

Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet til Koronakommisjonens rapport fra 14. april 2021

Innledning

Folkehelseinstituttet (FHI) takker for invitasjonen til å avgi høringsuttalelse til Koronakommisjonens rapport fra 14. april 2021. Det er positivt at det allerede er gjennomført en evaluering og at evalueringsarbeidet skal fortsette i en ny runde. Pandemien er ennå ikke over. Svært mye av håndteringen er forbedret siden våren 2020, og mye skal forbedres fremover. En sluttevaluering vil gi et mer helhetlig bilde.

Innhold

Kapittel 7 - Beredskap for smittevern i kommunene.....	1
Kapittel 8 - Systemer for overvåking og kunnskapsproduksjon.....	1
Kapittel 13 - Internasjonalt samarbeid om overvåking og varsling og pandemiberedskap	2
Kapittel 14 - Forberedelser, nedstenging og strategivalg i første smittebølge	3
Kapittel 16 – Kommunikasjon	3
Kapittel 17 - Testing, isolering, sporing og karantene	4
Kapittel 19 - Myndighetenes styring og samhandling under krisen	4
Kapittel 23 - Statlige smitteverntiltak og regelverksutvikling.....	7
Kapittel 30 - Den kommunale helse- og omsorgstjenesten under pandemien	7
Kapittel 32-34 - Konsekvenser av koronaepidemien	8
Videre arbeid.....	9

Kapittel 7 - Beredskap for smittevern i kommunene

Kommisjonen skriver at det varierer i hvilken grad kommunene hadde oppdatert planverk på smittevern- og pandemiområdet i forkant av koronapandemien, og at det varierer om kommunene i de senere årene har gjennomført øvelser hvor pandemi- og smittevern har vært tema. FHI støtter at oppmerksomhet om dette er viktig for å forbedre beredskapen.

FHI ønsker å bidra til å styrke arbeidet med planverk og øvelser i kommunene når epidemien går over i en roligere fase. Svært mange kommuner har styrket sin kapasitet betydelig gjennom håndteringen av epidemien i Norge, og utviklet stor kompetanse i planverk og håndtering av kriser.

Kapittel 8 - Systemer for overvåking og kunnskapsproduksjon

Folkehelseinstituttets samfunnsoppdrag er å produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester. I arbeidet med smittevern har vi i tillegg et uttrykkelig oppdrag som rådgivere, der rådene skal bygge på kunnskap (smittevernlovens kapittel 7, særlig §7-9 pluss en rekke forskrifter til smittevernloven). Gjennom pandemien har vi vært

spesielt opptatt av å styrke kunnskapsgrunnlaget for håndteringen gjennom bedre overvåking og forskning.

FHI mener kunnskapen som anvendes i en krise i størst mulig grad bør være vitenskapelig, og bygge på systematiske innsamlinger av data og etterprøvbare metoder med høy forskningsmessig kvalitet. Dette krever ytterligere innsats nasjonalt og internasjonalt. Pandemien har avdekket svakheter i kunnskapssystemet, men også ført til ekstraordinære forbedringer. Det er en anledning til å styrke kunnskapssystemet under og etter pandemien som bør benyttes.

Kommisjonen peker på flere viktige deler av systemene for overvåking og kunnskapsproduksjon i Norge. Det gjelder blant annet digitalisering av overvåkningssystemene, elektronisk innmelding av data i sanntid, utvikling av registre for løpende oversikt og analyse, verktøy for smittesporing og informasjonsflyt mellom kommuner og institusjoner på nasjonalt nivå. Vi støtter kommisjonens vurderinger, og de anbefalinger og læringspunkter for de delene av systemene som omtales.

Vi mener lærdommer og tiltak for systemer for overvåking og kunnskapsproduksjon må gå videre enn de punktene kommisjonen fremhever. Det gjelder blant annet ytterligere behov for nasjonal koordinering av kunnskapsproduksjon; tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i Norges samlede fagmiljøer; samle data og sikre tilgang til data; bruke befolkningsundersøkelser; forbedre registre; systematisk utprøving av tiltak; mikrobiologiske analyser; og oppsummering og bruk av relevant kunnskap i beslutninger.

Når det gjelder digitalisering av overvåkningssystemene er det også lærdommer og tiltak utover de kommisjonen fremhever. Vi har vedlagt en kort oversikt.ⁱ

Nasjonale myndigheter bør systematisere lærdommene fra kunnskapsberedskapen og -responsen under pandemien. Styrkingen av de mest akutte manglene må fortsette, samtidig som det utarbeides en helhetlig plan for utvikling av framtidens kunnskapssystem for epidemier. Det systemet bør være godt integrert i det større kunnskapssystemet som støtter håndteringen av andre kriser og som bidrar til å løse utfordringer mellom kriser. Arbeidet med en helhetlig plan bør ikke vente, men starte nå mens krisen pågår.

I regi av Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19 ved FHI er det utviklet en skisse for fremtidens helhetlige kunnskapssystem for epidemier. Skissen beskriver ni komponenter i kunnskapssystemet som bør styrkes og peker på hvordan det kan gjøres. Skissen er vedlagt.

Kapittel 13 - Internasjonalt samarbeid om overvåking og varsling og pandemiberedskap

FHI støtter kommisjonens vurdering av Det internasjonale helsereglementet, og særlig at man raskt bør følge opp anbefalinger og læringspunkter knyttet til at WHO bør få varsler tidligere, og starte kartlegging og sørge for å dele risikovurderinger med andre land.

Det er allerede nedsatt flere kommisjoner og det er skrevet flere rapporter, nasjonalt og internasjonalt om hvordan man kan forhindre en ny pandemi, blant annet fra tre store internasjonale paneler:

- Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR),
<https://theindependentpanel.org/mainreport/>
- Global Preparedness Monitoring Board (GPMB),
https://apps.who.int/gpmb/annual_report.html
- IHR Review Committee, som har gjennomgått funksjonen til Det internasjonale helsereglementet, (IHR), <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>

På samme måte som den norske koronakommisjonen trekker fram at Norge ikke var forberedt, framhever de tre internasjonale panelene at verden ikke var forberedt på koronapandemien og konkluderer med en rekke læringspunkter og anbefalinger. Vi oppfordrer til at dette tas med i det videre arbeidet med å forbedre beredskapen i Norge.

Kapittel 14 - Forberedelser, nedstenging og strategivalg i første smittebølge

Vi ønsker å kommentere Kommisjonens utsagn i rapporten (s. 132) om at det ikke er forklart hvorfor FHI ventet under 100 nye tilfeller de neste seks ukene når modellberegningene indikerte et intervall fra «inntil noen titalls» til flere tusen. Dette beror på en misforståelse av hva vi skrev i den omtalte risikovurderingen. Vårt poeng var at hvis Norge fikk noen få importerte og uoppdagede tilfeller, så ville det kunne være tilstrekkelig til å starte en epidemi i Norge, selv om antallet nye tilfeller i den situasjonen ville forventes å ligge på under 100 de første seks ukene. Dette var altså et eksempel på hva som ville skje dersom vi hadde *noen få* importerte tilfeller. Det som faktisk hendte var imidlertid at Norge i løpet av de to vinterferieukene fikk *mange hundre* – ikke bare noen få – importtilfeller som ikke ble oppdaget. Det ga et helt annet tempo i utvikling av pandemien. Eksempelet vi trakk fram var altså bare en av flere tenkte situasjoner som var dekket av modellen, ikke hva vi mente at var det som mest sannsynlig ville skje. Vi har oppklart dette offentlig ved flere anledninger, og beklager at misforståelsen fortsatt ikke er tilstrekkelig oppklart.

Kapittel 16 – Kommunikasjon

Når det gjelder kommisjonens beskrivelse av informasjon til innvandrergupper, mener vi bildet bør nyanseres. Vi er klar over og enige i at norske myndigheter samlet ikke har lyktes like godt i å nå alle grupper. Både ungdom og en del innvandrergupper har vært utfordrende å nå, og tilpasningen av informasjon til hørselshemmede kom for sent i gang.

Til tross for mye oversatt og tilpasset kommunikasjon ser vi at enveiskommunikasjon kan ha spilt en litt for stor rolle, og at valg av de mest etablerte nettkanalene og norske massemedier, særlig innledningsvis, ikke sikret at vi også skulle nå fram til grupper som ikke benytter disse kanalene.

Utover i pandemien har Helsedirektoratet og FHI lagt større vekt på mediekanaler på ulike språk og større grad av dialog med enkeltmiljøer, men vi ser fortsatt at dette er et område der vi ikke har lyktes så godt som vi burde. Vi jobber videre med dette og forsøker å finne bedre og mer tilpassede kommunikasjonstiltak.

Vi er kjent med at det også i andre nordiske land er og har vært utfordringer med å nå enkelte innvandrergupper. FHI har utvekslet erfaringer om våre kommunikasjonstiltak med kollegaer i andre nordiske land, og opplever at både utfordringene og virkemidlene som har vært i bruk i Norge, og særlig Oslo, og i andre nordiske land er nokså like.

Av de foreslåtte tiltakene knyttet til kommunikasjon, ønsker FHI spesielt å framheve disse to, som vi også mener det er viktig å følge opp:

- Kriseberedskapen bør inneholde planer for hvordan en skal sikre at krisekommunikasjon når ut til definerte grupper i befolkningen.
- Kommuner og kommuneleger bør varsles på forhånd om nye nasjonale tiltak slik at de rekker å forberede seg på å gjennomføre tiltakene.

Kapittel 17 - Testing, isolering, sporing og karantene

FHI er i hovedsak enig i kommisjonens funn, vurderinger og læringspunkter og støtter anbefalingene som kommisjonen kommer med i dette kapittelet.

Vi mener imidlertid at kommisjonen undervurderer betydningen av at testkapasiteten i laboratoriene var begrenset i mars 2020. FHIs risikovurdering fra før epidemien nådde Norge – se versjonen av 25. februar 2020 – la stor vekt på testing, isolering, smitteoppsporing og hjemmekarantene (senere forkortet TISK). Hensikten var å utsette oppstarten av epidemien i landet: «Norge har ennå ingen tilfeller, men det er sannsynlig at vi får import av enkelttilfeller. Dersom slike tilfeller blir oppdaget tidlig og håndtert før de smitter videre, kan en epidemi i Norge utsettes noe. Vi kan altså vinne noe tid som kan benyttes til å skaffe mer kunnskap om sykdommen og forberede helsetjenesten på å måtte behandle de alvorligste tilfellene.»

Som kommisjonen beskriver, måtte FHI gjennom rådgivning om «testkriterier» forsøke å rasjonere testingen slik at den begrensede kapasiteten ble benyttet best mulig. Dermed var det i begynnelsen av mars 2020 ikke mulig å benytte TISK slik FHI hadde foreslått, altså til å holde nede spredningen rundt de første importerte tilfellene. Det var heller ikke mulig å overvåke epidemiens spredning særlig godt; mørketallene ble for store. Vi fikk tilbakemelding fra Helsedirektoratet og helsetjenesten at testkriteriene måtte stramme inn da det ikke var kapasitet hverken til prøvetaking eller analyse, og måtte derfor lage prioriteringskriterier basert på den tilbakemeldingen.

TISK-arbeidet har siden sommeren 2020 vist seg å være helt avgjørende for å holde epidemien under kontroll. TISK gjør det mulig å begrense bruken av omfattende kontaktreducerende tiltak. Hadde større TISK-kapasitet vært på plass ved inngangen til mars 2020, kunne kanskje TISK-arbeid ha bremsset eller stoppet den første bølgen som startet med de hjemkomne vinterferieturistene. Da kunne kanskje de omfattende tiltakene den 12. mars ha vært unngått eller hatt et mindre omfang.

I kap. 17.2.1 siterer kommisjonen fra Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer: «Ved smitte av pandemisk influensa eller andre luftveisagens som smitter lett mellom mennesker, vil oppklaring ofte være underordnet ettersom smitekilden ikke kan fjernes.» Vi mener denne formuleringen i planen ikke er dekkende for betydningen av smittesporing i håndtering av en pandemi, og FHI vil ta initiativ til at denne teksten revideres.

Kapittel 19 - Myndighetenes styring og samhandling under krisen

Kommisjonens rapport beskriver svakheter og styrker ved organisering og rolleforståelse blant de underliggende etatene – og departementene imellom - 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) delegere 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 sak er 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 mer spesifikke 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 smittevernloven, 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 ytterlige 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 utbruddsoppløsningen 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.

Om kommunikasjonsansvar

I gjennomgangen av Justis- og beredskapsdepartementet står det at dette departementet siden de overtok som lederdepartement 13. mars 2020 har hatt «ansvar for mye av kommunikasjonen som ble gitt til omverdenen». Imidlertid har det vært Helsedirektoratet, støttet av FHI, som har initiert og forankret (i BUB) den sektorovergripende kommunikasjonsstrategien som har ligget til grunn for kommunikasjonsarbeidet. Særlig ved innføringen av karantenehotell ønsket Helsedirektoratet og FHI en koordinert innsats fra flere sektorer for informasjon til befolkningen. Siden nyttår har DSB vært vertskap for et ukentlig samhandlingsmøte om kommunikasjon knyttet til koronatiltak.

Om kommunenes deltakelse

Folkehelseinstituttet støtter kommisjonens vurdering av at kommunene var for lite involvert i arbeidet med pandemihåndteringen innledningsvis. Dette gjelder for eksempel både i forberedelser av testkapasitet og formidling av vedtak om tiltak som kommunene skulle ha ansvar for å gjennomføre.

Kapittel 23 - Statlige smitteverntiltak og regelverksutvikling

Folkhelseinstituttet ønsker å knytte noen kommentarer til digital smittesporing. Selv om det rettslige grunnlag for behandling av personopplysninger i den opprinnelige Smittestopp-appen var en forskrift, så var nedlastningen og bruken av applikasjonen frivillig. Det var forskriftens ufravikelige krav. Brukeren fattet egen beslutning om å bli registrert og å bli sporet, og kunne når som helst velge å slette applikasjonen og dermed opplysninger om seg selv.

Koronakommisjonene mener at «regjeringen ikke hadde begrunnet og vurdert løsningene som ble valgt godt nok». På det tidspunktet da Smittestopp ble utviklet (mars 2020) var det imidlertid få land som hadde utviklet en tilsvarende applikasjon og det var ingen gode alternativ til sentral lagring hvor man samtidig ville oppnå god nok kvalitet på data for kontaktsporing. Google/Apple-løsningen som løste problemer med «sovende» telefoner ble først annonsert 10. april, rett før lansering av den opprinnelige Smittestopp.

Om regelverk generelt vil FHI spesielt støtte følgende vurderinger fra kommisjonen:

- Regjeringen burde sørget for grundigere vurderinger opp mot Grunnloven og menneskerettighetene da de benyttet fullmakten i smittevernloven § 7-12.
- Regjeringens særlige fullmakt i smittevernloven § 7-12 har et uklart virkeområde.
- Statlige myndigheter har ikke i tilstrekkelig grad gjennomført høringer når de har besluttet smitteverntiltak.
- Før pandemien fantes det i liten grad relevant veiledning om hvordan fullmaktsbestemmelsene i smittevernloven skulle anvendes og forstås. Myndighetene har under pandemien gjort en stor innsats med å utvikle veiledning, og dette har derfor blitt bedre.

FHI støtter også kommisjonens forslag om at smittevernloven bør revideres, og at revisjonen blant annet bør inkludere:

- tydeliggjøring og begrensning av regjeringens fullmakt i smittevernloven § 7-12. Fullmakten kan for eksempel begrenses ved at den klart definerer hvilke lover eller rettsområder som kan fravikes, og/ eller ved at loven presiserer at bestemte hensyn eller formål skal legges vekt på. Ved en revisjon bør man vurdere om det er grunn til å skille mellom langvarige tiltak og mer hastepregede tiltak med kort virketid. Det bør presiseres i bestemmelsen at høringer som en klar hovedregel skal gjennomføres også ved bruk av fullmakten i § 7-12.
- klargjøring av regjeringens konstitusjonelle ansvar for tiltak etter smittevernloven § 4-1 andre ledd. Bestemmelsen må fortsatt gjøre det mulig å treffe beslutninger raskt når det haster. En revidert bestemmelse må balansere hensynet til rettssikkerhet og demokratisk kontroll på den ene siden, mot behovet for å treffe raske avgjørelser på den andre siden.
- klarere hjemmel for statlige smitteverntiltak for hele eller deler av landet under et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

FHI støtter at det lages tydelig rammeverk for hvordan man kan gjennomføre effektive lov- og forskriftsprosesser som ivaretar hensynet til raske endringer i smittesituasjonen, uten at det går på bekostning av grunnleggende demokratiske hensyn og rettssikkerheten.

Kapittel 30 - Den kommunale helse- og omsorgstjenesten under pandemien

FHI synes vurderingene i dette kapittelet er gode. Det er imidlertid noen vurderinger vi vil kommentere.

I rapporten står det: «Statlige myndigheter har konsentrert seg om spesialisthelsetjenesten gjennom pandemien og i mindre grad greid å se kommunenes behov i helse- og omsorgstjenesten» og «Det kan

se ut som at det enkelte sykehjem selv har måttet finne gode løsninger for pandemihåndteringen, og at det kan være behov for en overordnet plan og mer læring på tvers av institusjoner».

Vi kjenner oss ikke igjen i denne beskrivelsen. Folkehelseinstituttet har hatt omfattende informasjons- og rådgivningsaktiviteter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester under hele pandemien. Norge var et av de første landene som utarbeidet egne smittevernråd til sykehjem. Disse ble publisert på FHIs nettsider som del av koronaveilederen. For å gjøre rådene kjent gjennomførte vi flere webinarer rettet mot ansatte i de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene. Alle webinarene hadde mange tusen deltagere, i tillegg til at mange så dem i etterkant. Det ble også utarbeidet omfattende informasjonsmateriale og undervisningsfilmer om blant annet korrekt bruk av beskyttelsesutstyr, hvordan virus smitter, generelle smitteverntiltak, ulike verktøy for utbruddshåndtering og råd for å forebygge smitte. I tillegg har ansatte ved Folkehelseinstituttet tatt kontakt med kommuneleger som varslet om utbrudd, for å diskutere utbruddshåndtering og tilby annen assistanse.

Folkehelseinstituttet vil fortsette samarbeid med kommunene og andre aktører for å møte utfordringene som er identifisert i rapporten.

Kapittel 32-34 - Konsekvenser av koronaepidemien

Koronakommisjonen har en god og ryddig gjennomgang av konsekvenser av pandemien, og kommisjonens funn og vurderinger er i tråd med FHIs egne vurderinger. Vi merker oss spesielt at kommisjonen legger vekt på at barn og unge bærer en stor byrde under pandemien og konsekvensene kan vise seg å være langvarige for de som er unge i dag. F.eks. er det tenkelig at et dårligere utdanningstilbud under pandemien på sikt vil kunne svekke jobbmulighetene for dem som er unge i dag.

FHI vil følge opp med studier for å undersøke mulige langtidskonsekvenser av pandemien blant barn og unge, inkludert tilknytning til arbeidslivet. Her er det f.eks. mulig å bruke den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) i kombinasjon med registre som utgangspunkt for slike studier.

Kommisjonen foreslår at myndighetene skal utvikle planer for hvordan man skal sikre at sårbare barn og unge blir ivaretatt i framtidige kriser. For FHI vil et viktig kunnskapsgrunnlag for slike planer kunne være forskning på håndtering under den pågående pandemien. Viktige datakilder her vil for eksempel være data fra beredskapsregisteret Beredt C19 og FamileFORSK.

Kommisjonen vektlegger at det er for tidlig å si noe om langtids effektene av covid-19-sykdom og omprioritering i helsetjenesten ifm. pandemien og betydningen for andre sykdommer. Videre nevnes det at vi vet for lite om betydningen av redusert sosial kontakt og endringer i levevaner som mindre fysisk aktivitet. Et annet forhold som framheves er at ulikhet i risiko for smitte, alvorlighet av sykdom og økonomiske og sosiale konsekvenser av pandemien kan forsterke hverandre og gi økte helseforskjeller i befolkningen.

FHI vil tilrettelegge for gode studier for å se på langtidskonsekvenser av smitte og koronasykdom og smitteverntiltak. Det nasjonale kunnskapsprogrammet for covid-19 kan være en ramme for å beskrive hva som gjøres for å skaffe til veie mer kunnskap om konsekvenser på kort og lang sikt

Videre arbeid

Oppsummert mener FHI:

- Koronakommisjonens rapport er et nyttig grunnlag for innledende diskusjoner om myndighetenes håndtering av pandemien i Norge.
- Den neste koronakommisjonens arbeid blir viktig for en helhetlig vurdering av håndteringen i Norge.
- Kommunenes rolle og forholdet mellom sentrale og lokale myndigheter bør få større oppmerksomhet i neste kommisjonsrapport.
- Myndighetenes styring og samhandling i kriser bør kompletteres og gjennomgås også i neste koronakommisjons rapport, inkludert samarbeidet og rollefordelingen blant aktørene under HOD.
- Arbeidet med å forsterke forskning og innovasjon som virkemiddel i beredskap og håndtering av epidemier/pandemier bør følges opp raskt.

Oslo 22. juni 2021

Camilla Stoltenberg

Direktør

Noter

ⁱ Etablering av MSIS laboratedatabasen i mars 2020 har vært sentral for å overvåke covid-19 positive og negative prøvesvar, samt covid-19 relaterte prøvesvar i sanntid gjennom hele pandemien.

- Dette ga mulighet til å gi tilgang til egne prøvesvar fra juli 2020 via helsenorge
- Tilgang til prøvesvar for helsepersonell fra juli 2020 i kjernejournal
- FIKS prøvesvar som ble lansert i november 2020, gir mulighet for oppslag på covid-19 relaterte prøvesvar for kommunelegene via API i smittesporingsløsningen. Per 20.05.2021 er dette kun mulig å bruke i FIKS smittesporing, Remin har varslet forsinkelse for integrasjon, og ukjent status Oslo kommune PasInfo
- FIKS klinikermelding lansert januar 2021, gir mulighet for direkte innsending av klinikermelding for covid-19 fra smittesporingsløsning til MSIS. Per 20.05.2021 kun mulig å bruke for kommuner med Fiks smittesporing, PasInfo fra Oslo sendte første testmelding 20.05.2021, og ukjent status for integrasjon med Remin.
- Videreutvikling av MSIS-labdatabasen og visualisering av data for flere eksterne aktører er viktig for fremtidens overvåking og beredskap, og dette pågår for fullt.
- Behov for å løse behovet kommunelegene har for å ha oversikt (kopi av melding, tilgang til data?). Mangler mulighet til sikker elektronisk dialog/samhandling
- Behov for å løse melding fra kliniker til MSIS for alle andre sykdommer direkte fra EPJ – vil styrke fremtidens beredskap ved pandemi. Pågående konseptvurdering for dette ble stoppet av pandemien og skal tas opp igjen nå
- Krav til elektronisk registrering i SYSVAK innført 4. desember 2020: Elektronisk registrering av vaksinasjoner i SYSVAK er nødvendig for å oppnå formålet med registeret, og er den eneste måten for å få inn tidsriktige opplysninger på. Dette er helt essensielt, både for enkeltindivid og vaksinatører, for smittevernovervåking og beredskap. Krav til elektronisk registrering av vaksiner ble vedtatt i statsråd 4. desember 2020.

-
- Lansering av SYSVAK-nett desember 2020: SYSVAK-nett er en webløsning for å registrere vaksinasjoner, samt søke opp vaksinasjonsstatus for den enkelte. SYSVAK-nett er et alternativ for de helsevirksomheter som ikke har elektronisk pasientjournal med SYSVAK-kommunikasjon.
 - Fra januar kunne helsepersonell se pasientens vaksinasjonsoversikt i sanntid via kjernejournal.
 - Data fra SYSVAK til Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten.
 - Data fra SYSVAK til Beredt C-19
 - Koronavaksinasjonsstatistikkside etablert på fhi.no januar 2021.
 - Lansering av SYSVAK-statistikkbank på fhi.no mars 2021. SYSVAK-statistikkbank gir alle mulighet til å skreddersy sin egen statistikk ved å velge en rekke ulike kombinasjoner av variabler, foreløpig knyttet til koronavaksinasjon.
 - Fiks vaksine lansert mars 2020: FHI og KS har utarbeidet Fiks vaksine (et API på Fiks-plattformen til K) som gjør det mulig for kommunen å hente vaksineinformasjon elektronisk fra SYSVAK. Fiks vaksine er særlig utviklet med tanke på kommuner som har behov for å hente større mengder med informasjon fra SYSVAK. Kommunelege må søke FHI om tilgang til vaksinasjonsdata via Fiks Vaksine.
 - Modernisering av SYSVAK generelt. SYSVAK er ikke modernisert siden 2007/2008...
 - I fremtiden vil et system som kan scanne 2D matrix kode fra vaksineproduktet og koble det med direktepersonidentifiserbare data hos den vaksinerte gi en mer sikker verifisering av hvilken vaksine en person har fått, samt batch-nr som vil være viktig for bivirkningsovervåkning. Dette vil bedre datakvaliteten i vaksinasjonsregisteret. SYSVAK.
 - Mulighet for å koble opplysninger fra et personidentifiserbart legemiddelregister ville ha styrket analysemulighetene og kunnskapen om pandemien