar for å gi faglige råd til myndighetene. Det går fram av «Nasjonal beredskapsplan for utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer» at HOD eller eventuelt regjeringen tar slike beslutninger i en pandemi. Dette gjelder blant annet for hvilke grupper som skal prioriteres i en situasjon med knapphet på vaksiner.

Som det går fram av gjennomgangen foran, hadde HOD og regjeringen en tett oppfølging av vaksinasjonsprogrammet. I tillegg informerte FHI, Helsedirektoratet, og Legemiddelverket jevnlig om status for vaksinearbeidet i Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser (BUB). Framgangen i vaksinasjonsprogrammet var styrt av oppdrag fra HOD, som FHI besvarte løpende.

Fram til november 2021 var det totalt 60 oppdrag om vaksinerne¹⁸⁸ av varierende størrelse. Enkelte av besvarelsene var på 100–120 sider og av stor strategisk betydning. Disse oppdragene hadde relativt lange svarfrister. Det var også kortere oppdrag og mange delleveranser helt ned til én enkelt side med tekst. Noen av de minste oppdragene hadde frist på bare noen få timer. FHI har til kommisjonen beskrevet arbeidsbelastningen, spesielt i perioden fra desember 2020 til mars 2021, som «på grensen til uforsvarlig».¹⁸⁹

Det meste ble som FHI anbefalte, men ikke alt

Flere beslutninger som ifølge planverket ligger til HOD ble i pandemien løftet til regjeringen. Eksempler på dette er beslutningen om å forskriftsfeste covid-19-vaksinasjon som en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, og vedtagelsen av prioriteringene. Regjeringen behandlet den overordnede vaksinestrategien tre ganger etter at

¹⁸⁴ Nettartikkel, FHI, 25. januar 2022, «Alvorlig sykdom med deltavarianten hos uvaksinerte gravide».

¹⁸⁵ Pressemelding, SMK, 24. september 2021, «Norge går over til en normal hverdag med økt beredskap».

¹⁸⁶ I tillegg var det økt pågang på sykehusene av pasienter med andre luftveisinfeksjoner som parainflensa og RS-virus.

¹⁸⁷ Dette blir nærmere omtalt senere i kapitlet under punkt 9.4 om gjennomføringen av vaksinerne.

¹⁸⁸ Uformelt møte, fagdirektør i FHI, 11. november 2021.

¹⁸⁹ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

den ble vedtatt 1. desember 2020: i januar, mars og mai 2021. I tillegg ble en rekke spørsmål behandlet i RCU. I de fleste tilfellene var beslutningene i tråd med FHI's anbefalinger. Unntak fra dette var spørsmålene om geografisk prioritering av vaksiner og bruken av virusvektorvaksinene fra AstraZeneca og Janssen. Det har blitt framhevet i flere av forklaringene for kommisjonen at disse to spørsmålene også var de mest krevende i arbeidet med vaksinestrategien.¹⁹⁰

Regjeringen foretok også egne prioriteringer utenfor strategien, som da Forsvarets personell utstasjonert i Afghanistan og NOR EMT fikk tilbud om AstraZeneca-vaksiner. Dette var også tilfellet da RCU vedtok å prioritere samfunnskritiske beslutningstagere og nøkkelpersonell 18. mai 2021. Sistnevnte beslutning var i strid med FHI's anbefalinger.

De fleste notatene som ble presentert for regjeringen og RCU, var lagt fram for regjeringen og utvalgsmedlemmene i forkant. Et unntak er flere RCU-notater om geografisk prioritering våren 2021. Det er kommisjonens inntrykk at helseministeren var uenig blant annet med finansministeren om hvor mye geografisk prioritering som burde besluttes. Dette går fram av skriftlig dokumentasjon og av forklaringer til kommisjonen.¹⁹¹ Alle beslutningene ble ikke tatt på regjeringensnivå. For eksempel tok HOD beslutninger om størrelsen på beredskapslageret av vaksiner og om endringer i doseintervall. Helseministeren fikk i flere tilfeller fullmakt fra regjeringen til å følge opp saker i samråd med statsministeren, med finansministeren, etter rådslaging med FHI og i tilfellet med økt geografisk prioritering i mai 2021 med statsforvalterne. I spørsmålet om Janssen-vaksinen fikk helseministeren fullmakt av regjeringen til å beslutte og iverksette ordningen.

HOD, ved departementsråden, ledet styringsmøtene i koronavaksinasjonsprogrammet og var også på den måten tett involvert. At FHI endret anbefalinger, førte også flere ganger til endringer i vaksineringsen, uten at dette ble kalt en endring i prioriteringen eller strategien. Et eksempel på dette er FHI's anbefaling om vaksinerings av gravide og ammende. Andre eksempler er justeringene av de medisinske risikogrupperne. HOD ga i tillegg FHI oppdraget å sørge for vaksiner til Utenriksdepartementets utsendte ved spesielt belastede tjenestesteder.¹⁹² FHI fikk også i oppdrag å

¹⁹⁰ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

¹⁹¹ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

Boks 9.3 Beslutningsprosessene i Danmark

Danmark har hatt beslutningsprosesser som skiller seg fra de norske. Den danske regjeringen tok, som den norske, en mer sentral rolle i pandemihåndteringen enn det som var forutsatt i beredskapsorganiseringen. Det er kommisjonens inntrykk at den danske regjeringen var mindre direkte involvert i vaksinestrategien enn den norske. En kriseberedskapsgruppe under Statsministeriet var involvert i drøfting av strategi, men det var den danske helseministeren som besluttet vaksinestrategien 22. desember 2020. Arbeidet med prioriteringer og de konkrete planene for gjennomføring av vaksinasjonen ble lagt til det som tilsvarende Helsedirektoratet i Norge, og ikke Statens Serum Institut – som tilsvarende FHI. I Norge har Helsedirektoratets rolle hovedsakelig vært knyttet til finansiering av vaksinasjonen, anskaffelse av vaksinasjonsutstyr og å gi råd om lettelsener og utarbeide rutiner og prosedyrer for vaksinasjon. Statens Serum Institut var mindre sentral enn FHI i det praktiske vaksinearbeidet ut mot befolkningen. Det ble besluttet endringer i den danske vaksinestrategien bare én gang, i mars 2021. Da ble blant annet de yngste aldersgruppene, ned mot 16 år, tilbudt vaksiner parallelt med aldersgruppene mellom 35–49 år.

Kilde: Menon Economics

bestemme hvordan vaksinene skulle fordeles mellom kommunene da risikogrupperne var vaksinert.¹⁹³

Ifølge departementsråden i HOD hadde FHI en praktisk utøvende rolle i vaksinasjonsarbeidet, noe som minner mer om arbeidsmåten som vanligvis ligger til Helsedirektoratet. Dette ble HOD og FHI enige om, basert på FHI's viktige rolle i influensavaksinasjonsarbeidet i en normaltstand.¹⁹⁴

¹⁹² Svar på oppdrag, FHI til HOD, 20. mai 2021, «Svar på Oppdrag 31 – Vaksinasjon før utstasjonering på særlig belastede tjenestesteder».

¹⁹³ Dette var den første geografiske prioriteringen av vaksiner. Endringen i fordelingsnøkkelen førte til at Oslo og flere andre større bykommuner fikk en større andel av vaksinene.

Sentrale avveininger og dilemmaer

Som vi har redegjort for, var det stor knapphet på vaksiner mot covid-19 globalt da vaksinasjonen startet i romjulen 2020. Etableringen av vaksinasjonsprogrammet og utarbeidelsen av strategien var nybrottsarbeid, og det var stor usikkerhet knyttet både til vaksinene, virusvarianter og sykdommen. Dette gjorde arbeidet vanskelig både for FHI, HOD og regjeringen.

Det var mange kryssende hensyn knyttet til prioriteringene i strategien og endringene i den. Nedenfor følger en oppsummering av de sentrale dilemmaene og hva som har vært førende. Konsekvenser av de prioriteringene myndighetene gjorde og kommisjonens anbefalinger vil vi redegjøre for til slutt i dette kapitlet i punktene 9.5 og 9.6, etter at vi i punkt 9.4 har beskrevet selve gjennomføringen av vaksinasjonen. Men først altså en oppsummering av dilemmaene.

Begrenset kunnskapsgrunnlag og matematisk modellering med stor usikkerhet

For kommisjonen er det tydelig at usikkerhet om vaksinene og covid-19-sykdommen har hatt stor betydning for hvilke mål og prioriteringer som ble anbefalt av fagmyndighetene.

FHI har i stor grad brukt matematisk modellering i arbeidet med anbefalingene. Modelleringsene har blant annet blitt brukt til å vurdere smittespredning, innleggelser og død og hvilken vaksinasjonsstrategi som burde velges for å minimere disse.

Problemene med modelleringene var at analysene og resultatene ble usikre når så mange av parameterne var usikre. Ett eksempel på dette er da FHI brukte modellering sommeren 2020 i anbefalingen til regjeringen om hvorvidt vaksinestrategien burde ta sikte på å vaksinere helsepersonell og risikogrupper eller hele befolkningen. FHI skrev i besvarelsen til HOD at analysene var bygd på «antakelser – og ikke solid vitenskapelig kunnskap».¹⁹⁵

FHI understreket modelleringenes usikkerhet også i spørsmålet om geografisk prioritering og i spørsmålet om hvilken effekt det ville ha på samlet smittespredning og sykehusinnleggelser å vaksi-

nere barn og unge.¹⁹⁶ Basert på ny modellering våren 2021 endte FHI med å anbefale geografisk prioritering og at unge ble vaksinert tidligere.¹⁹⁷ FHI understreket at anbefalingene ikke var basert på matematisk modellering alene.¹⁹⁸

FHI uttalte følgende til kommisjonen om betydningen av usikkerheten:

[M]odellene vi har for geografisk fordeling, har mange usikre parametere. De gir ikke et entydig svar på hva man skulle gjort. [...] Men hadde vi hatt mer informasjon om smittespredning, så hadde det nok hjulpet for modellene.¹⁹⁹

Etter hvert ble mer kunnskap om vaksinene tilgjengelig. I løpet av noen måneder vinteren og våren 2021 økte kunnskapen om vaksinene og effekten på smittespredning, og man fikk mer kunnskap om nye virusvarianter og vaksinetypene. Kommisjonen mener det kan stilles spørsmål ved om regjeringen raskt nok justerte strategien i tråd med ny tilgjengelig kunnskap. Dette vil vi komme tilbake til i punktene 9.5 og 9.6.

Vaksinenes effekt på smittespredning

Hvor stor effekt vaksinene kunne ha på smittespredningen, var i desember 2020 usikkert. Som nevnt var manglende kunnskap om dette ett av argumentene for å vaksinere dem med størst risiko for død og alvorlig sykdom først og ikke dem som bidro til størst smittespredning. Det ble tidlig klart at vaksinene beskyttet godt mot alvorlig infeksjon og død. FHI la lenge til grunn at vaksinene ikke reduserte smittespredning. Da vaksinestrategien ble lagd, la FHI vekt på individuell risiko for alvorlig sykdom og død.

Allerede i desember 2020 tydet forskningen på at vaksinene hadde effekt på smittespredning. I et møtoreferat fra koronavaksinasjonsprogrammet i desember 2020 står følgende:

¹⁹⁶ Rapport, FHI, 15. desember 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2».

¹⁹⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 22. mars 2021, «Svar på oppdrag 8 om vaksinasjon – hovedleveranse»; svar på oppdrag, FHI til HOD, 24. februar 2021, «Svar på oppdrag 8 Vaksinasjon – Delleveranse reviderte anbefalinger for geografisk prioritering»; svar på oppdrag, FHI til HOD, 10. mai 2021, «Nye vurderinger av vaksinasjonsstrategien».

¹⁹⁸ Forklaring, direktør i FHI Camilla Stoltenberg, 22. desember 2021.

¹⁹⁹ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

¹⁹⁴ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021.

¹⁹⁵ Svar på oppdrag, FHI og Helsedirektoratet til HOD, 29. juni 2020, «Oppdrag nr. 117 vurdering av strategier for vaksinerings mv. a. Vurdering av strategier for vaksinerings av befolkningen med en vaksine mot covid-19».

I den grad det foreligger data om smittehemmende effekt er det Pfizer og Moderna som synes å ha best effekt.²⁰⁰

Likevel la FHI lenge til grunn at vaksinerne ikke reduserte smittespredning. Først i mars 2021 ba HOD om at FHI la til grunn at vaksinerne hadde effekt på smittespredning. FHI anbefalte samtidig en geografisk målretting av vaksiner. Det er etter vårt syn grunn til å anta at geografisk omfordeling av vaksinerne ville blitt innført tidligere dersom fagmyndighetene og regjeringen raskere hadde justert oppfatningen sin om vaksinerens smittereducerende effekt. Da ville også effekten på smittespredningen blitt større.

En ansatt i FHI forklarte følgende til kommisjonen:

I et scenario hvor vaksinen bare beskytter mot smitte, men ikke mot alvorlig sykdom, hadde man prioritert vaksinasjonen annerledes enn der den beskytter mot alvorlig sykdom, men ikke smitte. [...].²⁰¹

I den danske vaksinestrategien ble det fra desember 2020 lagt vekt på effekten vaksinerne kunne ha mot smittespredning.²⁰² Reduksjon i smittespredning var i tillegg et av målene for vaksinasjonsprogrammet, slik EU-kommisjonen anbefalte. FHI pekte i mars 2021 på at forskning antydte at vaksinerne hadde en «betydelig effekt mot infeksjon generelt og [...] dermed vil ha en effekt mot smittsomhet og smittespredning».²⁰³ I en senere besvarelse til HOD skrev FHI at «utstrakt vaksinasjon reduserer smittespredning generelt ved at vaksinerte personer har betydelig lavere risiko for å bli smittet og få symptomer sammenlignet med uvaksinerte».²⁰⁴ Med omikronvarianten var den immunologiske effekten redusert både for vaksinerte og for dem som ble smittet av viruset. Denne virusvarianten ble imidlertid dominerende først ti–tolv måneder etter vaksinasjonen først kom i gang. Vi mener fagmyndighetene tidligere burde tatt høyde for at vaksinen kunne ha effekt på smittespredning.

²⁰⁰ Referat, FHI's referat fra fast møte i programledelsen, 29. desember 2020.

²⁰¹ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

²⁰² Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

²⁰³ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 22. mars 2021, «Svar på oppdrag 8 om vaksinasjon – hovedleveranse».

²⁰⁴ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 29. oktober 2021, «Svar på Oppdrag 49b – Om boosterdose til helsepersonell».

De overordnede målene i strategien

Regjeringens øverste mål om at vaksinasjonsprogrammet skulle redusere død og dernest alvorlig sykdom, lå fast gjennom hele pandemien fram til kommisjonen avsluttet myndighetsgranskningen 31. oktober 2021. Vaksinestrategien skulle være en «dynamisk prioritering» mellom grupper, samtidig som de overordnede målene lå fast. Mål nummer tre var å opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur, mål fire å beskytte sysselsettingen og økonomien og mål fem å gjenåpne samfunnet. Dersom to eller flere mål kom i konflikt med hverandre, skulle målet med høyest rangering bli prioritert.

Som i Norge hadde danskene som første mål å minimere død og dernest alvorlig sykdom. Mål nummer tre var å minimere smittespredning og oppnå epidemikontroll og mål fire å sikre samfunnskritiske funksjoner. I motsetning til de norske målene var ikke målene gjensidig utelukkende, men kunne iverksettes parallelt.²⁰⁵

Vi har i vår granskning stilt spørsmål ved om regjeringen burde valgt mål for vaksinasjonsprogrammet som ga større fleksibilitet til å justere prioriteringene etter hvert som pandemien utviklet seg og det var mer tilgjengelig kunnskap om vaksinerne og sykdommen. Vi har også stilt spørsmål ved hvorfor ikke ett av de overordnede målene var å minimere smittespredning og oppnå epidemisk kontroll, slik det var i den danske strategien. Det er – ut fra den kunnskapen vi har i dag – grunn til å tro at dette samlet sett kunne redusert byrden som følge av smitteverntiltakene for enkelte geografiske områder i Norge tidligere.

Det kan også stilles spørsmål ved om målet om å først redusere død, dernest redusere alvorlig sykdom var i tråd med regjeringens egne mål i selve pandemihåndteringen. Disse var å «ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien».²⁰⁶ FHI uttalte følgende i en forklaring til kommisjonen:

Vi forholdt oss til målsettingen hele tiden. Vi så på om strategien var i tråd med empirisk kunnskap, slik at det la til rette for å nå målene. [...] Man kan alltid erklære seg uenig i hva som blir valgt som målsetting, men til slutt er det et politisk valg.²⁰⁷

²⁰⁵ Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

²⁰⁶ Strategi, regjeringen, 30. november 2021, «Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien».

²⁰⁷ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

Likebehandling versus tiltaksbyrde

Ut fra det skriftlige materialet kommisjonen har mottatt, synes det å ha vært liten oppmerksomhet rundt byrden av smitteverntiltakene da vaksinestrategien først ble utarbeidet. At befolkningen i stor grad fulgte smitteverntiltakene, ble brukt som argument for å ikke foreta andre prioriteringer enn de som i utgangspunktet ble valgt.²⁰⁸

Vektleggingen av tiltaksbyrde ble viktigere utover i pandemien og ble etter hvert eksplisitt omtalt både av HOD i oppdragsbeskrivelsene til FHI og i regjeringskonferansene. Stor tiltaksbyrde var ett argument for å prioritere geografisk «skjevfordeling» av vaksiner til en del østlands-kommuner. Byrden som følge av smitteverntiltak i områder med stort smittepress ble framhevet både av Holden-utvalget og av ekspertutvalget som vurderte bruken av vaksiner fra AstraZeneca og Janssen. Kommisjonen mener større og tidligere oppmerksomhet på byrden av smitteverntiltak i vaksinasjonsprogrammet ville ført til at geografisk prioritering av vaksiner ville blitt innført raskere.

For kommisjonen virker det som hensynet til nasjonal likebehandling har stått sentralt og ført til at det har vært vanskelig for regjeringen å innføre geografisk målretting av vaksiner. I tillegg mener kommisjonen at det kan ha spilt en rolle at regjeringen omtalte omfordeling av vaksiner som «skjevfordeling» heller enn en «målretting» eller «prioritering». Da geografisk prioritering ble diskutert, ble det parallelt drøftet og iverksatt lettelser i tiltak for vaksinerte. Beslutningene ble stadig utsatt, og den geografiske prioriteringen som etter hvert ble innført, var mindre omfattende enn det fagmyndigheten anbefalte.

Kommisjonen mener ønsket om å gi lik tilgang til vaksiner uavhengig av bosted har veid for tungt og ikke i tilstrekkelig grad blitt veid opp mot byrden av smitteverntiltak for personer bosatt i de mest utsatte områdene.

Tillit til vaksinasjonsprogrammet

For kommisjonen er det tydelig at myndighetene har vært opptatt av å ha befolkningens tillit til vaksinasjonsprogrammet. Både i fagmyndighetenes anbefalinger til mål og prioriteringer og i regjeringens beslutninger har dette stått sentralt. FHI har også advart mot å gjøre mange og hyppige

endringer i strategien, dette av hensyn til befolkningens tillit.

Da FHI anbefalte å ta AstraZeneca-vaksinen ut av programmet, var ett av argumentene at fortsatt bruk av vaksinen kunne medføre lavere tillit til vaksinasjonsprogrammet.

Logistikk

Også logistikken knyttet til utrullingene av vaksiner var et sentralt hensyn i prioriteringene. På grunn av logistikkutfordringene advarte FHI mot hyppige justeringer i vaksinestrategien. Produsentene og de som sørget for transporten av vaksiner, trengte forutsigbarhet i leveransene, og det ville ta tre uker før en eventuell endring kunne iverksettes. Den krevende logistikken fikk også betydning for beslutningen om geografisk prioritering.²⁰⁹ Å sørge for at logistikk- og distribusjonskjedene ble opprettholdt, var også et argument for å fordele vaksiner til alle landets kommuner samtidig.²¹⁰ Logistikkutfordringene beskrives ytterligere under punkt 9.4 om gjennomføringen av vaksinasjonen.

Avslutning om vaksineprioriteringene

Kommisjonen mener at beslutningene som er truffet i vaksinasjonsprogrammet, samlet sett er godt balansert. Norge har oppnådd høy vaksinasjonsdekning, noe som har vært et sentralt mål, og sykdomsbyrden og overdødeligheten er lav sammenlignet med i andre sammenlignbare land.

Likevel mener vi at det har vært for liten oppmerksomhet om byrden av smitteverntiltak for personer bosatt i områdene som ble hardest rammet av covid-19-pandemien. Pandemien rammet geografisk skjevt hva gjelder smitte, sykdom, død og tiltaksbyrde. For kommisjonen synes det som at hensynet til likebehandling nasjonalt har gått foran hensynet til å redusere skadevirkninger i områdene som ble hardest rammet. Vi mener det er grunn til å tro at større og tidligere oppmerksomhet i vaksinasjonsprogrammet på ulik byrde av smitte og smitteverntiltak kunne ha bidratt til at geografisk prioritering av vaksiner hadde blitt innført tidligere.

Kommisjonen finner det også sannsynlig at FHIs oppfatning om at vaksiner ikke hadde smitereduserende effekt, hadde betydning for at vak-

²⁰⁸ Rapport, FHI, 15. desember 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2».

²⁰⁹ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

²¹⁰ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

sinestrategien ble slik den ble. Det er etter kommisjonens syn grunn til å anta at dersom fagmyndighetene og regjeringen tidligere hadde justert sin oppfatning om vaksinens smittereduserende effekt, ville dette også ført til at geografisk prioritering hadde blitt innført tidligere. Det kunne dermed fått en større effekt på smittespredning.

I tillegg oppfatter vi vaksinestrategien som et brudd med internasjonale anbefalinger og eksisterende planverk fordi det måtte en egen regjeringsbehandling til før helsepersonell ble prioritert for vaksiner. Kommisjonen mener videre at manglende prioritering av ansatte i skoler og barnehager bidro til å forsterke byrden av smitteverntiltakene for barn og ungdom. Vi kommer tilbake til disse forholdene under de avsluttende anbefalingene i punkt 9.6.

9.4 Gjennomføringen av vaksinasjonen

Det går fram av regjeringens «Strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19-pandemien» at kommunene skulle ha grunnberedskap for å kunne vaksinere opp mot 200 000 i uken ut 2021. Videre skulle kommunene ha beredskap som gjorde det mulig å øke kapasiteten betydelig ved behov. I tillegg skulle strategien ta høyde for at beslutninger om vaksinefordeling kunne tas raskt.

FHI og kommunene har lang erfaring med vaksinasjon gjennom influensavaksinasjon og barnevaksinasjonsprogrammet. I et normalår settes ca. én mill. vaksiner i det nasjonale influensavaksinasjonsprogrammet. Under svineinfluensapandemien i 2009–2010 ble det utført massevaksinasjon i Norge, og ca. 2,2 mill. vaksinedoser ble satt.

HOD og FHI ble enige om at FHI skulle ha ansvaret for strategien og utrulling av vaksiner, fordi de har ansvaret for dette til vanlig.²¹¹ Da HOD ga FHI det formelle oppdraget med å utarbeide en nasjonal plan for koronavaksinasjon høsten 2020, inkluderte det forberedelse, gjennomføring og oppfølging av vaksinasjon. FHI utarbeidet veiledere, retningslinjer og planer for logistikk, distribusjon, kommunikasjon og overvåking. Da denne rapporten gikk i trykken i april 2022, var 90,6 prosent av befolkningen over 18 år fullvaksinert med to doser, og Norge var blant landene med svært høy vaksinedekning.

²¹¹ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021.

Norges vaksinedekning sammenlignet med deknings i andre land

Også da vi avsluttet granskingen 31. oktober 2021, var Norge langt fremme blant landene i verden med høyest vaksinedekning. Norge kom noe dårligere ut enn Danmark. Mens Danmark hadde fullvaksinert 75 prosent av befolkningen, var dette tilfellet for 69 prosent av befolkningen i Norge. 77 prosent hadde fått første vaksinedose i begge land. I møtereferater fra sommeren 2021 framgår det at verken HOD eller FHI kunne forklare hvorfor Danmark så ut til å ligge noe lenger framme i vaksinasjonen enn Norge.²¹²

Norge hadde høyere vaksinedekning enn Sverige, Storbritannia, Sveits og Israel. Dette var til tross for at Sveits og Storbritannia hadde egen vaksineproduksjon og Israel tidlig i vaksineringsen ble framhevet som et foregangsland i tempoet på vaksineringsen. Norge kom også bedre ut enn gjennomsnittet i EU-landene. Land som derimot hadde høyere vaksinedekning, var blant annet De arabiske emiratene, Portugal, Chile, Singapore, Italia, Kina og Canada. Danmark hadde holdt avstanden til Norge da denne rapporten gikk i trykken, med 81 mot 74 prosent fullvaksinerte i befolkningen.

Hastigheten på vaksineringsen er avhengig av tilgjengelige vaksiner, en god plan for hvordan vaksinene skal distribueres og settes, at dette logistisk lar seg gjennomføre – og ikke minst at befolkningen stoler på myndighetene og ønsker å la seg vaksinere. Tempoet i vaksineringsen er også avhengig av at vaksinene kommer fram dit de skal, og ikke blir ødelagt eller går ut på dato før de er blitt satt. Videre i dette kapitlet vil vi redegjøre for forholdene som har påvirket vaksinasjonstempoet i Norge.

Planer og veiledere

«Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa» ble sist oppdatert i 2016 etter erfaringene med svineinfluensapandemien i 2009–2010.²¹³ Planveilederen bygger på eksisterende beredskapsplanverk redegjort for tidligere i kapitlet og er utarbeidet av FHI i samarbeid med Helse-

²¹² Referat, FHIs referat fra styingsmøte HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 30. juni 2021.

²¹³ Planveilederen var en videreføring av planene for massevaksinasjon ved pandemisk influensa i kommuner og helseforetak fra 2008. Den bygde i tillegg på «Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa», Meld. St. 16 (2012–2013) *Beredskap mot pandemisk influensa* og en rekke evalueringer etter pandemien i 2009–2010.

direktoratet og Legemiddelverket. Veilederen skal være til hjelp for kommunene og spesialisthelsetjenesten med å legge lokale planer for massevaksinasjon.

Mye av arbeidet med utrulling av koronaviruser og gjennomføringen av vaksinasjonen bygde på erfaringer med ordinær influensavaksinasjon samt på massevaksinasjonen under svineinfluensaepidemien. Dette gjaldt det overordnede arbeidet i FHI, men også i Legemiddelverket, som jobber med overvåking av bivirkninger av vaksiner.²¹⁴

Kommunene og spesialisthelsetjenesten lagde egne planer for organisering og gjennomføring av massevaksinasjon. Som støtte til arbeidet reviderte FHI eksisterende veiledere²¹⁵ og utarbeidet i tillegg særskilte vaksinasjonsveiledere for helsepersonell, kommuner og helseforetak.²¹⁶ Veilederne beskrev ansvarsforhold, organisering og

den praktiske gjennomføringen av koronavirusvaksinasjon. Samtlige veiledere ble revidert flere ganger underveis i pandemien.

Tilgangen på vaksiner bestemte tempo

Tempoet i vaksineringen var uløselig knyttet til antallet vaksiner som var tilgjengelig til enhver tid.²¹⁷ De første vaksineleveransene var små, og det var lenge stor knapphet på vaksiner. Tilgangen på vaksiner var dessuten ujevn gjennom store deler av pandemien. Tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie har forklart for kommisjonen at den ustabile tilgangen til vaksiner og at vaksinerne ikke kom i ønsket tempo, var krevende. Det førte til vanskelige diskusjoner om prioriteringer.²¹⁸ FHI planla i januar 2021 for at et stort antall AstraZeneca-vaksiner skulle bli tilgjengelig innen kort

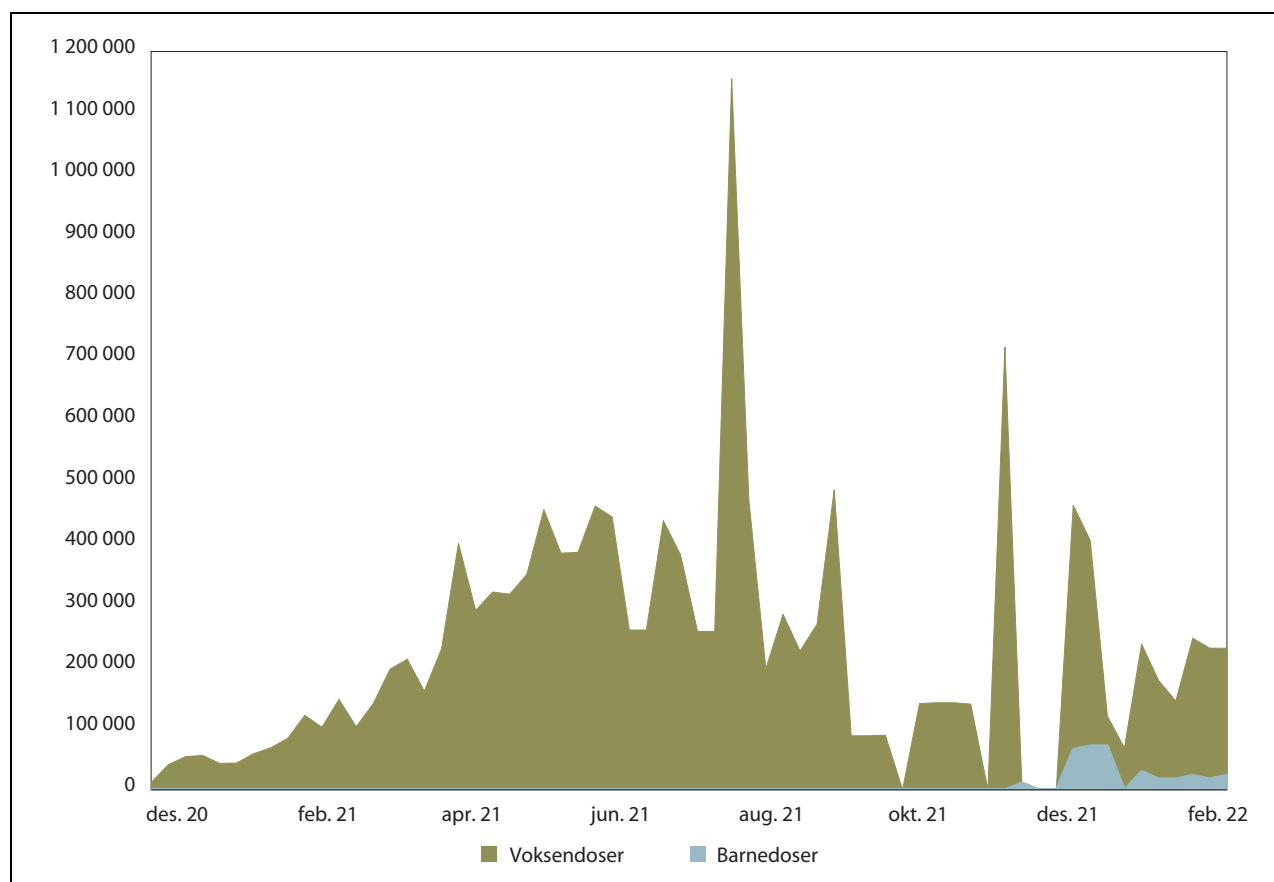
²¹⁴ Forklaring, fagdirektør i Legemiddelverket, 5. januar 2021.

²¹⁵ Veileder, FHI, 2. desember 2020, «Koronavaksine – informasjon til helsepersonell» i Vaksinasjonsveileder for helsepersonell (tidligere Vaksinasjonsboka), oppdatert 9. mars 2022; veileder, FHI, 7. desember 2020, «Koronavaksinasjonsveilederen for kommuner og helseforetak».

²¹⁶ Veileder, FHI, 14. oktober 2020, «Koronavaksinasjonsprogrammet – veileder for helsepersonell», oppdatert 14. januar 2022.

²¹⁷ Prosessen med å skaffe vaksiner til Norge er beskrevet i kapittel 8 om vaksineanskaffelser.

²¹⁸ Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.



Figur 9.9 Samlet antall vaksinedoser mottatt i Norge per uke fra desember 2020 til februar 2022.

Kilde: FHI

tid, og informerte kommunenes vaksinekoordinatører om å være «klar(e) for massevaksinasjon fra starten av februar».²¹⁹

Det ble ikke fortgang i massevaksinasjonen i Norge så tidlig som HOD, FHI eller regjeringen trodde og ønsket. Året startet med stor knapphet og usikre leveranser, svikt i produksjon og flere utsettelse. Det fikk i tillegg betydning for tempoet i vaksineringsen at AstraZeneca- og Janssen-vaksinene ble satt på pause 11. mars 2021 og de senere ble tatt ut av vaksinasjonsprogrammet.

Det var i perioder stor kritikk av vaksinetempoet i offentligheten. Helseministeren forklarte til Stortinget 17. mars 2021 at «[...] med unntak av Israel har landene som ligger vesentlig foran Norge i vaksineringsen, enten betydelig egenproduksjon eller de benytter vaksiner som til nå ikke er godkjent for bruk i EU/EØS».²²⁰

Forutsigbarheten i leveransene fra Pfizer og Moderna bedret seg utover i 2021 og ble fra sommeren 2021 mer stabil. Gjennom EU fikk Norge også tilgang til overskuddsvaksiner fra flere østeuropeiske land. I juli 2021 kjøpte Norge til sammen 358 000 vaksinedoser fra Litauen, Bulgaria og Romania. I august 2021 kjøpte Norge ytterligere én mill. ekstra vaksinedoser fra Polen. Disse landene hadde lavere oppslutning om vaksineringsen og klarte ikke å bruke opp vaksinedosene. Fra sommeren og høsten 2021 hadde Norge et overskudd av vaksinedoser. En ny diskusjon som oppsto i offentligheten, var da hvorvidt Norge burde tilby en tredje eller fjerde vaksinedose til befolkningen, eller om disse dosene heller burde sendes til andre land med lavere vaksinedekning.

I tillegg til at leveransen av vaksiner hadde betydning for tempoet i utrulling, ble det tidlig i vaksineringsen klart at det var mulig å trekke opp flere vaksinedoser av hetteglassene enn forespeilet av produsentene. Det gjorde at flere vaksinedoser ble tilgjengelige for bruk.

Våren 2021 ble det kjent at et lengre doseintervall ga bedre immunrespons enn et kort. Det førte til at flere ble vaksinert med én dose, og leveringssvikt på vaksiner ble flere ganger kompensert ved å øke doseintervallet.

Logistikk og distribusjon

Innledning

Logistikken knyttet til vaksineleveransene er beskrevet i formelle intervjuer som en av de mest utfordrende sidene ved vaksineutrulling. Særlig var det krevende å etablere en ultrakjølekjede for å transportere Pfizer-vaksinen i minus 75 grader fra fabrikkene og ut til elleve sykehusapoteker ulike steder i landet. Det var også utfordrende da det kom flere vaksinevarianter i omløp. Ulike vaksiner skulle oppbevares, transporteres og settes på ulike måter. Vaksinene hadde i tillegg godkjenning for ulike aldersgrupper. Det var også ulikt doseintervall mellom ulike vaksintyper, og doseintervallene ble endret underveis. Vaksinene skulle både settes korrekt og registreres fortløpende i vaksinasjonsregisteret SYSVAK.

Vaksinenes holdbarhet

Helt fram til kort tid før de første vaksineleveransene ble sendt ut fra Pfizer-fabrikken i desember 2020, var det usikkerhet om hvilken temperatur mRNA-vaksinene måtte oppbevares i.²²² Da FHI 7. oktober 2020 ble informert²²³ om at vaksinen fra Pfizer måtte oppbevares i minus 75 grader, startet et intenst arbeid med å få på plass en ultrakjølekjede mellom fabrikken som sendte ut vaksinene, og mottaksstedene i Norge. Vaksinene fra Moderna kunne oppbevares og transporteres i minus 20 grader.

FHI avklarte med de regionale helseforetakene at sykehusapotekene skulle stille med ultrafrysere siden de har dette tilgjengelig til vanlig. FHIs programledelse ringte også personlig rundt for å forsøke å skaffe ekstra ultrafrysere.²²⁴ Ifølge FHI var det tryggere å oppbevare vaksinene i ultrafrysere enn for eksempel i tørris, som ble brukt i Sverige, fordi tørrisen ga langt kortere lagringstid. Vaksinene kunne oppbevares i ultrafrysere inntil et halvt år.

Transport mellom fabrikk og sykehusapoteker i ultrafrysekjede og videre utlevering til kommunene

FHI hadde direkte kontakt med Pfizer for planlegging av logistikk og levering av vaksinene. Vaksinene ble transportert via Sverige. Ifølge FHI

²¹⁹ Referat, FHIs referat fra morgenmøte i programledelsen om koronavaksinasjonsprogrammet, 13. januar 2021.

²²⁰ Svar på skriftlig spørsmål til Stortinget, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 17. mars 2021, «Skriftlig spørsmål fra Sveinung Stensland (H) til helse- og omsorgsministeren».

²²¹ Forklaring, tidligere finansminister Jan Tore Sanner, 6. januar 2022.

²²² Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

²²³ E-post, fagdirektør i FHI, 4. mars 2022.

²²⁴ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.



Figur 9.10 Securitas fraktet vaksinedoser fra Pfizer og Moderna fra sykehusapotekene til ompakking på et hemmelig sted før de ble kjørt ut til bydelene i Oslo 14. januar 2021.

Foto: Gorm Kallestad / NTB



Figur 9.11 Ansatte i Oslo kommunes logistikkavdeling fraktet frysebager med ferdige ompakkede vaksinedoser fra Pfizer og Moderna fra et hemmelige ompakkingsted og videre til utkjøring til bydelene.

Foto: Gorm Kallestad / NTB

trengte transportselskapet forutsigbarhet i leveransene og måtte ha beskjed tre uker i forveien for å endre leveringssted. Som det står foran, ble det tatt hensyn til dette i diskusjonene om geografisk prioritering av vaksiner.

FHI startet tidlig en dialog med helseforetakene om bruk av sykehusapotekene til oppbevaring av vaksiner, i stedet for et sentralt lager i Oslo, som er vanlig med andre vaksiner.²²⁵ Fra sykehusapotekene ble vaksinene først transportert av Securitas til et hemmelig sted for «ompakking» før vaksinene ble fraktet videre til landets kommuner. I kommunene kunne vaksinene oppbevares i kjøleskap og hadde fem dagers holdbarhet.

FHI fryktet først at det kunne bli opp til 25 prosent svinn av vaksiner. Dette slo ikke til. Det finnes ingen sentral oversikt over ødelagte vaksiner, men et anslag i februar 2022 var på rundt 130 000 vaksinedoser (Thaseen 2022). Da var ca. 12 mill. vaksinedoser sendt ut i landet. Svinnet kom som følge av kjøleskap som ikke fungerte i enkelte kommuner. I tillegg måtte noen vaksinedoser kastes som følge av utløpsdato, partikler i hetteglass, mangel på oppmøte og skroting av AstraZeneca-vaksiner.²²⁶ FHI uttalte følgende til kommisjonen om distribusjonen av vaksinene:

Noen land valgte mer effektive løsninger og opprettet få vaksinesenter og folk måtte

²²⁵ Forklaring, visedministrerende direktør i Helse Sør-Øst Jan Frich, 26. november 2021.

²²⁶ E-post, FHI, 9. mars 2022, «Svar på henvendelse fra Koronakommisjonen».

komme seg dit. Vi fordelte vaksinene til alle landets kommuner. Kommunene fikk lov til å være aktørene i vaksinasjonsarbeidet. Det var en viktig beslutning, at man gjorde dette [...] Vi etablerte en av de mest avanserte distribusjonsløsningene i verden mtp. kravene ved transport av vaksinen. Det ble harselert med i mediene, men jeg tror ikke folk forstod hva vi faktisk gjorde.²²⁷

Distribusjonen av AstraZeneca-vaksinen ble av FHI i styringsmøte med HOD beskrevet som «krevende» og «annerledes enn de andre vaksinene».²²⁸ Det var ifølge FHI en utfordring å fordele vaksinene akkurat slik det var bestemt, fordi pakkingsstørrelsen til AstraZeneca gjorde at det ikke alltid var mulig å sende «riktig» antall vaksinedoser til ulike kommuner.²²⁹

Selve utstyret til å gjennomføre vaksinasjonen, som sprøyter, spisser og kjøleskap til vaksinene, var det Helsedirektoratet som hadde ansvar for å skaffe og distribuere til kommunene. Dette var i tråd med «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer».²³⁰

²²⁷ Forklaring, assisterende direktør i FHI Geir Bukholm, 22. desember 2021.

²²⁸ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 18. februar 2021.

²²⁹ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

²³⁰ Beredskapsplan, HOD, 2. desember 2019, «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer», side 32.

Digitale løsninger og uttrekk av pasienter

Før vaksineringen kunne starte i desember 2020, måtte digitale løsninger utvikles og bearbeides.²³¹ Direktoratet for e-helse utviklet og innførte registreringsløsninger for vaksinasjon, koordinerte og forbedret kjernejournal og EPJ (elektronisk pasientjournal), og utviklet løsninger for timebestilling. FHI assisterte enkelte kommuner med å trekke ut alderskohorter og lage oversikter over innbyggere over 65 år.²³² Fastlegene fikk ansvar for å bidra til at pasienter på egen liste fikk tilbud om å bli vaksinert mot covid-19.²³³ Fastlegene identifiserte hvilke pasienter på egen liste som var i risikogruppen, og dermed skulle prioriteres. Det ble gjort et stort digitaliseringsarbeid for at dette skulle være mulig. God samhandling i sektoren var avgjørende for at vaksinasjonsstrategien «lyk[t]es godt».²³⁴ En del fastleger vaksinerte også pasienter på legekantoret og samarbeidet også med hjemmetjenesten. Kommunene hadde selv ansvaret for at vaksinasjon ble gjennomført etter FHIs retningslinjer, og at «riktige» personer ble vaksinert. Enkelte kommuner vaksinerte tidlig andre grupper enn de som da var prioritert, som ansatte i brann- og redningsetaten, it-personell og ordførere (Sviggum mfl. 2021).²³⁵ Sykehusene vaksinerte egne ansatte som var prioritert for vaksiner, samt innlagte pasienter i prioriterte grupper.²³⁶

SYSVAK og vaksineovervåking

Som nevnt er all vaksinasjon meldepliktig til vaksinasjonsregistret SYSVAK. Fortrinnsvis ønsket FHI at covid-19-vaksinasjonen også ble registrert gjennom EPJ. Det var i tillegg et krav om at den elektroniske innrapporteringen skjedde med det samme vaksinasjonen var gjennomført.²³⁷ En fortløpende – og korrekt – registrering var nødvendig for å ha oversikt over hvor mange og hvilke vaksinedoser som til enhver tid var satt. Dette var vik-

tig fordi flere vaksiner var i bruk samtidig, og disse skulle settes med to og etter hvert tre doser i ulikt tidsintervall.

Fortløpende registrering av vaksiner var også viktig for å kunne fange opp bivirkninger raskt og var én årsak til at bivirkningene av AstraZeneca-vaksinene ble fanget opp så tidlig. I formelle intervjuer er det uttalt til kommisjonen at vaksinedoser i enkelte andre land ble registrert som «satt» når de var sendt fra det sentrale lageret.²³⁸ En slik løsning ga dårligere oversikt over vaksinasjon og bivirkninger og ble ikke valgt i Norge.

Beredskapslageret for koronavaksiner

FHI foreslo i desember 2020 at HOD, i tråd med WHO's anbefalinger, opprettet et sentralt beredskapslager for en reaktiv vaksinasjonsstrategi og aktiv utbruddsbekjempelse. I en besvarelse til HOD 11. januar 2021²³⁹ gjentok FHI anbefalingen om å ha et lager med vaksiner, og begrunnet dette nærmere.

Tempoet for vaksineringen fikk stor oppmerksomhet i romjulen 2020 og i januar 2021. Danmark vaksinerte da med alle mottatte vaksinedoser fortløpende. I Norge gikk vaksineringen saktere. Daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie avholdt et eget møte med ledelsen i koronavaksinasjonsprogrammet om «vaksinetempo» 14. januar 2021.

Halvparten av vaksinedosene som ankom landet, ble da holdt igjen i ultrafrysere ved sykehusapotekene som et beredskapslager for vaksiner. FHI fryktet at svikt i vaksineleveranser skulle påvirke doseintervallet vaksinene da var godkjent for, og at et doseintervall på over tre uker ville gi konsekvenser for vaksinenes effekt.²⁴⁰ FHI-direktøren uttalte i møtet at «dersom det skal gå fort i begynnelsen, vil det medføre rot senere».²⁴¹ HOD besluttet dermed at et beredskapslager av vaksinedoser skulle bestå, men med en tredjedel av vaksinedosene FHI anbefalte.

Da Pfizer meldte om leveringssvikt få dager etter, fikk dette ingen praktiske konsekvenser for administreringen av dose to i Norge. Hvilken reell betydning lageret av vaksiner hadde, er likevel

²³¹ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 11. desember 2020, «Helhetlig plan for digitaliserings tiltak i forbindelse med covid-19 vaksinasjon (v.1.2)».

²³² Referat, FHIs referat fra morgenmøte i programledelsen for koronavaksinasjonsprogrammet, 22. desember 2020.

²³³ FOR-2009-10-02-1229 Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6 a.

²³⁴ Skriftlig redegjørelse, Direktoratet for e-helse, 20. september 2021, «Dokumentasjon til Koronakommisjonen».

²³⁵ Uformelt møte, ansatte i FHI, 1. september 2021.

²³⁶ FOR-2009-10-02-1229 Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 4.

²³⁷ Det eneste unntaket var for vaksinasjon av personer med hemmelig adresse.

²³⁸ Forklaring, fagdirektør i FHI, 26. november 2021.

²³⁹ Rapport, FHI, 15. desember 2020, «Folkehelseinstituttets foreløpige anbefalinger om vaksinasjon mot covid-19 og om prioritering av covid-19-vaksiner, versjon 2».

²⁴⁰ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 11. januar 2021, «Distribusjon av vaksiner fra sykehusapotekene til kommuner og vurdering av behov for beredskapslager».

²⁴¹ Møtereferat, HOD, 14. januar 2021, «Covid-19 – møte om vaksinetempo».

usikkert siden ny kunnskap underveis i pandemien viste at et lengre tidsintervall mellom vaksinedosene var bedre enn et kort.²⁴²

FHI beskrev spørsmålet om beredskapslageret som den første diskusjonen der FHI og HOD hadde ulikt syn.²⁴³ Også Helsedirektoratet framhevet at beredskapslageret i praksis ga utfordringer med leveransene av vaksiner, men at dette endret seg raskt.²⁴⁴

Praktisk gjennomføring av vaksineringen

Vaksinasjon i kommunene gjøres vanligvis på helsetasjoner, legesentre eller i skolehelsetjenesten. Kommunene har lang erfaring med vaksiner, også gjennom influensavaksinasjonsprogrammet og barnevaksinasjonsprogrammet. Massevaksiner av hele befolkningen med ikke bare én, men to og tre vaksinedoser og fra flere ulike vaksineprodusenter er i en helt annen skala. For å gjennomføre arbeidet var kommunene avhengige av å organisere vaksiner i egnede lokaler, med personell, vaksinasjonsutstyr og gode veiledere fra FHI. De var også avhengige av tett kontakt med kommuneleger, fastleger, FHI og spesialisthelsetjenesten. Det måtte dessuten gjøres et omfattende informasjonsarbeid ut mot egen befolkning.

Vaksineringen i kommunene startet i sykehjemmene. De 10 000 første vaksinedosene ble levert til sykehusapoteket ved OUS 26. desember 2020. Disse dosene ble prioritert til bruk ved sykehjem i Oslo og sju andre nærliggende kommuner med høyt smittetrykk. Den aller første dosen ble satt på 67 år gamle Svein på Ellingsrudhjemmet i Oslo 27. desember 2020.

De første leveransene som kom til Norge, ble gitt til omtrent 40 000 beboere i norske sykehjem rundt om i landet. Etter hvert ble det opprettet lokale vaksinasjonssentre, blant annet i store idrettshaller. Det ble også vaksinert på legesentrene og i sykehus.

I et covid-19-koordineringsmøte med HOD 5. januar 2021 informerte FHI-direktøren om følgende:

Vaksinasjonen starter for alvor denne uken. Over 98 pst. av kommunene kommer i gang denne uken.²⁴⁵

²⁴² Forklaring, assisterende direktør i FHI Geir Bukholm, 22. desember 2021.

²⁴³ Uformelt møte, ansatte i FHI, 1. september 2021.

²⁴⁴ Forklaring, assisterende direktør i Helsedirektoratet Espen Rostrup Nakstad, 13. desember 2021.

²⁴⁵ Møtereferat, HOD, 5. januar 2021, «Covid-19: Koordineringsmøte – Helsedirektoratet, FHI, RHF, SLV og HOD».

I det samme møtet ble det meldt om slitasje på personell og særlig kommunelegene.²⁴⁶

Kommunenes håndtering av vaksinasjon ble av daværende statsminister Erna Solberg trukket fram som noe av det som var spesielt vellykket i arbeidet med vaksiner.²⁴⁷ Kommisjonen mener den praktiske gjennomføringen har bidratt til den høye vaksinedekningen.

Flere kommuner opprettet egne vaksinekoordinatorer som fikk ansvaret for å organisere den utøvende delen av vaksinasjonen på egne vaksinasjonssentre. I mindre kommuner var det kommunelegen selv som utførte dette arbeidet. Statsforvalteren hadde egne vaksinekoordinatorer som fulgte opp og koordinerte vaksinasjonen i regionene. Vaksinekoordinatorer hos statsforvalterne hadde regelmessige møter med FHI og kontakt med kommunene i fylket. Vanligvis ligger dette ansvaret til statsforvalteren selv. Statsforvalterne hadde også egne møter med helseministeren, blant annet om hvilke konsekvenser geografisk prioritering av vaksiner kunne få for regionene.

Tilgang til personell

En utfordring knyttet til vaksinasjonen var tilgangen til personell som kunne gjennomføre vaksineringen. På vaksinasjonssentre i kommunene ble det hentet inn helsesykepleiere, sykepleiere som jobbet administrativt i andre deler av kommunen, pensjonerte sykepleiere og andre yrkesgrupper til å sette vaksiner. Helsesykepleiere ble også i enkelte kommuner benyttet som vaksinekoordinator. Dette førte til at helsesykepleiere ikke fikk utført de oppgavene de vanligvis gjør blant annet i skolehelsetjenesten og ved helsetasjoner.²⁴⁸ Under nedstengningen av samfunnet i Norge våren 2020 var også barnevaksinasjonsprogrammet sårbart fordi helsesykepleiere ble omplassert.²⁴⁹

I en statusrapport 11. august 2021 informerte FHI om at vaksineringen gjennom sommeren 2021 forløp «uten større problemer», og at det ikke var rapportert om «kapasitetsutfordringer».²⁵⁰ Dette

²⁴⁶ Situasjonen for kommunelegene er beskrevet nærmere i kapittel 5.

²⁴⁷ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

²⁴⁸ Brev, Landsgruppen av helsesykepleiere til Koronakommisjonen, 29. november 2021.

²⁴⁹ Veileder, FHI, 7. desember 2020, «Koronavaksinasjonsveilederen for kommuner og helseforetak», oppdatert 18. desember 2021.

²⁵⁰ Referat, FHI, 11. august 2021, «Statusrapport for koronavaksinasjonsprogrammet».



Figur 9.12 Den første vaksineringsen av helsepersonell ved Haukeland universitetssykehus i Bergen. Dette var den første av de omtrent 13 000 ansatte ved Haukeland sykehus som ble vaksinert.

Foto: Bjørn Erik Larsen / Bergens Tidende / NTB

endret seg utover høsten. Kapasitetsproblemer i kommunene høsten 2021, i tillegg til beslutningen om å prioritere vaksinasjon mot influensa, gjorde det krevende å få satt de tredje vaksinedosene i regjeringens ønskede tempo.²⁵¹

Den da nylig påtrodde regjeringen satte dermed inn Forsvarets sanitet som støtte til vaksineringsen i kommunene. Også apoteker skulle bistå. På pressekonferansen 13. desember 2021, da regjeringen også innførte strenge nasjonale tiltak før jul, sa statsminister Jonas Gahr Støre at Forsvaret kunne organisere innsatsteam med ansatte fra Forsvarets sanitet, frivillige, tannleger og helsepersonell fra helseforetakene.²⁵² Dette skjedde imidlertid etter at kommisjonen avsluttet sin myndighetsgranskning, og granskes ikke nærmere her.

²⁵¹ Forklaring, statsminister Jonas Gahr Støre, 14. februar 2022.

²⁵² Pressekonferanse, statsminister Jonas Gahr Støre, 13. desember 2021.

Bivirkninger fra vaksine

Frykt for bivirkninger må antas å ha betydning for om folk vil la seg vaksinere. Det er viktig at bivirkninger fanges raskt opp. For å bevare tillit til vaksinasjonsprogrammet er det også viktig hvordan mulige bivirkninger kommuniseres til befolkningen.

Alle medikamenter og vaksiner som har en virkning, har også bivirkninger. Godkjenning av vaksiner blir gjort av EMA og Legemiddelverket. Før en vaksine blir godkjent, går den gjennom en grundig prosess der produsentene tester og vurderer effekt, sikkerhet og kvalitet av vaksinen. Koronavaksinene som var godkjent da vi avsluttet denne granskningen, var testet ut i studier med 24 000 til 44 000 personer. Men noen bivirkninger oppdages først når vaksinene tas i bruk av større og mer sammensatte grupper enn de som brukes i testene før godkjenning.²⁵³

²⁵³ Nettartikkel, Legemiddelverket, 22. mars 2021, «Slik overvåkes bivirkninger av koronavaksiner».

Til tross for grundige studier kan det ikke utelukkes at sjeldne bivirkninger oppdages eller bivirkninger først kommer til syne lang tid etter vaksineringen. Det er et omfattende system for å fange opp, kartlegge og samordne meldinger om bivirkninger internasjonalt. I Norge har Legemiddelverket og FHI ansvaret for dette arbeidet. Bivirkningsregisterforskriften er det juridiske rammeverket.²⁵⁴

Svineinfluensavaksine og narkolepsi

Forrige massevaksinasjon i Norge var under svineinfluensapandemien i 2009–2010. Fra oktober 2009 til mars 2010 ble 2,2 mill. vaksinert med Pandemrix-vaksinen i Norge.²⁵⁵ Det utgjorde ca. 45 prosent av befolkningen og var ifølge FHI den «største vaksinasjonskampanjen i landets historie».²⁵⁶ Det ble ikke oppdaget bivirkninger i løpet av vaksinasjonsperioden. Sommeren 2010 kom de første mistankene om alvorlige bivirkninger i Sverige og Finland. Det hadde oppstått et økt antall tilfeller av narkolepsi, en kronisk nevrologisk søvnsykdom. Det første meldte tilfellet av narkolepsi i Norge kom i august 2010. Risikoen for å få narkolepsi etter gjennomgått influensa er lite studert, men det er sett økt forekomst av narkolepsi etter svineinfluensapandemien også i land som i liten grad var vaksinert – som Kina og Danmark.²⁵⁷

I 2019 hadde Norsk pasientskadeerstatning behandlet 801 søknader som følge av vaksinasjon med Pandemrix-vaksinen. 151 fikk medhold, og det var totalt utbetalt nærmere 350 mill. kr i erstatning.²⁵⁸

Lærdom og forbedring av bivirkningsovervåkning etter svineinfluensapandemien

Ifølge Legemiddelverket er det store forskjeller på situasjonen under svineinfluensapandemien og under covid-19-pandemien. Systemene for overvåking av bivirkninger er forbedret, og covid-19-vaksinene ble testet ut i større studier før de ble tatt i

bruk.²⁵⁹ I tillegg var det under covid-19-pandemien mulig å koble bivirkningsmeldinger fra pasienter og helsepersonell opp mot helseregistre.²⁶⁰ Dette var ikke mulig under svineinfluensapandemien. Samlet medførte dette at bivirkninger kunne fanges opp raskere under covid-19-pandemien.

Koronavaksiner og bivirkninger

Da vaksineringen startet i desember 2020, var både FHI og Legemiddelverket oppmerksomme på eventuelle bivirkninger.²⁶¹ Bivirkninger som følge av vaksineringsprogrammet og i program møtene i FHI. Håndtering og kommunikasjon av bivirkninger var en viktig del av FHIs vaksinasjonsplaner. Det ble også lagt planer for å håndtere et potensielt stort antall bivirkninger. I et møte om «vaksinetempo» med daværende helseminister 14. januar 2021 uttalte FHI-direktør Camilla Stoltenberg: «Nå er det stor oppmerksomhet om antall vaksinerte, ikke bivirkninger – det kan fort snu.»²⁶²

Hvordan eventuelle bivirkninger skulle kommuniseres til befolkningen, fikk mye oppmerksomhet av myndighetene. Legemiddelverket publiserte bivirkningsrapporter ukentlig, og etter hvert annenhver uke, gjennom hele perioden vaksinasjonen pågikk. Da vaksineringen startet i sykehjemmene i desember 2020, kom det i løpet av noen dager meldinger om dødsfall etter vaksineringsprogrammet. Det var satt vaksiner på pasienter som var så skrøpelige at vanlige bivirkninger som lett feber var nok til at noen pasienter døde.²⁶³ FHI ga da beskjed om at terminale pasienter, som var forventet å dø innen kort tid, ikke skulle vaksineres.²⁶⁴

Da AstraZeneca-vaksineringsprogrammet kom i gang i slutten av februar 2021, gikk det kort tid før bivirk-

²⁵⁴ FOR-2019-02-15-115 Forskrift om system for rapportering av bivirkninger av legemidler.

²⁵⁵ Nettartikkel, Legemiddelverket, 13. november 2020, «Bivirkninger av vaksiner – hva lærte vi av pandemien i 2009?», besøkt 10. desember 2021.

²⁵⁶ Nettartikkel, FHI, 3. desember 2012, «Om svineinfluenza A(H1N1)-pandemien i 2009–2010», oppdatert 11. februar 2015.

²⁵⁷ Nettartikkel, FHI, 20. mars 2017, «Narkolepsi etter svineinfluensapandemien».

²⁵⁸ Nettartikkel, Legemiddelverket, 13. november 2020, «Bivirkninger av vaksiner – hva lærte vi av pandemien i 2009?», besøkt 10. desember 2021.

²⁵⁹ Nettartikkel, Legemiddelverket, 13. november 2020, «Bivirkninger av vaksiner – hva lærte vi av pandemien i 2009?», besøkt 10. desember 2021.

²⁶⁰ Det ble i tillegg opprettet et beredskapsregister for covid-19 (Beredt C19) for at FHI raskt kunne trekke ut og sammenstille data fra flere datakilder, slik at de raskt kunne få oversikt og kunnskap om hvordan pandemien og tiltakene påvirket befolkningens helse, adferd og bruk av helsetjenester.

²⁶¹ Referat, FHIs referat fra morgenmøte i programledelsen for koronavaksinasjonsprogrammet, 11. januar 2021; referat, FHIs referat fra morgenmøte i programledelsen for koronavaksinasjonsprogrammet, 12. januar 2021.

²⁶² Referat, HOD, 14. januar 2021, «Covid-19 – møte om vaksinetempo».

²⁶³ Forklaring, fagdirektør i Legemiddelverket, 5. januar 2022.

²⁶⁴ Referat, FHIs referat fra morgenmøte i programledelsen for koronavaksinasjonsprogrammet, 6. januar 2021.

Boks 9.4 Systemet for å fange opp bivirkninger

Bivirkningsregistret: Helsepersonell og privatpersoner kan melde inn mistenkte bivirkninger av vaksiner og legemidler til bivirkningsregistret, et nasjonalt register driftet av Legemiddelverket. Alle mistenkte bivirkninger kan meldes inn. Bivirkninger klassifiseres som alvorlige når hendelsen har medført livstruende sykdom eller død, innleggelse på sykehus eller forlenget sykehusopphold, eller dersom bivirkningene har gitt vedvarende nedsatt funksjonsevne eller funksjonskapasitet. Mistanke om nye bivirkninger som ikke er nevnt i pakningsvedlegget, uventede bivirkninger, alvorlige bivirkninger eller manglende effekt av vaksinen er ifølge Legemiddelverket spesielt viktige å melde inn. Helsepersonell har meldeplikt, i henhold til bivirkningsregisterforskriften. Legemiddelfirmaene er pliktige å videreformidle bivirkningsmeldinger til legemiddelmyndighetene. Legemiddelverket behandler meldinger fra privatpersoner, mens FHI har ansvaret for BIVAK, registret over bivirkninger etter vaksinasjon meldt av helsepersonell. Alle bivirkningsmeldinger behandles, men alvorlige meldinger prioriteres. Meldingene behandles fortløpende.

Signaldeteksjon: Meldingene til bivirkningsregistret videreformidles til EMA og WHO, som

har egne bivirkningsdatabaser med internasjonale data. Legemiddelverket, EMA, WHO og legemiddelfirmaene bruker signaldeteksjon for å avdekke ukjente bivirkninger. Det innebærer å analysere bivirkningsdata fortløpende ved statistiske beregninger og gjennomgang av data. I de alvorligste tilfellene kan signaldeteksjon gi informasjon som gjør at legemidler kan bli trukket tilbake fra markedet. Det var stor oppmerksomhet om slike signaler underveis i vaksinasjonen mot covid-19.

Søk i helseregistre: FHI bruker i tillegg søk i helseregistre, som gjør det mulig å oppdage om enkelte medisinske tilstander forekommer oftere enn vanlig, som ved bivirkninger. Dette ble mulig etter at bivirkningsmeldingene fra 1. januar 2020 ble registrert med fødselsnummer, i henhold til bivirkningsregisterforskriften. Bivirkningsmeldingene kan dermed kobles med data fra andre helseregistre. Søk i helseregistre var viktig for å fange opp bivirkningene etter AstraZeneca-vaksinene. Dette var ikke mulig under svineinfluensapandemien.

Kilde: Legemiddelverket og FHI

kningsmeldingene kom i Sverige og Danmark og etter hvert også i Norge. Som beskrevet foran var bivirkningene alvorlige. Det var ikke formell kontakt på myndighetsnivå mellom Norge og Danmark om AstraZeneca- og Janssen-vaksinene.²⁶⁵ Imidlertid var det et faglig samarbeid mellom FHI og danske fagmyndigheter. AstraZeneca-vaksinen ble stanset parallelt i Norge og Danmark 11. mars 2021.²⁶⁶

Det effektive systemet for å fange opp bivirkninger gjorde også at man tidlig ble klar over den sjeldne bivirkningen med hjertemuskel- og hjerteposebetennelse (myokarditt og perikarditt) etter vaksinasjon med mRNA-vaksiner.²⁶⁷ Dette var tilstander som også kunne opptre i ukene etter gjen-

nomgått covid-19-sykdom. Den vanligste årsaken til myokarditt er virusinfeksjoner, og risikoen er noe høyere for unge menn. Det var noe høyere forekomst av myokarditt ved bruk av Moderna-vaksinen.²⁶⁸ Til tross for at tilstanden hadde god prognose, anbefalte FHI 6. oktober 2021 at menn under 30 år fikk Pfizer-vaksiner framfor vaksinen fra Moderna som et føre-var-prinsipp. Det samme ble gjort i Sverige.²⁶⁹ Først i januar 2022 anbefalte FHI det samme for kvinner under 30 år.²⁷⁰ I april 2022 var det registrert at ca. 430 vaksinerte perso-

²⁶⁵ Forklaring, tidligere departementsråd i HOD Bjørn-Inge Larsen, 14. desember 2021.

²⁶⁶ I tillegg deltok Legemiddelverket i internasjonale forumer om bivirkninger, og FHI deltok i flere nordiske studier for å se på spesielle problemstillinger som blodpropp og hjerteposebetennelse.

²⁶⁷ Den 15. februar 2022 var det meldt om henholdsvis 267 og 141 tilfeller med perikarditt og myokarditt etter mRNA-vaksiner. Det var meldt om fem tilfeller av perikarditt etter AstraZeneca-vaksinen.

²⁶⁸ Nettartikkel, FHI, 6. oktober 2021, «Myokarditt hos gutter og unge menn kan forekomme oftere etter Spikevax-vaksinen fra Moderna».

²⁶⁹ Nettartikkel, Folkhälsomyndigheten, 6. oktober 2021, «Användningen av Modernas vaccin mot covid-19 pausas för alla som är födda 1991 och senare».

²⁷⁰ Brev, FHI til kommuner, helseforetak og statsforvaltere, 11. januar 2022.

Boks 9.5 Gir sykdom eller vaksine flest bivirkninger?

En ekspertgruppe utnevnt av HOD viser i sin rapport 4. april 2022 til at covid-19-infeksjon gir betydelig høyere risiko for hjertemuskelbetennelse enn vaksinen, i tillegg til flere andre alvorlige bivirkninger. Infeksjon med covid-19 gir høyere risiko for alvorlige tilstander som hjerteposebetennelse, arytmier, dyp venetrombose, lungeemboli, hjerteinfarkt, hjerneblødning og unormalt lav konsentrasjon av blodplater (Barda mfl. 2021). I april 2022 ga infeksjon fortsatt noe bedre immunitet enn vaksiner. Det ble imidler-

tid arbeidet med å utvikle bedre vaksiner. Ekspertgruppen skrev at i en situasjon der det var ventet at hele befolkningen ville bli smittet, ville vaksinerne være forbundet med vesentlig færre alvorlige bivirkninger totalt sett, enn gjennomgått infeksjon.

¹ Rapport, ekspertgruppe på oppdrag fra HOD, 4. april 2022, «Holden-IV (covid-19). Hovedrapport. Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak», side 32–34.

ner hadde fått myokarditt eller perikarditt i Norge.

På forsommeren 2021 ble det kjent at vaksinerne også kunne ha bivirkninger som forbigående menstruasjonsforstyrrelser hos kvinner. Kvinner med kraftige og vedvarende blødninger etter tidligere dose og kvinner med behandlingstrengende menstruasjonsforstyrrelser ble høsten 2021 anbefalt å kontakte lege før videre vaksinasjon.²⁷¹ Per 1. januar 2022 hadde Legemiddelverket mottatt 347 meldinger om alvorlige blødningsforstyrrelser, som innebærer at de var langvarige og gikk ut over arbeidsevne og andre daglige gjøremål.²⁷² Forskning viste ingen økt risiko for spontanabort (Magnus mfl. 2021) eller for påvirkning av fertilitet (Bentov mfl. 2021) etter covid-19-vaksinasjon.

I tillegg hadde vaksinerne mildere og hyppigere forekommende bivirkninger som smerter og hevelse på injeksjonsstedet, tretthet, hodepine, muskelsmerter, frysninger, leddsmerter og feber.²⁷³ I januar 2022, omtrent ett år inn i vaksineringsen mot covid-19, hadde Legemiddelverket mottatt 45 000 bivirkningsmeldinger.²⁷⁴ Det var ifølge FHI likevel liten sannsynlighet for langtidsbivirkninger.²⁷⁵ Da var mer enn 11 mill. vaksi-

nedoser satt i Norge, og over 10 mrd. doser var satt globalt.

Kommunikasjon

Ut fra vår granskning er det tydelig at myndighetenes kommunikasjon hadde betydning for at gjennomføringen av vaksinasjonen gikk bra. Myndighetene hadde tidlig på plass en kommunikasjonsstrategi for vaksineringsen.

Koronavaksinasjonsprogrammets kommunikasjonsstrategi ble publisert 15. november 2020, samme dag som vaksinestrategien ble publisert. Kommunikasjonsstrategien var delt i fire faser: klargjøre premisser, implementering, gjennomføring, oppfølging og evaluering. Det overordnede målet var at personer som ble anbefalt vaksinasjon, skulle velge å ta vaksinen.

I strategien pekes det på at det tradisjonelt er høy tillit til helsemyndighetene, helsetjenesten og vaksinasjonsprogrammet i Norge, og at det «er få vaksinemotstandere i befolkningen, men enkelte motstandere er aktive og engasjerte – spesielt i sosiale medier». Det ble deretter løftet fram flere kommunikasjonsutfordringer:

- Ny vaksine, kunnskap mangler, og mye er foreløpig uvisst. Anbefalinger for definerte grupper og/eller nødvendige prioriteringer kan skape usikkerhet, uenighet og opplevelse av urettferdighet.
- Uriktige påstander om covid-19 og om vaksinen
- Unngå begreper som kan skape misforståelser
- Lav kunnskap om koronavaksiner hos helsetjenesten og befolkningen²⁷⁶, samt komplekst budskap

²⁷¹ Nettartikkel, FHI, 21. desember 2021, «Koronavaksinasjon kan påvirke menstruasjonen», besøkt 16. februar 2022.

²⁷² Nettartikkel, Legemiddelverket, 7. juli 2021, «Koronavaksiner og menstruasjonsforstyrrelser», oppdatert 3. februar 2022.

²⁷³ Pakningsvedlegg, Felleskatalogen, uten år, «Comirnaty, BioNTech/Pfizer», besøkt 14. mars 2022; pakningsvedlegg, Felleskatalogen, «Spikevax, Moderna», besøkt 14. mars 2022; pakningsvedlegg, Felleskatalogen, «COVID-19 Vaccine Janssen», besøkt 14. mars 2022.

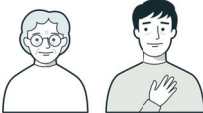
²⁷⁴ Forklaring, fagdirektør i Legemiddelverket, 5. januar 2022.

²⁷⁵ Nettartikkel, FHI, 9. februar 2022, «Lav sannsynlighet for langtidsbivirkninger etter koronavaksinasjon».

FEBRUAR 2022, BOKMÅL

Koronavaksine på 1-2-3 for voksne

Kort informasjon fra Folkehelseinstituttet om vaksine mot koronasjukdommen covid-19

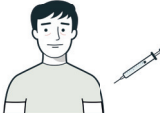


Om koronavaksinasjon

Vaksinen beskytter mot alvorlig covid-19.

Alle voksne bør ta koronavaksine.

Det er gratis.



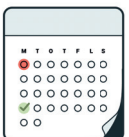
Om vaksineringsen

Vaksinene gis med noen ukers mellomrom.

Spør helsepersonell hvis du er usikker på hva som gjelder for deg.

Si fra om du har allergi, bruker medisiner, er syk eller har hatt covid-19.

Vaksinen gis med sprøyte i overarmen.




Hvor godt virker vaksinen?

De fleste får god beskyttelse mot alvorlig koronasjukdom 3 uker etter 1. dose.

Du får bedre og lengre beskyttelse ved å ta flere doser.

Du kan bli smittet, men du kan få mildere sykdom.

Følg smittevernradene selv om du er vaksinert.




Hvordan virker vaksinen?

Vaksinen lærer kroppen å kjenne igjen og å beskytte seg mot koronaviruset.

Innholdet i vaksinen forsvinner raskt ut av kroppen.

Men kroppen husker hvordan den kan forsvare seg mot viruset.




Bivirkninger

Vanlige bivirkninger er:

- Vondt på stikkstedet
- Trøtthet
- Hodepine
- Vondt i kroppen
- Frysninger og feber

Disse bivirkningene er ubehagelige, men går over etter få dager.



Uvanlige bivirkninger

Alvorlige bivirkninger er svært sjeldne.

Sjeldne bivirkninger som allergiske reaksjoner og hjerteposebetennelse kan behandles hvis de oppstår.

Vi følger nøye med på om det skulle oppstå nye bivirkninger.

Kontakt lege eller annet helsepersonell hvis du får uvanlige, kraftige eller langvarige symptomer etter vaksinasjon.

Hvis du ønsker mer detaljert informasjon om koronavaksine se Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no/kvp

FHI FHI

Figur 9.13 FHI utarbeidet informasjonsmaterieil om koronavaksinasjon på over 40 språk.

Kilde: FHI.no / kvp

Tiltakene for å møte disse utfordringene var å «være åpen» om kunnskapsgrunnlag, usikkerhet, faglige vurderinger og uenighet. I tillegg ønsket FHI å ha en sterk tilstedeværelse i mediene og å være en moderator i sosiale medier.

For å nå alle målgrupper ble det framhevet som viktig i strategien å tilpasse budskapet og gjøre det lett tilgjengelig. Dette innebar å bruke samarbeidspartnere for å nå fram til målgruppene samt å bruke grafikk, klart språk og å lytte etter spørsmål og uklarheter i sosiale medier. I tillegg måtte helsepersonell ifølge strategien være godt informert og forberedt på å svare på vaksinespørsmål fra pasienter og brukere.²⁷⁷

Som en oppfølging av strategien hadde FHI egne kommunikasjonskampanjer via sms, annonser, radiospotter, animasjonsfilmer til sosiale medier og tv, og brosjyrer oversatt til over 40 språk. FHI holdt også egne kurs for journalister med informasjon om koronavaksiner og vaksinasjonsprogrammet, hvor FHI og Legemiddelverket bidro med foredragsholdere.

²⁷⁶ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 15. november 2020, «Koronavaksinasjonsprogrammet – kommunikasjonsstrategi».

²⁷⁷ Svar på oppdrag, FHI til HOD, 15. november 2020, «Koronavaksinasjonsprogrammet – kommunikasjonsstrategi».

Som støtte til helsepersonell inneholdt FHIs vaksinasjonsveileder lenker til nevnte kampanje- og informasjonsmaterieil, vaksinasjonskort, egenerklæringsskjemaer og informasjonstiltak for grupper som var vanskelige å nå.²⁷⁸

FHI arbeidet løpende med kommunikasjon og informasjon ut mot kommuner, statsforvaltere og regionale helseforetak. I tillegg holdt FHI orienteringsmøter med fag- og interesseorganisasjoner og hadde en løpende rådgivningstjeneste overfor helsepersonell på telefon og e-post, foruten egne chat- og telefontjenester ut mot befolkningen.

HOD, FHI og Helsedirektoratet holdt også flere pressekonferanser sammen om vaksineringsen.

Også HODs kommunikasjonsplan hadde som mål å få «høyest mulig vaksinedekning». For å oppnå dette måtte budskapet alltid være «korrekt», «lett å forstå» og «empatisk».²⁷⁹ Hovedlinjene i budskapet var at vaksinasjon var frivillig og gratis, at vaksiner som ble tilbudt i Norge, var godkjent av legemiddelmyndighetene og testet

²⁷⁸ Veileder, FHI, 7. desember 2020, «Koronavaksinasjonsprogrammet – veileder for helsepersonell».

²⁷⁹ Kommunikasjonsstrategi, HOD, «Kommunikasjonsplan. Vaksinasjon mot covid-19».

grundig, og at vaksinene skulle «hjelp oss alle tilbake til en mer normal hverdag»

Regjeringens kommunikasjonsstrategi og Norsk koronamonitors målinger av tillit

Også i regjeringens kommunikasjonsstrategi var betydningen av tillit til programmet og åpenhet framhevet.²⁸⁰ Regjeringen gjorde ifølge statsministeren følgende for å sikre tillit:

Vi har vært åpne og ærlige om alle resultater og utfordringer.²⁸¹

Befolkningens tillit til tempoet i vaksinerings ble målt regelmessig gjennom hele pandemien av Norsk koronamonitor. Ved oppstarten av vaksineringsen i januar 2021 hadde overvekten av befolkningen ikke tillit til vaksinetempoet. Andelen som hadde tillit til at tempoet på vaksineringsen i Norge var effektivt, var videre fallende til mars 2021. Dette samsvarer med når vaksineknappheten var på sitt største og det utelukkende var risikogrupper og helsepersonell som ble vaksinert.

Tilliten økte deretter fra april til oktober 2021, før den falt noe i november og desember 2021. Norsk koronamonitor forklarer fallet med at det da var stadig nye smitterekorder til tross for vaksineringsen, at det ble gjort nye innstramminger etter gjenåpningen, og at det stadig kom ny kunnskap om at det ikke ble satt vaksinert som tilgjengelighet tilsa.²⁸² På dette tidspunktet var imidlertid vaksinedekningen høy, og kommunene var i ferd med å tilby tredje vaksinedose.

Befolkningens tillit til informasjon fra kommunen lå stabilt høyt gjennom pandemien og var marginalt høyere i 2021 enn i 2020, ifølge Norsk koronamonitor. Tilliten til informasjonen fra helsemyndighetene var stabil, mens tilliten til informasjonen fra regjeringen lå noe lavere i 2021 enn i 2020.

I folkehelse rapporten høsten 2021 skrev FHI at et viktig mål framover var å forvalte befolkningens tillit til vaksinasjon spesielt og til vitenskapelig dokumentasjon og helsemyndighetenes råd generelt:

Dette er viktig både for denne pandemien, for fremtidige pandemier, og for de andre vaksinasjonsprogrammene vi har i Norge.²⁸³

FHI konkluderte i folkehelse rapporten høsten 2021 med å fortsette å «spille en aktiv rolle i å motvirke desinformasjon, blant annet i sosiale medier» og at «kunnskapsbasert og åpen informasjon om bivirkninger også er et viktig virkemiddel for å forvalte befolkningens tillit».

Tiltak for å øke vaksinasjonsgraden

Underveis i pandemien iverksatte myndighetene flere tiltak for å øke vaksinasjonsgraden, deriblant flere målrettede informasjons- og kommunikasjonskampanjer. FHI utviklet også utdanningspakker og informasjonsmateriell til bruk i kommunene. Det ble mulig å etterregistrere vaksinert tatt i utlandet og mulig med økt bruk av drop-in, utkjørende enheter og tilbud om vaksinasjon på studie- og arbeidssted. Høsten 2021 fikk studenter tilbud om å få vaksinedose to der de studerte. FHI samarbeidet med kommuner og lokale ambassadører om en målrettet innsats mot deler av befolkningen med lav vaksinasjonsdekning. Det ble lagt ned en stor innsats for å nå deler av innvandrerbefolkningen med lav vaksinedekning (se boks 9.6). Dette førte til at vaksinedekningen økte i løpet av høsten 2021 og vinteren 2022.

De som ikke ønsker vaccine

WHO framhevet i 2019 vaksineskepsis som en av de ti største truslene mot global helse.²⁸⁴ Vaccine er, etter tilgang til rent vann, ansett som det viktigste tiltaket for å bedre folkehelse.

Da kommisjonen avsluttet arbeidet våren 2022, var 8,9 prosent av befolkningen over 16 år uvaksinert mot covid-19. Dette tilsvarte omtrent 400 000 personer.²⁸⁵ I aldersgruppene over 65 år var 3,8 prosent uvaksinert, og blant dem over 45 år var 5,8 prosent uvaksinert. Grunner til at personer ikke var vaksinert med første dose, var ifølge FHI: Kommunene får ikke tak i dem, kapasitet

²⁸⁰ Vi redegjør for regjeringens kommunikasjonsstrategi i kapittel 4 om myndighetenes håndtering av pandemien.

²⁸¹ Forklaring, tidligere statsminister Erna Solberg, 13. januar 2022.

²⁸² Rapport, Opinion, januar 2022, «Norsk koronamonitor, sammenstilling av utvalgte indikatorer til Koronakommisjonen for 2020–2021».

²⁸³ Rapport, FHI, 11. oktober 2021, «Folkehelsen etter covid-19».

²⁸⁴ I tillegg pekte WHO på antibiotikaresistens, luftforurensing og klimaendringer, ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, kreft og hjertesykdommer, globale influensapandemier, bosetting i ustabile og sårbare områder, ebola og andre farlige patogener, svak primærhelsetjeneste og infeksjonssykdommene dengue og hiv.

²⁸⁵ E-post, FHI til Koronakommisjonen, 25. mars 2022, «Svar på forespørsel fra Koronakommisjonen om tall på uvaksinerte».

Boks 9.6 Hvordan nå innvandrerbefolkningen?

Innvandrerbefolkningen i Norge er en stor og sammensatt gruppe bestående av rundt én mill. mennesker. Tidlig i pandemien ble det tydelig at personer med landbakgrunn fra Pakistan, Somalia, Irak, Tyrkia og Afghanistan hadde høyere risiko for smitte, alvorlig sykdom og respiratorbehandling enn den øvrige befolkningen. I tillegg til høyere risiko for sykdom var det i enkelte grupper også lavere vaksinedekning. Situasjonen for innvandrerbefolkningen ble kartlagt av to ekspertutvalg ledet av direktøren ved Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). En del av mandatet var å kartlegge årsaker til lav vaksinedekning og foreslå tiltak til hvordan vaksinasjonsgraden kunne økes.

Ekspertgruppen konkluderte i sin andre rapport 23. juni 2021 med at «det er mye vi ikke vet om befolkningens holdninger til vaksiner og lav vaksinedekning i enkelte landgrupper».¹ Eksempelvis var det ikke kjent hvor mange som faktisk hadde mottatt et tilbud om vaksine. Det var heller ikke kjent hvor mange som hadde mottatt et tilbud de forsto og kunne ta stilling til. Ekspertgruppen skrev at «manglende språkerferdigheter, praktiske og logiske barrierer, holdninger hos den enkelte og mangelfull tilgang til nyansert informasjon om vaksinetilbudet, kan føre til lavere oppslutning om vaksineringen». Videre skrev de at pandemien hadde bidratt til å synliggjøre «enkelte underliggende problemer ved integreringen, og mangler ved myndighetenes kunnskap om en mangfoldig og sammensatt befolkning». Ekspertgruppen foreslo blant annet økt tilgjengelighet, flere innkallingsformer og informasjonskanaler, mer systematisk bruk av fastlegene og – å gjøre informasjon om vaksinasjon tilgjengelig på flere språk. I tillegg foreslo ekspertgruppen tilpasset kommunikasjon og informasjon også til personer uten lovlig opphold. Som vi skriver i kapittel 10, ble de fleste av ekspertgruppens forslag fulgt opp av KD.

FHI framhevet i en besvarelse til HOD at manglende informasjon, praktiske barrierer, erfaringer fra eget hjemland med vaksiner, myter eller konspirasjonsteorier og mistillit til myndighetene i hjemlandet kunne ha betydning. I tillegg kunne det være vansker med å få kalt inn alle på grunn av ufullstendige innbyggerlister og manglende kontaktinformasjon.²

I samarbeid mellom FHI, Helsedirektoratet, IMDi, kommunene, frivillige organisasjoner, lokale ambassadører og ressurspersoner ble det allerede fra mars 2020 gjort et omfattende arbeid for å nå innvandrerbefolkningen. Det ble holdt egne dialogmøter blant annet med tyrkiske, somaliske, polske, pakistanske og syriske ressurspersoner. Høsten 2021 ble det sendt ut egne tekstmeldinger om vaksinasjon til dem med både polsk og norsk telefonnummer og senere også til dem med telefonnummer registrert i Litauen, Romania og Somalia.³ FHI hadde egne møter med katolske prester for å øke vaksinasjonsdekningen blant dem med polsk bakgrunn. FHI opprettet også egne chattetjenester på polsk og russisk og hadde omfattende informasjonskampanjer i tv, radio, aviser, digitale og sosiale medier. Kommunene hadde i tillegg egne kommunikasjonskampanjer lokalt.

I slutten av februar 2022 var andelen over 45 år som var vaksinert med to vaksinedoser, høyest blant innbyggere født i Norge, Danmark, Vietnam, Sverige og Filippinene. Samtidig var andelen lavest blant personer født i Litauen, Romania, Polen og Latvia.^{4 5} I aldersgruppen 18–44 år var det høyest andel vaksinerte blant dem født i Vietnam, Norge, Thailand, Filippinene, India, Iran og Kina, og lavest andel vaksinerte blant dem født i Litauen, Latvia, Romania og Polen.⁶

Innvandrerbefolkningen i Norge har vært spesielt hardt rammet av koronapandemien. En grundigere beskrivelse av situasjonen for innvandrerbefolkningen kan leses i kapittel 10.

1. Rapport fra ekspertgruppe, KD, 23. juni 2021, «Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen».
2. Svar på oppdrag, FHI til HOD, 3. juni 2021, «Notat: Foreløpig kunnskap om koronavaksinasjon og innvandrere i Norge».
3. Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 14. september 2021.
4. Ukerapport, FHI, 23. februar 2022, «Ukerapport covid-19 for uke 7 er publisert».
5. Andelen vaksinerte var henholdsvis 95, 93, 93 og 92 prosent for dem med høyest vaksinasjonsgrad. Den var henholdsvis 52, 52, 50 og 50 prosent blant dem med lavest vaksinasjonsgrad.
6. Andelen vaksinerte var henholdsvis 91, 89, 89, 88, 85, 83 og 83 prosent for de høyest vaksinerte. Den var henholdsvis 44, 43, 42 og 40 prosent for de lavest vaksinerte.

Kilde: FHI og KD.

hos enkelte, motivasjon, har ikke somlet seg til det, det bare ble sånn, vil vente eller vil ikke.²⁸⁶ Feilinformasjon er pekt på som en viktig årsak til vaksineskepsis (Drew 2019). Det er imidlertid fortsatt begrenset kunnskap om hvordan vaksineskepsis motvirkes (Ørstavik 2022). Vinteren 2022 rammet alvorlig covid-19-sykdom særlig uvaksinerte personer i tillegg til vaksinerte personer med høy alder eller underliggende sykdommer.²⁸⁷

9.5 Konsekvenser av vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen

Da vi avsluttet vårt arbeid i april 2022, var det satt ca. tolv mill. vaksinedoser i Norge. Det innebærer at 88 prosent av alle over 16 år og 73 prosent av hele befolkningen var fullvaksinert med to doser. 90 prosent av dem over 65 år hadde i tillegg fått en tredje dose. Per 31. oktober, da vi avsluttet myndighetsgranskningen, var 85 prosent av dem over 16 år og 69 prosent av hele befolkningen fullvaksinert. 91 prosent av alle over 16 år hadde fått én dose. Vinteren 2022 vurderte fagmyndighetene fortsatt vaksinen som «vårt viktigste virkemiddel mot pandemien» til tross for den reduserte effekten mot nye virusvarianter.²⁸⁸

Vi mener at vaksineringsen av landets befolkning har vært vellykket. Norge lyktes i å gjennomføre vaksinasjon i stor skala, det var høy tillit i befolkningen og et lavt tall på smittede, syke og døde sammenlignet med i andre land. Selve utrulling av vaksiner ble gjort innenfor rammene til det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, med roller og ansvar i tråd med smittevernloven, eksisterende planverk og ansvarsfordeling i normaltillstand. Det ble i tillegg gjort et stort digitaliseringsarbeid for å forenkle mange prosesser. Det er kommisjonens inntrykk at dette har vært viktig for å sikre gjennomføringen av vaksineringsen i Norge.

Kommisjonen mener likevel at den høye tiltaksbyrden over lang tid i Oslo og Viken, spesielt for barn og unge, potensielt kunne blitt mindre med en annen vaksinestrategi. Antallet smittede og innlagte med covid-19 kunne også blitt lavere

med en tidligere prioritering av vaksiner til områder der smitten var størst. Nedenfor omtaler vi noen av de konsekvensene vi har sett av den valgte vaksinestrategien og hvordan vaksinasjonen ble gjennomført.

Høy vaksinedekning

Kommisjonen mener at regjeringens vaksinasjonsstrategi, herunder kommunikasjonsstrategien, har vært viktig for å ivareta befolkningens tillit og bidratt til høy vaksinedekning i Norge.

FHI la ved oppstarten av vaksineringsen til grunn at 75 prosent av risikogruppene og 50 prosent av den øvrige befolkningen kom til å la seg vaksinere mot covid-19.²⁸⁹ FHI gjennomførte ukentlige undersøkelser av hvor stor andel av befolkningen som ville takke ja til en vaccine når de først fikk tilbudet. Disse undersøkelsene viste at befolkningens tillit til vaksinasjonsprogrammet var jevnt stigende fra høsten 2020 til vi avsluttet arbeidet vårt.

I kommunikasjonen til befolkningen var åpenhet sentralt for å oppnå tillit. Ledelsen i FHI har framhevet at åpenhet om både «det vi har kunnskap om, og det vi ikke har kunnskap om» var viktig for å opprettholde tillit.²⁹⁰

Det var lenge en bekymring for at tilliten til vaksinasjonsprogrammet skulle bli svekket som følge av prosessen rundt AstraZeneca- og Janssen-vaksinen. FHIs spørreundersøkelser viste at det ikke skjedde. FHI tolket dette som at «god og åpen informasjon om bivirkninger ikke svekker tilliten til vaksinasjonsprogrammet eller fagmyndighetenes vurderinger».²⁹¹ Vår granskning tyder på at denne vurderingen har vært riktig.

I tillegg har prinsippet om frivillig vaksinasjon blitt framhevet som viktig for tillit til vaksinasjonsprogrammet.²⁹² All vaksinasjon i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og barnevaksinasjonsprogrammet er frivillig. Utover høsten 2021 og vinteren 2022 fikk spørsmålet om frivillighet økt oppmerksomhet i den offentlige debatten. Både avtroppende og påtroppende regjering sto fast ved beslutningen om at vaksinen skulle være frivillig.

Smittevernloven § 3-8 åpner for at HOD og Helsedirektoratet gjennom forskriftsendring kan

²⁸⁶ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 31. august 2021.

²⁸⁷ Ukerapport, FHI, 23. februar 2022, «Ukerapport covid-19 for uke 7».

²⁸⁸ Rapport, ekspertgruppe på oppdrag fra HOD, 4. april 2022, «Holden-IV (covid-19). Hovedrapport. Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak».

²⁸⁹ Dette var basert på erfaringer med vaccineoppslutning i influensavaksinasjonsprogrammet og massevaksinasjonen mot svineinfluensa.

²⁹⁰ Forklaring, avdelingsdirektør i FHI, 17. desember 2021.

²⁹¹ Rapport, FHI, 11. oktober 2021, «Folkehelsen etter covid-19».

²⁹² Forklaring, tidligere helse- og omsorgsminister Bent Høie, 7. januar 2022.

bestemme at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere. Det går fram av loven at departementet også kan bestemme at personer som ikke er vaksinert, må oppholde seg innen bestemte områder og kan nektes deltagelse i organisert samvær med andre (for eksempel barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler).²⁹³ Disse virkemidlene ble ikke tatt i bruk.

I flere europeiske land ble det innført vaksineplikt og bøter for å ikke la seg vaksinere. Hellas innførte bøter for dem som ikke tok vaksinen, og Østerrike besluttet å innføre vaksineplikt i februar 2022. Det var demonstrasjoner i flere kanadiske byer i februar 2022 etter beslutningen om vaksineplikt ved grensekryssing.

I våre undersøkelser har det vært påpekt at frivillig vaksinasjon har dempet tendenser til polarisering i debatten om pandemihåndteringen.²⁹⁴

Forskning tyder ikke på at bruk av tvang gir høyere vaksinedekning enn frivillig vaksinasjon (Drew 2019). Det er kommisjonens oppfatning at prinsippet om frivillig vaksinasjon har bidratt til høy tillit og lite polarisering og dermed har vært viktig for å oppnå høy vaksinasjonsdekning i Norge. Vi vil likevel påpeke at det kan komme situasjoner hvor plikt om vaksinasjon for grupper av befolkningen vil være riktig og nødvendig.

Oppsummert om årsaker til den høye vaksinedekningen

Kommisjonen mener altså at den høye vaksinedekningen i Norge i stor grad skyldes befolkningens høye tillit til myndigheter generelt og spesielt den høye tilliten til lokale myndigheter. Det ble gjort et omfattende informasjons- og kommunikasjonsarbeid fra både nasjonale og lokale myndigheter i forbindelse med vaksinasjonen. Ifølge Norsk koronamonitor var det vedvarende høy tillit til lokale myndigheter gjennom pandemien. Kommisjonen mener at kommunikasjonen og organiseringen av vaksinasjonen lokalt, med nærhet til der folk bor, har hatt positiv betydning for vaksinedekningen.

Samlet sett er det kommisjonens inntrykk at følgende punkter har vært sentrale for at vaksinedekningen ble høy:

- Frivillighet
- Åpenhet om usikkerhet og bivirkninger

²⁹³ Lov av 29. november 2021 nr. 143 om vern mot smittsomme sykdommer § 3-8.

²⁹⁴ Forklaring, byrådsleder i Oslo Raymond Johansen, 17. desember 2021.

- Høy tillit til myndighetene og til vaksinasjon i normaltillstand
- Omfattende kommunikasjonsarbeid
- Måltrettet innsats mot enkeltgrupper i befolkningen
- Egne ambassadører i innvandrer miljøer og oppsøkende vaksinasjonsvirksomhet
- Vaksinasjon i lokalmiljøet
- God kommunikasjon fra lokale myndigheter
- God tilgang til vaksiner
- Lite polarisering i samfunnet
- Omfattende innsats fra FHI, kommuner, ressurspersoner og ambassadører

Smitte, sykdom og død var ujevnt fordelt

Norge var blant de landene i Europa som gjennom pandemien hadde lavest tall på smitte, sykdom og død av covid-19. Smitten i Norge var imidlertid skjevt geografisk fordelt. Det var vedvarende høyt smittetrykk og flere innlagte med covid-19 i Oslo og Viken enn i resten av landet. Den ujevne fordelingen av smittetrykket vedvarte fra mars 2020 til vi avsluttet vår myndighetsgranskning 31. oktober 2021.

Vaksinene ble først fordelt likt ut i landet basert på andelen av befolkningen over 65 år. Dette innebar at mange vaksinedoser tidlig ble fordelt til områder i landet hvor det til da ennå ikke hadde vært smittetilfeller med covid-19. Det er kommisjonens syn at den valgte vaksinestrategien ikke i tilstrekkelig grad korrigerer for at enkelte kommuner hadde langt høyere andel smittede og antall innlagte og hadde en høy tiltaksbyrde over tid. Det samme finner Holdenutvalget i sin rapport 15. mars 2021. FHIs modelleringer viste dessuten våren 2021 at en omfattende geografisk prioritering av vaksiner til kommuner med høyt smittetrykk ville redusere dødsfall nasjonalt. Med geografisk prioritering av vaksiner i tre runder ble vaksinene fordelt til områdene i landet hvor smitten var høyest. Det er kommisjonens mening at denne geografiske prioriteringen burde ha vært gjort tidligere og i større grad.

Hva gjorde at geografisk prioritering ble utsatt?

Regjeringen utsatte lenge beslutningen om geografisk prioritering, til tross for at både FHI, Holdenutvalget, FHIs ekspertgruppe i etikk og prioritering som regjeringens vaksinestrategi bygde på, og de samfunnsøkonomiske analysene som ble utført i desember 2020, anbefalte dette.

Kommisjonen har i arbeidet indentifisert følgende utfordringer knyttet til denne beslutningsprosessen:

- Politiske vurderinger versus faglige råd
- Begrenset kunnskapsgrunnlag
- Vaksiner som et begrenset gode
- Bortfall av AstraZeneca-vaksinen
- Utfordringer med endringer i smittetrykk
- Politisk risiko
- Skepsis fra helseministeren
- Kommunikasjonsvansker med «skjevfordeling» av vaksiner
- Spørsmålet kom opp parallelt med lettelse for vaksinerte
- Liten tilgang til endose-vaksiner

Samlet sett gjorde dette at det tok lang tid før geografisk prioritering ble vedtatt av regjeringen. Den geografiske prioriteringen regjeringen vedtok, var mindre og kom i gang senere enn FHI anbefalte.

Helsemessige konsekvenser av tidligere geografisk prioritering av vaksiner

I en rapport (Holden 2022) skrevet på oppdrag for Koronakommisjonen beskriver professor Steinar Holden hvordan helsemessige utfall ville endret seg hvis geografisk prioritering av vaksiner hadde startet tidligere. Rapporten bygger på resultater fra Gjefsen mfl. (2022).

Her konstrueres en kontrafaktisk vaksinefordeling. Den er basert på observerte forskjeller i risiko for sykehusinnleggelse før vaksineringsstartet. Forfatterne grupperer norske kommuner

etter observerte smitterater i november og første del av desember 2020, perioden rett før utrulling av vaksinerne. I den kontrafaktiske fordelingen er vaksinerne prioritert etter innleggelsesrisiko, gjengitt i tabell 9.1. Gruppene med høyest innleggelsesrisiko vaksineres først. Prioriteringen skjer altså etter anslått risiko for sykehusinnleggelse for den enkelte, basert på alder, bosted og medisinske risikofaktorer.

Tabellene viser betydelig stabilitet i innleggelsesrisikoen for ulike geografiske områder og aldersgrupper over tid.

For å studere virkningen av en slik kontrafaktisk vaksinefordeling på antall sykehusinnleggelser gjennomfører Gjefsen mfl. (2022) to empiriske analyser. Analyseperioden er uke 1–26 i 2021.

I den første analysen studeres virkning av endret tidspunkt for vaksineringsstart for personer som hadde registrert infeksjon med covid-19 i analyseperioden. Analysen belyser virkningen av beskyttelsen vaksinen gir dersom man er blitt smittet. Den tar ikke hensyn til at vaksinen reduserer sannsynligheten for å bli smittet. Da vaksineringsstartet, var det ennå en viss usikkerhet om vaksinen faktisk reduserte smitterisikoen, selv om kunnskap om andre vaksiner ga grunnlag for å tro at det var en slik effekt.

Et hovedfunn fra den første analysen er at innleggelser og antall respiratorpasienter ville blitt betydelig redusert ved en slik kontrafaktisk fordeling av vaksiner.

Den andre analysen til Gjefsen mfl. (2022) ser på virkningen av endret tidspunkt for vaksineringsstart for hele befolkningen, avhengig av smitteutviklingen i hver enkelt kommune. Denne analysen tar

Tabell 9.1 Innleggelsesrisiko, andel av befolkningen som legges inn etter alder og geografisk område, uke 44–51, 2020.

Innleggelsesrisiko i prosent, før vaksinasjon	Geografisk område				
	1	2	3	4	5
Aldersgruppe					
18–29	0,001	0,002	0,001	< 0,001	< 0,001
30–39	0,033	0,022	0,021	0,021	0,005
40–49	0,050	0,031	0,025	0,015	0,010
50–59	0,073	0,046	0,033	0,025	0,006
60–69	0,070	0,045	0,044	0,035	0,011
70–79	0,121	0,063	0,090	0,086	0,024
80+	0,085	0,157	0,117	0,065	0,013

Kilde: Holden 2022

Tabell 9.2 Innleggelsesrisiko, andel av befolkningen som legges inn etter alder og geografisk område, uke 1–9, 2021.

Innleggelsesrisiko i prosent, ni uker etter vaksinasjon	Geografisk område				
	1	2	3	4	5
Aldersgruppe					
18–29	0,013	0,013	0,011	0,006	0,007
30–39	0,031	0,015	0,021	0,007	0,006
40–49	0,052	0,031	0,019	0,026	0,012
50–59	0,063	0,023	0,024	0,024	0,010
60–69	0,080	0,059	0,033	0,029	0,016
70–79	0,095	0,086	0,039	0,033	0,026
80+	0,101	0,079	0,049	0,052	0,021

Kilde: Holden 2022

hensyn til at vaksinen reduserer den enkeltes sannsynlighet for å bli smittet, men den tar ikke hensyn til at dette også vil dempe smittespredningen i kommunen.

Sykehusinnleggelsene skjedde i stor grad mens det ennå var få vaksiner. De kunne dermed ikke påvirkes av hvordan vaksinene ble fordelt på et senere tidspunkt. Simuleringene inkluderer bare de observasjoner der valg av vaksinefordeling påvirker om individet var vaksinert eller ikke.

Konkret betyr det at hvis Ola ble vaksinert i uke 8 i den faktiske vaksinefordelingen, og i uke 11 i den kontrafaktiske, så inkluderer simuleringene de tre ukene for Ola der han var vaksinert etter den faktiske vaksinefordelingen og ikke etter den kontrafaktiske. De ukene der Ola hadde samme vaksinestatus i de to fordelingene (vaksinert eller ikke vaksinert) er ikke inkludert fordi valget av de to vaksinefordelingene da ikke har betydning for om Ola ville blitt innlagt.

For de innleggelses som er omfattet av analysen, er det en simulert reduksjon i antall innleg-

gelses på 47 prosent, fra 600 innleggelses med faktisk vaksinefordeling til 318 innleggelses med kontrafaktisk fordeling, se tabell 9.3.

For gruppene der endret vaksineprioritering ville påvirket om vaksineringen skjedde før eller etter smitten som førte til sykehusinnleggelsene, anslås det at antallet sykehusinnleggelses ville omtrent halveres med en slik endring.

Gjefsen mfl. (2022) anslår at prioritering av områder med høy smitte ved fordelingen av vaksiner ville gitt en reduksjon på i underkant av 300 sykehusinnleggelses med covid-19. Det tilsvarer i underkant av 10 prosent av innleggelsene i første halvår 2021. En viktig årsak til at effekten ikke er større, er at sykehusinnleggelsene i Norge i stor grad skjedde før det var tilstrekkelig antall vaksiner, slik at vaksinefordelingen ikke hadde betydning for om den enkelte var vaksinert. For den perioden der endring i vaksinefordeling ville påvirket om den enkelte var vaksinert eller ikke, anslås det at endret vaksinering ville omtrent halvert antall sykehusinnleggelses.

Tabell 9.3 Sykehusinnleggelses i individer med ulik vaksinestatus i faktisk og kontrafaktisk vaksinefordeling.

	Antall individer	Innleggelses med faktisk vaksinefordeling	Innleggelses med kontrafaktisk vaksinefordeling
Individer med tidligere vaksinering	5 627 479	474	163
Individer med senere vaksinering	5 629 003	126	155
Totalt		600	318

Kilde: Holden 2022

Det er rimelig å anta at analysene undervurderer reduksjonen i antall sykehusinnleggelser ved geografisk prioritering av vaksiner. Dette skyldes blant annet at det ikke er tatt høyde for at vaksiner ville redusert smittespredningen.

Holden (2022) diskuterer funnene i sin rapport og påpeker at gevinstene ved geografisk skjevfordeling av vaksiner kan være relevant å ta høyde for i kommende helsekriser:

Gjefsen mfl. (2022) viser at dersom målet med vaksiner er lavest mulig helsetap, kan det være betydelige gevinster ved å ta hensyn til regionale forskjeller i smitte. Når det er store geografiske forskjeller i smittenivåer, vil yngre individer som bor i områder med høyt smittenivå, kunne ha en større risiko for alvorlig sykdom fra covid-19 enn eldre personer som bor i områder med lavt smittenivå. Dersom man vil prioritere de personer som har høyest risiko for alvorlig sykdom, bør man derfor ta hensyn til geografiske forskjeller i smittenivå. Dette er en lærdom som også er relevant for mulige fremtidige situasjoner med knapphet på effektive vaksiner.

Koronakommisjonen slutter seg til denne vurderingen.

I Norge var smittfordelingen mellom regioner stabil. Forskjeller i smittenivåer i november og desember 2020 vedvarte i stor grad gjennom vinteren 2021. De regionale forskjellene var godt kjent blant helsemyndighetene. I situasjoner der det er betydelig usikkerhet om regionale forskjeller i smittenivå vil vedvare, vil begrunnelsen for geografisk prioritering av vaksiner være svakere.

Ujevnt fordelt tiltaksbyrde i ulike deler av landet

Det var stor forskjell i smitte- og tiltaksbyrde både i ulike steder i landet og mellom ulike grupper i samfunnet gjennom pandemien. Spesielt i områder med høyt smittetrykk og høy andel trangboddhet, som i Oslo og omkringliggende kommuner, var tiltaksbyrden høy over lang tid. Bydelene i Oslo som ble spesielt hardt rammet, var Stovner, Alna, Grorud, Bjerke, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo.

Vaksinasjon av befolkningen ble i FHI's strategidokument fra 15. desember 2020 framhevet som sentralt for å kunne lette på tiltak og komme ut av pandemien. Helsedirektøren forklarte til kommisjonen at vaksinedekningen hadde direkte konsekvenser for tiltaksnivå.²⁹⁵

Mange vaksiner ble i den første fasen av vaksinasjonen prioritert til områder uten smitte. Holden-utvalget framhevet i sin tredje rapport at manglende geografisk prioritering av vaksiner på et tidligere tidspunkt bidro til å forlenge tiltaksbyrden i områder med høyt smittetrykk lenger enn nødvendig. I rapporten står det:

Hvis områder med strenge smitteverntiltak fikk tidligere tilgang på vaksiner, ville tiltakene i disse områdene kunne trappes ned tidligere. Områder med lite smitte ville fått noe senere tilgang på vaksiner, og i disse områdene ville tiltakene bli beholdt noe lenger. Siden smitteverntiltakene ville bli dempet i områder med strengest tiltak, ville det innebære mindre regionale forskjeller i tiltaksbyrde og helsetap. Trolig ville det også innebære mindre tiltaksbyrde samlet sett, fordi det særlig er strenge tiltak som innebærer betydelig tiltaksbyrde. Reduksjonen i tiltaksbyrde ved at områder med strenge tiltak kan avvikle disse tidligere, vil dermed trolig være større enn økningen i tiltaksbyrde ved noe senere avvikling av milde smitteverntiltak i områder med lav smitte.²⁹⁶

Vaksinestrategien bidro etter kommisjonens oppfatning ikke i tilstrekkelig grad til å redusere smitte, og dermed byrden ved strenge smitteverntiltak, i områdene som ble hardest rammet. Det er kommisjonens oppfatning at en vaksineprioritering bør støtte opp under de overordnede målene for pandemihåndteringen. For covid-19-pandemien var regjeringens to fremste mål å ivareta helse og redusere forstyrrelser i samfunnet, der nest skjerming av barn og unge (fra strenge tiltak). En tidligere prioritering av vaksiner til områder med høy smitte ville i større grad ha bidratt til å nå regjeringens egne mål.

Høy tiltaksbyrde for barn og unge

Kommisjonen mener at vaksinestrategien ikke i tilstrekkelig grad bidro til å skjerme barn og unge i tråd med regjeringens egne mål.

Vaksinasjon av ansatte i skoler og barnehager ble trukket fram både av WHO og FHI som et virkemiddel for å kunne holde skoler åpne og dermed redusere tiltaksbyrden for barn og ungdom.

²⁹⁵ Forklaring, direktør i Helsedirektoratet Bjørn Guldvog, 22. desember 2021.

²⁹⁶ Rapport, Ekspertgruppe på oppdrag for Helsedirektoratet, 15. mars 2021, «Covid-19 – Samfunnsøkonomiske vurderinger. Tredje rapport, del II».

Tiltaksbyrden for unge ble så langt kommisjonen har brakt på det rene, likevel ikke tatt med i oppdragene fra HOD om vaksinasjon før i april 2021. Oppdraget ble besvart av FHI i mai 2021. Først i slutten av juni 2021 åpnet regjeringen for at kommunene kunne tilby inntil 10 prosent av vaksinedosene til ansatte i skoler og barnehager, etter at helsepersonell var ferdig vaksinert. Kommisjonen mener at denne beslutningen kom for sent, og den utgjorde en for liten del av vaksinedosene til å få en reell betydning for tiltak rettet mot barn og unge. Ved skolestart høsten 2021 var det liten forskjell mellom andelen vaksinerte blant ansatte i skoler og barnehager, og i den øvrige befolkningen.

I tillegg ble helsesykepleiere brukt i vaksinasjonsarbeidet, noe som ga et redusert helsetilbud til barn og unge. Mange kommuner brukte også idrettshaller som vaksinasjonssentre, med påfølgende konsekvenser for barneidretten. Konsekvensene for barn og unge beskrives i kapittel 10.

Aldersgruppene 16–17 år og 12–15 år ble først tilbudt vaksiner høsten 2021. I Danmark var da store deler av disse aldersgruppene allerede vaksinert.²⁹⁷

Myndighetene har et særlig ansvar for at konsekvenser for barn og unge blir så små som mulig i en nasjonal krise, som en pandemi. Det var et uttalt mål fra regjeringen å pålegge barn og unge lavest mulig tiltaksbyrde. Kommisjonen mener at myndighetene, i tråd med egen målsetting, burde prioritert vaksiner til lærere og andre med yrkesansvar for barn og unge og dermed bidratt til lavere tiltaksbyrde for de yngre.

Kritiske samfunnsfunksjoner ikke påvirket

De samfunnskritiske tjenestene har i stor grad blitt opprettholdt i Norge gjennom pandemien. Dette skyldes primært at smitten har vært lav sammenlignet med andre land, og kan vanskelig knyttes til vaksinestrategien. Regjeringen besluttet 18. mai 2021 å prioritere vaksiner til «samfunnskritiske beslutningstagere», blant annet i regjering, kongehus og Storting – samt enkelte personer knyttet til disse funksjonene. Dette skjedde på et tidspunkt med lav smitte, og kommisjonen kan ikke se at denne beslutningen har hatt reell betydning for at disse funksjonene ble opprettholdt.

²⁹⁷ Rapport, Menon Economics, desember 2021, «Covid-19-vaksinasjon i Danmark».

Vaksiner var avgjørende for gjenåpningen

Regjeringen pekte på vaksinasjon som «veien ut» av pandemien og uttalte at vaksinasjonsgraden var viktig for gjenåpningen og for å lette på tiltak.²⁹⁸ FHI og Helsedirektoratet lagde planer for nedtrapping av tiltak med økende vaksinedekning.²⁹⁹ Ifølge Helsedirektoratet spilte vaksinesituasjonen og strategien «i aller høyeste grad» en rolle for smitteverntiltakene.³⁰⁰ Dette går også fram av regjeringens langsiktige strategi, som i mars 2021 ble koblet tettere med vaksinestrategien.

I april 2021, før det første trinnet i regjeringens gjenåpningsplan, hadde det vært strenge smittevernbestemmelser helt fra pandemiens start. Norge var da fire måneder inn i vaksineringsen, og omtrent 1 345 000 personer var vaksinert med én dose, og omtrent 360 000 personer var vaksinert med to.³⁰¹ Regjeringen offentliggjorde 28. april 2021, etter nesten 14 måneder med pandemi, flere lettelsener for fullvaksinerte.³⁰² I private hjem kunne fullvaksinerte ha nær sosial kontakt med andre vaksinerte, selv om de var i risikogruppen. Fullvaksinerte kunne også ha nærkontakt med uvaksinerte som ikke var i risikogruppen. I offentligheten var rådene og reglene uendret når det gjaldt avstand, antall, hygiene og bruk av munnbind.³⁰³ Den 4. mai fikk vaksinerte unntak for smittekarantene, og fra sommeren 2021 ble fullvaksinerte helt unntatt innreisekarantene. Ytterligere lettelsener for vaksinerte, og etterhvert for alle, ble innført våren, sommeren og høsten 2021.

Bruken av koronapass

Bruken av koronapass, også kalt koronasertifikat, bidro også til lettelsener for fullvaksinerte. Koronasertifikatet ble brukt ved grensepasseringer fra sommeren 2021 ved reise mellom land som var koblet til EUs tekniske løsning for sertifikatet. Sertifikatet dokumenterte om personer var vaksinert, hadde en nylig negativ test eller nylig hadde hatt koronasykdom.

²⁹⁸ Forklaring, tidligere finansminister Jan Tore Sanner, 6. januar 2022.

²⁹⁹ Møtereferat, BUB, 10. mars 2021.

³⁰⁰ Forklaring, direktør i Helsedirektoratet Bjørn Guldvog, 22. desember 2021.

³⁰¹ Referat, FHIs referat fra styringsmøte i HOD om koronavaksinasjonsprogrammet, 30. april 2021.

³⁰² I februar 2021 ble det gitt lettelsener ved grensepasseringer for helsepersonell. Det ble også åpnet opp for mer besøk på sykehjemmene fordi de fleste av landets sykehjemsbeboere hadde fått to vaksinedoser.

³⁰³ Nettartikkel, HOD, 28. april 2021, «Letter på rådene for fullvaksinerte».

Bruken, og nytten, av et koronapass innenlands i Norge var omdiskutert. Mange europeiske land, inkludert Danmark, benyttet koronapass ved utesteder, restauranter og arrangementer. I Norge ble det vedtatt 12. november 2021 at koronapass kunne brukes innenlands, men innenlands koronapass ble ikke tatt i bruk i Norge mens kommisjonens arbeid pågikk. En årsak til dette var at koronavaksinene viste seg å være mindre effektive mot omikronvarianten av viruset.

Diskusjonene om bruken av koronapass innenlands pågikk i offentligheten høsten 2021 og vinteren 2022. Ordningen reiser viktige problemer knyttet til personvern.

Hvilken rolle vaksinedokumentasjon eventuelt skal spille ved framtidige utbrudd av smittsom, allmennfarlig sykdom, kan med stor fordel avklares fra myndighetene.

9.6 Kommisjonens anbefalinger

Åpenhet om usikkerhet og bivirkninger

Kommisjonen mener at befolkningens tillit var avgjørende for å oppnå høy vaksinedekning i befolkningen. Regjeringen, HOD, FHI og norske kommuner gjorde et omfattende kommunikasjonsarbeid. Prinsippet om åpenhet om «det vi vet, og det vi ikke vet», inkludert åpenhet om bivirkninger, var sentralt for å bygge tillit. Prinsippet om åpenhet i kommunikasjonen bør ligge fast. Det er etter kommisjonens syn viktig at myndighetene etterstreber tett kontakt med befolkningen, saklig og ryddig informasjon og respekt for alle grupper.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at åpenhet om vaksiners virkning og bivirkninger videreføres i senere eventuelle pandemier.

Frivillig vaksinerings som grunnprinsipp

Kommisjonen oppfatter at prinsippet om frivillig vaksinerings bidrar til å opprettholde tillit og redusere polarisering i samfunnet. Frivillig vaksinerings har også vist å gi høyere vaksineoppslutning enn ved obligatorisk vaksinerings. Det kan imidlertid oppstå situasjoner som gjør at vaksinerings likevel må pålegges.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at frivillighet videreføres som hovedprinsipp i tråd med eksisterende plan- og lovverk.

Vaksinere der effekten er størst

Det er kommisjonens vurdering at større grad av målretting av vaksiner til områder som over tid har høyt smittetrykk, flere innleggelser og strengere smitteverntiltak, totalt sett ville gitt færre sykehusinnleggelser og lavere tiltaksbyrde gjennom pandemien. En høy grad av smitte, innleggelser, død og sterke tiltak i covid-19-pandemien var i hovedsak sentrert i enkelte bydeler i Oslo og i nærliggende kommuner på det sentrale Østlandet.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at det gjøres en tidlig geografisk prioritering hvis det skulle oppstå en ny pandemi med store geografiske forskjeller i smitte, innleggelser og smitteverntiltak.

Tidligere vaksinerings av helsepersonell

WHOs anbefalinger og tidligere norske pandemiplaner har begge pekt på at helsepersonell som jobber med kritisk syke og smittede pasienter, bør prioriteres tidlig for vaksinerings i en pandemi.

I covid-19-pandemien ble helsepersonell først ikke prioritert for vaksinerings. Det måtte til særskilte anbefalinger fra FHI, som ble behandlet i RCU, og sterkt press fra helsepersonell, før vaksinerings av helsepersonell ble prioritert. Kommisjonen vil her bemerke at det representerer et brudd med eksisterende planverk i Norge og internasjonale anbefalinger ikke å prioritere helsepersonell for vaksinerings under en pandemi. Helsepersonell forventes å ha daglig kontakt med smittede pasienter, med økt risiko for selv å bli smittet og økt risiko for å bringe smitte videre ut av helsetjenesten. Helsepersonell risikerer også å føre smitte videre til sårbare pasienter. Et høyt sykefravær eller mye helsepersonell i karantene vil i tillegg kunne få store konsekvenser for helsetjenestens drift og dermed for pasienter både med og uten smitte.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at helsepersonell i pasientnært arbeid, som er kritisk vanskelig å

erstatte, prioriteres først for vaksinasjon i en pandemi.

Tidligere vaksinerings av lærere og barnehagepersonell

Prioritering av lærere og barnehagepersonell ble som tidligere nevnt, trukket fram både av WHO og i FHIs strategidokument desember 2020. Tidligere vaksinerings av denne gruppen kunne bidratt til å holde skoler og barnehager åpne og kunne ha redusert tiltaksbyrden for barn og ungdom. Etter kommisjonens oppfatning burde ansatte i skoler og barnehager vært prioritert tidligere og i større grad.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler en vaksineprioritering som bidrar til å redusere pandemikonsekvensene for barn og unge. I covid-19-pandemien betyr det tidlig vaksinerings av ansatte i skoler og barnehager. Det kan også tenkes situasjoner hvor barn og unge selv bør prioriteres for vaksinerings.

Tidligere vaksinerings av beslutningstagere og ansatte i kritiske samfunnsfunksjoner

Det er viktig at myndighetene som skal håndtere en pandemi, er beslutningsdyktige, og at andre kritiske samfunnsfunksjoner er i drift. WHO og tidligere beredskapsplaner peker av den grunn på at nøkkelpersonell i kritiske samfunnsfunksjoner kan prioriteres for vaksinasjon.³⁰⁴ Som omtalt i kapittel 4 om myndighetenes håndtering av pandemien var regjeringen sterkt involvert i krisehåndterings. I en pandemi som rammer enda hardere enn covid-19-pandemien, vil det kunne

være helt nødvendig å prioritere vaksinasjon av ansatte i regjering og Storting og i andre kritiske samfunnsfunksjoner.

Anbefaling:

- Dersom det er fare for at en pandemi fører til at kritiske samfunnsfunksjoner får problemer, anbefaler kommisjonen å prioritere vaksiner til personer i slike funksjoner. Det innebærer at det f.eks. kan bli nødvendig å prioritere regjering og Storting slik at disse organene er beslutningsdyktige.

Forsterket innsats mot innvandrerbefolkningen

Kommisjonen har gjennom granskingsarbeidet sett at det er spesielt viktig at myndighetene øker kunnskapen og bedrer kontakten med innvandrerbefolkningen, jf. kapittel 10.

Offentlige myndigheter, frivillige organisasjoner og innvandrergruppene selv gjorde et betydelig arbeid for smitteforebygging, testing og vaksinerings av innvandrerbefolkningen. Covid-19-pandemien har vist at oppsøkende virksomhet, kommunikasjon på morsmål, styrking av digital kompetanse, god språkforståelse, bruk av lokale «ressurspersoner» og økt tilgjengelighet er nødvendig for å bygge tillit. Tillit til myndighetene er viktig for høy vaksinedekning når befolkningen tilbys vaksiner i en pandemi. Anbefalinger om hvordan myndighetene skal nå frem til innvandrerbefolkningen beskrives i kapittel 10.

³⁰⁴ Veileder, WHO, 14. september 2020, «WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination».

Del VI
Pandemien rammet skjevt

Kapittel 10

Sosiale konsekvenser for sårbare grupper

10.1 Innledning

Pandemien har hatt store konsekvenser for det norske samfunnet. Covid-19-viruset har i seg selv satt spor. Etter to år med pandemi har Norge hatt mer enn 1,3 mill. smittetilfeller, 10 500 personer som på et eller annet tidspunkt har vært lagt inn på sykehus med sykdommen, og 1750 døde.¹ Noen av dem som har vært smittet, opplever at symptomene varer over tid, og familiene som har opplevd alvorlig sykdom og død, kommer til å være preget av dette i lang tid. Dette er erfaringer det norske samfunnet bærer med seg.

I tillegg kommer konsekvensene av at befolkningen har måttet tilpasse seg til et hverdagsliv med pandemi og smitteverntiltak. Den lange perioden med usikkerhet kan sitte igjen på måter som vi bare kan ane i dag. Vi kjenner ikke de langsiktige virkningene av at barn har måttet lære seg «å holde meteren» og å forholde seg til voksne med munnbind, eller av at det sosiale livet til unge nesten fullstendig har flyttet seg til sosiale medier i perioder. Vi vet ikke hva det har å si i et lengre perspektiv at mennesker med fysisk og psykisk sykdom har fått et redusert tjenestetilbud og levd i en lang periode med en ny type usikkerhet. Også dette er erfaringer som enkeltpersoner vil bære med seg gjennom resten av livet, på ulike måter og på godt og vondt.

I denne delen av rapporten skal vi se spesielt på de sosiale konsekvensene av måten myndighetene har håndtert pandemien på. Vi ser på hvordan begrensningene i offentlige tilbud har påvirket ulike grupper, og på de viktigste tiltakene myndighetene har iverksatt for å kompensere for dette.

Det er ikke mulig å dekke alle aspektene ved smitteverntiltakene og begrensningene i offentlige tilbud innenfor rammene av dette arbeidet. I denne delen av rapporten har vi konsentrert oss om grupper som er spesielt avhengige av at de

offentlige tjenestene fungerer som de skal, nemlig barn, unge og studenter og brukere av sentrale kommunale tjenester (eldre, funksjonshemmede og nyankomne innvandrere). Vi har også sett på konsekvensene for innvandrerbefolkningen² og funnet at de har blitt hardere rammet enn andre. I tillegg har vi enkelte observasjoner knyttet til konsekvensene av pandemien for den samiske befolkningen.

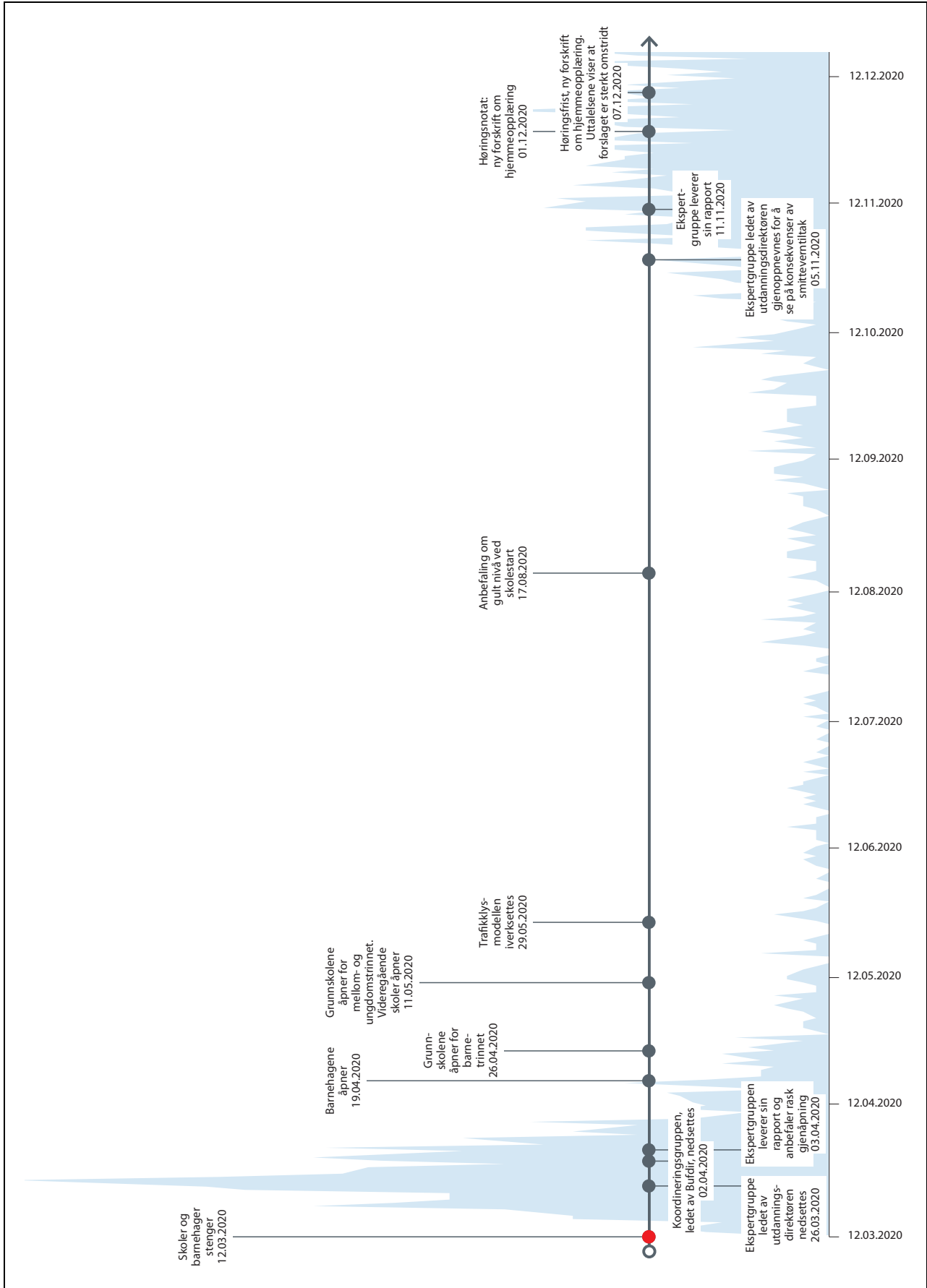
Vi har valgt disse gruppene fordi vi frykter at de negative sosiale konsekvensene for dem kan bli langvarige, og fordi vi mener myndighetenes håndtering på disse områdene kan gi grunnlag for læring. Vi starter med å se på konsekvensene av pandemien for barn og unge.

10.2 Barn og unge

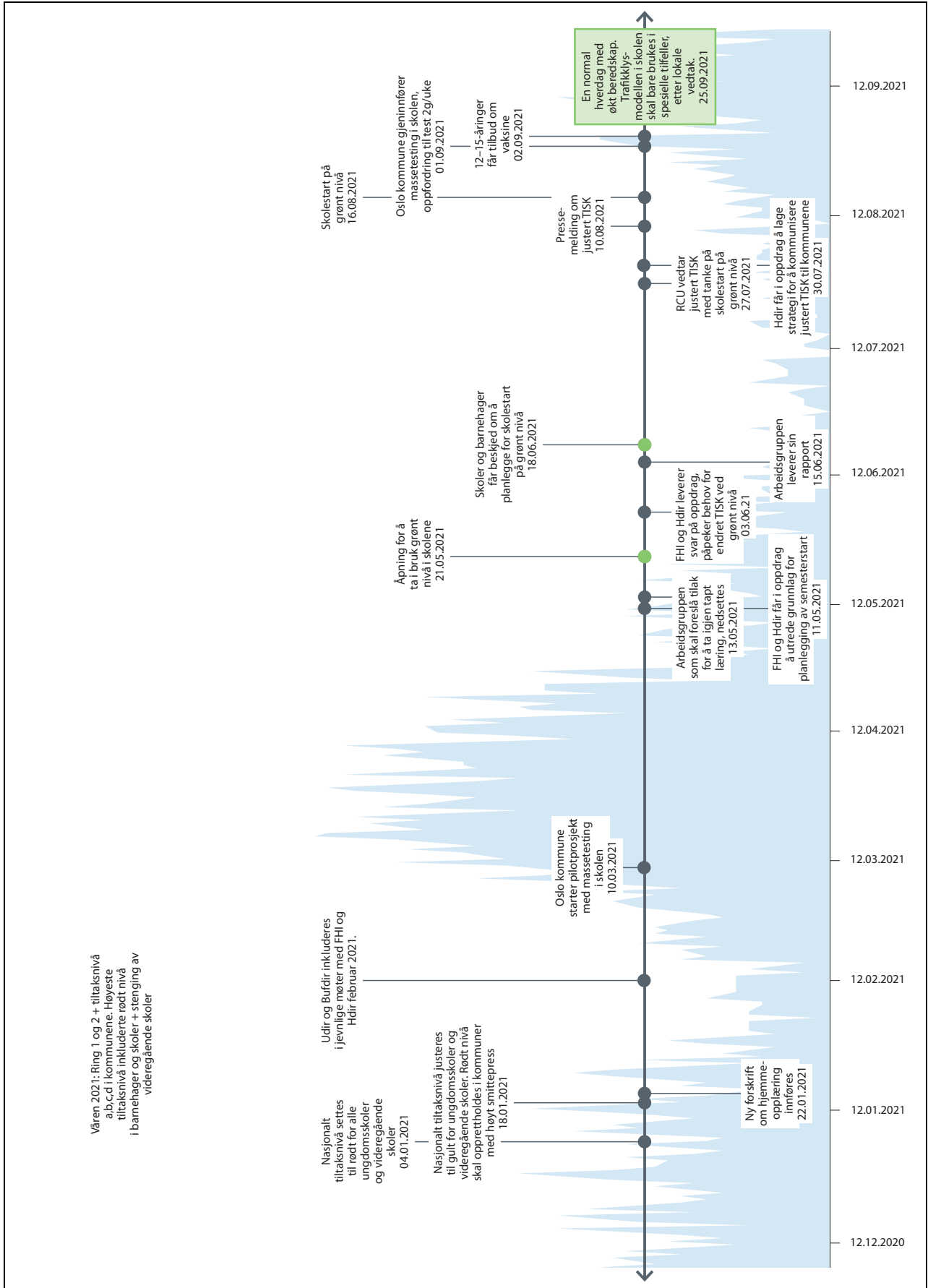
I denne delen av kapitlet ser vi først på hvordan tiltaksnivået i skolene varierte over tid, for å vurdere kunnskapsgrunnlaget og prioriteringene som lå til grunn for tiltakene. Deretter ser vi på konsekvensene av å stenge skolene og innføre hjemmeundervisning, med spesiell vekt på læringsutbytte. Som neste tema behandler vi studentenes situasjon. Fjerde tema i kapitlet er tjenestetilbudene under pandemien for spesielt utsatte barn, inkludert en kort kunnskapsstatus om situasjonen for brukerne av de ulike tjenestene der slike finnes. Som et femte tema ser vi på nasjonale tiltak som skal kompensere for hvordan barn og unge er blitt påvirket av smitteverntiltakene, spesielt når det gjelder læringstap. Vi behandler også barns rett til medvirkning før vi til slutt i kapitlet presenterer noen læringspunkter.

² Vi bruker begreper på samme måte som i rapporten «Innvandrerbefolkningen under koronapandemien», som ble utarbeidet i 2021 av en ekspertgruppe ledet av IMDi (se nedenfor). «Innvandrer» er en person som har opphold og bor i Norge, men er født i utlandet av to utenlandske foreldre. «Norskfødte med innvandrerforeldre» er personer som er født i Norge av to foreldre som er innvandrere. «Innvandrerbefolkningen» er en samlebetegnelse for innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

¹ Statistikk, FHI, oppdatert 16. mars 2022, «Statistikk om koronavirus og covid-19».



Figur 10.1 Tidslinje om barn og unge. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter med covid-19 som hovedårsak.



Figur 10.2 Tidslinje om barn og unge. De blå feltene i bakgrunnen viser utviklingen i antall innlagte pasienter med covid-19 som hovedårsak.

Kapitlet er basert på skriftlige kilder som kommisjonen har hentet inn, tidligere forskning, uformelle samtaler og formelle intervjuer. For å få innsikt i hvordan situasjonen har vært for noen av skolene med høyt smittetrykk, har kommisjonen hatt et møte med fire skoleledere fra Oslo og Viken der de delte sine erfaringer. Skoleledernes innspill er presentert i fire bokser gjennom kapitlet.³ En av skolelederne var rektor på en barne- og ungdomsskole, de tre andre hadde lederstillinger i videregående skoler med brede fagtilbud. Barne- og ungdomsskolen og den ene videregående skolen lå i områder der det foregikk områdesatsinger, og denne videregående skolen hadde også lavt karaktersnitt ved inntak. De to andre videregående skolene hadde høyere karaktersnitt og rekrutterte mange ressurssterke ungdommer.

Nasjonale beslutninger om tiltak i skoler og barnehager

Da Norge stengte ned 12. mars 2020, stengte også skolene og barnehagene. Det å få barnehagene og skolene i gang igjen var imidlertid høyt prioritert etter påsken omtrent en måned senere, og senere har det vært en klar prioritering at tiltaksbyrden for barn og unge skal være så liten som mulig. Smittesituasjonen har likevel ført til at skolene har måttet forholde seg til smitteverntiltak hvert semester mellom våren 2020 og våren 2022.

Kort om trafikklysmodellen for skoler og barnehager

Trafikklysmodellen ble innført 29. mai 2020 og har vært førende i hele perioden vi ser på her. Modellen påla skolene ulike tiltak avhengig av om de befant seg på grønt, gult eller rødt nivå. Tiltakene varierte fra tilnærmet normal organisering av skolehverdagen (grønt nivå) til omfattende tiltak med mindre, faste grupper og større avstand mellom elever og ansatte (rødt nivå). Forskjellen på de tre nivåene gikk særlig ut på å redusere kontakt mellom personer.

Det var de lokale eller nasjonale smittevernmyndighetene som bestemte hvilket nivå tiltakene skulle ligge på. De lokale myndighetene kunne legge seg på et høyere nivå enn anbefalingen fra nasjonalt hold, men ikke et lavere. Lokale myndigheter kunne altså bestemme at de skulle ha rødt nivå, selv om nasjonale myndigheter hadde bestemt at det skulle være gult nasjonalt. Grønt nivå ble ikke brukt i 2020 – det var enten

gult eller rødt nivå resten av året. Fra mars til oktober var den nasjonale anbefalingen gult nivå for alle grunnskoler og videregående skoler, og fra 5. november 2020 anbefalte myndighetene rødt nivå i videregående skoler i områder med mye smitte. I mange tilfeller innebar rødt nivå at mange av elevene hadde hjemmeskole deler av tiden fordi kravene til kohortstørrelse førte til at ikke alle kunne være på skolen samtidig. I dette kapitlet går vi gjennom skiftene mellom ulike tiltaksnivåer i 2021.

Kunnskapsinnhenting og situasjonsforståelse

To uker etter den nasjonale nedstengningen, 26. mars 2020, oppnevnte Kunnskapsdepartementet (KD) en ekspertgruppe som skulle forberede gjenåpningen av skoler og barnehager. Utvalget ble ledet av utdanningsdirektør Hege Nilssen og fikk én ukes frist på arbeidet. Ekspertgruppen hentet inn informasjon fra sektoren via statsforvalterne, organisasjoner og privatpersoner og oppsummerte også erfaringer fra andre land. På bakgrunn av dette arbeidet anbefalte gruppen at skoler og barnehager kunne åpne igjen dersom de kunne opprettholde smitteverntiltakene.⁴

Denne ekspertgruppen ble gjenoppnevnt 5. november 2020 og leverte en ny rapport 11. november 2020.⁵ Ekspertgruppen understreket på nytt at det fører med seg alvorlige konsekvenser for barn og unges læring og psykiske helse når tilbudet i barnehager og skoler er redusert, og at tiltakene måtte være forholdsmessige og tilpasset den lokale smittesituasjonen.

Den 2. april 2020 satte regjeringen ned en koordineringsgruppe for å følge med på situasjonen til sårbare barn og unge. Gruppen besto opprinnelig av representanter fra Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet (Udir), Folkehelseinstituttet (FHI), Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Politidirektoratet (POD), Sekretariatet for konfliktrådet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Arbeids- og velferdsdirektoratet (AVdir) ble invitert inn rett etter at gruppen ble opprettet, etter ønske fra de opprinnelig oppnevnte deltagerne i gruppen.⁶ Bufdirs direktør Mari Trommald ledet arbeidet, og Bufdir sto også for gruppens sekretariatsfunksjon. Dette skulle

³ Vi skrev ikke noe formelt referat fra dette møtet. Sitatene i boksene er rekonstruert etter notater.

⁴ Rapport, Udir, 3. april 2020, Ekspertgruppe – Tiltak på skole- og barnehageområdet under koronautbruddet våren 2020.

⁵ Rapport, Udir, 11. november 2020, Ekspertgruppe – Konsekvenser av smitteverntiltak i barnehager og skoler.

⁶ Forklaring, departementsråd Dag Thomas Gisholt, Barne- og familiedepartementet, 7. desember 2021.

vis seg å bli et viktig forum, og gruppens statusrapporter går igjen som referansepunkter og kunnskapsgrunnlag i mye av materialet som kommisjonen har fått tilgang til innenfor temaet om barn og unge.

Gruppens mandat innebar å gi en statusrapport hver 14. dag til barne- og familieministeren om hvordan sårbare barn og unge ble fanget opp og fulgt opp under pandemien. I mandatet lå det også at gruppen skulle foreslå oppfølgingstiltak. Det er presisert i oppnevningen av koordineringsgruppen at gruppen ikke er et besluttsende organ, og at det er de deltagende virksomhetene som skal fatte vedtak om oppfølging innenfor de fullmaktene de har. Gruppen utarbeidet 14 rapporter i perioden mars 2020 til oktober 2021 (se boks 10.1).

Alle rapportene til koordineringsgruppen ble presentert i en fast interdepartemental gruppe. Denne ble ledet av Barne- og familiedepartementet (BFD). I denne gruppen var Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Justis- og beredskapsdepartementet (JD), Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD), Kulturdepartementet (KUD) og KD representert. Kommisjonen har fått opplyst at møtene typisk foregikk slik at Mari Trommald presenterte den seneste rapporten og deretter forlot møtet, slik at representantene fra departementene kunne diskutere hvilken type oppfølging de siste innspillene eventuelt krevde.

Den politiske ledelsen i BFD og KD fikk oppdateringer om rapportene, og begge har gitt uttrykk overfor kommisjonen for at disse rapportene la viktige premisser for arbeidet deres.⁷ Departementsråden i BFD uttrykte det slik:

Det har vært et referansepunkt som dukker opp i mine diskusjoner med andre departementsråder. Rapportene har vært trukket frem i kriserådet. Det er ikke noe BFD-internt med dette. Det er et reelt tverrsektorielt samarbeid. [...] Da de to første rapportene kom, hadde ikke oppfølgingsregimet satt seg helt enda. Det kom inn i et godt system etter hvert. Det har ikke fulgt et r-notat etter hver rapport. Det har vært notater hvor man har bygget på innholdet i rapportene, og så har det har vært referansepunkt i andre sammenhenger. Det har vært notater til politisk ledelse, hvor statsrådene da har det med seg i regjeringsskonferansene.⁸

Kommisjonens inntrykk er at koordineringsgruppen har vært en svært viktig premissleverandør for den nasjonale politikken for smitteverntiltak for barn og unge. Kommisjonen har blitt fortalt fra ulikt hold at koordineringsgruppen gjennomgående fremmet et bestemt budskap: «Hold tjenestene åpne.» Representanter fra blant annet Bufdir, Udir og POD har vært tydelige i kommunikasjonen med kommisjonen på at det var dette de ønsket å formidle, og ledelsen i blant annet KD og BFD har fortalt at det var dette de oppfattet.

Når det gjelder spørsmålet om hva gruppen har bidratt til, så har gruppen vært konsistente med to ting: At tiltakstrykket mot barn og unge skal være så lavt som mulig, og at tjenestene [rettet] mot barn og unge i størst mulig grad skal være åpne. Der har det vært politiske justering hvor de hensynene har kommet høyere på [dagsordenen] enn de var innledningsvis. Gruppen har kanskje vært en pådrivende faktor for å få det på [dagsordenen].⁹

Det var en veldig klar anbefaling om å åpne opp, og rapporten var den viktigste premissleverandøren for å åpne opp.¹⁰

Kommisjonen har likevel ikke fått presentert konkrete eksempler på at koordineringsgruppen har foreslått tiltak som har blitt gjennomført eller eksplisitt avvist. Koordineringsgruppens bidrag ser ut til å ha vært det overordnede perspektivet og insisteringen på lav tiltaksbyrde for barn og unge, ikke konkrete innspill til endret politikk eller kompenserende tiltak. I den grad slike innspill kom, kom de fra direktoratene til departementene direkte.

Flere statsråder og departementsledere har forklart overfor kommisjonen hvordan de brukte rapportene fra koordineringsgruppen i samtaler med KS, statsforvaltere og beslutningstagere i kommunene. Det er likevel uklart for kommisjonen hvilken status denne gruppen har hatt i kommunene, og i hvilken grad koordineringsgruppens perspektiv har lagt premisser for hva kommunene har bestemt. Granskingen har ikke gitt noen klare eksempler på at dette perspektivet nådde ned til interessegrupper som opererte på kommunalt nivå, eller til kommunale beslutningstagere.

⁷ Forklaring, tidligere kunnskapsminister Guri Melby, 7. januar 2022; forklaring, tidligere barne- og familieminister Kjell Ingolf Ropstad, 12. mars 2022.

⁸ Forklaring, departementsråd Dag Thomas Gisholt BFD, 7. desember 2021.

⁹ Forklaring, bisitter til departementsråd i BFD, 7. desember 2021.

¹⁰ Forklaring, tidligere kunnskapsminister Guri Melby, 7. januar 2022.

Boks 10.1 Koordineringsgruppens arbeid og rapportering

Koordineringsgruppen presenterte statusrapporter med to til tre ukers mellomrom i perioden april–juli 2020 (statusrapport 1–6) og månedlig i perioden september til desember 2020 (statusrapport 7–10). I 2021 kom det nye statusrapporter i februar, mars, mai og oktober (statusrapport 11–14). Rapportene fra gruppen kombinerer informasjon om tilstanden i de involverte tjenesteområdene med avgrensede kunnskapsinnhentinger fra bestemte områder.

- *Statusrapport 1 og 2* (begge april 2020) redegjorde for situasjonen i tjenestene og skilte mellom endringer i tjenestetilbudet som skyldtes
 - mangel på personell
 - smittevernrestriksjoner
 - barn eller familier som selv avbestilte eller ikke møtte opp
 - andre årsaker*Statusrapport 2* munnet ut i ti anbefalinger og reiste spesielt bekymring for situasjonen til barn med nedsatt funksjonsevne.
- *Statusrapport 3* (mai 2020) vurderte måloppnåelsen av de ti anbefalingene.
- *Statusrapport 4* (juni 2020) presenterte en undersøkelse om fritidstilbudet til barn og unge sommeren 2020. Undersøkelsen var gjennomført av Bufdir på bakgrunn av bekymring for at tilbudet ville bli svekket som følge av pandemien.
- *Statusrapport 5* (også juni 2020) vurderte særlig etterslepet i tjenestene.
- *Statusrapport 6* (juli 2020) la til grunn at smitten var under kontroll, og at tilstanden i tjenestene var som normalt, selv om det fortsatt fantes en del etterslep. Denne rapporten presenterte også funn fra en kartlegging av status i tjenestene og innspill fra ombud og interesse- og profesjonsorganisasjoner. Hovedbekymringen på dette tidspunktet var at mange aktiviteter var sommerstengt, og at tilbudet til barn og unge gjennom ferien var redusert.
- *Statusrapport 7 og 8* (august og september 2020) gjentok disse bekymringene, samtidig som de også la til grunn at driften i tjenestene nærmet seg normalen. Gruppen bemerket likevel at «det har tatt overraskende lang tid å få tjenestene tilbake mot normalisert drift» (Statusrapport 8, side 5).
- *Statusrapport 9* (november 2020) kom på et tidspunkt da smittetallene igjen økte og det lokalt ble innført flere tiltak som også berørte tjenestene på koordineringsgruppens mandatområder. Koordineringsgruppen oppfordret aktørene til å huske tilbake på erfaringene fra den forrige innstrammingen, ikke minst ten-

densen til at tiltak lokalt blir strengere enn nødvendig fordi «alle legger litt på» nasjonale anbefalinger, at nedstenging i noen situasjoner blir brukt som forebyggende tiltak, og at det er vanskelig å gjenåpne tjenester som har vært stengt.

- *Statusrapport 10* (desember 2020) kom etter at den andre smittebølgen hadde truffet Norge for alvor. Tjenestene var igjen under press, men ingen tjenesteområder var stengt eller ute av drift. I tillegg til den vanlige gjennomgangen av tjenesteområdene presenterte statusrapport 10 sentrale funn fra fire undersøkelser om konsekvenser av pandemien for ulike grupper barn og unge.
- *Statusrapport 11* (februar 2021) la for første gang fram koordineringsgruppens «[bekymring] for konsekvensene for sårbare barn og unge som følge av strenge smittevernstiltak som har vart over lang tid, og som i noen områder har blitt enda strengere».
- *Statusrapport 12* (mars 2021) gjentok bekymringen for konsekvensene av de langvarige tiltakene. På side 6 skrev gruppen: «Koordineringsgruppen mener det må gjøres en avveining mellom det vi på bakgrunn av kunnskap vi har i dag kan anta er de enkelte smitteverntiltakenes positive effekter og det vi har grunnlag for å si at er de negative konsekvensene av de samme tiltakene». Dette var første gang koordineringsgruppen etterspurte en slik vurdering.
- *Statusrapport 13* (mai 2021) presenterte funn fra en utvidet kunnskapsinnhenting om barn og unges egne opplevelser av pandemien og en målrettet undersøkelse om tjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse.
- *Statusrapport 14* (oktober 2021) la til grunn at smitten igjen var under kontroll, og at tjenestene var tilbake til det normale.

Samlet reflekterer de 14 rapportene koordineringsgruppens skiftende bekymringer: Under nedstengningen i mars/april lå vekten på å få oversikt over driften i tjenestene og tjenesteutøvernes bekymringer for jobben de ikke fikk gjort. Høsten 2020 påpekte gruppen at det tok lang tid å komme tilbake i normalt gjenge. Idet nye innstramminger kom på senhøsten 2020, minnet gruppen om erfaringene fra våren og da spesielt om at ulike aktører ofte «legger på» de nasjonale føringene og innfører strengere tiltak enn det kanskje er grunnlag for. I februar og mars 2021 vokste bekymringen for de negative konsekvensene av smitteverntiltakene og for tiltakstretthet.

Nasjonale tiltak november 2020

Nedstengingen i mars 2020 og den senere gjenåpningen er behandlet i den første rapporten vår. Her begrenser vi oss derfor til å se nærmere på tiltakene som ble iverksatt fra senhøsten 2020 til oktober 2021.

Tiltakene som ble innført 26. oktober 2020 for å møte den andre smittebølgen, berørte i begrenset grad barn og unge. Det ble ikke gjort eller forespeilet endringer fra gult til rødt tiltaksnivå i barnehager, skoler eller høyere utdanningsinstitusjoner, og barn i barnehage- eller grunnskolealder var eksplisitt unntatt fra bestemmelsene om hvor mange som kunne komme på besøk i private hjem.¹¹ Dette unntaket gjaldt også i kommuner med høy smitte. Større barn, unge og studenter ble pålagt samme begrensninger på sosial kontakt som andre, uten at dette ble kommentert i kommunikasjonen av de nye tiltakene.

Tiltakene fra 26. oktober bidro mindre til å redusere smittespredningen enn fagmyndighetene hadde håpet på, og alt fra 5. november kom mer omfattende tiltak. Smitten spredte seg raskt i denne fasen, og både fagmyndigheter og departement var bekymret for at unge voksne ikke i tilstrekkelig grad overholdt reglene for smittevern. I RCU-notat «Om behov for ytterligere tiltak for å hindre spredning av koronavirus», skrev helse- og omsorgsministeren blant annet:

Vi ser nå at det særlig er blant unge og unge voksne smitten brer seg. Det meldes fra flere hold at unge har mange kontakter og oftere enn andre er i sosiale situasjoner privat der reglene ikke alltid overholdes. [...]¹²

Denne bekymringen knyttet seg til «sosiale situasjoner privat». Helse- og omsorgsministeren påpekte også i samme notat:

For barn og unge må vi fortsette å være tydelige på at tjenestetilbudene så langt som overhodet mulig bør skjermes, og at skoler og barnehager bør være åpne. [...]¹³

¹¹ Pressemelding, SMK, 26. oktober 2020, «Nye nasjonale innstramminger».

¹² RCU-notat, «Om behov for ytterligere tiltak for å hindre spredning av koronavirus», korrigerert notat 3. november 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 4. november 2020.

¹³ RCU-notat, «Om behov for ytterligere tiltak for å hindre spredning av koronavirus» korrigerert notat 3. november 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 4. november 2020.

Kommisjonen noterer at det finnes en potensiell spenning mellom bekymring for smittespredning blant unge og unge voksne på den ene siden, og ønsket om å holde tjenestene åpne på den andre. Vi antar det er på denne bakgrunnen man må forstå flere av helse- og omsorgsministerens vurderinger. I sine vurderinger i r-notatet skrev helse- og omsorgsministeren blant annet følgende:

Smittetallene høyest i gruppen unge voksne. Jeg støtter FHI's anbefaling om å redusere fremmøte på høyskoler, universitetet og fagskoler ved at det i stor grad tilrettelegges for digital undervisning [...]. Jeg er også enig i FHI sine anbefalinger om bedre etterlevelse om gult tiltaksnivå til elever i ungdomsskoler og videregående skoler, og tydeliggjøre hva gult tiltaksnivå innebærer for skoleledelsen. Det bør i den forbindelse understrekes at også ungdom fra ungdomsskolealder og oppover må følge de nye anbefalingene som gis for sosial kontakt på fritiden og eventuelle lokale begrensninger utover dette. Vi ønsker å holde skolene åpne. For å få dette til må den fysiske sosiale kontakten på fritiden begrenses.

[...] Etter min vurdering bør det gis sterkere føringer om etterlevelse av gjeldende regelverk og veiledere. Skoleeier bør ikke bare ha en plan for gjennomføring av skoleskyss og tiltak for at større samlinger av elever unngås, men også undersøke om gjennomføringen av skoleskyss foregår på en smittevernfaglig tilfredsstillende måte. [...]¹⁴

Samlet mener kommisjonen at dette viser at ønsket om å holde tjenestene åpne lå fast i november 2020, og at departementet ønsket å gjøre dette mulig gjennom både å gjøre det tydelig hvilke smitteverntiltak som måtte bli gjennomført i tjenestene, og å understreke at reglene for sosial omgang på fritiden også gjaldt de unge.

I de nasjonale tiltakene som ble kunngjort 5. november 2020, het det at universiteter, høyskoler og fagskoler skulle vurdere om de kunne redusere undervisningen og annen aktivitet som bidro til økt mobilitet, og at videregående skoler og ungdomsskoler måtte forberede seg på at tiltaksnivået kunne bli rødt hvis smitten steg enda mer. I regioner med mye smitte ble det innført rødt nivå i videregående skoler, og ungdomsskoler ble bedt om å

¹⁴ RCU-notat, «Om behov for ytterligere tiltak for å hindre spredning av koronavirus», korrigerert notat 3. november 2020, fremmet av Helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 4. november 2020.

forberede seg på det samme. Kommuner i regioner med mye smittespredning ble også pålagt å stanse breddeidretten for voksne og å vurdere å stanse breddeidretten for barn og unge.¹⁵

Nasjonal innstramming 4. januar 2021

Smittespredningen i julen 2020 skapte bekymring, og FHI og Helsedirektoratet kom med nye anbefalinger til regjeringen så snart aktiviteten kom i gang igjen etter nyttår. Disse anbefalingene inkluderte tiltak for barn og unge. I helse- og omsorgsministerens RCU-notat 3. januar 2021 ble fagetatens anbefalinger blant annet gjengitt slik:

FHI anbefaler [...] iv) idretten utsetter oppstart av innendørs trening, kamper og turneringer til etter 18. januar. Dette gjelder også andre fritidsaktiviteter som samler barn og unge på tvers av klasser/kohorter, v) universiteter, høyskoler og fagskoler holder campus stengt for studenter til 18. januar, vi) videregående skoler legger om til rødt nivå fram til 18. januar [...].

Helsedirektoratet støtter Folkehelseinstituttets vurdering av smittesituasjonen og vurderer at det er sannsynlig at vi er på vei inn i en eskalerende smittesituasjon. [...]

Videre anbefaler Helsedirektoratet at det gis nasjonal anbefaling om at i) alle universiteter, høyskoler, fagskoler o.l. bør bruke digital undervisning der dette er mulig, ii) alle videregående skoler og ungdomsskoler bør gå over til digital undervisning der dette er mulig, [...].

I tillegg anbefaler Helsedirektoratet at kommuner og regioner med høyere smitte bør vurdere, i) om barneskoler og barnehager skal følge veilederen for «rødt nivå» der det er høyt smittepress, [...].¹⁶

Fagetatene var med andre ord ganske samstemte om situasjonsbeskrivelsen og behovet for tiltak, men Helsedirektoratet gikk lengre enn FHI i å foreslå tiltak for skolene. Helsedirektoratet foreslo også egne tiltak i regioner med mye smitte. Samtidig anbefalte FHI begrensninger på fritidsaktiviteter, noe Helsedirektoratet ikke nevnte.

I sitt forslag til konklusjon skrev helse- og omsorgsministeren blant annet:

¹⁵ Pressemelding, SMK, 5. november 2020, «Hold dere hjemme, ha minst mulig sosial kontakt».

¹⁶ «RCU-notat om forsterkede nasjonale smitteverntiltak i perioden 4. – 18. januar», korrigert notat 3. januar, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 3. januar 2021.

1. Det gis følgende nasjonale anbefalinger:

- alle universiteter, høyskoler, fagskoler o.l. holder campus stengt for studenter til 18. januar,
- alle landets videregående skoler bør gå over til digital undervisning der dette er mulig, og alle ungdomsskoler bør gå over i rødt nivå.
[...]

unngå i ha gjester i hjemmet. [...]¹⁷

Helse- og omsorgsministeren la seg altså på en posisjon mellom de to fagetatene siden han anbefalte digital undervisning i videregående skole og rødt nivå i ungdomsskolen.

RCU konkluderte blant annet med at:

1. Det gis følgende nasjonale anbefalinger:

- a. All undervisning og alle planlagte arrangementer ved universiteter, høyskoler og fagskoler gjøres digitale frem til 18. januar.
- b. Alle landets ungdomsskoler og videregående skoler går over til rødt nivå.
[...]

[...]

i. Unngå å ha gjester i hjemmet. [...]

Barn i barnehager og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort. [...]¹⁸

Kommisjonen oppfatter at RCU her ikke gikk like langt som helse- og omsorgsministerens forslag til konklusjon: han foreslo en nasjonal anbefaling om digital undervisning i videregående skoler, mens RCU konkluderte med en anbefaling om rødt nivå i både ungdomsskoler og videregående skoler. RCU konkluderte også med at barn i barnehager og barneskoler kunne ha besøk fra egen kohort. Et slikt unntak er ikke nevnt i helse- og omsorgsministerens forslag til konklusjon.¹⁹

At det ble rødt nivå i ungdomsskoler og videregående skoler fra januar 2021, var en beslutning verken Udir eller Bufdir var involvert i på forhånd. Lederne av begge direktoratene har fortalt at de reagerte sterkt negativt på nyheten om en ny innstramming som rammet barn og unge, og at de måtte følge opp i etterkant.

¹⁷ «RCU-notat om forsterkede nasjonale smitteverntiltak i perioden 4. – 18. januar», korrigert notat 3. januar, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 3. januar 2021.

¹⁸ «RCU-notat om forsterkede nasjonale smitteverntiltak i perioden 1. – 18. januar», korrigert notat 3. januar, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 3. januar 2021.

¹⁹ «RCU-notat om forsterkede nasjonale smitteverntiltak i perioden 4. – 18. januar», korrigert notat 3. januar, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 3. januar 2021.

Lederen for Bufdir, direktør Mari Trommald, deltok blant annet på Politisk kvarter i NRK radio 6. januar. Der ga hun uttrykk for at hun ble «veldig overrasket» over regjeringens nye tiltak, med tanke på at fagmiljøene helt siden april 2020 hadde advart mot å bruke generelle tiltak mot barn og unge som smitteverntiltak. Hun påpekte hvordan fagmiljøene gjennomgående hadde argumentert med at slike tiltak ikke er forholdsmessige fordi konsekvensene av å holde barn og unge hjemme fra skolen er så store. Hun argumenterte dessuten for at tiltak som innebar mindre tilstedeværelse på skolen, bare kunne anses som forholdsmessige i avgrensede områder med mye smitte.

Om jeg ikke husker feil, var jeg på politisk kvarter og uttrykte tydelig at det var for strengt. Jeg husker ikke om det var akkurat det tiltaket du nevner, men jeg mener det var i forbindelse med skolestenging hvor vi ikke ble involvert. Vi uttrykte tydelig at det var for strengt.²⁰

Utdanningsdirektør Hege Nilssen fortalte oss følgende i et intervju:

Det skjedde veldig fort. Det var nyttårshelgen. Vi opplevde ikke å være en del av grunnlaget for den beslutningen. Vi ville ikke anbefalt det. Jeg sendte melding til Guldvog og Stoltenberg knyttet til den beslutningen hvor jeg ga uttrykk for at vi ikke var helt fornøyd med manglende involvering, fordi det oppstår problemstillinger i våre sektorer som de ikke ser i helselinjen. Vi må løpe etter og rydde for at tiltakene skal fungere som intendert.²¹

Tiltakene som ble innført 4. januar 2021, skulle i utgangspunktet vare i 14 dager. Den 18. januar kunngjorde regjeringen at de fleste nasjonale tiltakene ville bli videreført, men at det kom lettelse for barn og unge. Det nasjonale tiltaksnivået for ungdomsskoler og videregående skoler ble justert ned til gult – men det ble understreket at kommuner med høyt smittepress burde opprettholde rødt nivå og vurdere dette også for barne- skoler og barnehager. Samtidig ville ikke myndighetene lenger fraråde lokale treninger og fritidsaktiviteter for barn og unge. Det var dermed mulig å ha vanlige treningsaktiviteter, men kamper, cuper og stevner skulle fortsatt bli utsatt.

²⁰ Forklaring, direktør i Bufdir Mari Trommald, 8. desember 2021.

²¹ Forklaring, direktør i Udir Hege Nilssen, 7. desember 2021.

Nasjonale anbefalinger for ti kommuner 23. januar 2021

Med virkning fra 23. januar 2021 fikk Nordre Follo og ni av kommunene i nærheten – blant annet Oslo – innført strenge regionale smitteverntiltak. Blant tiltakene var rødt nivå i barnehagen, barne- skolen og ungdomsskolen, digital undervisning i videregående skole, stans i breddeidretten for voksne og barn og stans i fritidsaktiviteter. Dette var tiltak som rammet barn og unge direkte.

FHI og Helsedirektoratet hadde i utgangspunktet gitt anbefalinger som gikk enda et skritt videre, ved at de inkluderte en kortvarig stengning av skoler og barnehager for å forberede rødt nivå. I notat til RCU 22. januar 2021 fra helse- og omsorgsministeren gjengis FHI og Helsedirektoratets anbefalinger og begrunnelser for disse. I avsnittet står det blant annet:

Tiltak overfor barn og unge bør alltid vurderes nøye. [...] Risikoen ved at spredning av den muterte varianten via alle deler av befolkningen, herunder barn og unge, vurderes som så alvorlig at det kan anbefales at skoler og barnehager går til rødt nivå fra 25. januar hvis mulig, men kan holde stengt til og med 27. januar dersom det er nødvendig for å forberede rødt nivå. Når det gjelder denne gruppen vurderes det derfor nødvendig og forholdsmessig å vedta kortvarig stengning av barnehager, skoler og andre utdanningsinstitusjoner.²²

Det framgår av RCU-notatet at de to fagetatene hadde gjort en særlig vurdering av tiltakene som rammet barn og unge og at det blant annet ble anbefalt å forskriftsfeste kortvarige skolestengninger der det var nødvendig for å forberede rødt nivå.

Helse- og omsorgsministeren skrev i sin vurdering i samme notat:

Jeg foreslår at disse smitteverntiltakene iverksettes med unntak av forslaget om stengning av barnehager og skoler. Jeg har forståelse for at det er behov for å forberede seg til rødt nivå, men jeg mener at det ikke utgjør et så vesentlig behov for å gå til det drastiske tiltaket å stenge skoler og barnehager i denne forskriften. [...] ²³

Han foreslo blant annet følgende konklusjon:

²² «RCU-notat – Innføring av regionale smitteverntiltak i Oslo, Nordre Follo, Ås, Vestby, Nesodden, Indre Østfold, Frogn, Enebakk og Moss og Våler kommuner», 22. januar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 22.–24. januar 2021.

7. Det forskriftsfestes ikke å stenge barnehager og skoler. Kommuner vil selv kunne bestemme å stenge virksomhetene dersom dette er nødvendig for å forberede rødt nivå eller dersom smittesituasjonen tilsider det.²⁴

RCU konkluderte i tråd med helse- og omsorgsministerens forslag.

Igjen ble altså de mest inngripende tiltakene for barn og unge dempet noe gjennom prosessene i regjeringen, og myndighetene anbefalte ikke å stenge skolene midlertidig. Regjeringen påla likevel de ti aktuelle kommunene å gå til rødt nivå i skoler og barnehager.²⁵ Videregående skoler skulle gjennomføre digital undervisning i uke 4 og gå til rødt nivå i uke 5.

Rødt nivå i barnehager og skoler i de berørte kommunene varte en kort periode. Allerede 30. januar kunne skoler og barnehager i de berørte kommunene gå tilbake til gult nivå, og myndighetene åpnet for at barn og unge under 20 år igjen kunne drive med organiserte fritids- og idrettsaktiviteter i det som nå ble kalt «ring 1-kommunene».²⁶ Lettelsene kom altså også denne gangen for barn og unge før lettelsene som i større grad berørte voksne.

Heller ikke i denne omgangen finner vi tegn til at fagdirektoratene for barn, unge og utdanning hadde vært med da beslutningene ble tatt. Hege Nilssen kommenterte dette på følgende måte i intervjuet med kommisjonen:

Jeg opplevde at vi på det tidspunktet løp etter beslutninger som allerede var fattet. [Da] dette med 5A, 5B-kommuner etc. ble innført, kommuniserte jeg til Stoltenberg og Guldvog at vi ikke opplevde at dette var en god samhandlingsstruktur. Etter det ble det formelle møtestrukturer med Udir, Bufdir, FHI og HDIR, og vi opplevde å bli bedre koblet på.²⁷

²³ «RCU-notat – Innføring av regionale smitteverntiltak i Oslo, Nordre Follo, Ås, Vestby, Nesodden, Indre Østfold, Frogn, Enebakk og Moss og Våler kommuner», 22. januar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 22.–24. januar 2021.

²⁴ «RCU-notat – Innføring av regionale smitteverntiltak i Oslo, Nordre Follo, Ås, Vestby, Nesodden, Indre Østfold, Frogn, Enebakk og Moss og Våler kommuner», 22. januar 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 22.–24. januar 2021.

²⁵ Nettartikkel, HOD, 23. januar 2021, «Nordre Follo-utbruddet: Kraftige tiltak i ti kommuner etter utbrudd av den engelske virusmutasjonen».

²⁶ Nettartikkel, HOD, 30. januar 2021, «Viderefører smittetil-tak – men gir lettelser for barn og unge».

²⁷ Forklaring, direktør i Udir Hege Nilssen, 7. desember 2021.

En måte som Bufdir og Udir ga uttrykk for misnøyen med samhandlingsstrukturen på, var gjennom et felles brev til FHI og Helsedirektoratet 8. februar 2021. Som svar på brevet ble de to etatsdirektørene kalt inn til et felles møte med FHI og Helsedirektoratet 11. februar. På dette møtet deltok også direktør for FHI Camilla Stoltenberg, helsedirektør Bjørn Guldvog, assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad og andre sentrale medarbeidere fra helseetatene. Udir har opplyst overfor kommisjonen at Helsedirektoratet, FHI, Bufdir og Udir senere har hatt jevnlig møter om barn og unge siden dette første møtet i februar 2021.²⁸ Fra dette tidspunktet, nesten ett år ute i pandemien, var Bufdir og Udir sterkere koblet på beslutningsprosessene knyttet til innstramninger og gjenåpninger.

Ny forskrift om hjemmeopplæring

Parallelt med diskusjonene om nye tiltak mellom november 2020 og januar 2021 pågikk det en annen diskusjon om situasjonen i skolene. Diskusjonen startet med et utspill fra KD. Departementet sendte 1. desember 2020 ut et høringsnotat med tittelen «Forslag til nye regler om hjemmeopplæring under korona-pandemien».²⁹ Høringsfristen var 7. desember 2020. Bakgrunnen for forslaget om nye regler var det høye sykefraværet blant lærere og elever høsten 2020. Mange argumenterte med at sykefraværet førte til praktiske problemer med å gjennomføre undervisningen og slitasje på lærerne. Det vokste derfor fram et ønske om at skolene burde kunne innføre hjemmeundervisning uten at dette var begrunnet med smittevern.

I notatet foreslo departementet å åpne opp for at undervisningen kunne foregå hjemme også i tilfeller der det ikke var strengt nødvendig på grunn av smittevernet. Dette ble delvis presentert som en presisering av gjeldende regler, men innebar i realiteten å utvide mulighetene til å vedta hjemmeundervisning og til å løsrive beslutningen fra smitteverntiltakene i den aktuelle kommunen. Forslaget var begrenset til å gjelde for elever over tolv år og bare til tilfeller der hjemmeundervisning var trygt og pedagogisk forsvarlig – noe departementet erkjente «vil være en skjønnsmessig vurdering».³⁰

²⁸ E-post, Utdanningsdirektoratet til Koronakommisjonen, 12. januar 2022.

²⁹ Høringsnotat, KD, 1. desember 2020, «Forslag til nye regler om hjemmeopplæring under koronapandemien».

³⁰ Høringsnotat, KD, 1. desember 2020, «Forslag til nye regler om hjemmeopplæring under koronapandemien», side 7.

Buudir var klart negativ til forslagene i høringsnotatet. Buudir argumenterte for at forslaget ikke bidro til å gjøre reglene tydeligere, men heller til å åpne opp for en uheldig usikkerhet rundt regelverket. Etaten mente også at forslaget var i strid med anbefalingene i rapportene fra koordineringsgruppen for sårbare barn og unge og ekspertgruppen for konsekvenser av smitteverntiltak i barnehager og skoler.

FHI leverte også en relativt skarpt formulert høringsuttalelse. FHI mente at «endringene vil skade det nåværende tiltaksregimet og påføre ungdom en tiltaksbyrde som er større enn nødvendig».³¹ FHI var bekymret for at de foreslåtte endringene i praksis ville undergrave trafikklysmodellen fordi de åpnet for å øke bruken av hjemmeundervisning under både gult og rødt tiltaksnivå. FHI mente også at forslaget ikke ivaretok kravene til begrunnelse og konsekvensutredning som lå i trafikklysmodellen. FHI fryktet at «de bekymrede stemmene» i for stor grad satte dagsorden i debatten. Videre kritiserte FHI mangelen på konkrete og etterprøvbare vilkår for når hjemmeskole kunne bli tatt i bruk, og påpekte at hjemmeskole reduserer kvaliteten på undervisningen.

Høringsuttalelsene fra Utdanningsforbundet og Norsk Lektorlag står i klar motsetning til uttalelsene fra Buudir og FHI. Utdanningsforbundet la vekt på at «[...] store utfordringer i arbeidsmiljøet til lærere og skoleledere vil kunne ha klare og direkte negative konsekvenser for elevenes læringsmiljø»³², og videre: «Utdanningsforbundet registrerer at departementet erkjenner at situasjonen i skolen er byrdefull med dobbeltarbeid, og at større frihet i organiseringen av opplæringene kan lette disse byrdene.»³³ Norsk Lektorlag støttet også forskriftsendringen på bakgrunn av «behovet for å kunne bruke noe mer hjemmeopplæring på skoler med mye elev- og lærerfravær over tid».³⁴

FHI leverte en ny høringsuttalelse til en revidert forskrift 20. januar 2021. FHI argumenterte da for at smittespredningen blant barn og unge

faktisk kan øke når skolene stenger, og viste til tidligere erfaringer. «En sannsynlig forklaring er at åpne skoler gir ungdommer regelmessig adgang til sosialt samvær samtidig som grunnleggende smittevern ivaretas. Hjemmeskole vil antagelig flytte mer av dette samværet over på private arenaer hvor smittevernregler ikke følges.»³⁵ I tillegg understreket FHI at erfaringene siden desember 2020 styrket bekymringene deres:

I de siste par ukene før jul ble mange skoler stengt av praktiske årsaker, og mange steder ble det åpenlyst sagt at det ble gjort for at smitte og karantene ikke skulle ødelegge julefeiringen for lærere og elever. Dette bekreftet det vi er bekymret for, nemlig at smittefrykt vil snike seg inn som begrunnelse for stenging selv om det står at det ikke skal være slik. Mange kommuner stengte skoler uten dialog med FHI og uten at det var begrunnet i lokal smittesituasjon. Vi mistet viktig kommunikasjon med kommunene om tiltaksvurderinger.³⁶

Den reviderte forskriften ble innført fra 22. januar 2021 og inneholdt følgende formulering: «På skoler med mye fravær knyttet til Covid-19 over tid kan skoleeier, dersom hensynet til elevenes samlede opplæring gjør det nødvendig, beslutte å gi mindre deler av opplæringen hjemme til elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring i en begrenset periode.»³⁷ Revideringen åpnet altså opp for mer fleksibel bruk av hjemmeundervisning, selv om muligheten ifølge forskriften er begrenset – og mer begrenset enn det høringsnotatet i utgangspunktet la opp til.

Diskusjonen om den reviderte forskriften illustrerer at koordineringsgruppen ikke var alene som premissleverandør i diskusjonen om skoletilbudet under pandemien. Organisasjonene for de ansatte i skolen hadde også en legitim interesse i dette. Hvis tjenestene til barn skulle holdes åpne, måtte de ansatte i disse tjenestene stort sett måtte gå på jobb, fysisk, i en periode da andre i større grad kunne skjerme seg for smitte gjennom å jobbe på hjemmekontor.

³¹ Høringssvar, FHI, 7. desember 2020, «Forslag til nye regler om hjemmeopplæring under koronapandemien: Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet», side 1.

³² Høringssvar, Utdanningsforbundet, 7. desember, «Høring – Forslag om nye midlertidige regler om hjemmeopplæring», side 1.

³³ Høringssvar, Utdanningsforbundet, 7. desember, «Høring – Forslag om nye midlertidige regler om hjemmeopplæring», side 2.

³⁴ Høringssvar, Norsk Lektorlag, 7. desember 2020, «Forslag om nye midlertidige regler om hjemmeopplæring», side 1.

³⁵ Høringssvar, FHI, 20. januar 2021, «Utkast til revidert forskriftsforslag om hjemmeopplæring: Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet».

³⁶ Høringssvar, FHI, 20. januar 2021, «Utkast til revidert forskriftsforslag om hjemmeopplæring: Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet».

³⁷ FOR-2021-01-22-188 Forskrift av om endring i midlertidig forskrift om tilpasninger i reglene om barnehager, grunnskoler og videregående opplæring som følge av utbrudd av covid-19 (opplæring i skolen og hjemme), § 3 tredje ledd.

Boks 10.2 Hvordan var skolehverdagen med smittevern og karanteneregler?

Kommisjonen har hatt møte med fire skoleledere i Oslo og Viken for å få mer informasjon om hvordan livet i skolen har vært gjennom pandemien.

De fire skolelederne snakket mye om uforutsigbarheten og utfordringene som fulgte av høyt sykefravær og elever og lærere i karantene. De snakket mindre om skifter mellom ulike smittevernnivåer. På direkte spørsmål om de oppfattet karantenebestemmelsene som en større utfordring enn rødt nivå, svarte de samstemt at det var vanskelig å skille de to – at det var summen av belastninger som var krevende. De beskrev opplevelsen av usikkerhet og oppgitthet blant lærere og elever, resignasjonen når alt av sosiale og hyggelige tiltak forsvinner, og mattheten av å hele tiden måtte improvisere. En av lederne uttalte: «Vi planla for én ting, og så måtte vi gjøre noe annet.» En annen sa at så å si alt av lederressurser på skolen ble brukt på organisering og smittevern.

Sykefraværet blant lærerne var høyt på alle skolene og hadde økt gjennom pandemien. Den første perioden var preget av «dugnadsånd» og mye jobb hjemmefra, og lærerne jobbet også noe selv om de var slitne eller syke. I senere faser av pandemien tok lærerne i større grad ut sykemelding. «Vi bruker mye tid på å stable lærerne på bena», sa en rektor. Belastningen på staben, som blant annet viste seg gjennom høyt sykefravær, preget alle de fire skolene.

Selv om skolelederne ikke syntes det var meningsfullt å skille mellom belastningene som kom av karantenebestemmelsene, og belastninger som kom av ulike smittevernnivåer, var det likevel noen distinksjoner. Det viktigste var at smittevernnivåene var mer forutsigbare. To av lederne fortalte: «Når det er overgang mellom nivåer, da har vi litt tid», og «vi har rutiner på overganger». Dette var annerledes med karantenebestemmelsene, som de måtte håndtere fra dag til dag. Rektoren for barne- og ungdomsskolen fortalte at det var rektor som fikk beskjed om at noen var smittet og en klasse måtte i karantene, og deretter måtte rektor ringe til lærere og foreldre for å informere dem om det. «Både lærere og elever satt om kvelden og lurte

på om de ville få telefon fra meg, om de skulle eller ikke skulle på jobb eller skolen neste dag.» Dette bidro til å forsterke opplevelsen av uforutsigbarhet.

Skolehverdagen med strenge smitteverntiltak kunne også være krevende å gjennomføre når læreren og de fleste i klassen var på skolen. Kohortene måtte holdes adskilt. På rødt nivå var klassene ofte delt på to rom. I tillegg var det som regel noen hjemme i karantene. «Så da ble det undervisning på tre flater: i to rom pluss digitalt.» Skolene tok i bruk det de hadde av klasserom og spesialrom, og hadde også undervisning utendørs for å ivareta bestemmelsene om avstand.

Skolelederne hadde brukt mange miljøarbeidere og assistenter for å få kabalene til å gå opp, og på dette området etterspurte de forutsigbarhet fra skoleeierne. Noen av dem hadde fått ekstra midler i 2020 og våren 2021, men avslag på søknaden om å videreføre dette høsten 2021. Dette opplevde de som frustrerende og provoserende. Lederne hadde et klart inntrykk av at skolen trengte de ekstra ressursene for å gjenoppbygge det som var tapt gjennom pandemien.

Skolelederne ønsket ikke å svartmale situasjonen, og alle ga uttrykk for at «vi kommer oss gjennom dette». En av dem la vekt på at det var positivt at de hadde fått erfaring med korte, digitale møter med andre etater, noe som gjorde at «laget rundt eleven» fungerte på en smidigere måte. De hadde ikke desto mindre noen forventninger til myndighetene. De som drev skoler i områder med store levekårsbelastninger, etterlyste større nasjonal oppmerksomhet om den spesielle situasjonen de sto i. Andre ga uttrykk for frustrasjon over at de ekstra ressursene kom som tidsavgrensede tiltak, og at de heller ikke på dette området hadde forutsigbarhet. En av dem ordla seg slik: «Alt elevene har tapt, må koste noe. Vi kan ikke bare basere oss på ekstrainsats fra lærere og skoleledere.»

Mot skolestart august 2021

På pressekonferansen 21. mai 2021 ble det åpnet for at kommunene selv kunne bestemme hvilket tiltaksnivå som skulle gjelde i skolene, og at de også kunne bruke grønt nivå hvis smittesituasjonen tilsa det. Dette var en del av trinn to i gjenåpningsplanen, og det var første gang grønt nivå faktisk ble tilgjengelig for skolene siden starten av pandemien. I forbindelse med innføringen av tredje trinn av gjenåpningsplanen 18. juni sa kunnskapsministeren at skoler og barnehager skulle planlegge for grønt nivå etter ferien, med mindre den lokale smittesituasjonen tilsa noe annet.³⁸

I mai 2021 ga KD og HOD et oppdrag til FHI og Helsedirektoratet om å utrede et grunnlag for å planlegge semesterstart for barnehage- og skolesektoren.³⁹ Etatene ble bedt om å vurdere tiltak for at reglene om tilstedeværelse ble forstått og fulgt, og de ble bedt om å forberede skole- og barnehagestart i tråd med gjenåpningsplanen. De to fagetatene understreket at de la til grunn at skolestarten ville skje på grønt nivå med mindre lokale forhold tilsa noe annet, og at grønt nivå vil virke mot sin hensikt hvis det ikke samtidig skjedde justeringer i TISK. Dette var fordi elevene på grønt nivå ikke lenger ville være delt inn i kohorter. Dermed ville smittesporing bli svært omfattende og føre til at mange ville bli satt i karantene dersom en elev ble syk. Konsekvensen ville være at barn og unge fikk en høyere, ikke lavere, tiltaksbyrde. Etatene konkluderte entydig: «Ved innføring av grønt nivå fra semesterstart er det derfor nødvendig å endre TISK-strategien.»⁴⁰ Etatene skisserte to modeller, enten at smittekarantene ble erstattet av testing («TIST»), eller at covid-19 ble behandlet som andre luftveisinfeksjoner uten krav til testing og sporing.

Svaret ble formidlet til HOD 3. juni 2021, men på regjeringensnivå skjedde det ikke mer med denne saken før spørsmålet ble behandlet i regjeringenskonferansen 22. juni 2021. På regjeringenskonferansen konkluderte regjeringen i tråd med helse- og omsorgsministerens og kunnskaps- og integreringsministerens forslag, og konklusjonen lød blant annet slik:

³⁸ Pressemelding, BFD, HOD, JD, KD, UD, 18. juni 2021, «Regjeringen fortsetter gjenåpningen».

³⁹ Oppdrag nr. 457 fra KD og HOD til Helsedirektoratet og FHI om grunnlag for planlegging av barnehage- og skolesektorens semesterstart høsten 2021. 11. mai 2021.

⁴⁰ Svar på oppdrag, fra Helsedirektoratet til HOD, 4. juni 2021, «Svar på Covid-19 – Oppdrag nr. 457 del 2 fra Helse- og omsorgsdepartementet – Om planlegging av barnehage- og skolesektorens semesterstart høsten 2021».

Det er kommunisert ut at skoler og barnehager kan ta sikte på grønt nivå ved semesterstart. Dette forutsetter endringer i TISK-strategien. Det tas sikte på å endre TISK-strategien slik at det som hovedregel ikke blir nødvendig med karantene ved smitte i barnehage og skoler fra og med oppstart etter sommerferien. Den endelige innretningen vurderes ifm trinn 4 og eventuelt senere.⁴¹

Justeringene i TISK ble med andre ord tydelig koblet til vurderingene knyttet til trinn 4 i gjenåpningsplanen. Disse vurderingene trakk imidlertid ut i tid. 26. juli forelå et eget r-notat fra helse- og omsorgsministeren om TISK i trinn 4.⁴² Helsedirektoratet og FHI hadde oversendt en egen vurdering av dette til HOD 22. juli, og foreslo endringer i karantene-reglene. I r-notatet skrev helse- og omsorgsministeren blant annet:

De foreslår at personer under 18 år ikke skal ha karanteneplikt etter covid-19-forskriften hvis de gjennomfører testing i tråd med retningslinjer fra kommunen.⁴³

Det framgår av r-notatet at etatene igjen påpekte viktigheten av dette for skolestart. Helse- og omsorgsministeren skrev blant annet:

Som følge av tidligere beslutning (oppdrag 457) om at skolene skal kunne åpne på grønt nivå ved skolestart, må kommunene forberede håndtering av smitteutbrudd med testing i skoleklasser slik at en begrenser tiltak og karantene så langt som det er forsvarlig ut fra smittevernhensyn.

Deretter konkluderte RCU 27. juli blant annet med:

1. Ved innføring av trinn 4, eventuelt senest fra 16. august (skolestart), endres covid-19-forskriften slik at personer under 18 år som ikke er husstandsmedlemmer eller tilsvarende nære kontakter til den smittede personen, er unntatt fra karanteneplikt. Unntaket gjelder bare hvis de gjennomfører testing i tråd med

⁴¹ R-notat, «Covid-19-notat om plan for barnehage- og semesterstart 2021», 21. juni 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren og kunnskaps- og integreringsministeren til regjeringenskonferanse 22. juni 2021.

⁴² RCU-notat, «Covid-19-notat – TISK i trinn 4 i gjenåpningsfasen», 26. juli 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 27. juli 2021.

⁴³ RCU-notat, «Covid-19-notat – TISK i trinn 4 i gjenåpningsfasen», 26. juli 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 27. juli 2021.

retningslinjer fra kommunen. Hvis ikke testregimet gjennomføres har vedkommende plikt til karantene. Helse- og omsorgsministeren gis fullmakt til å vurdere hvilke nasjonale føringer/veiledning som skal gis for testregimet.

2. [...]
3. Helse- og omsorgsministeren får fullmakt til å gjøre nødvendige forskriftsendringer. [...] ⁴⁴

Vedtaket krevde altså en endring i covid-19-forskriften, og HOD fikk fullmakt til å gjøre denne endringen. Den 30. juli ga HOD et oppdrag til Helsedirektoratet der de viste til vedtaket fra RCU. Oppdraget lød:

Det bes om at det gis informasjon til kommunene om praktisering av de nye unntakene fra smittekarantene, herunder at kommunene særlig bør vurdere om elever i videregående skole som ennå ikke er beskyttet, kan unntas. Det bes videre om at Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet utarbeider konkrete anbefalinger for kommunenes testregimer ved unntak fra karanteneplikt i begge

⁴⁴ Korrigert protokoll fra regjeringens covid-19-utvalg, 27. juli 2021, Nr. 26/2021. RCU-notat, «Covid-19-notat – TISK i trinn 4 i gjenåpningsfasen», 26. juli 2021, fremmet av helse- og omsorgsministeren til møte i RCU 27. juli 2021.

grupper og at disse kommuniseres og gjøres tilgjengelige for kommunene innen uke 32 (9. august). ⁴⁵

Helsedirektoratet besvarte oppdraget gjennom å lage en kommunikasjonsplan som ble sendt til HOD 5. august. Den felles pressemeldingen kom 10. august, som var mandagen i uke 32 og én uke før skolestart.

Skolestarten førte til at smitten spredte seg i betydelig grad i kommuner der det var høy smitteforekomst fra før. FHIs gjennomgang i etterkant slo fast at «[d]et nye testregimet med test i stedet for karantene fungerte ikke optimalt i begynnelsen. Kommunene fikk kort tid til å forberede seg, systemet var komplekst, og det var til dels mangel på hurtigtester» (Astrup mfl. 2021, side 4). I intervju med kommisjonen sa en leder ved FHI:

Vi tenkte at kommunene burde ha fått tid til å forberede seg på beslutningen for å kunne gjennomføre tiltaket. I den forbindelse ble det masse ramaskrik. Kommunene fikk ikke tid til å forberede seg på hvordan de skulle håndtere massetestingen. De skulle åpne skolene på

⁴⁵ Oppdrag, HOD, 30. juli 2021, «Oppdrag 508: om unntak fra karanteneplikt for unge under 18 år og hjemmel for unntak fra karanteneplikt for personer over 18 år».



Figur 10.3 Utdeling av selvtester.

Foto: Stian Lysberg Solum / NTB

grønt, men de visste ikke hvordan de skulle håndtere det. Det ble masse smitte før man kom i gang med testing.⁴⁶

Fagetatene var allerede 3. juni klare på at skolestart på grønt nivå forutsatte endringer i TISK, og pekte på «TIST» som et alternativ. Likevel ble det ikke fattet noe vedtak om lettelse i TISK for barn under 18 år før 27. juli. En av årsakene til dette kan ha vært at regjeringen knyttet lettelse i TISK sterkt til fase fire av gjenåpningen, og at denne fasen ble utsatt gjentatte ganger gjennom sommeren 2021. Med tanke på at fagetatene uttalte seg så tydelig alt i månedsskiftet mai/juni, er det kritikkverdig at regjeringen ikke så behovet for å skille ut skolestarten som et eget tema. Skolene kom til å starte opp uansett, uavhengig av om Norge befant seg på trinn tre eller fire i gjenåpningsplanen, og skolene og kommunene trengte å forberede seg.

Da vedtaket først var fattet 27. juli, gikk det nesten tre hele dager før Helsedirektoratet fikk i oppdrag å lage en kommunikasjonsstrategi om vedtaket (vedtaket ble fattet en tirsdag, og oppdraget ble sendt fredag klokken 13.20). I lys av hvor raskt mange andre prosesser i pandemihåndteringen har gått, og at skolene startet 16. august, er det vanskelig å forstå denne mangelen på hastverk i HOD. Hadde kommunene vært bedre forberedt, mener kommisjonen det er sannsynlig at en del av smittespredningen kunne vært unngått. Dette kunne spart kommuneadministrasjonene for unødvendig merbelastning og frustrasjon.

Lokale variasjoner: Hva vet vi om lokal tiltaksbyrde?

Helt siden den nasjonale gjenåpningen i mai 2020 har kommunene hatt stor frihet i hvordan de håndterer lokale smitteutbrudd, og hvordan de i praksis innfører pålegg og anbefalingene fra nasjonale myndigheter. De har også hele veien hatt anledning til å legge seg på et høyere tiltaksnivå enn det nasjonale føringer påla dem, hvis den lokale smittesituasjonen tilsa det. I dette avsnittet skal vi se på hva vi vet om hvordan dette faktisk spilte seg ut i kommunene.

Trafikklymodellen med lokal beslutningsmyndighet innebar en ny situasjon for Skole-Norge. Det fantes ingen form for register eller sentral myndighet som holdt oversikt over hvilke skoler som var stengt – verken skolene som var stengt for alle elevene, eller skolene som var

stengt for bare en del av dem. Udir hadde imidlertid flere kanaler de kunne bruke til å innhente informasjon om dette. I intervju med kommisjonen beskrev direktøren dette slik:

Udir har ingen nasjonal oversikt over antall nedstengninger. Statsforvalterne har et delt dokument hvor de har registrerte vedtak. Det var likevel ikke alltid mulig å holde oversikt ved hyppige endringer som for eksempel i Oslo og Viken. Det er heller ikke alt som når våre linjer, naturlig nok. Vi og statsforvalterne har vært flinke til å fange opp i mediebildet hvis noen er stengt ned. Hvis vi stusset på vedtak, så sendte vi melding til statsforvalter og ba dem undersøke. Da er ting ofte blitt rettet opp, eller det kom frem en god begrunnelse som ikke fremkom i media. Vi har vært aktive i å følge med i sektorbildet, både Udir og statsforvalterne.

På spørsmål om de hadde gjort noen tiltak for å få oversikt over dette, svarte hun videre:

Vi har gjort dette systematisk. Vi har utvidet statistikkinnhentinger til å omhandle koronasørsmål, og vi har brukt statsforvalterne aktivt til innhenting både i fullskala og mer kvalitativ innhenting i kommunene. Vi har hatt kvalitative runder. [...] ⁴⁷

Kommisjonen har vært i kontakt med Statsforvalteren i Oslo og Viken, som har ansvar for de områdene der tiltaksbyrden har vært størst over tid. Statsforvalteren bekreftet inntrykket som utdanningsdirektøren ga, men understreket samtidig at dataene Statsforvalteren har, er samlet inn for administrative formål. Hensikten har vært å vite hva som skjer, å kunne veilede skoleeierne og andre eksterne aktører og å holde oversikt over de initiativene Statsforvalteren selv har tatt. Ifølge Statsforvalteren vil det i beste fall være tidkrevende, og i verste fall umulig, å tilrettelegge disse dataene godt nok for analyseformål.

Udir hadde gjennom hele pandemien ukentlige møter med utdanningsdirektørene hos statsforvalterne. Direktoratet har opplyst overfor kommisjonen at formålet med disse møtene var gjensidig utveksling av informasjon og generelle diskusjoner om pandemirelaterte spørsmål, med mål om å sikre mest mulig enhetlig oppfølging i hele landet.

⁴⁶ Forklaring, fagdirektør i FHI, 1. desember 2021.

⁴⁷ Forklaring, direktør i Udir Hege Nilssen, 7. desember 2021.

Udir gjennomførte i tillegg i skoleåret 2020/2021 to datainnsamlinger om koronasituasjonen i grunnskolen. Den første omfattet perioden fra skolestart til 1. oktober 2020, mens den andre omfattet perioden fra 4. januar til 12. mars 2021. Den første av disse to undersøkelsene omhandlet dermed en periode da få kommuner hadde rødt nivå og mange antok at perioden med omfattende tiltak var bak dem, mens den andre omhandlet en periode da smitteverntiltakene ble kraftig skjerpet. Det finnes ingen tilsvarende systematisk innhenting av informasjon for perioden oktober til desember 2020. Dermed vet vi mindre om hvordan skolene forholdt seg til den tidlige fasen av den andre smittebølgen.

I datainnsamlingen tidlig på høsten 2020 var Udir spesielt opptatt av det høye sykefraværet blant lærere: 18 prosent av lærerne hadde hatt sykefravær i en tilfeldig uke i september.⁴⁸ Nesten halvparten av dette var «koronarelatert» og begrunnet med at læreren var i en risikogruppe, i karantene eller isolasjon eller hadde luftveissymptomer. Samtidig hadde 12 prosent av elevene fravær i samme uke. 60 prosent av dette fraværet var koronarelatert. Behovet for ekstra lærerressurser førte til at personer i assistentstillinger og skoleledelsen relativt ofte fungerte som lærere i perioder.

⁴⁸ Nettartikkel, Udir, sist oppdatert 22. januar 2021, «Konsekvenser av smitteverntiltakene i grunnskolen høsten 2020».

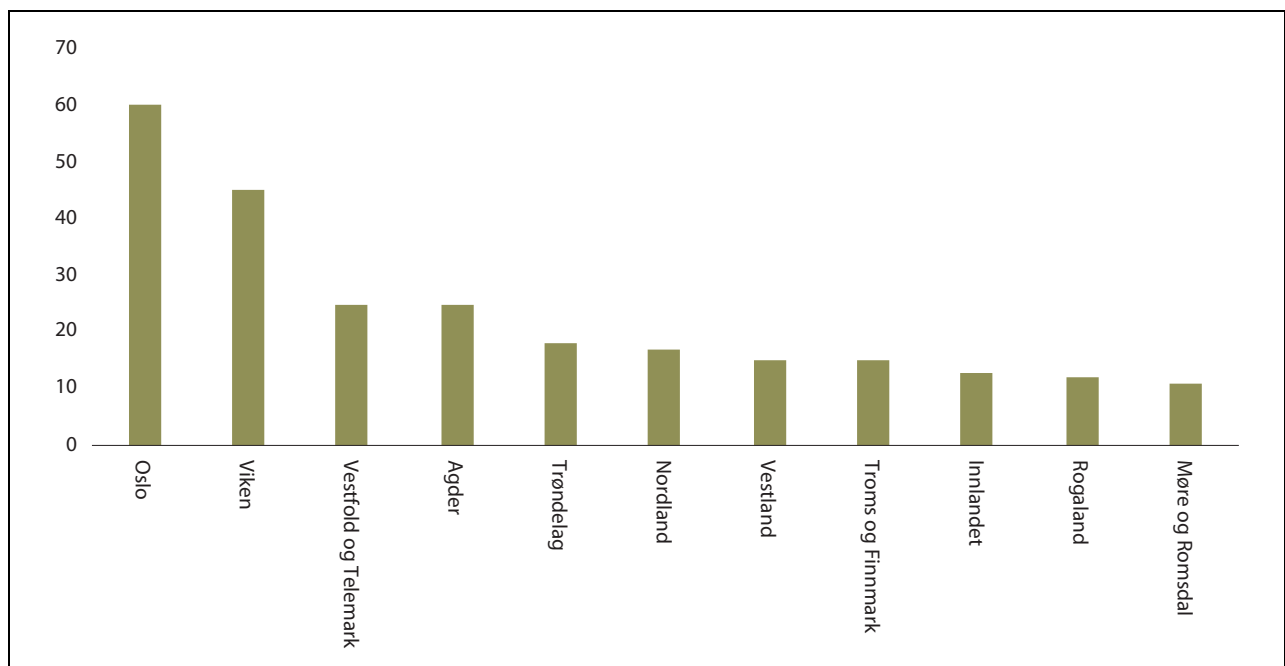
91 prosent av skolene oppga at de hadde tilbud om opplæring hjemme for syke elever.

I den ekstra datainnsamlingen for perioden fra januar til mars 2021 var fysisk stengning av skoler det sentrale temaet.⁴⁹ Smittesituasjonen lokalt førte ofte til karantene. Udir presiserte at dersom hele avdelinger/baser i barnehager eller klasser/trinn i skoler var i karantene, skulle det bli definert som at de var stengt, fordi barna og elevene i praksis ikke fikk anledning til å gå i barnehagen eller på skolen i ti dager.⁵⁰ Ifølge denne definisjonen fant Udir at 25 prosent av skolene i landet som helhet hadde holdt stengt minst én gang i løpet av perioden. Figur 10.4 viser hvordan disse skolene fordelte seg på fylker. Hele 60 prosent av skolene i Oslo var stengt minst én gang mellom januar og mars 2021. Viken hadde nest høyest andel stengte skoler med 45 prosent, og deretter var det et sprang til Vestfold og Telemark med 25 prosent av skolene som hadde stengt minst én gang. Færrest stenginger hadde Møre og Romsdal med 11 prosent.

I tilfeller der hele skolen måtte holde fysisk stengt, var skolen i gjennomsnitt stengt i tre dager. Rundt 40 prosent av skolene var fysisk

⁴⁹ Nettartikkel, Udir, sist oppdatert 11. mai 2021. «Konsekvenser av smitteverntiltak i grunnskolen – våren 2021».

⁵⁰ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, november 2020, «Statusrapport 9. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 14.



Figur 10.4 Andel skoler som har vært helt eller delvis stengt, fordelt på fylke. Januar – mars 2021.

Kilde: Utdanningsdirektoratet

stengt én dag og nesten 50 prosent av skolene i to til fem dager. To skoler var stengt i 15 dager på grunn av smitteutbrudd. Skolene som måtte holde enkelte trinn stengt, holdt i gjennomsnitt stengt seks dager i perioden.⁵¹

16 prosent av skolene oppga at de hadde utfordringer med å få tak i en eller flere elever i perioden. Andelen var klart høyest i Oslo, der 33 prosent oppga at de hadde hatt utfordringer med å få tak i en eller noen få elever, og 12 prosent oppga at det gjaldt flere enn noen få. Tilsvarende tall for Viken var 21 og 5 prosent.

På toppen av dette var sykefraværet fortsatt høyt både blant lærere og elever, som det også var i den første kartleggingen. 25 prosent av lærerne hadde hatt minst én fraværsdag i referanseuken, og 38 prosent av dette fraværet var koronarelatert. 16 prosent av elevene hadde hatt fravær, og 46 prosent av dette var koronarelatert. Bruken av vikarer var likevel lavere enn i undersøkelsen på høsten.⁵²

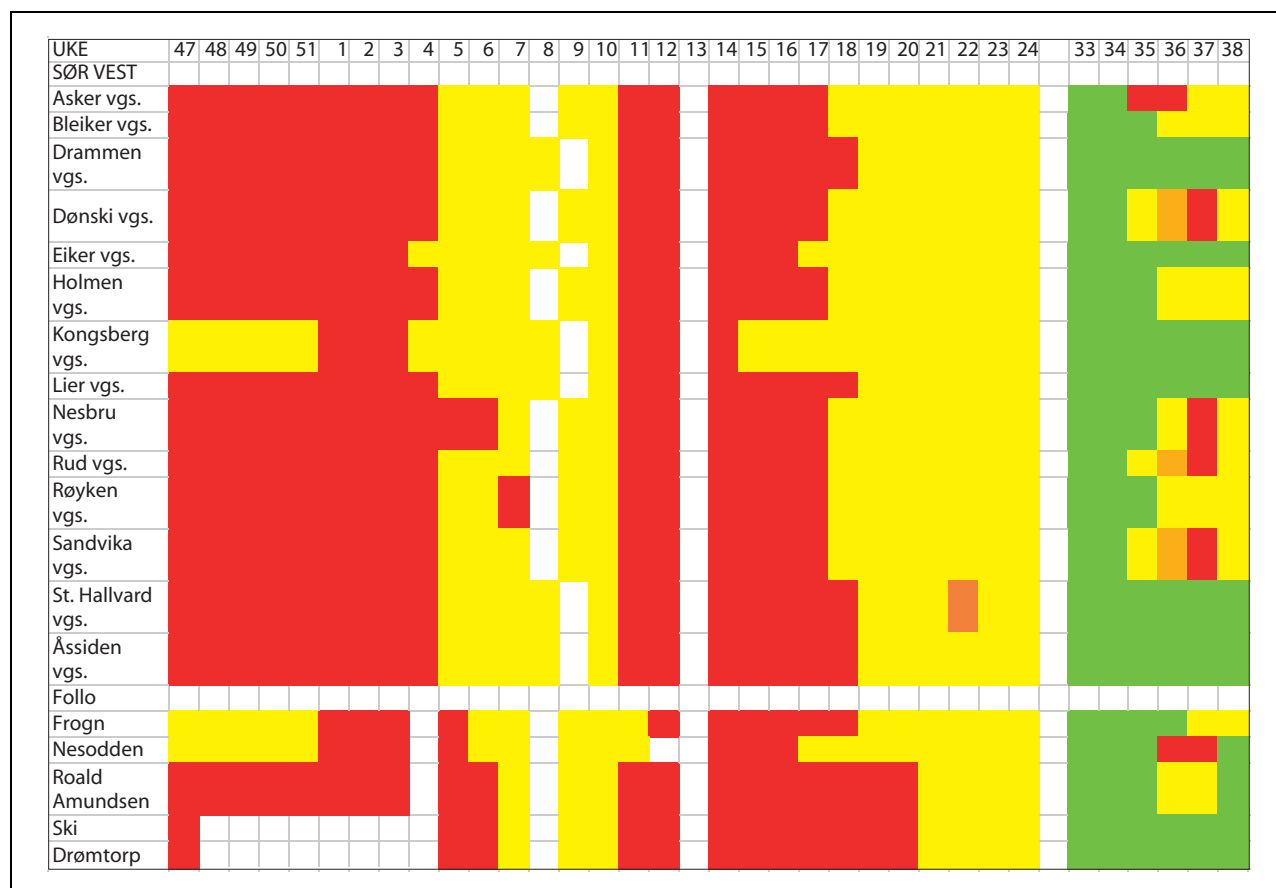
⁵¹ Nettartikkel, Udir, sist oppdatert 11. mai 2021. «Konsekvenser av smitteverntiltak i grunnskolen – våren 2021».

Situasjonen i barnehagene har mange likhetstrekk med situasjonen i skolen. Utdanningsdirektoratet registrerte en rekke nedstenginger gjennom skoleåret.⁵³ I løpet av høsten 2020 måtte 13 prosent av barnehagene stenge helt eller delvis minst én gang, og 17 prosent måtte stenge minst én gang i løpet av vinteren. I snitt var barnehagene som måtte stenge, stengt i tre dager, som regel for å forberede seg på rødt nivå. Andelen som måtte stenge minst én gang i løpet av vinteren 2020–2021, var på 46 prosent i Oslo og 3 prosent i Møre og Romsdal.

Samlet gir disse tallene inntrykk av at det var mye uro i skolen, særlig fra oktober 2020 og fram til tiltakene lettet våren 2021. Udirs to kartlegginger sier ingenting om hvor mange skoler og barnehager som opplevde gjentatte stenginger eller gjentatte skifter mellom gult og rødt nivå. Figur 10.5 viser situasjonen for skolene i to distrikter i Viken fylke. Dette gir et bilde av hvordan smitte-

⁵² Nettartikkel, Udir, sist oppdatert 11. mai 2021, «Konsekvenser av smitteverntiltak i grunnskolen – våren 2021».

⁵³ Nettartikkel, Udir, sist oppdatert 2. november 2021, «Utdanningsspeilet 2021».



Figur 10.5 Tiltaksnivå i utvalgte deler av Viken, uke 47/2020–38/2021.

Kilde: Statsforvalteren i Oslo og Viken. Del av større oversikt oversendt kommisjonen 31. januar 2021.

verntiltakene har skiftet i disse regionene over en lang periode.⁵⁴

Udir gjennomførte også en avgrenset undersøkelse i Follo-regionen og Indre Østfold. Undersøkelsen besto av gruppesamtaler med elever på fem skoler, fulgt av intervjuer med lærerne. Hovedformålet med undersøkelsen var å få et bedre kunnskapsgrunnlag for hvordan undervisningen fungerte på gult og rødt nivå, men noen av sitatene gir også innblikk i hvordan elevene og lærerne opplevde å skifte mellom nivåer:

Uke 3 tror jeg vi var på skolen i starten av uka. Nei, vi var hjemme, og så var vi på skolen i slutten av uka. Og så stengte de ned uke 4. Så da hadde vi allerede vært veldig mye fram og tilbake. To dager hjemme og én dag på skolen, og så en dag på Teams, og seinere på skolen igjen. Og så var hele skolen stengt ned uka etter. (Elev)

Det har vært mye frem og tilbake, og det har vært tider da vi ikke visste ... Det verste er når man ikke vet når man skal være tilbake på skolen. Og så er man tilbake på skolen, og så kommer samme runde igjen. Det har vært samme sirkelen. (Elev)

Det som gjør stresset ekstra mye, tror jeg, er at det er så mye frem og tilbake. Det er så enkelt. Det jeg hadde tenkt ... Rødt nivå fra tirsdag. OK, da må vi iallfall ha det ut uken. Ikke begynne å snu på fredag. (Lærer)⁵⁵

I kartleggingene går det fram at kommunene som stengte skoler og barnehager i skoleåret 2020/2021, begrunnet det med at det var for krevende å opprettholde kontinuerlig full drift med smitteverntiltakene på rødt nivå, der det finnes begrensninger på kohortstørrelsen, kombinert med kravet om at ansatte skal følge «sin» kohort. Skoler og barnehager kunne også stenge på grunn av høyt smittetrykk eller for å forberede seg på en overgang til rødt tiltaksnivå. Udir meldte om bekymringen sin om at kommunene stengte skolene, i statusrapport 9 fra koordineringsgruppen:

I 17 tilfeller har kommunene valgt å stenge barnehager eller skoler. Det ble særlig gjort i midten og slutten av august. [...] I mange av registreringene fremgår det at kommunene benytter karantene og stenging som forebyggende tiltak, eller som et tiltak for å få oversikt i smittesporingsarbeidet i kommunen. Dette illustrerer at mange kommuner igangsetter strengere og mer inngripende tiltak enn hva som er nødvendig.⁵⁶

På bakgrunn av disse observasjonene satte Udir og FHI i oktober 2020 i gang et arbeid for å gjøre det tydelig for kommunene hvilke føringer som faktisk gjaldt. De to enhetene sendte ut informasjon til barnehager, skoler, videregående skoler, kommuner, fylkeskommuner og fellesorganisasjonene for barnehager og skoler. Hovedbudskapet i denne informasjonen var at det skal være lav tiltaksbyrde for barn og unge og høy terskel for å stenge barnehager og skoler. Hvis det trengs forebyggende tiltak, for eksempel ved mye smitte i kommunen, bør kommunen heller innføre rødt tiltaksnivå enn å stenge skolene.⁵⁷

Kommunene brukte store ressurser på testing, smittesporing og senere vaksinerings. Både Helsedirektoratet og HOD kommuniserte til kommunene at helsesykepleierne ikke skulle tas ut av det ordinære tilbudet for å jobbe med dette, i tråd med det overordnede prinsippet om å skjerme barn og unge. Dette ble presisert i flere brev, og i møter med statsforvalterne og kommunene. Likevel ble helsesykepleiere omdisponert i mange kommuner. Så sent som i mai 2021 skrev fagbladet Sykepleien om at helsesykepleiere fremdeles ble brukt til smittesporing og vaksinerings. Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge løftet også fram bekymring for dette gjentatte ganger i rapportene sine.

Granskingen viser at kommunene opplevde kommunikasjonen ved starten av den andre smittebølgen høsten 2020 som krevende å forholde seg til. Kommisjonen har fått tilgang til referatet fra et møte mellom kunnskapsminister Guri Melby og seks kommuner 9. november 2020. Representantene for kommunene ga i dette møtet uttrykk for at mange innbyggere og ansatte stiller seg «undrende» til eller «ikke forstår» insisterin-

⁵⁴ Figuren er laget som informasjon til kollektivselskapene og inneholdt også opplysninger om prosentandeler av elevene som var på skolen med ulike tiltaksnivåer. Dette gjaldt typisk 100 prosent på grønt og gult nivå og 40–60 prosent på rødt nivå. Dette utsnittet er laget av kommisjonen som en illustrasjon.

⁵⁵ Nettartikkel, Udir, 2021, «Gruppesamtaler i Follo-regionen og Indre Østfold. Hva kan en uke i januar fortelle oss om skolehverdagen for elever og lærere?».

⁵⁶ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, 9. november 2021, «Statusrapport 9. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 14.

⁵⁷ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, 9. november 2021, «Statusrapport 9. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien».

gen på at skolene skal være åpne når så mye annet er stengt.⁵⁸ En ordfører virker irritert over at «[det stadig kommer] brev fra diverse etater om hvor viktig det er med fysisk kontakt med sårbare grupper. [...] Et eksempel: Helsepsykepleiere må tas fra skolehelsetjenesten for å teste i perioder, og samtidig krever regjeringen at de ikke tas fra skolene».⁵⁹

Etter de forsterkede nasjonale tiltakene i januar 2021 meldte kommunene også om at elever hadde hjemmeundervisning på grunn av plassmangel på skolen og kapasitetsproblemer i skoleskyssen.⁶⁰ Dette siste gikk igjen i en rekke tilbakemeldinger til statsforvalterne og ble beskrevet som et spørsmål om manglende materiell. Det kom rapporter om at lokale transportselskaper ikke hadde nok busser til å sikre at skysselevne kunne holde tilstrekkelig avstand. Kommunene var usikre på hvordan de skulle forholde seg til slike situasjoner, og flere meldte at det ikke var realistisk i kommunen deres å opprettholde tjenestene med det nivået av smittevern som var forventet.

Erfaringer med skolestengning og hjemmeundervisning

Kunnskapen om hvordan perioder med digital undervisning og hjemmeskole påvirker elevenes læring og sosiale situasjon, er fortsatt begrenset, men flere forskningsstudier har prøvd å kartlegge dette. En kunnskapsoversikt fra FHI oppsummerer noen sentrale studier (Nøkleby mfl. 2021). Et funn som går igjen i alle undersøkelsene, er at det har skjedd et til dels betydelig læringstap i perioden med hjemmeskole, og at tapet er større blant elever som hadde foreldre med lav utdanning.

En norsk studie av skriveferdigheter blant førsteklasinger (Skar mfl. 2021) fant at elever med et annet morsmål enn norsk opplevde større tap i utviklingen av skriveferdigheter enn elever med norsk som morsmål. En dansk studie (Reimer mfl. 2021) viste at nedstengningen økte forskjellene i leseadferd mellom elevene: Alle elevene leste mer etter nedstengningen, men økningen var langt større blant elever med foreldre med høyere

utdanning, spesielt i den første delen av nedstengningen.

Forskjellene i mestringsfølelse økte også mellom elever med høye og lave karakterer. Elever med lavt karaktersnitt opplevde en større negativ endring i egen mestringsfølelse enn elever med høyt karaktersnitt (Mælan mfl. 2021). Bildet er det samme om man flytter blikket fra målbare effekter og over til subjektive opplevelser av læringsutbytte. Både foreldre og lærere rapporterte at de opplevde at elevene fikk mindre læringsutbytte i perioden (Caspersen mfl. 2021).

Både studiene som bruker standardiserte metoder for å måle ferdigheter over tid, og undersøkelser der barn og foreldre blir spurt om opplevd læringsutbytte, peker altså i retning av at læringsutbyttet med hjemmeundervisning er lavere enn når elevene er på skolen, og at fallet i læringsutbytte er større for elever som i utgangspunktet har lavere forutsetninger statistisk sett for å gjøre det bra på skolen (som lavt utdannede foreldre, minoritetsspråk som morsmål og lavt karaktersnitt).

På denne bakgrunnen er det paradoksalt at standpunktarakterene til elever i videregående skole er uendrede og faktisk noe høyere i skoleåret 2020/2021 enn i 2019/2020.⁶¹ I programfagene for studieforberedende utdanningsprogram gikk snittkarakteren opp i flere fag enn den gikk ned, sammenlignet med tall for 2019/2020. Progresjonen i videregående skole er også historisk god, og faktisk har den ifølge Udir aldri vært bedre enn høsten 2020 og høsten 2021.⁶² Udir foreslår at høyere standpunktarakterer og avlyst eksamen kan være mulige årsaker til dette.

I den første rapporten vår løftet vi fram bekymringen for at en del elever kan ha fått lite utbytte av hjemmeskole fordi de manglet tilgang til digitale hjelpemidler og et noenlunde uforstyrret sted å jobbe.⁶³ Der siterte vi fra studier som viser at om lag 10 prosent av elevene opplevde utfordringer på hjemmeskolen fordi de manglet datamaskin eller nettbrett eller manglet et sted å jobbe i fred. Andelen var dobbelt så høy blant unge med innvandrerbakgrunn (7 mot 14 prosent). En rapport om Stovner bydel fra mai 2021 understreker dette. I denne forteller ansatte i bydelen at noen

⁵⁸ Møtereferat, møte mellom kunnskapsminister Guri Melby og seks utvalgte kommuner om koronasituasjonen i skoler og barnehager, 9. november 2020.

⁵⁹ Møtereferat, møte mellom kunnskapsminister Guri Melby og seks utvalgte kommuner om koronasituasjonen i skoler og barnehager, 9. november 2020.

⁶⁰ Notat, Udir til KD, 11. januar 2021, «Oppsummering av konsekvensene av rødt tiltaksnivå for barnehage- og opplæringsstilbudet».

⁶¹ Nettartikkel, Udir, sist oppdatert 27. oktober 2021, «Høye standpunktarakterer for elever i videregående skole også i 2020–21».

⁶² Nettartikkel, Udir, oppdatert 26. januar 2022, «Overgang i videregående opplæring 2021: Progresjonen i videregående har aldri vært bedre».

⁶³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 361.

elever opplevde at toalettet eller balkongen var de eneste mulige (noenlunde uforstyrrede) arbeidsstedene i hjemmet.⁶⁴ Her var det også flere elever som hadde mange søsken og bare én datamaskin eller ett nettbrett på deling.

Litt over 70 prosent av elevene opplevde at de fikk god hjelp av lærere eller foreldre med skolearbeidet, mens 30 prosent opplevde dette i mindre grad. Gjennomgående var det svært stor variasjon i hvor mye kontakt elevene hadde med læreren under nedstengningene, og hva slags opplæring elevene fikk digitalt (Blikstad-Balaas mfl. 2021).

Utdanningsdirektoratet har løpende kontakt med skolesektoren, organisasjonene og forskningen på feltet. På spørsmål om direktoratet hadde grunnlag for å uttale seg om læringstap, svarte utdanningsdirektøren:

Nei, det har vi ikke oversikt over. Vi har karakterer man kan se på, men de har ikke hatt eksamen. Karakterene har gått opp, så det står i motstrid til [det] elevene sier selv om opplevelsen av tapt læring. Nasjonale prøver viser høy grad av stabilitet. Jeg tror likevel at bak gjennomsnittene skjuler det seg nok mange enkelt-skjebner.⁶⁵

Sitatet illustrerer at det er for tidlig å trekke klare konklusjoner om hva elevene har tapt i perioden med smitteverntiltak på ulike nivåer. Kunnskapen vi har, gir ikke grunnlag for å anta at det har skjedd et læringstap i elevmassen som sådan, men alle aktørene som kjenner utdanningsfeltet, er bekymret for elevene som strevde i utgangspunktet. Dette gjelder anerkjente skoleforskere, som har forsket på elevenes situasjon gjennom koronaperioden:

Mange foreldre i undersøkelsen vår sa at de brukte mye tid hver dag på å følge opp skolearbeidet til barna. Grunnideen i det nordiske skolesystemet er likevel å unngå den implisitte antakelsen om at alle barn har tilgang til kvalifisert hjelp hjemme, siden vi vet at slik støtte ikke er universell.⁶⁶

Den samme bekymringen hadde byrådslederen i Oslo i intervju med oss:

Jeg er bekymret for de økte forskjellene i Oslo. Særlig for barn. Barn med foreldre med høy utdanning har egentlig hatt to flinke lærere hjemme som er deres foreldre. Andre har kanskje ikke foreldre som engang snakker språket, som ikke synes, og som gjemmer seg. Alle de begynnende undersøkelsene vi har fått om dette temaet, er ikke bra, og det har voldsomme konsekvenser for byen vår.⁶⁷

Med hensyn til trivsel på hjemmeskole er funnene mer sammensatte. Caspersen mfl. (2021) fant at det var omtrent like mange som rapporterte om økt trivsel på hjemmeskole, som det var som rapporterte om redusert trivsel. Mælan mfl. (2021) fant derimot at elevene gjennomgående trivdes dårligere på hjemmeskole. En kanadisk studie (Smith 2021) fant at motivasjonen var stabil over tid, og at «interesse for å lære» faktisk økte da barna hadde hjemmeskole.

Tilbakemeldinger fra elevene selv viser også et sammensatt bilde. Da barn i Færder kommune skulle komme med eksempler på ting som har vært bra med pandemien, svarte de blant annet: «mindre lekser, mindre konflikter», «sove lenge zzzz», «har blitt bedre kjent med min familie» og «vi fikk flere dyr». Det de mente var dumt med pandemien, inkluderte: «Klassen måtte deles opp», «kom brått på med karantene», «det har vært kjedelig» og «ble ikke noe 17. mai».⁶⁸

Selv om en del elever har syntes det har vært fordeler med det å ha skole hjemme, vil de ha lidd et sosialt tap som konsekvens av at de ikke har vært i klassen og hatt vanlige skolehverdager med jevnaldrende og lærere. Noen av bekymringene knyttet til dette er omtalt i boks 10.3.

Oppsummert er det klart at skolene har opplevd flere skifter i tiltaksnivå over tid, slik at betydelige deler av skoleløpet til flere elevkull har vært preget av pandemiltak. Granskingen har vist at nasjonale myndigheter har prøvd å skjerme barn og unge, men ikke alltid har lyktes. Granskingen viste også at utdanningsmyndighetene først fikk systematisk innpass i diskusjonene om

⁶⁴ Rapport, Koronautvalget i bydel Stovner, 17. juni 2021, «Koronapandemien i bydel Stover. En utredning av årsaker, konsekvenser og veier ut. Hovedrapport fra Koronautvalget i bydel Stovner».

⁶⁵ Forklaring, direktør i Udir Hege Nilssen, 7. desember 2021.

⁶⁶ Sitat, Blikstad-Balaas mfl. 2021, s. 195. Sitatet er oversatt til norsk.

⁶⁷ Forklaring, byrådsleder i Oslo Raymond Johansen, 17. desember 2021.

⁶⁸ Rapport, arbeidsgruppe til KD, 15. juni 2021, «Skolen etter koronapandemien. Et løft for trivsel og læring». Side 8. Tilsvarende sitater finnes i rapport, Barneombudet, august 2021, «Det er forskjell på hva du går glipp av på et år når du er 16 og når du er 45». Rapport fra Barneombudets ekspertgruppe om koronapandemien. Side 8.

Boks 10.3 Hva elevene mistet

Kommisjonen har hatt møte med fire skoleledere i Oslo og Viken for å få mer informasjon om hvordan livet i skolen har vært gjennom pandemien.

Alle skolene har gjort sitt beste for å gi et godt tilbud til elevene gjennom pandemien, men skolelederne formidlet at mange og lange perioder med begrensninger i tilbudet har hatt negative konsekvenser for elevene og læringsmiljøet.

De to videregående skolene som i utgangspunktet hadde faglig flinke og ressurssterke elever, formidlet begge at de så et faglig tap. Dette bekymret lærerne, som blant annet bemerket at elevene manglet trening i å skrive lengre tekster. En av skolene opplevde at det ikke lenger var samsvar mellom karakterene elevene kom med fra ungdomsskolen, og det de faktisk kunne. De kom inn med gode karakterer, men hadde ikke kunnskapene som karakterene tilsa.

Skolelederne fortalte at mange elever slet, men at de som hadde flest belastninger i utgangspunktet, strevde ekstra under pandemien. Alle skolene hadde noen elever som bodde trangt med familiene sine, og noen av skolene hadde mange i denne situasjonen. «Vi fikk mange telefoner fra fortvilte mødre», sa barne- og ungdomsskolelederen. Disse tilbakemeldingene handlet om store søskenflokker og lite plass, om elever som satt på balkongen i snøvær for å få jobbe i fred, og om foreldre som snakket lite norsk og i liten grad klarte å hjelpe barna sine med hjemmeundervisningen.

Flere av skolelederne beskrev videre at elevene framsto som usikre og lite sosialiserte i elevrollen. «De får ikke trent på egenregulering, de spretter mer rundt», som en av dem uttrykte det. Dette var en bekymring for alle de videregående skolene, uavhengig av om de hadde høyt eller lavt karaktersnitt ved inntaket. Også en skoleleder fra en videregående skole med svært høyt karaktersnitt fikk høre fra lærerne at elev-

ene i mindre grad enn før klarte å sitte stille og holde konsentrasjonen gjennom hele skoletimer.

Også lederen for barne- og ungdomsskolen så at elevene var utrygge. «De har mistet noe. De er ikke så trygge i rollen.» Denne skolelederen mente dette handlet om at skolen ikke hadde fått gjort arbeidet de vanligvis gjør for at elevene skal bli kjent med hverandre i klassen, på trinnet og på skolen. Elever som ikke kjenner hverandre og skolen, blir utrygge, «og så vil de markere seg».

Det at skolene ikke hadde fått jobbet med miljøet, preget omgangstonen blant elevene. Dette gjaldt alle skolene, både på ungdomstrinn og videregående. «Det har blitt en råere, tøffere stil», «mer rasistisk, mer sexistisk ... det er ikke et så raust miljø», «vi kaller det guttastemming internt», er eksempler på det skolelederne formidlet fra ulike skoler. På en av skolene hadde elevrådet merket seg at stunt fra populære TikTok-videoer dukket opp i gangene på skolen «i en eller annen form». Skolelederne så denne utviklingen i lys av at de ikke hadde fått gjort det vanlige arbeidet med å skape gode klasse- og skolemiljøer, men også i lys av at elevene hadde hatt en periode med lite fysisk omgang med andre jevnaldrende og voksne og mye tid i denne «jungelen» uten voksne på sosiale medier.

Ifølge skolelederne førte fraværet av godt arbeid med skolemiljøet også til at elever mistroves, ikke fikk venner og ville søke seg til andre videregående skoler. På en av de videregående skolene hadde en helsesykepleier fortalt at hun hadde hatt mange samtaler med elevene om det å forholde seg til andre mennesker.

tiltak relativt sent (februar 2021). Granskingen viser dessuten at det har vært variasjoner i den lokale implementeringen av tiltak, og at mange statlige aktører uttrykker bekymring for at lokale myndigheter «legger på» de statlige føringene og innfører strengere tiltak enn fagmiljøene ønsker.

Konsekvensene av denne lange perioden med uro i skoletilbudet er det for tidlig å konkludere om, men foreløpige funn tyder ganske entydig på

at mange elever har tapt både faglig og sosial læring, og at tapet er størst blant elever med større utfordringer for å gjøre det bra i utgangspunktet. I tillegg kommer tapet som en del elever har lidd når de faste rammene og forutsigbarheten i hverdagen falt bort i en lang periode. Barn og unge har varierende evne til å skape rutiner for seg selv, og de fleste trenger hjelp til dette av foreldrene. Hvis foreldrene ikke har klart å gi denne



Figur 10.6 Skolehverdag på gult nivå.

Foto: Ole Berg-Rusten / NTB

hjelpen, kan disse barna ha levd i lange perioder uten klare rammer rundt hverdagslivet. Det kan for eksempel være at foreldrene selv har mistet jobben, har helseproblemer eller mangler støtte i storfamilie eller lokalsamfunn, eller at de har blitt overveldet av dårlig økonomi eller andre bekymringer. Å kompensere for dette vil neppe være mulig uten langsiktig og målrettet innsats i skolen, lokalmiljøet og fritidsarenaene.

Noen elever har likevel hatt et mer omfattende tilbud enn andre i denne perioden. I vedtaket om nedstengingen 12. mars 2020 skrev Helsedirektoratet at «[l]edere av barnehager og rektorer ved barneskoler må derfor sørge for et tilbud til barn [...] med særlige omsorgsbehov som ikke kan ivaretas når barnehage, skole eller andre dagtilbud er stengt.» I kommunene ble «særlige omsorgsbehov» spesifisert til å gjelde barn med vedtak om spesialundervisning og barn som var «utsatte/sårbare av andre grunner».⁶⁹ Med dette ble «utsatthet» eller «sårbarhet» – for første gang i

norsk sosialpolitisk historie – et selvstendig kriterium for å få en tjeneste. Denne retten skulle rektorer og barnehageledere forvalte. Hvordan dette ble håndtert i skolene, er temaet i neste avsnitt.

Barn og unge i sårbare situasjoner

Vi drøftet tilbudet til de sårbare elevene i den første rapporten vår og påpekte da blant annet hvor få barn som faktisk hadde fått et tilbud, gitt beregningene av hvor mange barn og unge som med rimelighet kan forstås som «sårbare». Vi antydte tre hovedgrunner til dette: For det første opplevde mange foreldre det som stigmatiserende at de fikk tilbud om en tjeneste fordi barna deres hadde «særlige omsorgsbehov». For det andre var det krevende for kommunene å identifisere barna som skulle ha tilbud. For det tredje var det uklart hvordan prosedyrene skulle være: Skulle skolene selv identifisere de aktuelle barna, eller skulle de vente til foreldrene tok kontakt?

Hvordan kommunene faktisk jobbet med å identifisere de sårbare barna og gi dem et tilbud, finnes det fortsatt lite konkret innsamlet kunnskap om. En studie bekrefter imidlertid at den uklare begrepsbruken var en utfordring for dem som skulle forvalte bestemmelsen (Caspersen mfl. 2021, side 107 og følgende sider). Informantene – kommunalsjefer, rektorer, lærere og ansatte i støttetjenester – påpekte at begrepet var vagt definert og ga stort handlingsrom til hver enkelt skole eller kommune. Dette hadde både positive og negative sider: Noen informanter satte pris på at skolene fikk handlingsrom, mens andre opplevde at handlingsrommet var litt vel vidt. «Det stod jo litt på Udir sine sider, vi leste alt som stod, men for meg var det litt for vidt begrep», sa en rektor. En informant opplevde at noen elever som «normalt ikke [vil] gå under sårbare barn», møtte opp på skolen fordi de «trengte litt oppmerksomhet, rett og slett at noen så dem» (Caspersen mfl. 2021, side 108).

Utdanningsdirektøren ble utfordret på bruken av begrepet «sårbarhet» da hun ble intervjuet av kommisjonen. Hun svarte:

Det har vært en diskusjon hele veien. Det kunne vært en diskusjon om gruppen «sårbare barn» burde vært nasjonalt definert, men vi ville ikke klart å lage en uttømmende liste på nasjonalt nivå. Dette er noe av profesjonaliteten i skolene og kommunene – det er de som er i stand til å identifisere disse som er sårbare, og tilrettelegge for dem.⁷⁰

⁶⁹ Nettartikkel, Udir, sist oppdatert 9. desember 2020, «Utdanningsspeilet 2020».

Boks 10.4 Hva legger koordineringsgruppen i begrepet «sårbarhet»?

Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge gjorde flere forsøk på å avgrense og tydeliggjøre hvilke barn som med rimelighet kan beskrives som «sårbare» eller «utsatte». I den første rapporten¹ pekte gruppen på barn i familier med vedvarende lavinntekt, barn med foreldre som har gått fra hverandre, og der det er et høyt konfliktnivå, barn med psykiske lidelser, barn som har opplevd fysisk vold, barn som har flyktet til Norge, og barn av foreldre med psykisk sykdom, tidligere opphold i fengsel eller alkoholproblemer.

Koordineringsgruppen trakk videre fram bestemte grupper av barn de bekymret seg for: barn som levde under vanskelige forhold hjemme, barn med behov for spesiell tilrettelegging av skole- og barnehagetilbudet, barn som fikk redusert tilbud og oppfølging fra tjenester som ble omfattet av covid-19-tiltakene, barn med nedsatt funksjonsevne og barn og unge tilknyttet minoritetsgrupper eller i asyl og flyktningleirer.

Koordineringsgruppens forsøk på å tallfeste antallet sårbare barn ga et anslag på «minst 20 prosent» av alle barn og unge i Norge, eller minst 223 722 barn.² Diskusjonen om sammensetningen av gruppen viser at dette er en gruppe med svært stor variasjon innad i gruppen og med mange ulike behov for oppfølging.

Koordineringsgruppens forståelse av sårbarhet endret seg etter hvert som arbeidet og pandemien utviklet seg. I gruppens statusrapport nr. 14 (oktober 2021) er det ikke lenger snakk om å identifisere eller tallfeste en distinkt gruppe sårbare barn, men å peke på det man kan kalle sårbarhetsskapende prosesser. Disse deles i fire følgende grupper:

- *Sårbare barn og unge samfunnet kjenner til*
Barn i barnevernet, barn med funksjonsnedsettelse, nyankomne til Norge, barn i familier med vedvarende lavinntekt eller barn av foreldre som vi er kjent med at strever med rus og psykisk uhelse, er eksempler på barn som allerede har oppfølgingstiltak, eller som samfunnet kjenner til at har behov for det. Det aller viktigste for disse brukergruppene er at de fortsatt får mulighet til å motta ordinære tiltak og behandlingstilbud også under krisetid.
- *Sårbare barn og unge samfunnet ikke kjenner til*
Forskning om vold og overgrep viser at mange barn og unge holder forholdene

hjemme skjult for omgivelsene sine. Dette kan være barn som lever med høykonflikt og/eller vold i hjemmet eller med foreldre som strever med rus eller psykisk uhelse, eller barn av foreldre i andre krevende livssituasjoner. Det kan også være kombinasjoner av faktorer, for eksempel på skolen og hjemme, som kan skape sårbarhet, og som kan gjøre at sårbare barn og unge er vanskelige å identifisere.

- *Ny gruppe sårbare barn og unge*

Den nye gruppen kan være barn og unge med foreldre som har havnet i en vanskelig livssituasjon på grunn av pandemien, barn og unge som er særlig ensomme eller engstelige for egen eller andres helse eller for egne framtidsutsikter, og barn som blir utsatt for vold, konflikt eller omsorgssvikt i hjemmet.

- *Hele generasjonen barn og unge som vokser opp i dag*

Flere studier som er gjort om barn og unge, peker på at ungdom generelt opplever smitteverntiltak som en stor belastning. Unge voksne er også en gruppe som blir hardt truffet av tiltaksbyrden. En del unge er bekymret for egne framtidige muligheter. Stengte skoler har hatt betydelige omkostninger for elever med tanke på både læring og trivsel på kort sikt.³

I endringen fra første til fjortende rapport er det særlig interessant å merke seg at koordineringsgruppen begynte å betrakte pandemien og smitteverntiltakene som sårbarhetsfaktorer *i seg selv*. Noen barn og unge som tidligere ikke ville blitt betraktet som spesielt sårbare, kan ha blitt det, for eksempel på grunn av vedvarende stress i familien eller ensomhet og angst som følge av pandemien og nedstengningene. Samtidig mener koordineringsgruppen at vi i en viss forstand kan beskrive alle unge i dag som sårbare på grunn av belastningene de er påført som følge av smitteverntiltakene.

¹ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, april 2020, «Statusrapport 1. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien».

² Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, april 2020, «Statusrapport 1. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien».

³ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, oktober 2021, «Statusrapport 14. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 9–10, forkortet og redigert.

Caspersen mfl. (2021) bekrefter at dette ble håndtert lokalt. En informant mente: «[Du] må nesten kjenne elevene for å vite [hvem som er sårbare].» Det var mange som valgte litt andre begreper i kommunikasjonen med hjemmene og andre, for eksempel «barn som trenger litt ekstra» eller «elever i sårbare situasjoner» (Caspersen mfl. 2021). Kontaktlærere og rektorer hadde jevnt over god oversikt over hvem de aktuelle barna «som trengte litt ekstra» var, men opplevde at de ofte manglet ressurser til å gi dem et fullgodt tilbud.

Skoletilbudet til sårbare barn under og like etter nedstengingen

Det finnes fremdeles lite systematisk informasjon om tilbudet som «sårbare» barn fikk gjennom pandemien, men noen nye studier har kommet siden den første rapporten vår. Disse ser ut til å bekrefte at det var stor variasjon mellom skolene i hva de følte seg forpliktet til å tilby (Caspersen mfl. 2021). På noen skoler var det miljøarbeidere som fulgte opp barna som var på skolen, mens lærerne var opptatt med digital undervisning. Noen lærere ga eksplisitt uttrykk for at de hadde oppfattet at tilbudet til de sårbare barna skulle være et sosialt tilbud eller et omsorgstilbud, ikke fullverdig undervisning. På andre skoler, derimot, fulgte elevene som møtte på skolen, den digitale undervisningen, men de fikk tettere veiledning og oppfølging av de ansatte. Noen av utfordringene skolene møtte i dette arbeidet, er nærmere utdypet i boks 10.5.

En spørreundersøkelse til foreldre med barn som hadde behov for tilrettelegging, dokumenterte omfattende misnøye med tilbudet de fikk. Foreldrene ble bedt om å angi tilfredshet på en skala fra 1 til 6, der 6 indikerte «lite fornøyd». Andelen som oppga verdien 6, var 10 prosent før pandemien og 37 prosent under nedstengningen. (Caspersen mfl. 2021, side 117). I etterkant av nedstengningen beveget tilfredsheten seg imidlertid tilbake til omtrent der den hadde vært, noe som tyder på at misnøyen i hovedsak var knyttet til tilbudet under nedstengningen.

Enkelte elever opplevde spesielt store konsekvenser av nedstengningen. Lærere forteller blant annet om minoritetsspråklige barn med «innføringstilbud» som var særlig krevende å følge opp under nedstengningen. Noen av disse elevene

⁷⁰ Forklaring, direktør i Udir Hege Nilssen, 7. desember 2021.

måtte utsette oppstarten i ordinære klasser fordi utviklingen i norsk skriftlig og muntlig hadde stagnert (Caspersen mfl. 2021, side 110–111).

Elever med behov for spesialundervisning er en annen gruppe det er knyttet særlig bekymring til, ikke minst fordi spesialundervisningen for mange kom sent i gang. 11 prosent av foreldrene oppga at det tok tre uker eller mer etter gjenåpningen før det spesialpedagogiske tilbudet var på plass, og 21 prosent oppga at de ikke fikk dette tilbudet i det hele tatt etter gjenåpningen (Caspersen mfl. 2021, side 115). Med bakgrunn i data som er hentet inn fra skoler og barnehager, oppsummerte Udir dette slik i september 2020:

Tidligere rapporteringer har fremhevet bekymring for tilbudet for barn med vedtak om spesialpedagogisk hjelp og opplæringstilbudet til elever med spesialundervisning og særskilt språkopplæring. Denne bekymring[n] blir bekreftet av de nye dataene. Omkring 1 av 3 elever med spesialundervisning har fått færre timer enn planlagt etter at skolene gjenåpnet. Omkring 1 av 10 elever med spesialundervisning har fått færre timer med lærer og flere timer med assistent enn normalt/planlagt. Omkring halvparten av elevene med særskilt språkopplæring fikk færre timer enn normalt/planlagt. Omkring 1 av 10 fikk færre timer med lærer og flere med assistent enn vanlig.⁷¹

Avdekkingen og utredningen av barn med spesielle behov ser også ut til å ha lidd under pandemien. Den statlige spesialpedagogiske tjenesten Statped mottok færre søknader og henvisninger hver måned etter mars 2020 enn i tilsvarende måned i 2019, noe som tyder på at færre barn med behov ble fanget opp.⁷² Dette kan til en viss grad være koblet til at PPT lokalt strevde med å gjennomføre utredninger som krevde fysisk tilstedeværelse, blant annet fordi noen brukere måtte ta spesielle forholdsregler for å unngå smitte. Barnehageeiere og barnehagestyrere forteller også at de gjennom pandemien har lyktes i å ivareta de sårbare barnehagebarna de kjente til fra før, men er mer bekymret for dem som hjelpeinstansene ikke kjente fra tidligere (Os mfl. 2021).

⁷¹ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, august 2020, «Statusrapport 7. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 15.

⁷² Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, mars 2021, «Statusrapport 12. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 18–19.

Boks 10.5 Tilbudet til de sårbare elevene

Kommisjonen har hatt møte med fire skoleledere i Oslo og Viken for å få mer informasjon om hvordan livet i skolen har vært gjennom pandemien.

Uansett hvilket smittevernnivå skolene har vært på, inkludert under skolestengningen i mars–april 2020, har skolen vært pålagt å gi et tilbud til sårbare elever.

To av skolelederne som deltok på møtet, fortalte at dette hadde fungert godt. Disse representerte videregående skoler med høyt karaktersnitt ved opptak og et stort innslag av elever fra ressurssterke familier. Begge disse skolene hadde et tilbud med egne klasser som var skredersydd for elever som trengte ekstra oppfølging, og elevene i disse klassene var deres «sårbare». I tillegg kom et mindre antall elever som gikk i ordinære klasser, og som ble identifisert av rådgivere og kontaktlærere. De sårbare elevene fikk tilbud i alle fasene av pandemien, og som en av disse skolelederne sa: «Vi prøvde å gjøre det hyggelig, gi et litt hyggelig tilbud». Noen av elevene måtte minnes på at de skulle møte på skolen, men begge disse lederne ga uttrykk for at «det gikk fint», og at de aktuelle elevene stort sett møtte til undervisningen.

De to andre skolelederne representerte skoler (en videregående og en barne- og ungdomsskole) i områder med store levekårsutfordringer. Den videregående skolen hadde dessuten et lavt karaktersnitt ved opptak. Mange av elevene på disse to skolene hadde minoritetsbakgrunn og kom fra familier som samlet sett opplevde store belastninger under pandemien. Begge disse lederne ga uttrykk for at det var vanskelig å skille mellom «de sårbare» og «de andre» på skolene deres, fordi så mange av elevene hadde behov for et fysisk tilbud. «Vi hadde

en runde med lærerne og elevtjenesten for å finne de sårbare og endte med ei kjempelang liste», fortalte en av dem.

Disse to skolene hadde også mange erfaringer med at det var vanskelig å få elevene til å ta i bruk tilbudet når de først fikk det. Noen av elevene på «den kjempelange lista» sa nei til tilbudet, mens andre takket ja, men ikke møtte opp.

På begge skolene hadde lederne opplevd at det var en betydelig utfordring at barna og ungdommene snudde døgnnet og ikke kom seg opp om morgenen. Mange av de aktuelle barna hadde foreldre som var permittert eller utenfor arbeidslivet, og «de orket ikke å gå ut når ingen andre i familien skulle ut». På den videregående skolen erfarte lærerne at elevene ikke var våkne før på kvelden, så det var først etter arbeidstid – kveld og natt – det var mulig å få kontakt med dem på SMS eller sosiale medier. «Alt rakner rundt dem», sa denne skolelederen. Barne- og ungdomsskolelederen hadde samme erfaring: Rutinene i dagliglivet gikk i oppløsning når alt stoppet opp, og familien var bare hjemme: «Det blir ikke riktig å snakke om skolevegring. Det var mer vegring for å gå ut av døra».

Lederen for barne- og ungdomsskolen fortalte at elevene syntes det var flaut å bli omfattet av dette tilbudet: «Å komme på skolen i denne situasjonen ble et synlig bevis på at man ikke klarer det andre klarer». Denne skolelederen hadde et klart inntrykk av at tilbudet til de sårbare ble oppfattet som stigmatiserende, og dette hadde gjort det vanskeligere for skolen å følge opp elever som trengte tilbudet skolen kunne gi.

Studentenes situasjon

Gjennomgangen ovenfor viser at også studenter ved læresteder for høyere utdanning har opplevd gjentatte perioder med fysisk nedstengning, strenge smitteverntiltak og digital undervisning gjennom koronaperioden. I motsetning til elever i videregående skole bor studenter ofte borte fra familiene sine, typisk med begrenset plass (hybel) og ofte på et sted som de nylig har flyttet til. Dermed har de som regel et begrenset sosialt nett-

verk. Med dette i tankene har flere aktører reist bekymring for studentenes situasjon gjennom pandemien.

De nasjonale anbefalingene har vært digital undervisning i universitets- og høyskolesektoren i periodene 12. mars–15. juni 2020 (med noen unntak fra 27. april), 4. januar–19. februar 2021 og 23. mars–27. mai (med en del unntak fra 13. april).⁷³

⁷³ En mer utfyllende oversikt over tiltakene fram til 23. mars 2021 finnes i Solberg mfl. (2021), side 18.

Mer digital undervisning var også anbefalt i perioden fra 9. desember 2021 til 1. februar 2022. I tillegg til disse periodene ble universiteter, høyskoler og fagskoler 5. november 2020 pålagt å vurdere om de kunne redusere den fysiske undervisningen og annen aktivitet som bidro til økt mobilitet. Per våren 2022 er det altså i alt fem semestre som har blitt berørt, i større eller mindre grad, av smittetiltak og perioder uten fysisk undervisning. I tillegg ble «fadderuka», som mange opplever som et viktig sosialt startpunkt på studietiden, frarådet høsten 2020, og studentene vil også ha merket tiltak som begrensninger på fritidsaktiviteter og uteliv.

Gjennomføring og læringsutbytte

Noen av bekymringene for studentenes situasjon dreier seg om kvaliteten på undervisningen, frafall og eksamensresultater. På disse områdene er tilgjengelige tall for aktiviteten i 2020 påfallende positive: Det er avlagt flere studiepoeng enn noen gang, både totalt og per student. Strykprosenten er historisk lav, og det er ny rekord i antall avlagte doktorgrader (Solberg mfl. 2021). Også første halvår 2021 ble det avlagt et rekordhøyt antall doktorgrader,⁷⁴ og strykprosenten har aldri vært lavere i et vårsemester (Svarstad 2021).⁷⁵ De lave strykprosentene kan henge sammen med at eksamen i denne perioden ble gjennomført som hjemmeksamen, noe som erfaringsmessig gir lavere strykprosent. Indikatorene for kvalitet gir m.a.o. ikke stor grunn til bekymring for studentenes læresituasjon, men gir inntrykk av at universitets- og høyskolesektoren har klart den store omstillingen som koronatiltakene innebærer, på en god måte.

Tallene for hele året 2021 er ikke klare, men antallet avlagte doktorgrader kan være et tegn på at tendensen er i ferd med å snu. I 2020 ble det avlagt 1634 doktorgrader ved norske læresteder, mens tallet var 1603 i 2021 (Loge 2022). Dette var første gang på fem år antallet gikk ned fra ett år til neste. Nedgangen er likevel svært beskjeden.

Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) har siden 2013 årlig gjennomført en nasjonal studentundersøkelse kalt Studiebarometeret. I Studiebarometeret 2020 ble en betydelig del av spørreskjemaet satt av til spørsmål som

⁷⁴ Nettartikkel, NIFU, uten år, «Doktorgrader».

⁷⁵ Basert på tall fra Database for statistikk om høyere utdanning (DBH). Inntrykket forsterkes av SHoT-undersøkelsen (Sivertsen 2021), der andelen studenter som sier de aldri har strøket, er høyere i 2021 enn i 2018.



Figur 10.7 Gatekunst med koronatemata av kunstneren Pøbel. Bryne, Rogaland.

Foto: Anne Skevik Grødem / Koronakommisjonen

handlet konkret om koronasituasjonen. Undersøkelsen ble gjennomført i oktober/november 2020 og inneholdt blant annet spørsmål om erfaringer med nettbasert undervisning, bekymring for progresjon og psykososiale forhold. Parallelt med Studiebarometeret 2020 gjennomførte Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) en egen undersøkelse blant faglig ansatte i universitets- og høyskolesektoren. «Koronadelen» av Studiebarometeret 2020 og undersøkelsen til faglig ansatte er analysert av NIFU (Solberg mfl. 2021).

Analysene viser at to av tre studenter og ansatte ikke hadde noen form for nettbasert undervisning før koronapandemien. Høsten 2020 var det under 10 prosent som sa det samme. Forskerne mener at sektoren hadde systemer og strategier for å ta i bruk digital undervisning før mars 2020, men at disse ikke var tatt i bruk i stor skala. Dette blir bekreftet av at få studenter oppga at de opplevde sin egen digitale kompetanse som mangelfull.

Mangel på et egnet sted å jobbe var dessuten en utfordring for studentene: Bare 42 prosent sa at de hadde en egnet arbeidsplass under den før-

ste nedstengningen. Studenter som hadde ansvar for barn, var ofte i en situasjon der de manglet en egnet arbeidsplass.

Bare 15 prosent av studentene trodde de kom til å bli forsinket på grunn av koronasituasjonen våren 2020 (Solberg mfl. 2021). Andelen var høyere blant studenter som var tidlig i studieløpet (bachelorstudenter), og studenter som tok praksisorienterte fag. For doktorgradsstipendiater trodde hele 70 prosent at de ville bli forsinket. Dette skyldtes spesielt at forskningsaktivitet og samarbeid var satt på vent i perioden, ikke at de fikk merarbeid med undervisning eller mindre oppfølging fra veileder.

Selv om tallene for gjennomstrømming og avlagte eksamener er positive, mente både studenter og ansatte at læringsutbyttet ville vært høyere om studentene hadde vært fysisk til stede på campus. 70 prosent av studentene og 80 prosent av de ansatte ga uttrykk for dette synet. Samtidig sa to tredjedeler av de ansatte at de mente at de laget gode nettbaserte undervisningsopplegg, mens under halvparten av studentene sa det samme om underviserne. I begge grupper var det bare et fåtall som mente at det nettbaserte opplegget hadde vært så godt som det kunne være. Underviserne var også usikre på det å ha eksamen digitalt: De var usikre på om de hadde klart å lage gode oppgaver som egnet seg for denne eksamensformen, og de var bekymret for at studentene kunne jukse. Studentene sa klart oftere enn underviserne at digital eksamen var godt egnet i fagene deres (over halvparten av studentene kontra en tredjedel av underviserne) (Solberg mfl. 2021).

Trivsel og psykisk helse

Studiebarometeret inneholder også data som viser at pandemien har ført til en betydelig mental påkjenning for studentene. Nesten 80 prosent av studentene sa at de har savnet det sosiale studiemiljøet, og to tredjedeler sa at det hadde blitt vanskeligere å strukturere studiehverdagen, og at motivasjonen var lavere. Litt over halvparten sa at de følte seg mer ensomme (Solberg mfl. 2021, side 10). Samtidig viste Studentbarometeret at en del studenter også opplevde positive sider ved pandemien, for eksempel sa tre av ti at de fikk mer ro i livet sitt. Forskerne understreker at disse funnene relaterer seg til våren 2020, og at den mentale påkjenningen kan ha blitt større etter hvert som pandemien varte over tid.

Denne forutansetningen ble et stykke på vei bekreftet i analysene av Studiebarometeret 2021.

Studiebarometeret blir som nevnt gjennomført årlig, og det finnes noen tidlige analyser av 2021-undersøkelsen.⁷⁶ Den negative tendensen for tilfredshet med sosialt og faglig miljø som ble observert fra 2019 til 2020, fortsatte i 2021. I årene 2013–2019 lå gjennomsnittsskåren for sosialt og faglig miljø stabilt på 3,8. I 2020 falt snittet til 3,6 og deretter videre til 3,5 i 2021. I og med at dette blir målt med skalaer som varierer fra 1 til 5, er en gjennomsnittlig nedgang på 0,3 betydelig. NOKUT understreker dette i sin rapport: «På nasjonalt nivå har vi, i hele Studiebarometerets historie, ikke observert større endringer på enkeltspørsmål enn på disse.»⁷⁷

At pandemien har vært mentalt krevende for mange studenter, blir bekreftet i Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT), som FHI gjennomfører på oppdrag fra studentsamskipnadene. SHoT blir gjennomført hvert fjerde år. Den ble gjennomført i 2018, og neste ordinære undersøkelse var planlagt i 2022. På grunn av pandemien ble det imidlertid gjennomført en tilleggsundersøkelse i mars 2021 (Sivertsen 2021). 2021-undersøkelsen viste at andelen studenter som oppga at de hadde god eller svært god livskvalitet, sank fra 39 prosent i 2018 til 34 prosent i 2021. Fram til 2018 hadde nivået vært relativt stabilt på rundt 40 prosent.

Gjennomsnittsskåren på indeksen for psykiske plager⁷⁸ økte gradvis fra 2010 til 2018 (gradvis fra 1,74 til 2,00). Deretter skjedde det en kraftig økning fra 2018 til 2021 (fra 2,00 til 2,28). Studien finner også en økning i søvnproblemer fra 2018 til 2021 (Sivertsen 2021, side 40).

Omfanget av selvskading og selvmordstanker er høyt blant studentene: I 2021 svarte 19 prosent at de hadde skadet seg selv med vilje, og 23 prosent sa at de hadde tenkt seriøst på å ta sitt eget liv, men uten å faktisk forsøke å gjøre det. Andelen som hadde hatt selvmordstanker, økte fra 7,7 prosent i 2010 til 11,4 prosent i 2018 og videre til 15,1 prosent i 2021 (Sivertsen 2021). Både mønster og nivå er relativt likt for kvinner og menn.

Studentene vurderte også sin egen fysiske helse som dårligere i 2021 enn i 2018. Andelen som svarte «god» eller «svært god» på spørsmålet «Hvordan er helsen din nå», falt fra 79 prosent i

⁷⁶ Rapport, NOKUT, 8. februar 2022, «Studiebarometeret 2021 – Hovedtendenser». Rapport 1/2022.

⁷⁷ Rapport, NOKUT, 8. februar 2022, «Studiebarometeret 2021 – Hovedtendenser». Rapport 1/2022. Side 4.

⁷⁸ Indeksen som brukes, er HSCL-5, som kombinerer målene (1) nervøsitet eller indre uro, (2) stadig redd eller engstelig, (3) følelse av håpløshet for framtida, (4) nedtrykthet eller tungsindighet og (5) bekymring eller uro.



Figur 10.8 Studentene savnet det sosiale studiemiljøet under pandemien.

Foto: Adam Kuylenstierna / Alamy Stock Photo

2018 til 68 prosent i 2021. Samtidig økte andelen som sa at de trente to til tre ganger i uken eller mer, fra 67 til 77 prosent, så den dårligere egen-vurderte helsen skyldes neppe inaktivitet. Den kan imidlertid ha sammenheng med små økninger i andelen som opplevde ulike helseplager, som følelse av trøtthet og lite energi, stress, søvnproblemer, nakkesmerter og hodepine (Sivertsen 2021, side 27).

Hvis vi beveger oss fra psykisk og fysisk helse til sosiale forhold, finner vi enda klarere endringer fra 2018 til 2021. Opplevelsen av ensomhet ble målt med tre spørsmål:

1. Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?
2. Hvor ofte føler du deg utenfor?
3. Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Andelen som svarte «ofte» eller «svært ofte» på minst ett av disse spørsmålene, økte fra 30 prosent i 2018 til 54 prosent i 2021.

En annen studie fra FHI, som ble gjennomført i Oslo, Agder, Nordland og Vestland i november 2020, fant også høye nivåer av ensomhet blant stu-

denter: Én av tre oppga i denne undersøkelsen at de var ensomme. Denne andelen var høyere enn det arbeidsledige, permitterte, uføre og mottagere av økonomisk sosialhjelp svarte på tilsvarende undersøkelser – og langt høyere enn for yrkesaktive voksne (Nes mfl. 2020).

Tilfredsheten med studiestedet stupte mellom 2018 og 2021. I 2018 sa mellom 60 og 70 prosent at de var tilfredse med studiestedets studiemiljø, uteliv og kulturtilbud. I 2021 lå disse andelen mellom 15 og 26 prosent (Sivertsen 2021, side 17). Andelen som var tilfreds med studiestedet «alt i alt», falt fra 76 prosent i 2018 til 47 prosent i 2021. Også trivselen med selve studiet gikk ned fra 2018 til 2021 (Sivertsen 2021, side 15).

Disse funnene balanseres i noen grad av funn fra en studie av studenter ved Universitetet i Bergen, som fulgte studenter over tid i perioden januar 2020–februar 2021. Funnene fra denne undersøkelsen er ikke publisert, men foreløpige funn er omtalt i rapporten til den regjeringsoppnevnte ekspertgruppen for livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under covid-19-pandemien («Kjøps-utvalget»). Ekspertgruppen skriver:

Funnene for psykiske plager var overraskende. Studien viser ingen tydelig økning. Det er tydelig variasjon i omfanget i løpet av året og toppene kommer til syne i periodene med de strengeste restriksjonene. Økning i psykiske plager ser ut til å være mer kortvarig og knyttet til restriksjoner og varighet. Når det gjelder omfanget av tunge depressive tanker ser man ingen særlige endringer, året vurdert under ett. Et tydelig mønster er likevel at studenter var mindre fornøyde med livet i nærmest hele perioden under pandemien frem til februar 2021 (sammenlignet med perioden før pandemien).⁷⁹

Sitatet i dette utdraget forteller altså at studentene har vært mindre fornøyde med livet under pandemien, og at de har vist kortvarige symptomer på psykiske plager i periodene restriksjonene var strengest, men at det ikke er urovekkende tegn til vedvarende dårligere psykisk helse hos studentene.

Det virker alt i alt godt dokumentert at studentene har hatt lavere livskvalitet gjennom pandemien, og at omfanget av lettere fysiske og psykiske plager har vært høyere enn det var ved tidligere målinger. Det er likevel for tidlig å konkludere med om dette er forbigående plager knyttet til den konkrete situasjonen, eller om vi kommer til å se en mer varig effekt av pandemien og smitteverntiltakene på den psykiske helsen til unge voksne. SHoT-undersøkelsene dokumenterer imidlertid en trend i retning av dårligere psykisk helse hos studenter som går helt tilbake til 2010 (da den første SHoT-undersøkelsen ble gjennomført). Dette er i seg selv bekymringsfullt, uavhengig av om man antar at pandemien har akselerert tendensen eller «bare» videreført den.

Oppsummert om studentenes situasjon

Denne gjennomgangen viser at både studenter og undervisere har vist en imponerende evne til å tilpasse seg de nye rammebetingelsene under pandemien. Universitets- og høyskolesektoren hadde svært begrenset erfaring med undervisning på digitale plattformer før mars 2020, men kom raskt i gang. Ut fra dataene vi har tilgang til, er det ikke mulig å si at studentene har tapt læringsutbytte. Også eksamener er gjennomført digitalt, med historisk lave strykporsenter.

Dette viser en evne til å omstille seg som sektoren fortjener anerkjennelse for, og som ikke har kommet av seg selv: Både studenter og ansatte har lagt ned en betydelig innsats. Studentene har kommet videre i utdanningsløpet med svært redusert fysisk kontakt med medstudenter og lærere og ofte uten tilgang til et godt egnet sted å jobbe. Undervisere har også jobbet hjemmefra, og mange opplevde at den ekstra tiden de har brukt på å undervise digitalt og følge opp studenter, har gått ut over tid til forskning (Solberg mfl. 2021).

Samtidig vil vi understreke at det er usikkert hvordan vi skal forstå de optimistiske tilbakemeldingene. Produksjonen av studiepoeng er høy, men her kan eventuelle forsinkelser og frafall ha blitt kompensert i statistikken av de ekstra studieplassene som ble tilført i denne perioden (se nedenfor). Studenter som var et stykke ut i studieløpet, inkludert doktorgradsstudenter, har fullført, men det gjenstår å se hvordan utfallene blir for studenter som ble pålagt smitteverntiltak før de hadde kommet skikkelig i gang. Vi må se de lave strykporsentene i sammenheng med den utstrakte bruken av hjemmeksamen, som erfaringsmessig gir lite stryk. Det er sannsynlig at konsekvensene av at studentene har hatt digital undervisning i perioder gjennom fem semestre, sannsynligvis vil vise seg først på lengre sikt.

I tillegg har flere av studentene opplevd lavere livskvalitet og mindre tilfredshet med studiestedet i koronaperioden. Flere har også opplevd symptomer på lettere psykiske lidelser enn det som var tilfellet før pandemien. Det er uklart om dette er forbigående og knyttet til perioder med omfattende smitteverntiltak, eller om store grupper av studenter vil slite med plager som depresjon, søvnvansker og sviktende motivasjon også på lengre sikt. Uavhengig av tidsperspektivet er det viktig å være klar over at mange studenter har lidd et velferdstap i en viktig periode av livet, og at mange i denne livsfasen har fått en tøffere start på voksenlivet enn det årskullene som kom litt før dem, har hatt.

Så langt i dette kapitlet har vi konsentrert oss om skoler og andre utdanningsinstitusjoner. Pandemien har også hatt konsekvenser for de andre tjenestene som retter seg mot barn. Disse er tema i neste avsnitt.

Helse- og velferdstjenestene til barn

I dette avsnittet gir vi en kort oversikt over statusen i ulike tjenester rettet mot sårbare barn og unge på tre tidspunkter. Vi ser på situasjonen rundt skolestart høsten 2020, i januar 2021 og i

⁷⁹ Rapport, en regjeringsoppnevnt ekspertgruppe, 30. april 2020, «Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak».

september/oktober 2021. Hovedkildene til disse tre «stikkprøvene» er koordineringsgruppens statusrapporter nr. 7, 11 og 14,⁸⁰ som formidler tilstanden i tjenesten slik de statlige direktoratene så dem på de ulike tidspunktene. I tillegg til de korte tilstandsrapportene presenterer vi funn fra andre studier der slike finnes. For en gjennomgang av flere studier og andre tjenestoområder viser vi til Skrove mfl. (2022).

Skolehelsetjenesten

I Helsedirektoratets kartlegging 16. september 2020 sa 71 prosent av skolehelsetjenestene i grunnskolen at de fikk like mange henvendelser som vanlig.⁸¹ Omdisponering av personell til andre deler av helsetjenesten var den største utfordringen skolehelsetjenesten rapporterte på dette tidspunktet, og den vanligste årsaken som ble oppgitt når tjenestene opererte med noe redusert tilbud.

I januar 2021 oppga 75 prosent av skolehelsetjenestene at de hadde normal drift. To tjenester hadde vært helt stengt.⁸² I overkant av 40 prosent av tjenestene oppga at tilgjengeligheten for drop-in-konsultasjoner var redusert, og samtidig sa en økende andel skolehelsetjenester at de mottok flere henvendelser enn normalt. Nesten halvparten av skolehelsetjenestene (45 prosent) hadde fortsatt etterslep av oppgaver som følge av pandemien.

Tallene for september 2021 tyder på at lite hadde skjedd siden januar: 64 prosent rapporterte at de hadde normal drift, 28 prosent hadde noe redusert drift, og 7 prosent rapporterte betydelig redusert drift. To tjenester hadde vært helt stengt. 36 prosent sa at tilgjengeligheten for drop-in-konsultasjoner var redusert i perioden, og 9 prosent sa den var sterkt redusert.⁸³ 40 prosent oppga at de hadde etterslep i oppgavene.

⁸⁰ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, august 2020, «Statusrapport 7. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien».

Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, februar 2021, «Statusrapport 11. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien».

Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, oktober 2021, «Statusrapport 14. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien».

⁸¹ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, september 2020, «Statusrapport 8. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 8.

⁸² Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, februar 2021, «Statusrapport 11. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 34.

Statusrapport 10 fra koordineringsgruppen (desember 2020) gjengir resultater fra en kartlegging som Helsedirektoratet gjennomførte via lokalgruppeledere i Landsgruppen for helsesykepleiere (LaH). Inntrykket fra denne undersøkelsen var at skolehelsetjenesten opplevde økt pågang, samtidig som mange hadde redusert kapasitet fordi de ble pålagt å jobbe med smittesporing og vaksinerings. Mange barn fortalte om svært alvorlige temaer, som selvskading og selvmordstanker, og vanskelige hjemmeforhold med økt kranling, vold og rusmisbruk. De fortalte også om foreldre med angst for smitte som «sperrert ungene inne» og begrunnet det med smittevern.⁸⁴

Det ble gjentatte ganger understreket fra nasjonalt hold at skolehelsetjenesten skulle skjermes, men rapporteringene fra de lokale helsetjenestene viser at kommunene syntes dette var vanskelig å få til. Skolehelsetjenestene ser ut til å ha vært under press gjennom store deler av pandemien på grunn av kravet til smittevern (som førte til at ansatte i noen kommuner i perioder var pålagt hjemmekontor), barn som har fått nye typer utfordringer gjennom pandemien, og omdisponering av personell.

Psykisk helsevern for barn og unge

Psykisk helsevern for barn og unge ligger under Helsedirektoratets område. Rundt skolestart 2020 vurderte direktoratet tilstanden i tjenestene som relativt normal og meldte ingen endringer utover normal sesongvariasjon i bruken av poliklinikk og døgnbehandling. Det ble observert en noe økt alvorlighetsgrad ved henvisninger og en økning i alvorlige spiseforstyrrelser. Likevel var hovedbudskapet «En rolig sommer».⁸⁵

I statusrapport 11 var bildet endret. Tallene for desember 2020 viste at antallet polikliniske konsultasjoner økte med 16 prosent sammenlignet med desember 2019. Flere av helseforetakene meldte om at de fikk flere henvisninger, og om flere som ble henvist med alvorlige tilstander

⁸³ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, oktober 2021, «Statusrapport 14. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 27.

⁸⁴ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, desember 2020, «Statusrapport 10. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 34.

⁸⁵ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, august 2020, «Statusrapport 7. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 24.

(depresjon, angst, spiseforstyrrelser, selvskading, skolevegning og mer alvorlig psykiske lidelser). Spesialisthelsetjenestene merket at kommunene var presset: De opplevde lavere kvalitet på henvisningene, slik at spesialisthelsetjenesten måtte bruke tid på å innhente tilleggsopplysninger, og de mente at de så en økning i antall henvisninger fordi primærtjenestene i kommunene manglet

kapasitet. På denne bakgrunnen uttrykte flere helseforetak bekymring for det kommunale tilbudet til utsatte barn og unge.

Disse bekymringene var fortsatt relevante da statusrapport 14 ble utarbeidet i oktober 2021. Det hadde vært en betydelig økt mengde henvisninger til psykisk helsevern for barn og unge første halvår, og flere ble henvist på grunn av alvorlige

Boks 10.6 Triste og slitne ungdommer

Kommisjonen har hatt møte med fire skoleledere i Oslo og Viken for å få mer informasjon om hvordan livet i skolen har vært gjennom pandemien.

«Det er leit å se. Det er så mange triste ungdommer nå», sukket en skoleleder fra en videregående skole. Alle lederne fra de videregående skolene hadde den samme opplevelsen: elever med forstyrrede søvnrutiner, spiseforstyrrelser og generelt dårlig mental helse, i tillegg til elever som strevde med motivasjonen. Alle lederne beskrev at skolene møtte dette i langt større grad enn før pandemien. De beskrev at miljøarbeidere, helsesykepleiere og elevtjenester fikk mange henvendelser fra elever som slet. Også i miljøer der lærerne hadde et klart inntrykk av at det var tabu å snakke om å slite psykisk, kom dette nå fram: «Nå er det så ille at de har begynt å snakke om det.»

Hjelpeapparatet rundt skolene formidlet dette tydelig, ifølge skolelederne. Rådgivningstjenesten, helsesykepleierne, BUP – alle hadde inntrykk av at det var flere elever med forsterkede utfordringer. Lederen for en barne- og ungdomsskole sa også at skolen hadde langt flere barnevernssaker enn tidligere, noe de oppfattet som et resultat av at det var stor slitasje på foreldre som allerede strevde.

De skolelederne som hadde mange elever fra områder med store levekårsutfordringer, fortalte at hverdagen for mange av elevene nærmest hadde «raknet». Elevene deres trengte forutsigbarhet, struktur og trygge voksne, og alt dette hadde de mistet i lange perioder under pandemien. «Vi har mistet mange elever» og «det er en stor jobb å rette dette opp», sa disse lederne.

Også lederne for videregående skoler med over gjennomsnittlig ressurssterke elever møtte elever som strevde med å holde motet og motivasjonen oppe. Elevene mistet motivasjonen når de hadde hjemmeskole, de syntes det var «stuss-

lig» å sitte hjemme, og de slo av kameraet og deltok ikke i samtalen. Over tid bredte det seg en oppgitt, motløs stemning: Skolene planla forestillinger, konserter og andre sosiale aktiviteter, men «alt ble avlyst». Dette rammet ikke minst ressurssterke og motiverte elever på musikk-, drama- og idrettslinjer. På idrettslinjene mistet ambisiøse elever det de aller helst ville drive med, og en møtedeltager fortalte at skolen hadde hatt rådgivning med en «dypt deprimert» tredjeklassing som følte at drømmen om å satse på toppidrett var knust.

Etter gjenåpningen i september 2021 og en periode på grønt nivå gikk skolene igjen til rødt i desember 2021. Da kom det et tydelig fall i motivasjonen. «Da var det rett og slett dårlig stemning her», sa en skoleleder fra en videregående skole med høyt karaktersnitt.

Skolene merket at hjemmesituasjonen preget elevene. En av lederne møtte langt flere elever enn før som var opptatt av at de måtte få seg en jobb for å spe på familieøkonomien. Dette gjaldt typisk ungdom med foreldre som hadde jobbet i små bedrifter og mistet jobben eller blitt permittert.

Minoritetsrådgiverne på skolene jobbet med å følge opp elevene de hadde kontakt med. I perioder med rødt nivå var det mange av disse som ikke var på skolen. Minoritetsrådgiverne fortalte at elevene opplevde negativ sosial kontroll fra familien og trengte en pause. Skolelederne fortalte at minoritetsrådgiverne ofte jobbet på kvelden, siden det var da ungdommene var våkne, og at de forsøkte å lage skreddersydd opplegg til hver enkelt. Ofte gikk de en kveldstur for å gi ungdommene et avbrekk fra livet i leiligheten og for å få ro til å snakke sammen.

tilstander. Det var en stor pågang av pasienter med spiseforstyrrelser som trengte å bli lagt inn. Det ble også registrert et økt antall henvisinger fra barn og unge som mistenkte at de hadde ADHD fordi de slet med konsentrasjonen og uro i skolearbeidet under pandemien. Fremdeles var det et klart inntrykk at kommunehelsetjenesten var belastet, og at dette førte til at flere fikk hjelp senere enn de ellers kunne fått.

Psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge er et tema som har fått mye oppmerksomhet, som vi også så i gjennomgangen av situasjonen til studentene tidligere. Kunnskapsstatusen utarbeidet av FHI i august 2021 identifiserte 20 studier – to av dem norske – som undersøkte aspekter ved psykisk helse i den generelle barne- og ungdomspopulasjonen (Nøkleby mfl. 2021). Det er stor variasjon i hva disse undersøkelsene har sett på, når de har målt utfall, og hvilke grupper som er inkludert i studien, men generelt finner alle tendenser til dårligere psykisk helse og mestring gjennom pandemien. Der det finnes forskjeller mellom gruppene, er det gjennomgående ungdom som statistisk sett hadde økt risiko for å være utsatt – lav sosioøkonomisk status, innvandrerbakgrunn og dårlig familieklima – som opplevde mest negativ endring. Styrken og mønstrene i sammenhenger varierer imidlertid, og det er verdt å understreke at alle disse studiene måler utfall relativt tidlig (altså mindre enn ett år) i pandemien.

En datainnsamling som ble gjennomført i Oslo i månedsskiftet april/mai 2020, viste at livstilfredsheten blant ungdomsskoleelever var redusert sammenlignet med en tilsvarende måling i 2018 (von Soest mfl. 2020). Forfatterne påpekte at livstilfredshet korrelerer med psykiske plager, slik at det er sannsynlig at en nedgang i opplevd livstilfredshet innebærer en økning i psykisk uhelse.

Det finnes foreløpig få studier som presenterer utfall på senere tidspunkter i pandemien, men en ny norsk studie inkluderer data som ble samlet inn i juni 2021. Disse kompletterer data om fysisk og psykisk helse blant ungdom i alderen 12–16 år som ble samlet inn i februar 2019 og juni 2020 (Hafstad mfl. 2022). Studien viste en tydelig økning av både mentale og fysiske helseplager ved målepunktet i juli 2021, altså 15 måneder inn i pandemien. Økningen var sterkere for jenter enn for gutter. En opplevelse av ensomhet tidlig i pandemien økte risikoen for å rapportere flere helseplager. Risikoen for å oppleve psykiske helseplager økte for dem som hadde vært utsatt for vold eller overgrep tidligere, og dem som bodde

sammen med bare én av foreldrene. Denne studien gir klart inntrykk av at ungdoms psykiske helse ble forverret gjennom pandemien, og at problemtrykket var langt større i juni 2021 enn det hadde vært et år tidligere.

Barnevern

Barnevernsansatte ble definert som kritisk helsepersonell allerede 13. mars 2020. Det viser at behovet for å ha en fungerende barnevernstjeneste ble anerkjent tidlig. Som vi også konkluderte med i den første rapporten vår,⁸⁶ har barnevernets samfunnsfunksjon blitt opprettholdt, og barnevernets ansatte har lagt ned en stor innsats i en krevende situasjon.

87 prosent av de kommunale barnevernstjenestene oppga at de fikk like mange henvendelser fra barn og familier som normalt per 19. august 2020. På samme tid hadde andelen som sa at tilgjengeligheten på ansatte var redusert, sunket til 10 prosent. 12 prosent av tjenestene oppga at de mottok flere bekymringsmeldinger enn vanlig i august 2020, noe som muligens var et uttrykk for etterslep etter færre meldinger våren og sommeren 2020.

I Koordineringsgruppens statusrapport i januar 2021 gjentok Bufdir hovedinntrykket av at tjenestene de har ansvar for, opprettholdt stabil drift. Nye bekymringer begynte imidlertid å melde seg: «Kombinasjonen av hyppige avlysninger, usikker smittevernsituasjon og til dels mer alvorlige saker tærer over tid på de som skal hjelpe familie og barn.»⁸⁷ Dette inkluderer det kommunale barnevernet, der det ble rapportert om større arbeidsbelastning i enkelte tjenester og også at flere planlagte møter ble avlyst enn det som var normalt. Tre av ti tjenester rapporterte også at de håndterte flere voldssaker enn tidligere.

Andelene som opplevde flere alvorlige saker i barnevernet, gikk noe ned til rapporteringen i september 2021. 40 prosent av tjenestene rapporterte på dette tidspunktet om større arbeidsbelastning enn normalt, og 24 prosent rapporterte om flere voldssaker enn normalt. Andelen som rapporterte om flere voldssaker enn normalt, gikk ned i løpet av 2021, men var altså fortsatt så høy

⁸⁶ NOU 2021:6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 355.

⁸⁷ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, februar 2021, «Statusrapport 11. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 16.



Figur 10.9

Foto: Gary Waters / Ikon Images

som én av fire i september. 87 prosent hadde også normal hyppighet i fysiske møter med barn.

Skrove mfl. (2022) gir en oversikt over studier av barnevernstjenesten under pandemien. Gjennomgangen tyder på at de eksisterende studiene legger vekt på perioden med nedstengning og i mindre grad ser på hvordan tjenestene kom tilbake til hverdagen. Det samme inntrykket gir oversikten i Nøkleby mfl. (2021), som også inkluderer studier fra andre land.

Et delvis unntak er undersøkelsen til Deloitte (sitert i Skrove mfl. 2022, side 42) av barnevernet i Bergen i perioden fra november 2020 til mars 2021.⁸⁸ Undersøkelsen fant at etterspørselen etter barneverntjenester har variert i pandemiperioden, men at det samlet sett var en svak nedgang i antall bekymringsmeldinger i 2020 sammenlignet med 2019. Det ble observert en tydelig nedgang i meldinger fra blant annet skole, barnehager og skolehelsetjeneste, mens antall meldinger fra private og barnevernvakten hadde økt.

Alt i alt ser vi ingen grunn til å endre konklusjonen fra forrige rapport, nemlig at barnevernet har opprettholdt samfunnsfunksjonen sin gjennom en krevende periode. Meldingene som kommer fra tjenesten per høsten 2021 om slitasje blant ansatte og en forhøyet andel saker som inkluderer

⁸⁸ Rapport, Deloitte, 2021, «Barnevernstjenestene under covid-19-pandemien. Forvaltningsrevisjon Bergen kommune».

vold, gir likevel grunn til bekymring, og det vil være viktig å følge med på utviklingen framover. Dette kan ha virkninger på tjenestene, og på tjenestenes brukere, som kan få større betydning på lengre sikt.

Minoritetsrådgivere

Minoritetsrådgivere er rådgivere med spisskompetanse på problemstillinger knyttet til negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og æresrelatert vold. De samarbeider med skolens elevtjeneste og er ansatt av IMDi. Minoritetsrådgiverne var tilbake på skolene etter skolestart høsten 2021 og opplevde få begrensninger på virksomheten sin.⁸⁹ Begrensningene som de meldte om, var knyttet til smittevern, inkludert at ikke alle skoler tillot drop-in, slik at de måtte planlegge elevmøter i forkant. De opplevde det også som vanskeligere å oppnå dialog med foreldrene og hadde færre skole-hjem-samtaler. Dette skyldtes i stor grad smitteverntiltak. Noen samtaler ble tatt over digitale kanaler, men dette kunne være krevende i møte med foreldre med lav digital kompetanse.

I januar 2021 var en del minoritetsrådgivere forhindret fra å jobbe som vanlig fordi skolene de var tilknyttet, var stengt på grunn av smitteutbrudd. Færre tok kontakt når elevene ikke var fysisk til stede, og for mange i minoritetsrådgivernes målgruppe fungerte hjemmeskole dårlig. Av dem som kontaktet minoritetsrådgiverne, opplevde flere enn før psykiske problemer og ensomhet, og en del elever viste lavere motivasjon for å delta på digital undervisning enn tidligere.

En del elever som minoritetsrådgiverne hadde kontakt med, skulle ha tilbud på skolen (se delen ovenfor om tilbudet til sårbare barn og unge), men oppmøtet var lavt blant de mest utsatte elevene. Dette ble blant annet begrunnet med at vekslingen mellom hjemmeundervisning og undervisning på skolen fungerte dårlig for elever som hadde behov for tydelige rutiner. Enkelte minoritetsrådgivere rapporterte også om tilfeller der smitteverntiltak ble brukt av foreldrene som argument for å begrense ungdommenes bevegelsesfrihet, noe som skapte enda en barriere for ungdom som allerede levde med strenge begrensninger.⁹⁰

⁸⁹ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, august 2020, «Statusrapport 7. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 28.

⁹⁰ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, februar 2021, «Statusrapport 11. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 37.

I september 2021 var elever og minoritetsrådgivere tilbake på skolen. Minoritetsrådgiverne opplevde stor pågang, ofte fra elever som trengte en trygg voksenperson å snakke med om helse, livsmestring og praktiske spørsmål. Det går ikke fram av rapporteringen i hvilken grad disse henvendelsene har en annen karakter enn før pandemien, eller om dette indikerer en «normalsituasjon».⁹¹

En del henvendelser gjaldt praktisk hjelp til å fylle ut søknader til NAV og Statens lånekasse for å få økonomisk mulighet til å flytte hjemmefra. Dette ble koblet til frustrasjon over å måtte være mye hjemme under pandemien, spesielt for ungdom fra økonomisk utsatte og trangbodde familier og ungdom som følte at smitteverntiltakene ble brukt som påskudd til å innskrenke bevegelsesfriheten deres mer enn før. Lettelsen i reiserestriksjoner førte også til flere henvendelser om negativ sosial kontroll og æresrelatert vold.

Denne gjennomgangen viser at det har tatt lang tid for helse- og velferdstjenestene til barn og unge å komme tilbake til normal drift. Samtidig melder flere tjenester om flere henvendelser, og en økende andel henvendelser gjelder alvorlige utfordringer. I de få studiene som ser på utviklingen over en lengre tidsperiode gjennom pandemien, tyder det også på at problemtrykket øker over tid, snarere enn å avta. I neste avsnitt ser vi på myndighetenes innsats for å gjøre noe med utfordringene som barn, unge og studenter har stått i gjennom denne perioden.

Myndighetenes innsats overfor barn, unge og unge voksne

Den 20. mars 2020 gjorde Stortinget følgende vedtak:

Stortinget ber regjeringen overfor kommunene bidra til at kritiske tjenester, som apparatet for særlig utsatte barn og unge, avlastnings tiltak for familier med stor omsorgsbelastning, barnevernet og krisesentrene sikres forsvarlig drift, og fremme eventuelle bevilgningsforslag som er nødvendig for å sikre dette i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2020.⁹²

Dette anmodningsvedtaket ble altså fattet én uke etter at Norge stengte ned 12. mars 2020. Anmodningsvedtaket utgjør en del av bakgrunnen for at regjeringen fremmet forslaget om en tiltakspakke på til sammen 400 mill. kr i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2020. De tyngste satsingene i denne 2020-pakken var tiltak for å kompensere for tapt læring og avlastningstiltak for barn med store behov, fulgt av en større satsing på ferie- og fritidsaktiviteter sommeren 2020.

I den tilsvarende budsjettprosessen i 2021 foreslo regjeringen to tiltakspakker for barn og unge og i tillegg en tredje pakke for å styrke den psykiske helsen i befolkningen og forebygge rusproblemer.⁹³

Den første tiltakspakken til barn og unge i 2021 hadde en totalramme på 260 mill. kr og inkluderte blant annet 45 mill. til å styrke den nasjonale tilskuddsordningen for å inkludere barn og unge, 40 mill. kr i økte overføringer til statlige og private barnevernsinstitusjoner og 28 mill. kr til å styrke tiltak innen barnehabilitering (utvikling av funksjonsevne hos barn med funksjonsnedsettelse).

Den andre tiltakspakken var øremerket tiltak for å ta igjen tapt læring hos barn og unge og hadde en totalramme på 266 mill. kr. Her foreslo regjeringen tre tiltak: tilskuddsordninger for å ta igjen tapt læring (250 mill. kr), tilskuddsordning for å ta igjen tapt læring og tidlig innsats i levekårsutsatte områder (10 mill. kr) og tilskudd til Røde Kors' tilbud om digital leksehjelp (6 mill. kr).

Den tredje tiltakspakken var ikke målrettet mot barn og unge, men inneholdt tiltak som var relevante for studenter og unge som bodde alene. Pakken var en viktig del av regjeringens oppfølging av Kjøs-utvalget.⁹⁴ Den hadde en totalramme på 300 mill. kr, hvorav halvparten (150 mill.) skulle gå til å styrke det eksisterende behandlingstilbudet innen psykisk helse og rusarbeid. I tillegg skulle 30 mill. kr gå til en tidsbegrenset tilskuddsordning for aktiviteter og ferietilbud til ale-neboende unge og eldre i regi av frivillige organisasjoner og samme beløp til psykisk helse i skolen.

Tiltakspakken i 2020 hadde en relativt klar profil som en samling tiltak for å kompensere for tilbud som hadde blitt svekket eller blitt borte,

⁹¹ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, oktober 2021, «Statusrapport 14. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Side 38–39.

⁹² Anmodningsvedtak nr. 418 av 19. mars 2020.

⁹³ Prop. 195 S (2020–2021) *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2021* og Meld. St. 2 (2020–2021) *Revidert nasjonalbudsjett 2021*.

⁹⁴ Rapport, en regjeringsoppnevnt ekspertgruppe, 30. april 2020, «Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak».

eller for ekstra belastninger som følge av koronapandemien. Det samme kan sies om tiltakspakken for å ta igjen tapt læring i 2021. Tiltakspakken til barn og unge i 2021 var mer sammensatt og inkluderte flere tiltak som muligens ville kommet i 2021 uavhengig av pandemien. Kommisjonen ser likevel ingen grunn til å tvile på at de enkelte tiltakene er godt begrunnet og dekker et behov i målgruppen.

Tiltak rettet mot studenter og høyere utdanning

Kommisjonens inntrykk er at KD har fulgt situasjonen i høyere utdanning gjennom pandemien tett. Blant annet har det vært satt ned en ekspertgruppe som skulle se på tiltak for oppfølging av studenter ved fagskoler, høyskoler og universiteter under pandemien,⁹⁵ og en arbeidsgruppe som har sett på tiltak for studieprogresjon og gjennomføring.⁹⁶

Initiativet Utdanningsløftet 2020 har vært en av regjeringens hovedinnsatser for håndteringen av permitterte og arbeidsledige under koronakrisen. Sentralt i denne innsatsen var å tilrettelegge for at arbeidsledige og permitterte kunne fullføre videregående skole mens de mottok dagpenger, samtidig som det ble innført flere tiltak for å øke kapasiteten i utdanningssektoren. Utdanningsløftet hadde en samlet ramme på 1,6 mrd. kr i 2020, og de største enkelttiltakene var 4000 nye studie-plasser i høyere utdanning (196,2 mill. kr), tilskudd til fylkeskommunene for å gi ledige og permitterte uten videregående opplæring mulighet til å oppnå studie- eller yrkeskompetanse (300 mill. kr), og tilskudd til fylkeskommunene til tiltak rettet mot læringer som mistet eller sto i fare for å miste lærlingplassen (175 mill. kr).⁹⁷ Utdanningsløftet ble videreført med 2,8 mrd. kr i 2021.⁹⁸

Stortinget har i løpet av pandemien vedtatt to krisepakker til studenter (våren 2020 og februar 2021). Bekymringen knyttet seg særlig til studenter som hadde deltidsjobb i bransjer der mange opplevde permitteringer. Begge pakkene åpnet for at studenter som mistet inntekt på grunn av pandemien, kunne søke om tilleggslån på 26 000

kr. Av dette kunne 8000 kr (krisepakke 1) og 10 400 kr (krisepakke 2) gjøres om til stipend. Pakkene utvidet også muligheten til å få betalingsutsettelse på studielån og innførte unntak for behovsprøving av stipend for studenter som jobbet i helse- og omsorgssektoren eller i barnehage- og skolesektoren.

Pakken i februar 2021 inneholdt også midler til at lærestedene kunne lønne studenter for å drive faglig oppfølging av andre studenter, og til at studentsamskipnadene kunne lønne studenter for å få i gang sosiale lavterskeltilbud. Videre ble det bevilget midler til å styrke arbeidet med psykisk helse og etablere sosiale lavterskeltilbud. Fordi omfanget i søknadene om tilleggslån var mindre enn antatt, ble 40 mill. kr omdisponert til lavterskeltilbud for studenter i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2021.⁹⁹

Arbeidsgruppe om faglig og sosial læring 15. juni 2021

I kjølvannet av den første rapporten vår, der vi pekte på bekymringer for tapt læringsutbytte, satte regjeringen ned en arbeidsgruppe som skulle «foreslå tiltak for å ta igjen tapt faglig og sosial læring». Arbeidsgruppen ble ledet av utdanningsdirektøren hos Statsforvalteren i Oslo og Viken og leverte rapporten sin 15. juni 2021.¹⁰⁰ Innenfor mandatet kom arbeidsgruppen fram til to hovedutfordringer:

- Mangel på tilhørighet for alle elever i det faglige og sosiale læringsfellesskapet.
- Noen elever og elevgrupper er ekstra hardt rammet av pandemien.

Det første punktet tematiserte utfordringene som alle elever har hatt fordi de har vært skoleelever under en pandemi. Arbeidsgruppen pekte på ensomhet og svekket psykisk helse, nedgang i motivasjon og mestringsfølelse og bekymringsfullt fravær. Under det andre punktet trakk arbeidsgruppen fram elever med krav på spesialundervisning eller særskilt språkopplæring i tillegg til elever i voksenopplæring. Vanskelige overgang, manglende grunnlag for videre opplæring i videregående skole og tapt praksisopplæring i yrkesfaglige utdanningsløp var videre bekymringer med tanke på dem som er rammet ekstra hardt.

⁹⁵ Rapport, KD, 23. november 2020, «Tiltak for oppfølging av studenter ved fagskoler, høyskoler og universiteter under koronapandemien».

⁹⁶ Rapport, KD, 9. april 2021, «Tiltak for studieprogresjon og gjennomføring». Rapport fra arbeidsgruppe.

⁹⁷ Alle tall fra Prop. 1 S (2020–2021) *For budsjettåret 2021 under Kunnskapsdepartementet. Utgiftskapittel: 200–292 og 2410 Inntektskapittel: 3200–3292, 5310 og 5617.*

⁹⁸ Prop. 1 S (2021–2022) *For budsjettåret 2021 under Kunnskapsdepartementet. Utgiftskapittel: 200–292 og 2410 Inntektskapittel: 3200–3292, 5310 og 5617, side 340.*

⁹⁹ Prop. 1 S (2021–2021) *For budsjettåret 2021 under Kunnskapsdepartementet. Utgiftskapittel: 200–292 og 2410 Inntektskapittel: 3200–3292, 5310 og 5617, side 48.*

¹⁰⁰ Rapport, arbeidsgruppe til KD, 15. juni 2021, «Skolen etter koronapandemien. Et løft for trivsel og læring».

Arbeidsgruppen foreslo en rekke tiltak for å sikre at alle ble inkludert i gode skole- og læringsfellesskap, og at elever med stort faglig og sosialt læringstap ble identifisert og fulgt opp. De foreslo også tiltak for å kompensere for tapt læring og progresjon for alle, i all hovedsak gjennom å styrke eksisterende tiltak og strukturer. Rapporten ble fulgt opp i dialog med sektoren. KD understreket at mange av de foreslåtte tiltakene måtte bli fulgt opp lokalt av skoler og skoleeiere, og at departementet ikke ville overstyre dette.¹⁰¹ Departementet opplyser også at rapporten danner grunnlaget for at de foreslo å videreføre de 240 mill. kr som var satt av til tiltak for å ta igjen faglig og sosial læring, i statsbudsjettet 2022.¹⁰²

Barn og unges rett til medvirkning

Som vi påpekte i den første rapporten vår, var det barn og unge som bar en stor del av byrden ved nedstengningen våren 2020 og de mange senere åpningene og stengingene lokalt.¹⁰³ Både Barneombudet og Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) har uttrykt bekymring for at barn og unges rett til å bli hørt i saker som berører dem, ikke ble respektert i disse prosessene.¹⁰⁴ Det finnes ingen systematisk innhentet informasjon som fastslår at organene for barn og unges medvirkning, for eksempel ungdomsråd og elevråd, alltid ble satt på sidelinjen i kommunene, men aktørenes vurderinger tyder på at dette klart var det vanligste. Barneombudet har fortalt at de flere ganger i løpet av pandemien har pekt på barns rett til å bli hørt, og de har vist til at dette i mange tilfeller ikke er blitt gjort.¹⁰⁵ Bufdir skriver i høringssvaret sitt til vår første rapport:

Bufdir vil påpeke at ivaretagelsen av barns rett til å gi uttrykk for sin mening og bli hørt i vur-

dering av konsekvenser av smitteverntiltak som berører barn og unge spesielt har vært svært mangelfull, til tross for at mange tiltak har rammet barn og unge spesielt hardt.¹⁰⁶

Bufdir gjennomførte også en kartlegging av ungdomsrådernes innsats i pandemiperioden.¹⁰⁷ Kartleggingen foregikk gjennom skriftlige spørsmål til nettverk av ungdomsrådsledere på fylkesnivå og koordinatorene for medvirkningsorganer for ungdom på fylkesnivå. Respondentene i kartleggingen fortalte at de fleste har vært nødt til å avlyse møter én eller flere ganger i løpet av pandemien på grunn av smittevern, at saker ble utsatt eller avlyst, og at noen ungdomsråd har stoppet aktiviteten fullstendig og ikke avvirket noen møter i perioden. I noen kommuner med lave smittetall har ungdomsrådernes aktivitet likevel blitt opprettholdt med smitteverntiltak. Digitale møter erstattet bare delvis de fysiske møtene, og kommuner som skulle opprette nye ungdomsråd, opplevde dette som mer krevende enn vanlig på grunn av begrensningene smittevernet ga.

Barns rett til å uttale seg og bli hørt er et sentralt prinsipp i barnekonvensjonen artikkel 12. Barnekonvensjonen er tatt inn i norsk rett, og bestemmelsene i konvensjonen skal ved motstrid gå foran bestemmelsene i annen lovgivning.¹⁰⁸ Prinsippet om barns rett til å uttale seg og bli hørt er også grunnlovfestet i Grunnloven § 104. Retten til å bli hørt finnes også i andre lover som barneloven, barnevernloven, forvaltningsloven og utlendingsforskriften.

Retten til å bli hørt er en prosessregel som stiller krav til saksbehandlingen i saker som gjelder barn. Den gir barn rett til å ytre seg i saker som gjelder dem selv, og den pålegger både offentlige myndigheter og private personer en plikt til å lytte. For offentlige myndigheter innebærer dette at de ikke kan treffe vedtak eller beslutninger i saker som gjelder barn, uten at barnet er blitt hørt.¹⁰⁹ At barns mening skal tillegges vekt, gir barns rett til å bli hørt også et materielt innhold. Formuleringen retter seg mot de situasjonene der det blir truffet vedtak eller beslutninger. Vekten

¹⁰¹ Møtereferat, møte mellom kunnskapsminister Guri Melby og organisasjoner i skole- og barnehagesektoren med vekt på rapporten «Skolen etter koronapandemien», 17. juni 2021.

¹⁰² Brev, KD til Koronakommisjonen, «fjerde oversending – dokumentasjon av Covid-19-utbruddet», 29. oktober 2021.

¹⁰³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Dette var kommisjonens hovedbudskap nr. 15 (side 28).

¹⁰⁴ Brev, NIM til barne- og familieminister Kjell Ingolf Ropstad og kunnskapsminister Guri Melby, 13. januar 2021, ref. 2021/14, «Vedrørende involvering av barn og unge i utforming av tiltak under covid-19-pandemien».

Rapport, Barneombudets ekspertgruppe om koronapandemien, august 2021, «Det er forskjell på hva du går glipp av når du er 16 og når du er 45».

¹⁰⁵ Høringssvar, Barneombudet, 17. juni 2021, «Innspill til NOU 2021: 6 – Koronakommisjonens rapport».

¹⁰⁶ Høringssvar, Bufdir, 17. juni 2021, «Bufdirs høringsinnspill til NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien».

¹⁰⁷ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, desember 2020, «Statusrapport 10. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien». Kapittel 5.

¹⁰⁸ Lov av 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett §§ 2 og 3.

¹⁰⁹ Norsk Lovkommentar til Grunnloven § 104, note 239D.

som barnets mening blir tillagt, avhenger av barnets alder og utviklingsnivå. Det vil også ha betydning hvilken type sak det er snakk om.¹¹⁰ Muligheten til å fravike eller suspendere menneskerettigheter, og i hvilken grad trusselen fra covid-19 kunne sies å gi en slik anledning, er behandlet på et generelt nivå i kapittel 4 om Myndighetenes styring og samhandling og i kapittel 22 i den første rapporten vår.¹¹¹

NIM sendte et brev til barne- og familieministeren og kunnskapsministeren 13. januar 2021 kalt «Vedrørende involvering av barn og unge i utformingen av tiltak under covid-19-pandemien».¹¹² I brevet redegjorde NIM for hjemmelen for retten til medvirkning og siterte fra FNs barnekomiténs kommentarer til barnekonvensjonen artikkel 12. De presiserte at komiteens kommentarer ikke er rettslig bindende, men gjennomgående blir tillagt stor vekt. NIM konkluderte slik:

Etter vårt syn tilsier en optimal realisering av barns rettigheter etter barnekonvensjonen artikkel 12 at myndighetene, både på lokalt og nasjonalt nivå, innhenter barn og unges meninger aktivt i konsulterende prosesser i utarbeidelsen av planer og tiltak knyttet til pandemien. Et sentralt poeng er at barns medvirkning ikke bare vil kunne sikre bedre beslutninger, men at barns medvirkning styrker barns autonomi, som igjen vil kunne bidra til økt tillit til beslutningstakerne, og dermed også økt etterlevelse av tiltakene fra barnas side.

NIM pekte også på alle de eksisterende strukturene som finnes for medvirkning: ungdomsråd, elevråd, ungdomspanel i departementene og de mange barne- og ungdomsorganisasjonene. NIM skrev videre:

Vi mener at barn og unge bør involveres i sentrale spørsmål som for eksempel de overordnede vurderingene av retningslinjene for bruk av hjemmeskole, nasjonale og lokale regler om idrett og fritidsaktiviteter under pandemien, samt innretningen og tilgjengeligheten av helsetilbud som helsesykepleier m.m. Vi nevner også at selv om det fra et smittevernfaglig synspunkt kan være nødvendig med en form for til-

tak, er det ofte større valgmuligheter i innretningen på tiltaket, og her kan barn og unges stemme være svært viktig. Et eksempel kan være valg av vurderingsform i skolen, mens et annet kan være hvilke kanaler helsesykepleiere bør være på digitalt dersom fysisk kontakt i perioder må begrenses, og et tredje eksempel er hvordan forholdet mellom hjemmeskole og undervisning på skolen skal innrettes når undervisningen må gjennomføres som en kombinasjon av disse.

Gjennom argumentasjonen pekte NIM på at medvirkning fra barn og unge som berøres, kan bidra til å styrke legitimiteten og tilliten til beslutningene, i tillegg til etterlevelsen av dem. Videre kan det også bidra til bedre og mer effektive tiltak og mer treffsikker kompenserende innsats.

Barn og unge: Funn og anbefalinger

Mye godt arbeid og forbedring underveis

Regjeringen har hatt et eksplisitt mål om å skjerme barn og unge gjennom pandemien. Bevisstheten om barn og unges utsatte situasjon har vært etablert siden starten og har blitt konkretisert og formalisert gjennom pandemien. Et eksempel på dette er utviklingen i regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av covid-19-pandemien. I den første versjonen datert 7. mai 2020 blir prioriteringen uttrykt slik: «Ved justering av tiltak prioriteres først tiltak som retter seg mot barn, deretter tiltak som retter seg mot arbeidslivet, før øvrige tiltak». Ved revisjonen, oppdatert 14. desember 2020, er det i tillegg kommet inn en sterkere formulering med et uttrykt mål: «Regjeringen har som mål at barn og unge skal ha så lav tiltaksbyrde som mulig.» Forpliktelsen til å skjerme barn og unge ble altså klarere nedfelt utover i pandemien.

Et annet eksempel på at oppmerksomheten rundt barn og unges situasjon økte utover i pandemien, er at Udir og Bufdir kom inn i et formalisert samarbeid med helseetatene (Helsedirektoratet og FHI) fra februar 2021. Som vi har redegjort for tidligere i kapitlet, hadde de fra da av jevnlig møter med Helsedirektoratet og FHI, slik at de barne- og utdanningsfaglige perspektivene kom sterkere inn i beslutningsprosessene om smitteverntiltak. Kommisjonen mener at vi kan se på dette som uttrykk for institusjonell tilpasning og læring i en langvarig krise. Tidslinjen i dette bygger likevel opp under hovedkonklusjonen om at slike tilpasninger skjedde sakte (jf. kapittel 12).

¹¹⁰ Norsk Lovkommentar til Grunnloven § 104, note 239F.

¹¹¹ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*.

¹¹² Brev, NIM til barne- og familieminister Kjell Ingolf Ropstad og kunnskapsminister Guri Melby, 13. januar 2021, ref. 2021/14, «Vedrørende involvering av barn og unge i utformingen av tiltak under covid-19-pandemien».

Kommisjonens gransking har vist at det er gjort mye solid arbeid på statlig nivå for å forsøke å skjerme barn og unge. Koordineringsgruppen har bidratt med kunnskapsinnhenting og koordinering på direktoratsnivå, og gruppens perspektiver har vært klart til stede i regjeringens arbeid. Dette blir bekreftet i flere av forklaringene.

Udir har jobbet gjennom statsforvalterne for å hente inn informasjon om praksis i kommunene og hatt løpende dialog med statsforvalterne om kontakt med kommuner som innfører tiltak som Udir mener de ikke har hjemmel for.

Statsforvalterne har totalt sett hatt en betydelig rolle på utdanningsområdet og ser ut til å ha fungert godt som bindeledd mellom direktoratet og kommunene i en krevende situasjon.

Krisehåndteringen i utdanningssektoren har gjennomgående hatt form som en oppskalering av innsatsen i ordinære kanaler, noe som er i tråd med prinsippene for god krisehåndtering. OECD framhever også Norge som et land som har hatt svært korte perioder med skolestengning sammenlignet med de fleste andre land.¹¹³

Myndighetene har ikke klart å skjerme barn og unge i tråd med egen målsetting

Etter nesten to år med pandemi ser det likevel ut som at myndighetene på statlig og kommunalt nivå ikke har klart å skjerme barn og unge i tråd med egen målsetting. Barn, unge og unge voksne har stått i en spesiell situasjon gjennom pandemien: De har i liten grad blitt alvorlig syke, men smitteverntiltakene har lagt vesentlige begrensninger på livsutfoldelsen deres gjennom en viktig livsfase. Litt forenklet kan vi si at barn og unge er sterkere rammet av smitteverntiltakene enn av smitten, og at «det er forskjell på hva du går glipp av på ett år når du er 16 og når du er 45».¹¹⁴ Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge uttrykte en voksende bekymring for «tiltakstrettheten» blant barn og unge og også blant profesjonsarbeiderne som møter dem i førstelinjen (lærere, helsesykepleiere, barnevernsarbeidere og andre). Gruppen framhever blant annet disse punktene som særlig bekymringsfulle.¹¹⁵

¹¹³ Rapport, OECD, 2021, «The State of Global Education: 18 months into the Pandemic.»

¹¹⁴ Rapport, Barneombudets ekspertgruppe om koronapandemien, august 2021, «Det er forskjell på hva du går glipp av på et år når du er 16 og når du er 45».

¹¹⁵ Rapport, Koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge, november 2020, «Statusrapport 11. Utsatte barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien.» Side 7.

- Ensomhet og isolasjon kan ramme ungdom særlig hardt og kan ha ført til at flere har utviklet psykiske plager under pandemien.
- Begrensningene i skoletilbudet gjør at mange får manglende utbytte av opplæringen.
- Koordineringsgruppen er bekymret for om barnehager og skoler identifiserer barn med særskilte behov, og om de tilbys det tilbudet de har rett og krav på.
- Ungdom under straffegjennomføring mister motivasjon når flere tiltak og sosiale møteplasser bortfaller samtidig. Det er en bekymring for om dette kan øke risikoen for tilbakefall til kriminalitet.
- Det er økt risiko for at barn og unge med funksjonsnedsettelse ikke får et godt nok tilbud innenfor de restriksjonene som har preget samfunnet over lengre tid.
- Flere er bekymret for økt stress og særlig risiko for omsorgssvikt og/eller vold mot barn og unge i familier som hadde vanskeligheter også før pandemien.

Koordineringsgruppen, Barneombudet og andre sentrale aktører uttrykker også bekymring for at noen barn og unge er mer belastet enn andre, og at dette i stor grad gjelder de som hadde utfordringer i livet fra før. Flere sentrale aktører har i sine forklaringer til kommisjonen brukt metaforer som «en akselerator for ulikhet» eller «et forstørrelsesglass på ulikheter» for å illustrere det de ser.¹¹⁶ Bekymringene deres knytter seg blant annet til sosiale skjevheter, barn som ikke har en god hjemmesituasjon, sårbare barn og unge som har utviklet psykiske lidelser, og barn og unge i belastede boområder.

Kommisjonen vil peke på fem punkter der granskingen har vist at det er rom for forbedring i arbeidet for å beskytte sårbare barn og unge. Stikkordsmessig gjelder dette koordineringen på statlig nivå, kompetansen i kommunene, barn og unges rett til medvirkning, elevenes læringsutbytte og kunnskapsgrunnlaget for beslutningene.

Den statlige koordineringen kunne vært sterkere

Kommunene har gitt uttrykk for at de oppfattet budskapet fra staten som fragmentert og i noen grad motstridende. Et aspekt ved dette er forskriften som i januar 2021 åpnet for hjemmeundervis-

¹¹⁶ Forklaring, byrådsleder i Oslo Raymond Johansen, 17. desember 2021. Forklaring, tidligere kunnskapsminister Guri Melby, 7. januar 2022. Forklaring, statsminister Jonas Gahr Støre, 14. februar 2022.

ning også når det ikke kunne begrunnes med hensyn til smittevernet. Selv om denne forskriften isolert sett kan ha vært godt begrunnet og bidratt til å hjelpe på utfordringer i skolen, illustrerer dette at staten ikke har «snakket med én stemme» i saker som gjaldt skolen. Aktører i kommunene har uttrykt frustrasjon over at de blir pålagt å innføre smitteverntiltak som de opplever som praktisk umulige, og å vaksinere raskt, samtidig som de får beskjed om at de skal holde tjenestene åpne, og at helsesykepleiere ikke skal bli omdisponert. En sterkere koordinering på statlig nivå kunne hjulpet kommunene med å prioritere og planlegge bedre for praktiske utfordringer.

Granskingen har avdekket to kritiske punkter der den statlige håndteringen av skolene kunne vært bedre: de nasjonale tiltakene i januar 2021 (og i forlengelsen av dette ekstra tiltak i ti kommuner samme måned) og skolestarten høsten 2021.

Ved inngangen til januar 2021 ble det innført inngripende tiltak i ungdomsskolen og videregående skole (rødt nivå) uten at Udir hadde vært inne i prosessen. Dette førte til at direktoratet måtte «løpe etter og rydde»,¹¹⁷ noe som sannsynligvis bidro til at budskapet fra helselinjen og budskapet fra utdanningslinjen ble mindre koordinert enn kommunene skulle ønske.

Ved skolestarten i august 2021 kom beskjeden om tilpasninger i TISK altfor sent til at kommunene rakk å forberede seg godt nok. Det ser ut til at forsinkelsen skyldtes mangel på framdrift i saken i regjeringen gjennom sommeren 2021. Dette skapte etter flere aktørers oppfatning unødvendig stress og irritasjon i kommunene. Begge disse eksemplene viser at den statlige koordineringen har rom for forbedringer.

Stortinget vedtok i juni 2021 lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).¹¹⁸ Loven styrker plikten de kommunale tjenestene har til å samarbeide med hverandre.¹¹⁹ Så vidt kommisjonen kjenner til, finnes det ikke noe tilsvarende initiativ for å videreføre eller styrke samarbeidet på statlig nivå, altså mellom direktoratene.

Kommisjonen mener granskingen har vist at koordineringsgruppen, som en etablert samarbeidsarena for instansene som jobber med barn og unge, har vært en viktig aktør for å skape felles

forståelse og koordinering mellom direktoratene. Kommisjonen har inntrykk av at denne kunne vært løftet enda mer fram, også i kommunikasjonen med kommunale aktører. Forståelsen som denne gruppen systematisk fremmet – om å holde tjenestene åpne for å sikre god oppfølging av sårbare barn og unge – har ikke nødvendigvis vært forankret i kommunene, i de store organisasjonene eller i befolkningen.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at staten er mest mulig enhetlig i kommunikasjonen med kommunene og gir klare og entydige prioriteringer. God koordinering på statlig nivå, der riktige aktører involveres på riktig tidspunkt, er avgjørende for å få dette til.
- Kommisjonen anbefaler at samarbeidet i koordineringsgruppen for tjenester til sårbare barn og unge videreføres etter pandemien. Dette vil styrke beredskapen for neste krise som rammer barn og unge.

Hvilken kompetanse trenger kommunene?

Spørsmålet om mer kunne vært gjort for å skjerme barn og unge, knytter seg også til prosesser på kommunalt nivå. Koordineringsgruppen har i flere rapporter uttrykt bekymring for at kommunene «legger på litt» på de statlige smitteverntiltakene, slik at den lokale tiltaksbyrden blir tynge enn nødvendig. Kommunene ønsker å vise innbyggerne at de tar smittevern alvorlig, og de kommer også til å ha grupper av innbyggere som presser på for strengere tiltak. Dette kan inkludere ansatte i tjenestene som argumenterer med hensynet til egen og brukernes helse. Det er også sannsynlig at lokale beslutningstagere opplever press fra lokale aktører som ønsker å prioritere andre lettelsler før lettelsler av tiltakene som berører barn og unge.

Dette har satt mange kommuner i krevende beslutningssituasjoner som de ikke nødvendigvis har erfaring med. Det er grunn til å stille spørsmål om hvem som taler for barns rettigheter i slike situasjoner. I mange tilfeller innebærer også de ulike beslutningene komplekse juridiske avveininger. Granskingen tyder på at den juridiske kompetansen i en del kommuner er for svak.¹²⁰

¹¹⁷ Forklaring, direktør i Udir Hege Nilssen, 7. desember 2021.

¹¹⁸ Lov 11. juni 2021 nr. 78 om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).

¹¹⁹ Innst. 581 L (2020–2021) *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)*.

¹²⁰ Punkt 10.5 De kommunale tjenestene gjennom pandemien og NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 25.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene tar initiativ til en bredere diskusjon om hvilken kompetanse kommuner av ulik størrelse trenger for å gjøre gode vurderinger i kritiske situasjoner.

Barn og unges medvirkning må styrkes

Spørsmålet om kommunenes kompetanse til å gjøre gode vurderinger i en nasjonal krise berører også barns rett til å bli hørt i saker som angår dem. Kommisjonen vil påpeke at denne retten er hjemlet i barnekonvensjonen, Grunnloven og andre sentrale lover. Som vi har vist, har flere instanser kritisert de besluttede myndighetene for å ikke lytte til barn og unge under pandemien når de tar beslutninger som berører dem direkte. Elevrådene og ungdomsrådene har i realiteten vært ute av drift i perioder med strenge smitteverntiltak. Kommisjonen kan heller ikke se at myndighetene har gjort noen systematiske forsøk på å få fram barn og unges stemmer gjennom høringsprosesser.

Barn og unges medvirkning i beslutningsprosesser som angår dem, er også relevant for diskusjonen om koordinering på direktoratsnivå. Arbeidet med å bedre koordineringen bør også på nasjonalt nivå inneholde en strategi for å styrke barn og unges medvirkning. Som vi har understreket ovenfor, kan medvirkning sikre bedre beslutninger, styrke barn og unges autonomi og i siste omgang bidra til økt tillit og bedre etterlevelse.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at beslutningstagere på alle nivåer etablerer gode prosedyrer for å involvere barn og unge i beslutninger som berører dem. Prosedyrene bør utformes med tanke på at de også skal fungere i kritiske situasjoner.

Usikkerhet om læringsutbytte

Som nevnt tidligere er funnene for gjennomstrømming og læringsutbytte tvetydige. En rekke undersøkelser viser at elever og studenter har tapt læringsutbytte, men dette har hittil ikke vist seg i høyere strykprosent eller dårligere karakterer. Dette kan skyldes at det ikke har vært eksamen på videregående skole, mens høyere utdanningsinstitusjoner har gjennomført hjemmeksamen.

Dermed er det fare for at karakterene ikke gjenspeiler elevenes og studentenes faktiske kunnskapsnivå.

Dette vil være uheldig av flere grunner: For det første er det en risiko for at overgangene fra ungdomsskole til videregående opplæring og fra studieforbereidende linjer til høyere utdanning blir krevende for ungdomskull som har tapt læringsutbytte og ikke fått realistiske tilbakemeldinger på hvor de faktisk står. For det andre vil «pandemikullene» konkurrere på ulike vilkår med eldre og yngre årskull som har hatt ordinær eksamen og dermed sannsynligvis er strengere vurdert.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene følger med på utviklingen de nærmeste årene og setter inn tiltak som kompenserer for manglende læring i den grad det er mulig og nødvendig.

Vi vet for lite om hva tiltakene har betydd

Gjennom hele pandemien har det vært lagt til grunn at de sårbare barna skal ha et tilbud på skolen. Det finnes likevel begrenset kunnskap om hvordan dette har vært praktisert. Det finnes ingen entydig definisjon av «sårbar», og det har vært en løpende diskusjon gjennom pandemien hvordan begrepet skal bli definert – og hvem som skal gjøre det.

Kommisjonens inntrykk, basert på forskning og den begrensede innhenting av informasjon i Oslo og Viken, er at det å identifisere «de sårbare» og gi dem et tilbud har fungert forholdsvis godt på skoler med en relativt ressurssterk elevmasse, der rådgivere og kontaktlærere har kjent til at noen elever «trenger litt mer». I disse situasjonene har skolene klart å kontakte hjemmet på en god måte for å fortelle om tilbudet, og elevene har stort sett møtt på skolen.

Dette har fungert dårligere på skoler der store deler av elevmassen lever i sårbare situasjoner. På disse skolene var det vanskelig å identifisere hvem som skulle få tilbud, og mange av dem som fikk tilbudet, møtte ikke opp. Noen elever ser ut til å ha vært for sårbare til å kunne dra nytte av et alternativt tilbud i en periode med rutinebrudd og store belastninger på hele familien.

Kommisjonen ønsker ikke å bagatellisere at det er krevende å gi gode tilbud til sårbare barn i en unntakssituasjon. Etter hvert som pandemien trakk ut i tid, kan vi likevel tenke oss at alternative tilnærminger kunne vært diskutert og prøvd ut.

I situasjoner der smitten spredte seg raskt, var det lite rom for å eksperimentere med tiltak. Pandemien har imidlertid vært preget av lange perioder med moderate tiltak, der skolehverdagen ble begrenset av sykemelding og karantene blant elever og lærere. I slike perioder kunne man prøvd ulike tilnærminger, inkludert å stenge skolene helt i perioder. Noen aktører i skolefeltet har uttrykt at de ønsket seg denne muligheten, mens koordineringsgruppen systematisk og tydelig har advart mot det. Her var det altså reell uenighet mellom kompetente aktører. En mer eksperimentell tilnærming i perioder med liten til moderat smittespredning kunne gitt diskusjonen et bedre kunnskapsgrunnlag.

Et annet alternativ kunne vært å tenke mer systematisk på den ulike belastningen på geografiske områder. Noen deler av Norge har hatt langt mer smitte og mye lengre perioder med smitteverntiltak enn andre. Siden dette typisk er byer og bynære områder, inkluderer dette mange av lokalmiljøene der folk statistisk sett bor trangere og har lavere inntekt, mange har minoritetsbakgrunn og andelen arbeidsløse og permitterte er størst. I mange av disse områdene pågår det allerede områdesatsinger.¹²¹ Kommisjonen mener at det burde vært mulig å målrette innsats mot sårbare elever og belastede skoler i disse områdene i større grad enn det som er gjort.

Kommisjonen finner det oppsiktsvekkende at ingen instanser ser ut til å ha noen samlet oversikt over den totale tiltaksbyrden for barn og unge i ulike kommuner eller skolekretser. Som vi påpekte ovenfor, har statsforvalterne mye informasjon, men denne er ikke systematisert eller tilrettelagt for analyse. Dermed finnes det ingen som kan svare på hvor mange elever som er berørt av gjentatte skolestengninger, rødt nivå eller klasser i karantene. Det har også vært svært begrenset informasjon om hvilke «sårbare» elever som har vært på skolen, og hvilket tilbud de har hatt. Når krisetiltak varer i nærmere to år, ville det vært mulig å tilrettelegge for at slike analyser kunne bli gjort. Dette ville gitt bakgrunn for en mer kunnskapsbasert diskusjon om justering av tiltak.

¹²¹ Områdesatsing er et virkemiddel for å bidra til bedre levekår i byområder med store levekårsutfordringer. Våren 2022 pågår det områdesatsinger i Oslo (Groruddalen, Oslo indre øst og Oslo sør), Drammen (Strømsø), Stavanger (Storhaug), Bergen (Loddefjord og Olsvik) og Trondheim (Saupstad-Kolstad).

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at kunnskapen som finnes hos statsforvalterne og Udir, systematiseres og tilrettelegges for forskningsformål. Norge trenger forskningsbasert kunnskap om hvordan barn og unge i ulike deler av landet har vært berørt av tiltak, og hvilke konsekvenser tiltakene har hatt.

10.3 Innvandrere i Norge gjennom pandemien

Innvandrere i Norge har vært spesielt hardt rammet av koronapandemien. I mange innvandrergupper har smittetallene vært høye, det samme har innleggelsestallene og tallet på døde. Samtidig har mange kommuner med store innvandrerebefolkninger jobbet målrettet for å spre informasjon om smittetiltak og øke testingen og vaksinasjonsgraden i disse gruppene. Hensikten med denne delen av kapitlet er å sammenstille kunnskapen som finnes om årsakene til at innvandrere er overrepresentert blant dem som ble smittet, og å gå gjennom hvordan offentlige myndigheter har forholdt seg til denne overrepresentasjonen.

Allerede da kommisjonens første rapport ble ferdigstilt, fantes det en del informasjon om de høye smittetallene blant innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. Den gangen drøftet vi det helt kort og da hovedsakelig som et spørsmål om krisekommunikasjon til språklige og kulturelle minoriteter (se avsnitt 16.3.1).¹²² I denne rapporten ønsker vi å gå grundigere inn i problemstillingene i lys av den mer omfattende informasjonen vi nå har.

Kunnskapsgrunnlaget for analysene av overrepresentasjonen blant innvandrere

Sammenlignet med mange andre land har Norge svært god tilgang til registerdata.¹²³ Dette har gitt et godt utgangspunkt for å analysere utviklingen under pandemien. Helt fra de første dagene av pandemien ga FHIs Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) muligheten til å se på forskjeller i smitterisiko etter fødeland. I april 2020 ble det opprettet et beredskapsregister for covid-19, Beredt C19. Da Beredt C19 og MSIS ble

¹²² NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*.

¹²³ Gjennomgangen her er basert på Indseth og Lindman (2021).

koblet sammen, ga det data om innleggelser og respiratorbruk etter fødeland.

Datastrukturen som ble etablert i april 2020, viste antall smittede og innlagte etter fødeland, men ikke andel. Andelen var det først mulig å finne i oktober 2020, da opplysninger fra Folkeregisteret ble innlemmet i Beredt C19. Etter det har forskere og andre hatt mulighet til å analysere presise data om andelen smittede, innlagte og døde i ulike befolkningsgrupper. Parallelt ble data fra NAVs AA-register om yrke og fødeland inkludert i Beredt C19 i august 2020. Dette åpnet for analyser av hvor stor betydning fødeland og yrke hadde. Det er analysene av dette datasettet som gir grunnlaget for konklusjonene om at høyere smitte blant personer med bakgrunn fra enkelte land bare i liten grad skyldes at disse personene jobbet i utsatte yrker.

Informasjon om vaksinedekning kom inn i Beredt C19 i desember 2020. Med dette på plass kunne forskerne analysere forskjeller i vaksine-status etter fødeland og kontrollere for en rekke andre faktorer.

I slutten av mars 2021 fikk FHI for første gang tilgang til data for grensepasseringer. Disse kom fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sitt innreiseregister IRRS. Med denne informasjonen på plass fant FHI at andelen av innreisende som testet positivt, var svært høye, spesielt for reisende fra land i Asia og Afrika. De

første analysene av dette ble offentliggjort i mars 2021.

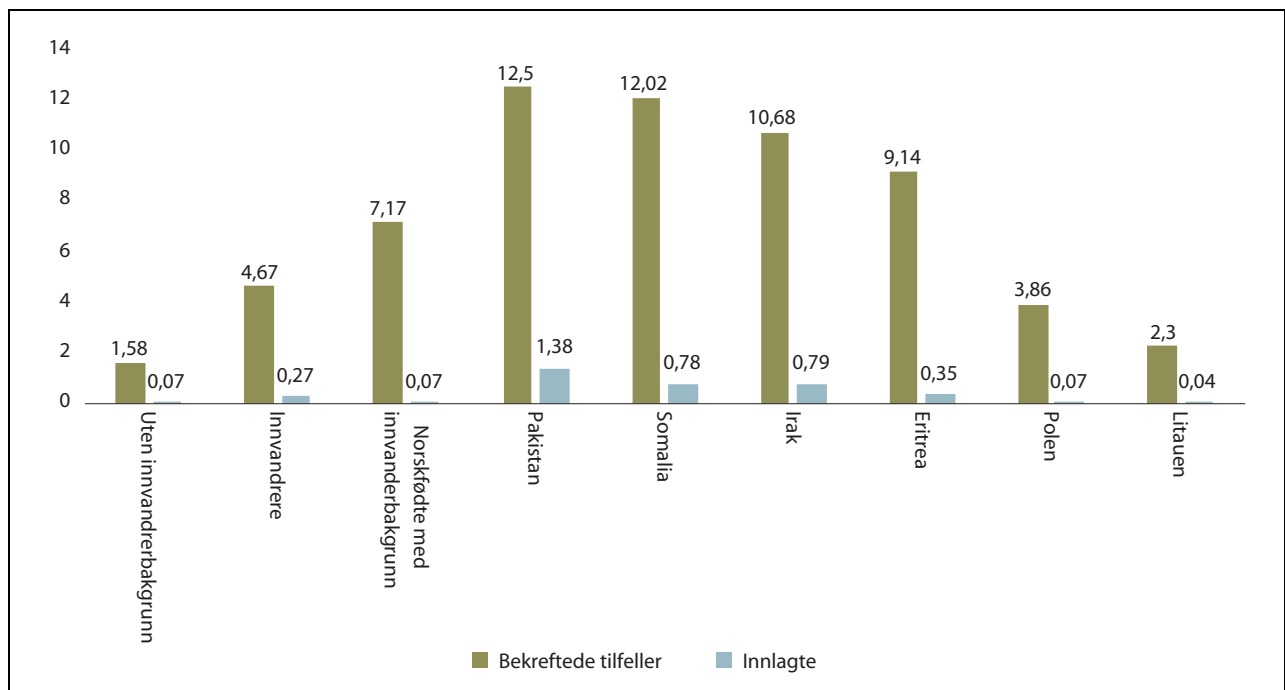
I mars 2021 fikk FHI også tilgang til individuelle data om inntekt, utdanning og trangboddhet fra Statistisk sentralbyrå (SSB). De første analysene av sammenhengen mellom disse størrelsene og smitte kom i midten av april 2021.

Noen innvandreregrupper ble hardt rammet

Figur 10.10 viser andelen med bekreftet smitte og andelen innlagte i ulike grupper etter fødeland.¹²⁴ Tallene dekker hele perioden fra 21. februar 2020 til 30. juni 2021, altså de tre første smittebølgene. Figuren illustrerer overrepresentasjonen av innvandrere både med tanke på bekreftet smitte og innleggelse.

Andelen i befolkningen uten innvandrerbakgrunn som på et eller annet tidspunkt i denne perioden fikk påvist smitte, var 1,58 prosent, mens andelen som hadde vært innlagt, var 0,07 prosent. De tilsvarende andelenene for innvandrere var 4,67 og 0,27 prosent, altså nesten tre ganger så mange bekreftede smittede og nesten fire ganger så mange innlagte. Andelen blant norskfødte med innvandrerbakgrunn var 7,17 og 0,07 prosent. Andelen blant norskfødte med innvandrerbakgrunn var 7,17 og 0,07 prosent. Andelen blant norskfødte med innvandrerbakgrunn var 7,17 og 0,07 prosent.

¹²⁴ Figuren viser et utvalg av de mest rammede innvandreregruppene. Hele oversikten finnes hos Indseth mfl. (2021a), tabell 1.



Figur 10.10 Smitte- og innleggelsestall som andel av alle i befolkningen. Befolkningen uten innvandrerbakgrunn, innvandrere, norskfødte med innvandrereforeldre og utvalgte innvandreregrupper.

Kilde: Indseth mfl. (2021a), tabell 1

Denne gruppen er gjennomgående unge med svært høy risiko for smitte, men liten risiko for alvorlig sykdom.

Som figur 10.10 viser, er overrepresentasjonen i smitte og innleggelse svært stor blant innvandrere med bakgrunn fra enkelte land i Asia og Afrika. Innvandrere fra Pakistan og Somalia skiller seg ut med svært høye smittetall: Henholdsvis 12,5 og 12,2 prosent av alle bosatte i disse gruppene fikk på et tidspunkt påvist smitte i den perioden vi ser på. Innvandrerne med bakgrunn fra Pakistan skiller seg også ut med en svært høy andel innlagte relativt sett: 1,38 prosent. Blant innvandrere med bakgrunn fra Irak og Eritrea – to andre store innvandrergrupper i Norge – er andelen smittede henholdsvis 10,68 og 9,14 prosent og andelen innlagte 0,79 og 0,35 prosent. Blant innvandrere fra Polen og Litauen er både andelen smittede og andelen innlagte langt lavere og lavere enn gjennomsnittet for alle innvandrere, men likevel høyere enn i befolkningen uten innvandrerbakgrunn.

Det finnes ikke grunnlag for å anta at de høyere smittetallene i enkelte innvandrergrupper skyldes hyppigere testing i disse miljøene. Tvert imot er det små forskjeller i de ulike gruppene når det gjelder andelen som har testet seg på et eller annet tidspunkt i den aktuelle perioden. FHI påpeker at det i noen befolkningsgrupper er vedvarende høye andeler av dem som testet seg, som tester positivt, og at dette er sammenfallende med gruppene som har hatt høye andeler påvist smitte. «Høye andeler positive blant de testede er en indikasjon på at det er noe mindre testing enn det burde være, og det kan indikere noe høyere grad av uoppdaget smitte og smittekjeder som ikke blir brutt.» (Indseth mfl. 2021a). FHI løfter altså fram en bekymring for at det kan være mer uregistrert smitte i en del innvandremiljøer enn i befolkningen som helhet.

Innvandrere i Norge har en annen aldersprofil enn majoritetsbefolkningen, med flere unge og langt færre eldre. Fordi risikoen for å dø av korona er klart størst blant de eldste aldersgruppene, er overrepresentasjonen av innvandrere blant de døde mindre enn overrepresentasjonen blant de smittede. Sammenligner vi andelen døde i aldersgruppen over 60 år, finner vi imidlertid et mønster som ligner på mønstret for smitte og innleggelse. Tabell 10.1 viser covid-19-relatert død for personer over 60 år etter fødeland (verdensdel).

Innvandrere fra Afrika har hatt 6 ganger så mange dødsfall i gruppen 60 år og eldre, og innvandrere fra Asia har hatt 3,6 ganger så mange som befolkningen uten innvandrerbakgrunn i samme aldersgruppe.

Det er vanskelig å sammenligne andel smittede, innlagte og døde i ulike befolkningsgrupper på tvers av land. Sammensetningen og størrelsen på gruppene varierer mellom land, og det samme gjør prosedyrene for testing og organiseringen av helsevesenet. Mange land har ikke bygget opp registerdata som kobler informasjon om fødeland eller etnisitet til registrene over smittede. Dermed er det ikke mulig å produsere sammenlignbar statistikk. Mangelen på systematisk kartlegging i de fleste EU-landene har blitt kritisert som eksempel på velment «fargeblindhet» som faktisk kan ha vært til skade for de miljøene det gjelder, i en pandemisituasjon (Greszta mfl. 2021).

I Storbritannia og USA finnes det imidlertid en rekke studier som dokumenterer at «Svarte»¹²⁵ og personer med bakgrunn fra Asia har høyere smittetall enn «Hvite» (Sze mfl. 2021). Også i Sve-

¹²⁵ Begrepene «Svarte» og «Hvite» brukes her på samme måte som i den engelskspråklige referansen: «Black»/«White». Dette er vanlig begrepsbruk i USA, som har en stor «Svart» befolkning som ikke er innvandrere. «Black» og «White» blir skrevet med stor forbokstav for å markere at dette er sosialt konstruerte kategorier.

Tabell 10.1 Andel døde per 100 000 innbyggere over 60 år, utvalgte grupper.

	Andel døde per 100 000, over 60 år
Ikke innvandrerbakgrunn	47
Bakgrunn fra Afrika	297
Bakgrunn fra Amerika eller Oseania	*
Bakgrunn fra Asia	170
Bakgrunn fra Europa	53

«*» angir at det er for få observasjoner til å oppgi andel.

Kilde: FHI

rige og Danmark er det gjort analyser som ligner på de norske, og funnene her er de samme: Personer som har innvandret til landet, har høyere smiterater og også større risiko for alvorlig sykdom og død (Diaz mfl. 2020).

Tallene for overhyppighet av smitte, innleggelse og død i en del innvandrer miljøer i Norge er dramatiske. De viser tydelig at innvandrere, særlig fra enkelte land i Asia og Afrika, har blitt svært hardt rammet av pandemien. Mye sykdom – til dels alvorlig sykdom og sykehusinnleggelse – har vært en betydelig belastning for enkeltpersoner og familier. Relativt små miljøer har vært preget av mange dødsfall. En del innvandrere har begrenset nettverk i Norge, slik at barna har vært utsatt når en av eller begge foreldrene har vært syke. Det er viktig å få bedre forståelse av hva som har gjort innvandrer miljøene så utsatte.

Årsaker til høye smittetall blant innvandrere

Det finnes foreløpig ingen enighet blant forskerne om hvorfor innvandrere er så sterkt overrepresentert blant dem som blir smittet av covid-19. En forskergruppe fra FHI trekker fram ikke mindre enn 14 fenomener og forhold som kan tenkes å spille inn (Indseth mfl. 2021b). Nedenfor går vi kort gjennom forskernes refleksjoner om hver av disse.¹²⁶ Vi starter med demografiske forhold, deretter ser vi på sosiale og kulturelle trekk og til slutt på møtet mellom innvandrerne og norske myndigheters koronatiltak. Rekkefølgen vi har satt dem opp i, sier ikke noe om hvor viktige vi antar at de ulike forholdene er.

- *Bostedskommune*: De kommunene og bydelene som er hardest rammet, er kommuner og bydelier med en høy andel innvandrere.
- *Alderssammensetning*: Sett under ett er innvandrerbefolkningen i Norge en ung befolkning, og svært få er eldre enn 85 år. Dette er isolert sett en beskyttende faktor, men samtidig har smitterisikoen over tid vært høyere blant de unge. Å tilhøre en befolkningsgruppe med mange unge øker dermed risikoen for å bli utsatt for smitte.
- *Sosiale miljøer*: Personer i sosiale miljøer uten sirkulerende smitte vil ikke bli eksponert, uansett adferd. For innvandrergrupper som har lite kontakt med personer utenfor sin egen gruppe, vil likevel eventuell smitte sirkulere i

dette begrensede miljøet og forårsake mye smitte innad i miljøet og lite utenfor.

- *Medisinske risikogrupper*: Det er flere medisinske forhold som kan gi økt risiko for alvorlig covid-19, blant annet kreft og diabetes. Noen innvandrergrupper har høyere forekomst av slike forhold.
- *Genetiske forhold*: Forskning har identifisert genetiske varianter som påvirker mottageligheten og alvorlighetsgraden av covid-19. Hvor ofte slike genetiske varianter forekommer, varierer mellom regioner.
- *Familiestørrelse og trangboddhet*: I husholdninger i Norge med minst én utenlandsfødt bor det i snitt flere personer enn i husholdninger med bare norskfødte.
- *Sosioøkonomiske forhold*: Mange innvandrere lever under mindre gunstige sosioøkonomiske forhold enn befolkningen ellers. Innvandrere har oftere lav utdanning, lav inntekt, trange boliger og yrker som er lite egnede for hjemmekontor.
- *Forskjeller i smittevernadferd og etterlevelse av råd*: Innvandrere i noen miljøer kan ha andre tradisjoner og normer for sosial omgang, formidling av informasjon og stigma eller tabu rundt smitte.
- *Internasjonale reiser*: Det er rimelig å anta at innvandrere i større grad enn andre ønsker å reise til land med høyt smittetrykk, for eksempel i forbindelse med bryllup og begravelser. De har i større grad slekt og venner i land med høyt smittetrykk, og de lever i større grad enn andre transnasjonale liv.
- *Språkferdigheter, oversettelser og bruk av tolk*: Mange aktører trekker fram språk som en betydelig barriere for å forstå smittevernreglene og karantene- og isolasjonsbestemmelsene og for å bestille test. Det er også godt dokumentert at mange innvandrere vurderer sine egne norskferdigheter som svake.
- *Digital kompetanse*: Det er dokumentert i flere undersøkelser at mange innvandrere har lav digital kompetanse, og dette blir nevnt som en barriere i flere kvalitative undersøkelser om innvandreres strategier i møte med covid-19.
- *Referanseramme, tilhørighet og mediebruk*: Innvandrere som gruppe bruker medier og andre informasjonskanaler på andre måter enn nordmenn uten innvandrerbakgrunn. Mange orienterer seg mot opprinnelseslandets medier. Norske medier har lagt stor vekt på pandemien, alvorlighetsgraden og smittespredning, men det har ikke nødvendigvis preget innvandrernes forståelse av situasjonen.

¹²⁶ Gjennomgangen er basert på Indseth mfl. 2021b. Referanser til de originale studiene, som går mer i dybden på utvalgte forhold, finnes i denne.

- *Mulige forsinkelser i TISK:* Prosessene rundt testing, isolering, smittesporing og karantene er enklere når de som jobber med tiltakene, kjenner brukergruppens tradisjoner, normer og praksiser. Denne prosessen kan derfor ha gått tregere i innvandremiljøer. Fordi covid-19 er mest smittsomt før og like etter symptomstart, kan selv små forsinkelser ha hatt stor betydning for videre smitte.
- *Akkumulert sårbarhet:* Personer med innvandrerbakgrunn kan ha økt risiko for å rammes av flere forskjellige sårbarheter som kan virke gjensidig forsterkende. Det kan også hende de ikke får dra nytte av faktorer som kan kompensere for risiko. Sårbarhetene kan være knyttet til språk, helsekompetanse, kjennskap til livet i Norge, digitale ferdigheter, sosioøkonomisk posisjon, økonomisk handlingsrom og mye annet. Personer som er sårbare på flere områder, er i mange tilfeller en del av sosiale miljøer der disse sårbarhetene er utbredt, og kombinasjonen av individuell og kollektiv sårbarhet vil virke gjensidig forsterkende.
- *Tilfeldigheter:* Statistiske mønstre vil alltid ha elementer av tilfeldighet ved seg. FHI er sikre på at hovedforskjellene mellom innvandrere, norskfødte med innvandrerbakgrunn og andre ikke er tilfeldig, men mindre forskjeller mellom ulike innvandrergrupper kan være utslag av tilfeldigheter.

I gjennomgangen av de 14 mulige faktorene peker FHI på at effekten av noen av dem er umulig å måle presist. Dette gjelder blant annet digital kompetanse og forsinkelser i TISK. Forskerne mener at dette trolig har hatt betydning, men det er ikke mulig å si *hvor* viktig det har vært.

Forskere over hele verden diskuterer betydningen av genetiske faktorer, men datagrunnlaget er ifølge FHI fortsatt for tynt til å fullt ut forstå i hvilken grad genetiske forskjeller er assosiert med økt risiko for covid-19-smitte og alvorlighetsgraden i sykdomsforløpet blant noen befolkningsgrupper. Forskningen har identifisert både genetiske risikofaktorer og beskyttende faktorer, men utbredelsen og samspillet mellom disse er fortsatt for dårlig kartlagt. FHI peker på hvor viktig det er å studere samspillet mellom genetiske påvirkninger og sosiale og miljømessige faktorer for å forstå utbredelsen og forløpet av covid-19. Denne forskningen var per høsten 2021 fortsatt i en tidlig fase.

Etter at data fra NAV og SSB ble koblet til MSIS, har FHI publisert flere analyser av betyd-

ningen av trangboddhet og sosioøkonomiske forskjeller. Disse så på om andelen av resten av husholdningen som ble smittet to uker etter at en person fikk påvist smitte, var høyere i husholdninger med innvandrerbakgrunn enn i andre like trangbodde husholdninger uten innvandrerbakgrunn. Analysene fant at andelen smittede var langt høyere i husholdninger med bakgrunn fra Syria, Irak, Tyrkia og Pakistan. Overrepresentasjonen falt lite etter at analysene justerte for forhold som antall medlemmer i husholdningen, om husholdningen var en generasjonsbolig eller ikke, og geografisk beliggenhet. De observerte forskjellene kunne altså ikke tilskrives trangboddhet.

Noe tilsvarende gjelder bransjetilknytning og inntekt: Dette forklarer også i liten grad overrepresentasjonen av smittede og enda mindre forskjellene i innleggelser.

Kunnskapsgjennomgangen i Indseth mfl. (2021b) toner alt i alt ned betydningen av biologi (genene), sosioøkonomiske forskjeller og trangboddhet. De forklaringene FHI fester lit til, slik kunnskapsgrunnlaget var da rapporten ble utarbeidet, er

- enkelte trekk ved de demografiske gruppene (medlemmene i gruppen blir mer utsatt for smitte hvis de er mange unge, hvis de er i et avgrenset miljø med tett kontakt, eller hvis de bor i bestemte kommuner)
- forskjeller i smittevernadferd, inkludert internasjonale reiser
- kommunikasjonsutfordringer i vid forstand (språkproblemer, digital kompetanse, mediebruk og forsinkelser i TISK)
- akkumulert sårbarhet for noen enkeltindivider og grupper

På bakgrunn av denne gjennomgangen mener kommisjonen at det er grunn til å anta at mange med innvandrerbakgrunn har hatt vanskelig for å fullt ut forstå hva de ulike rådene og anbefalingene har gått ut på, og å se hvordan disse gjelder sin egen konkrete situasjon. I tillegg har ikke myndighetenes informasjon om smitteverntiltak nådd ut til alle innvandremiljøene. Studier viser videre at innvandrere fra ulike land kan ha møtt ulike barrierer mot testing, isolasjon og karantene. I neste avsnitt går vi grundigere gjennom funn fra et utvalg kvalitative undersøkelser som har gått nærmere inn på slike mekanismer, og som kan bidra til å forklare at innvandrere blir smittet i større grad.

Barrierer for å nå minoritetene

FHI gjennomførte i 2021 tre separate, men beslektede, kvalitative studier av kommunenes strategier i møte med innvandrerbefolkningen under pandemien. Den ene av disse studiene omfatter de 20 kommunene med flest innvandrere i Norge (unntatt Oslo) (Hussaini mfl. 2021). Den andre ser spesielt på Oslo (Ezzati og Hussaini 2021). Informantene i begge disse to er ansatte i kommunene. Den tredje ser spesielt på smittesporernes arbeid og erfaringer og er basert på intervjuer med smittesporere i to bydeler i Oslo og fire andre kommuner (Ezzati 2021).

I tillegg finnes det to kvalitative undersøkelser basert på intervjuer med innvandrere bosatt i Norge: Brekke (2021b) er basert på intervjuer med bosatte på Stovner og forsøker spesielt å forstå hvorfor smitten er så høy blant norskpakistane og norsksomaliere, men relativt sett lavere blant norskfamilier. Sheikh mfl. (2021) intervjuet 88 innvandrere fra ulike land som var bosatt på ulike steder i Norge, og spurte dem om hva de selv trodde om årsakene til den høye smitteforekomsten blant personer fra samme fødeland som dem selv. I dette avsnittet gjengir vi noen hoved-

funn fra disse undersøkelsene, supplert med innsikt fra andre relevante undersøkelser om tilsvarende tema.

Informasjon, kommunikasjon og mediebruk

Mange aktører var alt tidlig i pandemien opptatt av å få oversatt den mest sentrale informasjonen til ulike språk, slik at også innvandrere med begrenset norskkunnskap skulle få den med seg. FHI kom raskt i gang med dette, og i tillegg oversatte flere av kommunene sitt eget informasjonsmaterieell som kompletterte det de fikk fra nasjonalt hold (Hussaini mfl. 2021). Dette gjaldt både informasjon spesifikt for kommunen og forkortede og forenklete versjoner av de nasjonale rådene.

Erfaringene fra pandemien har imidlertid vist at det ikke holdt å bare oversette informasjonen. Det er identifisert en rekke barrierer knyttet til hvem som blir oppfattet som avsender av budskapet, hvordan budskapet er utformet, og hvilke plattformer som blir brukt til formidlingen av det.

Måten budskapet ble formidlet på, var derfor viktig. Mange innvandrere i Norge kommer fra kulturer der folk er vant til å stole på muntlig infor-



Figur 10.11 Smittevernplakat på ulike språk.

Foto: Carina Johansen / NTB

masjon. Det å bruke radio og digitale kanaler for å gi informasjon muntlig ble dermed viktig ganske tidlig. Flere informanter i undersøkelsen til Ezzati og Husseini (2021) la vekt på at statlige myndigheter hadde altfor stor tro på å formidle informasjon skriftlig, og mente at alle parter burde jobbet mer med muntlig informasjon helt fra starten av (se også Brekke 2021b).

Viktigheten av å gi informasjon muntlig til noen av innvandrergруппene blir understreket av en undersøkelse fra Universitetet i Bergen (Madar mfl. 2022). Denne er basert på en spørreskjemaundersøkelse rettet mot innvandrere med somali, arabisk, tamil, spansk og polsk som morsmål. Utvalget er selvrekruttert gjennom uformelle nettverk og sosiale medier, og forskerne aner at respondentene i undersøkelsen sannsynligvis er bedre integrert i Norge enn andre innvandrere med samme landbakgrunn. Likevel sier somalierne også i dette utvalget oftere enn andre at uformelle informasjonskilder, inkludert sosiale medier og samtaler med venner, var viktige for å få informasjon om korona. Også velintegrerte innvandrere med somalisk morsmål fester altså oftere enn andre lit til muntlige kilder.

Det ble etter hvert utformet muntlig informasjon for å supplere de skriftlige kildene. Oslo kommune var spesielt tidlig ute (Ezzati og Husseini 2021): Allerede 14. mars 2020 hadde kommunen oversatt informasjon til 18 språk, og kommunens koronatelefon ble bemannet med flerspråklige medarbeidere. Kommunen involverte også aktivt egne ansatte med innvandrerbakgrunn, og kommunen opplevde det som spesielt verdifullt å ha helsearbeidere med flerspråklig bakgrunn.

Kommunene samarbeidet også ofte med ressurspersoner i miljøene. Tilbakemeldingene tydet på at dette fungerte godt, men bare hvis ressurspersonene virkelig hadde tillit i målgruppen. Ideelt skulle de ha helsefaglig bakgrunn, gode språkkunnskaper og lokal tilhørighet (Brekke 2021b). Informasjon som ble formidlet av minoritetspersoner som ikke hadde tillit, som ikke ble oppfattet som kompetente på helse, eller som snakket med aksent, skapte like gjerne irritasjon i minoritetsmiljøene.

Hvem som ble oppfattet som avsender av budskapet, lot også til å ha betydning. Ikke alle innvandrere oppfatter umiddelbart at informasjon til befolkningen fra abstrakte avsendere som «staten» eller «kommunen» har noe med dem å gjøre. En ansatt i Stovner bydel sa for eksempel at Stovner-logoen måtte med på all informasjon som ble hengt opp eller sendt ut: «Først da skjønner de at

det angår dem» (Brekke 2021b). Logoene til Oslo kommune fungerte ikke på samme måte.

Det var også en utfordring at informasjonen ofte var kompleks, og at anbefalingene kunne endre seg raskt. Personer som ikke kunne norsk svært godt, hadde vanskelig for å henge med. Informasjonen inneholdt også en rekke betydningsfulle detaljer som skapte usikkerhet – som at hvor mange som kunne være sammen, avheng av om arrangementet var offentlig eller privat, om det var «faste sitteplasser», og om det ble holdt ute eller inne (Sheikh mfl. 2021). Flere uttrykte ønske om å få korte og konsise beskjeder: «Gjør dette» og «Ikke gjør dette».

Mange innvandrere har bakgrunn fra land der statlige myndigheter har lavere terskel for å bruke påbud og tvang. Derfor var de usikre på hvor mye vekt de skulle legge på offentlige «anbefalinger» eller «oppfordringer». Flere av studiene gir eksempler på at personer med innvandrerbakgrunn har antatt at det var akseptabelt å opptre i strid med anbefalingene, fordi de tenkte at hvis anbefalingene virkelig var viktige, ville staten i stedet gitt et påbud (Brekke 2021b; Hussaini mfl. 2021; Sheikh mfl. 2021).

Forskning basert på en spørreundersøkelse gjort i Norge under pandemien tyder på at noen innvandrergrupper oftere brukte sosiale medier som informasjonskilde om covid-19, sammenlignet med resten av befolkningen (Madar mfl. 2022). Andre informasjonskilder informantene viste til i de kvalitative intervjuene, var digitalt overførte medier i opprinnelseslandet (radio, TV og aviser) og kommunikasjon med slekt og venner på sosiale medier. Flere innvandrere, kanskje særlig norskpakistanere, ga uttrykk for at det først var da smitten spredte seg i hjemtraktene deres i opprinnelseslandet, at alvorlet slo inn hos landsmennene i Norge (Brekke 2021b, se også Sheikh mfl. 2021).

Flere forskningsbidrag har pekt på at pandemien har avdekket «lommer av utenforskap» (Brekke 2021a og b).¹²⁷ Aktører som har jobbet med informasjon og smittesporing, har for eksempel kommet i kontakt med eldre, aleneboende somaliske menn som har svake norskkunnskaper, som i stor grad omgår bare hverandre, og som får nyhetene sine fra somaliske nettsteder og sosiale medier (Brekke 2021a, se også Brekke 2020). Disse hadde svært få kontaktpunkter mot det norske samfunnet.

¹²⁷ Rapport, KD, 23. juni 2021, «Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen».

Tilsvarende bekymringer knytter seg til familier der ingen er registrert i jobb eller som mottagere av sosiale ytelser, der barna ikke går i barnehage, og der særlig kvinnene har minimal kontakt med samfunnet utover familien. De ansatte i kommunene har fått bedre forståelse som følge av at de oppdaget dette: «Utenforskapet har fått mer rom, blitt mer sett. Det virker som en del ikke var så godt integrert likevel, da», som en ansatt i en bydel i Oslo formulerte det (Brekke 2021b).

Innvandrerorganisasjoner og ildsjeler med innvandrerbakgrunn hadde en kompetanse som viste seg å være uvurderlig når det gjaldt å trenge inn i disse «lommene», og for å nå innvandrere i innvandrer-tette områder generelt. Skogheim mfl. (2021, side 12) skriver om dette:

Gjennom denne studien har vi erfart at det er et stort engasjement og kreativitet blant lokale innvandrerorganisasjoner og folk med innvandrerbakgrunn for å bidra til å redusere smitte og inspirere til gode liv under pandemien. Dette handler for eksempel om informasjons- og erfaringsdeling som viser smittevern i praksis – gjennom at personer og miljøer som ellers står utenfor informasjonsflyten, oppsøkes. Fordi de lokale organisasjonene kjenner miljøene, er både innhold, form på informasjonen og språk tilpasset mottakerne, som gruppe og som enkeltpersoner. Flere av tiltakene som er rettet mot målgruppene, og som ser ut til å ha en positiv virkning, bygger på allerede eksisterende tilbud og tiltak fra etablerte organisasjoner og nettverk i nærmiljøene rettet mot sårbare innvandrergrupper, og som er organisert i eksisterende strukturer, som for eksempel Bydelsmødrene.

Bruk av tolk i informasjons- og smittesporingsarbeid var utfordrende (Diaz 2022). Dette går igjen i flere av de aktuelle bidragene (Hussaini mfl. 2021; Ezzati og Hussaini 2021; Ezzati 2021; Sheikh mfl. 2021). Tolketjenester koster tid og penger, og i Oslo var det også lenge uavklart om det var kommunen eller bydelen som skulle betale for tolketjenesten. Noen opplevde også at telefontolkning var teknisk komplisert, spesielt i starten. Flere kommunalt ansatte erfarte at det å ha «god nok» norskkunnskap i smittesporingssammenheng ikke var det samme som å være god nok til å føre en dagligdags samtale (Ezzati 2021). Dette skyldtes at det fantes nyanser i informasjonen som det var viktig å oppfatte.

I noen situasjoner måtte de kommunalt ansatte nærmest insistere på å bringe inn tolk fordi perso-

nen de kommuniserte med, selv mente at han eller hun snakket norsk godt nok. Ved høyt smittepress, og for noen språk, var det vanskelig å få tak i tolk raskt nok. I noen tilfeller prøvde smittesporerne da å gjøre seg forstått med klarspråk eller engelsk eller ved å bruke familiemedlemmer som var til stede, som tolker. I noen tilfeller ble det da barn som tolket for foreldre, noe som aldri er en ønsket løsning, og som dessuten er forbudt med mindre det er en nødssituasjon.¹²⁸ I aller verste fall kunne de ty til Google Oversetter, men dette ble oppfattet som en absolutt nødløsning og ble alltid fulgt opp av ny kontakt når tolken var på plass (Ezzati 2021).

Barrierer mot testing

Mye av pandemihåndteringen dreide seg om å stimulere til en viss adferd i befolkningen, blant annet å teste seg ved symptomer. Studiene som er gjort, tyder på at det var en del barrierer mot slik adferdsendring blant innvandrerbefolkningen.

Enkelte opplevde det som praktisk vanskelig å få testet seg. I noen tilfeller handlet dette om svak digital kompetanse: Å bestille tid til testing og motta testresultatet krevde innlogging med BankID, og dette var en høy terskel for mange (Sheikh mfl. 2021). Enkelte innvandrere, særlig dem med relativt kort botid, hadde heller ikke BankID. I andre situasjoner var de praktiske vanskene knyttet til transport: Det er ikke alle innvandrere som har mulighet til å kjøre selv, og i perioder var det frarådet å bruke kollektivtrafikk (Ezzati og Husseini 2021; Sheikh mfl. 2021). Med lang avstand til teststasjonen ble dette en utfordring.

I noen miljøer utviklet det seg også stigma rundt det å være koronasmittet. Det å stå i kø til teststasjonen kunne dermed føles ubehagelig (Hussaini mfl. 2021). Smittesporerne opplevde at det var viktig å få fram at hvem som helst kunne bli smittet av covid-19, og at dette ikke var noe å skamme seg over (Ezzati 2021). Noen av smittesporerne opplevde at de smittede var opptatt av medienes negative vinklinger på innvandrere og covid-19-smitte, og at dette gjorde arbeidet vanskeligere. Noen innvandrere vegret seg mot å teste seg fordi de ikke ville «bidra til statistikken» og kanskje skape ytterligere negativ oppmerksomhet på sin gruppe.

¹²⁸ Lov av 11. juni 2021 nr. 79 om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. Loven gjelder fra 1. januar 2022. Forbudet fantes også i tidligere lov.

Studiene fant også eksempler på at innvandrere trodde at testing var dyrt. «Det var jo også det som dukket opp når man googlet, at det kostet oppimot 1000 kroner», sa en informant i Oslo (Ezzati og Husseini 2021). Ikke alle klarte å skille mellom kommunens gratistilbud og det tilbudet som ble gitt av enkelte kommersielle aktører.

Det å bygge ned barrierene mot testing ble oppfattet som sentralt i kommuner med store innvandrerbefolkninger. Gjennom vinteren 2020/2021 supplerte mange av disse kommunene den ordinære testingen med drop-in-testing og/eller mobile teststasjoner. Flere kommuner etablerte drop-in-testing i innvandrerrette områder eller i nærheten av kommunens voksenopplæring (Hussaini mfl. 2021). En av kommunene kombinerte mobil drop-in-testing med dør-til-dør-kampanjer for å informere om tilbudet. Andre løsninger inkluderte hjemmetesting (ved behov), massetesting ved større utbrudd og drive-through-testing (Hussaini mfl. 2021).

Gjennomgående var kommunene imidlertid engstelige for å iverksette tiltak som kunne virke stigmatiserende. En informant i undersøkelsen med 20 kommuner (Hussaini mfl. 2021) fortalte at kommunen av denne grunnen hadde unngått å

plassere drop-in-tilbud i spesielt innvandrerrette områder, og kommuner med mobile teststasjoner kunne gjøre et poeng av at disse også oppholdt seg i områder med få innvandrere.

Barrierer mot isolasjon og karantene

Undersøkelser som er gjort blant personer med innvandrerbakgrunn i eksponerte yrker, har vist at det i disse yrkene var et stort engasjement for å unngå å spre smitte (Skogheim mfl. 2021). Eksponerte yrker kan for eksempel være taxisjåfører, bussjåfører, renholdere, barnehageassistenter og ansatte i helsesektoren og i varehandel. Innvandrere som jobbet i slike yrker, var svært opptatt av å ikke overføre smitte mellom ulike miljøer og arenaer. De var nøye med å vaske hendene, og mange familier hadde rutine for alltid å dusje når de kom hjem, eller før de skulle besøke personer i risikosonen. En del vasket også klærne daglig. Familiene tok ansvar gjennom å pålegge seg selv store begrensninger når det gjaldt sosial omgang.

Kvalitative intervjuer med somaliere i Bergen gir samme inntrykk (Diaz mfl. 2020). Deltagerne i undersøkelsen var opptatt av å følge smittevern-råd. Samtidig var de frustrerte over at disse



Figur 10.12 Kø på Rommen teststasjon.

Foto: Torstein Bøe / NTB

rådene var vanskelige å tilpasse det livet de levde i utsatte yrker og i trange leiligheter. I en del tilfeller «over-implementerte» norsksomalierne i undersøkelsen rådene og påla seg selv lengre karanteneperioder enn det anbefalingene tilsa.

Mange i de kvalitative studiene fortalte likevel at det var vanskelig for dem å isolere seg etter å ha fått påvist smitte og å holde seg i karantene hvis de hadde vært i kontakt med en smittet person.

En av årsakene til dette, som også blir framhevet i flere studier, er at innvandrere fra mange ulike land gir uttrykk for at de har andre tradisjoner, vaner og preferanser for sosialt samvær enn det nordmenn har («vi er mer sosiale enn andre», «veldig opptatt av å være sosial» – sitater i Sheikh mfl. 2021). Det finnes sterke sosiale normer knyttet til det å møte opp når man blir invitert til fest og samlinger. Mange opplevde at venner og familie tok det personlig når de ønsket å ta smittevernet på alvor og unngå fysisk kontakt og sosialt samvær (Brekke 2021b).

På samme måte er fysisk kontakt, som håndhilsning og klemming, et uttrykk for respekt og omsorg i mange kulturer. Å kutte ut sammenkomster og fysisk kontakt kunne ha store sosiale omkostninger.

Det fantes også tilsvarende argumenter når det gjaldt å reise til utlandet. Som vi beskrev i kapitlet om importsmitte, innførte myndighetene et skille mellom «nødvendige» og «unødvendige» reiser, der for eksempel kravet om opphold på karantenehotell var knyttet til unødvendige reiser. Dette begrepet traff imidlertid dårlig hos familier som lever transnasjonale liv: Er det «nødvendig» å besøke moren sin når man ikke har sett henne på tre år? Er det «nødvendig» å reise i begravelsen til en onkel man var glad i? Flere informanter med norsk-pakistansk og norsksomalisk bakgrunn understreket at hjemreiser for dem er noe annet enn feriereiser, og at de derfor kunne vurdere risiko og nødvendighet annerledes når de reiste «hjem». Norskfødte barn av innvandrere var ofte sterkt uenige i foreldrenes vurderinger av dette, noe som førte til vanskelige diskusjoner (Brekke 2021b).

De kvalitative undersøkelsene løfter også fram trekk ved bosituasjonen for en del innvandrere. For det første er det vanskelig for store familier med få rom og ett bad på deling å være isolert i egen bolig. Dette er realiteten for mange innvandrersfamilier med mange barn.

I tillegg kunne boligmønstret spille inn, spesielt for norsk-pakistanere: De bodde ikke nødvendigvis svært trangt, men de bodde ofte i genera-

sjonsboliger eller med hele storfamilien i samme blokk. På denne måten kunne de enkelt besøke hverandre uten å gå ut av bygningen, og kravet om å begrense antall nærkontakter var vanskelig å overholde. Praksisen med gjensidig hjelp forsterket dette: Kvinnene passet hverandres barn, og døtre og svigerdøtre gikk ut og inn for å ta seg av de eldre. På denne måten kunne ganske mange mennesker komme innom samme leilighet i løpet av samme dag, selv om ingen av familiene vil kunne identifiseres som trangbodde i statistikken (Ezzati 2021).

Personer som hadde en bosituasjon som gjorde det umulig å være isolert i egen bolig, kunne få tilbud om karantenehotell. Dette ga smittesporerne vanskelige skjønnsmessige vurderinger rundt hvem som eventuelt skulle flytte til hotellet. For eksempel: Skulle den smittede flytte, eller skulle et eldre husstandsmedlem med underliggende sykdom flytte (Ezzati 2021)? Smittesporerne i Oslo erfarte også at smitten allerede hadde spredd seg i husholdningen før de rakk å flytte noen på hotell. Dette var et tydelig eksempel på at selv små forsinkelser i TISK kunne få merkbare utslag.

Innvandrere måtte oftere enn andre gå fysisk på jobb og utsatte seg dermed for smitte (Sheikh mfl. 2021). Noen fortalte også at de følte seg presset av arbeidsgiveren til å komme på jobb selv om de hadde symptomer (Sheikh mfl. 2021). Personer som hadde midlertidige kontrakter eller timekontrakter, visste dessuten at de neppe hadde rett til sykepenger hvis de var syke eller i karantene når arbeidsplassen ringte. Det samme ville gjelde selvstendig næringsdrivende. Risikoen for å bli stående helt uten inntekt medførte at mange i slike situasjoner gikk på jobb selv om de var syke eller i karantene (Sheikh 2021; Brekke 2021b).

Et siste moment er innvandrernes referanseramme og risikovurderinger. Flere av informantene i Sheikh mfl. (2021) pekte på at mange har opplevd langt verre og vondere ting enn covid-19. De som hadde opplevd krig i hjemlandet, kunne synes at covid-19 ikke var spesielt truende i sammenligning. Mange hadde også mindre tillit til myndighetene, og noen festet lit til konspirasjonsteorier (Sheikh 2021).

Alt i alt mener kommisjonen at denne gjennomgangen viser at det er flere faktorer, utover svak språkforståelse, som kan ha bidratt til mindre etterlevelse av smitteverntiltak i innvandrermiljøer.

For det første er kommunikasjon mer enn bare språk: Det spiller også en rolle hvilke plattformformer avsenderen treffer mottagerne på, hvor

troverdig avsenderen virker, og om avsenderen klarer å presentere budskapet på en måte som kommuniserer «dette gjelder deg». For det andre er det forhold ved innvandrerens situasjon og levekår i Norge som spiller inn, blant annet hvordan folk omgås hverandre i storfamilier, og muligheten til å isolere smittede i små leiligheter. For det tredje kan sterke sosiale normer i miljøene, kombinert med de transnasjonale livene mange lever, gjøre det vanskelig å unngå store samlinger og reiser til familie i andre land.

Tiltak for å nå innvandrerbefolkningene

Kommunene kom raskt på banen

Granskingen vår viser at kommunene svært tidlig ble oppmerksomme på at det var utfordringer i kommunikasjonen med en del innvandrer miljøer, og at etterlevelsen av smitteverntiltakene i disse miljøene kunne være lav. Ett eksempel er en e-post som ble sendt 19. mars 2020 fra helseetaten i en kommune med mange innvandrere til etaten i samme kommune som hadde kompetanse på integrering. Helseetaten skrev:

Vi jobber intenst fortsatt med smittesporing og frem til nå har det jo dreid seg om mange pasienter som har vært på skiferie i Alpene og det har jo i stor grad vært etnisk norske som det har vært greit å kommunisere med og som har fått med seg mye informasjon allerede via media. Noe av de siste tilfellene våre har dreid som oppdagelse av mer tilfeldig innenlands smitte hos ikke etnisk norske og her sliter vi mer med kommunikasjon og vi får også inntrykket av forståelsen og kunnskapen rundt dette i mye mindre grad har nådd frem i den delen av befolkningen.¹²⁹

I denne kommunen flyttet oppmerksomheten seg direkte fra kartleggingen av skituristene i Alpene til bekymring om smittespredning blant «ikke etnisk norske». Allerede én uke etter at landet ble stengt ned, fantes det altså bekymringer knyttet til kommunikasjonsvansker.

Omtrent samtidig mottok en annen stor kommune bekymringsmeldinger fra en innvandrerrett bydel om at det fantes problemer med at folk ikke etterlevde smitteverntiltakene. Bydelen opplyste blant annet om at «[I]ekeplassene er fulle av barn og unge som leker, særlig når det er fint vær» og «[f]oreldrene drikker kaffe og har piknik ute;

flere enn 5 personer, som ikke overholder 2 m avstand».¹³⁰ I meldingen står det videre at «[f]lere foreldre (bl a norske) begynner å snakke om at denne situasjonen er krevende å være vitne til. Dette svekker tilliten til at de (som er med på dugnaden) vil kunne sende sine barn på skolen [i lokalsamfunnet], dersom skolene åpner etter påske.»

E-postene i forbindelse med denne bekymringsmeldingen viser at kommuneadministrasjonen tok tak i situasjonen ganske umiddelbart og satte i gang et arbeid for å spre bevissthet om smitte og alvoret i situasjonen i de aktuelle innvandrer miljøene. I den første fasen besto dette arbeidet i å mobilisere nøkkelpersoner, selv om e-postene viser at dette var et arbeid der mye skjedde tilfeldig.¹³¹ E-postkorrespondansen tyder på at denne kommunen hadde et visst kontaktnett i innvandrer miljøene, men at det i stor grad var tilfeldig hvem som ble mobilisert.

At mye skjedde ganske tilfeldig, bekreftes av kartleggingen av 20 kommuner i Hussaini mfl. (2021). Det går fram av undersøkelsen at kommunene brukte kontaktnettet de hadde inn mot innvandrer miljøene, men at de hadde «en pragmatisk tilnærming til bruken av representanter for innvandrergrupper», og at det har vært «dialog i alle retninger». Det at det ikke fantes noen detaljerte planer eller strategier, betyr imidlertid ikke at kontakten var uten retning eller lite hensiktsmessig. Kommunene i undersøkelsen til Hussaini mfl. (2021) legger gjennomgående vekt på at dialogen med innvandrerorganisasjonene og ressurspersoner i miljøene har vært svært verdifull.

IMDi som statlig faginstans

IMDi er et fagdirektorat med ansvar for integreringsfeltet. I den første fasen av pandemien var IMDi primært bekymret for tjenestene etaten har ansvar for, spesielt introduksjonsprogrammet og opplæringen i norsk og samfunnsfag.¹³² Noe av det første etaten prioriterte i mars 2020, var å arbeide for å kompensere for hvordan disse tiltakene ble rammet av nedstengningen. Etaten så imidlertid også behovet for å bedre informasjonen

¹³⁰ E-post, kommunaldirektør til etatene, stor kommune på Østlandet, 1. april 2020, Emnefelt «Bekymring smittevern på [område]».

¹³¹ E-postutveksling, internt i en stor kommune på Østlandet, 19.–23. mars 2020. Emnefelt: «Smittevern – Hvordan når vi ut til andre språkgrupper».

¹³² Forklaring, direktør i IMDi Libe Rieber-Mohn, 13. januar 2021.

¹²⁹ E-post, mellom to enheter i stor kommune på Østlandet, kopi til flere, 19. mars 2020.

til innvandrere generelt og rettet dermed blikket mot de tilskuddsordningene IMDi forvalter.

I dialog med KD inviterte IMDi seks store og veletablerte organisasjoner til å lage opplegg for koronainformasjon til innvandrere. Disse seks var Røde Kors, Caritas, Norges Frivilligsentraler, Norske Kvinners Sanitetsforening, Kristent Interkulturelt Arbeid og Norsk Folkehjelp. Disse ble valgt fordi de hadde infrastruktur til å starte raskt og nå bredt ut. Til sammen fikk de 6,6 mill. kr i en tildeling som ble offentliggjort 3. april 2020.¹³³ IMDi og KD hadde tett kontakt med mottagerne i den tidlige fasen, og de forventet også at mottagerne inkluderte andre frivillige organisasjoner, og at de samarbeidet tett med hverandre for å unngå å overlappe.

Kort tid etter denne begrensede søknadsrunden ble det utlyst et ekstraordinært tilskudd til frivillige organisasjoner – i alt 20 mill. kr øremerket «formidling av myndighetenes informasjon om koronaviruset til innvandrerbefolkningen i kommunene».¹³⁴ I denne tildelingsrunden fikk om lag 140 organisasjoner støtte.

Vi påpekte i den første rapporten vår at det ikke fantes planer for krisekommunikasjon til innvandrer miljøer, og at dette var en svakhet i pandemihåndteringen. Vi anbefalte derfor at myndighetene lager en plan for å nå fram til bestemte grupper i en krisesituasjon (side 27 og side 180–182). En ekspertgruppe ledet av IMDi omtaler temaet på følgende måte:

Da nedstengningen av Norge var et faktum, var ikke myndighetene godt nok forberedt. Det fantes få planer den 12. mars for hvordan helsemyndighetene skulle nå ulike innvandrergrupper med nødvendig informasjon, og eksisterende beredskapsplaner inneholdt lite eller ingenting om innvandrerbefolkningen. Det samme var tilfelle for andre skandinaviske land.¹³⁵

I et innspill til kommisjonen skriver Organisasjonen mot offentlig diskriminering (OMOD):

OMOD har siden svineinfluensapandemien i 2009 etterlyst en helhetlig kommunikasjons-

strategi for innvandrerbefolkningen i nasjonale og kommunale krise- og beredskapsplaner. [...] Dessverre ser det ut som at lite har skjedd på disse mer enn 10 årene.¹³⁶

Arbeidet med å nå minoritetsgrupper startet uansett tidlig i pandemihåndteringen. I mars 2020 satte Helsedirektoratet ned en arbeidsgruppe for koronainformasjon til innvandrerbefolkningen, med medlemmer fra Helsedirektoratet, FHI, IMDi, Oslo universitetssykehus og Oslo kommune. Denne arbeidsgruppen omtaler vi nærmere i den første rapporten vår (side 180). KD ga IMDi noe senere, 23. april, et utvidet koordineringsansvar for kommunikasjon og tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen. I mandatet for koordineringsrollen begrunnet KD dette slik:

Andel smittetilfeller i innvandrerbefolkningen, sammenliknet med resten av befolkningen, har økt den siste tiden. Flere faktorer kan ligge bak utviklingen. Trangbodddhet kan føre til at karantene- og avstandsregler er vanskelige å følge og mange innvandrere jobber i bransjer som kan gjøre dem mer utsatt for smitte. [...] Det er også behov for tiltak som fører til endret handlingsmønster når det gjelder smittevern.¹³⁷

På bakgrunn av dette mandatet fortsatte IMDi arbeidet i dialog med frivilligheten, tok i bruk sosiale medier og opprettet en samleside på nettsidene sine med oversatt informasjon og lenker til andre sider med mer informasjon på flere språk.

IMDis ekspertgrupper

Etter at den andre smittebølgen traff Norge høsten 2020, oppnevnte KD en hurtigarbeidende ekspertgruppe som skulle vurdere eksisterende tiltak og foreslå nye for å redusere smitten i innvandrerbefolkningen.¹³⁸ Ekspertgruppen ble ledet av IMDis direktør og besto av representanter fra relevante offentlige instanser (UDI, Helsedirektoratet, FHI og Oslo kommune) og tre representanter fra frivillige organisasjoner og forskningsmiljøer.

¹³³ Pressemelding, KD, 3. april 2020, nr. 23-20, «Styrker korona-informasjonen til innvandrergrupper».

¹³⁴ Nettartikkel, IMDi, sist oppdatert 27. juli 2020, «Ekstraordinært tilskudd til informasjonstiltak for innvandrerbefolkningen i regi av frivillige organisasjoner 2020».

¹³⁵ Rapport, KD, 23. juni 2021, «Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen», side 31.

¹³⁶ Brev, OMOD til Koronakommisjonen, 26. oktober 2020.

¹³⁷ Mandat, KD til IMDi, udatert, «Mandat for Integrerings- og mangfoldsdirektoratets koordineringsrolle under covid-19-pandemien».

¹³⁸ Rapport, KD, 4. desember 2020, «Rapport fra ekspertgruppe, Forslag til tiltak for å redusere Covid-19-smitte blant innvandrere».

Gruppen hentet inn informasjon fra organisasjoner, tros- og livssynssamfunn og offentlige etater og identifiserte en rekke hindringer som kunne stå i veien for at personer med innvandrerbakgrunn ikke benyttet seg av de eksisterende tilbudene. Hindringene ekspertgruppen identifiserte, var stort sett de samme som studier og forskning ellers har pekt på, og som vi har beskrevet tidligere i kapitlet. Ekspertgruppen berømmet mobiliseringen av sivilsamfunnet, inkludert de ekstra tilskuddsmidlene, og argumenterte for at praksisen med å oversette raskt hadde blitt bedre.

Det går fram av ekspertgruppens rapport at de fleste målrettede tiltakene som hadde blitt iverksatt innen november 2020, var informasjonstiltak. Ekspertgruppen foreslo å utvide tiltakspakken med 29 tiltak, blant annet

- faste møteplasser mellom helsemyndighetene, frivillige organisasjoner, innvandrerorganisasjoner og trossamfunn
- drop-in-testing
- formidling av testresultater på flere språk
- flerspråklig nasjonalt smittesporingsteam og tilgang til karantene lokaler
- kampanjer for å forebygge negative holdninger m.m.¹³⁹

Ekspertgruppen avsluttet arbeidet sitt 4. desember 2020, men ble gjenoppnevnt 27. mai 2021 med justert sammensetning og mandat. I det nye mandatet ble det lagt til grunn at Norge befant seg i «pandemiens siste fase», og ekspertgruppen ble blant annet bedt om å vurdere betydningen av tiltakene som var satt i gang, og foreslå nye. De ble også bedt om å vurdere spesielle integreringsutfordringer som hadde oppstått som følge av pandemien. Ekspertgruppen skulle dessuten diskutere mulige forklaringer på skjevheter i vaksinedekning.

Den andre ekspertgruppen leverte rapporten sin til KD 23. juni 2021.¹⁴⁰ Rapporten gjorde rede for mulige årsaker til overrepresentasjonen av innvandrere blant dem som var smittet av covid-19, og mulige årsaker til skjevheter i vaksinedekningen. Den gikk også gjennom et verstefalls-scenario for smittespredning i Norge.

På bakgrunn av disse drøftingene foreslo ekspertgruppen en rekke tiltak for kommunika-

sjon og beredskap og for å redusere barrierene for vaksinerings. Gruppen foreslo også sju kortsiktige integreringstiltak for å kompensere for pandemien. I tillegg foreslo ekspertgruppen tre langsiktige tiltak. De to første var språk- og digitaliseringsløft for personer med innvandrerbakgrunn. Erfaringene fra pandemien hadde ifølge ekspertgruppen vist at manglende språkferdigheter og digitale ferdigheter bidro til utenforskap. Gruppen framhevet særlig arbeidsinnvandrere og innvandrerkvinner som to grupper som i for liten grad fikk egnet tilbud om språkopplæring. Den tredje anbefalingen var flere offentlige utredninger om hvilke lærdommer Norge kan trekke av erfaringene fra pandemien.

I ekspertgruppens rapport fra juni ble også status for gruppens anbefalinger i desember rapporten gjennomgått. Av de 29 tiltakene som var anbefalt i desember rapporten, var det bare to som ikke var iverksatt. Dokumenter som kommisjonen har mottatt, viser at KD også sørget for å følge opp de fleste punktene i juni rapporten. Blant annet ble IMDi pålagt å samarbeide med helsemyndighetene om å følge opp tiltakspakken for målrettet og tilpasset kommunikasjon om vaksinerings og kampanjen for å øke vaksinasjonsgraden. I tillegg pågår det nå et arbeid mellom myndighetene og forskningsmiljøer for å bedre dataregistrene på området.

Hvorfor tok det tid å iverksette målrettet innsats?

Denne gjennomgangen viser at arbeidet med å oversette informasjon til ulike språk kom raskt i gang, mens arbeidet med å målrette tiltak mot minoriteter – som mobile teststasjoner og drop-in-testing – drøydde. Først et godt stykke ut i den andre smittebølgen vinteren 2020/2021 ble dette satt i verk i noen kommuner. Dette var mer enn et halvt år etter at TISK var etablert som hovedstrategi. Konkrete reiseråd for landene der mange innvandrere i Norge har sin opprinnelse, fulgte våren 2021.

Kommunene har hatt gode erfaringer med å etablere lavterskeltilbud for testing, og en av studiene argumenterte for at dette kunne og burde vært gjort i enda større grad og enda mer systematisk (Hussaini mfl. 2021). Noen av kommunene etterlyste nasjonale føringer og anbefalinger på dette området og fortalte at de i stor grad hadde følt seg overlatt til seg selv med krevende vurderinger.

Granskingen vår har vist at det har vært en viss motstand mot å målrette innsatser mot innvandrere. Kommisjonen mener dette er en med-

¹³⁹ Rapport, KD, 4. desember 2020, «Rapport fra ekspertgruppe, Forslag til tiltak for å redusere Covid-19-smitte blant innvandrere». Kapittel 5 i rapporten gir den fulle oversikten.

¹⁴⁰ Rapport, KD, 23. juni 2021, «Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen».

virkende årsak til at arbeidet kom så sent i gang. Migrasjonshelseforskerne hos FHI har formidlet til oss at de møtte motvilje blant politikere og i embetsverket mot å akseptere at smittetallene var så mye høyere blant innvandrere. Ifølge disse forskerne var det et sterkt ønske om å knytte overrepresentasjonen til sosiale forhold (typisk trangboddhet og utsatte yrker).¹⁴¹ Denne motstanden kan også leses ut av oppdragene som ble gitt til IMDi (se ovenfor), der sosiale forhold ble framhevet som sannsynlige forklaringer.

Forskningsstudier som er gjennomført, bekrefter også at det har vært «noe vegring» i kommunene mot å iverksette ekstra innsats mot avgrensede grupper. Hussaini mfl. (2021) viser at vegringen har kommet til uttrykk i diskusjoner om drop-in-testing og mobile teststasjoner i innvandrertette områder og i diskusjoner om målrettede kampanjer. En kommune formidlet at de hadde vært varsomme med å sette i gang slike kampanjer for å unngå å eksponere sårbare grupper (Hussaini mfl. 2021). Studiene tyder ikke på at «vegringen» hindret kommunene i å iverksette effektive tiltak, men forskerne peker på at tiltakene kunne kommet tidligere og i større skala og vært mer presist målrettet hvis kommunene hadde lagt mindre vekt på bekymringen for å stigmatisere målgruppene.

Leder i Oslo byråd Raymond Johansen reflekterte rundt dette i sin forklaring til kommisjonen:

Først var vi veldig tydelige på å si at alle er uskyldige, og at covid-19 er et virus som oppsto i Wuhan langt unna alle oss. Dette var for å unngå at smittefrykt skulle føre til fremmedfrykt. FHI kom med en rapport som viste at det ikke bare gikk an å skylde på trangboddhet og sosiale forskjeller. Rapporten la på sett og vis mye større vekt på kulturelle faktorer som årsak til at man ikke fulgte smittevernreglene. Da var det viktig for oss å finne en balanse i kommunikasjonen for å ha den åpningen vi trengte inn mot miljøene for å snakke om smittevern, testing og etter hvert vaksine. Den balansen har vært krevende. Den er potensielt sett krevende fordi man ikke skal underslå fakta, men vi har også vært opptatt av å få en inngang inn mot miljøene.¹⁴²

Byrådslederen formidler bekymring for at dårlig balanse i myndighetenes håndtering kan føre til at miljøene lukker seg. På bakgrunn av de erfaringene mange med innvandrerbakgrunn i Norge har med stigmatisering og diskriminering, framstår denne bekymringen som godt begrunnet. Migrasjonshelseforskerne hos FHI opplyser imidlertid at de ikke møtte motstand i innvandrersorganisasjonene når de presenterte funn om overhyppighet av smitte og sykdom. På spørsmål om hvordan organisasjoner for personer med minoritetsbakgrunn reagerte på FHIs funn om overhyppighet av smitte, svarte avdelingsdirektøren fra FHI slik:

Min oppfatning er at de ikke reagerte noe særlig, og at det var en mobiliserende kraft. Tunge ressurspersoner i miljøene så at her måtte ting gjøres. De brant for å gjøre noe.¹⁴³

At OMOD har vært en klar stemme for helhetlige planer for krisekommunikasjon til innvandrere (se ovenfor), styrker inntrykket av at innvandrersorganisasjoner har vært pådrivere, og at offentlige myndigheter har holdt igjen når det gjelder å målrette informasjon og tiltak mot grupper som myndighetene var redde for å stigmatisere.

Funn og anbefalinger

Granskingen har vist at helseforvaltningen vet for lite om innvandring og integrering, mens integreringsforvaltningen vet lite om helse. Det går også fram av granskingen at de som hadde ansvaret for den overordnede kommunikasjonsstrategien manglet bevissthet om at det kunne være spesielle utfordringer med å nå innvandrerbefolkningene.¹⁴⁴ Det manglet systematisk planarbeid for å nå fram til språklige minoriteter, og det fantes heller ikke noen gjennomtenkt strategi for hvordan myndighetene kunne nå miljøer som ikke følger med i norske medier og er lite vant til at viktig informasjon blir formidlet skriftlig.

Samtidig har gjennomgangen vist at det var stor handlekraft og evne til innovasjon i forvaltningen. Dette gjelder ikke minst i kommunene, der ansatte svært raskt satte i gang med å oversette og formidle viktig informasjon. De brukte ressursene de hadde, inkludert flerspråklige ansatte, kontakter de hadde etablert gjennom annet arbeid, og innvandrernes egne organisasjoner. Også IMDi var raske til å finne ut hvordan de

¹⁴¹ Notat, avdelingsdirektør i FHI til Kommisjonen, 8. desember 2021.

¹⁴² Forklaring, byrådsleder i Oslo Raymond Johansen, 17. desember 2021.

¹⁴³ Forklaring, avdelingsdirektør FHI, 8. desember 2021.

¹⁴⁴ Forklaring, kommunikasjonsjef Anne Kristin Hjuske SMK, 26. november 2021.

kunne sette inn ressurser for å få i gang målrettet informasjonsarbeid raskt. Samtidig var FHI allerede dager etter nedstengningen i gang med å oversette informasjonsmateriale.

Kommisjonen berømmer arbeidet som de ulike aktørene har gjort, ofte med knappe ressurser i en allerede presset situasjon. Vi vil likevel peke på noen læringspunkter.

Sektormyndighetene bør styrke minoritetskompetansen

Det er et grunnleggende prinsipp i norsk forvaltning at alle innbyggere skal behandles likt, uavhengig av faktorer som kjønn, alder, religion, hudfarge og fødeland. Dette forutsetter at sektormyndighetene har tilstrekkelig kompetanse til å gi et fullverdig tilbud til alle gruppene i befolkningen. Hvordan enkelte minoritetsmiljøer ble rammet av pandemien, har vist at helseforvaltningen ikke har hatt denne kunnskapen. De har ikke nådd minoritetene med relevant informasjon og ikke vært tilstrekkelig oppmerksomme på barrierene mot testing, isolasjon og vaksinerings som mange med innvandrerbakgrunn opplevde. Dette fikk alvorlige konsekvenser.

Norske myndigheter hadde ingen overordnet plan for krisekommunikasjon til innvandremiljøene. Departementer, direktorater og Statsministerens kontor ser ut til å ha manglet kunnskap om hvordan de kan nå fram til nordmenn med innvandrerbakgrunn og kommunisere effektivt med dem. Det er mulig at det finnes en forestilling om at innvandrere raskt integreres – eller assimileres – til majoritetsbefolkningens måte å orientere seg i verden på, og at dette har stått i veien for godt planarbeid.

Erfaringene fra pandemien har avdekket det forskerne kaller «lommer av utenforskap». Dette viser til innvandrere med til dels lang botid i Norge som sjelden omgås personer med annen landbakgrunn enn dem selv og i svært liten grad snakker norsk eller forholder seg til norske institusjoner. I rapporten fra 2021 skriver ekspertgruppen ledet av IMDi:¹⁴⁵

Pandemien har bidratt til å synliggjøre enkelte underliggende problemer ved integreringen. På den ene siden har manglende språkferdigheter, sosial og økonomisk segregering og lavere sysselsetting bidratt til å øke sårbar-

heten i enkelte deler av innvandrerbefolkningen. På den andre siden har manglende kunnskap om innvandrerbefolkningen, herunder innvandreres helsebruk og livssituasjon, bidratt til en svakere beredskap fra myndighetenes side.

Sitatet bekrefter hvordan pandemihåndteringen har avdekket at en del innvandrere er langt svakere integrert enn det myndighetene legger til grunn når de utformer politikk og virkemidler, og at forvaltningen ikke har den nødvendige kompetansen på området.

Kommisjonens budskap er dermed at sektormyndighetenes minoritetskompetanse må styrkes, og utenforskap og manglende integrering må motarbeides. Dette er brede samfunnsutfordringer, og det ligger utenfor kommisjonens mandat å gi konkrete anbefalinger for hvordan myndighetene kan nå disse målene.

Et utgangspunkt kan likevel være rapporten som ble utarbeidet av IMDi og DSB i desember 2021.¹⁴⁶ De to direktoratene fikk i oppdrag å identifisere utfordringene med å nå innvandrerbefolkningen i en krisesituasjon og utarbeide en liste med anbefalte tiltak som gjør det tydelig hvordan myndighetene kan tilpasse tiltak og kommunisere med målgruppen innenfor ansvarsområdene sine under en krise.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at nasjonale myndigheter intensiverer arbeidet med å styrke sektormyndighetenes minoritetskompetanse og arbeidet med å fremme integrering og motarbeide utenforskap.

Frivilligheten er et supplement, ikke et substitutt

Ekspertgruppen som leverte rapporten sin i juni 2021, løftet fram en bekymring knyttet til at departementene og direktoratene lente seg svært tungt på frivilligheten i den tidlige fasen av pandemien. Ekspertgruppen minnet om at frivilligheten ville ha utfordringer med kontinuitet, etterprøvbarehet og slitasje på medarbeiderne. Hussaini mfl. (2021) påpekte dessuten at kommunene mister noe kontroll når de informerer via nettverkene. Forskerne konstaterte at nettverkene har mange kontakter

¹⁴⁵ Rapport, KD, 23. juni 2021, «Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen», side 42.

¹⁴⁶ Rapport, IMDi og DSB, desember 2021, «Styrket beredskap for personer med innvandrerbakgrunn i kriser: Tiltak for myndigheters samfunnsikkerhets- og beredskapsarbeid for en mangfoldig og sammensatt befolkning».

og kompetanse om kommunikasjon, men ikke nødvendigvis kunnskapen om helse og smittevern som trengs for å avgjøre hvilket budskap som til enhver tid bør prioriteres.

Kommisjonen ser ingen grunn til å kritisere myndighetene for å ha tildelt tilskudd raskt til frivillig sektor for å drive opplysningsarbeid tilpasset språklige og kulturelle minoriteter i mars 2020. Kommisjonen er imidlertid kritisk til at ingen innvandrerorganisasjoner ble invitert inn i denne prosessen. Det finnes mange godt etablerte organisasjoner med tilknytning til ulike innvandrer miljøer, og mange av disse jobbet aktivt for å formidle informasjon til sine brukere. Å trekke disse inn alt i første fase kunne ført til at informasjonsarbeidet ble bedre forankret og nådde enda bredere ut, samtidig som flere av barrierene for dette arbeidet kunne vært oppdaget tidligere.

Kommisjonen mener videre at det var en svakhet at mobilisering av frivillig sektor lot til å være det eneste virkemidlet – utover det å oversette informasjon – som myndighetene fant i verktøykassen i den kritiske første fasen. Frivillig sektor er stor i Norge og spiller en viktig rolle i mange sammenhenger, men frivillig innsats kan ikke og bør ikke erstatte myndighetene. Granskingen har også vist at det ikke fantes noen beredskap eller plan for hvordan kommunene skulle bruke ulike deler av den frivillige sektoren i en akutt situasjon – mye ser ut til å ha skjedd tilfeldig og har vært basert på nokså tilfeldige personlige relasjoner.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler å styrke kommunenes interne kompetanse på kommunikasjon med alle innbyggerne. Kommunene trenger også planer for hvordan det offentlige og det frivillige kan utfylle hverandre i en framtidig pandemi eller annen krise.

Få ut informasjon, senke barrierer for etterlevelse

I en nasjonal krise kan det være avgjørende at informasjonen når fram til alle innbyggerne raskt, og at alle får mulighet til å gjøre viktige tilpasninger. Under covid-19-pandemien har svært mye skjedd digitalt. Det å bestille tid til testing og få testresultatene krevde i utgangspunktet innlogging med BankID, og dette skapte en barriere for mange. Selv i kommuner med store innvandrerbefolkninger tok det lang tid før det kom på plass alternativer. Kommisjonen mener myndighetene

raskere burde forstått at det måtte finnes alternativer til innlogging med BankID.

Studiene av pandemihåndtering i kommunene har avdekket en rekke utfordringer med tolketjenestene (Hussaini mfl. 2021). Tolketjenesten koster mye, og det var ikke alltid gitt hvem som skulle dekke kostnadene. Det var også til tider vanskelig å skaffe tolk.

Regelverket for tolketjenester legger til grunn at det skal være en kvalifisert, offentlig registrert tolk når det offentlige samhandler med personer med svake norskkunnskaper. Dette var en utfordring i perioder med mye smitte da etterspørselen etter tolker var langt større enn tilbudet. Å utsette samhandlingen med den minoritetsspråklige personen var som regel ikke et alternativ – personer som er smittet, må få beskjed straks, og de må få vite hva de skal gjøre. For å kunne gi informasjon til språklige minoriteter i en langvarig krise må myndighetene ta høyde for at tolker er et begrenset gode, og det må finnes en gjennomtenkt strategi for alternativer.

I mars/april 2020 jobbet mange ulike instanser (helseforvaltningen, integreringsforvaltningen, kommunene og frivillige med og uten tilskudd) med å oversette og distribuere informasjon om covid-19 og smitteverntiltakene. Denne innsatsen er ikke evaluert, men det er vanskelig å tenke seg at det ikke har vært en del dobbeltarbeid. Aktørene har også fortalt at dette materialet trolig ikke nådde mottagerne like effektivt som de hadde håpet på: Det var vanskelig å finne fram på internett, noen stolte uansett mer på muntlig informasjon, og informasjonen var komplisert og vanskelig å forstå.¹⁴⁷ Arbeidet med informasjon om covid-19 har gitt aktørene mange viktige erfaringer om hvordan de effektivt når fram til ulike grupper.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene setter i system og lærer av erfaringene med hvordan digitale skranker, manglende tolketjenester og svak formidling skapte informasjonsbarrierer for innvandrere og også barrierer mot å endre adferd i tråd med myndighetenes anbefalinger. Disse erfaringene bør analyseres, og myndighetene bør utarbeide strategier for å håndtere barrierene med tanke på kommende kriser.

¹⁴⁷ Rapport, KD, 23. juni 2021, «Rapport fra ekspertgruppe. Innvandrerbefolkningen under koronapandemien. Smitte, vaksine og konsekvenser for integreringen».

Krevende manøvrering i et politisert felt

Gjennomgangen av den offentlige innsatsen viste at aktører både på statlig og kommunalt nivå kviet seg for å iverksette målrettede tiltak for å øke testing, smittesporing og vaksinerings blant personer med innvandrerbakgrunn. Bakgrunnen var bekymring for å stigmatisere enkelte grupper og for at miljøene skulle «lukke seg» hvis de følte seg utsatt for negativ oppmerksomhet. Mange innvandrere har opplevd diskriminering og reagerer med forståelig skepsis når majoritetssamfunnet retter blikket mot dem. Dette er et dilemma uten enkle løsninger. Ingen ønsker å stigmatisere utsatte grupper, men her førte ønsket om å behandle alle likt til at noen innvandrergrupper fikk et dårligere tilbud enn de burde hatt. Dette skjedde i en situasjon der mange innvandrer miljøer allerede var svært hardt rammet av viruset.

Kommisjonens informasjonsinnhenting tyder på at frykten for å stigmatisere innvandrere gjennom å målrette tiltak var sterkere i kommunene og direktoratene enn i innvandrerorganisasjonene. Innvandrerorganisasjonene var tettere på, de så hvor hardt rammet noen miljøer var, og de ønsket seg mer kraftfulle virkemidler. Disse organisasjonene kjente også mottagerne og satt med mye kunnskap om både hvordan pandemien rammet, og hvilke bekymringer miljøene hadde om hvordan majoritetsbefolkningen oppfatter dem. Tettere samarbeid med disse organisasjonene tidlig i pandemien kunne bidratt til en raskere vei ut av dilemmaet.

En annen mulig vei har vist seg å gå gjennom solid kunnskapsproduksjon. Mange av kommunene fortalte at det først var da offentlige rapporter og tall fra FHI dokumenterte at innvandrere var hardere rammet av pandemien, at det ble fullt ut legitimt å rette spesielle tiltak mot denne gruppen. Selv om utviklingen av Beredt C19 gikk i et imponerende raskt tempo, tok det lang tid å få koblet sammen de ulike registrene, og de første av disse analysene var klare først i april 2021. FHI har skrevet om dette (Indseth og Lindmann 2021):

Den viktigste lærdommen fra denne delen av pandemihåndteringen har vært hvor avgjørende det er å få relevante datakilder på plass så raskt som mulig, mulighet for å koble dem på individnivå og ha et analyseteam med rett kompetanse både for å kunne gjøre gode analyser raskt, men også for å kunne stille de relevante spørsmålene.

En god infrastruktur for analyser framstår dermed som god pandemiberedskap.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetsaktører på alle nivåer utvikler planer for krisehåndtering i et flerkulturelt og mangfoldig samfunn. Fordi slik krisehåndtering innebærer en rekke dilemmaer, er solid kunnskap og godt samarbeid med minoritetenes organisasjoner viktige forutsetninger.

10.4 Den samiske befolkningen

Det ble tidlig klart at koronapandemien rammet en del innvandrergrupper særlig hardt, men det har vært lite oppmerksomhet om konsekvensene for Norges urfolk – samene.¹⁴⁸ Som urfolk i Norge vil de aller fleste i den samiske befolkningen beherske norsk og være godt kjent med sentrale plattformer for kommunikasjon i Norge. Samtidig har samiskspråklige og personer som forholder seg til samiske tradisjoner, hatt en del utfordringer som kan minne om utfordringene som minoriteter med bakgrunn i andre land har hatt gjennom pandemien.

FHI var forholdsvis raskt ute med å oversette nøkkelinformasjon om korona til nordsamisk, sørsamisk og lulesamisk i mars 2020. Disse tre språkene har formell status som likeverdige språk i Norge. Endringene i anbefalinger og tiltak har imidlertid kommet hyppig i perioder, og disse ble formidlet på norsk. Dermed var det opp til andre aktører å stå for raske oversettelser.

Samisk høgskole uttrykte frustrasjon over dette i et brev til KD i oktober 2020 (Trædahl 2020). Direktøren ved Samisk høgskole skrev at skolen hadde mange ansatte og studenter som ikke behersker norsk godt, og at «det [derfor har] vært særlig utfordrende å utarbeide rutiner og spre informasjon på samisk da de fleste av de nasjonale veiledningene kommer på norsk». I et intervju med Khrono (Trædahl 2020) sa direktøren at det å oversette de raskt skiftende forskriftene og anbefalingene har vært krevende for en liten institusjon som har samisk som undervisnings- og arbeidsspråk.

¹⁴⁸ Samene er Norges eneste urfolk. I tillegg har kvener/norskfinner, jøder, skogfinner, romer og romanifolk status som nasjonale minoriteter. Vi diskuterer ikke disse separat her, men en del problemstillinger knyttet til samene kan også være relevante for de nasjonale minoritetene.



Figur 10.13 Samisk flagg.

Foto: Jon Eeg / NTB

Det tradisjonelle bosettings- og bevegelsesmønsteret til den samiske nasjonen har ikke fulgt landegrensene. Det bor samer i Norge, Sverige, Finland og Russland, og mange har familie i mer enn ett land. Samerådet¹⁴⁹ reiste bekymring for de transnasjonale praksisene i samiske miljøer i januar 2021:

Mange samiske familier er bosatt og arbeider på tvers av landegrensene. Selv om det fortsatt er mulig å krysse grensen for å arbeide i Norge, er det ikke mulig å opprettholde familiebånd over landegrensene. [...] Stengte grenser under den pågående COVID-19-pandemien har påvirket samhandlingen mellom det samiske folket, samfunn, familier, tradisjonelle næringer, bedriftseiere og deres ansatte. Samiske kunstnere, håndverkere og andre gründere er satt ut av arbeid som et resultat av

de strenge reisebegrensningene over landegrensene.¹⁵⁰

Samerådet oppfordret de nasjonale myndighetene i de berørte landene til å vurdere restriksjonene i lys av samenes menneskerettigheter og rettighetene som er nedfelt i FNs erklæring om urfolks rettigheter.

Bekymringene for karanteneplikt ved grensepasseringer har også blitt trukket fram i forbindelse med reindrift – heller ikke reinens vandringer følger landegrensene. Her presiserte Landbruks- og matdepartementet (LMD) tidlig at karanteneplikten ikke gjaldt reindriftsutøvere på jobb.¹⁵¹ Dette ble knyttet til unntaksbestemmelsen om at «[p]ersoner som krysser grensen mellom Sverige og Norge eller Finland og Norge er unntatt fra karanteneplikt etter § 5 i den tiden de er under reise mellom bolig og arbeidssted og i

¹⁴⁹ Samerådet er en fellessamisk kulturpolitisk og politisk institusjon og fungerer som et samarbeidsorgan for de samiske organisasjonene i Finland, Norge, Sverige og Russland.

¹⁵⁰ Nettartikkel, Samerådet, 15. januar 2021, «COVID-19 og det samiske folket: Rettigheter til grensefamilier og -samfunn må respekteres selv i krisetider.»

¹⁵¹ Nettartikkel, LMD, 27. mars 2020, «Reindrift og koronavirus (Covid-19).»

den tiden de er i arbeid». ¹⁵² For reindriftsutøvere ble dette forstått slik at arbeidsplassen deres var der reinflokket til enhver tid var, og at de dermed var i arbeid når de krysset grensene. I samme skriv fra departementet presiserte LMD at reindrift er en del av forsyningssikkerheten og dermed en kritisk samfunnsfunksjon.

Urfolks sårbarhet i pandemier

Historiske erfaringer og internasjonal forskning har etablert at urfolk er spesielt utsatte for sesonginfluensa og pandemisk influensa (Mamelund 2020). Erfaringene fra spanskesyken i 1918–1920 ga mange eksempler på dette: På New Zealand hadde urfolk (maorier) sju ganger så høy risiko for å dø som bosatte på New Zealand med europeisk bakgrunn, og i USA var dødsrisikoen for urbefolkningene i USA og Alaska fire ganger høyere enn for befolkningen som helhet (Mamelund og Dimka 2021). I enkelte isolerte urfolkssamfunn i Alaska døde opptil 90 prosent av innbyggerne (Mamelund 2020). Denne økte risikoen gjaldt også for den samiske befolkningen i Norge i 1918–1920: Samer hadde fire til seks ganger så høy risiko for å dø av spanskesyken enn nordmenn uten samisk bakgrunn (Mamelund og Dimka 2021, side 184).

Tallene for dødsrisiko grunnet covid-19 i ulike grupper er foreløpig usikre, men en studie (Steyn mfl. 2020, sitert i Mamelund og Dimka 2021, side 186) fant at maorier som ble smittet av covid-19, hadde 50 prosent høyere risiko for å dø enn smittede newzealendere med europeiske røtter. Tilsvarende tall for amerikanske og alaskiske urfolk er estimert til henholdsvis 3,5 og 1,8 ganger høyere risiko. For urbefolkningen på det amerikanske fastlandet kan det altså virke som overdødeligheten nesten er på linje med tallene for spanskesyken.

Det finnes ingen indikasjoner på at det har vært større spredning av covid-19-virus i samiske miljøer enn i majoritetsnorske, og heller ikke på at personer med samisk bakgrunn blir sykere enn andre. Mamelund (2020) hevder imidlertid at den samiske befolkningen i Skandinavia i dag ikke er spesielt sårbar for å bli svært syke av influensa. En eventuell overrepresentasjon vil også være vanskelig å kartlegge ettersom samisk bakgrunn ikke er registrert i registerdata og dermed ikke blir fanget opp i disse analysene (se delen om utviklingen av registrene i punkt 10.3).

¹⁵² FOR-2020-03-27-470 Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet, § 6.

Det har likevel vært en bekymring at vaksinenivået i kommuner med stor samisk befolkning er lavt. I november 2021 meldte NRK at flere kommuner i Finnmark slet med å få befolkningen til å vaksinere seg. På et tidspunkt da landsgjennomsnittet for fullvaksinerte var på 87 prosent, var andelen 65 prosent i Karasjok. Kommunelegen knyttet dette til mangel på målrettet informasjon til samiskspråklige, noe FHI og Helsedirektoratet avviste. ¹⁵³

Forskningen som finnes, viser at den samiske befolkningen oppsøker det offentlige helsevesenet like ofte som andre i Norge (Blix 2016). Imidlertid er de som gruppe mindre fornøyd med helsetjenestetilbudet enn resten av befolkningen. Helse Nord RHF fikk i 2017 i oppdrag å utarbeide en strategisk og overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen nasjonalt. ¹⁵⁴

Bakgrunnen for oppdraget var erkjennelsen av at samiske pasienter hadde behov for en spesialisthelsetjeneste som i større grad var tilpasset samisk språk, kultur og samfunnsnivå. I strategidokumentet la Helse Nord vekt på at norsk helsevesen i stor grad fungerte for den samiske befolkningen når de hadde konkrete og avgrensede fysiske helseplager:

Norsk helsevesen kan fungere godt nok når samiske pasienter har helseproblemer som ikke innebærer at de må blottstille samisk tenkemåte, verdigrunnlag eller livsform. [...] Ved mer langvarige eller omfattende tilstander som berører hele livet, medfører det regel større utfordringer å ta imot hjelp som ikke hensyntar samisk språk og kultur. ¹⁵⁵

I strategidokumentet blir det også pekt på at samiske pasienter frykter å bli møtt på nedlatende måter i helsevesenet og «for å bli avvist eller overhørt når de formidler hva som er betydningsfullt og verdifullt for dem». ¹⁵⁶ Slik frykt kan ha røtter i fornorskingspolitikken rettet mot den samiske folket eller i egne erfaringer med stigmatisering og diskriminering (Blix 2016). Diskriminering kan også bidra til redusert helse i den samiske befolkningen.

¹⁵³ Nettartikkel, NRK, 8. november 2021, «Lav vaksinedekning – etterlyser mer informasjon på samisk».

¹⁵⁴ Strategidokument, Helse Nord, 6. januar 2021, «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen».

¹⁵⁵ Strategidokument, Helse Nord, 6. januar 2021, «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen», side 19.

¹⁵⁶ Strategidokument, Helse Nord, 6. januar 2021, «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen», side 19.

Det er mulig at negative erfaringer med helsevesenet, kombinert med en generell følelse av avstand til majoritetsnorske institusjoner, har bidratt til lavere vaksinasjonsrater blant den samiske befolkningen. Dette finnes det likevel svært lite presis kunnskap om – det er ikke engang etablert om personer med samisk bakgrunn faktisk har lavere vaksinasjonsrater enn andre.

En generell lærdom fra denne gjennomgangen er likevel at mer tilpasset helseinformasjon til ulike grupper også kan komme den samiske befolkningen til gode. En del av funnene og anbefalingene vi har fremmet med utgangspunkt i innvandrerbefolkningens situasjon, er dermed relevante også for urfolk og nasjonale minoriteter i Norge.

10.5 De kommunale tjenestene gjennom pandemien

I dette avsnittet stiller vi spørsmålet om hvordan tjenestene til eldre, funksjonshemmede og nyankomne innvandrere har vært påvirket av pandemien.

Kritikk i NOU 2021: 6

I september 2020 avdekket VG at minst 133 kommuner i Norge hadde innført besøksstans for personer med utviklingshemming som bor i omsorgsboliger eller bofelleskap. Siden omsorgsboliger og plasser i bofelleskap per definisjon er private hjem, var hjemmelen for besøksstansen omstridt. En persons rett til privatliv og familieliv har et sterkt grunnlovsmessig og menneskerettslig vern, jf. Grunnloven § 103 og EMK artikkel 8. Inngrep i denne retten må ha et klart lovgrunnlag, ivareta et legitimt formål og være forholdsmessig.

I kjølvannet av den offentlige debatten om besøksstansen ga Stortinget regjeringen i oppdrag å «sørge for en kartlegging av offentlige myndigheters håndtering av besøksrestriksjoner og besøksstans i boliger for eldre og funksjonshemmede under pandemien». Regjeringen ga oppdraget videre til Koronakommisjonen. Vi ba Deloitte om å gjennomføre en undersøkelse for å kartlegge hvordan kommunene praktiserte besøksforbud under nedstengningsperioden.¹⁵⁷

Deloitte's kartlegging og kommisjonens øvrige granskning på dette området konkluderte med at «[d]et er alvorlig at mange norske kommuner ser ut til å ha innført besøksforbud i omsorgsboliger

for eldre og/eller personer med nedsatt funksjonsevne uten å ha foretatt de nødvendige juridiske vurderingene i forkant»¹⁵⁸. Vi kritiserte Helsedirektoratet for at direktoratet i retningslinjene til kommunene 14. mars 2020 ikke hadde skilt klart nok mellom institusjoner og omsorgsboliger.

Vi var også kritiske til at det tok Helsedirektoratet over fem uker å sende ut en presiserende pressemelding om at kommunene ikke hadde anledning til å innføre generelle besøksforbud.¹⁵⁹ Samtidig understreket vi at kommunene selv har ansvar for at vedtak de fatter, er i tråd med loven. Når de fatter slike vedtak, må kommunene sørge for at andre hensyn og rettigheter vurderes opp mot smittevern hensynet for å unngå at det blir begått overgrep. Et læringspunkt som vi framhevet, var derfor at det ville vært gunstig å trekke juridisk kompetanse tidligere og mer aktivt inn i smittevern arbeidet i kommunene.

Kommunale tjenester til eldre

Helse- og omsorgsinstitusjoner og boliger med heldøgns bemanning

Som det går fram av den første rapporten vår, ga Helsedirektoratet etter hvert klare føringer til kommunene om at de ikke kunne fatte vedtak om besøksrestriksjoner i private hjem, og at det skulle bli lagt til rette for besøk i institusjoner så langt det var mulig. Fra høsten 2020 skilte Helsedirektoratet tydelig mellom de to boligformene institusjoner og private hjem med heldøgns omsorg, og direktoratet gjorde reglene og anbefalingene for besøk tydelige. Hvordan ble så besøksrestriksjonene praktisert i kommunene?

KS fikk gjennomført en undersøkelse av tjenestetilbudet i kommunene under pandemien som kartla dette.¹⁶⁰ Rundt 90 kommuner svarte på spørsmål om besøksrestriksjoner, og kartleggingen viste at perioden fra 12. mars 2020 og ut april 2020 skilte seg ut. I denne perioden svarte 32 prosent av kommunene at de hadde besøksbegrensninger «i svært stor grad», og 40 prosent at de hadde dette «i stor grad». Dette var situasjonen før Helsedirektoratet ga nye anbefalinger i den

¹⁵⁷ Rapport, Deloitte, 31. januar 2021, «Kartlegging av besøksrestriksjoner i omsorgsboliger under Covid-19. Rapport til Koronakommisjonen». Rapporten er omtalt i NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, s. 286–287.

¹⁵⁸ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 291.

¹⁵⁹ Pressemelding, Helsedirektoratet, 20. april 2020, «Viktig at kommunene ivaretar utviklingshemmedes behov».

¹⁶⁰ Rapport, Deloitte, april 2021, «Kommunesektorens erfaringer fra koronakrisen så langt. Delrapport 2 – Heldøgnsbemannet omsorg og hjemmetjenester».

nasjonale veilederen (27. mai), som understreket at det skulle bli lagt til rette for besøk så langt som mulig i institusjoner.

Fra mai 2020 falt andelen kommuner som svarte at de hadde besøksbegrensninger «i svært stor grad», til 2–3 prosent, mens andelen som hadde dette «i stor grad», falt til 30 prosent. Fra sommeren 2020 og ut året var andelen som svarte «svært stor grad» eller «stor grad», rundt 16–17 prosent til sammen. Det var likevel gjennom hele perioden fra mai til desember 2020 høye andeler som svarte at de hadde besøksrestriksjoner «i middels grad», og denne andelen *økte* fra mai–juni til august–desember 2020. Dette har etter vår vurdering sannsynligvis sammenheng med den andre smittebølgen og flere lokale tiltak.

Mange sykehjem har altså vært underlagt begrensninger på besøk i 2020. Nasjonalforeningen for folkehelsen har formidlet at de per juni 2021 «fortsatt får meldinger fra fortvilte pårørende om at de bare får besøke sine kjære én gang i uken».¹⁶¹ På samme måte reiser Eldreombudet bekymring for forskjeller i hvordan besøksrestriksjoner blir praktisert, i den forstand at sammenlignbare kommuner som ligger geografisk nær hverandre, har håndtert restriksjonene og kommunikasjonen med pårørende på ulik måte.¹⁶² Disse innspillene tyder på at besøksrestriksjonene fortsatt ble oppfattet som problematiske for sykehjemsbeboere og deres pårørende i kommunene så sent som på forsommeren 2021, men naturligvis i langt mindre grad enn i mars/april 2020.

Det å hindre besøk til beboere på sykehjem innebærer en vanskelig avveining av ulike hensyn. Professor i indremedisin og geriatri Torgeir Bruun Wyller skrev i april 2020:

Det er kommet foruroligende rapporter om hvordan pasienter med alvorlig demens får dramatisk forverret uro, fortvilelse og atferdsforstyrrelser fordi de blir avskåret fra å møte sine nærmeste uten at det er mulig for dem å forstå årsaken. [...] Også her må vi foreta en klok avveining mellom to aktverdige, men til dels motstridende formål: Sårbare eldre skal ikke utsettes for unødig smitterisiko, men sårbare eldre (som ofte uansett har kort forventet gjestående levetid) skal heller ikke utsettes for

inngripende tiltak som gjør symptomtrykket fra kronisk og alvorlig sykdom større enn det allerede er. I enkelte tilfeller vil dispensasjon fra besøksforbudet være gunstig fra et smittevernsynspunkt, fordi det kan gjøre det lettere å få personer med demens til å holde seg i ro og ikke kommer for nær medpasienter og personale. (Wyller 2020)

Wyller understreket i samme artikkel at det å kombinere god demensomsorg med godt smittevern er svært krevende, og at «utfordringene [ikke kan] løses på en god måte uten tilstrekkelig bemanning med god kompetanse» (Wyller 2020).

En sammenligning av tilstanden i eldreomsorgen i de nordiske landene gjennom pandemien viste at personaltettheten i norske sykehjem var langt bedre enn i svenske, inkludert sykepleier- og legedekningen (Szebehely 2020). Arbeidspresset i tjenestene er gjennomgående høyt, men ser ut til å være noe mindre i Norge enn i de andre nordiske landene. Til gjengjeld er Norge det nordiske landet som har størst innslag av korte deltidstillinger. Det at ansatte jobber kort deltid i flere stillinger og dermed beveger seg mellom tjenestesteder, har vært en utfordring med tanke på smittevern (Jacobsen mfl. 2020). Kommisjonen mener likevel at god bemanning og tilgang til mye helsefaglig kompetanse må være en klar styrke og en medvirkende årsak til at det har vært relativt få koronarelaterte dødsfall blant beboere på norske sykehjem.

Hjemmehjelp og hjemmesykepleie

De fleste eldre i Norge bor ikke på sykehjem, men i egne boliger. Mange av disse mottar kommunale tjenester som hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Også disse delene av tjenestene har hatt utfordringer under pandemien, knyttet både til smittevern når personell beveger seg mellom ulike hjem, og til at personellet har blitt omdirigert til andre tjenester, for eksempel vaksinerings.

Helsetilsynet utarbeidet en rapport om smittevern i hjemmetjenestene under koronapandemien.¹⁶³ Rapporten var basert på en kartlegging i juni 2020. Rapporten konkluderte med at kommunene hadde gjort mye for å hindre smitte, men at noen områder pekte seg ut som spesielt sårbare. Sårbarhetene var særlig knyttet til mangel på

¹⁶¹ Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Nasjonalforeningen for folkehelsen, 17. juni 2021.

¹⁶² Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Eldreombudet, 16. juni 2021, «Høringssvar fra Eldreombudet».

¹⁶³ Rapport, Helsetilsynet, november 2020, «Kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunene under koronapandemien». Rapport 8/2020.

Tabell 10.2 Grunner til å redusere, endre eller avslutte hjemmetjenester. Flere svaralternativer mulig.

	Andel kommuner
Etter pasient/bruker/pårørendes ønske	99
Som forberedelse til mulig økt behov for personalressurser til oppgaver knyttet til koronapandemien (i forkant av at det hadde oppstått et konkret behov)	42
Behov for å frigjøre personalressurser til konkrete oppgaver i hjemmetjenesten som oppsto på grunn av koronapandemien	30
Hjemmetjenesten måtte avse personalressurser til andre enheter/oppgaver kommunen knyttet til koronapandemien	14
Annet	39

Kilde: Helsetilsynet

smittevernutstyr og mangel på beredskap i en situasjon der mange ansatte blir syke samtidig.

I denne gjennomgangen fant Helsetilsynet også at hjemmetjenestetilbudet til pasienter eller brukere ble redusert, endret eller avsluttet på grunn av pandemien i 92 prosent av kommunene. Årsakene kommunene oppga, er vist i tabell 10.2.¹⁶⁴

Nesten alle kommunene som hadde redusert eller avsluttet hjemmetjenester, hadde ett eller flere tilfeller der dette var gjort etter ønske fra pasienten/brukeren selv eller dennes pårørende. De øvrige årsakene, som henholdsvis 42, 30 og 14 prosent av kommunene oppga, hadde å gjøre med omdisponering av personalressurser – enten som beredskap eller for å møte konkrete behov som oppsto. I tillegg viser tabellen en relativt stor andel «annet», som kan være et bredt spekter av forhold.

Disse tallene gjelder situasjonen under og rett etter nedstengningen i mars 2020. Kommisjonen mener det er grunn til å tro at andelen brukere og pårørende som vegret seg for å motta hjemmetjenester, er redusert over tid, i takt med økt kunnskap om hvordan viruset smitter, smitteverntiltak og vaksinasjon. I hvilken grad kommunene har videreført praksisen med å omdirigere personell fra hjemmetjenester til andre oppgaver, for eksempel vaksinasjon, finnes det ikke systematisk kunnskap om.

KS gjennomførte en undersøkelse blant kommunale ledere i januar/februar 2021 som kartla i hvor stor grad tilbud innen hjemmesykepleie og praktisk bistand ble opprettholdt. Spørsmålene

om dette ble besvart av mellom 71 og 83 kommuner.¹⁶⁵ Svarene gir klart inntrykk av at praktisk bistand til hjemmeboende ble redusert mer, og for lengre perioder, enn hjemmesykepleie.

20 prosent av kommunene sa de opprettholdt tilbudet til brukere med vedtak om hjemmesykepleie «i svært stor grad», og 45 prosent «i stor grad», i mars–april 2020. Andelene som ga disse svarene, økte til 33 og 56 prosent for mai–juni, og for perioden juli–desember svarte 95 prosent av kommunene at tilbudet innen hjemmesykepleie ble opprettholdt i «stor» eller «svært stor» grad. For praktisk bistand i hjemmet svarte 34 prosent av kommunene at tilbudet ble opprettholdt i «svært stor grad» eller «stor grad» i mars–april 2020. Dette økte til 72,5 prosent i mai–juni og til 78–80 prosent i juli–desember 2020.¹⁶⁶

Både hjemmesykepleien og praktisk bistand kom altså raskt tilbake på plass etter nedstengningen i mars–april. Det er likevel tankevekkende at 20 prosent av kommunene oppga at tilbudet innen praktisk bistand ble opprettholdt i «middels» eller «liten» grad, så sent som i august–desember 2020. Kommisjonen mener dette kan tyde på at kapasiteten var strukket i kommunene i hele 2020, og at praktisk bistand til hjemmeboende var blant de tingene som ble prioritert ned.

Omsorgstjenestene for eldre er en stor arbeidsgiver for helsepersonell i kommunene. Dokumentasjonen kommisjonen har, tyder på at ansatte i disse tjenestene fikk en annerledes arbeidshverdag i mars 2020, men at de i stor grad

¹⁶⁴ Rapport, Helsetilsynet, november 2020, «Kartlegging av smittevern i hjemmetjenestene i kommunene under koronapandemien». Rapport 8/2020. Tabell 7.

¹⁶⁵ Rapport, Deloitte, april 2021, «Kommunesektorens erfaringer fra koronakrisen så langt. Delrapport 2 – Heldøgnsbemannet omsorg og hjemmetjenester».

¹⁶⁶ Rapport, Deloitte, april 2021, «Kommunesektorens erfaringer fra koronakrisen så langt. Delrapport 2 – Heldøgnsbemannet omsorg og hjemmetjenester». Side 38–39.

har fått fortsette å jobbe i de tjenestene de er ansatt i. Omdisponering av personell har vært en gjentatt bekymring i helsestasjoner og skolehelse-tjenester (se punkt 10.2), men kommer i mindre grad opp i rapporteringer om eldretjenestene. Eldre med helseplager har vært aller mest utsatt for alvorlig sykdom og død som følge av koronasmitte, så i den grad kommunene har sett seg nødt til å omdisponere personell, er det rimelig å anta at de har forsøkt å skjerme ansatte som jobbet med denne gruppen spesielt.

Dagtilbud

De største utslagene i KS' undersøkelse finner vi for dagtilbud til sårbare voksne og eldre. Dette omfatter dagsentre og seniorsentre der eldre kan møtes for sosialt samvær, aktiviteter og måltider. Disse tilbudene er ofte brukt som avlastning for pårørende til personer med begynnende demens og kan bidra til at personer med demens kan bo hjemme lenger. Hele 79 prosent av kommunene sa at disse tjenestene fungerte «dårligere enn normalt» i mars–april 2020. Når det gjelder perioden fra og med mai 2020 og ut året, svarte 49 prosent det samme, og bare 37 prosent sa at disse tilbudene var tilbake «som normalt». I kvalitative intervjuer formidlet kommunelederne at det av smittevern hensyn ikke var forsvarlig å holde dagsentre åpne. Noen pekte på at hjemmetjenesten i større grad måtte ivareta bistand til brukere som ikke fikk dagtilbud som følge av nedstengningen.¹⁶⁷

Tallene for hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud som falt bort våren 2020, samsvarer med det som kom fram i en undersøkelse fra Landsforeningen for folkehelsen, som stort sett ble besvart av pårørende til personer med demens.¹⁶⁸ 30 prosent av de pårørende opplevde at hjemme-sykepleie eller hjemmehjelp opphørte eller ble begrenset våren 2020, og 55 prosent opplevde at dagtilbudet opphørte. For ytterligere 13 prosent ble dagtilbudet begrenset. Personer som har kommet langt i forløpet av demens, har ofte vedtak om avlastningsopphold, for eksempel to uker hjemme og to uker på sykehjem. 25 prosent av de pårørende sa at dette falt bort under nedstengningen, mens 23 prosent oppga at de fikk et svært begrenset tilbud.

I lys av dette er det neppe overraskende at 52 prosent av de pårørende svarte at de fikk økt belastning under nedstengningen. En pårørende ble sitert på at «[i] perioder var jeg helt alene med omsorgen for en sterkt hjelpetrengende mann». Nesten 80 prosent sa i undersøkelsen at nedstengningen også hadde påvirket personer med demens negativt. En ble sitert slik: «Hun blir sittende mye alene hele dagen. Viser en sterkt nedadgående kurve med hensyn til livsglede og hukommelse.»

Konsekvensene av sosial isolasjon for eldre er en sentral bekymring for Eldreombudet, og dette ble spilt inn både i høringsuttalelsen til den første rapporten vår og i kommunikasjon med kommisjonen. Bekymringen retter seg både mot eldre på sykehjem som har opplevd begrensninger i muligheten til å motta besøk, og til hjemmeboende som har mistet verdifulle dagtilbud. Eldreombudet pekte blant annet på at treningstilbud og sosiale møtepunkter falt bort, som etter ombudets oppfatning har ført til mindre fysisk aktivitet og økt sosial isolasjon. Eldreombudet etterlyste «en nasjonal exit-strategi for eldres helse og livskvalitet. Å motivere seg ut av en isolert tilværelse kan kreve mer enn det et enkeltmenneske har igjen av ressurser etter mer enn et år med pandemi.»¹⁶⁹

Nasjonalforeningen for folkehelse påpekte også i undersøkelsen vi nevnte tidligere, at hjemmeboende med demens mistet aktivitetstilbud og pleie ved at dagtilbud og hjemmehjelp ble trappet ned mange steder. For pårørende betydde dette at avlastningstilbud forsvant. De fortalte videre at aleneboende med demens kom i en særlig sårbar situasjon, siden bortfallet av tilbud for personer med redusert evne til egenomsorg raskt ville gi alvorlige konsekvenser.

Bortfall av mat og væskeinntak, endring i søvnmønster, tiltakende angst, depresjon og økende grad av forvirring, kombinert med stress og uro som følge av situasjonen, kan bidra til økt kognitiv svikt og fysisk funksjonsfall og behov for større omsorgsnivå.¹⁷⁰

Også eldre uten demensdiagnose har opplevd ensomhet på grunn av smitteverntiltak, og de som hadde begrenset sosial kontakt i utgangspunktet, fikk det verre under pandemien.¹⁷¹

¹⁶⁷ Rapport, Deloitte, april 2021, «Kommunesektorens erfaringer fra koronakrisen så langt. Delrapport 2 – Heldøgnsbe-mannet omsorg og hjemmetjenester». Side 41.

¹⁶⁸ Rapport, Nasjonalforeningen for folkehelse, uten år, «Hun klarer ikke en stengning til». Rapport om personer med demens og koronasituasjonen».

¹⁶⁹ Høringssvar, NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, Eldreombudet, 16. juni 2021, «Hørings-svar fra Eldreombudet».

¹⁷⁰ Rapport, Nasjonalforeningen for folkehelse, uten år, «Hun klarer ikke en stengning til». Rapport om personer med demens og koronasituasjonen».

Tiltak for å kompensere for bortfall av tjenester

Bekymringen for isolasjon og ensomhet blant sårbare eldre var også til stede hos HOD. I revidert nasjonalbudsjett 2020 ble det bevilget 400 mill. kr til en tiltakspakke for sårbare eldre.¹⁷² Formålet med tilskuddet var å bekjempe ensomhet og sikre aktivitetstiltak for eldre. Tiltakspakken omfattet fire tilskuddsordninger:

- opplæring og implementeringsstøtte for å styrke den digitale kompetansen
- aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet
- aktivitetstilbud og besøksverter
- program for frivilligheten for besøk og aktivitet for sårbare eldre

Tiltakene ble utlyst i løpet av høsten 2020. Tiltaket om aktivitetstilbud og besøksverter kom raskt i gang og rettet seg mot eldre personer som er langtidsboende ved sykehjem og i omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Statsforvalterne administrerte ordningen, og disse meldte tilbake til departementet om stor interesse for ordningen og mange gode og godt gjennomførte tiltak.¹⁷³ Blant eksemplene de nevnte, var turer, innkjøp av utstyr for å kunne gjennomføre aktiviteter, digitale konserter, samvær med god mat og innkjøp av enkle digitale plattformer som gjorde det mulig å gjennomføre familiesammenkomster. Tiltakene som hadde fått midler, ble stort sett gjennomført til tross for utfordringer med smittevernet.

For de andre tiltakene i pakken ble det meldt om begrenset aktivitet ett år etter implementeringen. Mange av aktivitetstiltakene for å motvirke ensomhet måtte redusere antall deltagere av smittevern hensyn, og det ble meldt at mange i målgruppen var skeptiske til å ha kontakt med flere enn nærkontaktene sine. Noe planlagt aktivitet ble også utsatt på grunn av smittesituasjonen og smittevernrestriksjoner.¹⁷⁴

For tiltakene for opplæring og implementeringsstøtte og for program for frivilligheten ble det i liten grad rapportert om aktivitet i 2020. Det første av disse tiltakene var rettet mot å motvirke

ensomhet blant eldre gjennom å utvikle og prøve ut teknologiske verktøy, og mange tilskuddsmottagere jobbet fortsatt med utprøving i 2020. Det andre ble iverksatt sent på året og kom i tillegg til flere andre tilskuddsordninger rettet mot samme formål.

Tilskuddsmidlene ble videreført med omtrent samme omfang i 2021. Eldreombudet har argumentert for at effekten av disse midlene, både for 2020 og 2021, bør dokumenteres.¹⁷⁵

Oppsummert om tjenestene til eldre

Rapporten fra KS gir i hovedsak samme inntrykk som innspill fra Eldreombudet og organisasjonene på feltet: Besøksrestriksjonene på sykehjemmene ble lettet betydelig fra mai 2020, men beboere og pårørende har opplevd restriksjoner – av ulik grad og varighet – gjennom hele perioden. Graden og omfanget av restriksjonene er ikke systematisk kartlagt, og det er nok heller ikke mulig å kartlegge presist i etterkant. Avveiningen mellom smittevernet på den ene siden og beboernes psykiske helse og sosiale behov på den andre er vanskelig. Det at beboere og pårørende har opplevd situasjonen som belastende, betyr likevel ikke nødvendigvis at tiltakene har vært uforholdsmessige. Kommisjonen har ikke grunnlag for å vurdere hvilke forholdsmessighetsbetraktninger kommunene har gjort, men anerkjenner at dette er krevende vurderinger.

Kommisjonen vil berømme helsemyndighetene for at de i stor grad har lyktes med å skjerme sårbare eldre gjennom pandemien. Helsedirektoratet publiserte allerede i februar 2020 retningslinjer for å bekjempe koronasykdom i sykehjem, og praksisene som er etablert, kan ha bidratt til at mange dødsfall ble unngått. God personaldekning, inkludert høy andel sykepleiere og tett kontakt med leger, har bidratt til dette utfallet. Situasjonen i Sverige (Szebehely 2020) er en påminnelse om at dette utfallet ikke var gitt.

Helse- og omsorgsinstitusjoner og boliger med heldøgns bemanning ser ut til å ha kommet raskt tilbake til noe nær normaltilstand fra mai 2020, mens ulike former for dagtilbud har lidd under smitteverntiltakene og i perioder enten vært stengt eller hatt begrenset kapasitet. Som gjennomgangen viser, kan begrenset dagtilbud føre til økt press på tjenestene på sikt. Dette skyldes for det første at disse aktivitetene er viktige

¹⁷¹ Rapport, Røde Kors, 2021, «Sånne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg».

¹⁷² Innst. 360 S (2019–2020) *Innstilling fra finanskomiteen om Revidert nasjonalbudsjett 2020, om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet for 2020, om endringer i skatter og avgifter i statsbudsjettet for 2020, om økonomiske tiltak i møte med virusutbruddet og om Redegjørelse av finansministeren om revidert nasjonalbudsjett.*

¹⁷³ Prop. 1 S (2021–2022) *For budsjettåret 2022 – Statsbudsjettet (Gul bok).*

¹⁷⁴ Prop. 1 S (2021–2022) *For budsjettåret 2022 – Statsbudsjettet (Gul bok).*

¹⁷⁵ Notat, Eldreombudet til Koronakommisjonen, 24. januar 2022, «Utdypende innspill fra Eldreombudet til Koronakommisjonen».

for personer med demens, i og med at de gir mental og/eller fysisk stimulans. Faller disse tilbudene bort, er det fare for at sykdommen forverres raskere enn den ellers ville gjort. For det andre gir slike dagtilbud pårørende til personer med demens kjærkommen avlastning og bidrar til at det hjelpetrengende familiemedlemmet kan bo hjemme lenger.

Kommunale tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne

Noen av problemstillingene knyttet til eldre er også relevante for personer med nedsatt funksjonsevne. Det gjelder ikke minst begrensninger på besøk i private hjem i bofellesskap/omsorgsboliger, som vi kritiserte i den forrige rapporten vår.

Funksjonshemmede er en sammensatt gruppe, og diskusjonen om pandemiens konsekvenser for personer med nedsatt funksjonsevne bør gjenspeile mangfoldet av utfordringer og erfaringer. I den grad personer i disse gruppene har hatt spesielle utfordringer gjennom pandemien, er det ikke bare knyttet til at tjenester har falt bort, men også til at bruken av digitale verktøy har økt, i tillegg til smitteverntiltakene i seg selv. På et nettseminar om rettigheter for personer med funksjonsnedsettelse under pandemien holdt leder i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) et innlegg der hun blant annet pekte på følgende:¹⁷⁶

- Rullestolbrukere har hatt utfordringer med å bevege seg rundt og reise kollektivt. Noen sjåfører har holdt på meteren og nektet å tilby assistanse til ombordstigning og underveis.
- Synshemmede har hatt problemer med å holde én meters avstand til andre og å finne desinfiseringsstasjoner i butikker og lignende. De har også hatt problemer med å delta på digitale møter.
- Hørselshemmede har hatt utfordringer med informasjon og med å lese på munnen når bruken av munnbind er så utbredt.
- Mennesker med kroniske og nevrologiske sykdommer har hatt utfordringer med oppfølging i helsevesenet, kontroller, behandling, terapi, rehabilitering og trening.
- Mennesker med kognitive utfordringer, spesielt barn og ungdom, har hatt utfordringer med digital undervisning og møteplasser.

- Rettigheter og individuelle vedtak har blitt satt på vent, både innen helse, skole og personlig assistanse (BPA). I noen tilfeller er de direkte brutt, som i tilfellene der mennesker med utviklingshemming har opplevd inngripende og ulovlige tiltak i egne hjem med adgangskontroll og besøksforbud.

FFO gjennomførte en undersøkelse blant medlemsorganisasjonene sine i desember 2020.¹⁷⁷ Dette var en oppfølging til en tilsvarende undersøkelse som ble gjennomført kort tid etter gjenåpningen.¹⁷⁸

Oppfølgingsundersøkelsen viste at så mange som 22 prosent – per desember 2021 – fortsatt ikke fikk det tilbudet de vanligvis hadde innen terapi og trening, mens 19 prosent ikke hadde normalt tilbud med tanke på behandling, kontroller og oppfølging i helsevesenet. 6 prosent sier at de har mistet så mange tilbud at livet er snudd opp ned.

Samtidig var det få som sa at de hadde mistet tilbud eller tjenester som transport, dagaktivitet, avlastning eller tolketjenester. Det at en håndfull respondenter oppga at de hadde mistet en eller flere av disse tilbudene, er likevel et tegn på at ikke alle tjenestene var helt tilbake selv om det hadde gått et halvt år etter gjenåpningen. En betydelig andel av dem som hadde vært berørt av stengte eller reduserte tjenester, oppga også at kommunikasjonen rundt varigheten på begrensningene hadde vært utilfredsstillende.

44 prosent av respondentene i undersøkelsen sa at de ikke hadde opplevd langsiktige konsekvenser av et redusert tilbud i en periode. Samtidig sa 34 prosent at de hadde opplevd forverring i fysisk helsetilstand, økte smerter eller ubehag. 24 prosent sa at de hadde opplevd forverring i psykisk helsetilstand, og 18 prosent oppga forverring i funksjonsgrad. Få sa at de hadde fått kompenserte tiltak som erstatning for tilbudene de hadde mistet.

Noen respondenter i FFOs undersøkelse hadde unnlatt å bruke eksisterende tilbud av smittevern hensyn eller fordi tjenestene etter deres oppfatning var underbemannet eller manglet tilbud om tolk. En god del hadde levd isolert fordi de var svært redde for sykdom. Kombinasjonen av selvisolasjon og at enkelte tjenester hadde falt bort eller blitt redusert, hadde klare konsekvenser.

¹⁷⁶ Innlegg, nettseminar arrangert av Helsedirektoratet og samarbeidspartnere, leder i FFO Berit Therese Larsen, 18. januar 2022, «Rettigheter for personer med funksjonsnedsettelse under pandemien».

¹⁷⁷ Undersøkelse, FFO, januar 2021, «Covid-19. Langsiktige konsekvenser for funksjonshemmede og kronisk syke».

¹⁷⁸ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 182 og 408.

ser for livskvaliteten til den enkelte. Disse tendensene ble bekreftet i en undersøkelse som organisasjonen Unge funksjonshemmede gjennomførte i samarbeid med Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) sommeren 2020 (Kongsgaard 2020).

Helsetilsynet gjennomførte i samarbeid med Brukerrådet i Helsetilsynet en undersøkelse høsten 2020 om pasient- og brukererfaringer under koronapandemien.¹⁷⁹ Undersøkelsen kombinerte ulike metoder: et spørreskjema som seks brukerorganisasjoner sendte til medlemmene sine, et fokusgruppeintervju med ni unge voksne (19–28 år) og individuelle intervjuer med tre unge medlemmer av Landsforeningen for barnevernsbarn. Organisasjonene som svarte på spørreskjemaet, var Kreftheforeningen, Norges Parkinsonsforbund, Norges Handikapforbund og Norsk Forbund for Utviklingshemmede.¹⁸⁰

Resultatene fra denne undersøkelsen viste at over halvparten opplevde at tjenestetilbudet ble redusert sammenlignet med før pandemien, mens om lag en tredjedel opplevde at tjenestene fortsatte som før. Når gruppene med behov for omfattende tjenester og de med behov for sammensatte tjenester ble skilt ut som særlig sårbare grupper, kom det fram at disse to gruppene hadde opplevd at tjenester falt bort i enda større grad enn resten: 65 prosent av brukerne med behov for sammensatte tjenester og 55 prosent med behov for omfattende tjenester hadde opplevd at tjenestene falt helt bort eller ble redusert.

Brukerne med behov for sammensatte tjenester sa også oftere enn andre at helsetilstanden deres var blitt dårligere eller mye dårligere under pandemien (38 prosent mot 23 prosent i sammenligningsgruppen). Ikke overraskende fant denne undersøkelsen også at andelen som hadde fått dårligere helse, var langt høyere blant dem som opplevde at tjenestetilbudet hadde blitt redusert, enn blant dem som hadde et uendret tjenestetilbud: 50 mot 18 prosent.

Det var lignende mønstre for livskvalitet: Andelen som hadde opplevd at livskvaliteten sank, var størst blant dem med omfattende eller sammensatte tjenestebehov og blant dem som hadde opplevd at tjenestetilbudet ble redusert. Som i undersøkelsen til FFO var mange lite fornøyde med kommunikasjonen om stengning, begrens-

ning og åpning av tiltak, og svært få oppga at de hadde noen form for medvirkning eller medbestemmelse da tilbudet deres ble endret. Brukerne i fokusgruppen fortalte at for lite informasjon skapte utrygghet og uforutsigbarhet.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i september 2020, altså om lag fire måneder etter den første gjenåpningen. Av dem som opplevde at tjenestetilbudet ble redusert under nedstengningen, sa hele 60 prosent at de opplevde tilgangen på tjenester som dårligere eller langt dårligere enn de hadde vært før pandemien. 35 prosent sa at tjenestene var tilbake som normalt i september. Beregnet som andel av respondenter med omfattende og/eller sammensatt tjenestebehov sa 45–47 prosent at tilgangen på tjenester fortsatt var dårligere enn den hadde vært.

Undersøkelsen til Helsetilsynet viste også klart at pårørende hadde gitt mer hjelp og bistand under pandemien. Om lag en fjerdedel av de pårørende sa de hadde gjort mer fordi de var redde for smitte, mens 75 prosent ikke oppga smittefrykt som en sentral grunn. Det var særlig pårørende til brukere med sammensatte tjenestebehov som hadde gjort mer.

Som for eldre mottagere av kommunale tjenester var det særlig de sosiale tilbudene og avlastningstilbudene som ble skadelidende gjennom pandemien. Om lag 25 prosent av dem som svarte på spørsmål om «avlastningsbolig/barnebolig, privat avlaster», sa at tilbudet hadde falt helt bort. 45 prosent opplevde at ulike typer dag- og aktivitets-tilbud (støttekontakt, dagsenter, tilrettelagt arbeid, lavterskelkafe osv.) falt bort, mens 35 prosent opplevde at slike var tilgjengelige i mindre grad enn før.

En kvalitativ undersøkelse av familier med funksjonshemmede barn kaster mer lys over reduksjonene i tjenestetilbudet og hvordan det påvirket tjenestemottagere og pårørende (Bøhler og Ugreninov 2021). Undersøkelsen er basert på dybdeintervjuer med åtte foreldre til barn med funksjonsnedsettelse.

Intervjuene handler om det som skjedde under nedstengingen i mars/april 2020, og foreldrene forteller at de nærmest over natten mistet sentrale tilbud til barna sine: spesialundervisning, helsetilbud, avlastning og BPA. I denne situasjonen etterlyste de en mer proaktiv holdning fra myndighetene og tilgang til kompenserende tiltak. Koordinatorordningene i kommunen, i den grad slike fantes, fungerte dårlig for mange av familiene under pandemien, og foreldrene endte i stor grad med å koordinere tjenestetilbudet til barna selv.

¹⁷⁹ Rapport, Helsetilsynet, 2020, «Pasient- og brukererfaringer med tjenester under koronapandemien 2020». Rapport 6/2020.

¹⁸⁰ To andre organisasjoner sendte undersøkelsen til medlemmene sine, men mottok så få svar at de er utelatt fra analysene.

Dette var spesielt en utfordring for familier med begrensede ressurser og familier med innvandrerbakgrunn, som slet med å finne fram i de ulike tilbudene og skrive søknader slik at de ble formelt riktige. For mange av barna var ikke hjemmeskole noe alternativ, så opplæringen falt i realiteten bort – eller så forsøkte foreldrene å bidra i hjemmeundervisningen samtidig som de sto i jobb.

Tiltak rettet mot arbeidsinkludering

Mange med funksjonsnedsettelse trenger tilrettelegging for å skaffe og holde på en jobb. Nedstengningen i mars 2020 førte til en «sjokkdigitalisering» av norsk arbeidsliv, i den forstand at arbeidstakere på hjemmekontor raskt måtte venne seg til digitale møter og samarbeidsplattformer.

Et forskningsoppdrag initiert av Nordisk ministerråd i 2019 (Gulliksen mfl. 2021) skulle undersøke om det fantes dokumentasjon som viste at tekniske og digitale løsninger blir brukt for å gjøre det lettere for personer med funksjonsnedsettelse å få eller beholde en jobb. I den grad dette var tilfellet, ville det vært svært relevant for diskusjonen om arbeidsinkludering for personer med funksjonsnedsettelse i arbeidslivet som vokste fram i perioden med smitteverntiltak. Forskerne konkluderte med at kunnskapsgrunnlaget var tynt, og at mulighetene som kunne ligge i nye digitale løsninger, så ut til å ha blitt brukt i liten grad til å lette inkluderingen av personer med funksjonshemming (Gulliksen mfl. 2021).

Dette har sammenheng med at arbeidsplassene i liten grad etterspør slik teknologi, og at det er lite dialog mellom aktører i Norden som jobber med hjelpemidler til funksjonshemmede, og aktører som driver digital innovasjon. De digitale virkemidlene har ofte mangler med tanke på universell utforming og tilgjengelighet, noe som skaper barrierer for personer med nedsatt syn og hørsel, kognitive vansker og motoriske utfordringer (Fuglerud mfl. 2021).

Studien til Nordisk ministerråd så ikke spesielt på konsekvensene av pandemien, men kommisjonen mener det er grunn til å tro at de generelle utfordringene – særlig knyttet til mangler ved universell utforming av digitale kommunikasjonsverktøy – også gjorde seg gjeldende under pandemien. Dette innebærer at personer med behov for tilrettelegging neppe fikk enklere arbeidsliv på grunn av mer digital kommunikasjon. Det innebærer også at mange brukere av omsorgstjenester kan ha hatt vanskelig for å kommunisere

med tjenesteyterne når de måtte kontakte disse på digitale plattformer.

NAV er en viktig tjenesteyter og formidler en rekke tiltak for personer som står utenfor arbeidslivet. Mange av de aktuelle brukerne av disse tiltakene har utfordringer som innebærer at de har en lang vei til arbeidsmarkedet, som dårlig kjennskap til norsk språk, ruslidelser eller psykiske vansker.

Tilbyderne som jobber med kurskonsepter for NAV, har måttet legge om driften helt eller delvis som følge av smitteverntiltakene. Mange måtte finne alternative måter å følge opp brukerne på. Fafo har i samarbeid med Unge funksjonshemmede og NHO Arbeid og inkludering hentet inn kunnskap om hvordan dette ble praktisert for tiltaket Arbeidsforberedende trening (AFT). Dette er et oppfølgingstiltak i NAV som blir tilbudt gjennom forhåndsgodkjente leverandører (Holte og Strand 2021).¹⁸¹ Tiltaket er rettet mot personer med følgende utfordringer:

- helseproblemer og sosiale problemer
- rus, ofte i kombinasjon med mangelfull utdanning
- svake grunnleggende ferdigheter
- liten eller ingen arbeidserfaring

I perioden med nedstengning tok arbeids- og inkluderingsbedriftene i bruk en rekke ulike digitale verktøy, med særlig vekt på dem som var utviklet for veiledning innen karriere og livsmestring eller kompetansetiltak. For noen ble dette en katalysator for å ta i bruk de digitale verktøyene som fantes (Holte og Strand 2021).

Det var likevel forskjeller mellom bedriftene i hva slags infrastruktur de hadde på plass før nedstengningen, og hvor god digital kompetanse veilederne hadde. Veilederne beskrev situasjonen som krevende, men ikke uten positive erfaringer. Mer digital kontakt ga mer fleksibilitet og sparte i mange tilfeller deltagerne for lang reisevei.

AFT innebærer likevel mye arbeid med rutiner og motivasjon, og dette arbeidet hadde klart vært skadelidende. Veilederne uttrykte bekymring for hvordan isolasjonen under smitteverntiltakene påvirket deltagerne med sosial angst, som trengte å venne seg til å omgå kollegaer og andre i trygge omgivelser. Deltagere som manglet grunnleggende språkferdigheter eller digital kompetanse, hadde hatt vanskelig for å dra nytte av digi-

¹⁸¹ Dette innebærer at det ikke er nødvendig å lyse ut tiltaks-konseptet i en åpen anbudskonkurranse. Forhåndsgodkjente leverandører er typisk arbeids- og inkluderingsbedrifter.

tal oppfølging. På den mer positive siden opplevde iallfall noen veiledere at ansvaret for hvem som skulle følge opp hvilke brukere, hadde blitt tydeligere, og dette hadde gjort det mulig for dem å komme tettere på «sine» brukere gjennom kontakt på Teams, telefon eller SMS.

Oppsummert om tjenester til personer med funksjonsnedsettelse

Som nevnt er det begrenset hvor mye informasjon som finnes om tjenestene til personer med funksjonsnedsettelse, og de undersøkelsene som finnes, har en relativt kort tidshorison. Tre observasjoner framstår likevel som godt dokumentert:

For det første mistet mange tjenester i den tidlige fasen av pandemien, og det har tatt lang tid å få disse tjenestene tilbake til normalt.

For det andre er tjenestene viktige for brukerne, og relativt mange rapporterte om at de fungerte dårligere og/eller hadde dårligere livskvalitet selv etter relativt korte perioder uten tjenester. Dette gjelder også bortfall av tjenester som ikke er knyttet til grunnleggende daglig fungering,

som støttekontakt, tilrettelagt arbeid, trening og annet dagtilbud.

For det tredje har pårørende lagt ned en betydelig innsats for å dekke opp for de tjenestene som har manglet. Informasjonen om hvilke konsekvenser dette har hatt for de pårørende, på kort og lengre sikt, er begrenset, men mange har utvilsomt opplevd en betydelig belastning. Dette går ikke minst fram av undersøkelsen av familier med funksjonshemmede barn.

I et læringsperspektiv mener kommisjonen det er nødvendig at myndighetene ser nærmere på hvorfor det har tatt så lang tid å få tjenestene tilbake til normalen, og hvilke konsekvenser begrensninger i tjenestene har fått for brukerne og deres pårørende. Årsakene er sannsynligvis sammensatte.

Tjenester til nyankomne flyktninger

Norske kommuner som bosetter nyankomne innvandrere, påtar seg samtidig et ansvar for å tilby oppfølging og opplæring innenfor et introduksjonsprogram. Fram til 1. januar 2021 var dette



Figur 10.14 Ansatte i Sisters of Business, et sosialt entreprenørskap, syr smittevernsfrakker.

Foto: Terje Bendiksby / NTB

regulert av introduksjonsloven,¹⁸² som deretter ble erstattet av integreringsloven.¹⁸³

Introduksjonsprogrammet er et individuelt tilpasset program på fulltid som har til hensikt å styrke brukernes muligheter til å delta i norsk samfunns- og arbeidsliv. Programmet retter seg mot flyktninger (asylsøkere med opphold og overføringsflyktninger), personer som har fått opphold på humanitært grunnlag, personer som har kommet som følge av familiegienforeninger med noen i disse gruppene, og enkelte andre grupper nyankomne innvandrere. Aldersmessig er tilbudet avgrenset til personer mellom 18 og 55 år. Programmet skal som et minimum inneholde opplæring i norsk og samfunnskunnskap i tillegg til arbeids- og utdanningsrettede tiltak. Etter integreringsloven, som trådte i kraft 1. januar 2021, skal programmet også inneholde kurs i livsmestring.

I henhold til den tidligere introduksjonsloven kunne introduksjonsprogrammet vare i inntil to år med mulighet for forlengelse til tre hvis dette kunne styrke målsettingene i den individuelle planen til brukeren. Etter den nye integreringsloven kan programmet vare i inntil fire år for enkelte deltagere. Integreringsloven har dessuten noe mer fleksibilitet og individuell tilpasning i introduksjonsprogrammet enn det som fulgte av introduksjonsloven. Nyankomne personer som ikke er i målgruppen for introduksjonsprogrammet, kan ha rett og plikt til opplæring i norsk og samfunnskunnskap.¹⁸⁴

Den 12. mars 2020 ble opplæringen som nyankomne innvandrere hadde krav på innenfor introduksjonsprogrammet, stengt for fysisk oppmøte i kommunene, og tilbudet forble stengt fram til 11. mai 2020. Kommunene startet raskt med å finne alternative måter å holde programmet i gang på, og IMDi – som har fagansvar for introduksjonsprogrammet – søkte også etter mulig kompensasjon (se punkt 10.3).

Den 27. mars 2020 ble det innført en midlertidig forskrift med hjemmel i koronaloven.¹⁸⁵ Forskriften slo fast at deltagere i introduksjonsprogrammet og innvandrere som fikk opplæring i

norsk og samfunnskunnskap, skulle få et tilbud, selv om undervisningsstedet var stengt, med mindre det ikke var mulig å tilby opplæringen via digitale hjelpemidler eller på andre måter. Forskriften tydeliggjorde også at fravær under covid-19-utbruddet skulle legges til programmets varighet.

Da koronaloven ble opphevet 27. mai 2020, ble bestemmelsene i den midlertidige forskriften forlenget i en ny midlertidig lov om tilpasninger i introduksjonsloven. Denne skulle bidra til å redusere konsekvensene av utbrudd av covid-19.¹⁸⁶ Den midlertidige loven sier at deltagere i ordningene etter introduksjonsloven i størst mulig grad skal kunne få et tilbud etter loven når utbrudd av covid-19 påvirket gjennomføringen, og at de skal få introduksjonsstønning for hele perioden de deltok i programmet. IMDi skriver i årsrapporten for 2020 at «regjeringens integreringspakke samt midlertidig lov for tilpasninger i introduksjonsloven har bidratt til å avhjelpe konsekvensene av pandemien».¹⁸⁷

Tiltakene i den midlertidige forskriften om introduksjonsprogrammet, som deretter ble avløst av den midlertidige loven om tilpasninger i introduksjonsloven, hadde konsekvenser for budsjettene til kommunene. For å kompensere for dette fikk kommunene 250 mill. kr til forlengede introduksjonsprogrammer for deltagere som var i slutfasen av programmet. Videre ble det bevilget 161 mill. kr for å utvide tiden med opplæring i norsk og samfunnskunnskap i inntil seks måneder for personer som avsluttet retten og plikten til opplæring i 2020 (norsktilskudd). I tillegg økte bevilgningene til tilskuddsordningen Jobbsjansen (25 mill. kr),¹⁸⁸ karriereveiledning for deltagere i introduksjonsprogrammer (10 mill. kr, kanalisert til fylkeskommunene) og tilskuddsordningen for å øke bruken av nettbasert opplæring (10 mill. kr). Denne samlede pakken fikk navnet Integreringspakke I og hadde et samlet budsjett på 456 mill. kr for å redusere konsekvensene pandemien hadde for deltagere i introduksjonsordningene.

Integreringspakke I ble fulgt opp av integreringspakke II, vedtatt i mars 2021, og integreringspakke III, vedtatt slutten av juni 2021. Begge disse pakkene innebar flere forlengelser av de til-

¹⁸² Lov av 4. juli 2003 nr. 80 om introduksjonsordning og norskopplæring for nyankomne innvandrere, kapittel 2.

¹⁸³ Lov av 6. november 2020 nr. 127 om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid, kapittel 4. Personer som har fått oppholdstillatelse etter 1. januar 2021, omfattes av reglene i denne loven, jf. § 50.

¹⁸⁴ Se den tidligere introduksjonsloven kapittel 2 og den gjeldende integreringsloven kapittel 6.

¹⁸⁵ FOR-2020-03-27-474 Midlertidig forskrift 27. mars 2020 nr. 474 om tilpasning i lovgivningen om opplæring i mottak, introduksjonsprogram og opplæring i norsk og samfunnskunnskap som følge av utbrudd av Covid-19.

¹⁸⁶ Midlertidig lov av 26. mai 2020 nr. 53 om tilpasninger i introduksjonsloven for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av covid-19.

¹⁸⁷ Rapport, IMDi, 22. mars 2021, «Årsrapport for IMDi 2020». Side 41.

¹⁸⁸ Jobbsjansen er en tilskuddsordning med hovedmål om å øke sysselsettingen blant hjemmeværende innvandrerkvinner som står langt fra arbeidsmarkedet, og som har behov for grunnleggende kvalifisering.

gjengelige tiltakene, inkludert kompensasjon til kommunene for merutgiftene.

Integreringspakke I og midlertidig lov om tilpasninger i introduksjonsloven er evaluert av NIBR ved OsloMet (Hernes mfl. 2021a og Hernes mfl. 2021b).¹⁸⁹ Evalueringen konkluderte med at den utvidede programtiden for introduksjonsprogrammet var kjærkomment og ble mye brukt. I snitt ble programtiden for deltagerne utvidet med 2,4 måneder sammenlignet med året før pandemien. Den ble oftest utvidet i kommuner der smittetrykket hadde vært høyt. Evalueringen viste videre at om lag en fjerdedel av kommunene hadde tilbudt utvidet norskopplæring til alle eller mange av deltagerne.

Intervjuene med aktørene i kommunene tydet på at kommunene ikke hadde oppfattet at retten til utvidet norskopplæring var en rettighet som ikke skulle være behovsprøvd på samme måte som utvidet programtid (Hernes mfl. 2021b, side 45). I forbindelse med Integreringspakke II våren 2021 informerte IMDi aktivt kommunene om denne distinksjonen (Hernes mfl. 2021b).

Noen av tiltakene i den midlertidige forskriften om introduksjonsprogrammet foregrep nye tiltak som kom i integreringsloven som trådte i kraft 1. januar 2021. Dette gjaldt karriereveiledning og muligheten til å innføre sluttmaal. Disse tiltakene ble ifølge evalueringen mindre brukt, og flere ga uttrykk for at det kan ha vært vanskelig for kommunene og fylkeskommunene å innføre nye tiltak i en pandemisituasjon. På disse punktene kunne aktørene trenge mer veiledning (Hernes mfl., 2021b).

Gjennomgående finner evalueringen at informasjonen og veiledning til aktørene – kommunene, fylkeskommunene og statsforvalterne – ikke har nådd helt fram, til tross for at de statlige aktørene (IMDi og Kompetanse Norge) gjorde alt slik som de skulle. Det samme gjaldt informasjon om hvor mye ekstra midler som ville følge med til kommunene. Evalueringen påpeker derfor:

En viktig lærdom fra denne prosessen er likevel at hvis man ønsker iverksetting av tiltak i en såpass kaotisk situasjon som mange aktører har befunnet seg i under pandemien, med stadige endringer fra ulike statlige aktører, så er det nødvendig med en ekstrainsats for å sikre at relevante aktører blir oppmerksomme på nye oppgaver og lovendringer. (Hernes mfl. 2021b, side 8)

Fafo har kartlagt praksisen i kommunene gjennom perioden med de strengeste tiltakene våren 2020 (Kavli og Lillevik 2020). Datamaterialet inkluderer en spørreundersøkelse på nettet til ansvarlige for introduksjonsprogrammer, som ble gjennomført i juni 2020, og telefon- og videointervjuer med kommunale ledere i fire kommuner.

Kartleggingen viste at deltagerne i introduksjonsprogrammet hadde fått et mer begrenset tilbud i perioden fra 12. mars til 29. mai. 40 prosent av kommunene svarte at tilbudet hadde vært noe mindre omfattende, mens 36 prosent sa det hadde vært langt mindre omfattende. Bare 5 prosent svarte i undersøkelsen at de hadde klart å opprettholde et like omfattende opplæringstilbud som før pandemien. Det var spesielt tilbudet om språkpraksis som falt bort i perioden, mens den kursbaserte norskopplæringen ble opprettholdt. Denne holdt likevel lavere kvalitet, etter mange informanternes mening.

Kommunene i undersøkelsen fortalte at deltagerne i opplæringen hadde ulike forutsetninger for å dra nytte av det alternative tilbudet kommunen etablerte. Deltagere med utdanning utover minimum fra opprinnelseslandet, god digital kompetanse og en del norskferdigheter sto bedre rustet enn andre i perioden da opplæringen hovedsakelig ble gitt digitalt.

Arbeidspraksis er en viktig del av introduksjonsprogrammet, og de aller fleste kommunene i Fafos undersøkelse hadde deltagerne i praksis eller på vei ut i praksis da nedstengningen ble iverksatt. Halvparten av kommunene i denne situasjonen oppga at alle deltagerne mistet praksisplassen på grunn av nedstengningen, og 31 prosent svarte at dette skjedde med over halvparten. Færre enn 10 prosent av kommunene svarte at alle eller over halvparten fikk et alternativt arbeidsrettet tilbud, og seks av ti kommuner oppga at deltagerne ikke fikk noe arbeidsrettet tilbud i det hele tatt.

En del av problemet var at arenaer som hadde vært mye brukt til arbeidstrening i kommunene – barnehager, skolefritidsordninger, kantinedrift og deler av helse- og omsorgssektoren – stengte ned eller reduserte kapasiteten betraktelig, slik at mulighetene til å lage en praksisplass forsvant. Lederne uttrykte bekymring for at deltagerne som nærmet seg slutten av introduksjonsprogrammet, og som skulle hatt en intens jobbsøkerperiode med tett oppfølging, kom ut av sporet de var i da nedstengningen kom. Dette var en periode med svært høy arbeidsledighet i Norge – selv om ikke alt var reelt siden permitterte utgjorde en høy andel – og lederne fryktet for hvordan deltagerne deres ville klare seg i konkurransen med

¹⁸⁹ NIBR evaluerer også Integreringspakke II. Denne evalueringen er ikke avsluttet.

alle andre som var på jakt etter jobb når landet åpnet igjen.

I kartleggingen ba Fafo lederne for introduksjonsprogrammet også om å vurdere den «digitale infrastrukturen» til deltagerne og de ansatte i programmet. Dette var aktuelt når mye av undervisningen skulle bli gitt digitalt. «Digital infrastruktur» kunne for eksempel være datamaskiner, nettverk, programmer og læringsressurser (Kavli og Lillevik 2020, side 33).

26 prosent av lederne svarte at dårlig digital infrastruktur hos deltagerne i stor grad har vært et hinder for oppfølgingsarbeidet, mens 51 prosent opplevde det som et hinder «i noen grad». I en mindre andel av kommunene var tilsvarende mangel på infrastruktur for ansatte et hinder.

Kommunene opplevde at deltagerne hadde gamle datamaskiner, lite oppdatert programvare og dårlig internettforbindelse, eller at det var mange i husholdningen som hadde behov for å bruke samme datamaskin. Sammenligninger av situasjonen slik den var 12. mars kontra den første uken i juni (slik lederne for programmene vurderte det i midten/slutten av juni), tyder imidlertid på at kommunene prioriterte å forbedre deltagerens «digitale infrastruktur» gjennom nedstengningen, slik at de ble i stand til å sende inn oppgaver på nett, spille av opplæringsvideoer og delta i videomøter (Kavli og Lillevik 2020, side 34).

Basert på kartleggingen kort tid etter nedstengningen peker Kavli og Lillevik (2020) på følgende læringspunkter:

- Koronakrisen viste at digital oppfølging er mulig også for deltagere med lite utdanning og kort botid i Norge hvis de får god individuell oppfølging og får digital infrastruktur på plass.
- Det kan finnes muligheter for å øke effektiviteten og kvaliteten gjennom kombinasjoner av digital og fysisk opplæring. Slike kombinasjoner kan blant annet gjøre det mulig å skape kontinuitet for personer som av ulike grunner får avbrudd fra programmet, for eksempel kvinner i foreldrepermisjon. Forskerne mener det vil være verdt å undersøke om det er mulig å utvikle digitale plattformer for å tilby vedlikehold av norskferdighetene og noe mer individuell oppfølging i permisjonstiden.
- Det er store variasjoner i deltagerens utgangspunkt for å dra nytte av digital undervisning. Digitale møter fungerer godt for å opprettholde sosial kontakt, svare på konkrete spørsmål og formidle grunnleggende informasjon, men det ligger store utfordringer i å bruke digitale verk-

tøy som læringsarena for deltagere med lite skolebakgrunn.

En annen faktor som har hatt betydning for introduksjonsprogrammet i mange kommuner, er at det kom langt færre innvandrere som skulle bosettes, til Norge i 2020. IMDi og UDI justerte i juni 2020 ned prognosene for bosettingsbehovet fra 5120 til 3600 personer. Dette skyldes hovedsakelig den midlertidige stansen i bosettingen av overføringsflyktninger, men også en sterk reduksjon i nye asylsøkere på grunn av reiserestriksjonene i Europa og resten av verden. Dette førte til at 2819 flyktninger bosatte seg i Norge i 2020, noe som utgjorde 54 prosent av det antallet kommunene i utgangspunktet ble bedt om å bosette.¹⁹⁰

Dette har naturligvis hatt konsekvenser for kommunenes arbeid med integreringsprogrammet. I mange kommuner har programmet hatt langt mindre omfang enn antatt, eller det har falt helt bort. Tilpasningene i introduksjonsprogrammet og overgangen til den nye integreringsloven har dermed skjedd i en situasjon der antallet brukere er på et historisk lavt nivå.

Hvordan dette vil spille seg ut over tid, etter pandemien, avhenger av en rekke faktorer. Det er heller ikke mulig å fullt ut evaluere hvordan det å delta i introduksjonsprogrammet under en pandemi har påvirket deltagerne og deres utgangspunkt i Norge, men gjennomgangen her tyder på at kommunene har gjort mye godt arbeid og raskt blitt tilført ressursene de trengte. Utfallene over tid for deltagerne i introduksjonsprogrammet varierer mellom kommunene og med en rekke trekk ved deltagerne (Kavli og Djuve 2015). Det er usikkert om disse mønstrene vil være vesentlig påvirket av at enkelte kohorter av programdeltagere gjennomførte programmet i en periode med strenge smitteverntiltak.

Funn og anbefalinger

Norske myndigheter har i stor grad lyktes i å beskytte sårbare eldre mot smitte og dermed mot koronarelatert sykdom og død. Noen av de vanskelige vurderingene kommunene har måttet gjøre under pandemien, har vært å veie faren for smitte og dermed strenge smitteverntiltak opp mot brukernes sosiale og praktiske behov og livskvalitet. Kunnskapen vi har, tyder på at kommunene stort sett opprettholdt tjenestene knyttet til liv og helse, men at de sosiale tilbudene – dagakti-

¹⁹⁰ Rapport, IMDi, 22. mars 2021, «Årsrapport for IMDi 2020». Side 26.

viteter, støttekontakt og avlastning – i større grad ble begrenset.

Kommisjonen regner med at det har hatt konsekvenser for brukernes livskvalitet, og i en del tilfeller også for helsetilstanden og mestringen, at de sosiale tilbudene har blitt begrenset. Vi er ikke i tvil om at mange pårørende har gjort en formidabel innsats for å kompensere for at offentlige tilbud ble redusert eller falt bort. Disse erfaringene bør bli nærmere utredet og etter kommisjonens syn ligge til grunn for diskusjonene i normalsituasjonen om hvordan pårørendes innsats kan bli verdsatt og eventuelt kompensert: De pårørende utgjør en sentral del av kriseberedskapen for eldre og personer med funksjonshemming.

Gjennomgangen av tjenestene til nyankomne innvandrere til Norge skiller seg ut i dette kapitlet ved at de er evaluert av eksterne forskningsaktører. Kommisjonen er ikke kjent med at det finnes tilsvarende evalueringer for tilstanden i de kommunale tjenestene til eldre eller personer med funksjonsnedsettelse gjennom pandemien. Kunnskapen om dette kommer i større grad fra organisasjonene på feltet, supplert med kunnskapsinnhentinger i regi av Helsetilsynet. En annen forskjell er at den ekstra ressursinnsatsen for nylig bosatte er kanalisert til kommuner og fylkeskommuner, mens ekstra ressurser til innsats for eldre og personer med funksjonsnedsettelse i stor grad har gått til frivillige aktører.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at det gjøres eksterne evalueringer av hvordan de kommunale tjenestene rettet mot eldre og personer med funksjonsnedsettelse har fungert under pandemien. Slike evalueringer bør kartlegge i hvor stor grad tilbudene har vært begrenset, hvorfor det eventuelt tok tid å få tjenestene tilbake til normalen, og hvilke konsekvenser det har fått for brukerne og deres pårørende at tjenestene ble begrenset.
- Kommisjonen anbefaler videre at det bør evalueres hvordan de betydelige tilskuddsmidlene som har gått til frivillige organisasjoner, er brukt.

Fordi det finnes få evalueringer, er også kunnskapsgrunnlaget tynt. Kunnskapen vi har, tyder likevel på at det tok tid før de kommunale tjenestene til eldre og funksjonshemmede var fullt tilbake etter nedstengningen i mars–april 2020. Dette er den samme konklusjonen som i gjennomgangen av tjenestene til barn og unge, og den

peker på det flere aktører har uttrykt, nemlig at det er lettere å stenge enn å åpne igjen.

Gjennom vår granskning mener vi også å ha holdepunkter for at kommunene sentralt eller de enkelte tjenesteyterne har «lagt på litt» når de bestemmer hvilke smitteverntiltak som skal gjelde for tjenestene. Dette kan skyldes at de ønsker å være på den sikre siden. Dette tilsvarer det vi mener å ha sett for tilbudene til barn og unge. I og med at mange av brukerne til tjenestene vi har omtalt i dette kapitlet, var i risikogruppene dersom de ble smittet, kan dette ha vært godt begrunnet.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler en evaluering av om de ulike kommunene traff riktig nivå. I en slik evaluering bør også kommunikasjon med brukere og pårørende inngå. Erfaringene fra evalueringene bør inngå i planverk for framtidige pandemier.

10.6 Avslutning og overordnede anbefalinger om sårbare grupper

I dette kapitlet har vi gått gjennom situasjonen til barn, unge og studenter, innvandrere og språklige minoriteter, og vi har sett på tilstanden i de kommunale tjenestene.

Hovedinntrykket er at institusjonene langt på vei har oppfylt rollen sin og funksjonene sine til tross for krevende omstendigheter. Skolene og de høyere utdanningsinstitusjonene har klart å gi et tilbud det meste av tiden. Informasjon om pandemien har blitt oversatt og distribuert på flere språk, og de kommunale tjenestene har vært i drift. Mange enkeltpersoner har gjort en innsats utover det noen kunne forvente. Dette gjelder både ansatte i tjenestene og aktive i frivillig sektor. Ikke minst har mange frivillige med innvandrerbakgrunn bidratt til at viktig informasjon nådde mottagere som ellers kunne være vanskelige å nå.

Kommisjonen vil understreke at funnene våre om de sosiale konsekvensene som er presentert i denne delen av rapporten, må tolkes med varsomhet. Pandemien er ikke over, og siste periode med omfattende nasjonale tiltak ligger få måneder tilbake i tid. Vi vet ennå ikke hvordan sporene som den lange pandemien har satt, kommer til å påvirke ulike grupper i befolkningen på lengre sikt.

De undersøkelsene som er gjort, viser likevel noen urovekkende tendenser. Vi er spesielt bekymret for sosial og faglig læring blant barn,

læring og psykisk helse blant studenter og psykososiale tilbud til personer med tjenestebehov. Vi merker oss videre at mange av tiltakene som er satt inn gjennom pandemien, har vært i form av tilskudd for begrensede perioder. Dette tyder på at myndighetenes holdning i mange tilfeller har vært å sette inn tiltak for å «komme over kneika». For sårbare grupper, som har stått i «ei kneik» i nærmere to år, kan denne tilnærmingen være utilstrekkelig.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene følger situasjonen tett og har lav terskel for å sette inn kompensierende tiltak. Tiltak bør være langsiktige og målrettede.

Pandemien forsterket sosiale ulikheter

Gjennomgangen vår har vist at begrensningene i offentlige tilbud har gjort noen utsatte grupper mer sårbare. Dette har forsterket ulikhetene i samfunnet. De som har det største behovet for offentlige tjenester, er naturlig nok også dem som blir hardest rammet når tjenestene begynner å falle bort. Disse har sjelden ressurser til å kompensere for tilbud som blir borte.

Gjennomgangen vår har dessuten vist at noen grupper i samfunnet har blitt utsatt for en rekke sammenfallende risikofaktorer. Det er bekymringsfullt, spesielt fordi dette i stor grad har berørt barn og unge. Situasjonen til disse barna og familiene vil ikke være synlig i undersøkelser som formidler betraktninger om gjennomsnittet eller «de fleste», siden de lever liv som på helt sentrale måter skiller seg fra det som er gjennomsnittet i befolkningen i Norge.

Et viktig eksempel er barn og unge i bydeler øst i Oslo som i nær to år har opplevd usikkerhet rundt skolesituasjonen. Mange av disse har hatt foreldre med usikre jobbsituasjoner, og flere har mistet jobben gjennom pandemien. Inntektene til disse familiene er ofte lave i utgangspunktet, og med færre familiemedlemmer i jobb har den økonomiske situasjonen blitt enda mer utrygg for mange. Disse familiene hadde benyttet seg av tilbud som psykososiale tjenester, tilpasset opplæring og integreringstilbud, men under pandemien ble disse tilbudene redusert, og lokale møteplasser var stengt eller hadde begrenset åpningstid. For flere var også hjemmeskole vanskelig hvis familien bodde trangt eller manglet god digital infrastruktur. Mange av disse mest utsatte barna hadde dessuten innvandrerbakgrunn, og derfor

ville de oftere enn andre ha medlemmer av storfamilien som var svært syke eller hadde dødd av covid-19.

Det finnes tilsvarende områder i andre byer også – der det bor mange familier som er sårbare på mange måter samtidig. Smittetrykket, og dermed alvorlighetsgraden og varigheten av smitteverntiltakene, har variert mellom regioner, men ofte har det vært slik at områdene der det bor flest utsatte, også har hatt det største smittetrykket. I arbeidet med å løfte disse områdene i etterkant av pandemien kan det være mye inspirasjon å hente i det pågående arbeidet med områdesatsinger, der tilnærmingen er å tilføre ressurser til hele bomiljøer. Et utvalg som så på pandemien i bydel Stovner i Oslo, anbefalte «en femårig plan for Stovner bydel, som også kan være overførbar til andre levekårsutsatte områder».¹⁹¹

Det er et viktig prinsipp i den norske samfunnsmodellen at alle barn og unge skal ha det samme utgangspunktet i livet så langt det er mulig, uavhengig av hvor de bor, eller hvilke ressurser familien deres har. Sterke institusjoner – og spesielt skoler – er helt sentrale i arbeidet for å nå dette målet. Når barna ikke kan være på skolen, blir muligheten til å lære avhengig av foreldrenes mulighet til å bidra i hjemmeundervisningen, og denne muligheten er svært ujevnt fordelt. I tillegg er skolen en viktig arena for å fange opp barn som strever, og for å sette i gang og organisere tjenestene rundt dem.

Anbefalinger:

- Kommisjonen anbefaler at myndighetene vurderer å målrette noen langsiktige satsinger mot spesielt utsatte bomiljøer i regioner som har opplevd mye smitte over tid. En slik satsing må skje i tett dialog med lokale myndigheter og sivilsamfunnet i lokalmiljøet, og den må være forankret på måter som sikrer at tiltakene også når fram til eventuelle «lommer av utenfor-skap».
- Kommisjonen anbefaler at vi som samfunn tar kraftfulle grep overfor de hardest rammede barna og ungdommene. Skoler i spesielt rammede områder må bli satt i stand til å gi et tilbud som løfter de utsatte barna, både faglig og sosialt, og til å gjenopprette skolen som en arena for sosial læring og inkludering.

¹⁹¹ Rapport, Koronautvalget i bydel Stovner, 17. juni 2021, «Koronapandemien i bydel Stovner. En utredning av årsaker, konsekvenser og veier ut. Hovedrapport fra Koronautvalget i bydel Stovner». Side 6.

Pandemien avdekket en sårbarhet

Kommisjonen mener videre at pandemien har avdekket en underliggende sårbarhet i det norske samfunnet, nemlig at myndighetene i for liten grad har tatt inn over seg hvordan mennesker i en del minoriteter faktisk lever livene sine. Noen grupper i befolkningen oppsøker for eksempel informasjon på andre måter og i andre kanaler enn det som norske myndigheter gikk ut ifra da de skulle nå ut til hele Norges befolkning. Manglende forståelse for informasjonsbarrierer mot deler av minoritetsbefolkningen har bidratt til at pandemien har rammet skjeve enn nødvendig. Et av de viktigste læringspunktene er at offentlige etater må heve kompetansen sin på minoritetenes situasjon og skaffe seg gode strategier for å skreddersy krisekommunikasjon til minoritetsgrupper. Minoritetsbegrepet omfatter i denne sammenhengen både innvandrere og etterkommerne deres, urfolk og de nasjonale minoritetene.

Lærdommene fra pandemien om minoritetens situasjon må systematiseres og gis en institusjonell forankring. For eksempel satsing på tolketje-

nester og fullverdige alternativer for personer med svak digital kompetanse er også godt beredskapsarbeid. Det samme gjelder god infrastruktur for løpende kunnskapsproduksjon. Hvorvidt det bør målrettes tiltak mot grupper som kan bli stigmatisert, bærer med seg en rekke dilemmaer, og solid kunnskap er viktig for å unngå å bli handlingslammet. Det er dessuten behov for en gjennomgang av grensesnittet mellom offentlig forvaltning og frivilligheten, på alle forvaltningsnivåer. Det er en åpenbar styrke å kunne bruke frivilligheten i en krise, men dette kan ikke kompensere for mangel på kompetanse og kapasitet i offentlige organer.

Anbefaling:

- Kommisjonen anbefaler at myndigheter på alle nivåer i større grad tar inn over seg hva det krever å drive krisehåndtering i et mangfoldig samfunn. Alt beredskapsarbeid må ha et mangfoldsperspektiv og en strategi for involvering av frivillig sektor.

Kapittel 11

Økonomiske og sosiale konsekvenser av covid-19-pandemien

11.1 Økonomisk utvikling i Norge gjennom pandemien

Utvikling i bruttonasjonalprodukt (BNP)

Ifølge beregninger gjort av professor Steinar Holden og forskere ved Statistisk sentralbyrå (von Brasch mfl. 2022) førte koronapandemien til en reduksjon i BNP for Fastlands-Norge på 214 mrd. kroner i perioden fra februar 2020 til og med november 2021.¹ Samlet er de realøkonomiske kostnadene av pandemien i perioden 2020–2023 målt ved lavere BNP beregnet til rundt 270 mrd.

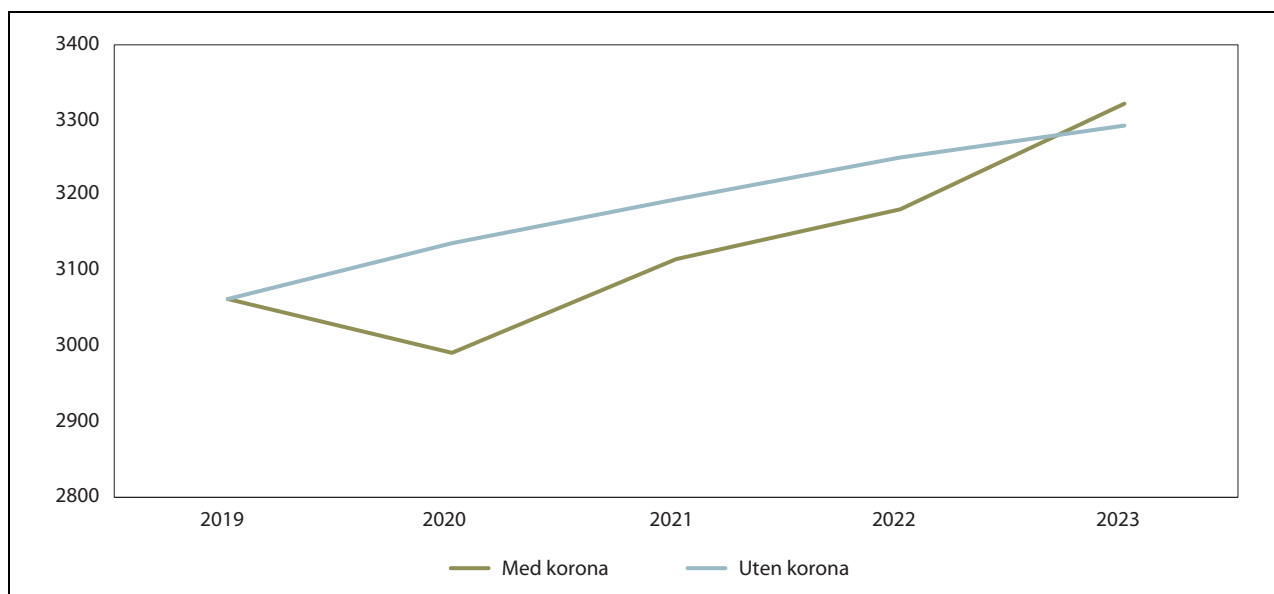
¹ November var siste måned med publiserte nasjonalregnskapstall da analysen ble gjort. Anslag for tapt BNP er i faste 2019-kroner.

kroner. Det tilsvarer 8,6 prosent av Fastlands-BNP for 2021.

Forskerne anslår at ekstraordinære tiltak i form av støtteordninger for personer, foretak og ideell sektor, samt økte offentlige bevilgninger, har dempet fallet i BNP for Fastlands-Norge med 0,6 prosent i 2020 og 0,8 prosent i 2021. Anslaget er gjort under strenge antagelser og undervurderer muligens effekten noe. Forskerne har ikke vurdert effekten av petroleumsskattepakken.²

Pandemien ga altså store kostnader i form av tapt verdiskaping i 2020 og 2021. Men tapt verdi-

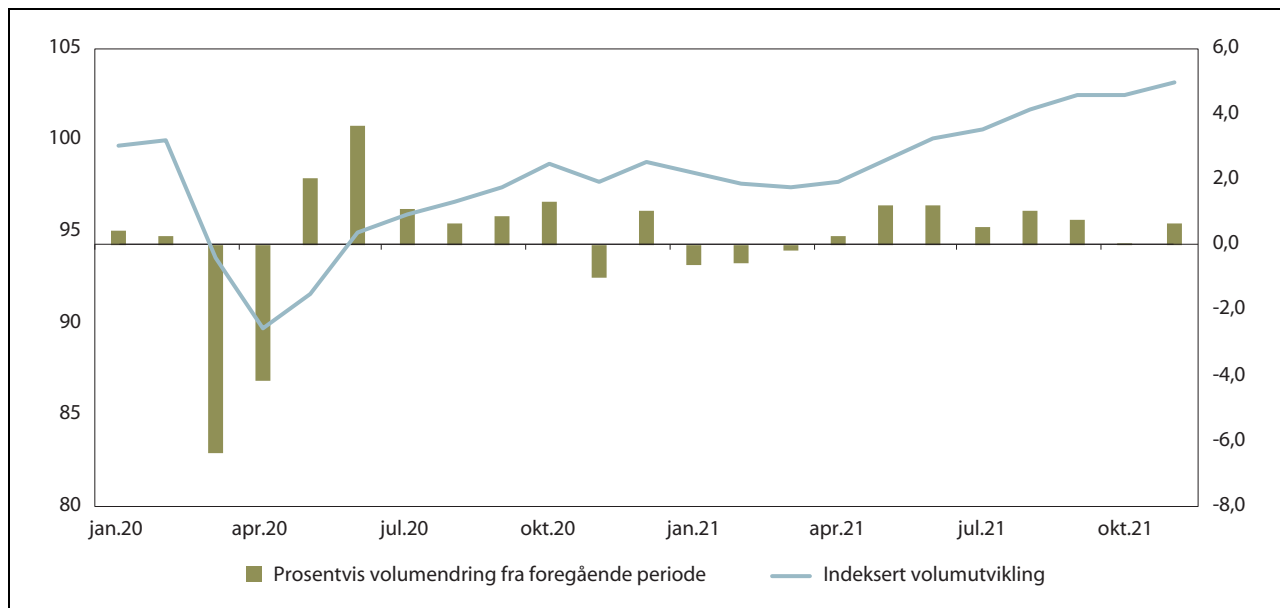
² For å opprettholde investeringsnivået på norsk sokkel vedtok Stortinget i juni 2020 en såkalt «oljepakke». Pakken innebærer midlertidige regler i petroleumsskatteloven. Rapport, Statistisk sentralbyrå, 12. mars 2021, «Økonomisk utsyn over året 2020».



Figur 11.1 BNP for Fastlands-Norge med og uten korona. Mrd. 2019-kroner. Markedspriser. Banen uten korona er fra Konjunkturtendensene 2019/4. Banen med korona bygger på Konjunkturtendensene 2021/4.^{1 2}

¹ Prognosen for det innenlandske aktivitetsnivået i 2023 er noe høyere enn i banen uten korona. Det henger sammen med at importandelene er anslått å bli noe lavere. Mer av etterspørselen er altså rettet mot vare- og tjenesteproduksjon i Norge sammenlignet med banen uten korona. Det er antatt at andelen av konsumet som nordmenn bruker i utlandet i 2023 ikke kommer helt tilbake til nivået fra før pandemien inntraff.

² Statistikk, SSB, 2. desember 2021, «Konjunkturtendensene med nasjonalregnskapet for 3. kvartal 2021 og endelig nasjonalregnskap for 2019», ref. 2021/4.



Figur 11.2 Endringer i BNP for Fastlands-Norge per måned. Prosentvis volumendring fra foregående periode (søylor, målt på høyre akse) og indeksert volumutvikling, der februar 2020 = 100 (linje, målt på venstre akse).
Kilde: Statistisk sentralbyrå

skapning er ikke et fullstendig mål på velferdstapet ved pandemien. For det første er det avgrenset til tap av løpende verdiskaping og ikke tap i senere perioder. Slike tap kan i teorien være betydelige, for eksempel dersom mange faller ut av arbeidsmarkedet. For det andre sier ikke slike tall noe om kostnader i form av tapt helse eller død for dem som blir syke av covid-19. Heller ikke noe om tilsvarende helseeffekter for andre i samfunnet eller tapt livskvalitet som følge av smitteverntiltak. Tapet i BNP fanger likevel opp noen viktige kostnader.

Foreløpige tall fra nasjonalregnskapet viser at BNP for Fastlands-Norge falt 2,3 prosent fra 2019 til 2020, målt i faste priser. Året var preget av store svingninger i den økonomiske aktiviteten som følge av pandemien, nedstengningene og lettelsene. Fra midten av mars 2020 ble det innført strenge smitteverntiltak.

Som følge av tiltakene ble mye økonomisk aktivitet innstilt. I tillegg endret husholdningene sine handlemonstre. Pandemien rammet også internasjonale produksjonskjeder. Disse forholdene medførte at BNP for Fastlands-Norge allerede i april 2020 lå mer enn 10 prosent under nivået fra februar, som var den siste hele måneden før viruset satte sitt preg på Norge.

Nedgang i smittetallene gjennom andre kvartal gjorde det mulig å lette på smitteverntiltakene, som i sin tur bidro til at økonomien hentet seg sterkt inn fra og med mai måned. Utviklingen fort-

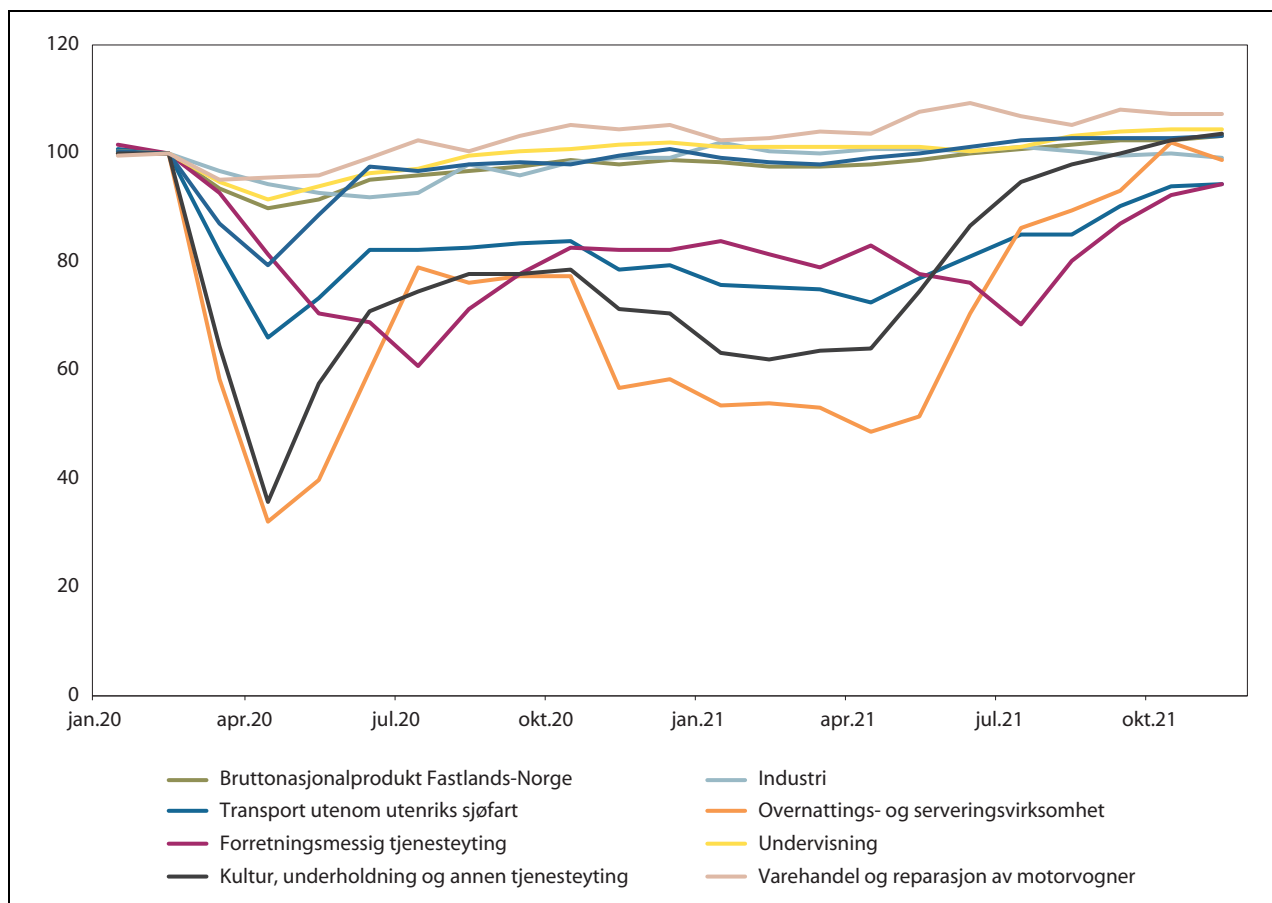
satte gjennom tredje kvartal, men i noe lavere tempo. Mot slutten av oktober ble smitteverntiltakene på nytt strammet inn i takt med at smitten økte. Dermed falt BNP for Fastlands-Norge i november, men i mindre grad enn da pandemien først traff. I desember 2020 tok den økonomiske aktiviteten seg opp igjen, dels grunnet vekst i kraftproduksjonen og i fiskeriene.

Forskjell mellom næringene

Pandemien har påvirket forskjellige næringer i ulik grad. Tiltakene for å begrense smittespredning har særlig rammet tjenestenæringer der det ikke er lett å opprettholde sosial avstand, samt næringer tilknyttet reiseliv. Da pandemien først kom til Norge, rammet nedgangen bredt.

Tjenestenæringer hadde den største og mest langvarige nedgangen. Selv om aktiviteten i disse hentet seg kraftig inn utover 2020 da det ble lettet på tiltakene, var nivået likevel sterkt redusert ved utgangen av året sammenlignet med før pandemien.

Mens store deler av økonomien etter hvert kom på linje med aktivitetsnivået fra februar 2020, ble enkelte tjenestenæringer igjen hardt rammet av tiltakene som ble innført vinteren 2020/2021. Tiltakene begrenset videre gjeninnhenting gjennom første kvartal 2021. Da det kom lettelse i smitteverntiltak i forbindelse med gjenåpningen



Figur 11.3 Bruttoprodukt per måned i faste 2019-priser, utvalgte næringer. Sesongjusterte volumindekser der februar 2020 = 100.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

av Norge gjennom andre og tredje kvartal 2021, økte aktiviteten i tjenestenæringene.

I oktober 2021 var både overnattings- og serveringsvirksomhet og kultur, underholdning og annen tjenesteyting tilbake på nivåene de var på før pandemien traff. Forretningsmessig tjenesteyting og transport utenom utenriks sjøfart lå i november derimot fortsatt noe under nivået fra februar 2020. Et fall i aktiviteten i overnattings- og serveringsnæringen i november førte til at bruttoproduktet i næringen igjen ble liggende noe under nivået fra før pandemien brøt ut.

Konsum i norske husholdninger

Husholdningenes konsum har i stor grad vært påvirket av pandemien. Fra 2019 til 2020 falt husholdningenes samlede konsum 6,3 prosent.

Tiltak myntet på å begrense smittespredning på tvers av landegrenser medførte at husholdningenes konsum i utlandet og utlendingers konsum i Norge falt markant. Tiltak for å begrense fysisk kontakt mellom mennesker begrenset mulig-

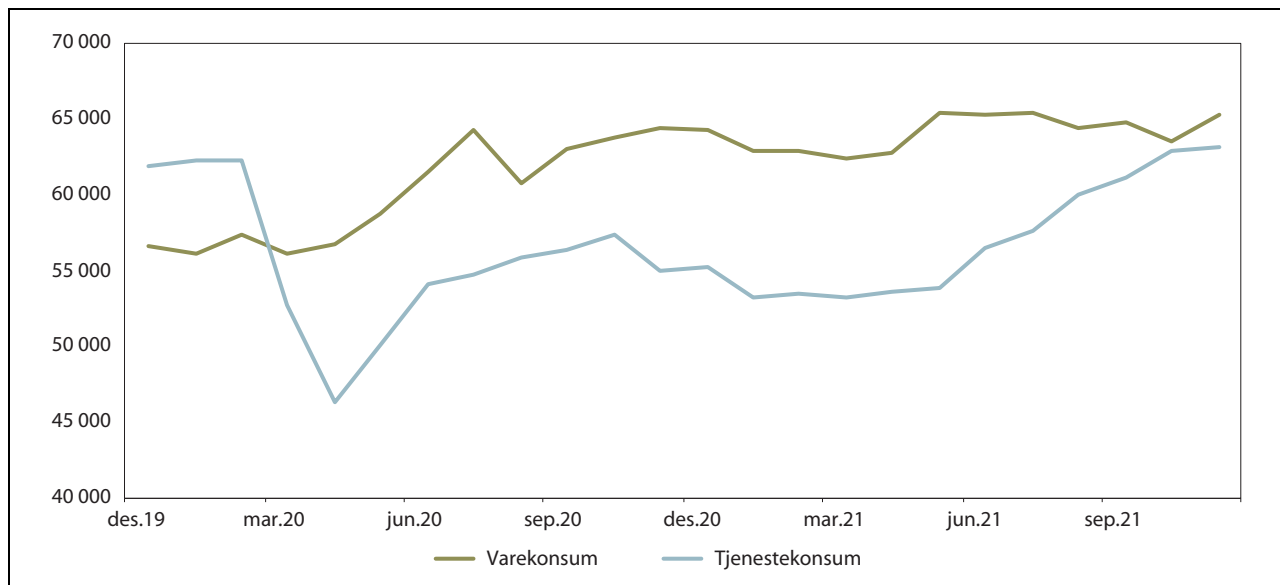
hetene for konsum av en del tjenester. Tjenestekonsumet falt betydelig. Det oppsto dermed en vridning fra tjeneste- til varekonsum, se figur 11.4. Deler av nedgangen i tjenestekonsumet skyldtes også at det var færre utlendinger i Norge i 2020. Dette påvirket spesielt overnattings- og serveringskonsumet.

Husholdningenes varekonsum vokste 6,5 prosent i 2020. Deler av veksten kan skyldes at omfanget av grensehandelen falt.

Arbeidsmarkedet

Arbeidsledigheten var uvanlig høy gjennom deler av 2020, som vist i figur 11.5. Som årsgjennomsnitt var arbeidsledigheten 4,6 prosent, ifølge Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) til SSB. Arbeidsløse som prosent av arbeidsstyrken var fallende fra mai til september 2021³. Utviklingen fra septem-

³ Sesong- og bruddjusterte månedlige ledighetstall, målt som tremåneders glidende snitt.



Figur 11.4 Sesongjustert vare- og tjenestekonsum i faste 2019-priser, i mill. kr.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

ber til oktober var flat med en ledighet på 3,6 prosent.

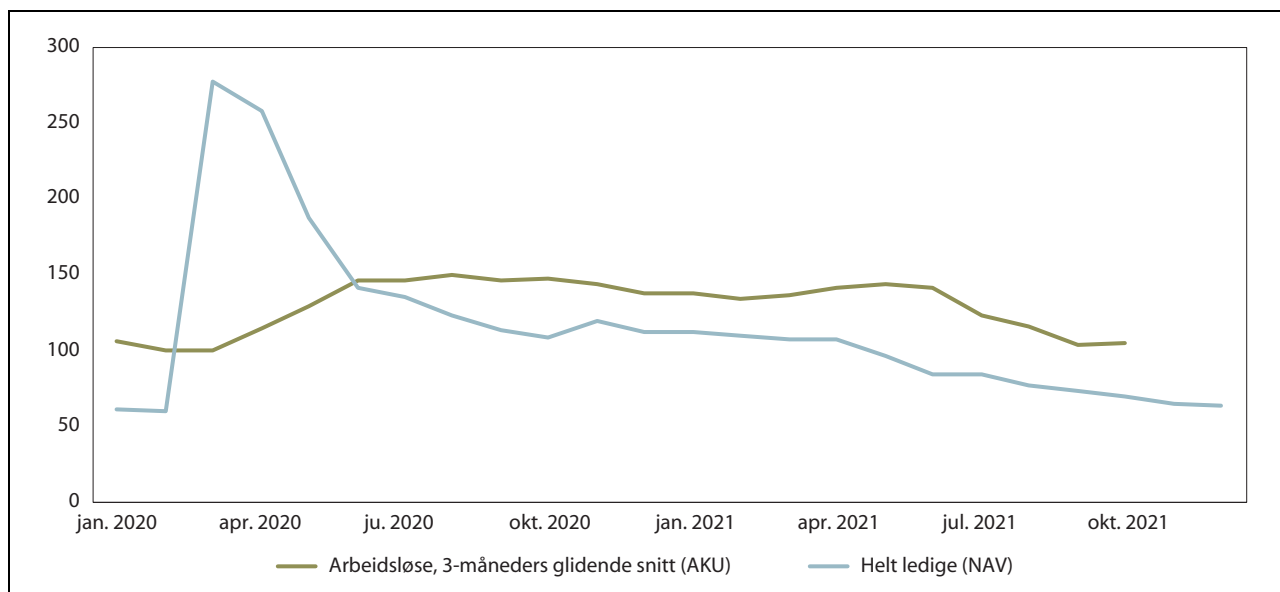
Antall sysselsatte personer falt 1,5 prosent i 2020. Spesielt stort var fallet i sysselsetting i andre kvartal, som følge av massepermitteringene i mars. Tall fra NAV viser at det allerede i utgangen av mars var mottatt eller gjort vedtak i overkant av 257 000 søknader om dagpenger under permittering.

Permitteringene i mars gjorde utslag i sysselsettingen først i andre kvartal fordi en fulltidsper-

mittert lønnstager i nasjonalregnskapet og AKU regnes som sysselsatt i inntil 90 dager etter startdatoen for permitteringen. Dermed vil en lønnstager som ble permittert medio mars, bli regnet som sysselsatt fram til medio juni.

Innreiserestriksjonene som i varierende grad preget tiden fra mars 2020 til utgangen av 2021, har begrenset tilstrømmingen av sysselsatte på korttidsopphold.

Antallet ikke-bosatte lønnstager i tredje kvartal 2021 lå om lag 30 prosent under nivået i tredje



Figur 11.5 Antall arbeidsledige per måned målt i tusen personer. Sesongjustert.

Kilde: Statistisk sentralbyrå og NAV

kvartal 2019. Siden noen næringer er særlig avhengige av arbeidskraft av denne typen, kan fraværet av disse skape kapasitetsbegrensninger som hemmer videre innhenting.

Internasjonal økonomi og påvirkning på Norge

Verdensøkonomien ble sterkt preget av pandemien i 2020. Noen av Norges handelspartnere opplevde et BNP-fall i samme størrelsesorden som Norge, mens andre land – ikke minst EU-land og Storbritannia – hadde en klart større nedgang.

Norges handelspartnere fikk et fall i handelsvektet BNP på rundt 5 prosent i 2020, men mye av dette ble hentet inn igjen året etter. Se flere detaljer i punkt 11.2 nedenfor.

Lavere aktivitet hos handelspartnerne gir normalt lavere prisvekst internasjonalt. Isolert sett blir da bytteforholdet og den realdisponible inntekten for både husholdningene og Norge bedre. Det bidrar i noen grad til å dempe utslaget på norsk økonomi av nedgangen i internasjonal etterspørsel. På den annen side vil nedgangen ute øke ledigheten og redusere lønnsnivået litt her hjemme. Det bidrar til å trekke ned husholdningenes konsum, slik at den samlede nedgangen blir forsterket.

Samlet sett anslår forskerne i SSB at lavere internasjonal etterspørsel bidro med 2,2 prosentpoeng av en estimert nedgang i BNP for Fastlands-Norge i 2020 på 4,6 prosent. Beregningen inkluderer bidraget fra et fall i utlendingers konsum i Norge.

Ekstraordinære tiltak i 2020 eksklusiv petroleums-skattepakken

De samlede kostnadene over statsbudsjettet for ekstraordinære tiltak i 2020 er i SSBs beregninger nå anslått til om lag 74 mrd. kr. I analysen til Bjertnæs mfl. (2021), som ble skrevet til Koronakommisjonens første rapport, ble dette tallet anslått til om lag 63 mrd. kr.

De ekstraordinære økningene i stønader er klart større i siste beregning. SSB anslår som tidligere at den ekstraordinære økningen i konsumet i offentlig forvaltning (stat og kommuner) som følge av pandemien var på 13 mrd. kr. Offentlig konsum samlet var nær 906 mrd. kr i 2020. Anslaget på den ekstraordinære økningen i dette konsumet er 1,4 prosent av konsumet. Volumveksten i konsumet i offentlig forvaltning fra 2019 til 2020 regnet i 2019-priser var 1,8 prosent.

Det meste av den faktiske konsumveksten kan dermed tilskrives ekstraordinære tiltak knyttet til pandemien, ifølge disse beregningene. Om lag halvparten av de økte bevilgningene kan knyttes til økte innkjøp av smittevernutstyr og merutgifter til offentlige tjenester knyttet til pleie og omsorg, barnehager og grunnskoler.

I Nasjonalbudsjettet 2020 ble konsumveksten i offentlig forvaltning anslått til 1,7 prosent i 2020. Når den faktiske konsumveksten ble 1,8 prosent ifølge nylig reviderte nasjonalregnskapstall, betyr det at det som SSB nå anslår som ekstraordinære tiltak, tilsvarer så å si hele den «planlagte» veksten i konsumet i offentlig forvaltning i 2020. At en så stor del av veksten i 2020 kan kalles ekstraordinær, virker noe høyt. I Revidert nasjonalbudsjett 2021 anslår regjeringen at «Tiltak for sektorer med kritiske samfunnsoppgaver» økte med vel 30 mrd. kr knyttet til pandemien (se tabell 4.2, side 83).⁴

Skulle denne økningen bli tolket som ekstraordinær finanspolitikk knyttet til pandemien, ville konsumet i offentlig forvaltning uten slike tiltak ha falt fra 2019 til 2020, noe som ikke virker rimelig. Tolkningen av dette må i stedet være at noe av den planlagte utgiftsveksten i offentlig forvaltning ikke ble gjennomført i 2020 som følge av pandemien. Likevel ble konsumutgiftene omtrent som planlagt og da fordi regjeringen omprioriterte innenfor om lag den planlagte rammen.

11.2 Sammenligning mellom Norge, Sverige og Danmark⁵

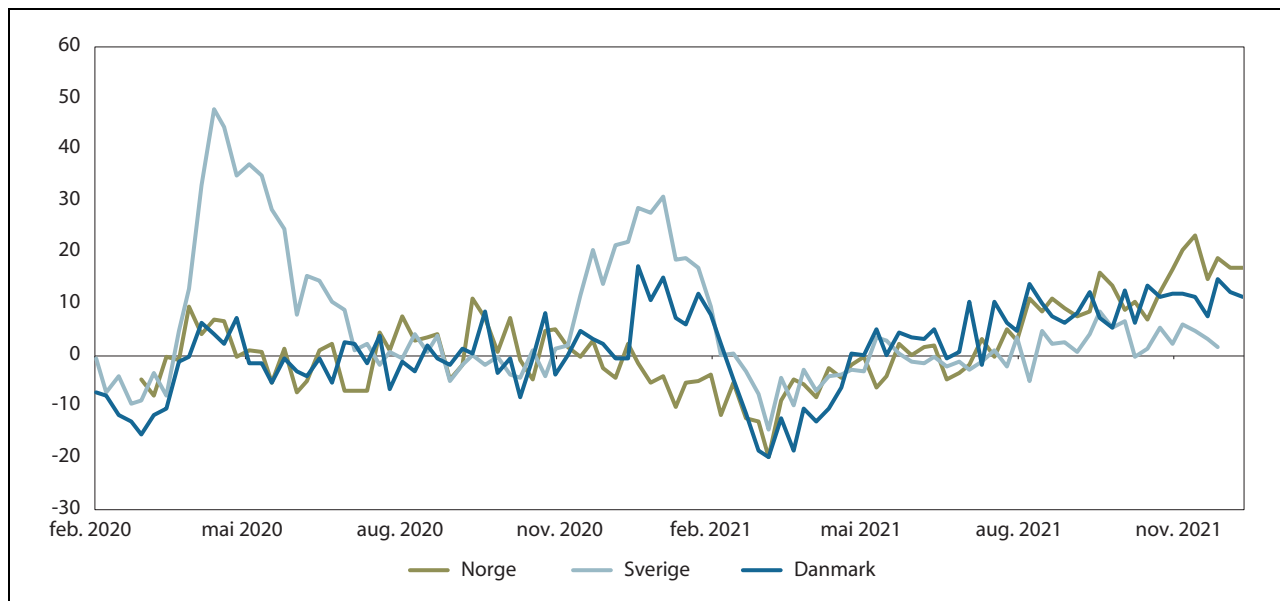
Bakteppe

De tre skandinaviske landene valgte ulike smittevernstrategier da pandemien traff i 2020. Mens Norge og Danmark raskt innførte strenge tiltak, valgte Sverige en mer avventende linje.

Det er vanskelig å anslå effekten av de ulike tiltakene, men langt flere ble smittet og syke i Sverige enn i Norge og Danmark under den første fasen av pandemien. I denne perioden var antall registrerte tilfeller trolig mye lavere enn det faktiske antallet smittede fordi testingen var begrenset. Også senere i pandemien har det vært til dels store ulikheter i antall testede, noe som kan gjøre sammenligninger vanskelige. I stedet er det mulig å bruke dødelighetsdata for å vurdere utbredelsen av pandemien, slik det er vist i figur 11.6.

⁴ Meld. St. 2 (2020–2021) *Revidert nasjonalbudsjett 2021*.

⁵ Teksten tar utgangspunkt i Paulsen mfl. 2022.



Figur 11.6 Overdødelighet i Danmark, Sverige og Norge i perioden mars 2020 til desember 2021. Prosentvis forskjell mellom rapporterte antall dødsfall og anslått antall dødsfall for samme periode basert på tidligere år. Kilde: Our World in Data

Figuren viser at overdødelighet tidvis har økt i alle de tre landene, men under de to store smittetoppene, da pandemien først inntraff, og rundt årsskiftet 2020/2021, skiller Sverige seg fra nabolandene. Overdødeligheten i Skandinavia økte i andre halvdel av mars 2020, men stabiliserte seg og falt tilbake igjen i Norge og Danmark innen utgangen av april.

I Sverige fortsatte overdødeligheten etter en bratt økning og nådde nivåer som var sammenlignbare med for eksempel Frankrike. Forskjellen i dødelighetsgrad er en indikasjon på at forekomsten av covid-19 var langt høyere i Sverige enn i Danmark og Norge våren 2020, og også under høsten og vinteren 2020/2021.

Det er vanskelig å måle eller sammenligne strengheten ved tiltakene som ble innført. COVID-19 Government Response Tracker har som mål å gi sammenlignbare data.⁶ Datasettet gir en indikasjon på hvilke tiltak som ble introdusert på forskjellige tidspunkter, og deres samlede «Stringency Index» («stramhetsindeks») er ganske enkelt en poengsum som består av summen av ni indikatorer som er målt på en ordinær skala. Indeksen viser at myndighetene i Norge og Danmark innførte strammere tiltak tidlig, men det er vanskelig å bruke den til å sammenligne hvor strenge tiltakene var på et gitt tidspunkt.

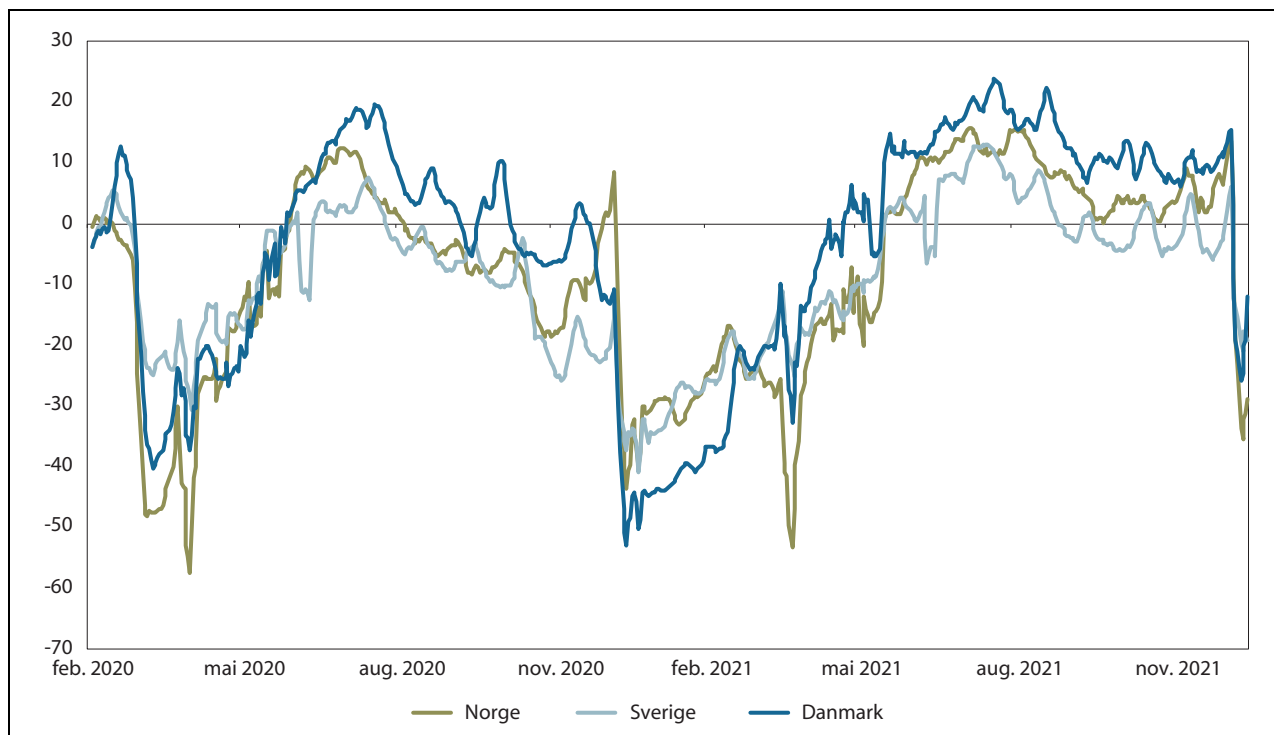
⁶ Utarbeides ved Blavatnik School of Government. Se <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>.

Virkningen av tiltak avhenger av overholdelse. Det kan være at deler av befolkningen valgte å begrense sosial kontakt utover det som myndighetene krevde. En indikator fra Googles rapporter om aktivitet i lokalsamfunnet er vist i figur 11.7. Variasjonen i tallene skyldes også andre forhold enn smittesituasjonen. Blant annet er det nok en viss sesongvariasjon som ikke er korrigert for. Tallene underbygger likevel at reiseaktiviteten i alle landene falt brått da smitteverntiltak ble innført den andre uken i mars 2020. Fallet var mindre dypt i Sverige enn i Danmark og Norge. Dette stemmer med helhetsinntrykket av at Sverige valgte mindre strenge tiltak, og at de daglige rutinene følgelig ble mindre endret.

I alle tre landene avtok smitten fram mot sommeren, og smitteverntiltakene ble noe redusert.

Høsten 2020 opplevde hele Skandinavia en gjenoppblomstring av pandemien som toppet seg rundt årsskiftet 2020/2021. I denne perioden ble det igjen innført strenge tiltak. Blant annet ble reiserestriksjonene strammet inn, og butikker og kjøpesentre stengt. Det kom også strengere restriksjoner på kultur- og uteliv. Igjen ser det ut til at utbredelsen av sykdommen var høyest i Sverige, men også Danmark hadde høyere overdødelighet i den andre smittebølgen.

Svenske myndigheter valgte denne gangen strengere tiltak enn våren 2020. Fra 20. november 2020 var det begrensninger på servering av alkohol. Begrensningene på offentlige sammenkomster ble skjerpet inn samme måned, og karantene-



Figur 11.7 Mobilitet knyttet til varehandel og fritidsaktiviteter. Prosentvis endring (fra medianverdien i perioden 3. januar til 6. februar 2020). Sjudagers glidende snitt.

Kilde: Google Community Mobility Reports

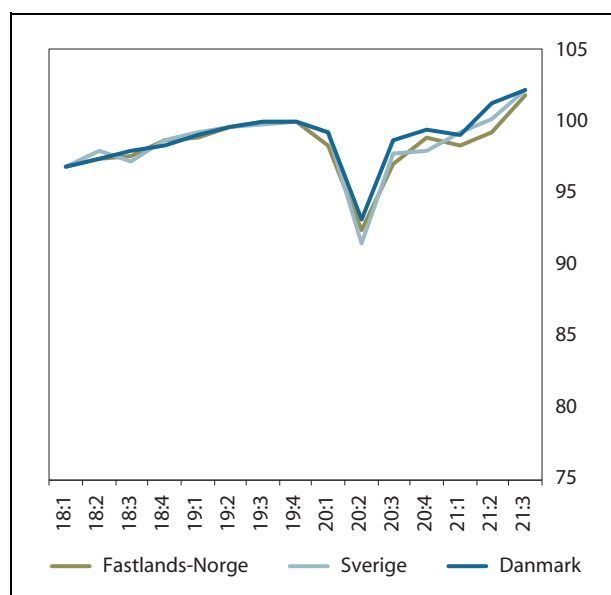
reglene ble strammet inn. Danmark og Norge valgte likevel fortsatt strengere restriksjoner enn Sverige. Norge innførte for eksempel begrensninger på servering av alkohol fra 20. november, og fra 3. januar 2021 ble alkoholserving forbudt samtidig som det ble innført antallsbegrensninger i butikker og på kjøpesentre. Dette ble noen steder forsterket av lokale tiltak. For eksempel stengte Oslo kommune 28. februar 2021 alle serveringssteder og butikker utenom dagligvarehandelen, apoteker og vinmonopol.

Tallene for reiseaktivitet i lokalsamfunnet tyder likevel på at Norge og Sverige hadde et forholdsvis likt forløp etter nyttår 2021, mens utviklingen kan tyde på at nedstengingen var noe sterkere i Danmark i januar og februar. Det markante fallet i Norge i april må sees i sammenheng med påskeferien.

BNP-forløp – nokså likt i Skandinavia

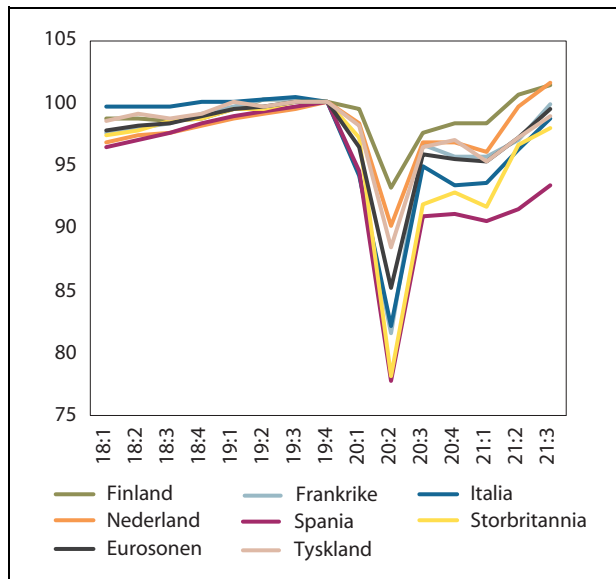
Under pandemien hefter det større usikkerhet enn normalt ved internasjonale sammenligninger av BNP. Ulikt datagrunnlag, ulike metoder og ulike valg av klassifisering kan gi utslag. Kun foreløpige tall for 2020 og 2021 er publisert, og en må være forberedt på større revisjoner enn normalt i pandemiårene.

Erfaringsmessig kan en vente revisjoner i veksten for BNP Fastlands-Norge på 0,5 prosentpoeng opp eller ned. Forskjellen de skandinaviske landene imellom er således innenfor feilmarginen.



Figur 11.8 Bruttonasjonalprodukt i Skandinavia. Kvartal. Volumutvikling fra foregående periode. Sesongjustert. 4. kvartal 2019 = 100.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, OECD



Figur 11.9 Sesongjustert BNP i utvalgte land per kvartal. Volumutvikling fra foregående periode. Sesongjustert. 4. kvartal = 100.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, OECD

Det synes rimelig godt underbygget at de skandinaviske landene har hatt et nokså likt forløp gjennom pandemien. Andre land har opplevd betydelig større fall og tregere innhenting.

Tjenestenæringene ble særlig hardt rammet av koronasjokket i andre kvartal 2020, og innhenting har vært svakere enn for den øvrige økonomien. Senere perioder med strenge smitteverntiltak har også vist seg å ramme noen tjenestenæringer i særlig stor grad. Fall i tjenesteproduksjonen var viktigste årsak til nedgangen i både Norge, Sverige og Danmark.

Næringsstrukturen i de tre skandinaviske landene er nokså lik på et overordnet nivå. Forskjellen ligger spesielt i at Fastlands-Norge har en mindre industrinæring og tjenestenæring, noe større bygge- og anleggsvirksomhet og større primærnæring (pga. fiske og akvakultur). Danmark har den største tjenestenæringen.

Ulikhetene som faktisk gjør seg gjeldende mellom de tre landene, henger til dels sammen med forskjeller i næringsstruktur og hvordan næringene har utviklet seg. Men betydningen av næringsforskjellene er liten sammenlignet med svingningene man uansett ser i alle landene.

Aktivitetsnivået kan ha blitt litt påvirket av at Sverige og Danmark hadde mer eller mindre av en bestemt næring sammenlignet med Norge. Ulik utvikling i samme næringsområder kan også ha hatt litt å si, men betydningen er ikke stor. Selv om svensk industri utviklet seg vesentlig svakere i

andre kvartal 2020 enn norsk og dansk industri, ble betydningen av dette reversert gjennom året.

Arbeidsmarkedet i de tre landene

I og med at koronapandemien først kom til Norge i mars 2020, var virkningen på første kvartal begrenset. I Danmark var sysselsettingen slik den måles i nasjonalregnskapet, om lag uendret, mens den falt henholdsvis 0,3 og 0,2 prosent i Sverige og Norge. Se figur 11.10.

I andre kvartal 2020 var det derimot en kraftig nedgang. Fallet var størst i Norge, på 2,7 prosent. I Danmark falt sysselsettingen 2,4 prosent fra første til andre kvartal, og i Sverige var fallet på 2,0 prosent. I alle landene falt sysselsettingen i overnattings- og serveringsvirksomhet, kultur, fritid og annen tjenesteyting, forretningsmessig tjenesteyting og transport.

Utover i 2020 klarte næringene til en viss grad å hente seg inn. Innhenting var sterkst i Danmark og litt svakere i Sverige og Norge. Det var særlig næringene som ble hardt rammet i andre kvartal, som hadde en oppgang i sysselsettingen. Sysselsettingen var likevel fortsatt lavere enn før koronautbruddet i alle tre landene i fjerde kvartal.

Med nedstengingen i første kvartal 2021 falt sysselsettingen i Norge og Danmark, mens Sverige fortsatte å hente seg inn. I andre og tredje kvartal skjøt sysselsettingen i Danmark fart, og vokste i tredje kvartal 2021 til et nivå 2,7 prosent høyere enn før pandemien. Selv om veksten var jevnere i Sverige enn i Norge, var innhenting i sysselsettingen kraftig i Norge i tredje kvartal. Dermed var begge landene tilbake på nær sagt samme nivå som før pandemien.

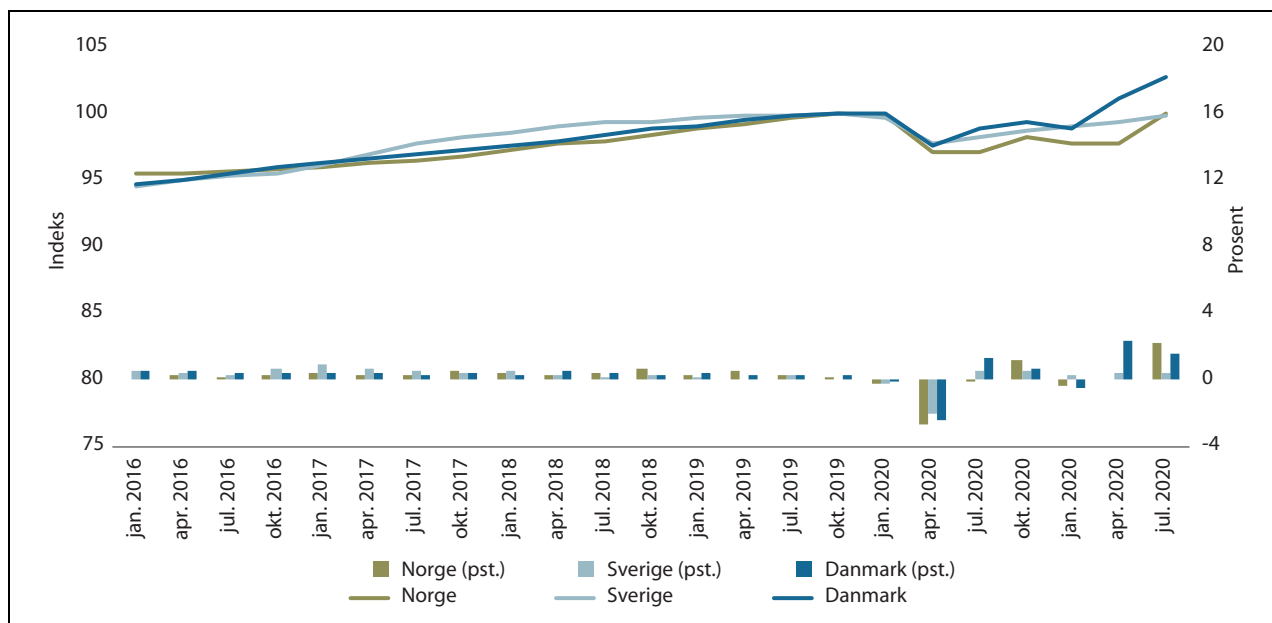
Nærmere om støtteordninger i Skandinavia under pandemien

De fleste europeiske land har ordninger for permittering eller lønnstilskudd for å unngå at midlertidige forstyrrelser i økonomisk aktivitet fører til at foretak sier opp ansatte som de senere må hente tilbake. Under pandemien i 2020 ble disse ordningene i mange land utvidet, og land som ikke hadde slike ordninger fra før, etablerte dem raskt. Dette skjedde også i de skandinaviske landene.⁷

Norge utvidet den eksisterende permitteringsordningen med virkning fra 20. mars 2020.⁸ Ordningen innebærer at ansatte midlertidig, helt eller

⁷ Hansen mfl. (2021).

⁸ Holden mfl. (2020).



Figur 11.10 Sysselsatte personer per kvartal. Sesongjustert og indeksert (til venstre) og prosentvis endring fra foregående periode (til høyre). 4. kvartal 2019 = 100.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, SCB, Danmarks statistik

delvis blir løst fra arbeidspikten fordi virksomheten har bestemt at den skal redusere eller stanse driften. Arbeidsgiveren betaler lønn i starten av permitteringsperioden, og senere går den permitterte over på dagpenger som ved arbeidsledighet. Den viktigste endringen var at arbeidsgiverperioden (dagene arbeidsgiveren betaler den permitterte full lønn) ble redusert. Arbeidsgivers tidligere lønnsutbetaling ble erstattet av lønnskompensasjon utbetalt direkte til den permitterte arbeidstakeren. Dermed ble arbeidsgivers kostnader ved å permittere ansatte vesentlig redusert. Samtidig ble det gjort andre endringer som bedret vilkårene for permitterte arbeidstager.

Sverige tok i bruk en ordning etablert gjennom lov om støtte ved korttidsarbeid fra 2013 og åpnet fra 3. april 2020 for at arbeidsgivere kunne søke om støtte for ansatte som gikk ned i arbeidstid.⁹ Arbeidsgiver- og arbeidstagerorganisasjonene hadde allerede i andre halvdel av mars forhandlet fram avtaler om korttidsarbeid, men den nye ordningen innebar at staten tok ansvar for finansieringen. Sammen med redusert arbeidsgiveravgift førte dette ifølge beregninger fra det svenske finansdepartementet til at staten overtok 86 prosent av lønnskostnadene for en ansatt som reduserte arbeidstiden med 80 prosent i mai eller

juni 2020. Samtidig beholdt arbeidstageren nesten 90 prosent av normal lønn.

I Danmark inngikk regjeringen og partene i arbeidslivet 15. mars 2020 en trepartsavtale om midlertidig lønnskompensasjon.¹⁰ Foretakene kunne permittere («hjemsende») arbeidstager, og få dekket mellom 75 og 90 prosent av lønnsutgiftene for de permitterte. Arbeidstagerne ble pålagt å ta ut fem feriedager eller avspaseringsdager i tilknytning til hver tremåneders kompensasjonsperiode. Dermed innebar ordningen også en viss lønnsnedgang for arbeiderne.

Ordningene ble tatt i bruk stort omfang. I Norge mottok i alt 477 000 personer dagpenger fra NAV i forbindelse med permittering i 2020, og den største permitteringsbølgen var i mars og april. Gjennom de første månedene av 2021 økte også antallet personer som søkte om dagpenger eller fikk vedtatt dagpenger under permittering. Toppen kom i mars, med om lag 79 600 permitterte. Siden har antallet falt.

I Sverige var 577 000 ansatte omfattet av ordningen med korttidsarbeid gjennom 2020. De aller fleste søknadene om støtte ved korttidsarbeid kom inn i april og mai.

I Danmark var om lag 250 000 personer hjemsendt i midten av april 2020, men dette falt raskt fra midten av juni.

⁹ Konjunkturinstitutet (2020).

¹⁰ Andersen mfl. (2020).

I alle landene ble regelverket justert gjennom 2020 og 2021, i hovedsak i retning av å styrke insentivene til å ta permitterte tilbake i arbeid. I Danmark ble ordningen med lønnskompensasjon erstattet av en ordning for arbeidsfordeling fra høsten 2020. I mars 2021 innførte Norge en lønnsstøtteordning slik at kriserammede bedrifter kunne ta ansatte tilbake i arbeid. Denne ordningen varte ut august. Både Norge, Sverige og Danmark innførte flere andre tiltak for å skjerme næringsliv og arbeidstagere fra konsekvensene av pandemien. Disse omfattet blant annet inntektssikring for selvstendig næringsdrivende, en forsterket sykepengeordning og redusert arbeidsgiveravgift. Ordningene for permittering, korttidsarbeid og lønnskompensasjon skiller seg imidlertid ut ved at de reduserte den økonomiske belastningen for både arbeidsgivere og arbeidstagere når driften ble innskrenket eller innstilt. De kan dermed ha redusert insentivene til å omstille virksomheten og tilpasse seg nye smitteverntiltak og endrede markedsforhold etter utbruddet av pandemien.

Forskjellene mellom ordningene gjør det vanskeligere å sammenligne statistikk om arbeidsmarkedet fra ulike land i 2020. For eksempel innebar støtteordningene i Sverige og Danmark at permitterte fikk lønn fra arbeidsgiver, mens de i Norge fikk inntektssikring fra staten. Utgiftene ble i stor grad dekket over offentlige budsjetter i alle tre land, men i Sverige og Danmark gikk utbetalingene i større grad til næringslivet, som deretter betalte lønn som normalt.

Støtteordningene gjør også at tall for antall sysselsatte og arbeidsledige blir vanskeligere å tolke. Permitterte arbeidstagere ble regnet som sysselsatte i nasjonalregnskapet i alle tre land og inngikk ikke i arbeidskraftundersøkelsens mål på arbeidsledige.

Antallet *utførte timeverk* fanger i større grad opp de store, kortsiktige omveltningene på arbeidsmarkedet i 2020. Denne indikatoren falt betydelig i 2020 fordi mange ansatte var helt eller delvis fraværende som følge av de ulike ordningene som var innført.

Kort om finanspolitikken i de tre landene

Det er vanskelig å sammenligne finanspolitikken mellom landene, og det er ikke nødvendigvis slik at store endringer i offentlige inntekter eller utgifter i 2020 får stor virkning på BNP samme år. Det skyldes blant annet at ulike inntekts- og utgiftsposter kan ha ulik virkning på den økonomiske

aktiviteten. Avhengig av innretningen kan finanspolitikken også ha et visst etterslep.

Noe av økningen i underskuddet skyldes lavere avgifts- og gebyrinntekter knyttet til for eksempel luftfart, kollektivreiser og bompenger. Dette bortfallet styrker husholdningenes økonomi, men vil først påvirke aktiviteten i økonomien når konsumet kan normaliseres.

Finanspolitikken omfatter også bruk av garantier og låneordninger. Disse kan ha bidratt til å opprettholde aktiviteten i økonomien gjennom at virksomheter unngikk konkurs. Danmark innførte flere slike garantiordninger under pandemien. At budsjettunderskuddet i 2020 ikke ble større, skyldes delvis at tapene på slike utlån ble mindre enn først ventet.

Tallene for offentlig forvaltnings inntekter og utgifter tyder på at finanspolitikken var noe mindre ekspansiv i Danmark, men her kan det ligge forskjeller i utformingen av de ulike tiltakene og hvordan disse måles i henholdsvis nasjonalregnskap og statsregnskap.

Oppsummering – slående lik utvikling i Skandinavia

Sammenlignet med andre land i Europa hadde de skandinaviske landene slående lik makroøkonomisk utvikling gjennom 2020 og til og med tredje kvartal 2021. Gjennom pandemien har ikke utviklingen i BNP i landene skilt seg mer enn to prosentpoeng i noen kvartaler, og utviklingen i både økonomiske hovedstørrelser og mer detaljerte næringer har vært svært lik. Sysselsettingen har utviklet seg noe sterkere i Danmark enn i Sverige og Norge.

I alle tre landene falt den økonomiske aktiviteten brått da den første smittebølgen traff, og deretter har mønsteret i gjeninnhenting vært forholdsvis likt. I tredje kvartal 2021 var BNP i de tre landene om lag 2 prosent høyere enn før pandemien inntraff.

11.3 Sosiale konsekvenser av covid-19-pandemien

Gjennomgangen ovenfor viser at norsk økonomi har klart seg godt gjennom pandemien. Det er likevel grunn til å tro at nesten to år med vekslende smitteverntiltak har fått konsekvenser for enkeltpersoners tilpasninger og muligheter i arbeidsmarkedet, for bruken av stønader og for overgangen til alderspensjon. Små endringer i situasjonen til enkeltpersoner påvirker ikke Nor-

ges BNP, i alle fall ikke på kort sikt, men de betyr mye for personene og familiene det gjelder. I dette avsnittet oppsummerer vi kort noen studier av arbeidsmarkedet og bruken av stønader gjennom pandemien.

Langvarig arbeidsledighet og marginalisering

De første analysene av mønsteret i arbeidsledighet og permittering etter nedstengningen i mars 2020 kom allerede tidlig i april samme år (Bratsberg mfl. 2020), med en oppdatering i september. Disse er omtalt i den første rapporten vår.¹¹ Analysene viste at krisen rammet bredt, men at risikoen for å bli sagt opp og permittert var klart større for arbeidstagere som hadde vokst opp i familier med lav inntekt, og som hadde lav inntekt og kort utdanning selv. Analysene viste også at unge ble rammet hardere enn eldre, og innvandrere mer enn norskfødte. Oppdateringen med data fra september viste at forskjellene forsterket seg over tid.

Disse analysene viste status under nedstengningen og relativt kort tid etter gjenåpningen. Forskere i NAV har senere brukt sekvensanalyse for å følge brukerne over lengre perioder (Gjerde mfl. 2021). Sekvensanalyse gir mulighet til å følge personer gjennom flere overganger og dermed skille ut noen typiske løpebaner. I studien følger forskerne alle som registrerte seg som arbeidssøkere i mars eller april 2020, og som ikke hadde vært registrert som ledige tidligere i 2020. Disse personene, i alt 373 847 personer, ble fulgt i 12 måneder.

Ved starten av analyseperioden var nesten 77 prosent av NAV-brukerne registrert som permitterte, mens 23 prosent var registrert som arbeidsløse. Forskerne understreker at dette kan ha å gjøre med arbeidsgivernes egen «sortering»: «Det at arbeidsgivar valde å sei opp tilsette framfor å permittere dei kan i somme tilfelle også tyde på at ein del av dei har lett utskiftbar kompetanse, noko som tyder på at dei i snitt vil vere mindre attraktive arbeidstakarar, og dermed ha vanskelegare for å finne ny jobb.» (Gjerde mfl. 2021, side 53). Det å registrere seg som arbeidsløs framfor permittert i mars eller april 2020 kan dermed i seg selv være tegn på en løsere tilknytning til arbeidsmarkedet.

Analysene viste at den klart vanligste løpebanen var «raskt tilbake i jobb». Hele 69 prosent av dem som mistet jobben ved inngangen til pandemien, var i denne kategorien. De var tilbake i jobb

etter 4–5 måneder. Andelen som fulgte denne banen, var høyere blant permitterte enn blant arbeidsledige – 75 mot 53 prosent. Personer med bakgrunn fra butikk og salg og personer født i Norge var overrepresentert i denne gruppen. Ytterligere fire prosent fulgte løpebanen «permittering og gradvis tilbake til jobb», der de fleste beveget seg fra full permittering til delvis permittering, og i noen tilfeller etter hvert også fullt tilbake til jobb.

De 27 prosentene som ikke kom raskt eller gradvis tilbake til jobb, fulgte typisk en av fem andre løpebaner. Den største enkeltgruppen var de som gikk til «annet» (6 prosent). Disse beveget seg raskt ut av statusen som arbeidssøkende uten at det var registrert overgang til arbeid – de forsvant fra NAVs registre. De kan ha begynt på utdanning eller funnet andre måter å forsørge seg på, eller de sluttet å gå på NAV fordi de mistet retten til dagpenger. Personer som var registrert som «ordinært arbeidsløs» (altså ikke permittert) ved inngangen til perioden, var sterkt overrepresentert i denne løpebanen, og det samme var personer under 25 år. Kategorien kan dermed inkludere mange unge som hadde løs tilknytning til arbeidslivet i utgangspunktet, og som brukte pandemiperioden til å ta mer utdanning. Kategorien kan også inkludere personer som har reist fra Norge, eller som bor i Norge og blir forsørget av familien.

Om lag fem prosent fulgte løpebanen «vekslende arbeidstilknytning». Disse har typisk vekslet mellom full permittering, delvis permittering og arbeid gjennom 12-månedersperioden. Denne løpebanen var spesielt vanlig blant NAV-brukere som var bosatt i regioner med mye smitte (Oslo, Viken og Vestland), og som jobbet innen reiseliv og transport. Dette tyder på at den vekslende arbeidstilknytningen har hatt nær sammenheng med åpningene og nedstengningene knyttet til den andre og tredje smittebølgen.

Nye fem prosent av populasjonen befant seg i løpebanen «langvarig permittering». Dette gjaldt særlig personer med bakgrunn fra reiseliv og transport og personer med lav utdanning. NAV vil ikke nødvendigvis registrere når en permittering ender i en avsluttet arbeidskontrakt – og brukeren altså går fra «permittert» til «arbeidsløs» – så forskerne holder muligheten åpen for at mange i realiteten har blitt arbeidsløse.

De to siste typiske løpebanene går fra ordinær arbeidsløshet og gradvis tilbake i jobb (to prosent) og fra ordinær arbeidsløshet til langvarig arbeidsløshet (fire prosent). Personer født i andre land enn Norge, og særlig de som er født i Afrika,

¹¹ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 439.

er overrepresentert i den siste gruppen. Dette kan ha sammenheng med at mange av dem som er født i Afrika, jobbet i bransjene «bil-, drosje- og varebilfører» og «renholder i bedrift», som er yrker som ble svært hardt rammet av tiltak gjennom hele perioden (Gjerde mfl. 2021).

Det var en stor gruppe arbeidstagere som ble rammet av nedstengningen i mars, og det er grunn til å tro at mange har opplevd situasjonen som belastende. Det er likevel noen av de skiserte løpebanene som er mer urovekkende enn andre. I banene «raskt tilbake i jobb», «permittering og gradvis tilbake i jobb», «arbeidsløshet og gradvis tilbake i jobb», «annet» og «vekslende arbeidstilknytning» finnes det mange arbeidstagere vi må anta har gode forutsetninger for å klare seg godt på lengre sikt. Disse banene inkluderer imidlertid også arbeidstagere som vil være sårbare – for eksempel omfatter «til annet»-løpebanen både unge som vender tilbake til utdanning, og arbeidstagere med svak arbeidstilknytning som trekker seg ut av arbeidslivet. Det å følge de to løpebanene «langvarig permittering» og «langvarig arbeidsløshet» – som til sammen ni prosent av personene i undersøkelsen gjorde – innebærer også større fare for varig marginalisering.

Forskerne påpeker videre at det er en klar sosioøkonomisk forskjell i hvem som fulgte ulike løpebaner. Personer med inntekt under 400 000 kr i 2019 hadde mye mindre sjanse enn andre for å befinne seg i løpebanen «raskt tilbake i arbeid». Analysen viste at personer født i Afrika, Asia og Latin-Amerika også var sterkt underrepresentert i denne løpebanen, og tilsvarende overrepresentert i løpebanene «langvarig permittering» og «langvarig arbeidsløshet». Personer med lav inntekt og innvandrere fra land utenfor Europa var i utgangspunktet sårbare grupper på arbeidsmarkedet, og de ser også ut til å ha blitt mer varig rammet av pandemien og smitteverntiltakene.

Funnene i NAV-analysen samsvarer med funnene i en økonomisk analyse som bruker endringer i inntekt i befolkningen som hovedindikator, og som følger utviklingen helt fram til oktober 2021 (Alstadsæter mfl. 2022). Forskerne trekker tre hovedkonklusjoner fra studien.

For det første fant de et kraftig fall i den totale lønnsmassen i Norge fra februar til april 2020. Fallet var på åtte prosent, men opphentinga skjedde relativt raskt. Likevel var lønnsmassen fortsatt to prosent mindre i oktober 2021 enn det de kunne antatt basert på utviklingen i tidligere år. Den første konklusjonen var dermed at krisen ikke var helt over på det tidspunktet.

For det andre fant de at hvordan krisen rammet, hang tett sammen med hvilken posisjon den enkelte hadde i arbeidsmarkedet i mars 2020. Mange som var i jobb, ble helt eller delvis permittert, men disse – som NAV-analysene også viste – kom stort sett raskt tilbake. De som allerede var arbeidsledige i 2020, fikk derimot langt større problemer med å finne jobb. Sysselsetningsgraden for disse var godt under det som det er rimelig å forvente i en situasjon uten pandemi, så sent som i oktober 2021 (fem prosent under for menn og to prosent under for kvinner). Unge som kom ut i arbeidslivet under pandemien, hadde også et vanskelig utgangspunkt, men for denne gruppen fant ikke forskerne lavere sysselsetting enn forventet.

Det tredje hovedbudskapet fra studien er at krisen rammet sosialt skjevt. Mannlige arbeidstagere som hadde hatt inntekter i den laveste tiendedelen av lønnsfordelingen før krisen, opplevde et estimert inntektstap på åtte prosent, mens tilsvarende tap for arbeidstagere med lønn i den høyeste tiendedelen bare var to prosent. Utslaget for kvinner fulgte samme mønster, men med mindre utslag. Innvandrere tapte også langt mer enn norskfødte. Studien bekrefter altså at lavinntektsgruppene og innvandrerne er de som har tapt mest gjennom pandemien. Alt i alt konkluderer forskerne entydig med at pandemien har bidratt til å øke forskjellene i arbeidsmarkedet.

Tilstrømming til NAVs stønader

Det ville være rimelig å anta at en så omfattende nedstengning av arbeidslivet som den som skjedde i mars 2020, ville føre til økt tilstrømming til velferdsstatens ytelser. Analyser fra NAV viser at dette i liten grad skjedde i 2020, noe forskerne kobler til de midlertidige koronaordningene og særlig den utvidede dagpengeordningen (Dahl mfl. 2021).

De to store helserelevante stønadene i Norge er arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd. AAP kan bli gitt til personer som har nedsatt arbeidsevne med 50 prosent eller mer, og det er ingen krav til tidligere arbeidsinntekt for å få minstesatsen. Erfaringer fra tidligere kriser, som finanskrisen i 2009 og oljeprisfallet i 2015, tilsa at det skulle skje en økt tilstrømming til AAP i koronaperioden. Det skjedde for så vidt, men både mønsteret og nivået var annerledes enn det forskerne hadde ventet (Dahl mfl. 2021). Tilstrømmingen var ganske begrenset, og den toppet seg i mars og november 2020. I månedene mars–oktober var tilstrømmingen lav. Dette kan ha sammenheng med begrenset saksbehandlingskapasitet i

NAV, i og med at mange var opptatt med å behandle søknader om dagpenger. Den begrensede tilstrømmingen kan også henge sammen med at personer med lavere inntekt fikk rett til dagpenger under koronakrisen, noe som kan ha tatt litt av presset av AAP.

AAP er en korttidsytelse som i utgangspunktet er begrenset til tre år. Perioden kan bli forlenget hvis mottageren på grunn av sykdom eller skade ikke kan kombinere behandling og tiltak, eller først kunne begynne i behandling og tiltak etter langvarig utredning. Etter å ha fått AAP i en maksimal periode er det en karenperiode på 52 uker før det er mulig å få ytelsen på nytt. Det følger av dette at AAP er en ytelse med stor gjennomstrømming, og at antallet som mottar ytelsen til enhver tid, avhenger både av hvor mange nye tilfeller som kommer inn, og hvor mange saker som blir avsluttet.

I pandemiperioden har det vært mulig å motta AAP i lengre perioder (se Dahl mfl. 2021, side 5 for detaljer), og dermed har utstrømmingen fra ytelsen vært mindre enn vanlig i denne perioden. Antallet mottagere har økt fra 114 893 i 2019 til 124 362 i 2020 og 132 560 i 2021.¹² Dette er en økning på 15 prosent, som er relativt mye på tre år, men som i hovedsak skyldes at utstrømmingen fra ytelsen er mindre enn normalt (Grønlien 2022). Tilstrømmingen til AAP i 2020 var faktisk samlet sett lavere enn i 2019 (Dahl mfl. 2021).

Det at det ble mulig å motta AAP i lengre perioder, har også bremsert tilstrømmingen til uføretrygd. Ved utgangen av 2021 mottok 360 943 personer uføretrygd, noe som var en økning på 8746 personer siden utgangen av 2019. Til sammenligning var økningen fra 2018 til 2019 på nesten 13 000, så økningen gjennom koronaperioden har vært beskjeden. NAV-direktøren sa i en pressemelding at etaten antar at den lavere tilstrømmingen er midlertidig, og etaten forventer en økning i overgangen fra AAP til uføretrygd i 2022 og 2023.¹³

Det legemeldte sykefraværet økte markant i første kvartal 2020 og holdt seg høyere enn årene før gjennom hele året (Dahl mfl. 2021). Denne økningen skyldes – naturligvis – den pågående pandemien. Økningen kan likevel ha blitt dempet av at mange hadde hjemmekontor og dermed i mindre grad ble sykemeldt ved mild sykdom, og

av at mange var permittert og dermed ikke ble registrert med sykefravær hvis de ble syke.

NAV har også registrert en markant økning i andelen som går fra dagpenger til sykepenger. Dette mønsteret viste seg allerede i mars 2020. Dette ble beskrevet som «overraskende tidlig» sammenlignet med det som er observert i tidligere kriser. NAV vet ikke hva dette skyldes, men foreslår at en del arbeidsløse som var koronasyke, mistenkte at de var koronasyke, eller var i karantene, gikk over på sykepenger (Dahl mfl. 2021, side 13).

Antallet mottagere av økonomisk sosialhjelp sank noe fra 2019 til 2020, og de samlede utgiftene til denne ytelsen gikk ned (Dahl og Lima 2021). Også denne utviklingen blir koblet til det mer sjenerøse regelverket for dagpenger (Dahl mfl. 2021).

Pensjoneringsatferd og ønsket pensjonsalder

Det er et viktig prinsipp i det norske alderspensjonssystemet at det skal lønne seg å stå lenge i jobb. Samtidig åpner systemet for mye fleksibilitet. Arbeidstagerne kan begynne å ta ut folketrygdens alderspensjon når som helst etter at de har fylt 62 år, og det er mulig å kombinere alderspensjon og fortsatt lønnsarbeid uten at pensjonen blir avkortet. De som begynner å ta ut alderspensjonen tidlig, får mindre utbetalt per år. Gitt denne fleksibiliteten er det ikke usannsynlig at drastiske endringer i arbeidsmarkedet kan føre til en endret bruk av de mulighetene som alderspensjonssystemet gir.

Pensjonssystemet som ble innført i 2011, gir langt sterkere insentiver til å jobbe lenge enn det som var tilfellet i det tidligere systemet, og yrkesaktiviteten blant de eldste har økt siden 2011.¹⁴ Sysselsettingen for alle årskull fra 62 til 69 år økte år for år i perioden 2016–2019, men falt for alle aldersgrupper (unntatt 65-åringene) fra 2019 til 2020. Nedgangen var på 0,2–1,4 prosentpoeng, og sysselsettingen i 2020 var dermed for de fleste alderstrinn fortsatt høyere enn i 2018.¹⁵ Nedgangen var med andre ord ikke dramatisk. Andelen som tok ut alderspensjon tidlig, fortsatte å falle, og for dem som ble stående i jobb, økte ukentlig arbeidstid noe.

¹² Nettartikkel, NAV, 25. februar 2022, «Mottakere av arbeidsavklaringspenger. Alder og kjønn. Desember 2010–2021».

¹³ Pressemelding, NAV, 11. februar 2022, «Forventa auke i talet på uføretrygda i 2022».

¹⁴ Rapport, Pensjonspolitisk arbeidsgruppe, 9. juni 2021, «Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen».

¹⁵ Rapport, Pensjonspolitisk arbeidsgruppe, 9. juni 2021, «Arbeid, pensjon og inntekt i den eldre befolkningen», figur 5.1.

Overordnet konkluderer Pensjonspolitisk arbeidsgruppe i 2021 at «den eldre befolkningen i liten grad har blitt påvirket av koronapandemien» (side 3). Det er grunn til å understreke at denne konklusjonen er basert på situasjonen i desember 2020. Arbeidsgruppen tar forbehold om at flere av konklusjonene kan endre seg på lengre sikt.

Andre studier åpner i større grad opp for at situasjonen har endret seg for eldre arbeidstagerer gjennom pandemien. Studien til Alstadsæter mfl. (2022), som vi nevnte ovenfor, tydet på at seniorene i mindre grad enn andre gjenopprettet yrkesinntekten de hadde hatt før pandemien, noe forskerne mener kan ha sammenheng med overgangen til hel eller delvis alderspensjon (Alstadsæter 2022, side 27).

Årlige rapporteringer fra Senter for seniorpolitikk har vist at ønsket avgangsalder fra arbeidslivet økte sterkt i en periode tidlig på 2000-tallet, for deretter å flate ut og faktisk falle noe. Gjennomsnittlig alder oppgitt som svar på spørsmålet «Ved hvilken alder kunne du tenke deg å tre helt ut av arbeidslivet hvis du selv kunne velge helt fritt?» økte fra 61,0 år i 2003 til 66,2 år i 2015 (Ipsos 2020).¹⁶ Etter 2015 har det vært en liten, men jevn, nedgang, til 65,6 år i 2019 og 65,2 år i 2020. Det finnes ingen enighet om hva denne nedgangen skyldes, og tendensen oppsto flere år før koronapandemien traff Norge.

Senter for seniorpolitikk ønsket å vite hvordan pandemien har påvirket seniorenes arbeidsmotivasjon, og gjennomførte derfor en ekstra undersøkelse rettet mot yrkesaktive 50–74-åringene i oktober 2021 (Hauge og Solem 2022). Svarene blir sammenlignet med svarene til deltagere i Norsk seniorpolitisk barometer i samme alder i 2018, 2019 og 2020. Datainnsamlingen i 2020 skjedde i august, altså litt ut i pandemien.

Analysene av dette materialet tyder klart på at arbeidsmotivasjonen til arbeidstagerer over 50 år har blitt redusert gjennom pandemien (Hauge og Solem 2022). Gjennomsnittlig ønsket avgangsalder for denne gruppen var 66,6 år i 2018 og 66,4 år i 2019. I august 2020, etter seks måneder med koronatiltak, hadde den falt til 65,9 år. I oktober 2021, da smitteverntiltakene hadde vart i 19 måneder, oppga arbeidstagerne i undersøkelsen i gjennomsnitt at de ville ønske å gå av når de var 64,7 år gamle. Gjennomsnittlig ønsket avgangsalder falt altså med nesten to år fra 2018 til 2021, og det klart største fallet kom mellom august 2020 og oktober 2021. Dette tyder på at smitteverntiltakene

har bidratt sterkt til å redusere arbeidsmotivasjonen til de eldste arbeidstagerne.

Andre indikatorer tyder også på at seniorene i arbeidslivet er mindre entusiastiske i oktober 2021 enn de var i 2018. For eksempel økte andelen som sa at de gledet seg til å gå av med pensjon, fra 44 til 53 prosent. Andelen som sa at arbeidet var veldig viktig for dem, falt fra 53 til 45 prosent, og andelen som sa at de alltid gledet seg til å gå på jobb, falt fra 71 til 61 prosent. Endringene i disse parameterne var størst i utdanningssektoren, der andelen som sa at de gledet seg til å gå av med pensjon, økte fra 39 til 62 prosent.

Undersøkelsen om eldre arbeidstageres arbeidsmotivasjon viste at det skjedde relativt lite fra 2018/2019 til august 2020. De markante endringene skjedde mellom august 2020 og oktober 2021. Det som har påvirket seniorenes jobbtrivsel og ønsker for å pensjonere seg, var altså ikke den tidlige pandemifasen og nedstengningen, men heller den lange perioden med skiftende tiltak. At dette spesielt har påvirket trivselen i undervisningssektoren peker tilbake mot kapitlet om barn, unge og studenter, der mangelen på forutsigbarhet i skolen er et viktig tema.

Husholdningenes økonomiske situasjon

Mange mistet deler av inntekten sin under nedstengningen, og som analysene i dette delkapitlet har vist, var det relativt mange som brukte lang tid på å komme tilbake til normalsituasjonen. Førte dette til at flere fikk økonomiske bekymringer eller betalingsproblemer?

Statens institutt for forbruksforskning (SIFO) gjennomførte tre spørreundersøkelser om dette temaet: i april 2020, juni 2020 og juni 2021 (Kempson og Poppe 2021). Undersøkelsen legger spesielt vekt på husholdningenes «økonomiske trygghet», en indikator som blir utviklet på bakgrunn av sju indikatorer fordelt på tre temaer: evnen til å overholde økonomiske forpliktelser, økonomisk armslag i hverdagen og tilgang til økonomisk buffer. Basert på svarene på disse indikatorene blir husholdningene gruppert i tre grupper: «er trygg», «er utsatt» og «har problemer».

Andelen i gruppen «har problemer» var 8 prosent i april 2020, 9 prosent i juni 2020, og 7,5 prosent i juni 2021. Hovedinntrykket er altså at dette er stabilt. Andelen som sa at de sov dårlig om natten på grunn av økonomiske bekymringer, ble redusert fra 14 prosent i juni 2020 til 4 prosent i juni 2021.

I juni 2021 sa 18 prosent at de hadde det bedre økonomisk enn de hadde hatt før krisen, mens

¹⁶ Rapport, Ipsos, oktober 2020, «Norsk seniorpolitisk barometer 2020. Yrkesaktiv befolkning».

12 prosent sa at de hadde fått det verre. 14 prosent hadde mindre usikret kreditt enn før, mens 5 prosent hadde mer. 32 prosent sa at de kunne spare mer enn før, mens 13 prosent kunne spare mindre. Alle disse indikatorene tyder altså på at pandemien samlet sett har vært gunstig for økonomien til norske husholdninger, samtidig som relativt høye andeler oppgir at pandemien ikke har endret den økonomiske situasjonen deres i noen retning.

Ser man bare på dem som oppgir å ha vært direkte rammet av koronatiltakene, sa 42 prosent at de hadde lavere inntekt i juni 2021 enn de hadde hatt i februar 2020 (Kempson og Poppe, figur 4-3). Dette bekrefter inntrykket fra undersøkelsene som er gjennomgått ovenfor, som viste at krisen ble langvarig for et mindretall. Husholdningene som ble rammet av koronatiltakene, reagerte blant annet ved å redusere forbruket (37 prosent), bruke sparepenger (27 prosent) og låne penger til mat og nødvendige utgifter (21 prosent). Likevel hadde husholdninger som ble rammet økonomisk av koronakrisen, tre ganger så høy sannsynlighet for betalingsproblemer som de som ikke ble rammet: 25 mot 8 prosent.

Også denne undersøkelsen finner at krisen har bidratt til å øke ulikheten i samfunnet. 40 prosent av husholdningene som i utgangspunktet hadde mest sårbar økonomi, hadde tapt inntekter i koronaperioden, sammenlignet med bare 13 prosent av de tryggeste husholdningene. 27 prosent av de tryggeste sa at de hadde en bedre økonomisk situasjon i juni 2021 enn de hadde hatt før koronaperioden, og 3 prosent sa at den var vanskeligere. Tilsvarende tall for de mest sårbare husholdningene var 8 og 47 prosent. I juni 2021 manglet 53 prosent av de mest sårbare husholdningene sparepenger, mot to prosent av husholdningene på det høyeste trygghetsnivået. Hovedkonklusjonen, også fra denne rapporten, er dermed at koronasituasjonen forsterket den økonomiske ulikheten i Norge.

Tillit, påkjenning og tiltakstretthet

Meningsmålingsinstituttet Opinion har gjennomført befolkningsundersøkelsen Norsk koronamonitor kontinuerlig siden 13. mars 2020. Kommisjonen har bedt Opinion lage tidsserier for noen av de mest relevante indikatorene for å se hvordan befolkningens oppfatninger har endret seg over tid.¹⁷ I dette avsnittet gjengir vi kort noen hovedtrender om tillit, påkjenning og tiltakstretthet.

Gjennom hele pandemien hadde et flertall i befolkningen tillit til at helsemyndighetene satte i

verk de nødvendige smitteverntiltakene for å begrense smitten. Andelen som sa at de hadde tillit til dette, var høyest tidlig i pandemien, og den var på topp i april/mai 2020 med 78 prosent. Senere i pandemien, fram til oktober 2021, har andelen ligget rundt 65–68 prosent. Mer enn to tredjedeler uttrykte også tillit til informasjonen fra helsemyndighetene, og nesten like mange hadde tillit til informasjon fra regjeringen og kommunene de bor i. Det er kjent fra tidligere undersøkelser at befolkningen i Norge har høy tillit til myndighetene i normale tider, og funnene i Koronamonitoren tyder på at pandemien ikke har endret dette.

21 prosent av befolkningen sa seg enige i at påkjenningen ved tiltakene for å begrense koronasmitte var blitt for stor til at de kunne forsvares (snitt i perioden fra april 2020 til november 2021). 54 prosent var uenige i påstanden, mens resten oppga at de verken var enige eller uenige. Andelen som var enige i denne påstanden økte svakt gjennom pandemien, og nådde en topp i mai–juni 2021 (28 prosent), før den igjen falt noe. Om lag tre av ti syntes at det var vanskelig å vite om de til enhver tid fulgte retningslinjene som gjaldt for dem. På dette området var det lite variasjon over tid, men andelen var høyere blant personer over 60 år og blant kvinner. Koronatiltakene hadde med andre ord høy legitimitet, men et betydelig mindretall syntes de var vanskelige å forholde seg til.

I perioden mai–oktober 2020 og april–september 2021 stilte Koronamonitoren følgende spørsmål: «Myndighetene ønsker å åpne opp samfunnet igjen, gradvis og kontrollert. Synes du at åpningen av samfunnet går for fort, i riktig tempo eller for sakte?» Snittet for de to periodene var at 54 prosent syntes at gjenåpningen gikk i riktig tempo, 34 prosent syntes det gikk for fort, og 12 prosent at det gikk for sakte. Det var altså nesten tre ganger så mange som ville holde mer igjen, enn det var som ville øke tempoet. Andelen som syntes åpningen gikk for sakte var aldri høyere enn 20 prosent (april 2021). På spørsmålet «Synes du at omfanget på koronatiltak i din kommune burde økes, reduseres eller bestå som i dag?» svarte i gjennomsnitt 58 prosent at nivået burde bestå som i dag, 21 prosent ville øke nivået, og 16 prosent ville redusere nivået. Fem prosent svarte «vet ikke».

¹⁷ Rapport, Opinon til Koronakommisjonen, januar 2022, «Norsk koronamonitor. Sammenstilling av utvalgte indikatorer til Koronakommisjonen for 2020–2021».

Tiltakene hadde altså gjennomgående høy legitimitet, og gjennom de fleste fasene var det flere som ønsket å stramme inn heller enn å åpne opp. Dette betyr ikke at tiltakene ikke har vært belastende. I gjennomsnitt sa 31 prosent til enhver tid at de følte seg ensomme som følge av pandemien. Andelen var større i Oslo (37 prosent) og blant innvandrere (43 prosent). Opplevelsen av ensomhet varierte sterkt med alder: I snitt sa 47 prosent i alderen 16–24 år, og 41 prosent i alderen 25–29 år at de følte seg ensomme. Snittet for respondenter mellom 50 og 69 år var 25 prosent, mens det for de over 80 år var 34 prosent. Ensomheten berørte altså særlig de yngste og de eldste.

De unge (under 30 år) sa også oftere enn andre at de opplevde livssituasjonen sin som psykisk belastende «som følge av endringer i hverdagsrutiner knyttet til konsekvenser av koronautbruddet». 36 prosent av de unge ga dette svaret, sammenlignet med 28 prosent i befolkningen som helhet. Personer som hadde mistet jobben, var permittert eller fryktet å bli det, opplevde hverdagen som psykisk belastende i vesentlig større grad enn andre (37 mot 25 prosent).

Opplevelsene av ensomhet og psykisk belastning varierte gjennom pandemien. Opinion finner tegn til at den tredje smittebølgen, februar–april 2021 var den tyngste. Andelen som sa at de følte seg ensomme, og at de opplevde situasjonen som psykisk belastende, nådde klare topper i denne perioden. Våren 2021 sa over halvparten av de unge at de følte seg ensomme som følge av pandemien (55 prosent).

Konklusjon

De fleste som mistet jobben under pandemien, kom raskt tilbake, men for noen har krisen blitt

mer langvarig. Dette er et entydig funn i flere undersøkelser som bruker ulike utfallsmål. Konklusjonen er ganske lik enten vi ser på mottakere av NAV-stønader, fordeling av lønnsmassen, egenopplevd økonomisk situasjon eller betalingsproblemer.

Utvidelsene av retten til dagpenger gjennom pandemien har antagelig tatt presset av flere andre stønader, inkludert AAP og økonomisk sosialhjelp. Tallene for 2020 ga ikke grunnlag for å konkludere med at eldre arbeidstgere har endret pensjoneringsadferd, men utviklingen som blir dokumentert i Senter for seniorpolitikks studie av trivsel og jobbmotivasjon, tyder på at dette kan endre seg på et senere tidspunkt.

Funnene i Koronamonitoren viser at befolkningen i Norge har høy tillit til myndighetene, også i en krise. I den grad de var kritiske til tiltakene, ønsket de like gjerne strengere som lettere tiltak. Tiltakene har likevel vært belastende. Unge mennesker, innvandrere og bosatte i Oslo har opplevd større belastninger enn andre. Det samme har personer som har opplevd endringer i jobbsituasjonen som følge av koronatiltakene.

Alle studiene som har sett på sosiale forskjeller finner at grupper med lav utdanning, lav inntekt og/eller innvandrerbakgrunn har blitt hardere og mer langvarig rammet av pandemien og smitteverntiltakene enn andre. Pandemien har rammet skjevt. Det vil kreve langsiktig innsats å rette opp disse skjevhetene, og hindre at pandemien fører til varig dypere skillelinjer i det norske samfunnet.

Del VII
Avslutning

Kapittel 12

Overordnede funn, læringspunkter og anbefalinger

12.1 Innledning

Koronakommisjonen ble satt ned for å gå gjennom og evaluere myndighetenes håndtering av covid-19-pandemien. Av mandatet vårt går det fram at vi skal fremme forslag om tiltak som kan bedre landets kriseberedskap og myndighetenes evne til å håndtere kriser.

Vi har gjennom nærmere to år med gransking gjort en rekke funn og observasjoner. Vi har sett at mye har fungert godt i Norge. Ett av hovedbudskapene i den første rapporten vår var at myndighetenes håndtering av pandemiens første fase samlet sett var god. Det samme mener vi om den videre håndteringen fram til vi avsluttet vår gransking 31. oktober 2021. Samtidig har vi, både i den første rapporten og i denne andre rapporten, beskrevet flere svakheter ved landets kriseberedskap og myndighetenes håndtering.

I et læringsperspektiv er det viktig å framheve sterke og svake sider både ved kriseberedskapen og krisehåndteringen. De sterke sidene må bli bevart og videreutviklet. Samtidig er det viktig at myndighetene tar inn over seg, og endrer på, det som fungerte mindre godt. Bare da kan Norge stå bedre rustet til å håndtere neste krise.

I denne avsluttende delen av rapporten gjengir vi først hovedfunnene våre. Deretter beskriver vi sider ved det norske samfunnet som gjorde landet godt rustet i møtet med pandemien, men også noen forhold som gjorde oss sårbare. For å trekke lærdom av håndteringen er det viktig å se på hvorfor myndighetene håndterte noen områder godt, mens de på andre områder har hatt en mindre god håndtering. Vi redegjør derfor også for hva vi ser som de bakenforliggende årsakene til funnene våre, og hva som er de viktigste læringspunktene. Til slutt gjengir vi våre overordnede anbefalinger. Flere av læringspunktene og anbefalingene mener vi er relevante også for håndteringen av andre kriser enn eventuelle framtidige pandemier.

Hovedfunnene, læringspunktene og de overordnede anbefalingene bygger på granskingen

som er beskrevet i de tidligere kapitlene i denne rapporten. De må også ses i sammenheng med funnene, læringspunktene og anbefalingene fra den første rapporten vår, som på flere punkter er blitt forsterket gjennom denne videre granskingen. For eksempel var ett av hovedbudskapene i den første rapporten at myndighetene ikke var forberedt da covid-19-pandemien rammet Norge.¹ Denne konklusjonen mener vi er styrket gjennom granskingen vår av kommunelegenes situasjon og sykehusenes intensivberedskap, se henholdsvis kapittel 5 og kapittel 6. Et annet av hovedbudskapene våre i den første rapporten var at det er en styrke at kommunene har et stort ansvar for smittevern i Norge, men at regjeringen og Helsedirektoratet har vært for sent ute med å informere og involvere kommunene i beslutninger som skulle gjennomføres på lokalt nivå.² Denne konklusjonen har blitt forsterket gjennom granskingen vår av kommunelegenes situasjon og myndighetenes håndtering av importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene, se henholdsvis kapittel 5 og kapittel 7.

12.2 Kommisjonens hovedfunn

Koronapandemien har vært en langvarig krise som har rammet hele landet og alle deler av samfunnet. Det har vært store geografiske variasjoner i hvor stor belastningen har vært, og hvordan den har endret seg over tid. På bakgrunn av helhetsbildet som vi har fått gjennom granskingen, vil vi trekke fram følgende sentrale funn:

- Landets befolkning og norske myndigheter har samlet sett håndtert pandemien godt. Norge er blant de landene i Europa som har hatt lavest dødelighet, lavest tiltaksbyrde og minst reduksjon i økonomisk aktivitet.

¹ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 10.

² *Ibid.* side 27.

- En rekke enkeltpersoner har gjort en innsats langt utover det som kan forventes. I helsetjenesten, statsforvaltningen, kommunene og en rekke næringer er det utvist en imponerende omstillingsevne og fleksibilitet.
- Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å kunne møte og håndtere en pandemi av et slikt alvor og omfang som den som rammet Norge og resten av verden.
- Pandemien medførte i perioder stor belastning på enkelte av landets intensivavdelinger. Intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig da pandemien rammet Norge.
- Kommunelegefunksjonen var ikke godt nok rustet til å håndtere pandemien, og kommunelegene fikk en krevende arbeidssituasjon under pandemien.
- Regjeringen har utøvd sterk sentral styring av håndteringen av pandemien. Den har truffet beslutninger i så vel viktige saker, som små og avgrensede saker.
- Gjennom kreativitet og handlekraft lyktes myndighetene meget godt i arbeidet med å skaffe vaksiner til befolkningen. Prosessene viste imidlertid at systemene for å anskaffe vaksiner var sårbare. Norge var avhengig av velvilje og hjelp fra EU og enkeltland i Europa.
- Vaksineringsen av befolkningen var vellykket og resulterte i en høy vaksinasjonsgrad. Regjeringen kunne likevel med en tidligere geografisk prioritering av vaksiner til områder med høyt smittetrykk, i større grad nådd egne mål om å ivareta helse og redusere forstyrrelser i samfunnet.
- For å begrense smitte ved innreise fra utlandet innførte myndighetene inngripende tiltak overfor enkeltpersoner. Tiltakene var preget av hastverk og stadige justeringer. Dette var krevende både for de som skulle utforme og iverksette tiltakene, og de som skulle etterleve dem.
- Myndighetenes kommunikasjon om pandemien, smitteverntiltak og vaksinasjon har vært god, og den har nådd fram til de fleste i befolkningen. Kommunikasjonen har bidratt til å skape tillit. Myndighetenes informasjon nådde imidlertid i varierende grad fram til innvandrerbefolkningen.
- Kommuneleger, kommuner, politiet på grensen og andre som skulle håndtere smitteverntiltak lokalt, fikk informasjon om nye anbefalinger og regler samtidig som resten av befolkningen, enten på pressekonferanser eller på regjeringens eller helsemyndighetenes hjemmesider. Dette bidro til å gjøre arbeidssituasjonen svært krevende for dem som skulle håndtere smittevernet lokalt.
- Innvandrerbefolkningen i Norge var overrepresentert blant de smittede og alvorlig syke og underrepresentert blant de vaksinerte. Myndighetene var ikke tilstrekkelig forberedt til å håndtere de økonomiske, praktiske og sosiale barrierene mot testing, isolering og vaksinerings som fantes blant mange med innvandrerbakgrunn. Det tok lang tid å iverksette målrettede tiltak mot denne delen av befolkningen.
- Pandemien har forsterket sosiale og økonomiske ulikheter i befolkningen.
- Smitteverntiltakene har rammet barn og unge hardt. Myndighetene har ikke i tilstrekkelig grad klart å skjerme barn og unge i tråd med egen målsetting.

For å forstå årsaken til noen av disse funnene trekker vi først fram noen særtrekk ved det norske samfunnet som gjorde landet godt rustet i møte med pandemien, og noen forhold som gjorde landet spesielt sårbart. Deretter konsentrerer vi oss om hvilke sider ved myndighetenes håndtering som har hatt stor betydning for om håndteringen har vært god eller mindre god. Disse omtaler vi som læringspunkter. Til slutt vil vi oppsummere våre overordnede anbefalinger.

12.3 Norge – et godt rustet samfunn, men med sårbarheter

Et godt rustet samfunn

I den første rapporten vår løftet vi fram noen viktige særtrekk ved det norske samfunnet som gjorde landet godt rustet da covid-19-pandemien kom. Mange av disse forholdene framstår som enda viktigere etter hvert som pandemien trakk ut i tid. Nedenfor gjentar vi kort noen av særtrekene. For en grundigere gjennomgang viser vi til den første rapporten vår.³

Befolkningen har høy tillit til myndighetene

Befolkningen i Norge skiller seg ut i internasjonale sammenhenger med at vi har høy tillit til hverandre og til myndighetene. Dette var en klar styrke da det oppsto en krise og myndighetene måtte treffe inngripende beslutninger raskt. Den høye tilliten mener vi har bidratt til at befolkningen har sluttet opp om smitteverntiltakene og i hovedsak fulgt dem, enten de er gitt i form av påbud eller som råd. Det høye tillitsnivået har også bidratt til den høye vaksinasjonsdekningen i befolkningen. Konfliktnivået rundt pandemihåndteringen har hele tiden vært lavt i Norge, også da krisen ble langvarig og de mange tiltakene tæret på befolkningen.

Befolkningen har gjennom hele pandemien uttrykt tillit til myndighetenes håndtering. I undersøkelser har 2/3 av befolkningen gjennomgående svart at de har tillit til at myndighetene har satt i verk de nødvendige smitteverntiltakene, og en like stor andel har sagt at de har tillit til informasjonen de har fått fra helsemyndighetene. Den langvarige pandemien ser ikke ut til å ha rokket ved den grunnleggende tilliten som preger det norske samfunnet.

Den norske modellen har fungert godt

Samfunnsmodellen med vekt på økonomisk styring, offentlig velferdspolitik og organisert arbeidsliv blir av og til omtalt som den norske (eller nordiske) modellen. Norge har gjennom hele pandemien hatt en solid og velordnet nasjonaløkonomi, og myndighetene har brukt mulighetene de har til å sette inn kompensierende tiltak for ulempene som pandemien har ført med seg. Ekstraordinære tiltak i form av støtteordninger for personer, foretak og den ideelle sektoren, i tillegg til økte offentlige bevilgninger, har dempet fallet i verdiskapingen mer enn i mange andre land.

Norges sterke tradisjon for trepartssamarbeid, der statlige myndigheter og de to partene i arbeidslivet – arbeidstakerne og arbeidsgiverne – regelmessig møtes og samarbeider om å løse samfunnsutfordringer, har også vært en styrke under pandemien. Trepartssamarbeidet ga en arena for å håndtere pandemien i fellesskap, der ulike interesser ble hørt. Forholdet mellom

arbeidsgiver- og arbeidstakersiden har gjennom pandemien vært preget av samarbeid, og begge sider har gitt innspill til de statlige smitteverntiltakene og kompensasjonsordningene.

Høy utdanning gir gode forutsetninger for å forstå viktig informasjon

Befolkningen i Norge er høyt utdannet i global sammenheng. Store deler av befolkningen har fullført ni- eller tiårig skolegang, og svært mange har i tillegg fagutdanning eller utdanning på høyere nivå. Befolkningen har dermed i all hovedsak vært i stand til å holde seg informert om pandemiens utvikling og til å forstå smittevernrådene og påbudene og begrunnelsene for disse, også i situasjoner der det har vært stor usikkerhet og til dels motstridende informasjon om smitteverntiltakene.

God digital infrastruktur og kompetanse gjorde hjemmekontor og hjemmeskole mulig

Gjennom pandemien har verdiskapingen blitt opprettholdt blant annet av ansatte på hjemmekontor. Lærere på alle nivåer har undervist fra kjøkkenbordet, noe som har vært avgjørende for utdanningen til barn, unge og studenter. Offentlig forvaltning, inkludert viktige sider av krisehåndteringen, flyttet også til private hjem.

Dette var bare mulig fordi de fleste norske husholdninger har bredbånddekning og tilgang til PC, nettbrett og mobiltelefon, og fordi de fleste har god kompetanse i å bruke slike hjelpemidler. Uten denne infrastrukturen ville det ikke vært mulig å gjennomføre en del av smitteverntiltakene. Bare få år tidligere ville dette sett helt annerledes ut.

Gode helsetjenester og en tilpasningsdyktig offentlig sektor

Helsetjenestene har hatt en sentral rolle i pandemien. Norge har godt utviklede helse- og omsorgstjenester. Ved sammenligninger av helse-systemer på tvers av land scorer Norge høyt på kvalitet. Gode helse- og omsorgstjenester var en klar styrke i møtet med pandemien.

Offentlig sektor er relativt stor i Norge, og ansatte i denne sektoren har gjennomgående høy kompetanse. I en langvarig nasjonal krise, der situasjonen har endret seg kontinuerlig, har dette bidratt til å opprettholde kvaliteten i pandemi-håndteringen.

³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 2 på side 22 og de følgende sidene for en nærmere beskrivelse av de sidene vi mener gjorde Norge godt rustet. Drøftingen der inkluderer referanser til annen litteratur som underbygger argumentene.

Geografiens betydning for smittespredningen

Norge ligger i utkanten av Europa, og befolkningen bor forholdsvis spredt. OECD har beskrevet dette som medvirkende årsaker til at smitten har spredt seg langsommere her enn i mange andre land.⁴

Romslige boforhold gjør tiltakene enklere å gjennomføre

For håndteringen av pandemien har det vært en styrke at de fleste i Norge bor relativt romslig, og at den digitale infrastrukturen er god. Dette har redusert de negative konsekvensene av pålagt hjemmekontor og hjemmeskole. I tillegg har effektive smitteverntiltak som isolasjon og karantene i eget hjem vært mindre belastende for de fleste nordmenn enn for befolkningen i mange andre land. Disse trekkene har sannsynligvis blitt viktigere jo lenger krisen har trukket ut i tid.

Sårbarheter

Det finnes også noen trekk ved det norske samfunnet som gjør oss sårbare i en langvarig, global krise.

Arbeidsinnvandring

Det kommer arbeidsinnvandrere fra hele verden til Norge. Siden 2004 har det kommet mange fra EU-land i Øst- og Sentral-Europa. Helse- og omsorgstjenestene er blant de sektorene som har et betydelig innslag av utenlandsk arbeidskraft. Arbeidsinnvandringen har gitt store positive bidrag til den norske økonomien. I en internasjonal krise med sterkt redusert mobilitet over landegrensene er dette likevel en åpenbar sårbarhet. Land som er avhengige av arbeidskraft fra utlandet for å holde de sentrale tjenestene i gang, er sårbare i en global pandemi.

Dette ble tydelig da myndighetene innførte innreiserestriksjoner for å begrense smitte fra utlandet. Innreiserestriksjonene gjorde det vanskelig å opprettholde normal drift for delene av næringslivet som er avhengige av utenlandsk arbeidskraft. Det samme gjaldt norske sykehus som blant annet har basert seg på å leie inn intensivsykepleiere fra Sverige, Danmark og Finland. Granskingen har vist at myndighetene ikke har rettet tilstrekkelig oppmerksomhet mot slike sårbarheter i forkant av pandemien.

Markedsmekanismer og forsyningslinjer

Det finnes få viktige forbruksvarer som Norge er selvforsynt med. Som nasjon er vi dermed avhengig av at de internasjonale handelskjedene fungerer som forventet, og at varene vi trenger, er tilgjengelige på verdensmarkedet. I en lokal eller nasjonalt avgrenset krise får Norge tilgang til det vi trenger fra andre land. I en internasjonal krise der mange land i verden trenger det samme, blir vi sårbare for manglende tilgang på viktige varer.

Under pandemien ble avhengigheten av omverdenen forsterket på grunn av mangelen på beredskapslagre.⁵ Det er få land som produserer alt de har behov for innenlands, men mange produserer deler av det og kan derfor inngå i produksjonskjeder sammen med andre land. Under pandemien har Norge hatt få slike muligheter.

Norges sårbarhet ved endringer i de internasjonale forsyningslinjene kom tydelig til syne da det oppsto mangel på smittevernutstyr, og da myndighetene skulle skaffe befolkningen vaksiner. I myndighetenes arbeid med å sikre befolkningen vaksiner var Norge avhengig av velvilje og samarbeid med EU og spesielt Sverige. Granskingen har vist at resultatet i stor grad var avhengig av innsatsen og kontaktene til enkeltpersoner. Også myndighetenes arbeid med å skaffe smittevernutstyr, som vi har beskrevet i den første rapporten vår, viste hvor sårbart landet er når markeds mekanismer og internasjonale forsyningslinjer ikke fungerer normalt.

Norge har under pandemien vært avhengig av arbeidet EU gjorde med å sikre såkalte grønne korridorer for forsyningslinjen av nødvendige varer under pandemien. Denne ordningen la til rette for enklere grensepasseringer for kjøretøy og skip som fraktet slike varer, med så få kontroller og prosedyrer som mulig. Systemet har bidratt til å unngå unødvendige køer ved grensene. Formålet med de grønne korridorene har også vært å redusere smittefaren for transportarbeidere.

12.4 Læringspunkter

Nedenfor diskuterer vi hvorfor myndighetene på noen områder har lyktes i håndteringen av pandemien, mens de på andre områder ikke har lyktes like godt. Dette bidrar til å forklare noen av hovedfunnene våre. Å forstå årsakene er viktig for å kunne lære av håndteringen og stå bedre rustet til

⁴ Rapport, OECD, 2020, «Health at a glance: Europe 2020».

⁵ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 94.

neste krise. Vi konsentrerer oss først om de sterke sidene ved håndteringen, og deretter ser vi på svakhetene. Til slutt behandler vi årsakene til mangelen i beredskapen som vi har sett både i arbeidet med denne rapporten og i arbeidet med den første rapporten vår.

Sterke sider ved håndteringen

Vi mener at norske myndigheter samlet sett har håndtert covid-19-pandemien godt. Regjeringen har vært synlig og handlekraftig, og myndighetene har fått majoriteten av befolkningen til å følge smitteverntiltak, samtidig som de har beholdt befolkningens tillit. Som vi beskrev tidligere, har strukturelle, økonomiske og kulturelle forhold ved det norske samfunnet vært en styrke i møtet med pandemien. Dette kan bidra til å forklare hvorfor vi som land har klart oss godt. Vi mener det i tillegg er forhold ved myndighetenes håndtering som har vært av stor betydning. Der håndteringen lyktes, mener vi det primært kan forklares slik:

- Resultatene ble oftest best når myndighetene brukte etablerte arbeidsprosesser.
- Samarbeid, fleksibilitet, omstillingsevne og handlekraft var avgjørende for å oppnå gode resultater.
- Der kommunikasjonen til befolkningen var målrettet, direkte, åpen og ærlig, førte det til ønskede adferdsendringer og til at tilliten ble bevart.

Resultatene ble oftest best når myndighetene brukte etablerte arbeidsprosesser

Myndighetene benyttet hovedsakelig kjente møte- og arbeidsprosesser og kjente kanaler for informasjonsutveksling under pandemien. Vi har i granskningen sett at målene i stor grad ble oppnådd når myndighetene jobbet på kjente måter. Et viktig eksempel er arbeidet med vaksinestrategien. Folkehelseinstituttet etablerte vaksinasjonsprogrammet ut fra kjente og etablerte arbeidsformer. Dette bidro til at arbeidsprosessene i vaksinasjonsprogrammet ble effektive, og at resultatene av programmet ble gode. Arbeidet med å flytte pasienter mellom sykehus er et annet eksempel. Koordineringen av intensivkapasiteten bygde på kjente rutiner som også blir brukt til å koordinere kapasiteten i ferietider. Resultatet ble at intensivkoordineringen under pandemien fungerte godt. Sykehus med stor belastning ble avlastet, og ledig kapasitet ble omfordelt etter behov.

Samarbeid, fleksibilitet, omstillingsevne og handlekraft var avgjørende for å oppnå gode resultater

I Norge finnes det tradisjon for *samarbeid* – også mellom myndigheter. Under pandemien har det foregått samarbeid på flere nivåer: På departementsnivå var det et utstrakt samarbeid, både formelt og uformelt, og det var tett samarbeid og samvirke mellom departementer og underliggende etater. Fagetatene har inngående kunnskap om sektorene de har ansvar for, og samarbeid på etatsnivå har bidratt til en felles situasjonsforståelse. Fagetater som Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet deltok også i møter med regjeringen og ga regjeringen oppdatert informasjon om pandemien. På politisk nivå var pandemihåndteringen i all hovedsak preget av samarbeid framfor partimarkering. Det fantes et tett samarbeid mellom politisk ledelse og embetsverket i departementene og underliggende etater. Det var også samarbeid mellom regjeringen og Stortinget.

Under pandemien gjorde dette samarbeidet at regjeringen kunne treffe raske beslutninger i kritiske faser, for eksempel ved nedstengningen 12. mars 2020. Samarbeid og raske beslutninger var dessuten viktig i arbeidet med å anskaffe vaksiner og smittevernutstyr og i arbeidet med de mange smitteverntiltakene som ble besluttet.

I en global krise som covid-19-pandemien var det avgjørende at Norge hadde et godt samarbeid med andre land og med EU. Dette ble spesielt synlig i regjeringens arbeid med å skaffe den norske befolkningen vaksiner. Norge nøt godt av velvilje fra EU og nabolandene våre. Godt internasjonalt samarbeid og felles internasjonale rammeavtaler var også sentralt da myndighetene måtte skaffe smittevernutstyr og medisinteknisk utstyr i den første fasen av pandemien.

Under pandemien fantes det utstrakt samarbeid mellom nasjonale, regionale og lokale myndigheter innenfor landets grenser. Kommuner, statsforvaltere, Politidirektoratet (POD), Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) var alle involvert i å iverksette og følge opp tiltak for å begrense importsmitten. Internt i helsetjenesten var det samarbeid mellom nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, og aktører i spesialisthelsetjenesten samarbeidet på tvers av regioner og sykehus. Et eksempel er at helsepersonell, særlig sykepleiere fra Helse Vest og Helse Midt, bisto sykehus i Helse Sør-Øst da de i perioder var hardt belastet. Primærhelsetjenesten har samarbeidet internt i kommuner og på tvers av kommunegrenser.

Samarbeidet mellom myndighetene og kommersielle og frivillige aktører har vært godt under pandemien. Både da innreiserestriksjonene skulle iverksettes, og da karantenehotellordningen skulle gjennomføres, hadde dette stor betydning.

Det har i tillegg vært en imponerende *fleksibilitet, omstillingsevne og handlekraft* på alle nivåer. Dette var helt avgjørende for sykehusenes, kommunenes og kommunelegenes møte med pandemien, for arbeidet med å anskaffe vaksiner og smittevernutstyr, og for forvaltningens håndtering av stadige nye smittebølger.

Myndighetene, helsetjenesten, virksomheter og enkeltpersoner viste dessuten stor fleksibilitet og handlekraft da de utviklet og tilpasset digitale løsninger under pandemien. Både eksisterende og nye systemer ble raskt tatt i bruk. Nye smittesporingsprogrammer ble tatt i bruk av kommunene, og disse programmene forenklet arbeidet med smittesporingen betraktelig. Helse- og omsorgstjenesten benyttet video- og telefonkonsultasjoner i større grad enn før, slik at de fikk behandlet og fulgt opp mange pasienter uten fysisk oppmøte. Hjemmekontor og hjemmeskole ble også raskt hverdagen for mange – med tilhørende digitale løsninger og verktøy for kommunikasjon og samhandling.

Der kommunikasjonen til befolkningen var målrettet, direkte, åpen og ærlig, førte det til ønskede adferdsendringer og til at tilliten ble bevart

Vi mener myndighetenes strategi om en åpen og ærlig kommunikasjon direkte til befolkningen var en styrke. Kommunikasjonen bidro til å bevare befolkningens høye tillit gjennom pandemien. Både politikere og fagmyndigheter var åpne om dilemmaer og usikkerhet i håndteringen. Kommisjonen mener befolkningens vilje til å slutte opp om smitteverntiltak under pandemien er en klar indikasjon på at myndighetene nådde fram med budskapene sine.

Den høye vaksinasjonsdekningen er et tegn på det samme. Regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), FHI og norske kommuner gjorde et omfattende kommunikasjonsarbeid da de skulle gjennomføre vaksinasjonen i hele landet. Kommisjonen mener at prinsippet om åpenhet om «det vi vet, og det vi ikke vet», inkludert åpenheten om bivirkninger, var sentralt for å bygge tillit, og dermed for at en stor andel av befolkningen lot seg vaksinere.

Det er etter kommisjonens syn viktig at myndighetene etterstreber tett kontakt med befolkningen, gir saklig og ryddig informasjon og viser

respekt for alle grupper. Myndighetene tok mange gode grep for å sikre at kommunikasjonen nådde ulike grupper, blant annet ved å holde egne pressekonferanser for barn.

Gjennomgangen vår viser likevel et betydelig forbedringspotensial når det gjelder kommunikasjonen til innvandrerbefolkningen og til dem som skulle håndtere smitteverntiltakene lokalt. Dette kommer vi tilbake til nedenfor under svakheter i pandemihåndteringen.

Svakheter i pandemihåndteringen

Før vi omtaler hvorfor myndighetene på noen områder ikke har lyktes like godt i pandemihåndteringen, vil vi oppsummere mangler ved beredskapen som vi mener har virket inn på håndteringen. Til slutt under svakheter vil vi se nærmere på hvorfor myndighetene ikke var bedre forberedt på en pandemi.

Sammenheng mellom mangler i beredskapen og håndteringen

I den første rapporten vår gransket vi myndighetenes beredskap.⁶ Ett hovedfunn var at myndighetene ikke var forberedt da den omfattende og alvorlige covid-19-pandemien kom. Dette var til tross for at myndighetene visste at en pandemi var den nasjonale krisen som var mest sannsynlig, og som ville ha de mest negative konsekvensene.

Vi påpekte at det nasjonale beredskapsplanverket som fantes, hadde flere svakheter:

- Før pandemien var det utelukkende planlagt for pandemi med influensavirus. Det var ikke planlagt for at andre og mer alvorlige virus kunne skape en pandemi.
- Regjeringen hadde ikke planer for å håndtere inngripende, nasjonale kontaktreducerende tiltak.
- Planene omfattet ikke scenarioer hvor pandemien blir langvarig.
- Planene inneholdt ikke tiltak som testing, sporing, isolasjon og karantene for å holde smitten i samfunnet lav.⁷

Vi påpekte videre at det ikke var øvd på et pandemiscenario der store deler av samfunnet ble stengt ned. Det var heller ikke gjennomført nasjonale sivile øvelser eller nasjonale helseøvelser i

⁶ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, del II Beredskap og forberedthet, side 53–123.

⁷ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 63–73.

den senere tid med pandemi eller smittevern som hovedtema.⁸ Vi konkluderte med at de mangelfulle planene og øvelsene gjorde at kommunene og samfunnet ellers ikke hadde hatt muligheten til å forberede seg på at smitte skulle slås ned og holdes nede over lang tid.

Vi konkluderte også med at et beredskapssystem basert på sektorprinsippet, der hver sektor skal vurdere sin egen risiko og sårbarhet, svikter når ingen har tatt ansvar for å vurdere summen av konsekvensene for samfunnet som helhet. Vi fant dessuten at regjeringen hadde foretatt risikovurderinger i hver sektor uten å fange opp hvordan risikoene i hver av sektorene påvirket hverandre.

Arbeidet vårt med denne andre rapporten bekrefter og støtter opp under disse konklusjonene. Granskingen har videre vist at manglende forberedelser forsterket utfordringene med å håndtere pandemien da den trakk ut i tid. Dette er det viktig å ha med seg når vi nå skal beskrive det vi mener er årsakene der myndighetene ikke lyktes i håndteringen.

Overordnet om svakhetene

Granskingen vår har vist at det var sider ved myndighetenes håndtering underveis i pandemien som burde vært bedre. Vi mener innsikt i de grunnleggende årsakene til disse svakhetene kan gi viktig lærdom for senere krisehåndtering.

Der myndighetenes håndtering var utilstrekkelig, mener kommisjonen det primært kan forklares slik:

- For mange saker ble løftet til regjeringens bord. I tillegg ble for mange saker forberedt og behandlet under et unødvendig høyt tidspress.
- Regjeringen hadde ikke tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot hvordan pandemien kunne utvikle seg, og hvordan den videre utviklingen skulle håndteres. Dette gjaldt særlig tiltak for å begrense smitte ved innreise fra utlandet.
- Regjeringen utnyttet ikke fullt ut det etablerte systemet for krisehåndtering.
- Regjeringens grunnlag for å beslutte smitteverntiltak var i mange tilfeller mangelfullt. Konsekvenser og sammenhenger var ikke tilstrekkelig belyst eller forstått.
- Kommuneleger, politi på grensen, skoleeiere og andre som skulle iverksette og følge opp smitteverntiltakene, fikk upresis informasjon og for lite tid til forberedelse.

- Myndighetene har vist evne til å lære underveis, men det har ofte tatt for lang tid.
- Myndighetenes kommunikasjon nådde ikke fram til hele befolkningen.

Flere av disse svakhetene er delvis overlappende, og de har forsterket hverandre. Før vi konsentrerer oss om hvert enkelt punkt, vil vi peke på hva vi mener er sammenhengen mellom dem.

Som vi har beskrevet i den første rapporten vår og i kapittel 4 i denne rapporten, har regjeringen under pandemien valgt å ha tett styring og selv treffe beslutninger for å sikre en helhetlig nasjonal håndtering. Det var en styrke at regjeringen involverte seg og viste handlekraft under pandemien.

Samtidig førte det til at regjeringen drev detaljstyring og var involvert i løpende krisehåndtering, også i perioder vi mener de hadde bedre tid. Dette utfordret evnen til å skille mellom viktige beslutninger som burde treffes av regjeringen, og beslutninger som burde treffes på et lavere nivå. Regjeringen har heller ikke i tilstrekkelig grad skilt mellom det som hastet, og det som ikke hastet like mye. Kommisjonen mener at *for mange saker ble løftet til regjeringens bord, og at for mange saker ble behandlet under et unødvendig høyt tidspress.*

Den sterke styringen fra regjeringen og det høye tempoet har i enkelte situasjoner vært nødvendig og hensiktsmessig. Samtidig har det gitt klare utfordringer.

For det første har det betydelige antallet saker som ble løftet til regjeringens bord, og det høye tempoet på saksbehandlingen, samlet sett bidratt til å svekke regjeringens evne til å løfte blikket og ta viktige veivalg og beslutninger om den videre håndteringen av krisen. Vi mener dette medførte at *regjeringen ikke hadde tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot hvordan pandemien kunne utvikle seg, og hvordan den videre utviklingen skulle håndteres.* Dette ser vi særlig i myndighetenes arbeid med å begrense smitte ved innreise fra utlandet. Svakheter i den langsiktige planleggingen førte til unødig tidsnød da det kom nye virusvarianter og smittebølger med behov for nye tiltak.

For det andre førte den sentraliserte krisehåndteringen og tidspresset til at *regjeringen ikke fullt ut utnyttet det etablerte systemet for krisehåndtering.* Det etablerte systemet har ansvarlige sektordepartementer, lederdepartement og Kriseråd til å forberede, samordne og koordinere grunnlaget for regjeringens beslutninger, og til å sikre regjeringens grunnlag for strategiske beslutnin-

⁸ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 63 og 26.

ger. Disse funksjonene ble ikke i tilstrekkelig grad benyttet i håndteringen.

For det tredje førte tidspresset til at det var lite tid til å innhente et godt nok grunnlag for regjeringens beslutninger gjennom utredninger, departementsforeleggelsler, høringer, analyser osv. Vi mener også at myndighetenes oppmerksomhet mot å få utredet smitteverneeffekten og andre konsekvenser av tiltakene har vært for svak. Samlet sett mener vi dette førte til at *regjeringens grunnlag for å beslutte smitteverntiltak i mange tilfeller var mangelfullt*. Gjennom granskningen har vi sett at beslutninger som ble truffet under stort tidspress og på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag, ofte ble justert i etterkant. Dette ga merarbeid både for dem som utredet og besluttet regelverket, og for dem som skulle følge opp tiltakene lokalt. Det har også vært krevende for befolkningen å etterleve dem.

For det fjerde førte tidspresset, de mange justeringene og at regjeringen selv ønsket å formidle beslutningene på pressekonferanse til at *kommuneleger, politi på grensen, skoleeiere og andre som skulle iverksette og følge opp smitteverntiltakene, fikk upresis informasjon og for lite tid til forberedelse*.

For det femte mener vi myndighetene har *vist evne til å lære underveis, men at det ofte har tatt for lang tid*.

Vi mener at mange av disse utfordringene kunne vært begrenset eller unngått dersom det bare var de vesentlige og prinsipielt viktige beslutningene som hadde blitt løftet til regjeringens bord, og dersom myndighetene i større grad hadde greid å skille mellom sakene som virkelig hastet, og saker der det var litt bedre tid. I den akutte og innledende fasen av krisen, og i kritiske perioder med nye virusvarianter og smittebølger, var det antagelig nødvendig at regjeringen selv traff beslutninger, og at dette skjedde raskt. Granskningen har imidlertid vist at regjeringen og resten av forvaltningsapparatet har holdt på denne arbeidsformen også i perioder der kommisjonen mener det ikke var nødvendig. Et stort antall saker er blitt løftet til regjeringens bord, og saksbehandlingen og iverksettelsen av nye tiltak har skjedd i svært raskt tempo gjennom hele perioden vi har gransket.

Når vi nedenfor går nærmere inn på disse punktene, minner vi om at de er delvis overlappende og har forsterket hverandre. Det finnes også andre forhold enn dem vi her har pekt på, som har virket inn. Vi starter likevel med det vi mener er den grunnleggende årsaken til svakhetene i pandemihåndteringen, nemlig at ...

For mange saker ble løftet til regjeringens bord, og for mange saker ble forberedt og behandlet under et unødvendig høyt tidspress

Gjennom hele pandemien har regjeringen behandlet et svært høyt antall covid-19-saker. Langt fra alle har vært av strategisk art eller omhandlet vesentlige problemstillinger. For eksempel har den samlede regjeringen behandlet r-notatet datert 8. september 2020 med tittel «Covid-19-notat – Deltakerantall og avstand på arrangement, og karantene for flycrew mv.»⁹, r-notat med tittel «Covid-19-notat – Forslag til endringer i karantenereglene i covid19-forskriften – fritidseiendommer og Nobels fredspris»¹⁰ og r-notat «Kompensasjonsordning for besøkssenter for natur og verdsarv som følge av koronapandemien».¹¹

Som vi påpeker i kapittel 4, kan det være utfordrende for ledere å konsentrere seg om å løse overordnede, viktige problemstillinger og unngå å bli viklet inn i detaljstyring og løpende krisehåndtering som kan ivaretas på lavere nivå. Vi mener det var riktig at regjeringen i den første fasen av pandemien, og i de mest kritiske fasene senere under pandemien, løftet beslutningene i forvaltningshierarkiet. Vi mener samtidig at regjeringen utover i pandemien i større grad skulle skilt mellom beslutninger som burde treffes av regjeringen, og beslutninger som kunne tas på et lavere nivå.

Begrunnelsen som er gitt for de mange sakene på regjeringens bord, er dels at covid-19-pandemien rammet alle sektorer, og dels at beslutningene hadde konsekvenser for store deler av samfunnet. Regjeringen mente derfor at det var viktig å selv treffe beslutningene for å få en «helhetlig håndtering nasjonalt».¹²

Kommisjonen har vanskelig for å forstå at en helhetlig håndtering nasjonalt er betinget av at også de små og avgrensede sakene blir behandlet av regjeringen. Tvert imot har de mange sakene

⁹ R-notat «Covid-19-notat – Deltakerantall og avstand på arrangement, og karantene for flycrew mv.» datert 8. september 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til r-konferanse 9. september 2020.

¹⁰ R-notat «Covid-19-notat – Forslag til endringer i karantenereglene i covid-19-forskriften – fritidseiendommer og Nobels fredspris», datert 3. november 2020, fremmet av helse- og omsorgsministeren til r-konferanse 5. november 2020.

¹¹ R-notat «Kompensasjonsordning for besøkssenter for natur og verdsarv som følge av koronapandemien» datert 19. januar 2021, fremmet av klima- og miljøministeren i r-konferanse 21. januar 2021.

¹² «Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien» 27. september 2021.

som ble løftet til regjeringens bord, ført til at regjeringen ble opphengt i detaljstyring og løpende krisehåndtering. Det har som vi har beskrevet tidligere, blant annet påvirket regjeringens evne til å få et overblikk over kritiske utviklingstrekk og planlegge for den videre håndteringen av krisen.

Regjeringen hadde ikke tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot hvordan pandemien kunne utvikle seg, og hvordan den videre utviklingen skulle håndteres

En sentral oppgave for den som skal lede krisen – i dette tilfelle regjeringen – er å opparbeide seg et overblikk over kritiske utviklingstrekk og tiltak som kan iverksettes for å håndtere videre utvikling.

Koronapandemien har vært en langvarig krise med flere smittebølger. Krisens varighet har i seg selv stilt store krav til kriseledelsen. En akutt krise krever umiddelbare beslutninger basert på et etablert planverk. En langvarig krise krever i tillegg at lederne identifiserer ulike utviklingstrekk i krisen, vurderer framtidige farer og mobiliserer for å håndtere utviklingen før den når et kritisk punkt (Boin mfl. 2017).

Som vi beskriver i kapittel 4, vedtok regjeringen en langsiktig strategi og en beredskapsplan for å håndtere covid-19-pandemien. Dette har vært sentrale dokumenter for å være forberedt på den videre utviklingen av krisen. Både strategien og beredskapsplanen har blitt revidert flere ganger.

Den langsiktige strategi- og beredskapsplanen med risikokategorier og tiltakspakker var til nytte for deler av håndteringen. Også øvelsen på regjeringens nivå i november 2020 og den etterfølgende høringen om portforbud bidro etter kommisjonens syn til større bevisstgjøring av hvordan krisen kunne utvikle seg videre, og hvordan dette kunne håndteres.

Samtidig mener vi at beredskapsplanen ikke har gjort myndighetene tilstrekkelig forberedt gjennom pandemien. Granskingen har vist at de ulike smitteverntiltakene i varierende grad er vurdert i sammenheng og opp mot hverandre når beredskapsplanene har blitt utarbeidet og revidert. Vi mener vi ser dette tydelig i myndighetenes håndtering av importsmitte.

I den første rapporten vår var ett av hovedbudskapene at regjeringen manglet en plan for å håndtere importsmitte da det kom en ny smittebølge i Europa høsten 2020. Den videre granskingen har vist at dette var en svakhet også i fortsettelsen av håndteringen. Som vi redegjør for i kapit-

tel 7, iverksatte myndighetene inngripende tiltak for å begrense smitte ved innreise fra utlandet mot slutten av 2020 og flere ganger i 2021. Hvordan tiltak som innreiserestriksjoner og karantenehotell skulle bli iverksatt og samordnet, eller hvordan disse tiltakene skulle bli avvendt opp mot andre tiltak, var i begrenset grad omtalt i strategien eller beredskapsplanene fram til september 2021. Først i den oppdaterte beredskapsplanen som ble vedtatt i september 2021, ble dette nærmere behandlet.

Når en krise oppstår, bør det raskt bli utarbeidet langsiktige planer for den videre håndteringen. Disse bør kontinuerlig bli oppdatert i tråd med ny kunnskap. Vi mener svakheter ved planleggingen bidro til at regjeringen gjentatte ganger ble overrasket over den videre utviklingen av pandemien. Som et resultat av dette fikk myndighetene tidsnød med tilhørende konsekvenser for tid til utredning og tverrsektoriell koordinering. I kapittel 7 belyser vi at dette spesielt gjelder beslutningsprosesser og iverksetting av tiltak for å begrense smitte ved innreise fra utlandet. Vi mener dermed at regjeringen med bedre planlegging i større grad kunne utredet og forberedt tiltak, særlig mot importsmitte.

Regjeringen utnyttet ikke fullt ut det etablerte systemet for krisehåndtering

Som vi redegjør for i kapittel 4, er de fire grunnleggende prinsippene for krisehåndtering definert som ansvars-, likhets-, nærhets- og samvirkeprinsippene. Koronapandemien er den første langvarige nasjonale, gjennomgripende og sektorovergripende krisen i Norge etter andre verdenskrig.

Vi mener det etablerte, nasjonale systemet for å håndtere kriser burde vært bedre utnyttet under pandemihåndteringen.

Regjeringen la opp til en topptung beslutningsstruktur, der nivået under regjeringen med lederdepartement, ansvarlige sektordepartementer og Kriserådet ikke fullt ut ble benyttet. Nivået under regjeringen har i stor grad blitt brukt til å skaffe informasjon og iverksette regjeringens beslutninger. Kommisjonen mener det etablerte systemet i større grad kunne vært utnyttet til å koordinere regjeringens beslutningsgrunnlag og til å sikre at regjeringen hadde et tilstrekkelig grunnlag for å treffe strategiske beslutninger.

En bedre utnyttelse av systemet for krisehåndtering ville gitt bedre grunnlag for å gjøre helhetlige og tverrsektorielle vurderinger. Dette ville også gitt et bedre grunnlag og mer tid for det poli-

tiske nivået til å planlegge for håndteringen av den videre utviklingen av krisen.

I håndteringen av pandemien som er en helsekrise, var det HOD, med FHI og Helsedirektoratet, som først og fremst var premissleverandør for regjeringens beslutninger, mens det overordnede ansvaret for å koordinere krisehåndteringen og utrede konsekvensene på tvers lå hos Justis- og beredskapsdepartementet (JD) som lederdepartement. Vi mener en slik sammenblanding av roller og ansvar mellom de to departementene har bidratt til en viss pulverisering av ansvaret. HOD har ikke ressurser eller kompetanse til å foreta helhetsvurderinger på tvers av sektorer, og ansvarsdelingen gjorde det vanskelig for JD å ivareta rollen som lederdepartement fullt ut i tråd med samfunnssikkerhetsinstruksen. Dette ga svakheter når det gjaldt å utøve rollen som lederdepartement, og spesielt med å identifisere og vurdere behov for tiltak på strategisk nivå. At regjeringen selv ønsket å treffe beslutninger i små og store saker, bidro til å gjøre JDs utøvelse av rollen som lederdepartement ekstra krevende.

I en situasjon der etater og samfunnsfunksjoner var tungt belastet, ville den arbeidsformen som regjeringen valgte under koronapandemien, dessuten kunne medføre en fare for at myndighetene ikke ville klare å håndtere betydelige, samtidige kriser. Myndigheten klarte å håndtere jordraset i Gjerdrum og uttrekkingen fra Afghanistan parallelt med pandemihåndteringen uten å måtte legge om arbeidsprosessene. Kommisjonen mener likevel at myndighetene kunne fått problemer med å håndtere en samtidig nasjonal sektoroverskridende krise, uten å måtte legge om arbeidsprosessene, beslutningsstrukturene og beslutningsnivået.

Regjeringens grunnlag for å beslutte smitteverntiltak var i mange tilfeller mangelfullt

Krisehåndteringen har vært preget av flere vedvarende og vanskelige dilemmaer. Regjeringen har løpende forsøkt å treffe med et tiltakstrykk som er tilstrekkelig, samtidig som det ikke er mer inngripende enn nødvendig. Som vi beskriver i kapittel 4, har mangelen på kunnskap blitt påpekt som den største utfordringen under pandemien. Det har vært mangel på kunnskap om hvor smittsomme og farlige de forskjellige virusvariantene er, effekten av de ulike smitteverntiltakene på smittespredning og sykehusinnleggelses og på konsekvensene for den enkelte og samfunnet ellers, samt tilgangen på vaksiner og virkningene av dem. Ved økt smittespredning har behovet for å

treffe raske og til dels inngripende tiltak med store samfunnskonsekvenser blitt veid opp mot ønsket om å avvente til det finnes mer kunnskap – med fare for at smitten kan komme ut av kontroll før kunnskapen er på plass. I perioder med synkende smittetrykk har behovet for å lette på tiltaksbyrden blitt veid opp mot faren ved å åpne opp for tidlig.

Dette har åpenbart ført med seg krevende avveininger for regjeringen og for de underliggende departementene og fagetatene. Både ved innstramminger og lettelser har det vært behov for å veie smittevernhensynet opp mot andre hensyn, for eksempel hensynet til personlig frihet, hensynet til sårbare grupper, hensynet til næringslivet og hensynet til økonomien. Ett av våre hovedbudskap i den første rapporten var at dilemmaene forbundet med å avveie byrdefordelingene i samfunnet øker desto lenger pandemien varer.

Granskningen har vist at regjeringens beslutningsgrunnlag for disse avveiningsspørsmålene i mange tilfeller var mangelfullt. Det vil alltid være mangel på kunnskap under en pandemi, men vi mener likevel at myndighetene kunne tatt grep for å sikret et bedre beslutningsgrunnlag, særlig utover i pandemien. Vi vil nedenfor trekke fram tre forhold som vi mener har bidratt til å svekke beslutningsgrunnlaget.

For det første var mange beslutningsprosesser preget av sterkt tidspress, noe som førte til svært korte foreleggelsesfrister. Enkelte ganger var det overhodet ikke foreleggelse før behandling i RCU eller i regjeringskonferanse. Videre ble det på grunn av tidspresset i liten grad gjennomført høringer av berørte aktører. Adgangen til å vedta forskrifter uten høring etter forvaltningsloven § 37 er snever og skal bare benyttes unntaksvis, men under pandemien har dette i stedet blitt normalen.

Kommisjonen mener at organiseringen av beslutningsprosessene, med mange tilfeller av liten eller ingen tid til koordinering, foreleggelse og høringer, førte til at regjeringen i realiteten ble det tverrsektorielle koordinerende og samordnende organet. Dette gjaldt både viktige og mindre viktige saker. En rekke beslutninger ble dermed tatt uten at konsekvenser og sammenhenger på ulike nivåer ble tilstrekkelig belyst eller forstått.

I noen tilfeller var det nødvendig å treffe raske beslutninger uten å gjennomføre ordinære saksbehandlingsprosedyrer. Når krisen trakk ut i tid, burde det imidlertid vært mulig å organisere arbeidet bedre og planlegge mer langsiktig for å

unngå det vedvarende tidspresset som har preget regjeringens beslutningsprosesser gjennom pandemien.

For det andre mener vi at myndighetene ikke i tilstrekkelig grad har arbeidet med å innhente kunnskap om konsekvenser og evaluere smitteverntiltakene. Sammen med manglende høringer har dette etter vårt syn i flere tilfeller gitt et beslutningsgrunnlag som var for snevert til å gjøre forsvarlige forholdsmessighetsvurderinger. Ett eksempel er at det ikke er gjort nærmere analyser av virkningene av innreiserestriksjonene som ble vedtatt for å hindre smitte fra utlandet. Det er i liten grad gjort vurderinger av hvilke konsekvenser slike tiltak har for enkeltpersoner, næringslivet, forsyningssikkerheten og evnen til å ivareta kritiske samfunnsfunksjoner. Myndighetene har heller ikke evaluert karantenehotellordningen.

Ett annet eksempel gjelder tiltak rettet mot barn og unge. Det er gjort mye forskning på og blitt gjennomført mange studier av hvilke konsekvenser pandemien har hatt for barn og unge. Likevel mener vi at det i større grad kunne vært innhentet systematiske oversikter til analyseformål om hvordan tiltakene har rammet barn og unge. Reglene om kohortorganisering, avstand og karantene førte til at mange elever på barne- og ungdomsskolen har fått en oppstykket skolehverdag med mye hjemmeskole. Elever i videregående skole, og i enda større grad studenter, har i perioder bare hatt digital undervisning.

Det finnes likevel ikke oversikter over hvor mange elever på ulike klassetrinn og i ulike deler av landet har vært på skolen og hvor mye de har hatt hjemmeundervisning. Den kunnskapen som finnes om dette, er hentet inn for administrative formål av statsforvalterne og egner seg ikke for analyse eller formidling. Kommisjonen mener at det i løpet av skoleåret 2020/2021 kunne vært bygget opp mer kunnskap om hvordan ulike tiltaksnivåer påvirket elever i ulike aldersgrupper, foreldre og lærere, slik at senere beslutninger om tiltaksnivået i skolen kunne blitt tatt på et bedre kunnskapsgrunnlag.

Der det ikke var gjort utredninger av konsekvensene, og der smitteverntiltakene ikke var evaluert, hadde regjeringen et begrenset grunnlag for å vurdere smittevernhensyn opp mot andre hensyn når de skulle innføre smitteverntiltak eller justere eller fjerne dem. Vi har fått beskrevet at myndighetene har lagt til grunn et føre-var-prinsipp, og at regjeringen i hele den perioden vi har gransket, ofte har prioritert å treffe raske beslutninger, selv om dette har gått på bekostning av grundigheten i saksforberedelsen. Dette har ført

til at myndighetene har sett bort fra kravene til utredning etter forvaltningsloven og utredningsinstruksen. Etter kommisjonens syn har dette svekket kunnskapsgrunnlaget, inkludert bevisstheten om fraværet av kunnskap.

Et tredje forhold vi vil framheve som begrunnelse for hvorfor vi mener regjeringens beslutningsgrunnlag i mange tilfeller var mangelfullt, er at det ofte var uklart hva som inngikk i fagetatene forholdsmessighetsvurderinger. Slik vi leser leveransene fra fagetatene, går det i varierende grad fram hvilke hensyn fagetatene har tatt i betraktning utover de rent smittevernfaglige, og hvilken vekt disse andre hensynene eventuelt er tillagt. Når det ikke klart framgår hvilke hensyn som er ivaretatt i de faglige rådene, blir også regjeringens avveininger uklare. Det kan føre til at viktige hensyn blir oversett, eller at hensyn blir vektlagt flere ganger. En manglende konkretisering av hva som er inkludert i et faglig råd, fører også til en fare for sammenblanding av fag og politikk.

Kommisjonen mener at det burde vært lagt mer vekt på å innhente kunnskap, at ordinære sakbehandlingsprosedyrer i større grad burde vært fulgt, og at forholdsmessighet i større grad burde vært konkretisert i beslutningsgrunnlagene. Etter kommisjonens syn har disse svakhetene hatt betydning for kvaliteten og treffsikkerheten på beslutningene og behovet for å justere tiltak i etterkant.

Kommuneleger, politi på grensen, skoleeiere og andre som skulle iverksette og følge opp smitteverntiltakene, fikk upresis informasjon og for lite tid til forberedelse

Regjeringen har gjennom hele pandemien truffet beslutninger om smittevern som gjelder hele landet. Mange av disse beslutningene har krevd oppfølging av andre offentlige myndigheter. For eksempel har en del av tiltakene mot importsmitte blitt iverksatt og praktisert av politiet på grensen. En rekke statlige smitteverntiltak har dessuten blitt iverksatt og fulgt opp lokalt av kommunene.

Granskingen har vist at nasjonale myndigheter ga informasjon og veiledning om smitteverntiltakene på en måte som gjorde det ekstra vanskelig for dem som skulle iverksette og følge opp tiltakene. Ofte har regler og tiltak blitt kommunisert på pressekonferanser før forskriftsendringene og det tilhørende rundskrivet var publisert. Det var knappe frister fra offentliggjøringen av nye tiltak til de trådte i kraft. Pressekonferanser ble i tillegg flere ganger holdt på tidspunkter som gjorde arbeidet med å innføre tiltakene enda vanskeligere.

gere, for eksempel fredag ettermiddag. Under granskingen har det kommet fram at det ikke ble etablert noen tjeneste som imøtekom det behovet de som skulle følge opp smitteverntiltakene lokalt hadde for avklaringer om regelverket. Samlet sett gjorde dette det svært krevende for dem som skulle følge opp smitteverntiltakene. Når for eksempel regler som skulle tre i kraft mandag, ble offentliggjort på pressekonferanse fredag ettermiddag, var det liten tid til å forberede tiltakene, og det var vanskelig å få avklart hvordan de nye reglene skulle forstås.

Regjeringen la stor vekt på selv å kommunisere et lettfattelig budskap til befolkningen – før informasjonen ble offentlig i andre kanaler. En konsekvens av denne informasjonsstrategien var som vi beskriver over, at det ble unødvendig krevende å iverksette nye smitteverntiltak for blant annet kommuneleger, skoler og politiet på grensen. Kommisjonen mener at nasjonale myndigheter undervurderte betydningen av at de som skulle iverksette og praktisere smitteverntiltakene, fikk presis informasjon og tid til nødvendige forberedelser. Uppreis informasjon om smitteverntiltak, lite tid til forberedelser og begrensede muligheter for å avklare regelverket gjorde det vanskelig for kommunelegene, politiet på grensen, de som jobbet på karantenehotellene, lærere og andre i førstelinjen å håndtere tiltakene lokalt, og det ga økt risiko for at etterlevelsen av tiltakene ble redusert.

Kort oppsummert: Raske beslutninger har liten effekt hvis iverksettelsen, praktiseringen og etterlevelsen svikter.

Myndighetene har vist evne til å lære underveis, men det har ofte tatt for lang tid

Vi har flere ganger i denne rapporten berømt offentlige etater, arbeidsgivere og organisasjoner for at de har tilpasset seg raskt og funnet løsninger i en krevende periode. Privatpersoner – som arbeidstagere, elever, studenter og foreldre – har også tilpasset seg med kreativitet og innsatsvilje, selv når det har hatt omkostninger.

Granskingen vår viser at også de statlige organene har lært underveis i pandemien og tilpasset arbeidsmåtene sine. Når myndighetene fikk kritikk, gjorde de i mange tilfeller endringer. Disse prosessene gjorde pandemihåndteringen bedre, og de viser på en positiv måte at uenighet og diskusjon er viktig også i en krise.

Kommisjonen mener likevel at disse prosessene i en del tilfeller gikk for sakte.

Et eksempel på dette er kommunelegenes situasjon under pandemien. Kommunelegene påpekte gjentatte ganger at informasjonen til dem kom for sent og på lite hensiktsmessige måter. Dette ble bedret først etter lang tid og etter gjentatte tilbakemeldinger.

Et annet eksempel er grensesnittet mellom fagmyndighetene innen helse og utdanning. Det gikk nesten ett år før det ble etablert et formalisert samarbeid mellom Utdanningsdirektoratet (Udir) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) og FHI og Helsedirektoratet. Først da ble de sentrale fagmyndighetene i skole og utdanning gitt reell mulighet til å delta ved utformingen av tiltakene for barn, unge og utdanningssystemet.

Et tredje eksempel er målrettingen av tiltak mot grupper av innvandrere. Myndighetene visste allerede i mars 2020 at smittetallene var svært høye i enkelte innvandrergupper. Likevel tok det mange måneder før det kom på plass tiltak for å bygge ned barrierene mot testing, smittesporing og isolasjon i de aktuelle miljøene.

Læring og tilpasning er krevende selv i rolige tider. Myndigheter som skal håndtere en langvarig nasjonal krise, må likevel klare å lære underveis. I den langvarige koronakrisen mener vi de kunne klart dette enda bedre.

Myndighetenes kommunikasjon nådde ikke fram til hele befolkningen

Granskingen vår har vist at myndighetene ikke har lyktes i å nå fram til alle deler av befolkningen med informasjon om smitteverntiltak, testing og vaksinasjon. Dette har blant annet bidratt til at innvandrerbefolkningen i Norge var overrepresentert blant de smittede og underrepresentert blant de vaksinerte.

I den tidlige fasen av nedstengningen ble det gjort et omfattende arbeid for å oversette informasjon, inkludert råd om godt smittevern, til en rekke språk. Informasjonen ble gjort tilgjengelig på norsk og samisk og på språkene som snakkes i de største innvandrergruppene i Norge.

Det ble imidlertid ganske raskt klart at dette ikke var tilstrekkelig. Informasjonen ble lagt ut på nettsidene til de sentrale aktørene, inkludert FHI, men ofte var det slik at mottagerne ikke fant fram til den. En grunn til dette kan være at innvandrerbefolkningen ikke nødvendigvis bruker samme medier som majoritetsbefolkningen. I tillegg endret informasjonen seg raskt, og oppdateringene kom som regel på norsk. En tilleggsutfordring er at det har betydning hvem som formidler informasjonen. Kommisjonen har fått tilbakemel-

dinger om at informasjon fra ulike aktører har ulik tyngde for mottagerne.

Koronamonitoren, som vi blant annet omtaler i kapittel 11, viser at de fleste støttet strenge tiltak for å begrense smitte, men også at rundt 30 prosent syntes det var vanskelig å vite om de til enhver tid fulgte retningslinjene som gjaldt for dem. Mange kan ha ønsket tydelige beskjeder («gjør dette», «ikke gjør dette») framfor anbefalinger, og flere syntes de detaljerte reglene med tilhørende unntak var vanskelig å forholde seg til. Det var slett ikke bare personer med innvandrerbakgrunn som ønsket seg klarere beskjeder, men svake norskkunnskaper forverret problemene.

I løpet av pandemien ble det utviklet en rekke strategier for å nå bedre fram til bestemte grupper i befolkningen. Innvandrersorganisasjoner og nøkkelpersoner med innvandrerbakgrunn spilte viktige roller i dette arbeidet. Kommisjonens inntrykk er at kommunikasjonen var vesentlig bedre i de senere fasene av pandemien enn den var i starten.

Myndighetene hadde ikke, i forkant av pandemien, etablert målrettede strategier for å kommunisere med innvandrere i en nasjonal krise. Det var forutsatt at innvandrere kom til å oppsøke informasjon, ta den til seg og handle i tråd med den på samme måte som resten av befolkningen. Erfaringene fra to år med pandemi viste at denne forventningen ikke slo til.

Manglende forberedelser

Som vi beskriver foran, konkluderte vi i den første rapporten vår med at myndighetene ikke var forberedt da den omfattende og alvorlige covid-19-pandemien kom. I arbeidet med den andre rapporten vår har myndighetenes manglende beredskap og forberedelser vært spesielt tydelig i granskingen av sykehusenes intensivberedskap og kommunelegens situasjon. Kommisjonen mener mangler ved beredskapen, som vi har beskrevet i begge rapportene våre, hadde en grunnleggende årsak:

- Myndighetene lyktes ikke med å redusere sårbarhetene ved en risiko som var identifisert.

Vesentlige elementer i arbeid med beredskap generelt og med pandemiberedskap spesielt, er beskrevet nærmere den første rapporten vår.¹³

¹³ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, kapittel 5 «Generelt om pandemiberedskap», kapittel 6 «Statlig pandemiberedskap» og kapittel 7 «Beredskap for smittevern i kommunene» på side 55 og følgende sider.

For å etablere god beredskap er det sentralt å lage risiko- og sårbarhetsanalyser for å identifisere hvilke kriser eller uønskede hendelser som kan oppstå, og risikoene og sårbarhetene som er forbundet med slike hendelser.¹⁴

Risikodelen i en analyse skal ta for seg sannsynligheten for at en slik hendelse inntreffer, og konsekvensene hendelsen kan få, med tilhørende usikkerhet.

Sårbarhetsdelen i analysen skal uttrykke hvor sårbart et system er, altså hvilke problemer det kan få med å fungere om det blir utsatt for den uønskede hendelsen.

Hensikten med risiko- og sårbarhetsanalyser er todelt: for det første å lage et kunnskapsgrunnlag slik at det er mulig å gjennomføre tiltak for å unngå krise, og for det andre å kunne redusere konsekvensene av en krise om den likevel skulle oppstå.

I årene før pandemien påpekte DSB i samle-rapporter fra henholdsvis 2014 og 2019 at pandemi var den alvorlige hendelsen det var høyest risiko for i Norge.^{15 16} Dette betyr at pandemi var den hendelsen som fikk høyest score når DSB vurderte sannsynligheten og konsekvensene samlet for ulike krisescenarioer. I 2019 vurderte DSB at legemiddelmangel var den hendelsen som hadde nest høyest risiko.

HOD har det nasjonale ansvaret for helseberedskapen i landet. I forkant av pandemien hadde Helsedirektoratet, på oppdrag fra HOD, gjennomført overordnede risiko- og sårbarhetsanalyser for helse- og omsorgssektoren. Målet med analysene var å gi HOD en overordnet oversikt over risiko og sårbarhet med tanke på departementets arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap i sektoren.

Helsedirektoratet kom med rapporter i 2006, 2015, 2017 og 2019. I den første rapporten vår konkluderte vi med at disse risikovurderingene for helsesektoren var mangelfulle. Vi pekte på at Helsedirektoratet ikke hadde gjort noen grundig analyse av hendelsene som hadde høyest risiko, og at det i liten grad var analysert hvordan hendelsene ville ramme helsesektoren. Når konsekvensene for helsesektoren ved ulike typer hendelser – som en pandemi – ikke var konkretisert, ble det også vanskelig for sektoren å forberede seg på hendelsene.

¹⁴ Veileder, DSB, 2014, «Veileder i helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse».

¹⁵ Rapport, DSB, desember 2014, «Nasjonalt risikobilde 2014».

¹⁶ Rapport, DSB, februar 2019, «Analyse av krisescenarioer 2019».

God risikostyring krever at myndighetene erkjenner sårbarhetene som identifiserte risikoer skaper, og at de tar disse innover seg og iverksetter risikoreduserende tiltak. En viktig del av denne erkjennelsen er å være godt forberedt gjennom planer, øvelser og tankesett før krisen inntrer.

Sentrale helsemyndigheter visste at det kunne bli mangel på smittevernutstyr i en pandemi. Helsedirektoratet påpekte dette både ved evalueringen av sarsepidemien i 2003 og ebolautbruddet i 2015.¹⁷ Utfordringene ved og behovet for intensivberedskap var også kjent for helsemyndighetene før pandemien brøt ut. Helt siden svineinfluensaen i 2009 hadde ulike aktører pekt på utfordringene ved intensivkapasiteten og behovet for økt intensivberedskap i norske sykehus.

Kommunelegefunksjonen var heller ikke godt nok rustet til å håndtere en pandemi. Det lovpålagte ansvaret som kommunelegen har etter smittevernloven, er omfattende, og kommunelegene fikk en krevende arbeidssituasjon under pandemien.

Kommisjonen mener at helsemyndighetene før pandemien burde iverksatt tiltak for å redusere disse varslede sårbarhetene som ville oppstå ved en pandemi. Helsemyndigheten hadde ikke utarbeidet et dekkende planverk for en pandemi, og det var ikke gjort noe med manglende smittevernutstyr og intensivberedskapen.

12.5 Kommisjonens avsluttende anbefalinger

Det viktigste læringspunktet som kommisjonen vil framheve etter nærmere to år med gransking, er at myndighetene må iverksette tiltak for å redusere sårbarhetene ved en risiko som er identifisert. Kommisjonen ser at myndighetene har jobbet med beredskap, risiko og sårbarhet det siste tiåret. Samfunnssikkerhetsinstruksen ble for eksempel revidert i 2017, blant annet fordi det var nødvendig å tydeliggjøre kravet om å ha oversikt over risiko og sårbarheter i egen sektor, og for å adressere tverrsektorielle sammenhenger. Granskningen vår av hvor forberedt myndighetene og forvaltningen var, og hvordan de håndterte koronapandemien, viser imidlertid at det fortsatt er behov for å prioritere dette arbeidet.

Da pandemien var et faktum, håndterte norske myndigheter samlet sett krisen godt. Det som har fungert godt, må bli bevart og videreutviklet. Samtidig har vi både i den første og i denne rapporten påpekt flere svakheter ved håndteringen.

For å styrke myndighetenes evne til å håndtere langvarige kriser anbefaler vi noen bestemte tiltak. Tiltakene må ses i sammenheng med funn og anbefalinger i den første rapporten vår og i delkapitlene i denne rapporten. Vi har i hovedanbefalingene i begrenset grad identifisert hvilke myndigheter som bør følge opp hvilke tiltak. Vi forutsetter at de ulike myndighetsorganene følger opp tiltakene innenfor sine ansvarsområder. Dette vil ofte kreve at myndighetene samarbeider seg imellom.

Vi har organisert anbefalingene i tre hovedbolker: først beredskap, deretter styring og organisering og til slutt tiltak for å redusere sårbarhet. I tillegg presenterer vi noen anbefalinger som vil være særlig relevante i framtidige pandemier.

Bedre beredskap

- Myndighetene må iverksette tiltak for å redusere sårbarhetene ved risikoer som er identifisert. Dette forutsetter at myndighetene prioriterer beredskapsarbeid.
- Myndighetene må rette større oppmerksomhet mot sårbarheter ved Norges internasjonale forsyningslinjer. Globaliseringen de siste tiårene har gjort disse sårbarhetene relevante for mange typer kriser, inkludert en pandemi.
- Krisehåndteringstiltak vil i seg selv ha samfunnsmessige konsekvenser i langvarige kriser. Det vil derfor være viktig å ha en gjennomtenkt strategi for å identifisere slike konsekvenser, slik at aktuelle etater kan bli trukket inn i arbeidet med tiltak så fort som mulig når krisen er et faktum.
- Mangfoldsperspektivet må bli innarbeidet i planer for krisekommunikasjon. Offentlige etater må være forberedt på å tilpasse krisekommunikasjon til minoritetsgrupper. Myndighetene må ta inn over seg at deler av befolkningen ikke bruker samme medier som majoritetsbefolkningen.
- Myndighetene bør som del av kriseberedskapen ha klare retningslinjer for hvordan beslutninger om inngripende tiltak i situasjoner med stor usikkerhet bør bli gjennomført. Slike retningslinjer bør inkludere avklaringer med tanke på føre-var-prinsippet, forholdsmessighetsprinsippet og utredningsinstruksen.

¹⁷ NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*, side 101.

Styring og organisering i en langvarig nasjonal krise

- Det nasjonale systemet for krisehåndtering med ansvarlige sektordepartementer, lederdepartementet og Kriserådet er utformet for å virke i en krise og bør bli benyttet fullt ut når krisen treffer. Samfunnssikkerhetsinstruksen bør bli fulgt i en krise.
- Nasjonale, sektorovergripende kriser stiller økte krav til regjeringens beslutningsgrunnlag. Funksjoner som skal etablere et helhetlig beslutningsgrunnlag i en krise, bør styrkes, og rolle- og ansvarsdelingen være tydelig.
- Samarbeids- og koordineringsmekanismene som er benyttet og utviklet under pandemien, bør bli videreutviklet. Rollene, ansvaret og myndigheten til nasjonale myndigheter, statsforvaltere og kommuner i en krisesituasjon bør bli gjennomgått og klargjort for å sikre best mulig samvirke.
- For å styrke evnen til helhetlig koordinering i en krise bør ansvaret til de ulike direktoratene og utvalgene bli gjennomgått. Gjennomgangen bør avklare rollen, ansvaret, myndigheten og rapporteringen til hver enkelt aktør i en krise. Spesielt bør DSBs rolle og ansvar i krisehåndteringen bli klargjort.
- Kommunene har ansvar for å håndtere kriser lokalt. Ved framtidige pandemier eller andre kriser som krever lokal håndtering, må nasjonale myndigheter i større grad involvere kommunene i beslutningsprosessen.
- Nasjonale beslutninger som har betydning for kommunene, må bli kommunisert tydelig og så tidlig som mulig til kommunene.
- I en langvarig krise bør myndighetene etterstrebe og følge de vanlige saksbehandlingsreglene for å vedta nye lover og forskrifter. Det bør gjennomføres høringer ved regelverksendringer. Dersom det ikke finnes nok tid til ordinære høringer, bør innspill fra relevante sektorer og aktører bli hentet inn på annen måte.

Anbefalinger for tiltak som kan redusere sårbarheten i samfunnet

- Erfaringene fra krisekommunikasjonen med befolkningen under pandemien må bli systematisert og implementert i forvaltningen.
- Myndighetene bør utrede konsekvensene av å innføre innreiserestriksjoner og innreisekarantene for befolkningen, offentlige virksomheter, næringslivet, kritiske samfunnsfunksjoner og Norges internasjonale forpliktelser. Myndighe-

tene bør innarbeide kunnskap fra en slik utredning i en beredskapsplan for tiltak på grensen.

- Beredskapsplanene bør ta for seg situasjonen til barn og unge ved ulike typer kriser og identifisere mulige avbøtende tiltak. Det bør bli utarbeidet planer og systemer for å identifisere uønskede konsekvenser av tiltak som skolestenging og hjemmeundervisning og eventuelt andre tiltak under en krise som påvirker barn, ungdom og studenter i stor grad. Planene og systemene bør også dekke hva som kan fungere som avbøtende tiltak.
- Myndighetene bør følge situasjonen for barn, ungdom og studenter tett framover, evaluere den og iverksette målrettede tiltak, slik at konsekvensene av pandemien for disse gruppene blir så små som mulig.
- Norge bør knytte seg tett til det forsterkede helsesamarbeidet i EU. Dette vil øke sjansen for å bli inkludert i kommende kriseinnkjøp fra EU og dessuten kunne redusere risikoen for å bli rammet av eksportrestriksjoner under en helsekrise.
- Myndighetene bør også framover prioritere å ivareta gode relasjoner til andre europeiske land og vise seg som en solidarisk, hjelpsom og troverdig partner i vanlige tider.

*Anbefalinger spesielt for en framtidig pandemi**Kommunelegene*

- Kommunelegefunksjonen bør styrkes i mange kommuner. Viktige virkemidler vil være en tilstrekkelig høy stillingsprosent, stedfortrederordning, etablerte fagmiljøer, en tydeligere og mer synlig rolle og arbeidsvilkår som gir kommunelegene godtgjørelse for ekstraarbeid. Nasjonale myndigheter bør støtte opp om dette, blant annet ved å gi veiledning om hvilke arbeidsoppgaver kommunelegen kan benyttes til, og bruken av interkommunale samarbeidsordninger.

Sykehusene

- For å stå bedre rustet til å håndtere den neste pandemien må myndighetene bedre intensivberedskapen. Grunnkapasiteten i intensiv- og intermediæravdelingene må økes noe.
- Det bør utdannes flere intensivsykepleiere, og behovet for øvrig personell på intensivavdelingene bør utredes og eventuelt styrkes.
- Sykehusenes øvelser framover bør omfatte pandemiscenarier, og sykehusene bør øve på et bredere samarbeid innad i og på tvers av

sykehusene. Personellet må trenes gjennom gjentatte simuleringer og repetisjonskurs.

- Når myndighetene skal bygge nye sykehus og bygge om eldre sykehus, må lokalene bli bygget slik at de blir fleksible med tanke på framtidige pandemier og kriser.

Smitte ved innreise fra utlandet

- Myndighetene bør gå gjennom og analysere tilgjengelig data for å vurdere om, og eventuelt i hvilke situasjoner, innreiserestriksjoner og karantenehotell er effektive og forholdsmessige smitteverntiltak.

Vaksinering

- Det bør bli videreført som et hovedprinsipp at det er frivillig å vaksinere seg, i tråd med eksisterende plan- og lovverk.
- Helsepersonell med pasientnært arbeid, som er kritisk og vanskelig å erstatte, bør bli prioritert først for vaksinasjon i en pandemi.
- Prinsippene om geografisk prioritering bør bli lagt til grunn ved en eventuell senere pandemi, dersom det er tilsvarende store geografiske forskjeller i smitte og innleggelser som under covid-19-pandemien, og dersom forutsetningene ellers er noenlunde like.

EPILOG

Det norske samfunnet har gjennom de siste 20 årene blitt påvirket og rammet av flere kriser.

Terroren i USA i 2001 innledet flere langvarige konflikter, som også berørte Norge. Finanskrisen i 2008–2009 viste hvor sårbare moderne økonomier er for finansiell ustabilitet. Den 22. juli 2011 ble vårt land rammet av den alvorligste voldshandlingen på norsk jord siden krigen. Borgerkrigen i Syria og konflikter i Nord-Afrika medvirket til at 1,3 millioner mennesker flyktet til Europa bare i 2015. Vinteren 2020 slo covid-19-pandemien inn over oss.

Nasjonale og internasjonale kriser stiller store krav til befolkningen og til myndighetene som har ansvar for håndteringen. Vår gransking har vist at Norge så langt har kommet bedre gjennom pandemien enn de fleste andre land. Granskingen har likevel avdekket viktige forbedringspunkter, både

for evnen til å være forberedt og for arbeidet med å håndtere krisen når den er et faktum.

Når dette skrives er det krig i Europa etter Russlands invasjon av Ukraina. Krigen påvirker sikkerheten og økonomien i store deler av verden. Flere millioner ukrainere har måttet flykte fra krigen, og Norge vil ta imot et betydelig antall flyktninger.

Vårt håp er at denne avsluttende rapporten blir lest og diskutert. Vi mener at læringspunktene vi framhever kan bidra til å gjøre myndighetene og sivilsamfunnet bedre rustet til å møte kommende kriser.

På vegne av Koronakommisjonen

Egil Matsen
26. april 2022

Vedlegg 1

Forkortelser og ordforklaringer

Forkortelser

ACT-Accelerator	Et internasjonalt samarbeid med mål om å utvikle verktøy og midler mot pandemien, herunder vaksinesamarbeidet Covax
AFT	Arbeidsforberedende trening
Ahus	Akershus universitetssykehus
AKU	Arbeidskraftundersøkelse
AMC	Advance Market Commitments
APA	Advanced Purchase Agreements
ASD	Arbeids- og sosialdepartementet
AVdir	Arbeids- og velferdsdirektoratet
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BNP	Bruttonasjonalprodukt
BPA	Brukerstyrt personlig assistanse
Bufdir	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
CCH	Clearing House for medical equipment
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovation
COVAX	Vaksineløsning
DHIS2-modulen	Samordning av digitaliseringsarbeidet i kommunal sektor
DSB	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EHEC	Enterohemoragisk E. coli
EMA-godkjenning	European Medicines Agency, Det europeiske legemiddelbyrået
EMK	Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen
EMRN	European medicines regulatory network
EPJ	Elektronisk pasientjournal
ESA (EFTA Surveillance Authority)	EFTAs overvåkningsorgan
ESI	Emergency Support Instrument
EU	Den europeiske union
EØS	Det europeiske økonomiske samarbeidsområdet
FFO	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

FHI	Folkehelseinstituttet
Fiks Prøvesvar	Nasjonal tjeneste fra FHI
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
HERA	Health Emergency Preparedness and Response Authority, Helseberedskapsorganisasjon under EU-kommisjonen
Hmin	Helse- og omsorgsminister
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HPV	Humant papillomavirus
HRA	Helserettsavdelingen
IHR	Det internasjonale helsereglementet
IMDi	Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
IMO	International Maritime Organization
IPCR	Integrated Policy Response Mechanism
IRRS	Innreiseregister hos DSB
IVA	Inclusive Vaccine Alliance
IVF-behandling	Prøverørsbefruktning
JD	Justis- og beredskapsdepartementet
Jmin	Justis- og beredskapsminister
JPA	Den felles innkjøpsavtalen (Joint Procurement Agreement)
KD	Kunnskapsdepartementet
KHRL	Karantenehotell-registreringsordningen
KR	Regjeringens kriseråd
KS	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon i Norge
KSE	Krisestøtteenhet
LaH	Landsgruppen for helsesykepleiere
LMD	Landbruks- og matdepartementet
LO	Landsorganisasjonen
MERS	Middle East Respiratory Syndrome
m-RNA	Kopi av et gen som inneholder instruksjoner til å lage et protein
MSIS	Meldingssystem for smittsomme sykdommer
NFD	Nærings- og fiskeridepartementet
NHO	Næringslivets hovedorganisasjon
NHS	National Health Service
NIFU	Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
NIM	Norges institusjon for menneskerettigheter
NIPaR	Norsk intensiv- og pandemiregister

NOKUT	Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen
NOR-EMT	Norwegian Emergency Medical Team
OECD	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling
OMOD	Organisasjonen mot offentlig diskriminering
OUS	Oslo universitetssykehus
PasInfo	Eget system for smittesporing i Oslo kommune
PCR	Korona-test
PK	Pressekonferanse
POD	Politidirektoratet
RCU	Regjeringens covid-19-utvalg
ReMin	Smittesporingsprogram
RHF	Regionale helseforetak
RSU	Regjeringens sikkerhetsutvalg
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
Sdir	Sjøfartsdirektoratet
SHoT	Studentenes helse- og trivselsundersøkelse
SLV	Statens legemiddelverk
SMK	Statsministerens kontor
SSB	Statistisk sentralbyrå
STM	Statsminister
SYSVAK	Nasjonalt vaksinasjonsregister
TISK	Testing, isolasjon, smittesporing og karantene
UD	Utenriksdepartementet
UDI	Utlendingsdirektoratet
Udir	Utdanningsdirektoratet
UH-sektor	Universitet- og høyskolesektor
UNE	Utlendingsnemnda
UNN	Universitetssykehuset Nord Norge
VTF	Vaccine Task Force, vaksineinnsatsstyrke i Storbritannia
WHO	Verdens helseorganisasjon

Ordforklaringer

AA-register	Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret, register over arbeidsforhold i Norge
Adenovirus	Forkjølelsesvirus
Alfavarianten	Virusvariant først oppdaget i Storbritannia
Anestesilege	En lege som er spesialist i faget anesthesiologi. Anestesileger er tradisjonelt ansvarlige for å gi pasienter narkose og bedøvelse i forbindelse med kirurgiske inngrep, og kan i denne sammenhengen også betegnes som narkoseleger.
AstraZeneca	Vaksineprodusent
Beredt-C19	Beredskapsregister for C19
Betavarianten	Virusvariant først oppdaget i Sør-Afrika
BioNTech	Legemiddelselskap
Bioreaktorer	En teknisk innretning eller system som støtter et biologisk aktivt miljø i den hensikt å lage et spesielt biologisk produkt
CureVac	Vaksineprodusent
Deltavarianten	Virusvariant først oppdaget i India
Demografisk utvikling	Utviklingen i befolkningen, for eksempel i alderssammensetning og migrasjon
Elektiv virksomhet	Planlagte behandlinger og operasjoner
Etikkutvalget	Ekstern ekspertgruppe i etikk og prioritering nedsatt av FHI
Fastlege	Fastlege er en lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende
Gammavarianten	Virusvariant først oppdaget i Brasil
Holden-utvalget	Norsk ekspertutvalg ledet av økonomiprofessor Steinar Holden, samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak
Importsmitte	Smitte som kommer til Norge fra andre land
Intensivsykepleier	Intensivsykepleiere er autoriserte sykepleiere med spesialisering i intensivsykepleie
Isolat	Et sted/rom hvor en person kan holdes alene
Janssen	Vaksineprodusent
Khrono	Norsk nettavis for høyere utdanning og forskning
Kohort	En gruppe mennesker
Kommunelege	Lege ansatt som kommunens medisinskfaglige rådgiver
Koronasertifikat	Koronasertifikat, også kalt koronapass, er en ordning for å legge til rette for økt aktivitet og bevegelighet over landegrensene
Ledende stilling	Overordnede stillinger med klare lederfunksjoner
Legemiddelverket	Direktorat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet
Medicago	Vaksineprodusent

Minioritetsrådgiver	Rådgiver med spisskompetanse på problemstillinger knyttet til negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og æresrelatert vold
Moderna	Vaksineprodusent
mRNA	En mRNA er en kopi av et gen som inneholder instruksjoner til å lage et protein
Novavax	Vaksineprodusent
Omikronvarianten	Virusvariant først oppdaget i Sør-Afrika
Pfizer	Vaksineprodusent
Pretriagering	Grovsortering og smitterisikovurdering av pasienter før de kommer inn på sykehuset
Respirator	Et apparat som sørger for å holde et menneske i live ved hjelp av mekanisk ventilering
Ring 1/Ring 2	Kategorisering av kommuner/regioner med utbrudd
R-konferanse	Regjeringskonferanse
R-tallet	Reproduksjonstallet. Hvor mange personer en smittet person smitter videre
Sanofi Pasteur	Vaksineprodusent
Sinovac	Vaksineprodusent
Sputnik	Vaksineprodusent
Statsforvalter	Statens representant i fylkene, tidligere Fylkesmann
Sundhetsstyrelsen	Et av tolv organer under Ministeriet for Sundhet og Forebyggelse i Danmark
SYSVAK	Nasjonalt vaksinasjonsregister
«Søringkarantene»	Lokale karantenereregler. Forebyggende tiltak mot smitte fra andre deler av landet
Trafikklysmoell	Tiltak i skoler og barnehager etter grønt, gult og rødt nivå
Triagering	Sortering av pasienter på sykehuset etter hvilke tilstander som haster mest og skal behandles først
Tullverket	Svenske tollmyndigheter
Utdanningsspeilet	Utdanningsdirektoratets årlige oppsummering av statistikk og forskning om barnehage og grunnsopplæring i Norge
Valneva	Vaksineprodusent

Vedlegg 2

Liste over uformelle samtaler og møter

Oversikten viser møter som er avholdt i perioden. Dette omfatter også presentasjoner som er holdt for kommisjonen. Møter i forbindelse med rekruttering, leverandørsamarbeid samt enkelte uformelle samtaler er utelatt.

22.06.2021	Prosjektleder, Teknologirådet
22.06.2021	Kommunalsjef og kommunelege, Alstahaug kommune
22.06.2021	Daglig leder og Local legal, Pfizer
01.07.2021	Befaring på Gardermoen, Comfort Hotel Runway og Clarion med direktør for Nordic Choice Ullensaker og enhetsleder i Ullensaker kommune
06.07.2021	Ambassadør, EU-delegasjonen i Brussel
09.08.2021	Leder, Norsk sykepleierforbund
10.08.2021	Befaring på sengeposter, akuttmottaket og intensivavdelingen på Ahus med infeksjons-overlege og anestesioverlege ved sykehuset
11.08.2021	Anestesioverlege ved OUS / Ullevål sykehus
17.08.2021	Befaring på Quality hotell Sarpsborg med General Manager, Quality hotell Tønsberg og Sarpsborg, driftssjef ved Quality hotell Sarpsborg og gruppeleder virksomhet kommunalteknikk, Sarpsborg kommune
20.08.2021	Administrerende direktør, fagdirektør, beredskapsdirektør og spesialrådgiver i Helse Nord
20.08.2021	Ekspedisjonssjef og spesialrådgivere, Helse- og omsorgsdepartementet
20.08.2021	Fagdirektør, tidligere fagdirektør og seniorrådgiver, Helse Midt
20.08.2021	Administrerende direktør og fagdirektør, Helse Vest
20.08.2021	Viseadministrerende direktør, Helse Sør-Øst
24.08.2021	Avdelingsdirektør, spesialrådgivere og seniorrådgiver, Helse- og omsorgsdepartementet
26.08.2021	Direktør, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
26.08.2021	Ambassadør, EU-delegasjonen i Brussel
26.08.2021	Professor, Økonomisk Institutt ved Universitetet i Oslo
31.08.2021	Leder anesthesiologisk forening, Legeforeningen
31.08.2021	Key Account Manager, KGH Customs Services
31.08.2021	Tidligere ordfører, Halden kommune
01.09.2021	Direktør, assisterende direktør og assisterende programdirektør vaksinasjonsprogrammet, Folkehelseinstituttet
03.09.2021	Vaccinsamordnare, Regjeringskansellet
06.09.2021	Områdeleder og avdelingsleder, Utlendingsdirektoratet

- 06.09.2021 Seniorrådgiver, Utenriksdepartementet
- 06.09.2021 Departementsråd, Justis- og beredskapsdepartementet
- 06.09.2021 Ekspedisjonssjef, lovavdelingen i Justis- og beredskapsdepartementet
- 06.09.2021 Beredskapsdirektør nasjonal kriseledelse og seksjonssjef operativ leveranse, Politidirektoratet
- 07.09.2021 Avdelingsdirektør, seniorrådgivere, Statsministerens kontor
- 07.09.2021 Avdelingsdirektører, ekspedisjonssjef, fagdirektør, seniorrådgiver og spesialrådgiver, Helse- og omsorgsdepartementet
- 07.09.2021 Direktør og assisterende direktør, Helsedirektoratet
- 07.09.2021 Direktør, assisterende direktør og avdelingsdirektør, Folkehelseinstituttet
- 08.09.2021 Avdelingsdirektør ortopedisk avdeling, Akershus universitetssykehus
- 09.09.2021 Tidligere administrerende direktør i Helse Sør-Øst og nåværende departementsråd, Helse- og omsorgsdepartementet
- 09.09.2021 Befaring på Oslofjord Convention Center. Møter med representanter fra Tønsberg kommune, Sandefjord kommune og Oslo Convention senter
- 10.09.2021 Spesialist i samfunnsmedisin, Helsedirektoratet
- 15.09.2021 Kommuneleger i Karasjok kommune, Tromsø kommune, Alstahaug kommune, Kristiansund kommune, Trysil kommune, Oslo kommune, Sarpsborg kommune, Kragerø kommune og Kristiansand kommune
- 16.09.2021 Assisterende direktør og seksjonssjef/stabssjef, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- 21.09.2021 Seniorrådgiver, Utenriksdepartementet
- 22.09.2021 Statsforvaltere, direktør, fylkesberedskapssjefer, assisterende statsforvalter, assisterende fylkeslege og seniorrådgiver, Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Statsforvalteren i Nordland, Statsforvalteren i Trøndelag, Statsforvalteren i Møre og Romsdal, Statsforvalteren i Vestland, Statsforvalteren i Rogaland, Statsforvalteren i Agder, Statsforvalteren i Oslo og Viken, Statsforvalteren i Vestfold og Telemark, Statsforvalteren i Innlandet
- 30.09.2021 Bydelsoverlege, Oslo kommune
- 04.10.2021 Partner, Kluge advokatfirma
- 04.10.2021 Seniorrådgiver, Helse- og omsorgsdepartementet
- 11.10.2021 Befaring på Gardermoen med seksjonssjef og avsnittsleder for 1. linje i Grensekontrollen og Grensekontrollseksjonen
- 19.10.2021 Departementsråd, ekspedisjonssjef i lovavdelingen og ekspedisjonssjef i sikkerhetsavdelingen, Justis- og beredskapsdepartementet
- 27.10.2021 Barneombud og seniorrådgivere, Barneombudet
- 02.11.2021 Seksjonsledere, politiinspektører og saksbehandler, Politidirektoratet
- 11.11.2021 Assisterende direktør for vaksinasjonsprogrammet, Folkehelseinstituttet
- 23.11.2021 Nestleder, leder for helsesykepleierne og spesialrådgiver, Norsk sykepleierforbund
- 16.12.2021 Spesialrådgiver, Helse- og omsorgsdepartementet
- 17.12.2021 Divisjonsdirektør, fagdirektør, prosjektleder og rådgiver, Helsedirektoratet

11.01.2022	Eldreombud og rådgiver, Eldreombudet
19.01.2022	Leder for fagforeningen, Delta
27.01.2022	Viseadministrerende direktør, CEPI
03.02.2022	Direktør, administrerende direktør og fagdirektør, NHO
03.02.2022	Samfunnspolitisk direktør, BNL
03.02.2022	Sjefsøkonom og sekretær, LO
03.02.2022	Avdelingsleder, Fellesforbundet
04.02.2022	Fire skoleledere fra Oslo og Viken

Vedlegg 3

Referanseliste

- Alstadsæter, A. mfl. (2022). *The Social Gradient in Employment Loss during COVID-19*. (Rapport 1/2022). Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.
- Altarawneh, H.N. mfl. (2022). Protection against the Omicron Variant from Previous SARS-CoV-2 Infection. *The New England Journal of Medicine* 386, 1288–1290. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2200133>
- Andersen, T.K. (2020, 23. november). *Genbaserte vaksiner mot Covid-19*. Bloggtekst, Vaksinebloggen. <https://www.vaksinebloggen.no/genbaserte-vaksiner-mot-covid-19/>
- AstraZeneca (2020, 13. juni). *AstraZeneca to supply Europe with up to 400 million doses of Oxford university's vaccine at no profit*. Nettartikkel, AstraZeneca. <https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2020/astrazeneca-to-supply-europe-with-up-to-400-million-doses-of-oxford-universitys-vaccine-at-no-profit.html>
- Astrup, E. mfl. (2021). *Smitte av covid-19 hos barn og unge etter skolestart høsten 2021*. (FHI-rapport november 2021). Folkehelseinstituttet.
- Barda, N. mfl. (2021). Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting. *The New England Journal of Medicine* 385, 1078-1090. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2110475>
- Bentov, Y. mfl. (2021). Ovarian follicular function is not altered by SARS-CoV-2 infection or BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination. *Human Reproduction* 36(9), 2506–2513. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab182>
- Bingham, K. (2020). The UK Government's Vaccine Taskforce: strategy for protecting the UK and the world. *The Lancet* 397(10268), 68–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32175-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32175-9)
- Bjertnæs, G.H.M. mfl. (2021). *COVID-19, tappt verdiskaping og finanspolitikkenes rolle* (SSB Rapport 2021/13). Statistisk sentralbyrå.
- Blikstad-Balas M. mfl. (2021). Homeschooling in Norway During the Pandemic-Digital Learning with Unequal Access to Qualified Help at Home and Unequal Learning Opportunities Provided by the School. I Reimers F.M. (red.) *Primary and Secondary Education During Covid-19* (s. 177–201). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-81500-4_7
- Blix, B.H. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – En oppsummering av kunnskap* (Oppsummering nr 3). Senter for omsorgsforskning.
- Blytt, J.P. mfl. (2022). *Økonomisk utvikling gjennom Covid 19. En oppdatert sammenligning av Norge, Sverige og Danmark*. Statistisk sentralbyrå
- Boin, A. mfl. (2017). *The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511490880>
- Bown, C.P. & Bollyky, T.J. (2021). *How COVID-19 vaccine supply chains emerged in the midst of a pandemic* (PIIE Working paper 21-12). Peterson Institute for International Economics.
- Bratsberg, B. mfl. (2020). Koronakrisens første uker – hvem tok støyten i arbeidslivet? *Samfunnsøkonomen* 134(2), 41–50.
- Brekke, J.-P. (2020, 27. september). Slik bremsset norsksomalierne i Oslo koronaspredningen. *Kronikk. Aftenposten*.
- Brekke, J.-P. (2021a). Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo. *Journal of Refugee Studies* 35(1), 641–661. <https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>
- Brekke, J.-P. (2021b). Kapittel 8: Årsaker til forskjeller i korona-smitte i tre innvandrer miljøer. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet
- Bøhler, K.K. & Ugreninov, E. (2021). *Velferdstjenester, stønader og informasjon til familier med barn med funksjonsnedsettelse under covid-19. En kvalitativ undersøkelse* (NOVA-notat nr 4/21). Velferdsforskningsinstituttet NOVA, OsloMet.
- Caspersen, J. mfl. (2021). *Koronapandemien i grunnskolen – håndtering og konsekvenser*. (Rapport mars 2021). NTNU Samfunnsfors-

- kning og NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Dahl, E.S. mfl. (2021). Ett år med korona. Utvikling og utsikter for NAVs ytelser og brukere. *Arbeid og velferd* 2021(1), 21–43.
- Dahl, E.S. & Lima, I. (2021). Utviklingen i sosialhjelp fra 2010 til 2020. *Arbeid og velferd* 2021(3), 93–112.
- Den norske legeforening (2015, 22. januar). *Overbelegg i norske sykehus – en trussel mot pasientsikkerheten*. (Policynotat nr. 1-2015). Den norske legeforening.
- Diaz, E. (2022). COVID-19, vaccines and immigrants. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2021(2). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0879>
- Diaz, E. mfl. (2020). Situational brief: Migration and Covid-19 in Scandinavian countries. *Lancet Migration*.
- Disen, S. (2013, 30. august). Strategisk styring og ledelse i norsk offentlig sektor. Nettartikkel, *Minerva*. <https://www.minervanett.no/strategisk-styring-og-ledelse-i-norsk-offentlig-sektor/142034>
- Drew, L. (2019). Forcing the issue. *Nature* 575, 58–60. <https://doi.org/10.1038/d41586-019-03642-w>
- Engjom, H. mfl. (2022). Severe covid-19 in pregnancy is almost exclusively limited to unvaccinated women – times for policies to change. *The Lancet Regional Health – Europe* 2022(13). <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100313>
- Ezzati, R.T. (2021). Kapittel 7: Erfaringer fra felt: smittesporer. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet.
- Ezzati, R.T. & Hussaini, L. (2021). Kapittel 6: Erfaringer fra felt: Oslo kommune og utvalgte bydeler. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet
- Flaatten, H. mfl. (2020). Helseberedskap mellom to pandemier: alltid beredt? *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2020(9). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0341>
- Fossberg, B. & Frich J.C. (2022). Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022(2). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0589>
- Fuglerud, K.S. mfl. (2021). *Teknologi og inkludering av personer med nedsatt syn i arbeidslivet: Kunnskapsoppsummering* (Rapport nr. 1054). Norsk regnesentral.
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelys på arbeidslivet* 38(2), 142–157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gjerde, A. mfl. (2021). Arbeidslaus i fyrste del av koronakrisa – dei fleste raskt tilbake i arbeid. *Arbeid og velferd* 2021(3), 41–58.
- Greszta, A. mfl. (2021). COVID-19 Among Ethnic Minorities: How Missing Data and Colour-Blind Policies Perpetuate Inequalities in the United Kingdom and the European Union. *Interdisciplinary Perspectives on Equality and Diversity* 7(1), 28–35.
- Grisvold, S.E. (2020). Vi har ingen ledige senger. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0238>
- Grønlien, E. (2022). *Utviklingen i mottakere av arbeidsavklaringspenger og personer med nedsatt arbeidsevne per 31. desember 2021*. (NAV Statistikknotat, 20.1.2022). Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Gulliksen, J. mfl. (2021). *Ny teknik och digitala lösningar för ökad inkludering i arbetslivet*. (Rapport mars 2021). Nordens velferdssenter.
- Hafstad, G.S. mfl. (2022). Changes in adolescent mental and somatic health complaints throughout the COVID-19 pandemic: A three-wave prospective longitudinal study. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xjv89>
- Hagen, T.P. & Kaarbøe, O.M. (2021). *Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenlikning mellom Norge og fire andre land*. Helseøkonomisk analyse A/S
- Hauge, L. & Solem, P.E. (2022). *Hvordan har seniorer i arbeidslivet opplevd pandemien?* (Rapport januar 2022). Senter for seniorpolitikk.
- Head, B.W. (2022). *Wicked Problems in Public Policy*. Palgrave Macmillan.
- Hernes, V. mfl. (2021a). *Underveisevaluering av integreringspakken og midlertidig lov* (NIBR-notat 2021:101). By- og regionsforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.
- Hernes, V. mfl. (2021b). *Evalueringspakke I og midlertidig lov* (NIBR-Rapport 2021:14). By- og regionsforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.
- Holden, S. (2022). *Helsemessige konsekvenser av geografisk fordeling av vaksiner*. (Rapport på oppdrag for Koronakommisjonen). Koronakommisjonen.
- Holm-Hansen, C. (2006). Vaksiner mot hiv. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2006(126) 3117–3120.

- Holte, J.H. & Strand, A.H. (2021). *Digital omlegging under koronapandemien. Oppfølging av unge i AFT-tiltak* (Fafo-notat 2021:3). Fafo.
- Hafstad, A. (2021, 16. mars). – Vaksiner er den eneste veien ut av pandemien. Nettartikkel, Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/vaksiner-er-den-eneste-veien-ut-av-pandemien>
- Hussaini L. mfl. (2021). Kapittel 5: Erfaringer fra felt: utvalgte kommuner. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet.
- Indseth, T. mfl. (2021a). Kapittel 2: Covid-19: Påvist smitte, testing, innleggelse, død, og reiseaktivitet blant innvandrere i Norge, perioden fra februar 2020 til mai 2021. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet.
- Indseth, T. mfl. (2021b). Kapittel 3: Mulige forklaringer på overrepresentasjon i påvist smitte og innleggelse. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet.
- Indseth, T. & Lindman, A. (2021). Kapittel 4: Kunnskapsutviklingen om covid-19 smitte, innleggelse, død og vaksinasjon blant innvandrere i Norge. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer*. (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet.
- Jacobsen, F.F. mfl. (2021). *Erfaringer med covid-19 i norske sykehjem* (Rapport 1/2021). Senter for omsorgsforskning.
- Jaffe-Hoffman, M. (2021, 3. mars). Netanyahu: In talks to establish Moderna, Pfizer vaccine plants in Israel. *Jerusalem Post*.
- Kavli, H.C. & Djuve, A.B. (2015). *Ti års erfaringer. En kunnskapsstatus om introduksjonsprogram og norskopplæring for innvandrere* (Fafo-rapport 2015:26). Fafo.
- Kavli, H.C. & Lillevik, R. (2020). «Vi har nå holdt hjulene i gang» *Kommunenes integreringsarbeid under koronautbruddet* (Fafo-rapport 2020:16). Fafo.
- Kempson, E. & Poppe, C. (2021). *Trygg eller ut-satt? Husholdenes økonomiske situasjon etter 16 måneder med koronakrise* (SIFO-rapport 12-2021). Forbruksforskningsinstituttet SIFO, OsloMet.
- Kongsgaard, I. (2020, 17. november). *Ungdom med funksjonsnedsettelse har mistet rettigheter under koronapandemien*. Nettartikkel, Unge funksjonshemmede. <https://ungefunksjonshemmede.no/ungdom-med-funksjonsnedsettelse-har-mistet-rettigheter-under-koronapandemien/>
- Loge, J. (2022, 17. februar). *For første gang på fem år, gikk antallet doktorgrader ned i fjor. Pandemien får skylden*. Nettartikkel, Forskerforum. <https://www.forskerforum.no/for-forste-gang-pa-fem-ar-gikk-antallet-doktorgrader-ned-i-fjor-pandemien-far-skylden/>
- Lythgoe, M.P. & Middleton, P. (2021). Comparison of COVID-19 Vaccine Approvals at the US Food and Drug Administration, European Medicines Agency, and Health Canada. *JAMA Network Open* 4(6), e2114531. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14531>
- Madar, A. mfl. (2022). COVID-19: information access, trust and adherence to health advice among migrants in Norway. *Archives of Public Health* 80(15). <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00764-4>
- Magnus, M.C. mfl. (2021). Covid-19 Vaccination during Pregnancy and First-Trimester Miscarriage. *The New England Journal of Medicine* 385, 2008–2010. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2114466>.
- Mamelund, S.-E. & Dimka, J. (2021) Not the great equalizers: Covid-19, 1918–20 influenza, and the need for a paradigm shift in pandemic preparedness. *Population Studies*, 75(1), 179–199. <https://doi.org/10.1080/00324728.2021.1959630>
- Mamelund, S.-E. (2020, 15. april). Urfolk vil trolig bli hardest rammet av koronapandemien. *Kronikk. Aftenposten*.
- Melchior, A. (2021). Global handel og medisinsk beredskap: NUPI-innspill til Koronakommisjonen. I NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Mælan E.N. mfl. (2021). Norwegian students' experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Special Needs Education* 36(1), 5–19. <https://doi.org/10.1080/08856257.2021.1872843>
- Nes, R.B. mfl. (2020), Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. Nettartikkel, FHI. <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkes-helseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien-nov-des-2020/>
- Nøkleby H. mfl. (2021). *Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske*

- helse: oppdatering av en hurtigoversikt.* (FHI-rapport). Folkehelseinstituttet.
- Olsen, T. K. mfl. (uten år). Svineinfluensa. Nettartikkel, Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/svineinfluensa>
- Os, E. mfl. (2021). *Håndtering og konsekvenser av koronautbruddet for barn og barnehager* (Sam arbeidsrapport NIBR/BLU 2021:2). Institutt for barnehagelærerutdanning BLU, By- og regionsforskningsinstituttet NIBR, OsloMet
- Reigstad, J. (2021, 20. mai). Fraråder å sette Janssen-vaksinen. Nettartikkel, NRK. <https://www.nrk.no/norge/legeforeningen-frarader-leger-a-sette-janssen-vaksinen-1.15502592>
- Reimer D. mfl. (2021). What happens when schools shut down? Investigating inequality in students' reading behavior during Covid-19 in Denmark. *Research in Social Stratification and Mobility* 71 (2021), 100568. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100568>
- Roksvaag, K. & Texmon, I. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012* (SSB-Rapporter 2012/14). Statistisk sentralbyrå.
- Rosen B. mfl. (2021). Israel's rapid rollout of vaccinations for COVID-19. *Israel Journal of Health Policy Research* 10(6), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00440-6>
- Rønnevik mfl. (2019). Kommunelegene – fra dobbeltstemme til hviskelek? *Utposten Blad for allmenn- og samfunnsmedisin* 48(7), 40–42.
- Rønning, E. (2021, 2. november). *Vi har blitt mindre fornøyd med livet under pandemien.* Nettartikkel, SSB. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekra/artikler/vi-har-blitt-mindre-fornoyd-med-livet-under-pandemien>
- Schiefloe, P.M. (2021). The Corona crisis; a wicked problem. *Scandinavian Journal of Public Health* 49(1), 5–8. <https://doi.org/10.1177/1403494820970767>
- Schultz, N.H. mfl. (2021). Thrombosis and Thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. *The New England Journal of Medicine* 384, 2124–2130. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2104882>
- Sheikh, N.S. mfl. (2021). Kapittel 9: Erfaringer fra felt: Perspektiver fra personer med innvandrerbakgrunn. I Indseth, T. (red.). *Koronapandemien og innvandrerbefolkningene, vurderinger og erfaringer.* (FHI-rapport desember 2021). Folkehelseinstituttet.
- Sivertsen, B. (2021). *Hovedrapport til Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. SHoT tilleggsundersøkelse 2021.* SiO, Sammen, Sit, FHI.
- Skar G.B. mfl. (2021). Learning Loss during COVID-19 pandemic and Emergency Remote Instruction on First Grade Students' Writing: A Natural Experiment. *Journal of Educational Psychology* (forhåndspubliseret på nettet). <http://dx.doi.org/10.1037/edu0000701>
- Skjøstad, O. mfl. (2017, 31. august). *Nyutdanna sykepleiere foretrekker sykehus.* Nettartikkel, SSB. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/nyutdanna-sykepleiere-foretrekker-sykehus>
- Skogheim, R. mfl. (2021). *Informasjon og tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i forbindelse med Covid 19 Delrapport 3* (NIBR-rapport 2021:6). By- og regionsforskningsinstituttet NIBR, OsloMet.
- Skrove, G. mfl. (2022). *Oppdatering av kunnskapsgrunnlaget om konsekvenser av covid-19 for tjenestetilbudet blant utsatte barn og familier* (Rapportserie for sosialt arbeid 8). NTNU, Institutt for sosialt arbeid.
- Smith, J. mfl. (2021). Changes in students' achievement motivation in the context of the COVID-19 pandemic: A function of extraversion/introversion? *Education Sciences* 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.3390/educsci11010030>
- Smith, E. (2015). «Ministerstyre» – et hinder for samordning? *Nytt Norsk Tidsskrift* 32(3), 258–266. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2015-03-06>
- Solberg, E. mfl. (2021). *Et akademisk annerledesår. Konsekvenser og håndtering av koronapandemien ved norske universiteter og høyskoler* (NIFU-rapport 2021:9). NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
- Steyn, N. mfl. (2020). Estimated inequities in COVID-19 infection fatality rates by ethnicity for Aotearoa New Zealand. *New Zealand Medical Journal* 133(1521), 28–39.
- Storla, D. (2012). Tar vi tuberkulose på alvor? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132(6). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.1456>
- Svarstad, J. (2021). *Rekordlav strykprosent for tredje gang på rad.* Nettartikkel, Forskerforum. <https://www.forskerforum.no/rekordlav-strykprosent-for-tredje-gang-pa-rad/>
- Sviggum, S.K. & Solberg, K. (2021, 11. mars). Ordfører ble «snikvaksinert» – det fikk flere til å reagere. *VG*.
- Sze, S. mfl. (2020). Ethnicity and clinical outcomes in COVID-19: a systematic review and meta-

- analysis. *EClinicalMedicine* 29, 100630. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630>
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport till SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin*. Coronakommissionen.
- Tahseen, R. & Nymoene, M. (2022, 15. februar). *Kartlegging fra TV 2: Over 126.000 vaksinedoser i Norge ble kastet i 2021*. TV2.
- Tryland, M. (2001). Kopper og koppevirus – 200 år siden første vaksinasjon i Norge. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 121, 3546–3550.
- Trædal, T. (2020, 7. november). Får ikke korona-info på eget språk. *Khrono*.
- Vangsnes, L.-E. (2017). En ubehagelig sannhet. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2017(16). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0720>
- von Brasch, T. mfl. (2022). *COVID-19, taft verdiskaping og finanspolitikkenes rolle. Utredning for Koronakommisjonen (SSB-rapporter 2021/13)*. Statistisk sentralbyrå.
- von Soest, T. mfl. (2020). Smittevern blant Oslo-ungdom under covid-19-pandemien. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2020(10). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0449>
- Weinreb, G. (2020, 16. november). Moderna CMO: Israel among countries first in line for vaccine. *Globes*.
- Whittaker, R. mfl. (2021). Patient trajectories among hospitalised COVID-19 patients vaccinated with an mRNA vaccine in Norway: a register-based study. *medRxiv* (forhåndspublisert på nettet). <https://doi.org/10.1101/2021.11.05.21265958>
- WHO (2021): *WHO/ECDC: Nearly half a million lives saved by Covid-19-vaccination in less than a year*. Nettartikkel, European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/who-ecdc-nearly-half-million-lives-saved-covid-19-vaccination>
- Winer, S. & Staff, T. (2020, 16. november). Israel will reportedly pay much more than US, EU for Pfizer coronavirus vaccine. *The Times of Israel*.
- Wyller, T.B. (2020). Hvilekjær i pandemien må brukes til bedre planlegging for de eldste. *Tidsskriftet for Den norske legeforening* 2020(8). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0325>
- Øien, M.H. (2020, 21. mars). *Hva er en intensivseng?* Bloggtekst, Mariannestesi. <https://mariannestesi.com/2020/03/21/hva-er-en-intensiv-seng/>
- Ørstavik, R. (2022). *Vaksine mot vaksineskepsis?* *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening* 2022(1). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0002>
-

Vedlegg 4

Liste over ekspertuttalelser

Rapport	Forfatter(e)	Institusjon
Utredning av de rettslige sidene ved innreiserestriksjoner og karantenehotellordningen	Georg Abusdal Engebretsen	Advokatfirmaet Wiersholm AS
Strategier for kjøp av Covid-19-vaksiner: En sammenligning mellom Norge og fire andre land	Terje P. Hagen Oddvar M. Kaarbøe	Helseøkonomisk Analyse AS
Covid-19-vaksinasjon i Danmark, Strategi og gjennomføring	Erland Skogli Eline Johannessen Per Olav Kormeset Ole Magnus Stokke	Menon Economics
Oppdatering av kunnskapsgrunnlaget om konsekvenser av covid-19 for tjenestetilbudet blant utsatte barn og familier	Gaute Skrove Marie Florence Moufack Lena Augusta Ulfseth Nina Helen Aas Røkkum Willy Lichtwarck Bente Heggem Kojan	NTNU Institutt for sosialt arbeid
Norsk Koronamonitor. Sammenstilling av utvalgte indikatorer til koronakommisjonen for 2020-2021	Nora Clausen Ola Gaute Aas Askheim Reidar Dischler Jostein Solvør Danielsen	Opinion
Kartlegging av intensivkapasitet i Sverige og i Danmark	Erik Magnus Sæther	Oslo Economics
COVID-19, tapte verdiskaping og finanspolitikkenes rolle	Thomas von Brasch Ådne Cappelen Steinar Holden Eirik Larsen Lindstrøm Julia Skretting	SSB
Økonomisk utvikling gjennom Covid-19. En oppdatert sammenligning av Norge, Sverige og Danmark	Julian Paulsen Blytt Achraf Bougroug Pål Sletten	SSB
Helsemessige konsekvenser av geografisk fordeling av vaksiner	Steinar Holden	Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo

Alle ekspertuttalelser er digitale vedlegg til rapporten.

Vedlegg 5**Forklaringer**

Oversikt over personer som har gitt formelle forklaringer til kommisjonen.

Dato for forklaring	Stilling/funksjon	Arbeidssted	Etternavn	Fornavn
01.11.2021	Kommunelege	Kragerø kommune		
01.11.2021	Kommunelege	Kristiansand kommune		
04.11.2021	Kommunelege	Oslo kommune		
04.11.2021	Kommuneleger	Sarpsborg kommune		
05.11.2021	Kommunelege	Karasjok kommune		
05.11.2021	Kommunelege	Tromsø kommune		
08.11.2021	Anestioverlege	Oslo universitetssykehus / Ullevål sykehus		
09.11.2021	Kommunelege	Alstahaug kommune		
09.11.2021	Kommunelege	Kristiansund kommune		
10.11.2021	Kommunelege	Trysil kommune		
15.11.2021	Seksjonssjef	Politidirektoratet		
15.11.2021	Seksjonssjef	Direktoratet for samfunns- sikkerhet og beredskap		
15.11.2021	Avdelingsdirektør	Politidirektoratet		
16.11.2021	Enhetsleder	Ullensaker kommune		
16.11.2021	Fylkesberedskapssjef	Statsforvalteren i Innlandet		
16.11.2021	Ambassadør ved Norges delegasjon til Europarådet	Utenriksdepartementet	Seland	Helge Andreas
17.11.2021	Tidligere anestioverlege	Akershus universitets- sykehus		
17.11.2021	Tidligere anestioverlege	Haukeland universitets- sykehus		
17.11.2021	Infeksjonsoverlege	Oslo universitetssykehus / Ullevål sykehus		
17.11.2021	Avsnittsleder	Grensekontrollen Gardermoen		
17.11.2021	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet		
17.11.2021	Fagdirektør	Helsedirektoratet		

Dato for forklaring	Stilling/funksjon	Arbeidssted	Etternavn	Fornavn
18.11.2021	Leder for intensivsykepleiere	Norsk sykepleierforbund	Lykke	Paula
18.11.2021	Nestleder	Norsk sykepleierforbund	Brenden	Kai Øyvind
18.11.2021	Administrerende direktør	Akershus universitetssykehus	Mæland	Øystein
22.11.2021	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet		
22.11.2021	Tidligere ekspedisjonssjef	Helse- og omsorgsdepartementet		
23.11.2021	Fagdirektør	Helse Vest	Schem	Baard-Christian
24.11.2021	Seniorrådgiver	Helse Midt		
24.11.2021	Konstituert fagdirektør	Helse Midt	Sandbu	Henrik Andreas
25.11.2021	Avdelingsdirektør	Helsedirektoratet		
25.11.2021	Beredskapssjef	Statsforvalteren i Oslo og Viken		
25.11.2021	Tidligere direktør	Statsforvalteren i Oslo og Viken		
25.11.2021	Tidligere fylkeslege	Statsforvalteren i Oslo og Viken		
25.11.2021	Rådgiver	Statsforvalteren i Oslo og Viken		
25.11.2021	Fylkesberedskapssjef	Statsforvalteren i Troms og Finnmark		
25.11.2021	Fungerende fylkeslege	Statsforvalteren i Troms og Finnmark		
25.11.2021	Seniorrådgiver	Statsministerens kontor		
26.11.2021	Tidligere president	Den Norske Legeforening		
26.11.2021	President	Den Norske Legeforening	Rime	Anne-Karin
26.11.2021	Viseadministrerende direktør	Helse Sør-Øst	Frich	Jan
26.11.2021	Kommunikasjonssjef	Statsministerens kontor	Hjukse	Anne Kristin
26.11.2021	Fagdirektør	Folkehelseinstituttet		
29.11.2021	Seniorrådgiver	Helse- og omsorgsdepartementet		
29.11.2021	Avdelingsdirektør	Helse- og omsorgsdepartementet		
30.11.2021	Seniorrådgiver	Utenriksdepartementet		

Dato for forklaring	Stilling/funksjon	Arbeidssted	Etternavn	Fornavn
01.12.2021	Fagdirektør	Folkehelseinstituttet		
01.12.2021	Ekspedisjonssjef	Justis- og beredskapsdepartementet		
01.12.2021	Avdelingsdirektør	Justis- og beredskapsdepartementet		
01.12.2021	Spesialrådgiver	Helse- og omsorgsdepartementet		
06.12.2021	Fagdirektør	Helse Nord	Tollåli	Geir
06.12.2021	Administrerende direktør	Helse Vest	Bryne	Inger Cathrine
06.12.2021	Administrerende direktør	Helse Nord	Daae	Cecilie
06.12.2021	Ekspedisjonssjef	Helse- og omsorgsdepartementet		
07.12.2021	Direktør	Utdanningsdirektoratet	Nilssen	Hege
07.12.2021	Departementsråd	Barne- og familiedepartementet	Gisholt	Dag Thomas
08.12.2021	Avdelingsdirektør	Folkehelseinstituttet		
08.12.2021	Direktør	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	Trommald	Mari
08.12.2021	Direktør	Politidirektoratet	Bjørnland	Benedicte
09.12.2021	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet		
09.12.2021	Seniorrådgiver	Helsedirektoratet		
09.12.2021	Avdelingsleder	Helsedirektoratet		
10.12.2021	Administrerende direktør	Helse Midt	Slørdahl	Stig
14.12.2021	Tidligere departementsråd	Helse- og omsorgsdepartementet	Larsen	Bjørn-Inge
14.12.2021	Departementsråd	Justis- og beredskapsdepartementet	Heggenes	Heidi
14.12.2021	Regjeringsråd	Statsministerens kontor	Lyftingsmo	Anne Nafstad
16.12.2021	Direktør	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon	Eide	Helge
16.12.2021	Avdelingsdirektør	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon		
17.12.2021	Avdelingsdirektør	Folkehelseinstituttet		
17.12.2021	Byrådsleder	Oslo kommune	Johansen	Raymond

Dato for forklaring	Stilling/funksjon	Arbeidssted	Etternavn	Fornavn
21.12.2021	Tidligere administrerende direktør og nåværende departementsråd	Helse Sør-Øst og Helse- og omsorgsdepartementet	Lofthus	Cathrine
22.12.2021	Assisterende helse-direktør	Helsedirektoratet	Nakstad	Espen Rostrup
22.12.2021	Direktør	Folkehelseinstituttet	Stoltenberg	Camilla
22.12.2021	Direktør	Helsedirektoratet	Guldvog	Bjørn
22.12.2021	Assisterende direktør	Folkehelseinstituttet	Bukholm	Geir
05.01.2022	Ekspedisjonssjef	Justis- og beredskapsdepartementet		
05.01.2022	Fagdirektør	Legemiddelverket		
05.01.2022	Ekspedisjonssjef	Helse- og omsorgsdepartementet		
05.01.2022	Avdelingsdirektør	Helse- og omsorgsdepartementet		
06.01.2022	Tidligere finansminister	Finansdepartementet	Sanner	Jan Tore
06.01.2022	Tidligere statssekretær	Statsministerens kontor	Øy	Lars
06.01.2022	Tidligere justis- og beredskapsminister	Justis- og beredskapsdepartementet	Mæland	Monica
06.01.2022	Tidligere statssekretær	Justis- og beredskapsdepartementet	Hiim	Lars Jacob
07.01.2022	Tidligere kunnskaps- og integreringsminister	Kunnskapsdepartementet	Melby	Guri
07.01.2022	Tidligere utenriksminister	Utenriksdepartementet	Søreide	Ine Marie Eriksen
07.01.2022	Tidligere helse- og omsorgsminister	Helse- og omsorgsdepartementet	Høie	Bent
12.01.2022	Tidligere barne- og familieminister	Barne- og familiedepartementet	Ropstad	Kjell Ingolf
13.01.2022	Tidligere statsminister	Statsministerens kontor	Solberg	Erna
14.02.2022	Statsminister	Statsministerens kontor	Støre	Jonas Gahr

Norges offentlige utredninger 2021

Arbeids- og sosialdepartementet:

NOU 2021: 2 Kompetanse, aktivitet og inntektssikring
NOU 2021: 5 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2021
NOU 2021: 8 Trygd over landegrensene
NOU 2021: 9 Den norske modellen og fremtidens arbeidsliv

Finansdepartementet:

NOU 2021: 1 Endringer i verdipapirhandelloven
NOU 2021: 4 Norge mot 2025
NOU 2021: 7 Trygg og enkel eiendomsmegling
NOU 2021: 10 Ny lov om folkefinansiering av næringsvirksomhet

Kulturdepartementet:

NOU 2021: 3 Barneliv foran, bak og i skjermen

Kommunal- og moderniseringsdepartementet:

NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsbilde: Eirik Brekke / Bergens-Tidende /
NTB

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 04/2022