

# Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet til Koronakommisjonens rapport fra 26. april 2022

## Sammendrag og hovedpunkter

Folkehelseinstituttet mener at rapporten fra Koronakommisjonen er informativ, har gode vurderinger, og er et solid grunnlag for læring. Våre viktigste innspill finnes i oppsummeringen – og beskrives i større detalj under hver kapitteloverskrift.

## Bedre kunnskapsgrunnlag

### **Kunnskapsgrunnlaget var tidvis svakt – og må forbedres**

Under pandemien har mange beslutninger med store konsekvenser blitt tatt på grunnlag av vurderinger som er mye mindre grundige enn vi i Folkehelseinstituttet normalt krever av oss selv og andre. I mange tilfeller har det vært legitime grunner til det, inkludert der det har vært svært stor hast på grunn av pandemiens utvikling, og der det har vært stor usikkerhet og mangel på pålitelig kunnskap. Vi mener imidlertid at myndighetene kunne lagt til rette for mer og bedre forskning på tiltak underveis, særlig etter hvert som man erfarte at tiltakene ble langvarige og inngripende. Før neste krise kan vi med fordel utvikle rammeverk, verktøy, metoder, kapasitet og kompetanse til å gjøre grundigere vurderinger i kriser. Det er mye som har blitt utviklet og brukt under covid-19-pandemien som vi kan lære av og utvikle videre for å få bedre kunnskap underveis i krisen. Dette arbeidet er allerede i gang, blant annet i regi av kjernegruppen for “Kunnskap i krise” under ledelse av Kunnskapsdepartementet og i FHI. Folkehelseinstituttet mener at det er svært viktig å følge opp dette initiativet og andre prosesser for å styrke produksjonen og bruken av vitenskapelig kunnskap i beredskapsarbeidet og krisehåndtering.

### **Innhenting, analysekompetanse og deling av data var avgjørende for målretting av tiltak**

For mange kommuner var det først da offentlige rapporter og tall fra FHI dokumenterte at noen innvandrergupper var hardere rammet av pandemien, at det ble legitimt å utvikle spesielle tiltak for disse gruppene. Dette er et eksempel på hvor avgjørende det er å få relevante datakilder på plass så raskt som mulig, mulighet for å koble data på individnivå og ha analyseteam med rett kompetanse både for å kunne gjøre gode analyser raskt, men også for å kunne stille de relevante spørsmålene.

### **Vi må se på konsekvenser av tiltak for barn og unge**

FHI støtter at man bør se på konsekvenser av tiltak i skoler og barnehager, både læringsmessige og sosiale, inkludert at tiltak som rammer i skoler og barnehager, kommer i tillegg til tiltak som rammer barn og unge på andre arenaer (fritid, sosialt, foreldres arbeid, osv.). Kunnskapsgrunnlaget om smitteverneeffekt av tiltak bør styrkes, og kunnskap som fremkommer underveis må brukes i vurderinger av tiltak. Styrking av kunnskapsgrunnlaget krever bl.a. studier der man sammenligner effekt. Slike sammenligninger ble ikke gjort, dels fordi lovverket ikke var tilrettelagt for det og dels fordi det manglet politisk vilje. FHI støtter kommisjonens anbefaling og understreker betydningen av at kunnskapen som finnes hos statsforvalterne og Udir systematiseres, og at data tilrettelegges for forskningsformål.

### **Arbeid med smitte i innvandrerbefolkningen krever kompetanse**

Kommisjonen har viet mye oppmerksomhet til utviklingen av kunnskapsgrunnlaget om smitte og innleggelse i innvandrerbefolkningen. En infrastruktur og registerkoblinger som muliggjør gode analyser av forholdet mellom smitteforekomst, sosial ulikhet, geografi, innvandrerbakgrunn med mer, bør stå sentralt i fremtidens smittevernberedskap. En bedre forsknings- og utredningsinfrastruktur er også en forutsetning for å lykkes med kommisjonens øvrige anbefalinger på feltet. Bedre kunnskap om pandemiens utvikling i ulike grupper vil styrke de statlige myndighetenes og kommunenes mulighet til å drive mer målrettede tiltak med færre negative bivirkninger. FHI støtter anbefalingen om å "styrke sektormyndighetenes minoritetskompetanse", og understreker at god forskning og utredning er en forutsetning for et slikt arbeid.

### Helhetlig ansvar og fordeling av roller

#### **Regjeringens rolle var viktig for helhet og legitimitet**

FHI mener at regjeringens aktive styring gjennom pandemien i hovedsak har styrket håndteringen, ved at den både så til helsefaglige vurderinger og til behov i andre sektorer, og dermed bidro til helhetlige vurderinger. Videre ga deres aktive rolle legitimitet til råd og beslutninger. Vi er like fullt enig med kommisjonen i at enkelte beslutninger med fordel kunne blitt tatt på lavere nivå. Vår erfaring er også at detaljfokus i regjeringen forplanter seg til større detaljfokus i etater som FHI, blant annet gjennom mange, hyppige, spesifikke og til dels fragmenterte og overlappende oppdrag.

#### **Vi mangler en systematisk tilnærming til helhet og forholdsmessighet**

Mange av tiltakene har vært inngripende, virket over lang tid og utfordret prinsipper og rettigheter. Kravet om at tiltak skal være forholdsmessige har stått sentralt for Folkehelseinstituttet og andre aktører, og behovet for brede, helhetlige vurderinger har vært stort. Slike vurderinger har imidlertid ofte manglet under den pågående pandemien. Det er fortsatt uklart hvilke aktører i Norge som har ansvar for at helhetlige analyser av forholdsmessighet og for at analyser av kostnader og nytte av tiltak blir gjort. Dette bør avklares snarlig, før neste forverring av covid-19-pandemien eller neste krise. Rammeverk, verktøy og metoder for helhetlige vurderinger bør også utvikles videre.

#### **Støtter retningslinjer for rollene i helseetatene**

FHI støtter kommisjonens vurdering av at HOD må utarbeide retningslinjer for rollene Helsedirektoratet og FHI har i forbindelse med beslutninger om smitteverntiltak etter smittevernloven. Kommisjonen anbefaler at det i slike retningslinjer bør framgå i hvilken grad fagetatene skal gjøre vurderinger utover det rent smittevernrelaterte. Dette kan ikke løses av helsesektoren alene og FHI mener det er behov for en tydelig plassering av ansvar for å utarbeide mer helhetlige vurderinger av konsekvens og forholdsmessighet av smitteverntiltak som har vidtrekkende konsekvenser.

### Dialog, samarbeid og kommunikasjon

#### **Sentrale myndigheter har ikke alltid gjort det lett for kommunene og helsetjenesten**

Tiltakene i pandemien har i all hovedsak vært gjennomført av kommunene; smittesporing, iverksettelse og oppfølging av kontaktreduserende tiltak og vaksinasjon. Kommunene har fått hyppige beskjeder om endring – med korte frister og tidvis gjennom uklare mandater eller formuleringer. Dobbeltarbeid og uenigheter mellom Helsedirektoratet og FHI har bidratt til uklarhetene. En gjennomgang av roller mellom etatene kan bidra til å redusere dobbeltarbeid og uklarheter. Denne rolleklarheten kan også ha bidratt til at FHIs ansvar og rolle som leverandør av kunnskap og råd til både lokale og nasjonale myndigheter, tidvis ikke har kommet frem i kommisjonens rapport.

Også sykehusene har uttrykt frustrasjon over «mangel på tydelig og presis informasjon fra sentrale myndigheter» og «skiftende retningslinjer fra FHI, Helsedirektoratet og regjeringen» om bruk av

smittevernustyr og smittevern i sykehusene. Vi har forståelse for utfordringen sykehusene sto i. Vi nøyer oss med å nevne at det var mye usikker kunnskap om viruset i starten, hvilket bidro til endringer og ulikheter i råd.

### **Kommisjonen overser informasjon om formidlingen før 9 mars 2020**

Vi mener kommisjonen diskuterer kapasiteten i helsetjenesten godt. Samtidig mener vi kommisjonen utelater hva som skjedde før 9. mars 2020, hvilket bør ha betydning for nettopp denne diskusjonen.

Folkehelseinstituttet hadde i to risikovurderinger og i legenes tidsskrift advart mot pandemien og pekt på utfordringen med behandling av pasienter med alvorlig sykdom. Vi ser dog at vi her som flere ganger senere i pandemien, kunne vært enda tydeligere i vår risikovurdering av 28 februar 2020, mht. forskjellen på usikre scenarier og forventet utvikling.

## Spesielt om vaksiner

### **Norge har hatt rask og god vaksinetilgang som del av en større innkjøpsaktør.**

Som kommisjonen peker på, ville FHI som innkjøper av vaksiner ikke vært i en posisjon til å anskaffe vaksiner mot covid-19. I en situasjon der etterspørsel betydelig overstiger behov er det avgjørende å være en del av en større innkjøpsaktør. Norge og EU-land hatt god og rask tilgang til vaksiner sammenlignet med land som har inngått bilaterale avtaler med vaksineprodusenter. Det er også FHI sin erfaring at vaksineprodusenter prioriterer større innkjøpsorganisasjoner for vaksiner brukt i kriser.

### **Kommisjonen har en svak analyse av Norges alternative for vaksineproduksjon, -tilgang og -kunnskap**

FHI mener samtidig at kommisjonens konklusjon av at EU-sporet for innkjøp var vellykket samt deres analyse av mulighetene for norsk vaksineproduksjon, er for enkel og lite egnet for videre oppfølging alene. Utvikling og bruk av forskningsmiljøer på vaksinefeltet har gjort andre land attraktive for samarbeid med relevante vaksineprodusenter. Norges muligheter for dette under denne pandemien, og ikke minst fremover, er i liten grad diskutert i kommisjonens rapport. Det kan hende at EU/EØS- samarbeidet er det riktige nettverket for en slik satsning, men kommisjonens konklusjon er lite underbygget og dette spørsmålet fortjener en grundigere og dypere analyse i oppfølgingen av kommisjonens rapport.

### **Kommisjonen ser bort fra grunnleggende prinsipper og informasjon om prioritering av vaksiner**

Prioritering av vaksiner har vært blant de temaene som har skapt stor debatt, høstet mye kritikk, og vært krevende å gjøre og få forståelse for både i enkelte yrkesgrupper og i befolkningen generelt. Svakt begrunnede vurderinger eller prioriteringer som ikke forklares godt eller forstås, har potensiale til å svekke tilliten til det aller viktigste smitteverntiltaket vi har og har hatt i denne pandemien. FHI har lest dette kapittelet i kommisjonens rapport med spesielt stor interesse og med et ønske om innsikt i problemstillingene og innspill til forbedring. Kommisjonens diskusjon av prioritering - som prioritering av andre yrkesgrupper enn helsearbeidere, f.eks. lærere og barnehageansatte, preges av at de ikke tar med seg et overordnet prioriteringsprinsipp inn i den debatten kommisjonen legger opp til. Dette gjør analysen mindre verdifull.

Videre preger det kommisjonens analyse at de ser bort fra det faktum at grunnlaget for prioritering var at det var for få vaksiner til alle – hvilket nødvendiggjør at noen velges og andre dermed velges bort.

FHI mener at kommisjonen bringer inn viktige temaer i sin diskusjon om geografisk prioritering av vaksiner. Vi hadde likevel gjerne sett at diskusjonen også hadde inkludert de mer overordnede prinsipielle etiske dilemmaene og at kommisjonen i større grad hadde diskutert forvaltningsinstitusjonenes kompetanse på

dette feltet.

Dersom epidemien hadde tatt en annen vending med et smitteutbrudd helt andre steder i Norge, ville utfallet av en geografisk vurdering mest sannsynlig blitt annerledes. Kommisjonen gir i liten grad innspill til hvordan vi skal løse tilsvarende problemer ved en ny pandemi.

### **Savner vurdering av vaksinekommunikasjon til innvandrergrupper**

FHI verdsetter den grundige omtalen av vaksinekommunikasjonen. Det er naturlig å omtale kommunikasjon til innvandrerbefolkningen spesielt slik kommisjonen gjør, men vi savner en vurdering av denne delen av kommunikasjonen, i tillegg til en beskrivelse av hva som er gjort og hvorfor. For koronavaksinasjonen ble vaksinasjonsdekningen god i de aller fleste grupper, også i majoriteten av innvandrergruppene. FHI mener det blir feil å fremstille det som om at det er lav eller utilfredsstillende vaksinasjonsdekning blant innvandrere flest. I stor grad handler den lavere dekningen blant innvandrere om lavere dekning hos befolkningsgrupper med opprinnelse i Øst-Europa.

### [Ønsker om grundigere gjennomgang fra kommisjonen](#)

#### **Savner grundigere samfunnsøkonomisk vurdering av sykdomsbelastning vs intensivkapasitet**

Kommisjonen kommer først i sin oppsummering i kapittel 6 inn på et hovedtema, nemlig forholdet mellom intensivkapasiteten og smitteverntiltak i samfunnet. Kommisjonen konkluderer uten videre drøfting at «grunnkapasitet ikke kan ses på som en erstatning for smitteverntiltak», men kan gi «lengre akseptabel responstid før smitteverntiltak må innføres». Vi mener dette temaet hadde fortjent en grundigere drøfting, så som å inkludere diskusjonen av forholdet mellom sykdomsbelastning i et samfunn og investeringer i intensivkapasitet, fra Holden IV-rapporten.

#### **Uklart i rapporten om reisestatistikk**

I kommisjonens anbefaling om at "*det trengs et kunnskapsgrunnlag om konsekvensene av tiltak for framtidige kriser*" er det angitt at «*myndighetene bør utarbeide bedre statistikk over reiseaktiviteten inn og ut av Norge, hvem som reiser, hvilke land de reiser fra og til osv.*» (s.246). Det er uklart om kommisjonen mener at man alltid bør ha statistikk om reisevirksomhet tilsvarende den som ble generert av innreiseregistreringssystemet (IRRS) mot slutten av pandemien, og det er neppe tilstrekkelige smittevernmessige argumenter for slik registrering i tider uten pandemi og med normal reiseaktivitet.

#### **Feil fakta om digitalisering**

I rapportens kap. 9.4 står det feilaktig at «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.» Det var FHI som utviklet og innførte registreringsløsninger for vaksinasjon, mens Direktoratet for e-helse koordinerte forbedringer i kjernejournal. Direktoratet for e-Helse og Norsk helsenett (NHN) utviklet løsninger for timebestilling i HelseNorge.

#### **Hva tenker kommisjonen om koronasertifikat?**

Kommisjonen kommenterer kort (kapittel 9.5, side 346) internasjonal og nasjonal bruk av koronasertifikat/koronapass og legger vekt på at temaet var omdiskutert. Det er riktig at ordningen «reiser viktige problemstillinger knyttet til personvern», men diskusjonen bør også dreie seg om smitteverneffekt, ressursbruk, strategi og ulemper. FHI har hele tiden sørget for drift og forvaltning av en omfattende og

komplisert digital løsning, og et tilbud til ikke-digitale, som gjør at koronasertifikatet kan benyttes for våre innbyggere, men vi har samtidig påpekt at det er flere grunner til å diskutere bruken. Vi savner kommisjonens vurderinger og deltakelse i denne debatten.

## Videre arbeid

Pandemien har avdekket en rekke områder der Norge bør styrke sitt kunnskapssystem for helsekriser. Det er viktig at utvikling av Norges kunnskapsberedskap- og respons ikke venter til neste krise, men gjøres nå og på en måte som også styrker kunnskapen mellom kriser.

### Oppsummert mener FHI at

- Fram til neste krise kan vi med fordel utvikle rammeverk, verktøy og metoder for å gjøre grundige og helhetlige vurderinger under krise.
- Det er behov for en tydelig plassering av ansvar for å utarbeide mer helhetlige konsekvensvurderinger og forholdsmessighetsvurderinger, når smitteverntiltak rammer flere ulike sektorer og har vidtrekkende konsekvenser og følgeeffekter i samfunnet. Dette kan vanskelig løses av helsesektoren alene.
- Koronakommisjonens to rapporter viser at det er grunnlag for videre klargjøring av HelseDirektoratets og FHIs roller, og eventuelle endringer i lover, forskrifter og planverk som ligger til grunn for fordelingen av roller og oppgaver.
- Kommunelegenes oppgaver innen andre samfunnsmedisinske områder, som miljørettet helsevern, forebyggende folkehelsearbeid og beredskap, bør lovfestes etter mønster av smittevernloven § 7-2.
- Til neste pandemi bør ny, tilgjengelig kunnskap i større grad legges til grunn slik at barn og unge kan skjermes i den grad det er mulig.
- Kunnskapen som finnes hos statsforvalterne og Udir om covid-19-pandemien må systematiseres og tilrettelegges for forskningsformål.
- En infrastruktur og registerkoblinger som muliggjør gode analyser av forholdet mellom smitteforekomst, sosiale ulikhet, geografi, innvandrerbakgrunn med mer bør stå sentralt i fremtidens smittevernberedskap.
- Norge bør styrke forskningen og infrastrukturen innen infeksjonsepidemiologi, immunologi og vaksine. Dette er avgjørende for å delta i relevante internasjonale nettverk og kunne påvirke det internasjonale arbeidet med beredskap, krisehåndtering og utvikling av legemidler og vaksiner mot fremtidige epidemier og pandemier.

## Innhold

Sammendrag og hovedpunkter .....	1
Innledning.....	6
Kapittel 4 – Myndighetenes styring og samhandling.....	6
Kapittel 5 – Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien .....	9
Kapittel 6 – Sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene.....	11
Kapittel 7 – Importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene .....	13
Kapittel 8 – Anskaffelse av vaksiner.....	13
Kapittel 9 – Vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen .....	16
Kapittel 10 - Sosiale konsekvenser for sårbare grupper .....	23
Kapittel 11 – Økonomiske og sosiale konsekvenser av covid-19-pandemien .....	25
Videre arbeid .....	26
Vedlegg.....	27

## Innledning

Folkehelseinstituttet (FHI) takker for invitasjonen til å avgi høringsuttalelse til Koronakommisjonens rapport fra 26. april 2022. Rapporten er innholdsrik og velskrevet, og gir en god og detaljert oversikt over pandemiens gang. Kommisjonen beskriver mange læringspunkter som er relevante for det videre beredskapsarbeidet både nasjonalt og i Folkehelseinstituttet.

Vi har valgt å bruke rapportens kapitler som grunnlag for høringsuttalelsen.

## Kapittel 4 – Myndighetenes styring og samhandling

Det er viktig å vurdere myndighetenes styring og samhandling etter en så stor krise som covid-19-pandemien. Det gjør at vi kan lære og være bedre forberedt på både store og små kriser fremover, inkludert eventuelle forverringer i den pågående pandemien. Viktige spørsmål er hvem som gjør hva, hvordan, hvor raskt, om samarbeidet er godt, og hva som er resultatet.

FHI støtter Koronakommisjonen i at myndighetenes styring og samhandling i hovedsak har vært god og at dette sammen med stor innsats, velvilje og samarbeidsevne i hele befolkningen har bidratt til at det har gått forholdsvis bra i Norge.

FHI er samtidig enig med kommisjonen at det er flere læringspunkter, blant annet at det var tidvis for mye detaljer, for høyt tempo, for få grundige vurderinger, for få helhetlige vurderinger, for lite framtidstenkning og uklar rolledeling.

### Beslutningsnivå

FHI mener at mange av beslutningene i håndteringen av covid-19-pandemien må tas på politisk nivå. Det gjelder både overordnede, strategiske beslutninger, men også beslutninger om tiltak med store og sammensatte konsekvenser i bredere deler av samfunnet og krevende avveining mellom ulike hensyn. At beslutninger løftes kan fremme at mer helhetlige, sektorovergrepene vurderinger legges til grunn for beslutningene og bidra til koordinering og kraft i implementering av beslutningene. At beslutninger tas

politisk kan også bidra til større legitimitet og fremme offentlig debatt. Effekten på tempoet i beslutningene kan gå begge veier, avhengig av prosessen for øvrig og hva alternativ beslutningsvei er. Ulempen med at også forholdsvis detaljerte beslutninger ble løftet til politisk nivå er, som kommisjonen fremhever, blant annet at det kan fortrenge tid og oppmerksomhet på mer overordnede, strategiske vurderinger og beslutninger.

FHI mener at regjeringens aktive styring gjennom pandemien i hovedsak har styrket håndteringen. Vi er like fullt enig med kommisjonen at enkelte beslutninger med fordel kunne blitt tatt på lavere nivå, kanskje særlig i perioder med veldig ulik fordeling av smitte i landet. Vår erfaring er også at detaljfokus i regjeringen forplanter seg til større detaljfokus i etater som vår, blant annet gjennom mange, hyppige, spesifikke og til dels fragmenterte og overlappende oppdrag.

Våre erfaringer peker også mot flere læringspunkter i form av mulige løsninger eller kompensere tiltak. Et åpenbart tiltak er å være mer restriktiv med hvilke detaljerte saker som løftes til høyere beslutningsnivå. Et annet er at de på politisk nivå strekker seg lenger for å formulere prinsipper for beslutninger som så kan brukes til å ta beslutninger på lavere nivå. En slik utvikling har vi til dels sett i løpet av pandemien, for eksempel ved innføring av terskelverdier for innreiserestriksjoner, trafikklysmoell i skolen og gjenåpningsplanen.

Det er videre hensiktsmessig å ha tett dialog når oppdrag gis til underliggende etater, slik at oppdraget kan formuleres på en måte som bl.a. fremmer helhetstenkning både hos utredningsetatene og blant beslutningstagerne.

### **Tempo**

En epidemi kan utvikle seg eksponentielt, og det kan i noen tilfeller være avgjørende å handle raskt. Det gjør at tempoet for beslutning og iverksetting av tiltak har måttet være høyt i mange situasjoner i løpet av pandemien. Vi støtter like fullt kommisjonen i at det noen ganger har gått for fort. Ved flere anledninger har FHI fått så kort tid til å gi sin vurdering, at nødvendige analyser og nødvendig kvalitetssikring har vært umulig. Dette opplevde vi blant annet med enkelte oppdrag knyttet til innføring eller justering av innreisetilak.

Grep som kan gjøre dette bedre ved neste krise er større differensiering av hast, mer utstrakt bruk av forhåndsdefinerte prinsipper og sjekklister der det er mulig, bruk av scenarioer (verstefall, mellomscenario og bestefall) og større kapasitet hos bl.a. utredningsinstansene til å utarbeide beslutningsgrunnlag på forhånd, f.eks. når det gjelder effekt og konsekvenser av ulike tiltak. Der beslutninger må tas raskt, kan det ofte være hensiktsmessig å ha med utredningsinstansene inn i møtet med beslutningstagerne, slik bl.a. FHI har deltatt i regjeringskonferanser og møter i regjeringens covid-19-utvalg (RCU).

### **Grundige vurderinger**

Under pandemien har mange beslutninger med store konsekvenser blitt tatt på grunnlag av vurderinger som er mye mindre grundige enn vi normalt krever. Iblant er det flere legitime grunner til det, inkludert tilfeller der det er reelt svært stor hast. FHI mener like fullt at enkelte av vurderingene under pandemien har vært mindre grundige enn hva de burde og hva som hadde vært mulig. Dette handler ikke om å vente på ny sikker kunnskap, men å nøye vurdere situasjonen og den kunnskapen man har. Her gir utredningsinstruksen veiledning, selv under krise og hast.

Vi mener at myndighetene kunne lagt til rette for bedre forskning på tiltak underveis, særlig når man så at det ble langvarige inngripende tiltak.

Fram til neste krise kan vi med fordel utvikle rammeverk, verktøy og metoder for å gjøre grundige vurderinger under krise. Her er det mye som har blitt utviklet og brukt under covid-19-pandemien som kan

utvikles videre. Det gjelder bl.a. utarbeidelse og bruk av raske kunnskapsoppsummeringer, bruk av ulike tiltaksbyrdetabeller, tabeller/rammeverk for å vekte smitteverneffekter opp mot tiltaksbyrde, nytte-kostanalyser som støtte for forholdsmessighetsvurderinger og bruk av eksisterende rammeverk for å støtte overgang fra kunnskap om hva som virker og ikke virker til beslutning om tiltak («evidence-to-decision»-rammeverket). Flere av disse bidrar også til økt åpenhet om beslutningsgrunnlaget. Potensialet i å mobilisere og koble flere ulike fagmiljøer nasjonalt kan også utnyttes bedre, både for å samarbeide om kunnskapsinnhenting og for å fordele oppgaver effektivt i en krise.

### **Helhetlige vurderinger**

Svært mange av beslutningene under covid-19-pandemien har handlet om tiltak med betydelige konsekvenser også utover helse, både for individ og samfunn, og varierte konsekvenser for ulike befolkningsgrupper. Mange av tiltakene har vært inngripende, virket over lang tid og utfordret prinsipper og rettigheter. Kravet om at tiltak skal være forholdsmessige har stått sentralt. Til sammen har dette gjort at behovet for brede, helhetlige vurderinger har vært stort. Slike vurderinger har imidlertid ofte manglet under den pågående pandemien. Ekspertgruppene ledet av Steinar Holden har gjort flere nytte- kostnadsanalyser av strategier og tiltak, og FHI har bl.a. opprettet en egen gruppe for slike analyser, men det har manglet en fast, systematisk tilnærming og det er fortsatt uklart hvilke aktører i Norge som har ansvar for at slike analyser blir gjort. Dette bør avklares snarlig, før neste forverring av covid-19-pandemien eller neste krise. Rammeverk, verktøy og metoder for helhetlige vurderinger bør også utvikles videre.

En pandemi vil alltid vare over tid, til andelen av mottakelige personer er tilstrekkelig liten (etter gjennomgått infeksjon, vaksine) til at smitten gradvis reduseres av seg selv. Det er derfor lite sannsynlig at tiltak vil bli kortvarige, og «krafttak» for eksempel i to uker vil i liten grad løse fremtidige problemer. Det å slå ned hardt for å unngå tiltak senere mener vi at har hatt liten eller begrenset effekt i det litt lengre perspektivet. Vi mener at det er nødvendig å ta høyde for at tiltakene vil vare lenger enn man i utgangspunktet tror og planlegger for.

Vurdering av komplekse tiltak bør være del av kriseøvelser fremover. Bedre nasjonal evne til å gjøre helhetlige vurderinger av smitteverntiltak og folkehelseiltak vil også være av stor verdi mellom kriser.

### **Framtidstenkning**

Kommisjonen kritiserer en rekke aktører for å være for nærsynte og for å tenke for lite på hva som kan skje litt fremover i tid. Noe av utfordringen handler om tidspress og mange detaljerte vurderinger. Det handler trolig også om kultur og om mangelen på systematikk. Vi er enige med kommisjonen i at et læringspunkt er å sikre kapasitet, prosess og kompetanse til å ivareta strategiske vurderinger og fremtidstekning. Det kan derfor være hensiktsmessig å gjennomgå hvordan vi kan sikre tilstrekkelig scenariotekning under krise, inkludert erfaringer fra andre land med bl.a. ulike «foresight»-mekanismer.

### **Ansvarsdeling**

Kommisjonen har kommentert på uklarhet i koordinering av sektoren, vi gjentar vårt innspill til forrige kommisjonsrapport om rolledeling og ansvar, se vedlegg 1.



## Kapittel 5 – Kommunelegers og kommunale smittevernlegers situasjon under pandemien

Vi synes kommisjonen har beskrevet kommunelegenes situasjon godt og støtter i hovedsak kommisjonens vurderinger og anbefalinger.

Vi har på bakgrunn av vår dialog med kommunene og opplevelse av deres situasjon likevel noen kommentarer som utfyller eller nyanserer kommisjonens beskrivelser og vurderinger:

Kommisjonen beskriver (kapittel 5.4, side 88) fastlegenes rolle under pandemien. Den har variert noe mellom kommunene, men det er også vårt inntrykk at fastlegene i nokså liten grad har vært benyttet i det samfunnsmedisinske arbeidet eller i testingen og smittesporingen. Vi savner imidlertid at kommisjonen redegjør for hvorfor det ble slik, og hvorfor det var fornuftig. Slik vi har forstått det så valgte kommunene i stor grad å skjerme fastlegene fra mye av det pandemispesifikke arbeidet. Fastlegene kunne dermed håndtere alle de andre, «vanlige» helseutfordringene som befolkningen hadde. Kommunelegene kunne altså være trygge på at befolkningen fikk forsvarlig helsehjelp også for andre tilstander enn covid-19, fordi fastlegene fortsatte sitt arbeid. Fastlegene bidro på legevaktene (og spesifikke kommunale feberklinikker) som normalt, og i perioder mer enn normalt.

Kommisjonen beskriver (kapittel 5.5, side 91 og 94) hvordan manglende testkapasitet i laboratoriene våren 2020 gjorde det umulig å bremse epidemien noe særlig med testing og smittesporing, og at man derfor måtte velge mer inngripende tiltak. Vi savner her en diskusjon av hvorfor testkapasiteten og smittesporingskapasiteten ikke var bedre til tross for at pandemien var varslet siden iallfall slutten av januar (se nærmere våre kommentarer til kapittel 6), og det var klart at testing for å kunne isolere smittede ville være et hovedtiltak.

Kommisjonen vurderer (kapittel 5.6, side 100) at det er fornuftig at lokale smitteverntiltak vedtas av kommunestyret (eller noen kommunestyret delegerer myndigheten til) og ikke kommunelegen. Det gir, som kommisjonen skriver med henvisning til smittevernloven § 1-5, bedre mulighet for «en bredere vurdering der det også inngår hensyn som ikke er relatert til smittevernet». Vi deler denne oppfatningen.

Kommisjonen beskriver (kapittel 5.7, side 106) Helsedirektoratets rolle overfor kommunene noe annerledes enn smittevernloven § 7-10 gjør. Oppgaven med å «føre tilsyn med forholdene i landet på smittevernområdet og kontrollere at veiledningene og rådene som er gitt, blir overholdt» passer slik vi ser det bedre med Helsetilsynets oppgaver, jf. § 7-10a. Helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Vi savner ellers i dette kapitlet en nærmere drøfting av muligheten for unødvendig dobbeltarbeid i Helsedirektoratet og FHI. For eksempel hadde begge etatene på sine nettsider en «koronaveileder» med delvis overlappende innhold.

Kommisjonen mener (kapittel 5.7, side 106) at rapporteringen fra kommunene til flere etater gjennom flere kanaler snart «ble koordinert gjennom statsforvalterne». Dette stemmer ikke med vårt inntrykk fra kommunene. Selv inn i 2022 var det fortsatt ukentlig dobbeltrapportering av til dels samme informasjon til både DSB (gjennom Helse-CIM) og til Helsedirektoratet (gjennom egen nettside).

Kommisjonen beskriver (kapittel 5.7, side 107) Helsedirektoratets vakttelefon for juridiske spørsmål. Den ble i hovedsak benyttet av kommuner og kommuneleger, men kommisjonen beskriver at de korte åpningstidene var en utfordring. Vi savner her en beskrivelse av omfanget av henvendelser, og deler for øvrig kommisjonens beskrivelse av utfordringen. FHI har opprettholdt vaktordning og hatt veiledningstjenester åpne både dag og kveld, hvor FHIs smittevernekspertene besvarte kommunelegenes faglige spørsmål utover kvelden, men måtte henvise de juridiske tolkningsspørsmålene til Helsedirektoratet neste dag.

Kommisjonen beskriver (kapittel 5.7, side 108) at «det i noen tilfeller har vært uklart for kommunelegene om

direktoratets signaler har vært å anse som råd eller pålegg». Kommuneleger har noen ganger, forklarer Kommisjonen, oppfattet direktoratets hovedsakelig muntlige henvendelser som pålegg eller ordrer. Vårt inntrykk er i tråd med kommisjonens oppfatning om uklarheten i budskap. Vi savner også en juridisk diskusjon om forholdet mellom smittevernloven § 4-1 første ledd og § 7-10 andre ledd. Dersom Helsedirektoratet etter § 7-10 andre ledd kan «bestemme» at en kommune skal utføre et tiltak, kan dette oppfattes som en overstyring av kommunens kompetanse etter § 4-1 første ledd (og § 4-1 andre ledd blir overflødig).

Kommisjonen kritiserer (kapittel 5.8, side 113) at «det måtte en pandemi til» for å få på plass journalsystemer for kommunelegenes arbeid. Vi synes dette poenget kan problematiseres. Kommunelegen har, som kommisjonen forklarer i starten av kapittel 5, normalt ikke oppfølgingsansvar for enkeltpasienter. I normale tider er det derfor ikke noe kommunelegen skal journalføre. (Et mulig unntak er der kommunelegen overtar smittesporing ved for eksempel tuberkulose.) Det var derfor først da pandemien kom, at behovet oppsto. Vi er imidlertid enig med kommisjonen i dens andre påpekning, nemlig at man burde hatt på plass et verktøy for utveksling av informasjon mellom kommuneleger for blant annet å lette smittesporingsarbeidet.

Kommisjonen anbefaler (kapittel 5.8, side 114, 115 og 118) at kommunelegens posisjon ikke svekkes i lovverket, at kommunelegen bør benyttes mer i samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene, og at HOD bør lage en veileder for kommunelegefunksjonen. Vi er enige i dette. Et mulig sterkere virkemiddel for å oppnå dette, kan være at kommunelegenes oppgaver innen andre samfunnsmedisinske områder, som miljørettet helsevern, forebyggende folkehelsearbeid og beredskap, lovfestes etter mønster av smittevernloven § 7-2. Denne paragrafen er, som pandemien har vist, et solid fundament for kommunelegens arbeid. Den fjerner tvil og uklarhet om kommunelegens oppgaver og kan bli et mønster for andre områder.

Kommisjonen bemerker (kapittel 5.8, side 117) at FHI og Helsedirektoratet i noen tilfeller har hatt sprikende råd til kommuner om håndteringen av deres konkrete situasjon. Vi synes også at dette har vært utfordrende. Noe kan løses ved bedre koordinering mellom de to etatene før møter med kommunene. Dette er imidlertid tidkrevende i en presset situasjon. Det vil også være situasjoner der de to etatene vil være uenige om råd til kommunene. En alternativ løsning er å gjennomgå organiseringen og lovverket for å vurdere om det er hensiktsmessig at to etater skal gi råd i samme situasjon. Vi savner ellers en drøfting av i hvilken grad arbeidsfordelingen, som skissert i Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer [Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer - regjeringen.no], tabell 6, ble fulgt og om den var hensiktsmessig. Den skisserte arbeidsdelingen var førende for FHIs arbeid.

### **Kommisjonens rapport mangler informasjon om FHIs arbeid med og for kommunene**

Kommisjonens rapport har manglende informasjon om FHIs arbeid med kommunene. Det kan skyldes at dette ikke fremkommer like tydelig i rapporter og i forbindelse med møter der instituttet har bidratt med kunnskap sammen med andre etater.

Kommisjonen beskriver (kapittel 5.4, side 89 og kapittel 5.7, side 106) hvordan det ble etablert ukentlige møter mellom Helsedirektoratet, DSB og statsforvalterne. FHIs rapport om og vurdering av epidemiens utvikling var gjerne første punkt på dagsorden, og det er ryddig at en såvidt sentral del og deltaker for beslutningstaking i disse møtene synliggjøres. For FHI var det nyttig å høre kommunenes problemstillinger, og flere spørsmål kunne besvares der og da.

Kommisjonen beskriver (kapittel 5.3, side 82) hvordan kommunelegene benytter MSIS og lokale opplysninger for å ha oversikt over smittesituasjonen i kommunen. Her savner vi at kommisjonen beskriver FHIs tjeneste «Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten» som er en dedikert nettside med innlogging for

kommuneleger. Der kan de få detaljert og daglig oppdatert informasjon om smittesituasjonen (og vaksinedekningen) i sin kommune basert på en rekke overvåkingssystemer. Nettsiden var aktiv før pandemien, men ble kraftig utvidet underveis i samarbeid med brukerne. Et skjermbilde av deler av nettsiden for en tilfeldig valgt kommune er vedlagt under (vedlegg 2).

I rapporten er i liten grad smittevern i kommunehelsetjenesten beskrevet. I en situasjonsbeskrivelse utgitt av FHI før pandemien (<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2016/situasjonsbeskrivelse-av-smittevern-i-norge-2018-notat-til-hod.pdf>), ble flere utfordringer rundt smittevern i kommunehelsetjenesten omangefull organisering trukket frem. Flere av disse forholdene har vært utfordrende også under pandemien. Det hadde derfor vært ønskelig at kommisjonen også hadde sett på smittevernutfordringer i sykehjem. Noen eksempler: Flere sykehjem har mangelfull ledelsesforankring av smittevern, noe som bl.a. resulterte i at mange sykehjem ikke hadde oppdaterte infeksjonskontrollprogram før pandemien startet; få sykehjem hadde opprettet smittevernkontakter; det var utfordringer med tilgang til tilstrekkelig beskyttelsesutstyr; det var mangelfull tilgang til smittevernkompetanse: ansvars plassering for smittevern i kommunale helseinstitusjoner er mangelfullt beskrevet mht. operativt smittevern. Utfordringer innen smittevern gjelder også for andre deler av helsetjenesten enn sykehjem.

## Kapittel 6 – Sengekapasitet og intensivberedskap i helseforetakene

Etter Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer -

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/> - deles responsen på en epidemi inn i en *behandlingsøyle* der

arbeidet består i å diagnostisere, behandle og pleie pasientene hos fastleger, legevakter og sykehus, og en *smittevernsøyle* der kommunene skal sørge for at befolkningen er beskyttet mot smitte.

Folkehelseinstituttets rolle som rådgiver er særlig knyttet til smittevernsøylen. Instituttet har vært lite involvert i spørsmålet om sykehusenes kapasitet. Vi vil likevel knytte noen få kommentarer til dette kapittelet.

Kommisjonen beskriver detaljert (kapittel 6.6) hvordan myndighetenes aktivitet for å sikre kapasitet i sykehusene for alvor startet 9. mars 2020. Denne dagen så mange helsepersonell i sykehusene i Helsedirektoratets nettseminar et skremmende innlegg fra lederen for intensivavdelingene i Lombardia-regionen i Italia. 10. mars informerte helseministeren Stortinget om at man kunne skalere opp til 1200- 1400 intensivplasser i sykehusene. 11. mars ba Helsedirektoratet de regionale helseforetakene om å sikre kapasitet for en ventet økning av pasienter. 20. mars fikk OUS en koordinerende funksjon for intensivavdelingene i Helse Sørøst. 25. mars ba helseministeren foretakene i et felles foretaksmøte om å legge konkrete planer for å møte behovet.

Vi mener kommisjonen også kunne ha drøftet hva som skjedde før 9. mars. Folkehelseinstituttet hadde i to risikovurderinger og i legenes tidsskrift advart mot pandemien og pekt på utfordringen med behandling av pasienter med alvorlig sykdom.

- I risikovurderingen 28. januar [<https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/risikovurdering-av-og-respons-pa-2019-ncov-infeksjon-i-norge-28.01.2020.pdf>] skrev vi: «Vi anbefaler at man i det videre starte forberedelser for pandemiscenariet over. Det viktigste arbeidet blir å forberede helsetjenesten på å kunne gi optimal behandling til pasientene med alvorlige sykdomsbilder, og at det kan skje uten smittefare til helsepersonellet og medpasienter.»
- I Tidsskriftet 29. januar [[Koronavirus epidemien vil ramme Norge | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/risikovurdering-av-og-respons-pa-2019-ncov-infeksjon-i-norge-28.01.2020.pdf)] skrev vi: «Vi må regne med at denne epidemien sprer seg til hele verden. Den blir en pandemi, som heller ikke Norge slipper unna. (...) Sykehusene bør nå starte forberedelsene til å kunne ta imot pasienter med alvorlig sykdomsbilde.»

- I risikovurderingen 25. februar [<https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-og-respons-2020-02-25.pdf>] skrev vi: «Basert på vurderingene over om spredning i Norge må helsetjenesten starte forberedelsene til å håndtere mange pasienter med moderat og alvorlig sykdom samtidig som det kan være økt sykefravær blant helsepersonellet. (...) Helsedirektoratet anbefales å starte dialog med de infeksjonsmedisinske og intensivmedisinske miljøene om behandling av alvorlig covid-19, blant annet ECMO-behandling.»

Kommisjonen burde ha vurdert om sykehusene kunne ha vært bedre forberedt – med testing, personell, rom og utstyr – da den første bølgen av pasienter kom i begynnelsen av mars 2020, dersom forberedelsene hadde startet tidligere enn 9. mars.

Vi er klar over at enkelte har tolket FHIs risikovurderinger som at en epidemi i Norge lå lenger fram i tid, jf. kommisjonens første rapport (kapittel 14.6, side 144) der kommisjonen konkluderer: «Både i januar og februar forventet FHI at antallet nye tilfeller ville være «under 100» de kommende seks ukene.» Vi mener en slik tolkning ikke har støtte i risikovurderingen og ikke kan begrunne en forsinkelse av forberedelsene i sykehusene. Setningen i risikovurderingen av 25. februar om de 100 tilfellene «de første seks ukene» er knyttet til et scenario der noen få tilfeller importeres og akkurat er nok til å starte en epidemi i Norge. Det er ikke et utsagn om ethvert scenario og spesielt ikke en situasjon med mange hundre importerte tilfeller over kort tid, slik virkeligheten ble etter vinterferieukene 2020.

Folkehelseinstituttet vurderte 25. februar at risikoen for import *til* Norge er «høy, men den kan forventes å bli svært høy» og risikoen for spredning *i* Norge er «moderat, men den forventes å bli svært høy ved ukontrollert lokal spredning i flere land, særlig i Europa». Vi forsøkte så å illustrere det poenget at noen smittekjeder etter importtilfeller ville stoppe av seg selv, og at ved import av få tilfeller kunne det ta noe tid før epidemien nådde sykehusene: «Ved ett importert tilfelle i Oslo beregner vi sannsynligheten for at det vil være pågående smitteoverføring seks uker seinere til 37 % ved  $R_0 = 1,4$  og 64 % ved  $R_0 = 2,5$ , men antall innenlands smittede tilfeller vil være bare inntil noen titalls. Ved femti importtilfeller (som altså ikke oppdages og isoleres) vil det seks uker seinere være flere hundre smittede tilfeller ved  $R_0 = 1,4$  og flere tusen smittede tilfeller ved  $R_0 = 2,5$ . Disse foreløpige beregningene er basert på usikre data om sentrale forhold ved virusets spredning og må tolkes deretter. Noen få importerte og uoppdagede tilfeller vil kunne være nok til å starte en epidemi i Norge, men antallet nye tilfeller forventes å ligge på under 100 de første seks ukene. Det kan altså ta flere uker før antallet blir så stort at et utbrudd uansett oppdages ved at alvorlige tilfeller dukker opp i sykehusene.» Vi ser dog at vi her som flere ganger senere i pandemien, kunne vært enda tydeligere i vår risikovurdering av 28 februar 2020, mht forskjellen på usikre scenarioer og forventet utvikling.

Kommisjonen formidler (kapittel 6.6) sykehusenes frustrasjon over «mangel på tydelig og presis informasjon fra sentrale myndigheter» og «skiftende retningslinjer fra FHI, Helsedirektoratet og regjeringen» om bruk av smittevernutstyr og smittevern i sykehusene. Vi har forståelse for utfordringen sykehusene sto i. Her hører det med å nevne at det var mye usikker kunnskap om viruset og dets smitteforhold i starten. FHI la stor vekt på å utarbeide våre råd i samarbeid med de regionale helseforetakenes sentre for smittevern i helsetjenesten.

Kommisjonen kommer først i sin oppsummering (kapittel 6.8) inn på et hovedtema, nemlig forholdet mellom intensivkapasiteten og smitteverntiltak i samfunnet. Kommisjonen konkluderer uten videre drøfting at «grunnkapasitet ikke kan ses på som en erstatning for smitteverntiltak», men kan gi «lengre akseptabel responstid før smitteverntiltak må innføres». Vi mener dette temaet hadde fortjent en grundigere drøfting. Her vil vi vise til Holden IV-rapportens kapitler 9 og 10 - [[https://www.regjeringen.no/contentassets/7f1fdef23b72488da28fde24416425e6/20220405\\_holden-iv\\_hovedrapport.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/7f1fdef23b72488da28fde24416425e6/20220405_holden-iv_hovedrapport.pdf)].

Vi synes ellers kommisjonen har beskrevet situasjonen godt og støtter kommisjonens anbefalinger.

## Kapittel 7 – Importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene

FHI støtter overordnet kommisjonens vurderinger om importsmitte, innreiserestriksjoner og innreisekarantene. Det er viktig at det gjøres nytte-kostnadsanalyser for innreisetiltakene og FHI støtter at man bør se på konsekvenser av tiltak, både økonomiske og sosiale. Kunnskapsgrunnlaget om smitteverneffekt er begrenset og bør styrkes. FHI har derfor etablert et senter for forskning på tiltak under pandemier og epidemier (Centre for Epidemic Interventions Research - CEIR). CEIR skal arbeide både med systematiske utprøvinger (RCTer) og andre metoder (blant annet såkalte «kvasiekperimentelle» metoder) basert på registerdata, kohortdata, kliniske data og andre tilgjengelige relevante data. Samtidig er det utfordrende å konkludere rundt effekt av enkelttiltak, fordi tiltakene i stor grad har virket i tiltakspakker, i ulike kombinasjoner, og også samtidig med innenlands tiltak, og evt. tiltak i andre land. Tiltakspakker og innretning har variert over tid.

Effekt av tiltak bør i tillegg ses i lys av gjeldende strategi på ulike tidspunkt. Man vil kunne komme til ulike konklusjoner om effekten er pandemiutvikling og sykehusinnleggelse i Norge, eller effekten på kommunenes kapasitet til håndtering. Ved slå-nedstrategi og full TISK i kommunene kan eksempelvis god etterlevelse av innreisekarantene ha effekt på belastningen på kommunens TISK-ressurser, selv om effekten på sykehuskapasiteten har vært mindre.

I kommisjonens anbefaling om at "*det trengs et kunnskapsgrunnlag om konsekvensene av tiltak for framtidige kriser*" er det angitt at «*myndighetene bør utarbeide bedre statistikk over reiseaktiviteten inn og ut av Norge, hvem som reiser, hvilke land de reiser fra og til osv.*» (s.246). Det er uklart om kommisjonen mener at man alltid bør ha statistikk om reisevirksomhet tilsvarende den som ble generert av innreiseregistreringssystemet (IRRS) mot slutten av pandemien. Det er vanskelig å se for seg at man kan bruke smittevernrelaterte argumenter for å innføre overvåking av enkeltpersoners reiser, tilsvarende IRRS, utenom pandemi, selv om man har sett verdien av å kunne sammenligne reisedata i pandemien med normal reiseaktivitet.

Kommisjonen anbefaler også at myndighetene synliggjør ulike hensyn som inngår i helhets- og forholdsmessighetsvurderingene, og at HOD må utarbeide retningslinjer for rollene Helsedirektoratet og FHI har i forbindelse med beslutninger om smitteverntiltak etter smittevernloven. Kommisjonen anbefaler at det i slike retningslinjer bør framgå i hvilken grad fagetatene skal gjøre vurderinger utover det rent smittevernrelaterte (s 246). FHI mener det er behov for en tydelig plassering av ansvar for å utarbeide mer helhetlige konsekvensvurderinger og forholdsmessighetsvurderinger, spesielt når smitteverntiltak rammer flere ulike sektorer og har vidtrekkende konsekvenser og følgeeffekter i samfunnet. Dette kan vanskelig løses av helsesektoren alene. Det vil være et krevende arbeid, og en gjennomgang og økt omfang av øvelser i fredstid vil bidra til at det kan fungere mer effektivt i kriser.

## Kapittel 8 – Anskaffelse av vaksiner

### 8.1 Innledning

FHI mener at diskusjonen om Norges posisjon på internasjonale arenaer for å skaffe vaksiner til Norge er en viktig diskusjon. Dette handler både om Norges posisjonering i internasjonalt politisk samarbeide, om Norges posisjon som kunnskapsnasjon og Norges evne til å plassere seg i internasjonale topptunge faglige nettverk, og også om Norge burde satse på å være en aktiv deltager i vaksineproduksjon.

Vi oppfatter at kommisjonen er mest opptatt av Norges internasjonale politiske posisjonering gjennom

tilknytning til EU/EØS-samarbeidet. Kommisjonen fremholder at det norske valget om å delta i EUs innkjøpssamarbeid om vaksiner viste seg å være vellykket.

Kommisjonen argumenterer for at Norge gjorde kloke valg ved å knytte seg til EUs innkjøpssamarbeid. FHI er enig i at dette viste seg å være en vellykket satsning. Men vi savner en vurdering av alternativene. Det ville være verdifullt å både peke på at man i en akutt krise tok et valg som viste seg å få et heldig utfall, og samtidig analysere dette valget i en kontekst som er relevant for neste helsekrise eller neste pandemi. Var dette et valg som vi tilfeldigvis lyktes med i denne pandemien, eller vil et slikt samarbeid også være en riktig fremtidig strategi?

Kommisjonen tar i liten grad opp diskusjonen om i hvilken grad Norge var i stand til å posisjonere seg som kunnskapsnasjon i internasjonale topptunge kunnskapsnettverk med relevans for vaksineproduksjon, og i hvilken grad dette påvirket Norges valg. CEPI trekkes frem som den fremste norske satsningen, men kommisjonen trekker ikke inn i vurderingen om det fantes andre relevante norske fagmiljøer og om deres betydning kunne bidratt til at Norge kunne blitt en interessant samarbeidspartner i vaksineutvikling og vaksineproduksjon. Kommisjonen drøfter muligheten for en norsk vaksineproduksjon, men gjør ingen vurdering av hvilke elementer i en slik satsning som ville ha vært viktig, utover de konkrete produksjonsfasilitetene.

FHI mener at kommisjonens analyse av mulighetene for norsk vaksineproduksjon er litt for enkel. Temaet er viktig og fortjener en mer helhetlig og grundig behandling. FHI erfarer fra pandemien at land som Storbritannia og Israel har forskningsmiljøer på vaksinefeltet som gjorde dem attraktive for samarbeid med relevante vaksineprodusenter. Dette er i liten grad diskutert i kommisjonens rapport. Norge er et lite land og har problemer med å mobilisere tilsvarende kompetanse og ekspertise, men det vil absolutt være relevant å diskutere en norsk satsning på dette feltet for fremtidige kriser. FHI mener at utvikling av sterke forskningsmiljøer og forskningsinfrastruktur på relevante fagområder er avgjørende enten Norge velger å satse på vaksineproduksjon eller ikke. Dette bør derfor diskuteres både i en nasjonal kontekst, i en nordisk kontekst og som en mulig satsning i et utvidet internasjonalt nettverk. Det kan hende at EU/EØS-samarbeidet er det riktige nettverket for en slik satsning, men kommisjonens konklusjon er lite underbygget og dette spørsmålet fortjener en grundigere og dypere analyse i oppfølgingen av kommisjonens rapport.

FHI mener altså at diskusjonen om Norges aktive deltagelse i vaksineproduksjon ikke bør foregå uavhengig av punktet over om kompetansemiljøer knyttet til vaksineforskning. Dersom man skal vurdere å etablere egen vaksineproduksjon i Norge, bør dette ses i sammenheng med en satsning innen vaksineforskning. Dette inkluderer også klinisk utprøving av vaksiner og vaksineoppfølging der Norge etter vår mening har fortrinn som ikke utnyttes godt nok i dag.

## **8.2 Utvikling av vaksiner mot covid-19**

FHI mener at kommisjonen beskriver kompleksiteten ved utvikling av vaksiner godt. Utvikling av vaksiner mot covid-19 har fulgt et utviklingstempo verden sjelden har sett maken til. Det er i tillegg utviklet sikre og effektive vaksiner med nye vaksineteknologier (virusvektorvaksiner og mRNA-vaksiner).

## **8.3 Norske myndigheters arbeid for å sikre vaksiner til egen befolkning**

Som kommisjonen peker på, ville FHI som innkjøper av vaksiner ikke vært i en posisjon til å anskaffe vaksiner mot covid-19. I en situasjon der etterspørsel betydelig overstiger behov er det avgjørende å være en del av en større innkjøpsaktør.

I utvikling av vaksiner er det som regel mange kandidater som ikke lykkes. Derfor ville det vært stor risiko knyttet til å satse på en eller få vaksinekandidater. Deltagelse i EUs anskaffelse av covid-19-vaksiner gjennom videresalgavtale med Sverige har etter FHIs mening sikret Norge rask tilgang til vaksinedoser til Norges befolkning.

## 8.4 Sammenligning med andre land

Det var stor usikkerhet knyttet til hvilke kandidater som ville bli sikre og effektive vaksiner mot covid-19. Mange kandidater falt fra i utviklingsløpet. Derfor har Norge og EU-land hatt god og rask tilgang til vaksiner sammenlignet med land som har inngått bilaterale avtaler med vaksineprodusenter. Det er også FHI sin erfaring at vaksineprodusenter prioriterer større innkjøpsorganisasjoner for vaksiner brukt i kriser.

## 8.5 Vaksineproduksjon, beredskap og økt internasjonalt samarbeid

### *Norsk vaksineproduksjon og FHIs rolle*

Kommisjonen har også sett på initiativ for å iverksette ny vaksineproduksjon i Norge. FHI mener at det ikke er realistisk å bli selvforsynt med vaksiner eller legemidler i Norge, da dette er teknologier som utvikles og produseres av globale aktører der det er behov for omfattende teknologisk kompetanse og produksjonskompetanse som Norge ikke har. Det vil likevel være viktig å vurdere mulighetene for at Norge kan delta i deler av produksjonskjeden for enkelte vaksineteknologier, men også se på hvordan man kan bygge opp og benytte seg av sterke forskningsgrupper i Norge som kan bidra til kunnskapsutvikling nasjonalt og internasjonalt. Flere tidligfase-selskaper i Norge arbeider med forskning og utvikling av vaksiner.

FHI forsøkte tidlig å se på muligheten for å etablere et nasjonalt nettverk for å få erfaring og mer kunnskap om enkelte av vaksinekandidatene gjennom deltagelse i kliniske studier. Her hadde Norge enkelte sterke faglige kompetansesentre som kunne delta, men smittesituasjonen og antall meldte tilfeller i Norge var for lavt til at vi ble vurdert til å raskt kunne bidra med å evaluere effekt av vaksinene som var under utvikling i en pågående krise.

FHI mener det er viktig at det fremover arbeides videre med å kartlegge offentlige og private virksomheters ressurser og hvilken fremtidig rolle Norge kan spille knyttet til utvikling, deltagelse i kliniske studier og produksjon av vaksiner i Norge og Norden, og at dette arbeidet følges videre opp.

### *Internasjonalt samarbeid*

EU-etablerte et tettere europeisk helsesamarbeid i løpet av pandemien og har opprettet en ny helseberedskapsorganisasjon, European Health Emergency preparedness and Response Authority (HERA). Viktige oppgaver for HERA fremover er blant annet å støtte medisinsk forskning og utvikling og drive fram en aktiv næringspolitikk med sikte på å bygge produksjonskapasitet og håndtere flaskehalser. I tillegg vil finansieringsmekanismen ESI bli brukt til framtidige innkjøp i krisesituasjoner, for eksempel for vaksiner, som under covid-19-pandemien.

Fordi Norge ikke er medlem i EU var vi ikke en del av HERA eller ESI (finansieringsmekanisme) i den tidlige fasen. Norge har nå mulighet til å søke støtte til forskning og utviklingsmidler i HERA. FHI mener at det vil være viktig å ta del i ESI-samarbeidet, men også sikre klarhet om rollen og muligheten som Norge har i dette fremtidige samarbeidet og i finansiering av vaksiner, legemidler og medisinsk utstyr ved helsetrusler.

HERA arbeider også med å etablere systemer for å raskere kunne oppdage helsetrusler og dele informasjon om disse. Det pågår arbeid for å etablere et nettverk av laboratorier og en IT-plattform for å styrke overvåkingen på dette området, og her bør FHI og Norge delta aktivt fremover.

## 8.6 Konsekvenser av valgene som ble tatt, og kommisjonens anbefalinger

Til tross for Norges manglende tilknytning til EU på helseberedskapsfeltet, har Norge hatt god tilgang til sikre og effektive vaksiner mot covid-19. Men det var ingen selvfølge at Norge ville få tilgang til vaksinedoser. Derfor er sterk tilknytning til EUs helseberedskapsorganisasjon (HERA) viktig.

## Kapittel 9 – Vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen

### 9.1 Innledning

Kommisjonen konkluderer at vaksinasjonsprogrammet sett under ett var vellykket. Kommisjonen diskuterer i tillegg noen enkelt-problemstillinger som er viktige læringspunkter ved en eventuell ny pandemi. FHI mener at dette er viktige diskusjonspunkter, men FHI savner kommisjonens vurdering av de mer overordnede dilemmaene for et vaksinasjonsprogram som skal gjennomføres i en situasjon med underskudd på vaksiner.

Et av de viktigste spørsmålene mener vi blir forholdet mellom hensynet til enkeltindivider og hensynet til samfunnet. Kommisjonen peker på noen forhold der denne konflikten ble et problem: geografisk prioritering av vaksiner, aldersprioritering av vaksiner, prioritering av yrkesgrupper, prioritering av barn og unge etc. FHI mener at det ville være nyttig å belyse hvilken erfaring de relevante forvaltningsinstitusjonene og fagmiljøene i Norge har i å gjøre slike vurderinger, i tillegg til å drøfte i hvilken grad man brakte inn fagmiljø som har erfaring med slike avveininger. FHI etablerte en etikkgruppe med representanter som hadde et blandet perspektiv, men det ville også vært interessant å hente inn erfaringer fra andre land.

Kommisjonen beskriver hvordan noen av disse dilemmaene ble forsøkt håndtert i koronavaksinasjonsprogrammet – uten at kommisjonen egentlig tar stilling til hovedkonklusjonene fra disse vurderingene. FHI opplever at dette preger kommisjonens diskusjoner og anbefalinger videre, på en slik måte at man kan få inntrykk av at kommisjonen velger å se bort fra en overordnet etisk/verdimessig vurdering når den vurderer hvert av de ulike enkelt-temaene som de tar opp til diskusjon. Man kan argumentere for at et systematisk beslutningshierarki kan virke teoretisk og fremmedgjørende, men det hadde styrket kommisjonens rapport dersom man i større grad også hadde diskutert de ulike valgene som ble gjort ut fra noen overordnede etiske prinsipper.

FHI mener at diskusjonen om geografisk prioritering av vaksiner er viktig. Det var også grunnen til at FHI tok opp og diskuterte denne problemstillingen tidlig i pandemien. FHI mener at kommisjonen bringer inn viktige temaer i sin diskusjon. Vi hadde gjerne sett at diskusjonen også hadde inkludert de mer overordnede prinsipielle etiske dilemmaene og at kommisjonen i større grad hadde diskutert forvaltningsinstitusjonenes kompetanse på dette feltet. Dersom epidemien hadde tatt en annen vending med et smitteutbrudd helt andre steder i Norge, ville utfallet av en geografisk vurdering mest sannsynlig blitt annerledes. Det viktige her er ikke å diskutere kommisjonens konklusjon, men snarere å peke på at kommisjonen i liten grad gir anvisninger for hvordan vi skal løse tilsvarende problemer ved en ny pandemi.

FHI mener at også kommisjonens diskusjon av prioritering av andre yrkesgrupper enn helsearbeidere, f.eks. lærere og barnehageansatte, preges av at kommisjonen ikke tar med seg et overordnet prioriteringsprinsipp inn i den debatten kommisjonen legger opp til, ei heller det faktum at grunnlaget for prioritering var at det var for få vaksiner til alle – hvilket nødvendigvis gjør at noen velges og andre dermed velges bort. I en situasjon med mangel på vaksiner, ville en prioritering av ca 250 000 lærere og andre ansatte i skoler og barnehager f.eks. ført til at en frisk 30-årig lærer ville ha fått vaksine før en hjertesyk 65-åring, og dermed i betydelig grad redusert 65-åringens sjanse for å overleve en koronasmitte. Den friske 30-årige læreren ville statistisk sett hatt relativt moderate plager av sykdommen og liten risiko for å dø av den. FHI vil ikke påstå at prioriteringen av den friske 30-årige læreren er feil, men vil peke på at en slik prioritering vil være et brudd på et overordnet prinsipp om at man i en situasjon med vaksinemangel skal prioritere vaksiner basert på helserisiko slik at flest mulig overlever koronasmitte. Og dersom man skulle prioritere den friske 30-årige læreren bør man forklare hvilket overordnet prinsipp som ligger til grunn for en slik prioritering basert på samfunnsoppgave og ikke helserisiko.



Kommisjonen peker på at åpenhet om kunnskap og mangel på kunnskap var viktig. FHI er helt enig i at dette var viktig. Det gjelder både den kunnskapen vi hadde, og den kunnskapen vi søkte om vaksinenes gode effekter. Men det var også viktig å være åpen om bivirkninger som ble observert og bivirkninger som ville bli oppdaget senere. FHI vil også peke på at det er satt svært mange doser med koronavaksiner gjennom pandemien, og det vil bli satt flere. Spørsmålet om hvorvidt mulige bivirkninger av vaksinene er blitt underkommunisert, fra myndigheter og fra medier burde i større grad blitt adressert av kommisjonen. Det er grunn til å tro at det i tiden som kommer vil være mange rapporter om antatte bivirkninger, når en så stor del av befolkningen er vaksinert. En slik sannsynlig utvikling krever stor grad av åpenhet og kommunikasjon om at hensynet til mulige, hittil ukjente bivirkninger, har vært sentrale i anbefalingene som er kommet. FHI synes det er fint at kommisjonen tilsynelatende mener at balansen i kommunikasjonen har vært god. Men med tanke på nye pandemier vil det være viktig med et kritisk blikk på denne delen av vår kommunikasjon.

## **9.2 Historikk - oppfølging og overvåking av vaksinasjonsprogrammet**

Kommisjonen peker på viktigheten av umiddelbar elektronisk registrering av vaksinasjon og oppfølging av vaksinasjonsprogrammet. FHI mener at overvåking av koronavaksinasjonsprogrammet sammen med de andre kontinuerlige overvåkingssystemene som ble benyttet for å overvåke covid-19-pandemien har medført høy tillit hos befolkningen og høy vaksinasjonsdekning.

FHI utarbeidet høsten 2020 en nasjonal plan for vaksinasjon som inkluderte å forberede, gjennomføre og følge opp vaksinasjon mot covid-19. FHI pekte tidlig på at vi ikke hadde kunnskap om hvilke vaksiner som ville nå frem i utviklingsløpet og hvor mange doser som ville være nødvendig. Det ville bli helt sentralt for FHI, Legemiddelverket, kommunene, befolkningen og myndighetene å ha løpende oversikt med oppfølging av sikkerhet/bivirkninger og effekt av vaksinene. .

FHI anbefalte derfor at vaksinasjon mot covid-19 måtte bli meldepliktig til Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, men også at forskriftsfesting av elektronisk meldeplikt og digitale systemer måtte etableres hos alle vaksinatører for å registre vaksinasjon i sanntid. Det vil kunne være behov for raskt å avklare vaksinasjonsstatus for å følge opp mulig vaksinesvikt, identifisere risikogrupper som kunne ha manglende beskyttelse, eller vurdere endringer i koronaviruset slik at vaksinen ikke lengre var virksom eller om det ble behov for endringer i vaksinasjonsregimet.

En plan for håndtering av et potensielt stort antall bivirkningsmeldinger ble også utarbeidet. FHI pekte allerede før vaksinasjonsprogrammet på at en stor del av vaksinasjonsplanen vil være håndtering av

bivirkningsmeldinger og kommunikasjon om bivirkninger og oppfølging av bivirkningssignaler. Løpende oversikt og kontinuerlig oppdatering av kunnskap om mulige bivirkninger ville gi bedre transparens og være viktig for at befolkningen skulle ha tillit til koronavaksinasjonsprogrammet og for å sikre høy vaksinasjonsdekning.

Overvåking av bivirkninger etter vaksinasjon er Legemiddelverkets ansvarsområde, og skjer i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet. En plan for bivirkningsovervåking ble utarbeidet i samarbeid mellom etatene. Planen omfattet også hvordan registerdata kunne benyttes for signaldeteksjon og signalevaluering for bivirkningsovervåking. For å analysere og overvåke data i det nasjonale Bivirkningsregisteret og for å avdekke signaler ble Beredskapsregisteret til FHI benyttet fortløpende ved å koble relevante helseregistre (SYSVAK, KPR, NPR m.fl.). FHI bistod her Legemiddelverket med kunnskap og ressurser til å validere og vurdere mulige signaler.

En av erfaringene med bivirkningsarbeidet er at det tar tid å opparbeide kompetanse og ressurser både til saksbehandling av meldinger om mistenkte bivirkninger, analyse og utredning av bivirkningssignaler. For saksbehandling av bivirkninger ble det derfor etablert et samarbeid med Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) for å raskt kunne håndtere alle alvorlige mistenkte bivirkningsmeldinger.

FHI planla også tidlig at effekt av vaksinasjon på pandemien og overvåking og oppfølging av koronavaksinasjon måtte sees i sammenheng med allerede kontinuerlige systemer som ble benyttet for å overvåke covid-19-pandemien. Delplanen beskrev etablering av et system for å overvåke og analysere effekt av covid-19-vaksinasjon med jevnlig koblinger mellom sentrale smittevernregistre og andre helseregistre ved bruk av Beredskapsregisteret. Dette arbeidet ble koordinert slik at det på best mulig måte kunne samspille med det eksisterende pågående analysearbeid ved FHI, modelleringsarbeidet, analyser fra Beredskapsregisteret samt relevante prosjekter i nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19.

### **9.3 Arbeidet med vaksineprioriteringene**

Etter FHIs syn er kommisjonens fremstilling av arbeidet med vaksineprioriteringene i all hovedsak i samsvar med slik FHI ser det. Noen punkter der vi savner større dybde og nyanse er allerede inkludert i vår omtale under 9.1

En grunnleggende innvending mot kommisjonens omtale av arbeidet med vaksineprioriteringene, er at kommisjonen omtaler i hovedsak bare vaksiner som et virkemiddel på gruppenivå. For vaksiner som for alle legemidler følger det av gjeldende helselovgivning at det må foreligge en indikasjon og vurderinger av en positiv nytte-rikobalanse for den enkelte. De indirekte effektene av vaksinasjon på gruppe/samfunnsnivå er likefullt viktige, men de direkte effektene på den enkelte må ligge til grunn. Dette er blant annet av stor betydning for de omtalte temaene geografisk prioritering og vaksinasjon av barn og unge. Mangelen fra kommisjonens side til å ta dette grunnleggende premisset for all vaksinasjon inn i diskusjonen er gjennomgående i avsnittet, og særlig fraværende når sentrale avveininger og dilemmaer diskuteres.

Kommisjonen omtaler under avsnittet om beslutningsprosessene at FHI hadde en praktisk utøvende rolle i vaksinasjonsarbeidet, som minner om arbeidsmåten som vanligvis ligger til Helsedirektoratet, og at dette var noe det ble enighet om med HOD på bakgrunn av FHIs viktige rolle i influensavaksinasjonsprogrammet i en normalsituasjon. Fra FHI sin side er det viktig å påpeke at i en normalsituasjon har FHI det nasjonale, praktiske ansvaret for både influensa- og barnevaksinasjonsprogrammet og er Norges vaksineinstitutt og står for alt fra innkjøp og distribusjon, til anbefalinger og rådgivning til kommunikasjon. Dette er i hht til Smittevernloven og forskrift om nasjonale vaksinasjonsprogram.

I diskusjonen til kommisjonen legges det relativt stor vekt på at manglende kunnskap om vaksinenes effekt

på smittespredning var sentral i utarbeidingen av prioriteringene. FHI mener at den direkte beskyttende effekten på den enkelte samtidig burde trekkes tydeligere frem. Det er dette som er det viktigste prinsippet i arbeidet med vaksineprioriteringene, og FHI mener at vurderingene rundt geografisk prioritering hadde vært tjent med en balansering av disse forholdene.

Vi er glade for at kommisjonen trekker frem logistikk også når det diskuteres sentrale avveininger for vaksineprioriteringene, men mener at dette kunne blitt enda mer belyst. Det norske koronavaksinasjonsprogrammet har vært en enorm logistisk øvelse, og hensynet til logistikk og informasjonsflyt fra FHI og til de som faktisk gir vaksinen til innbygger er svært krevende. Dette har derfor måttet veie tungt i alt arbeid med justeringer i anbefalinger og prioriteringer. Sagt på en annen måte, endringer må være mulig å implementere.

FHI er ikke enige i at måten helsepersonell ble prioritert i den norske vaksinestrategien er et brudd med internasjonale anbefalinger og eksisterende planverk. Vurderingene fulgte av situasjonen på tidspunktet de ble gjort. Helsepersonell var hele tiden blant de høyest prioriterte grupper, men da avveiningene ble gjort, gitt den svært begrensede og usikre vaksinetilgangen, ble det først vurdert som viktigst å prioritere de aller mest sårbare. Se ellers innledende kommentarer i 9.1. På grunn av økt smittespredning ble helsepersonell prioritert høyt og fikk tilbud om vaksiner fra januar 2021, dvs. kort tid etter at de første vaksinene ble tilgjengelige i Norge.

#### *Vaksinasjonsstrategien – barn og ungdom (fra side 322).*

Kunnskap om at barn og unge bidro mindre til smittespredningen enn voksne blir omtalt med referanser til FHIs rapport fra 3. november 2021 (168). Hovedgrunnen til at barn og ungdom bidro *mer* til smittespredning høsten 2021 var at voksne var vaksinerte, i motsetning til barn og ungdom, og samfunnet var gjenåpnet. Det endrer ikke at man fortsatt anser at uvaksinerte barn og unge smitter i mindre grad enn uvaksinerte voksne. Ref. 167 om at barn og unge smitter i større grad for influensa skyldes også at voksne i større grad er immune pga. tidligere eksponering.

#### *Aldersrekkefølge for vaksinasjon, 16-17-åringer, og sammenligning med Danmark:*

Koronakommisjonen har generelt ikke kommentert vurderingene av behov for vaksine opp mot risiko for bivirkninger. Dette var det viktigste prinsippet for en forsiktig tilnærming til vaksinasjon av barn og unge i Norge.

- o Utgangspunktet for vaksinestrategien for vaksinasjon av yngre voksne i Danmark var å hindre smittespredning (prioritering 3; minimere smittespredning og oppnå epidemisk kontroll), som kan sammenlignes med punkt 5 i den norske vaksinestrategien (gjenåpne samfunnet). I Norge ble i større grad barn og unges individuelle nytte av vaksinasjon vektlagt ift. deres risiko for alvorlig sykdom, som for det store flertallet var svært lav. Selv barn og unge med alvorlig underliggende sykdom har lav risiko for alvorlig covid-sykdom. På grunn av muligheten for at det kunne oppstå bivirkninger, også alvorlige, etter vaksinasjon, skal vaksinasjon av barn og unge ikke kun være nyttig for samfunnet (reduere smittespredning), men også for barna selv.
- o Med erfaringene fra svineinfluensavaksinasjon i 2009 i Norge, der et 100-talls friske barn fikk alvorlig og livsvarig sykdom (narkolepsi) i etterkant av vaksinasjon, var det særlig viktig å legge vekt på at barn og unge ikke skulle vaksineres uten at de selv hadde risiko for alvorlig sykdom av covid-19, da man ikke hadde vaksinert barn og unge i stor grad og derfor manglet kunnskap om sjeldne bivirkninger. Her var også erfaringene fra svineinfluensavaksinasjonen viktig, da disse bivirkningene oppstod hos barn og unge og i svært liten grad hos voksne.
- o Danmark vaksinerte ikke barn og unge mot svineinfluensa i 2009. Danmark har også hatt betydelige mer langvarige skolestengingsperioder for alle elever vinteren 2020/våren 2021 under covid-19-pandemien som Norge unngikk på grunn av tilpassede smitteverntiltak (trafikklysmodellen). Dette er to viktige grunner til at Danmark var mer offensive i sitt vaksinasjonstilbud til barn og unge. De

har hatt et høyt vaksinasjonsopptak i aldersgruppen 12-17 år (dominans av deltasmitte), men lavt i aldersgruppen 5-11 år (overgangen mellom dominans av delta til omikron).

- o Meldinger om myokarditt som særlig oppstod hos unge menn/ungdommer, og særlig etter andre dose, var derfor et viktig argument for å utvise forsiktighet i Norge. Land som var kommet lengre i vaksinasjon av ungdom har ikke hatt de samme mulighetene til bivirkningsoppfølging på befolkningsnivå som vi har i Norden, og det var derfor usikkerhet om grad av risiko for alvorlig bivirkning hos ungdom som selv har lav risiko for alvorlig covid-19-sykdom.
- o Det lange intervallet mellom første og andre dose for ungdom, samt kun bruk av Pfizer-vaksinen som gir lavere risiko for myokarditt enn Moderna-vaksinen, har bidratt til at det har vært svært få tilfeller av myokarditt blant norsk ungdom, færre enn det som meldes fra andre land (7 tilfeller i Norge mot f.eks. 75 tilfeller i Australia der de vaksinerte med 3 ukers intervall, og befolkningen er ca. 5x større enn den norske – data presentert på ESPID 2022). Koronakommisjonen trekker flere ganger frem i sin vurdering at danskene hadde vaksinert alle 12-17-åringene før skolestart høsten 2021, men har ikke kommentert at de norske vurderingene kan ha hatt verdi fordi risiko for alvorlig sykdom var lav (behov for vaksiner liten), risiko for alvorlig bivirkning (myokarditt) var større for ungdom og særlig etter 2. dose, og to doser er nødvendig for å ha god effekt på smittespredningsreduksjon.
- o Koronakommisjonen har skrevet «Sommeren 2021 var til sammenligning *alle* danske 16-åringene tilbudt vaksiner, og fra 14. juli ble også barn i alderen 12–15 tilbudt vaksiner i Danmark.». TISK for skolelever var anbefalt fra FHI i mai 2021 (beskrevet i rapporten kapittel 10 om sårbare grupper/barn og unge), og vaksinasjon i seg selv var ikke den eneste muligheten til å begrense en smittebølge blant barn og ungdom. Men når TISK-strategien ikke fungerte (ref. Astrup m fl 2021, rapport fra 3. november 2021), så ble smittespredning blant uvaksinert ungdom stor.
- o Modellingene som har ligget til grunn for rådene i både Danmark og Norge har vært beheftet med stor usikkerhet. Det er ikke noe som tilsier at noen av de danske modellene, som førte til råd om vaksinasjon av barn og unge, var mer korrekte. I mars 2021 måtte FHI forklare i en forespørsel fra Hdir om svakhetene i en dansk modellering som så på smittespredning blant barn og unge, og som lå til grunn for noen av de danske vaksinasjonsvurderingene.

Kommentarer:

Boks 9.3: Beslutningsprosessene i Danmark. Sviktende sammenligning ettersom FHI og SSI ikke har like roller i vaksinasjonsarbeidet. FHI har roller som i Danmark er fordelt på flere aktører, særlig SSI og Sundhedsstyrelsen.

Boks 9.5: Gir sykdom eller vaksiner flest bivirkninger? Det er viktig her å være oppmerksom på at det ikke nødvendigvis er snakk om samme aldersgrupper som får alvorlig komplikasjoner av sykdom versus vaksiner. For mRNA-vaksinene er det vist at myokarditt er hyppigst hos unge voksne menn/ungdom, og disse får sjelden alvorlige komplikasjoner av infeksjon (som er vanligere hos godt voksne og eldre).

#### 9.4 Gjennomføringen av vaksinasjonen

Kapittelet gir i det store og hele en god oversikt over hvordan gjennomføringen av vaksinasjonen forløp, men det er noen forhold som omtales lite eller som FHI mener er noe feilaktig beskrevet.

Først og fremst er det viet relativt lite plass til selve organiseringen av gjennomføringen av vaksinasjonen, og hvor krevende og sentralt dette var. Utgangspunktet for å velge å la kommunene gjennomføre vaksinasjonen er som det står - at de har denne funksjonen til vanlig i influensa- og barnevaksinasjonsprogrammet. Det er imidlertid ikke nevnt at dette også følger av forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, og siden koronavaksiner er innlemmet i nasjonalt vaksinasjonsprogram ville en

annen organisering antagelig krevd forskriftsendringer. Viktigere er nok nærhetsprinsippet fra helseberedskapslovverket, som sier at de som utfører oppgaven i en normalsituasjon også bør tilstrebe å gjøre dette i krise. Videre var det sentralt i planleggingen å lage et vaksinasjonsprogram som brakte vaksinen dit folk er, fremfor at befolkningen måtte reise til vaksinen. Dette er et godt utgangspunkt for høy dekning i et geografisk sammensatt land. En dansk modell med noen sentraliserte vaksinasjonssentre kunne gitt store negative utslag for vaksinasjonsdekningen i Norge. I tillegg kjenner kommunene sine innbyggere best, og i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram gis kommunene ansvaret, med stor grad av råderett for hvordan de skal tilby sine innbyggere vaksiner i program.

En slik organisering med 356 kommuner som vaksinatører (og med flere vaksinesentre i de store kommunene) har sine åpenbare utfordringer. De rent logistiske er godt omtalt i kommisjonens rapport, men hvor krevende det er å sikre god og oppdatert informasjon til alle landets vaksinasjonssteder og vaksinatører er lite omtalt. Statsforvalternes vaksinekoordinatorer som ble opprettet spesielt for koronavaksinasjonsprogrammet, har vært et svært viktig bindeledd for FHI og andre sentrale myndigheter til kommunene. FHI har i tillegg til dette hatt omfattende direkte kommunikasjon med kommunene. Blant annet har våre informasjonsbrev (over 50) vært sentrale for å nå ut med oppdatert informasjon.

Under beskrivelsene av vaksinetempoet initialt i programmet omtaler kommisjonen at det ikke ble fortgang i vaksinasjonen slik sentrale myndigheter forventet. Det er nevnt usikkerheter i leveranser, svikt i produksjon og flere utsettelse, men rapporten kunne med fordel nevnt at AstraZeneca hadde kommet med lovnader om store volum tidlig på våren 2021 (over 1 million doser) som ikke ble innfridd. Dette var kanskje den enkelthendelsen som i størst grad forpurret et langt høyere tempo de første månedene. Sett i ettertid og med kjennskap til de svært alvorlige og dødelige bivirkningene AstraZeneca sin vaksine kan gi hos noen, kan vi kanskje være lettet over at vi aldri fikk en slik storstilt AstraZeneca-vaksinasjon.

Det er en del sammenlikninger mellom det norske og det danske vaksinasjonsprogrammet, uten at de store organisatoriske forskjellene nevnt over belyses. En annen ting er omtalen av den norske dekningen som dårligere enn den danske. Det er riktig at dekningen i totalpopulasjonen er lavere enn i Danmark. Dette skyldes i stor grad at vi på faglig grunnlag i Norge har vært mer tilbakeholdne med vaksinasjon av barn. Det er ikke gitt at Danmarks valg er riktigere enn Norges valg på dette området.

FHI er glad for at viktigheten av informasjon om og oppfølging av bivirkninger vies god plass i kapittelet om gjennomføring. Fra FHIs ståsted er dette essensielt. Et grundig arbeid rundt informasjon om, og oppfølging av bivirkninger har stor betydning ikke bare for tilliten for dette vaksinasjonsprogrammet, men for tilliten til vaksinasjon generelt. Vi stiller imidlertid spørsmål ved påstanden i rapporten om god prognose ved vaksineutløst myokarditt. Korttidsprognosen synes god, men det foregår forskning på eventuelle langtidseffekter. Der er resultatet ennå ikke kjent. For den enkelte som rammes er dette ofte også dramatisk, med en ganske lang periode (mange måneder) med betydelig redusert aktivitet.

Vi er også glade for den grundige omtalen av vaksinekommunikasjonen. Dette har vært en svært viktig, men også krevende oppgave, og har involvert mange aktører, fra regjeringene til den enkelte vaksinatør og innbygger. Det er naturlig å omtale kommunikasjon til innvandrerbefolkningen spesielt slik kommisjonen gjør, men vi savner en vurdering av denne delen av kommunikasjonen, i tillegg til en beskrivelse av hva som er gjort og hvorfor.

I kap. 9.4 vil vi påpeke en faktafeil om digitalisering. Det står at «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.» Det var FHI som utviklet og innførte registreringsløsninger for vaksinasjon, mens Direktoratet for e-helse koordinerte forbedringer i kjernejournal. Direktoratet for e-helse og Norsk helsenet (NHN) utviklet løsninger for timebestilling i HelseNorge.

## 9.5 Konsekvenser av vaksinestrategien og gjennomføringen av vaksinasjonen

### *Om å nå hele befolkningen*

I kommisjonsrapporten står det at en må sikre å nå innvandrerbefolkningen bedre. For koronavaksinasjonen ble vaksinasjonsdekningen god i de aller fleste grupper, også i majoriteten av innvandrergруппene. FHI mener det blir feil å fremstille det som om at det er lav eller utilfredsstillende vaksinasjonsdekning blant innvandrere flest. I stor grad handler den lavere dekningen blant innvandrere om lavere dekning hos befolkningsgrupper med opprinnelse i Øst-Europa.

Det er usikkert om den lavere dekningen skyldes at budskapet ikke har nådd frem, eller om det skyldes andre faktorer som lav tillit til helsemyndigheter, skeptiske holdninger til vaksine og vaksinasjon og/eller lavere tilgjengelighet (fysisk og kunnskapsmessig) til vaksinasjonstilbud.

Det er også en kjensgjerning at myter og konspirasjonsteorier om vaksiner har langt større fotfeste i en del andre land enn Norge og at det derfor må jobbes langsiktig med holdninger og tillit til myndighetene i Norge i en del grupper i befolkningen. Det ble laget en rekke informasjonskampanjer og materiell på mange språk. Kommunene ble oppfordret til å ta direkte kontakt og oppsøke arbeidsplasser. Flere kommuner meldte imidlertid som hovedårsak for lavere dekning blant personer fra Øst-Europa at de ikke fikk tak i dem, og var usikre på eller uenige i at de oppholdt seg i kommunen. Det er usikkert hvor stor denne utfordringen har vært. Det må i tillegg tas med i betraktningen at selv om det ble mulig å etterregistrere vaksiner tatt i utlandet så var insentivene for å gjøre det ikke til stede, både fordi enkelte kommuner ikke hadde en gratis tjeneste og fordi koronapasset de aktuelle personene allerede hadde fungerte internasjonalt.

Det kan være at innsatsen mot den delen av innvandrerbefolkningen som har lavere vaksinasjonsdekning bør inkludere å skaffe økt kunnskap om hva som er drivere for og barrierer mot vaksinasjon, å bygge tillit til helsemyndigheter og muligens også forbedre systemer for å få enda bedre informasjon om hvem som oppholder seg i landet. Arbeidet som er utført under pandemien med dialoggrupper bør opprettholdes og kartlegging bør styrkes for å få økt kunnskap. Det er behov for mer systematisk forskning på holdninger til vaksiner og hva som påvirker valg om å benytte seg av vaksinetilbudet eller ei.

**Organiseringen.** Kommisjonen beskriver (kapittel 9.2, side 293 og 9.3, side 295-7 og 9.5, side 341) betydningen av «Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer» [Handlingsplan for et bedre smittevern - med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019–2023 \(regjeringen.no\)](#) i grunnlaget for organisering av koronavaksinasjon i Norge. Vi synes det her bør nevnes at denne planen i kapittel 5.10 og tabell 7 gir en detaljert beskrivelse av arbeidsfordelingen på vaksinasjonsområdet. Fra FHIs side var denne planen samt smittevernloven med tilhørende «Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram» utgangspunktet for våre innspill til HOD om organisering av koronavaksinasjon i Norge. Man fulgte altså ansvars- og likhetsprinsippet: FHI som til daglig sørger for gjennomføringen av de nasjonale vaksinasjonsprogrammene sammen med kommunene (og helseforetakene), fikk derfor oppgaven også med å lede koronavaksinasjonsprogrammet. Vi mener dette var en styrke som bør understrekes. Beredskapsprinsippene virket.

I boks 9.3 beskrives at Helsedirektoratet utarbeidet «rutiner og prosedyrer for vaksinasjon». Det er ikke korrekt. FHI utarbeidet disse rutinene.

**Smitteforebyggende effekt.** Kommisjonen beskriver flere steder (for eksempel kapittel 9.3 side 301) at FHI mente at «vaksinene ikke hadde smittereduserende effekt». Det mener vi er en feil tolkning av hva FHI har ment og sagt. Det riktige er at FHI mente at det ikke fantes faglig grunnlag for å fastslå om det var en slik effekt, altså om vaksinerte kunne bli smittet og smitte videre. FHI mente derfor innledningsvis at det riktige inntil videre var å ikke legge vekt på en slik effekt. Dette hadde praktisk betydning i rådgivningen til

vaksinerte. De måtte inntil mer kunnskap forelå, oppføre seg på samme måte som uvaksinerte. Utover våren 2021 kom så optimistiske resultater fra Israel som kunne tyde på at de vaksinerte var godt beskyttet mot å bli smittet, og at storstilt vaksinasjon derfor bidro til å beskytte også uvaksinerte aldersgrupper.

Denne optimismen snudde imidlertid i løpet av sommeren 2021 da det ble klart at beskyttelse mot å bli smittet og eventuelt smitte videre var kortvarig. Dermed var det klart at FHIs avventende holdning ved starten av vaksinasjonsprogrammet, hadde vært fornuftig. Kommisjonen ser imidlertid ut til å mene at man hele tiden burde ha handlet som om vaksinasjon hemmet smittespredningen.

**Koronasertifikat.** Kommisjonen kommenterer kort (kapittel 9.5 side 346) internasjonal og nasjonal bruk av koronasertifikat/koronapass og legger vekt på at temaet var omdiskutert. Her savner vi en nærmere beskrivelse og drøfting fra kommisjonens side. Det er riktig at ordningen «reiser viktige problemstillinger knyttet til personvern», men diskusjonen bør også dreie seg om smitteverneffekt, ressursbruk, strategi og ulemper. FHI har hele tiden sørget for drift og forvaltning av en omfattende og komplisert digital løsning, og et tilbud til ikke-digitale, som gjør at koronasertifikatet kan benyttes for våre innbyggere, men vi har samtidig uttrykt betenkeligheter med bruken. Vi savner kommisjonens vurderinger av denne debatten.

## Kapittel 10 - Sosiale konsekvenser for sårbare grupper

### 10.1 Barn og unge

Til neste pandemi må ny, tilgjengelig kunnskap i større grad legges til grunn slik at barn og unge kan skjermes i den grad det er mulig. Vi manglet kunnskap som grunnlag for tiltak i starten av denne pandemien. Etter hvert ble det opparbeidet mer kunnskap om tiltakenes effekt, både internasjonalt og med norske data. FHI brukte tilgjengelig kunnskap i relevante oppdragsbesvarelser for å tilpasse smitteverntiltakene som omfattet barn og unge. FHIs analyser viste at smittespredning i skolene var beskjeden, men dette var kunnskap som det ofte var vanskelig å nå frem med og som ofte ikke ble vektlagt i de endelige beslutningsprosessene. I flere tilfeller var resultatet økt bruk av rødt nivå og digital undervisning.

Det er viktig at det gjøres nytte-kostnadsanalyser av tiltakene og FHI støtter at man bør se på konsekvenser av tiltak i skoler og barnehager, både læringsmessige og sosiale. Slike analyser må også ta inn at tiltak som rammer i skoler og barnehager, kommer i tillegg til tiltak som rammer dem samtidig på andre arenaer (fritid, sosialt, foreldres arbeid, osv.). Kunnskapsgrunnlaget om smitteverneffekt av ulike tiltak er begrenset og bør styrkes, samtidig som kunnskap som fremkommer underveis i større grad må tas inn i vurderinger av tiltak. FHI støtter kommisjonens anbefaling om behov for mer forskningsbasert kunnskap om effekt av smitteverntiltak, både mht. smittevern, læring og psykososiale konsekvenser. Dette krever bl.a. at det tilrettelegges for å gjennomføre studier der man sammenligner effekt. Vi ønsket å sammenligne ulike tiltaksnivåer i trafikklysmodellen og ulike TISK-regimer, men det lot seg ikke gjennomføre, både fordi lovverket til dels ikke var tilrettelagt for det og fordi det manglet politisk vilje. Vurdering av langsiktige konsekvenser og årsaksforhold vil være krevende, men det er vesentlig at dette følges opp på best mulig måte.

FHI støtter kommisjonens anbefaling og understreker betydningen av at kunnskapen som finnes hos statsforvalterne og Udir, systematiseres og at data tilrettelegges for forskningsformål.

Barn og unges rett til skole er lovfestet i grunnloven. Begrensning av skolegang i form av digital undervisning, forkortede skoledager eller i ytterste konsekvens stenging, er svært inngripende og det må være en høy terskel og svært god begrunnelse for å innføre slike tiltak. Begrensninger på fysisk skoleundervisning har negative konsekvenser utover selve skolegangen ettersom skolene er sentrale samhandlingsarenaer for elevene, for lærere og for andre hjelpeinstanser. Dette gjelder også barnehagene. FHI mener at man bør

diskutere om ikke begrensninger i barnehage- og skolegang i utgangspunktet kun bør være aktuelt for sykdommer som rammer barn ved å gå utover deres egen helse og være beviselig skadelig for barn, altså være begrunnet utfra sykdomsbyrde hos barn. Mer sykkelighet blant voksne bør normalt ikke gå utover barns rettigheter. På samme måte anser vi det som vanskelig å begrunne det å holde barn hjemme med at det bidrar til mindre mobilitet blant foreldrene.

FHI støtter kommisjonens anbefaling om at staten er mest mulig enhetlig i kommunikasjonen med kommunene og gir klare og entydige prioriteringer. Dette fungerte ikke alltid når det gjaldt barn og unge. Det kom motstridende budskap fra Helsedirektoratet og FHI om barns betydning for smittespredningen, og om hvor mye smitte som egentlig skjedde i skolene. Det er bra med åpenhet rundt faglig tvil og uenighet, men når strategien er lagt, bør helsemyndighetene samlet bidra til tydelige råd til de som skal implementere dem. Hvis man mener at skolene skal holdes åpne, og at det er forsvarlig å gå på jobb der og sende barna sine dit, må kommunikasjonen fra sentrale myndigheter reflektere dette. FHI har jobbet systematisk for å utvikle tilpasset smittevern slik at barn og unge kunne skjermes så godt som mulig. Et godt samarbeid med Udir, Hdir og Bufdir har vært essensielt for å utvikle smittevern som var praktisk gjennomførbart og med så stor tilstedeværelse som mulig.

Tiltakene rettet mot studenter ble mye mer omfattende og langvarig enn hva vår forståelse av intensjonen var. Rapporten fra ekspertgruppen som kom 23. nov 2020, som kommisjonen har vist til, knesatte bl.a. prinsipper om at alle studenter skulle ha en form for fysisk undervisning ukentlig og tilgang til lærestedet ukentlig. Dette ble for mange studenter ikke oppfylt. Det så ikke ut til at rapporten ble fulgt opp i praksis.. Ved innføring av tiltak må det etter FHIs mening tas høyde for at tiltakene varer lengre enn man tror, slik at mulige konsekvenser og behov for kompenserende tiltak tas med i vurderingene. En uke eller litt forlenget ferie fremstår uskyldig, men når det summeres opp, kan det bli mye fravær og mye uforutsigbarhet i barn og unges hverdag, i tillegg til skolegang som går tapt pga. karantene. For barn og unge vil dette utgjøre en betydelig del av livet deres. I en ny pandemi må man i vurderingene ta høyde for at råd og tiltak kan bli langvarige.

### **Kap 10.3 innvandrere i Norge under pandemien**

FHI støtter kommisjonens overordnede vurdering. Kommisjonen har viet mye oppmerksomhet til utviklingen av kunnskapsgrunnlaget om smitte og innleggelse i innvandrerbefolkningen. FHIs vurdering er at dette er sentralt. En infrastruktur og registerkoblinger som muliggjør gode analyser av forholdet mellom smitteforekomst, sosial ulikhet, geografi, innvandrerbakgrunn med mer, bør stå sentralt i fremtidens smittevernberedskap. En bedre forsknings- og utredningsinfrastruktur er også en forutsetning for å lykkes med kommisjonens øvrige anbefalinger på feltet. Bedre kunnskap om pandemiens utvikling i ulike grupper vil styrke de statlige myndighetenes og kommunenes mulighet til å drive mer målrettede tiltak med færre negative bivirkninger.

FHI støtter anbefalingen om å “styrke sektormyndighetenes minoritetskompetanse”, men ønsker å fremheve at god forskning og utredning er en forutsetning for et slikt arbeid. Hvordan innvandring, integrering, helse, helsetjenestebruk og sosiale forhold spiller sammen er kompliserte mekanismer der vi trenger mer og bedre forskning for å kunne avdekke holdninger, tillit, evne og tilgjengelighetsfaktorer og dermed anbefale effektive tiltak..

FHI støtter anbefalingene om å styrke kommunenes kompetanse i å kommunisere ut til alle innbyggere. Det er i denne sammenheng viktig å påpeke at et slikt arbeid handler om langt mer enn oversettelser av skriftlig informasjon. En forutsetning for at kommunene skal kunne gjøre et godt arbeid på dette området er at kommisjonens neste anbefaling følges, nemlig 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.”

Erfaringen fra pandemien peker på flere viktige forbedringer som bør gjøres. punktene er hentet fra Folkehelse rapporten 2021:

- 1) Innvandrere bedre representert i helseundersøkelser. Innvandrergupper er dårlig representert i mange av spørreundersøkelsene som har blitt gjennomført under pandemien. Det er en viktig årsak til at det tok tid å få kunnskap, og en viktig begrensning på kunnskap om helse og helsetjenestebruk blant innvandrere mer generelt.
- 2) Styrke tilgangen til helsedata i sanntid. Enkel tilgang til registerdata er et av de mest kraftfulle verktøyene i pandemihåndteringen. Det har vært avgjørende for håndteringen å kunne gjøre analyser av registerdata fortløpende, men infrastrukturen kom sent på plass. En viktig del av pandemiberedskapen og oppfølgingen fremover er å sikre god infrastruktur for registeranalyser, og å planlegge for tett og godt samarbeid mellom forskere, analytikere og praktikere innen smittevern og migrasjonshelse.
- 3) Samle erfaringer fra pasienter og helsepersonell. Å snakke direkte med utvalg av representanter for innvandrergupper har vært en viktig kunnskapskilde under pandemien, i tillegg til spørreundersøkelser og andre kilder. I kjølvannet av pandemien kan det være nyttig erfaringskunnskap å innhente også fra helsepersonell, pasienter og andre brukere av tjenester. Dette bør gjøres på en systematisk måte gjennom bruk av gode vitenskapelige metoder for kvalitativt intervjuarbeid.

## Kapittel 11 – Økonomiske og sosiale konsekvenser av covid-19-pandemien

Pandemien er drevet fram av et virus, men konsekvensene av både epidemien og tiltakene for å håndtere den går langt utover helse og helsesektoren. Kommisjonen beskriver dette på en god måte og viser hvordan konsekvensene er ulike for ulike sektorer og for ulike grupper i samfunnet.

FHI vil understreke at kunnskap om disse konsekvensene er viktig for flere formål. Vi trenger kunnskapen etter en krise for å vite hvor vi må sette inn kompenserende tiltak mot vedvarende negative konsekvenser og forsterket ulikhet. Vi trenger kunnskapen for å forberede oss til neste bølge eller neste krise og vite hva som kan være konsekvensene, og hva vi må være spesielt oppmerksomme på. Og vi må lære hvordan vi best følger slike konsekvenser *underveis* i pandemien og tar det med i vår løpende vurdering av tiltak. Kunnskap om konsekvensene i ulike sektorer og for ulike befolkningsgrupper er avgjørende for å gjøre grundige, helhetlige vurderinger av strategier og tiltak og for gode forholdsmessighetsvurderinger.

Kommisjonen tar også opp tillit. FHI mener det har vært avgjørende i Norges håndtering av pandemien så langt. Samtidig er det viktig å huske at tillit kan svekkes, både raskt og gradvis over tid. Befolkningens tillit til myndighetene, til vitenskapen og til hverandre var høy på vei inn i pandemien, og vi opplever at alle aktører har tilstrebet å forvalte denne tilliten på en god måte under pandemien og i stor grad klart det. FHI tror en viktig del av dette har vært at vi Norge har tilstrebet en mest mulig forskningsbasert håndtering og at vi har vært tydelige om styrken i kunnskapsgrunnlag for beslutninger, og om usikkerheten og faglige diskusjoner og uenighet. Pandemien har avdekket en rekke områder der Norge bør styrke sitt kunnskapsystem for helsekriser. Det er viktig at utvikling av Norges kunnskapsberedskap- og respons ikke venter til neste krise, men gjøres nå og på en måte som også styrker kunnskapen mellom kriser.

## Videre arbeid

Oppsummert mener FHI at

- Fram til neste krise kan vi med fordel utvikle rammeverk, verktøy og metoder for å gjøre grundige og helhetlige vurderinger under krise.
- Det er behov for en tydelig plassering av ansvar for å utarbeide mer helhetlige konsekvensvurderinger og forholdsmessighetsvurderinger, når smitteverntiltak rammer flere ulike sektorer og har vidtrekkende konsekvenser og følgeeffekter i samfunnet. Dette kan vanskelig løses av helsesektoren alene.
- Koronakommisjonens to rapporter viser at det er grunnlag for videre klargjøring av Helsedirektoratets og FHIs roller, og eventuelle endringer i lover, forskrifter og planverk som ligger til grunn for fordelingen av roller og oppgaver.
- Kommunelegenes oppgaver innen andre samfunnsmedisinske områder, som miljørettet helsevern, forebyggende folkehelsearbeid og beredskap, bør lovfestes etter mønster av smittevernloven § 7-2.
- Til neste pandemi bør ny, tilgjengelig kunnskap i større grad legges til grunn slik at barn og unge kan skjermes i den grad det er mulig.
- Kunnskapen som finnes hos statsforvalterne og Udir om covid-19-pandemien må systematiseres og tilrettelegges for forskningsformål.
- En infrastruktur og registerkoblinger som muliggjør gode analyser av forholdet mellom smitteforekomst, sosiale ulikhet, geografi, innvandrerbakgrunn med mer bør stå sentralt i fremtidens smittevernberedskap.
- Det er viktig at utvikling av Norges kunnskapsberedskap- og respons ikke venter til neste krise, men gjøres nå og på en måte som også styrker kunnskapen mellom kriser.
- Norge bør styrke forskningen og infrastrukturen innen infeksjonsepidemiologi, immunologi og vaksine. Dette er avgjørende for å delta i relevante internasjonale nettverk og kunne påvirke det internasjonale arbeidet med beredskap, krisehåndtering og utvikling av legemidler og vaksiner mot fremtidige epidemier og pandemier.

Oslo, 23. august 2022

Camilla Stoltenberg  
Direktør

### Vedlegg 1. Utdrag fra FHIs høringsvar forrige koronakommisjonsrapport

#### Kapittel 19 -Myndighetenes styring og samhandling under krisen

Kommisjonens rapport beskriver svakheter og styrker ved organisering og rolleforståelse blant de underliggende etatene –og departementene i mellom - på en måte som FHI kjenner seg igjen i. Samarbeidet mellom Helsedirektoratet og FHI har vært tett, godt, hektisk, og til dels komplisert. Samarbeidet er godt beskrevet i kommisjonens rapport. Det har vært et klart behov for å avklare rollene underveis.

I kriser kan Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) delegerer til Helsedirektoratet å koordinere underliggende etater. En slik løsning er særegen for helsesektoren, så vidt vi vet. Ordningen innebærer at rollene Helsedirektoratet og FHI får tildelt i kriser er annerledes enn de etatene har til vanlig. Den kan etter FHIs mening være i strid med beredskapsprinsippene om nærhet, likhet og ansvar, men kan samtidig være i tråd med prinsippet om samvirke. Ordningen fortjener derfor en grundig drøfting av fordeler og ulemper.

FHI er enig i kommisjonens konklusjoner om at det er viktig å ha et system for krisehåndtering der det er synlig hva som er faglige råd og hva som er politiske beslutninger. Samtidig har pandemien vist at grensene mellom de faglige og politiske sidene ved en saker uklare, og at det ofte ikke er mulig å skille skarpt mellom dem. Pandemien har også ført til at det er blitt tydelig at Helsedirektoratet og FHI gir råd, og at regjeringen beslutter. FHI mener dette er en riktig rolledeling, men at det også er behov for refleksjon, drøfting og offentlig debatt om hvordan den skal forstås og utøves. Det vil igjen kunne være grunnlag for videre klargjøring av Helsedirektoratets og FHIs roller, og eventuelle endringer i lover, forskrifter og planverk som ligger til grunn for fordelingen av roller og oppgaver.

Kapittelet berører sentrale spørsmål for FHI. Vi har derfor også noen merspesifikke kommentarer til kommisjonens vurdering av myndighetenes styring og samhandling under koronakrisen:

#### Om rollefordeling

Figur 19.1 om organisering av sentral krisehåndtering ved sivile nasjonale kriser, inkluderer ikke FHI. Det er ikke i tråd med ansvarsfordelingen i smittevern loven, slik det også er beskrevet i kapittel 21.3 og i kapittel 19.4.2. i Koronakommisjonens rapport.

I beskrivelsen av FHIs rådgivningsaktivitet i og utenom en pandemi, nevnes rådgivning over telefon og bistand til kommuner med smitteoppsporing og smitteverntiltak. FHI har under pandemien i tillegg publisert og vedlikeholdt en koronaveileder for befolkningen og for helsepersonell, og en egen kommunehåndbok for alle landets kommuner. I tillegg har FHI utarbeidet og publisert en koronavaksinasjonsveileder for helsepersonell. Videre har FHI avholdt en lang serie med webinarer for helsetjenesten. Dette er ikke omtalt.

Kommisjonen mener FHI har gått ut over sin rolle. FHI er enig i at det er behov for ytterligere avklaring av roller, men det er vanskelig å forstå at eksemplene på at FHI skal ha gått utover sin rolle underbygger kommisjonens konklusjon på dette punktet.

Etter vårt syn har FHI fulgt det mandatet som ligger i smittevernloven § 7-9, forskrifter til smittevernloven og nasjonalt planverk. Så sent som i oktober 2019 presiserte regjeringen i MSIS-forskriften § 3-3 at «Folkehelseinstituttet skal samordne tiltak ved utbrudd av smittsomme sykdommer.» Denne forståelsen ble i desember 2019 videreført i Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, jf. særlig de detaljerte oppgavebeskrivelsene på side 31 og 33 og passusen: «I tilfeller hvor flere kommuner er berørt av utbruddet, har Folkehelseinstituttet ansvaret for å lede og koordinere utbruddsoppløringen i samarbeid med de berørte kommunene».

Kommisjonen peker på den ene siden på at FHI har en rådgivningsrolle iht. smittevernlovens §7-9 og 250 ansatte med smittevernkompetanse. På den annen side mener kommisjonen at FHI går ut over sin rolle når instituttet gir et smittevernfaglig råd om antall barn som kan leke sammen (kommisjonens eksempel). Det har ikke vært stilt spørsmål ved denne typen operasjonalisering av råd fra FHI tidligere, men snarere vært en forventning nedfelt i loven, planverket og i kommunenes og statens behov for konkrete råd. For å gi råd må man operasjonalisere og vise hvordan kunnskapsgrunnlaget for et smitteverntiltak kan settes ut i praksis, gjerne med alternativer. Dette er vanlig praksis når FHI gir råd om smitteverntiltak ved ordinære utbrudd og i kriser.

Smittevernlovens § 1-5 beskriver hva et smitteverntiltak skal baseres på slik: «Smitteverntiltak etter loven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering.» Det er rimelig å forvente av et smittevernfaglig råd fra landets smitteverninstitutt, at også gjennomførbarhet i praksis vurderes for at rådene skal ha verdi for beslutningstakerne.

Det står ikke i smittevernloven at det å vurdere forholdsmessighet av smittevernråd er et ansvar Helsedirektoratet har, og ikke FHI, slik kommisjonen skriver i sin rapport (s 229).

Ettersom Folkehelseinstituttet iht. smittevernlovens rollebeskrivelse i lovens §7-9 skal «...gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak ...» mener FHI det er en rimelig tolkning at FHI også har ansvar for å vurdere forholdsmessigheten av de smitteverntiltak som instituttet gir råd om. Dette utelukker ikke at den myndighet som med hjemmel i smittevernloven vedtar et smitteverntiltak, har ansvar for at kravene i § 1-5 er oppfylt, herunder at tiltaket er forholdsmessig.

Det er fortsatt uklart hvem som har ansvar for å vurdere konsekvensene av smitteverntiltak i ulike sektorer, og behov for kompenserende tiltak. Det krever vurderinger fra flere sektorer, og bør være en del av forholdsmessighetsvurderingene, spesielt ift tiltak som har omfattende konsekvenser i samfunnet. Tydelig ansvars plassering og rask vurdering av kompensatoriske tiltak kan redusere tiltaksbyrden og bør være en del av beredskapen for pandemier.

I brev fra HOD datert 11. desember 2020, som er omtalt i kommisjonens rapport, var det en klargjøring av rollene til de ulike aktørene som er underordnet Helse- og omsorgsdepartementet. Kommisjonen siterer daværende departementsråd Bjørn-Inge Larsen på at dette var etterspurt av de regionale helseforetakene. I intervjuet med Camilla Stoltenberg fremkommer det flere ganger at hun gjentatte ganger har etterlyst en slik klargjøring fra tidlig i pandemien. Dette burde også vært nevnt som grunn for brevet fra HOD i desember, spesielt når kommisjonen selv fremhever i sin oppsummering at de mener det er en rolleblanding mellom FHI og Helsedirektoratet.

FHI støtter kommisjonens vurdering av DSBs behov for et tydeligere mandat, og et nytt blikk på mandatet for Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser (BUB). Disse bør også ses i forhold til hverandre som arenaer for tverrsektoriell samhandling og koordinering.

Vi støtter også kommisjonens anbefaling om å gjennomgå hva det innebærer å koordinere helse- og omsorgssektorens innsats i krisehåndtering. Det er viktig at den som koordinerer innsatsen inntar en tydelig rolle som koordinator, sørger for god koordinering mellom alle aktørene som skal være involvert i ulike saker og prosesser, og legger til rette for samarbeid og sørger for at alle informerer hverandre. En koordinator skal be om rapportering, stille spørsmål og etterlyse informasjon og være en tydelig leder av prosesser. Koordinatoren skal ikke selv ta ansvar for å utføre oppgaver som andre vanligvis utfører eller være ekspert på alt innhold, men støtte andre aktører og bidragsytere, og veilede og organisere og drive prosesser, prosjekter og evt. programmer på tvers av ulike organisasjoner og nivåer. I en pandemi som

griper så sterkt inn i mange sektorer, bør en koordinator ha ansvar for og mulighet for å koordinere på tvers av sektorer og departementer.

## Vedlegg 2 - Skjerm bilde fra Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten

Bergen (kommune i Vestland)

[Slik velger du område](#)

Tabell 1 viser en oversikt over covid-19 med forskjellige indikatorer.

Ukentlig	Daglig	Om datakildene
----------	--------	----------------

Lest ned datagrunnlag

Indikatorer for covid-19	Kilde	Benevning	2022-19	2022-20	2022-21	2022-22	2022-23	2022-24	Totalt
Dato for mandag	Kalender	Dato	2022 05 09	2022 05 16	2022 05 23	2022 05 30	2022 06 06	2022 06 13	
<b>Indikator</b>									
Covid 19 assosierede dødsfall	MSIS/DÅR	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Nye sykehusinnleggelsor (hoved årsak)	NIPaR	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Nye tilfeller	MSIS	Antall	141	112	132	139	110	25	77 779
Nye tilfeller per 14. dag (fullerende)	MSIS	Per 100 000	78 /100k	88 /100k	85 /100k	94 /100k	87 /100k	78 /100k	IK
<b>Vaksineindikator</b>									
Personer vaksinert med 1. dose	SYSVAK	Antall	53	41	31	69	38	7	227 087
Kumulativ andel med 1. dose	SYSVAK	Andel	IK	IK	IK	IK	IK	IK	79,1 %
Personer vaksinert med 2. dose	SYSVAK	Antall	76	72	70	144	88	19	210 266
Kumulativ andel med 2. dose	SYSVAK	Andel	IK	IK	IK	IK	IK	IK	73,3 %
Personer vaksinert med 3. dose (alle)	SYSVAK	Antall	228	229	222	334	225	52	154 676
Kumulativ andel med 3. dose (alle)	SYSVAK	Andel	IK	IK	IK	IK	IK	IK	53,9 %
Totalt antall administrerte doser	SYSVAK	Antall	357	342	323	547	351	78	592 029
<b>Prøveindikator</b>									
Førstegangstestede	MSIS lab	Antall	216	206	241	198	129	18	221 764
Personer testet	MSIS lab	Antall	745	704	823	760	561	70	701 172
Personer testet per 100 000	MSIS lab	Per 100 000	260 /100k	245 /100k	287 /100k	265 /100k	196 /100k	24 /100k	244 370 /100k
Tester	MSIS lab	Antall	797	745	868	797	587	74	783 666
Andel positive blant personer testet	MSIS lab	Andel (%)	18,9 %	15,9 %	16,0 %	18,3 %	19,6 %	35,7 %	11,1 %
Andel positive blant tester	MSIS lab	Andel (%)	17,7 %	15,0 %	15,2 %	17,4 %	18,7 %	33,8 %	9,9 %
<b>Konsultasjonindikator</b>									
R991 covid 19 (mistenkt/sannsynlig)	sKUHR	Antall	22	32	24	7	0	0	157 995
R992 covid 19 (bekreftet)	sKUHR	Antall	183	129	125	74	24	0	68 736
R33 mikrobiologisk/immunologisk prøve	sKUHR	Antall	0	0	0	0	0	0	5
Legekonsultasjoner (R991, R992, R33)	sKUHR	Antall	205	161	149	81	24	0	226 736
Andel legekonsultasjoner	sKUHR	% av alle konsultasjoner	0,8 %	1,0 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %	0,0 %	7,4 %
<b>Symptometer</b>									
Forkjølelse/symptomer	FHI	Andel (%)	4,2 %	3,6 %	5,6 %	6,6 %	IK	IK	IK
Forkjølelse/symptomer KI	FHI	Andel (%)	2,5-6,2	2,1-5,5	3,7-7,8	3,6-10,3	IK	IK	IK
Feber og hoste	FHI	Andel (%)	0,9 %	0,9 %	1,7 %	2,0 %	IK	IK	IK
Feber og hoste KI	FHI	Andel (%)	0,2-1,9	0,2-1,9	0,8-3,1	0,6-4,3	IK	IK	IK
Testet positiv	FHI	Andel (%)	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Testet positiv KI	FHI	Andel (%)	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Positive tester	FHI	Andel (%)	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Positive tester KI	FHI	Andel (%)	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK

Sykdomspulsen, FHI. Data oppdatert 14-06-2022 09:12:55 (MSIS lab, NIPaR), 14-06-2022 07:15:12 (SYSVAK), 14-06-2022 09:12:55 (MSIS), 14-06-2022 02:14:51 (sKUHR), 14-06-2022 09:01:54 (Symptometer).