



LOKALT SMITTEVERN I NORGE UNDER KORONAPANDEMIEN

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš
UiT Norges arktiske universitet

Anette Fosse, Anders Svensson, Ingvill Konradsen og Birgit Abelsen

2021



FORORD

Koronapandemien har fungert som et forstørrelsesglass for mange forhold i samfunnet. Da en god del norske kommuner i starten av pandemien valgte å vedta strengere smitteverntiltak enn de nasjonale, skapte det diskusjon mellom lokale, regionale og nasjonale aktører. Debatten bar preg av at sentrum og periferi hadde ulike perspektiver. Man kunne få inntrykk av at nasjonalt nivå ikke hadde tilstrekkelig tiltro til lokale aktørers vurderingsevne, mens lokale aktører uttrykte en viss mistillit til at nasjonale myndigheter forsto utfordringene i distriktene.

I Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/ Boaittoealmediinna našunála guovddáš (BMNG) er vi opptatt av helsetjenestens organisering, med spesielt fokus på distriktperspektivet og samspillet mellom lokalmiljø og regionale og nasjonale instanser. Gjennom å undersøke ulike aktørers erfaringer med prosessene rundt de lokale smittevernvedtakene, vil vi belyse lokale og nasjonale perspektivers betydning for samarbeid og differensiering av smitteverntiltak.

Undertegnede har vært prosjektleder. Professor Birgit Abelsen, seniorrådgiver Ingvill Konradsen og kommuneoverlege/forsker Anders Svensson har vært prosjektmedarbeidere. I tillegg har medisinerstudent Vetle Walnum Vinje deltatt i noen intervjuer og i det innledende analysearbeidet som en del av forberedelsene til sitt masterprosjekt.

Stor takk til alle informantene som bidro med tid, erfaringer og kunnskap om smittevern, beredskap, lokale vedtak og samarbeid på kryss og tvers.

Mo i Rana, 12.04.2021

Anette Fosse
leder for NSDM

INNHold

Sammendrag	1
1 Bakgrunn	5
1.1 Koronapandemien i Norge våren 2020	5
1.2 Nasjonalt senter for distriktsmedisin	6
1.3 Mål	6
2 Om organiseringen av smittevern og beredskap i Norge	7
2.1 Samfunnsmedisin, smittevern og kommuneoverlegen	7
2.2 Beredskap og krisehåndtering i Norge	8
2.3 Smittevern i Norge	10
3 Metoder og data	13
3.1 Design og deltakere	13
3.2 Datainnsamling	13
3.3 Analyse	13
3.4 Etikk	13
4 Resultater	14
4.1 Med lokale vedtak om smitteverntiltak kjøpte mange kommuner seg tid til å sikre utstyr og personell for å beskytte befolkningen	14
4.2 Lokalkunnskap, synlighet og stødige kommuneoverleger skapte tillit og trygghet	16
4.3 Eksisterende roller og strukturer ble tilpasset, og nye nettverk vokste frem for å dele kunnskap og støtte	19
4.4 Uenighet og samarbeid oppsto i spenningen mellom lokale, regionale og nasjonale myndigheter	21
5 Diskusjon	25
5.1 Kommuneoverlegene – nødvendig smittevern faglig og samfunnsmedisinsk breddekunnskap	25
5.2 Statsforvalterens komplekse rolle	26
5.3 Smittevern og beredskap i Norge – lokal forankring er en styrke	28
5.4 Metodediskusjon – styrker og svakheter	30

6 Konklusjon og anbefalinger	31
Referanser	33
Vedlegg	35

SAMMENDRAG

Lokalt smittevern i Norge under koronapandemien

Anette Fosse, Anders Svensson, Ingvill Konradsen og Birgit Abelsen

NSDM-rapport 2021

Denne rapporten handler om prosessen rundt de lokale smittevernvedtakene som ble gjort i mange kommuner i begynnelsen av koronapandemien. Vedtakene ble møtt av kritikk fra nasjonale og regionale myndigheter og deler av næringslivet. Diskusjonene bar blant annet preg av nasjonale og lokale aktørers ulike perspektiver og motsetninger mellom sentrum og periferi.

Smittevern og beredskap i Norge styres av ulike og til dels overlappende lovverk. Mye ansvar er tillagt kommunalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Statsforvalteren og helseforetakene (regionale og lokale) er andre viktige aktører. Rapporten gir en kort oversikt over de ulike aktørenes roller og oppdrag innen beredskap og innen smittevern. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har i denne egeninitierte studien undersøkt ulike aspekter ved valg av lokale smittevernstrategier i distriktskommuner i Norge under koronapandemien, med utgangspunkt i de lokale vedtakene som ble fattet i mars-april 2020. Fokus har vært på kommuneoverlegers rolle, samarbeidet i kommunal kriseledelse og forholdet mellom lokale og nasjonale aktører.

Datamateriale og metoder

Rapporten er basert på data fra en kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer med seks kommunale kriseledelser og individuelle intervjuer med åtte kommuneoverleger, to statsforvaltere og to fylkesleger, samt en person fra hver av de tre nasjonale instansene Helse og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og FHI. Intervjuene ble gjort i perioden mai-august 2020. Kommuner med og uten lokale vedtak om smitteverntiltak og med og uten smitteutbrudd var representert. Til sammen var 10 distriktskommuner inkludert i studien. Både Sør- og Nord-Norge var representert blant kommunene. Også statsforvaltere og fylkesleger var fra ulike deler av landet.

Datamaterialet er analysert med systematisk tekstkondensering, en metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data.

Resultater

Med lokale vedtak om smitteverntiltak kjøpte mange kommuner seg tid til å sikre utstyr og personell for å beskytte befolkningen

Utrygghet overfor en pandemi med ukjent skadepotensiale preget de første ukene i mars-april 2020. Kommuneoverleger og kommunale kriseledelser hadde et mål om å beskytte lokalbefolkningen mot smittespredning for å få på plass utstyr, personell og infrastruktur. Mangelfullt smittevernutstyr, utfordringer med pasienttransport, sårbar personellsituasjon og planlegging av kommunale koronasenger var viktige grunner til at noen kommuner gjorde lokale vedtak om smitteverntiltak som var strengere enn de nasjonale. Både lokale hensyn og ulik vektlegging av paragrafene i smittevernloven hadde betydning for om lokale smittevernvedtak ble gjort eller ikke.

Lokalkunnskap, synlighet og stødige kommuneoverleger skapte tillit og trygghet

Kommuneoverlegene fikk en framtrødende rolle, og deres synlighet og kompetanse skapte tillit og trygghet. Lokalkunnskap og personlig kjennskap var viktige elementer. Mange kommuneoverleger fortalte om nytten av å kunne kombinere faglig kunnskap om smittevern med det å kjenne lokale forhold, hva som rører seg i kommunen, hva folk er opptatt av, hva slags sykdommer som florerer lokalt og regionalt, hvordan man skal kommunisere med helseforetaket, hvordan hjemmesykepleien fungerer, hvilke innleggelsesmuligheter som finnes og hvem man kan spille ball med i ulike situasjoner. Også deltakere i kommunale kriseledelser, beskrev hvordan det å kjenne hverandre og lokale forhold godt gjorde at de hadde evne til å snu seg raskt og finne tilpassede løsninger. Også informanter fra nasjonalt nivå pekte på at den desentraliserte kompetansen, både den smittevern faglige og den samfunnsmedisinske, var en suksessfaktor for den norske pandemihåndteringen. På den annen side uttrykte nasjonale og regionale informanter bekymring for variabel smittevernkompetanse på kommunalt nivå.

Eksisterende roller og strukturer ble tilpasset, og nye nettverk vokste frem for å dele kunnskap og støtte

Etablerte strukturer og møteplasser mellom lokale, regionale og sentrale aktører ble supplert med uformelle nettverk og et fleksibelt kontaktmønster som bidro til kunnskaps- og informasjonsutveksling. Kommuneoverlegene søkte sammen i faglige nettverk interkommunalt og nasjonalt der de utvekslet rutiner, erfaringer og vedtakstekster. Statsforvalternes nettmøter med kommunene ble av de fleste beskrevet som altfor store

og kaotiske til å begynne med, men at de ble mer nyttig etter hvert da statsforvalteren delte dem opp i mindre grupper som stemte med kommuneregionene og lokalsykehusområdene, og at fylkeslegen hadde møter med kommuneoverlegene. Møtene som oppsto mellom fylkesleger, lokale helseforetak og kommuneoverlegene i lokalsykehusets nedslagsfelt ble beskrevet av flere som en ny konstruksjon som var nyttig fordi det ga mulighet til diskusjoner om omdisponering av smittevernustyr og personell og andre felles problemstillinger. På nasjonalt nivå ble det etter hvert etablert en referansegruppe med ni kommuner som ga nasjonale aktører direkte innblikk i kommunal virkelighet.

Uenighet og samarbeid oppsto i spenningen mellom lokale, regionale og nasjonale myndigheter

Spenningen mellom nivåene bidro til både uenighet og samarbeid. Aktører på lokalt nivå opplevde at nasjonale myndigheter ikke forsto situasjonen i distriktene. Flere kommenterte at begrepet 'søringkarantene' var medieskapt, og at det var uheldig at media prøvde å lage en nord-sørkonflikt. Noen var opptatt av at ståsted og perspektiv hadde betydning for myndighetenes reaksjoner. Også det interkommunale samarbeidet ble utfordret. Det kunne skape gnisninger mellom kommuner når det var ulike regler på hver side av kommunegrensen i samme område. Noen kommuner greide likevel å samhandle godt gjennom å drøfte håndteringen av dette på et generelt strategisk overordnet nivå. Flere av våre informanter etterlyste bedre samordning i områder med felles regionalt arbeidsmarked. Statsforvalterne lette etter balanse mellom veiledning og kontroll, og mellom lokalt og nasjonalt perspektiv. Våre informanter synliggjorde hvordan ulike statsforvaltere la vekt på ulike elementer i kontakten med kommunene. Noen opplevde at statsforvalteren i deres fylke hadde mest fokus på tilsyns- og kontrollrollen, mens i andre fylker var det veiledning som sto i fokus. Det var også delte meninger blant våre informanter om statsforvalteren skulle støtte kommunene i de lokale vedtakene eller være statens talsperson. Flere etterlyste at statsforvalteren kunne bidra til koordinering og samhandling.

Konklusjon og anbefalinger

Studien viser at den norske modellen med sterk lokal forankring av smittevern og beredskap og kommuneoverleger med smittevern faglig og samfunnsmedisinsk kompetanse kombinert med lokalkunnskap er viktig for å sikre forankring og tillit når inngripende smitteverntiltak bestemmes og iverksettes. Norge har langt på vei et rammeverk som legger til rette for lokal forankring av krisearbeid og smittevern. Likevel peker våre funn på svakheter ved eksisterende systemer, spesielt når det gjelder

dimensjonering av kommuneoverlegefunksjonen, statsforvalterens komplekse mellomposisjon og samspillet mellom lokale og nasjonale myndigheter. Den norske modellen må videreutvikles og styrkes på bakgrunn av lærdommene fra koronapandemien.

Vi vil gi følgende anbefalinger basert på våre funn:

- Styrking av kommuneoverlegefunksjonen gjennom større stillinger og tilrettelegging for at kommuneoverlegene er spesialister eller under spesialisering i samfunnsmedisin.
- Statsforvalterens rolle innenfor smittevern og beredskap bør drøftes og tydeliggjøres.
- Møteplassene som ble etablert mellom lokalsykehusene, kommunene i nedslagsfeltet og fylkeslegen er en viktig erfaring å ta med i dannelsen av helsefellesskapene.
- Den norske beredskapsmodellen med desentralisert smittevern står sterkt! Rammeverket bør videreutvikles for å sikre forutsigbarhet og avklarte ansvarsforhold. Samtidig må systemene være åpne og fleksible nok til å gi rom for lokale tilpasninger. Dialog og gjensidig kunnskapsutveksling mellom lokale og nasjonale myndigheter kan sikre en bedre balanse mellom nasjonale og lokale perspektiver.

1 BAKGRUNN

1.1 Koronapandemien i Norge våren 2020

Det første tilfellet av korona i Norge ble konstatert 26. februar 2020. Den 12. mars ble det innført omfattende tiltak for å begrense smittespredningen i Norge. Blant annet ble alle barnehager, skoler og utdanningsinstitusjoner stengt og alle kultur- og idrettsarrangementer ble avlyst, man frarådet unødvendige reiser og karantenereregler ble innført. Stortinget vedtok 24. mars den såkalte koronaloven, en midlertidig fullmaktslov som ga regjeringen utvidet fullmakt til å iverksette tiltak for å redusere konsekvenser av koronapandemien (Koronaloven (midlertidig lov), 2020).

Den geografiske spredningen av smitten var den første tiden ulik i landet, der Oslo og andre deler av Sør-Norge var verst rammet. I løpet av de første 2-3 ukene etter 12. mars hadde 124 av 356 kommuner (NRK 29.mars 2020) vedtatt lokale smitteverntiltak, fremfor alt bruk av karantene for reisende fra områder i Norge med større smittespredning. De lokale vedtakene ble møtt av kritikk fra nasjonale og regionale myndigheter og deler av næringslivet.

Folkehelseinstituttet anbefalte kommunene 19. mars å ikke fatte lokale smittevernvedtak: *«Innreiseregler og karantene mellom kommuner og landsdeler anses derfor å ha liten effekt på smittespredningen i Norge nå. Sett i forhold til potensielle skadevirkninger, både med hensyn til frykt og frihet for den enkelte, anbefaler derfor Folkehelseinstituttet ikke å iverksette slike tiltak.»* (Folkehelseinstituttet, 2020).

Regjeringen var enig med FHI og oppfordret 29. mars kommunene til å oppheve sine lokale smittevernvedtak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). De fleste av kommunene valgte likevel å opprettholde vedtakene etter en viss tilpassing til råd og krav fra nasjonale myndigheter. Etter påske, i midten av april, vurderte de fleste kommunene at de lokale smittevernvedtakene ikke lenger var nødvendige. Ikke lenge etter varslet helseministeren at det kunne bli aktuelt med differensiering av de nasjonale tiltakene basert på smittesituasjonen i ulike kommuner (NRK 05.05.20)

Konflikten som oppsto i forbindelse med de lokale smittevernvedtakene i starten av pandemien bar preg av et visst motsetningsforhold mellom sentrum og periferi. Mediene brukte begrepet «søringkarantene», til tross for at lokale vedtak ble gjort i kommuner i flere deler av landet. Malin Fors har beskrevet «geografisk narsissisme» som en faktor som påvirker utvikling av helsetjenestene ved at det urbane perspektivet styrer tiltak og prioriteringer (Fors, 2018). Forskning på et annet område – rekruttering og stabilisering av helsepersonell – viser at to av suksesskriteriene for å lykkes er å anerkjenne det unike i distrikt og å inkludere distriktenes perspektiver (Abelsen et al., 2020).

1.2 Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/ Boaittoealmediinna našunála guovddáš (BMNG) er et tverrfaglig kompetansesenter som blant annet skal fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger. Vi er opptatt av helsetjenestens organisering med spesielt fokus på distriktperspektivet og samspillet med lokalmiljø, regionale og nasjonale aktører. De lokale vedtakene utfordret forholdet mellom nasjonale og lokale myndigheter og fagfolk. Vi ville undersøke aktørenes erfaringer med dette for å belyse lokale og nasjonale perspektivers betydning for samarbeid og differensiering av smitteverntiltak.

1.3 Mål

I denne studien har vi undersøkt ulike aspekter ved valg av lokale smittevernstrategier i distriktskommuner i Norge under koronapandemien, med utgangspunkt i de lokale vedtakene som ble fattet i mars-april 2020. Fokus har vært på kommuneoverlegers rolle, samarbeidet i kommunal kriseledelse og forholdet mellom lokale og nasjonale aktører.

2 OM ORGANISERINGEN AV SMITTEVERN OG BEREDSKAP I NORGE

Smittevern og beredskap i Norge styres av ulike og til dels overlappende lovverk. Mye ansvar er tillagt kommunalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Statsforvalteren, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og helseforetakene (regionale og lokale) er andre viktige aktører. I dette kapitlet gir vi en oversikt over de ulike aktørenes roller og oppdrag innen beredskap og innen smittevern. Vi starter med å beskrive kommuneoverlegens rolle, fordi kommuneoverlegene har en sentral rolle i håndtering av koronapandemien.

2.1 Samfunnsmedisin, smittevern og kommuneoverlegen

Kravet til at kommunene må ha kommuneoverlege¹ følger av folkehelseloven § 27, helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 og smittevernloven § 7-2 (Folkehelseloven, 2011; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Smittevernloven, 1994). Kommunene skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse og smittevernkompetanse², og skal tilsette en eller flere kommuneoverleger som medisinsk faglige rådgivere.

Kapasiteten, kunnskapen og erfaringene til kommuneoverlegene varierer mellom kommunene. En nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen utført av Helsedirektoratet i september 2020 (Helsedirektoratet, 2020), viser at gjennomsnittlig stillingsstørrelse for kommuneoverlegestillingen er ca. 90%, men det er stor variasjon kommunene imellom. Mange store kommuner fordeler kommuneoverlegefunksjoner på flere leger, men to tredjedeler av de 314 kommunene i undersøkelsen hadde ansatt kun én lege, mange av dem i små deltidsstillinger. De fleste kommuner har ikke etablert formell vaktordning for kommuneoverlegen utover normalarbeidstiden. Noen få kommuner har et formelt interkommunalt samarbeid om kommuneoverlegefunksjonen. Ifølge undersøkelsen, har de fleste kommuneoverleger i Norge relativt lang fartstid i sine kommuner, 58% har jobbet der i mer enn fem år. 29% av kommuneoverlegene er spesialist i samfunnsmedisin og 29% er under spesialisering i samfunnsmedisin.

Kommuneoverlegen har forskjellig plassering og rolle i de ulike kommunene (Agenda Kaupang, 2016). Noen har kommuneoverlegen i stab hos rådmannen/kommunedirektøren, mens i de fleste kommuner er kommuneoverlegen plassert lenger ned i systemet. Enkelte har personal- og budsjettansvar i helseavdelingen,

¹ Selv om lovteksten benytter begrepet kommunelege, er stillingstittelen ofte kommuneoverlege. Vi bruker begrepet kommuneoverlege i denne rapporten.

² Smittevern inngår i kommuneoverlegen(es) ansvarsområde. I noen kommuner er smittevernarbeidet delegert til en annen lege som gjerne betegnes smittevernlege. I denne rapporten omfatter betegnelsen kommuneoverlege både kommuneoverlegefunksjonen og smittevernfunksjonen.

men det vanligste er å være kun rådgiver. I norske distriktskommuner er kommuneoverlegen vanligvis alene samfunnsmedisiner, ofte i kombinasjon med å være fastlege og i noen tilfeller helsesjef. Noen kommuneoverleger har en fast plass i kommunens kriseledelse, andre blir innkalt ved behov.

Mange kommuneoverleger deltar i uformelle og formelle nettverk, ofte kalt kommuneoverlegeforum (Rønnevik, 2018). Nettverkene varierer i organisering, forankring og møtehyppighet. Noen nettverk drives av kommuneoverlegene selv, mens i andre har fylkeslegen en sentral rolle. Statsforvalteren/fylkeslegen organiserer i varierende grad samlinger for kommuneoverlegene i sin region.

2.2 Beredskap og krisehåndtering i Norge

De grunnleggende prinsippene for krisehåndtering i Norge tilsier at kriser skal håndteres av de som har ansvaret i en normalsituasjon i samarbeid med andre involvert parter (Meld. St. 10 (2016–2017), 2016).

- **Ansvarsprinsippet** innebærer at den organisasjon som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området.
- **Likhetsprinsippet** betyr at den organisasjon man opererer med under kriser i utgangspunktet skal være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig.
- **Nærhetsprinsippet** betyr at kriser organisatorisk skal håndteres nærmest mulig de berørte.
- **Samvirkeprinsippet** betyr at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Prinsippene for beredskap og krisehåndtering betyr at alle fagområder og nivåer har et eget selvstendig ansvar for beredskap innen sitt virkeområde, det gjelder både nasjonalt og kommunalt. Helseberedskapsloven § 2-2 sier at «*Kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av eller er ansvarlige for*» (Helseberedskapsloven, 2000).

Nasjonal beredskap

På nasjonalt nivå er det Justis- og beredskapsdepartementet som har hovedansvar for samfunnssikkerhet og beredskap i Norge. Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap er underlagt Justis og beredskapsdepartementet.

Statsforvalterens rolle

Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen) er statens representant i fylket og et bindeledd mellom stat og kommune. De har i oppgave å samordne arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap, og skal følge opp og føre tilsyn med kommunenes beredskapsarbeid. Statsforvalteren har et regionalt beredskapsansvar og har et Fylkesberedskapsråd som hjelp i dette arbeidet. Helseforetakene og andre regionale aktører skal være representert i dette rådet. Kommunene er ikke obligatoriske medlemmer av Fylkesberedskapsrådet, men Statsforvalteren kan invitere andre enn de obligatoriske aktørene.

Kommunal beredskap

Kommunene i Norge har stor grad av autonomi, og lokaldemokratiet er forankret og regulert i Grunnlovens §49: «*Innbyggerne har rett til å styre lokale anliggender gjennom lokale folkevalgte organer. Nærmere bestemmelser om det lokale folkevalgte nivå fastsettes ved lov.*» (Grunnloven, 1814). Kommunene er ansvarlig for det meste av offentlige tjenester til innbyggerne. De grunnleggende prinsippene for krisehåndtering tillegger kommunene stort ansvar for beredskap, samfunnssikkerhet og krisehåndtering (Forskrift om kommunal beredskapsplikt, 2011).

Kommunen har plikt til å ha en beredskapsplan som beskriver organisering og ansvarsforhold ved en krise. Kriseledelsen i kommunen skal koordinere og iverksette tiltak ved en krise. Kommunens administrative og politiske ledelse deltar vanligvis i kriseledelsen. Kommunens risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) ligger ofte til grunn for øvrig representasjon.

Spesialisthelsetjenesten

Staten har ingen direkte styringslinjer overfor kommunene, og kan derfor bare styre gjennom lov og forskrift og gjennom økonomiske styringsverktøy. Dette til forskjell fra spesialisthelsetjenesten der de regionale helseforetakene eies av staten (Helseforetaksloven, 2001). Helseministeren kan instruere de regionale helseforetakene gjennom foretaksmøtet og gjennom oppdragsdokument. De regionale helseforetakene eier sine respektive foretak og instruerer dem på tilsvarende måte gjennom oppdragsdokument og foretaksmøter.

Helseberedskapsloven krever at helseforetakene skal utarbeide en beredskapsplan. Spesialisthelsetjenesteloven sier at de regionale helseforetakenes beredskapsplaner skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

Kommunene og helseforetakene er pålagt gjensidig samarbeid og veiledning, regulert gjennom lover og samarbeidsavtaler. Kommunene og helseforetakene har et felles organ for å drøfte felles saker – OSO (Overordnet samarbeidsorgan – som etter hvert blir erstattet av Helsefellesskapene). Her deltar representanter fra kommunene og helseforetaket på ledelsesnivå. På fagnivå foregår det et utstrakt samarbeid mellom helseforetakene og kommunene, også gjennom strukturer som er knyttet til OSO/Helsefellesskapene.

2.3 Smittevern i Norge

Smittevernloven *«har til formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land.»* (Smittevernloven, 1994). Loven regulerer ansvarsforhold, oppgaver og myndighet i smittevern.

Kommunene gis stort ansvar og myndighet både i det forebyggende arbeidet og ved smitteutbrudd. Smittevernloven gir kommunestyret myndighet til å vedta inngripende tiltak slik som møteforbud, stenging av virksomhet, isolering etc. I hastesaker har kommuneoverlegen anledning til å fatte vedtak om tiltak og utøve kommunestyrets myndighet.

Kommuneoverlegens rolle i smittevern

Kommuneoverlegen skal ha oversikt over smittesituasjonen i kommunen og har ansvar for oppfølging av smitteutbrudd. Smittevernloven stiller krav om at kommuneoverlegen skal utføre oppgaver innenfor smittevernarbeid. Kommuneoverlegen skal blant annet utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, organisere og lede arbeidet med planverket, og gi informasjon, råd og opplysninger til befolkningen om smittevern.

Kommuneoverleger er medisinskfaglige rådgivere for kommuneadministrasjon og kommunestyret i smittevernarbeidet. Råd og vurderinger baseres på samfunnsmedisinsk kompetanse, samarbeid med nasjonale helsemyndigheter, og kunnskap om lokale forhold. Kommuneoverlegene må ha god oversikt over alle de ulike aktørene i kommunen som må samarbeide i smittevernet. De må også forholde seg til flere ulike

kontaktflater i tillegg til lokale aktører, kommunestyre, ordfører og administrasjon: kommuneoverleger i nabokommuner og interkommunalt samarbeid, regionale fora, statsforvalter og fylkeslege, samt nasjonale faginstanser og helsemyndigheter.

De regionale helseforetakenes rolle i smittevern

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til befolkningen, herunder nødvendige laboratorietjenester og isolering av pasienter med smittsomme sykdommer (§ 7-3 i smittevernloven). De har et generelt veiledningsansvar overfor kommunene også når det gjelder smittevern. Vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen kan sammen med kommuneoverlegen treffe hastevedtak etter smittevernlovens §5-2 og § 5-3 (tvangsvedtak) samt vedtak om arbeidsforbud (§ 4-2).

Det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Senteret har ansvar for å håndtere utbrudd i institusjoner i helseforetakene. De regionale helseforetakene er pålagt å gi tilbud om nødvendig smittevern bistand til kommunale institusjoner.

Helsedirektoratets rolle i smittevern

Helsedirektoratet har overordnet ansvar for smittevernarbeidet og skal «*medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket*» (§7.10 i smittevernloven). Ved kriser og pandemier leder Helsedirektoratet den nasjonale håndteringen og kan fatte vedtak for hele eller deler av landet. I håndteringen av koronapandemien i Norge har Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet fungert som faglige rådgivere for politisk nivå (regjeringen og stortinget).

Folkehelseinstituttets rolle i smittevern

Det nasjonale smittevernfaglige ansvaret ligger hos Folkehelseinstituttet (FHI) som er statens smitteverninstitutt og skal bistå alle aktører og involverte i smittevernarbeidet. All registrering og overvåking av smittsomme sykdommer gjøres av FHI. FHI har en stor smittevernavdeling med høy kompetanse. De er en viktig rådgiver og samarbeidspartner for kommuneoverlegene ved lokale smitteutbrudd. FHI har en døgnkontinuerlig smittevernvakt til faglig støtte og rådgiving for kommuneoverlegene.

Statsforvalterens og fylkeslegens roller i smittevern

Statsforvalteren skal «*ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevern i fylket*» (§7-4 i smittevernloven). Statsforvalteren har både en tilsynsrolle og en veilederrolle, og er klageinstans for kommunale vedtak etter smittevernloven. Fylkeslegen er per definisjon en lege i ledende stilling hos statsforvalteren, og er en del av statsforvalterembetet. Fylkeslegen er ofte, men ikke alltid, leder for statsforvalterens helseavdeling. På oppdrag

fra Helse og omsorgsdepartementet arrangerer de egne smittevernkonferanser. Statsforvalteren/fylkeslegen har begrenset smittevern faglig kapasitet og brukes i liten grad som faglig rådgiver av kommunale smittevernleger.

3 METODER OG DATA

3.1 Design og deltakere

Vi gjennomførte en kvalitativ studie basert på fokusgruppeintervjuer med seks kommunale kriseledelser og individuelle intervjuer med åtte kommuneoverleger, to statsforvaltere og to fylkesleger, samt en person fra hver av de tre nasjonale instansene Helse og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og FHI. Deltakerne var et bekvemmelighetsutvalg som ble rekruttert via NSDMs nettverk. Kommuner med og uten lokale vedtak om smitteverntiltak og med og uten smitteutbrudd var representert. I fem av kommunene intervjuet vi både kommuneoverlege og kriseledelse, i tre av kommunene kun kommuneoverlegen, og i en av kommunene kun kriseledelsen. En av kommuneoverlegene hadde ansvar for to kommuner. Til sammen var 10 distriktskommuner inkludert i studien. Både Sør- og Nord-Norge var representert blant kommunene. Også statsforvaltere og fylkesleger var fra ulike deler av landet. I resultatkapittelet er de ulike deltakerne markert med nummer.

3.2 Datainnsamling

Intervjuene ble gjort nettbasert på Teams i perioden mai-august 2020. Hvert intervju varte 30-90 minutter. Basert på intervjuguidene (vedlegg) inviterte moderator deltakerne til å dele sine erfaringer fra håndteringen av smittevern og beredskap de første ukene av pandemien. Vi spurte spesielt etter vurderinger gjort rundt lokale vedtak om smittevern, kommuneoverlegenes rolle, forholdet til statsforvalternivået og nasjonalt nivå og nettverksbygging med andre kommuner. Moderator og sekretær tok notater underveis, og det ble gjort opptak som ble transkribert ordrett.

3.3 Analyse

Data-analysen fulgte prinsippene til systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012) og besto av fire trinn: 1) Lese intervju-utskriftene for å få et overblikk over innholdet, samtidig som vi holdt egen forforståelse unna. 2) Lese materialet grundig flere ganger for å finne meningsbærende enheter som sa noe om ulike aspekter ved deltakernes erfaringer, og kodet disse. 3) Kondensering og abstrahering av meningsinnholdet i kodegruppene. 4) Sammenfatning av innholdet i hver kodegruppe til generaliserte beskrivelser og konsepter som reflekterer deltakernes erfaringer fra arbeidet med lokalt smittevern og beredskap de første ukene av pandemien. Kategorier og funn ble utviklet fra empirisk data ved hjelp av datastyrt analyse (Crabtree, 1999).

3.4 Etikk

Vi fulgte prinsippene fra Verdens Helseorganisasjons Helsinki-erklæring. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien (vedlegg) og alle signerte samtykke til å delta. Siden vi behandler personopplysninger, ble studien meldt til NSD (# 904904).

4 RESULTATER

Våre data viser at utrygghet overfor en pandemi med ukjent skadepotensiale preget de første ukene i mars-april 2020. Oppsummert kan man si at kommuneoverleger og kommunale kriseledelser hadde et mål om å beskytte lokalbefolkningen mot smittespredning for å få på plass utstyr, personell og infrastruktur. Mangelfullt smittevernutstyr, utfordringer med pasienttransport, sårbar personellsituasjon og planlegging av kommunale koronasenger var viktige grunner til at noen kommuner gjorde lokale vedtak om smitteverntiltak som var strengere enn de nasjonale. Kommuneoverlegene fikk en framtrædende rolle, og deres synlighet og kompetanse skapte tillit og trygghet. Lokalkunnskap og personlig kjennskap var viktige elementer. Etablerte strukturer og møteplasser mellom lokale, regionale og sentrale aktører ble supplert med uformelle nettverk og et fleksibelt kontaktmønster som bidro til kunnskaps- og informasjonsutveksling. Spenningen mellom nivåene bidro til både uenighet og samarbeid. Aktører på lokalt nivå opplevde at nasjonale myndigheter ikke forsto situasjonen i distriktene. Statsforvalterne lette etter balanse mellom veiledning og kontroll, og mellom lokalt og nasjonalt perspektiv. I det følgende vil vi utdype våre funn.

4.1 Med lokale vedtak om smitteverntiltak kjøpte mange kommuner seg tid til å sikre utstyr og personell for å beskytte befolkningen

Mange informanter beskrev hvordan den første tiden var preget av at man sto overfor noe veldig skummelt som ikke var under kontroll og som ingen hadde opplevd før. Skrekkscenarier fra utlandet skapte utrygghet, og bidro til tanken om at sykdom og smittespredning var noe som kommunene måtte gjøre alt for å unngå. Også ambulansene og sykehusene ville beskytte seg mot å få smitte, og en kommuneoverlege beskrev hvordan AMK-sentralen til å begynne med ikke ville transportere sykehustrengende pasienter i ambulanse dersom ikke korona-status var avklart. Dette satte både pasient og kommunalt helsepersonell i en vanskelig situasjon. Den utbredte usikkerheten ble beskrevet slik av et medlem av lokal kriseledelse:

«Vi satt der med en forståelse om at det her var noe virkelig alvorlig som på mange måter var uunngåelig for oss alle, altså det fantes ikke de beskyttelsesmekanismene som kunne stoppe spredningen av det her viruset. Og vi visste svært lite om både dødelighet og alvor i det, til der vi sitter i dag så er jo bildet helt annerledes.» (Lokal kriseledelse 2)

Kriseledelser og kommuneoverleger fortalte om flere forhold som gjorde kommunene sårbare for eventuelt smitteutbrudd. I en liten kommune er det ofte bare en eller noen få

personer i viktige funksjoner som helse- og omsorgstjeneste, barnehage, skole, renhold og teknisk etat. Karantene og isolering av disse ville føre til store problemer. Geografi og værforhold gjorde transportmuligheter utfordrende. Mange opplevde at sentrale myndigheter ikke tok dette på alvor. Flere av informantene fortalte hvordan kjennskap til lokale forhold, oversikt over egne ressurser og muligheten til å ivareta pasienter lokalt gjorde planleggingen enklere. De var også opptatt av at det ikke bare var koronapasienter som skulle ivaretas, men alle med akutte og subakutte tilstander. ROS-analyser for ulike lokale smittescenarier ble brukt for å forberede beredskapen. Det viktigste var å beskytte lokalbefolkningen. Mange kommuneoverleger beskrev den sterke følelsen av personlig ansvar for sin befolkning:

«...det er et tyngende ansvar, selv om det bare er 3.000 innbyggere i kommunen din så føler du at du har alle livene deres på dine skuldre. Det er veldig spesiell følelse. Og med så mye frykt og, ikke sant det er noe nytt og du vet ikke, og det er å lissom, ja ta de avgjørelsene og tenke at dette her må jeg gjøre for jeg må passe på, jeg må passe på folkene mine da, det er sånn det føles ut.»

(Kommuneoverlege 2)

I kommuner som valgte å gjøre lokale vedtak om smitteverntiltak kom det fram fire hovedbegrunnelser. For det første ville kommunene forhindre smittespredning fordi de trengte tid til å etablere nødvendig infrastruktur og bemanning. For det andre manglet kommunene smittevernutstyr. En kommuneoverlege forklarte at de hadde smittevernutstyr til maks en uke. Kriseledelsene fortalte at de trengte tid til å bygge opp et lokalt lager for å kunne ivareta ansatte hvis det kom smitte til kommunen. For det tredje hadde mange kommuneoverleger erfaring med dårlig vintervær, stengte veier, lange avstander og vanskelige transportforhold. Dette kunne bli svært utfordrende dersom koronapasienter med pustebesvær skulle trenge sykehusinnleggelse. En kommuneoverlege beskrev hvordan det tok et tosifret antall timer å få transportert en respiratortrengende koronapasient til sykehuset. Flere forklarte hvordan de også måtte ta høyde for at vanlige akutte syke pasienter trengte transport, og at det kunne bli samtidighetskonflikter dersom kommunen skulle få mange alvorlig syke koronapasienter i tillegg. For det fjerde trengte kommunene tid til å planlegge hvordan koronasmittede pasienter skulle ivaretas lokalt. Både kriseledelser og kommuneoverleger fortalte om utfordringer med å forberede sykehjem og sykestuer til mulig koronasmittede pasienter. En kommuneoverlege beskrev hvordan de prøvde å finne balanse mellom verstefallsscenarioer som kunne tilsi å etablere 20 koronasenger, og mer moderate anslag som innebar 3-4 senger, i en situasjon der de hadde få konkrete tall å forholde seg til. Planlegging og omdisponering av personellressurser var en annen stor utfordring. Kriseledelsen i en liten kommune opplevde dette da mer enn 40 helsepersonell havnet i

karantene samtidig. Mange små kommuner er marginalt bemannet med fagfolk, som dermed må få fylle mange ulike funksjoner, slik som beskrevet her:

«Alle sykehjem og alle leger, du har fortsatt 24/7 plikt. Og det er en del av de samme folkene som holder på her. Jeg tror og man har brukt et sånt uttrykk om å bygge utholdenhet, men det er klart det var mange ledere og mange Tordenskiolds soldater som både bygget opp en ny avdeling samtidig som de holdt på med jobben de hadde i fra før.» (Lokal kriseledelse 4)

Noen av kommuneoverlegene fortalte at de ikke fant det nødvendig å gjøre lokale vedtak om smitteverntiltak, selv om flere av nabokommunene gjorde det. De vektla at smittevernloven anbefaler å prøve frivillighet først, og mente at de nasjonale anbefalingene var tilstrekkelig, samt at lokale karantenevedtak ville medføre en for stor begrensning i folks liv, bl.a. fordi folk var avhengige av å reise til byen i nødvendige ærend, sykehusavtaler osv., samt at det var bedrifter i kommunen som var avhengig av utenlandsk arbeidskraft. En kommuneoverlege beskrev hvordan de la opp til dialogbaserte løsninger der bedriftene fikk ansvar for å sikre karantene og smittevern for sine ansatte.

«...bedriften fikk ansvaret for å sørge for at de gjennomførte karantene da, ikke sant. Så bedriften stilte med husvære og sørget for at noen handlet og sånn, og tok ansvar for at det ble gjennomført en karantene av de som skulle inn. Og etter hvert så kom det jo en regel om sånne nordiske, ja var vel finske og danske i hvert fall, som kunne komme inn uten karantene da, men at de hadde en sånn sosial karantene. Så det var en del sånne ting som kom på plass etter hvert.» (Kommuneoverlege 4)

4.2 Lokalkunnskap, synlighet og stødige kommuneoverleger skapte tillit og trygghet

Deltakere fra nasjonalt nivå forklarte i intervjuene hvordan den norske samfunnsstrukturen henger sammen fra kommunenivå og opp til regjeringen, og at det gjennom smittevernloven er lagt mye makt til kommuneoverleger og kommunestyre. De anerkjente betydningen av lokalkunnskap som en viktig faktor for å håndtere pandemien lokalt. Noen uttrykte imidlertid bekymring for at smittevernloven var for fragmentert, og at det ble sårbart når hver enkelt kommuneoverlege, og i neste hånd kommunestyre, kunne bestemme smitteverntiltak. Det kom forslag om at smittevernloven burde sondre mellom ulike typer epidemi/pandemi, og at det regionale nivået må være med og koordinere. Deltakere fra kommunal kriseledelse ga uttrykk for at avgjørelser om

smittevern tiltak på regionnivå fort kunne bli konfliktyllet fordi de lokale vurderingene må være grunnlaget når det ble nødvendig med relativt store endringer i legetjeneste, sykehjem og andre kommunale tjenester. Kommuneoverleger beskrev hvordan deres personlige kjennskap til folk og virksomheter i kommunen gjorde håndteringen av smittevernloven lokalt enklere. En kommuneoverlege fortalte at han personlig stakk innom utestedene for å minne dem på avstandsregler og avtaler, og at den typen veiledning ble godt mottatt. En fylkeslege beskrev fordelene med lokal myndighet slik:

«Og det ser vi, at når man i byråkratiet skal finne de gode praktiske løsningene så er det der ute man henter det. Altså det er de som jobber i kommunene og i sykehusene som har de gode ideene og de gode forslagene.» (Fylkeslege 2)

Mange i de kommunale kriseledelsene ga uttrykk for at den lokale smittevernlegen skapte trygghet både hos beslutningstakerne og i befolkningen i kraft av sin kompetanse og synlighet. Dette var tilfellet både i kommuner der smittevernlegen anbefalte lokale vedtak om smittevern tiltak, og i kommuner som baserte seg på myndighetenes anbefalinger. Mange understreket betydningen av å være synlig og åpen overfor befolkningen, tilgjengelig med informasjon og ha kort svartid. Flere smittevernleger skrev informasjonsbrev på kommunens hjemmeside eller i lokalpressen, og ordførere var aktive og tilgjengelig for media. En kommuneoverlege beskrev hvordan hun i forbindelse med et lokalt smitteutbrudd tok initiativ til en strategigruppe der både ordfører, kommuneoverlege og politi deltok, noe som bidro til trygg og samordnet informasjon til befolkningen. Kriseledelsen i en annen kommune beskrev samarbeidet slik:

«...jeg tenker den mobiliseringen, vi hadde jobbet veldig mot det felles målet, og det var å trygge innbyggerne våre. Og få på plass gode ordninger og løsninger for at vi skulle kunne klare å møte dette som vi ikke visste hva var, som var veldig ukjent for oss og som vi fryktet jo alle sammen» (Lokal kriseledelse 3)

Både kommunale og nasjonale informanter understreket hvordan pandemien har synliggjort behovet for lokal smittevern- og samfunnsmedisinsk kompetanse. Mange kommuneoverleger beskrev nytten av å kunne kombinere faglig kunnskap om smittevern med det å kjenne lokale forhold, hva som rører seg i kommunen, hva folk er opptatt av, hva slags sykdommer som florerer lokalt og regionalt, hvordan man skal kommunisere med helseforetaket, hvordan hjemmesykepleien fungerer, hvilke innleggelsesmuligheter som finnes og hvem man kan spille ball med i ulike situasjoner. Flere kriseledelsesmedlemmer understreket at smittevernlegen hadde en naturlig plass i kriseledelsen, og at den medisinskfaglige kompetansen var nødvendig for å få gode og informerte diskusjoner. De beskrev også hvordan andre medlemmer av kriseledelsen hadde hatt kriseledelsesfunksjonen i mange år og hadde mye erfaring, samt at det å

kjenne hverandre og lokale forhold godt gjorde at de hadde evne til å snu seg raskt. De opplevde det som en styrke og en trygghet å være liten kommune med korte beslutningsveier.

Også informanter fra nasjonalt nivå pekte på at den desentraliserte kompetansen, både den smittevern faglige og den samfunnsmedisinske, var en suksessfaktor for den norske pandemihåndteringen. De fortalte at mange kommuneoverleger hadde varslet via fylkeslegen om at de smitteverntiltak som fungerer i større byer ikke nødvendigvis fungerer i en liten kommune.

På den annen side var det noen som kommenterte at smittevernkompetansen nok kunne være litt varierende blant kommuneoverlegene og kriseledelsene, og at det kunne vært en trygghet for alle parter om kommunene hadde en form for konsultasjonsplikt med regional eller nasjonal myndighet. Noen etterlyste opplæring i smittevernloven for kommunale aktører, slik at de som gjør lokale vedtak om smitteverntiltak har god nok kunnskap om konsekvenser både lokalt og for regionen og nasjonen. En informant uttrykte bekymring for at planlegging og kompetanse blir sårbar dersom kommuner må basere seg på utenlandske legevikarer.

Alle kommuneoverlegene beskrev hvordan de opplevde å bli lyttet til og at de ble gitt mye autoritet og taletid. Mange beskrev det som en ny og inspirerende erfaring at deres kompetanse og vurderinger hadde så stor betydning. Kommuneoverlegene vi snakket med fortalte at de brukte mye tid på å oppdatere seg faglig, og at de søkte råd både i kollegienettverk og hos fylkeslegen, FHI og Helsedirektoratet. Noen opplevde det som ubehagelig å få en så sentral rolle i kommunenes pandemihåndtering, men at det likevel var positivt å kunne bidra faglig. Andre sa at det var morsomt å bli en så tydelig del av det kommunale teamet. Noen av kommuneoverlegene hadde lang fartstid i kommunen og erfarte en større oppmerksomhet enn de var vant til fra politikere og befolkning. Andre var ganske ferske i stillingen, og opplevde at de fikk markert kommuneoverlegerollen godt. Alle beskrev hvordan de ble involvert både administrativt og politisk på en ny måte, uavhengig av om de anbefalte lokale karantenetiltak eller ikke, og at faglige vurderinger veide tungt i de lokale politiske vedtakene om smitteverntiltak. Et medlem i en kommunal kriseledelse beskrev kommuneoverlegens (nye) rolle slik:

«...jeg opplevde egentlig at det var politisk vilje til å stå på disse tingene og at de gjorde det..., ikke bare fordi det var politisk interessant men fordi det var et smittevern faglig råd de fikk fra kommuneoverlegen. Og hun var jo og orienterte i alle politiske møter hvor det skulle fattes vedtak, og ga status på situasjonen sånn som hun så det og hvilke anbefalinger hun ga til det. Så jeg opplever at det var et, både et politisk ønske om å ta de viktige grepene og tørre å ta de viktige grepene

samtidig som de skulle avlaste litt beslutningen fra kommuneoverlegen så ikke hun skulle stå i det alene.» (Lokal kriseledelse 3)

4.3 Eksisterende roller og strukturer ble tilpasset, og nye nettverk vokste frem for å dele kunnskap og støtte

Informanter fra både kommuner, statsforvalternivå og sentrale helsemyndigheter fortalte om hvordan eksisterende roller og strukturer tilpasset seg pandemisituasjonen. Kommunene satte kriseledelse (beredskapsledelse) i begynnelsen av mars, mange allerede før Norge stengte ned. Deltakere fra kommunale kriseledelser fortalte om hyppige møter og etablering av mindre grupper som var tilpasset behovet for hvem som trengte å være med. En kommuneoverlege fortalte at de dannet en gruppe bestående av bl.a. rådmann, varaordfører, helse- og sosialleder, kommuneoverlege og representant fra legevakten. Sistnevnte var viktig for å holde fortløpende oversikt over trøkket på legevakt. Mange beskrev en opplevelse av kontinuerlig unntakstilstand, og fortløpende dialog mellom kommunalsjef, ordfører, beredskapssjef og kommuneoverlege. Et medlem av kriseledelsen fortalte hvordan de etablerte en ny struktur som gjorde at næringslivet, idrettslag og andre lag og foreninger lettere kunne få kontakt med kommuneoverlegen og bli møtt på sine behov for informasjon. En kommuneoverlege fortalte at de opprettet team på legekantoret og regelmessige møter med enhetslederne for pleie-omsorgstjenestene, og hun beskrev hvordan hun jobbet for å etablere sterkere samarbeidsstrukturer med sykehuset basert på de etablerte ordningene med strategisk og faglig samarbeidsutvalg. En annen kommuneoverlege opplevde samarbeidsmøtene med sykehuset som greie, men at sykehuset ofte overkjørte kommunene:

«...men vi har jo hatt mye dialog med lokalsykehuset, jeg sitter også og er, det der lokalfaglige samarbeidsorganet, og det er litt sånn, ja vi hører hva dere sier, men, ja, sånn blir det.» (Kommuneoverlege 3)

Alle ordførere, rådmenn og kommuneoverleger ble ganske raskt innkalt til nettmøter med statsforvalteren. Disse møtene ble av de fleste beskrevet som altfor store og kaotiske til å begynne med, men at de ble mer nyttig etter hvert da statsforvalteren delte dem opp i mindre grupper som stemte med kommuneregionene og lokalsykehusområdene, og at fylkeslegen hadde møter med kommuneoverlegene.

Statsforvalternivået fortalte at de hadde ukentlige møter med Helsedirektoratet og med det regionale helseforetaket (RHF) for å sikre at budskapene til kommunene var harmonisert med nasjonale myndigheter og RHF. De hadde også møter med de lokale helseforetakene, og en fylkeslege ga uttrykk for at disse møtene var vel så nyttige som

møtene med det regionale helseforetaket fordi det ga et bedre innblikk i hva som rørte seg «på bakkenivå». Møtene som oppsto mellom fylkesleger, lokale helseforetak og kommuneoverlegene i lokalsykehusets nedslagsfelt ble beskrevet av flere som en ny konstruksjon som var nyttig fordi det ga mulighet til diskusjoner om omdisponering av smittevernutstyr og personell og andre felles problemstillinger. En fylkeslege beskrev det slik:

«Særlig de her kommuneoverlegeforumguppene som vi i ettertid også har brukt når det gjelder kommunikasjon. Altså vi har deltatt i møter med lokalsykehus og kommuneoverleger. Vi har signalisert at vi tenker det vil være et sted å både drøfte omdisponering av smittevernutstyr og eventuelt av personell hvis det blir vanskelig. Og det, sånn at det har, sånn sett, dukket opp et regionsnivå som er veldig spennende.» (Fylkeslege 1)

Personene vi intervjuet fra nasjonal helseforvaltning beskrev hvordan det ble opprettet en korona-ledergruppe, regelmessige møter med mange ulike aktører, bl.a. statsforvalterne, og etter hvert også en referansegruppe med ni kommuner (to store, to mellomstore og fem mindre), som et direkte resultat av at mange kommuner vedtok lokale smitteverntiltak og meldte at de opplevde at nasjonale myndigheter ikke hadde god nok forståelse for kommunal virkelighet. Flere pekte også på skjevfordelingen av smittevernutstyr mellom sykehus og kommuner, og den store oppmerksomheten som ble viet sykehusene. Slik uttrykte en kommuneoverlege sin frustrasjon:

«...det syns jeg kanskje har vært det verste sånn fra nasjonalt holdt, det der at ikke de har skjønt at det fins distrikt liksom, i Norge.(..)de har jo ikke skjønt dette med lokalkunnskap i det hele tatt. Og i tillegg det der kjempefokus på sykehus når alle skal behandles i kommunehelsetjenesten!» (Kommuneoverlege 2)

Intervjudeltakere fra alle nivåer fortalte om dannelsen av uformelle nettverk mellom fagfolk i løpet av de første ukene av pandemien. Internt i kommunen tok mange i kriseledelsen og andre deler av organisasjonen i bruk chattegrupper for å holde hverandre oppdatert og diskutere problemstillinger fortløpende. Mange fortalte at de kunne chatte til langt på kveld, og på den måten være forberedt til morgendagen. Kriseledelses-deltakere fortalte hvordan de søkte sammen med de andre kommunene i regionen for å avklare hvordan de skulle håndtere lokale vedtak om smitteverntiltak. I noen regioner samordnet man seg slik at vedtakene ble samstemt, i andre regioner gjorde nabokommuner ulike veivalg. En av kommunene i vårt materiale valgte å delta i nettverk med kommuner av lignende størrelse i sin landsdel, heller enn med de mindre nabokommunene.

Kommuneoverleger søkte sammen i nettverk i sin region, men også i nasjonale nettverk via en lukket facebook-gruppe og via en epostgruppe for samfunnsmedisinere. Disse nettverkene beskrives av mange som viktige for at de gjorde lokale smittevernvedtak i sin kommune. Flere kommuneoverleger fortalte at nettverkene gjorde at de aldri følte seg alene, og at de ble tryggere i sin funksjon. De omtalte chatte-arenaen som uformell og med lav terskel for å løfte problemstillinger som andre tok tak i slik at det oppsto ny kunnskap, inspirasjon, korreksjon og støtte. De utvekslet vedtak, rutiner og erfaringer, og mange fortalte at de fikk nye venner gjennom dette nettverket.

Flere kommuneoverleger tok uformell kontakt med Helsedirektoratet, FHI og fylkeslegen for å søke råd og veiledning. Våre informanter fra disse nivåene beskrev slik kontakt som velkommen og nyttig. En informant fra nasjonalt nivå forklarte hvordan direkte kontakt med kommuneoverleger hadde gitt mer konkret innsikt enn informasjonen som kom via fylkesmennene (statsforvalterne):

«...vi kan ikke bryte norsk beredskapsorganisasjonstenkning normalt. Den må gå via fylkesmennene. (...) Og, altså det er ikke noe avstand mellom det fylkesmennene sier og kommunene, men når du får de i direkte samtale så er det litt annerledes. Når du snakker med kommuneoverlege (fornavn) i (xx) kommune ikke sant, så vet du at du får en mening som er veldig nær praktisk liv.» (Nasjonal myndighet 2)

4.4 Uenighet og samarbeid oppsto i spenningen mellom lokale, regionale og nasjonale myndigheter

De første lokale vedtakene om smitteverntiltak ble gjort av kommuneoverleger med henvisning til smittevernlovens §4.2. Slike hastevedtak kan vare en uke før de må revurderes. En deltaker fra kommunal kriseledelse beskrev hvordan kriseledelsen forlenget kommuneoverlegens vedtak etter en uke, mens det tredje vedtaket ble stoppet av statsforvalteren pga formalfeil som besto i at det skulle vært kommunestyret som skulle fatte vedtaket, evt. vedta delegasjon til formannskapet som så kunne fatte vedtak. En kommuneoverlege fortalte at statsforvalteren påpekte at vedtaket måtte begrunnes bedre, noe som ble gjort ved neste vedtakstidspunkt slik at det ble godkjent. En statsforvalter ga uttrykk for at de ikke la seg borti eller vurderte om vedtakene var uheldige eller ikke, men de opphevet vedtak som ikke tilfredstilte formelle krav. Noen kommuner opplevde statsforvalterens rolle som utidig innblanding, som beskrevet i denne kommentaren fra et lokalt kriseledelsesmedlem:

«... det var jo åpenbart mye prestisje investert i de her beslutningsprosessene knyttet til lokale karantenebestemmelser. Jeg har nå aldri i mitt lange liv og virke som rådmann opplevd at fylkesmannen fører lovlighetskontroller umiddelbart etter vedtaket.» (Lokal kriseledelse 2)

Deltakere fra nasjonalt nivå beskrev smittevernloven som en uhyre viktig lov, men at den ikke kunne trumfe alle andre lover, og at lokale vedtak om smitteverntiltak måtte begrunnes med lokale hensyn og forholdsmessighet. Kommunene opplevde å få mye kritikk fra nasjonalt nivå for at de fattet lokale smittevernvedtak. Det var mye uenighet om begrunnelser og konsekvenser, for eksempel at det fra nasjonalt hold kom signaler om at de lokale vedtakene ikke måtte være for inngripende, og at man ikke måtte lage hindringer for at nøkkelpersonell kunne komme på jobb i kommunene. Flere kommenterte at begrepet 'søringkarantene' var medieskapt, og at det var uheldig at media prøvde å lage en nord-sørkonflikt. På den annen side hadde mange en opplevelse av at nasjonale myndigheter ikke så forskjellene i landet, og at man kun så landet fra Oslo-perspektiv. Det at NHO-sjefen gikk ut nasjonalt og var irritert på de lokale smittevernvedtakene ble kommentert av flere. Det ble oppfattet som at nasjonale myndigheter sådde tvil om lovligheten av delegasjonsmyndigheten, og dette skapte usikkerhet i mange kommuner. Samtidig beskrev flere hvordan de hadde møter med lokalt næringsliv og NHO og at de lokale vedtakene om smitteverntiltak ble gjort slik at det ikke ble konfliktfylt. Flere var opptatt av at ståsted og perspektiv hadde betydning for myndighetenes reaksjoner, slik som en person i kriseledelsen i en liten kommune uttrykte det:

«Hadde det vært motsatt, hadde det vært Vesterålen eller Tromsø som hadde vært episenteret så er jeg rimelig sikker på at Oslo hadde fått lov og sagt at i en periode så vil vi oppfordre folk fra det området å ikke komme til byen. Men, men dette var andre veien.» (Lokal kriseledelse 1)

Mange kommuneoverleger samarbeidet med kolleger i de andre kommunene i regionen for å sikre at kommuner i området samordnet sine lokale vedtak om smitteverntiltak. Dette lyktes i noen områder, mens i andre områder var det uenighet om det var riktig å gjøre lokale vedtak. En kommuneoverlege fortalte at de ønsket å gjøre det så likt som mulig for å få til en smittefri sone i sin region, men det endte med at noen av kommunene ikke gjorde lokale smittevernvedtak, dels etter press fra politikere, dels at kommuneoverlegen ikke anså det nødvendig. Det kunne skape gnisninger mellom kommuner når det var ulike regler på hver side av kommunegrensen i samme område. Noen påpekte at det makte til ettertanke at en smittevernlege i en kommune kunne sette kommuneadministrasjonen i nabokommunen sjakk matt ved å pålegge folk å ikke

reise på jobb i nabokommunen. I en annen region med ulik vedtakspraksis kommunene imellom greide kommunene likevel å samhandle godt gjennom å drøfte håndteringen av dette på et generelt strategisk overordnet nivå. Flere av våre informanter kommenterte at det var forvirrende for befolkningen når nabokommuner hadde ulike vedtak om smitteverntiltak, og etterlyste bedre samordning i områder med felles regionalt arbeidsmarked. Noen ønsket at regionen for framtiden skulle ha et felles kommuneoverleveråd, andre etterlyste statsforvalteren som en koordinerende instans. Noen foreslo at kommunenes kriseplaner i større grad burde være interkommunale, en statsforvalter formulerte det slik:

«Og jeg tenker jo at i de planene, kriseplanene som kommunene har, også små kommuner som de har, så bør man kanskje i større grad prøve å få til litt interkommunale planer. Eller at man på kritiske områder at man rett og slett formaliserer samarbeidsavtaler med naboen.» (Statsforvalter 2)

Våre intervjuobjekter fra statsforvalternivået var opptatt av den tosidige rollen til statsforvalteren, der de på den ene siden skulle være representant for nasjonale myndigheter, og på den andre siden ambassadør for kommunene og skulle melde tilbake til nasjonale myndigheter om hvordan tiltak og regler virker «der ute». De var opptatt av at rollen innebærer både tilsyn og veiledning. En informant beskrev hvordan de måtte passe på at kommunene ikke tok seg til rette, mens en annen forklarte hvordan de var tidlig ute med å lage et sett med kjøreregler for kommunene. Intervjuobjekter fra nasjonalt nivå understreket betydningen av statsforvalteren som et mellomledd som kjente forholdene i sitt fylke, og derfor var en viktig instans i beredskap.

«...fylkesmannen som sitter i en situasjon til å samle sprikende staur fra Regjeringen inn til en håndterlig stabel for kommunene. Det er jo liksom den instansen som kan koordinere og samordne der sektordepartementer ofte ikke evner. Så de har en veldig viktig funksjon altså.» (Nasjonal myndighet 3)

Mange av de kommunale informantene hadde meninger om statsforvalterens rolle. Noen hadde opplevd god støtte når de trengte å diskutere vedtak, dispensasjoner osv., mens andre mente at statsforvalteren kun hadde vært et forstyrrende element. De fleste deltakere fra kommunenivået beskrev de store nettmøtene med mer enn hundre deltakere som ble avholdt i starten av pandemien som kaotiske og unyttige. Det ble formidlet informasjon som deltakerne allerede hadde fått med seg i nasjonale media, og mange opplevde at kommunene lå foran statsforvalteren. Flere beskrev hvordan statsforvalteren i deres fylke virket usikker og kom sent inn med klare råd, mens i et annet fylke ble møtene oppfattet som nyttige sjekkpunkt for kommunene. Ulike statsforvaltere la vekt på ulike elementer i kontakten med kommunene. Noen opplevde

at statsforvalteren i deres fylke hadde mest fokus på tilsynsrollen, mens i andre fylker var det veiledning som sto i fokus. Det var også delte meninger blant våre informanter om statsforvalteren skulle støtte kommunene i de lokale vedtakene eller være statens talsperson. En kommuneoverlege mente at deres statsforvalter kun opptrådte som statens forlengede arm og i liten grad var lokalsamfunnets talsperson, mens en annen kommuneoverlege i samme fylke uttrykte frustrasjon over at statsforvalteren nærmest oppfordret til lokale vedtak om smitteverntiltak. Flere etterlyste at statsforvalteren kunne bidra til koordinering og samhandling. Mange var opptatt av at situasjonen var ny for alle, og at alle hadde en bratt læringskurve. Slik beskrev en kommuneoverlege dette:

«Men det er klart at ting endret seg veldig fort, så det var jo ikke lett å verken være kommuneoverlege eller fylkesmann i den perioden der. Fordi at det, nesten når man, hvis man skulle gi noen råd så før man rakk å nappe ordet så kunne man risikere at føringen var annerledes. Så holdbarheten i rådene var jo kortere enn noensinne, en periode der.» (Kommuneoverlege 7)

5 DISKUSJON

Mangelfullt smittevernutstyr, utfordringer med pasienttransport, sårbar personellsituasjon og omrokking av kommunal sengekapasitet var hovedgrunner til at en del kommuner gjorde lokale smittevernvedtak. Kommuneoverlegenes synlighet, kompetanse og lokalkunnskap skapte tillit og trygghet. Eksisterende roller og strukturer ble tilpasset, og nye, uformelle nettverk vokste frem. Spenningen mellom kommuner, regionalt og nasjonalt nivå førte til både konflikter og samarbeid, og statsforvalternes mellomposisjon var utfordrende. Nedenfor vil vi diskutere tolkninger av funnene og styrker og svakheter ved studien.

5.1 Kommuneoverlegene – nødvendig smittevern faglig og samfunnsmedisinsk breddekunnskap

Norge har valgt å sikre desentralisert, lokal samfunnsmedisinsk- og smittevern faglig kompetanse gjennom at hver kommune er lovpålagt å ha ansatt kommuneoverlege med bl.a. smittevernansvar. Denne funksjonen kan utføres av en eller flere leger på hel- eller deltid. Kommuneoverlegene representerer en kombinasjon av samfunnsmedisinsk perspektiv, smittevern faglig kompetanse, lokalkunnskap og forankring i primærhelsetjenesten. Dette kan gi god oversikt og tette kontakter med befolkning og viktige aktører, men kan også i noen situasjoner føre til balanseutfordringer mellom ulike roller i lokalsamfunnet. Når det gjelder den tidlige fasen av pandemien, var det blant våre informanter bred enighet om at kommuneoverlegens kunnskap og engasjement hadde stor betydning for hvordan kommunen møtte utfordringen. Dette gjaldt både i kommuner som valgte å gjøre lokale vedtak om smitteverntiltak og i kommuner som valgte å følge de nasjonale tiltakene. Hovedinntrykket var at både kriseledelse og befolkning hadde stor nytte av og stor tillit til kommuneoverlegen(e) sin(e). Tillit er et viktig grunnlag for forankring og gjennomføring av tiltak i krisesituasjoner. Mangelfull forankring og relevans for lokalsamfunn kan bidra til redusert tillit (Longstaff, 2008).

Da pandemien kom i mars 2020 fikk kommuneoverlegene med ett betydelig makt – formelt gjennom smittevernlovens adgang til å fatte hastevedtak om smitteverntiltak, og uformelt gjennom den tilliten som ble vist dem og forventningene til at de representerte nyttig og viktig fagkompetanse. Dette var en ny erfaring for flere av våre informanter. De formidlet at de følte stort ansvar for sin lokalbefolkning, og at de brukte mye tid på å skaffe seg informasjon og søke råd for å kunne gjøre best mulig beslutninger. Noen av informantene fra regionalt og nasjonalt nivå kommenterte at smittevernloven kanskje gir for stor makt til kommuneoverlegen. På den annen side kan det hevdes at farene ved denne maktposisjonen er begrenset fordi det kun er i hastesaker at kommuneoverlegen

har myndighet til å gripe inn på egenhånd, vedtakene har kort gyldighet før de må revurderes, og demokratiet trer i kraft så snart som mulig. Fordelene ved den makten som tillegges kommuneoverlegene er bl.a. den spisskompetansen de innehar om sykdom, smitte og smittevern kombinert med kunnskap om lokale forhold. Dette er gull verdt i hastesituasjoner.

Noen av informantene på statsforvalter- og nasjonalt nivå uttrykte bekymring for kommuneoverlegenes (manglende) kunnskap og kompetanse. Blant våre kommuneoverlegeinformanter var alle enten spesialister eller under spesialisering i samfunnsmedisin. På landsbasis er drøyt halvparten av kommuneoverlegene spesialister eller i ferd med å bli spesialister i samfunnsmedisin (Helsedirektoratet, 2020). Det betyr at bortimot halvparten av kommuneoverlegene ikke har denne kompetansen. Det er bekymringsfullt. En del kommuner sliter med rekruttering til kommuneoverlegestillingene, og kan ha vært uten denne funksjonen i perioder. Behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse på kommunalt nivå er blitt tydelig gjennom koronapandemien. Det bør antagelig være et mål at alle leger i samfunnsmedisinske stillinger er spesialister i samfunnsmedisin eller underveis til å bli det (slik det er et krav om at leger i pasientarbeid skal inneha spesialitet eller være i spesialistutdanning).

I håndteringen av pandemier og lignende kriser er kommunene avhengig av å ha på plass leger med samfunnsmedisinsk og smittevernfaglig kompetanse. Kommuneoverlegene må ha breddekompetanse som sikrer god innsikt og oversikt over problemstillinger som kan oppstå i et lokalsamfunn. Spisskompetanse på smittevern og epidemiologi kan innhentes fra FHI ved behov. På samme måte som fastlegene er breddekompetente i klinisk medisin må kommuneoverlegene være breddekompetente innen samfunnsmedisin, og de må kunne kombinere den medisinskfaglige kunnskapen med kjennskap til det lokalsamfunnet de lever i slik at vurderinger og tiltak blir lokalt tilpasset. Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin skal sette legene i stand til å jobbe samfunnsmedisinsk i alle forvaltningsnivåer (små og store kommuner, fylkeslegenivå, nasjonalt nivå og innen helseforetakene lokalt og regionalt). Ingen annen legespesialitet er så nivåovergripende. Kanskje kunne man tenke seg utvikling av et kompetanseområde innen kommunal samfunnsmedisin som en etterutdanningsmulighet.

5.2 Statsforvalterens komplekse rolle

Smittevern og beredskap reguleres av ulike lover og er organisert i ulike strukturer som dels overlapper. Dette skapte en del forvirring i starten av pandemien, og bidro antagelig til de motsetningene som oppsto mellom nasjonale og lokale myndigheter.

Smittevernloven er forankret i Helse- og omsorgsdepartementet og gir kommunene og kommuneoverlegen stor myndighet til å håndtere en smittesituasjon gjennom (kortvarige) lokale vedtak om smitteverntiltak. Det er kommunestyret som er vedtaksmyndighet, men i hastesaker kan kommuneoverlegen foreta vedtak på delegasjon. Kommunestyret overtar vedtaksmyndigheten så snart det er praktisk mulig. Hastevedtak skal snarest mulig – og senest innen en uke – revurderes. Et hastevedtak må alltid være medisinskfaglig begrunnet, «*være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering*» og baseres på frivillighet (smittevernlovens § 1-5). Statsforvalterens og fylkeslegens rolle er å kontrollere at lokale vedtak om smitteverntiltak er gjort i henhold til smittevernloven. Statsforvalteren og fylkeslegen har derfor vanligvis lite å gjøre med det smittevernrelaterte som sådan. Faglige råd om smittevern innhenter kommuneoverlegen vanligvis direkte fra nasjonalt nivå på FHI. I tillegg kan smittevernnavdelingene i sykehusene rådspørres.

Helsedirektoratet har en tilsvarende rolle nasjonalt som kommuneoverlegen har lokalt, ved at Helsedirektoratet kan foreta nasjonale hastevedtak innen smittevern inntil politiske myndigheter kan overta. Både FHI og Helsedirektoratet er rådgivere for nasjonale politiske myndigheter (regjering og storting), der FHI innehar smittevernrelatert ekspertise, mens Helsedirektoratet har den helsefaglige beredskapsrelaterte ekspertisen og en helhetlig helsefaglig oversikt.

Beredskapsloven er forankret i Justisdepartementet og understreker at kriser skal håndteres av de som har ansvar i en normalsituasjon, nærmest mulig de berørte. Kommunenes kriseledelse har en viktig rolle i dette arbeidet lokalt. På regionalt nivå har statsforvalteren en viktig rolle i arbeidet med regional planlegging, samarbeid og gjennomføring av beredskap og krisehåndtering. Beredskap og krise handler om alle samfunnsområder, ikke bare helse. I en pandemihåndtering vil statsforvalteren forholde seg både til justisdepartementet, helsedepartementet og andre relevante departementer. Statsforvalteren er både nasjonale myndigheters stemme ut mot kommunene og kommunenes stemme inn mot nasjonale myndigheter.

I tillegg til å håndtere ulike roller i smittevernloven og beredskapsloven, må statsforvalteren og fylkeslegen håndtere balansegangen mellom å være både rådgiver og tilsynsmyndighet. Våre informanter på alle nivåer kommenterte denne dobbeltrollen.

Erfaringene som er beskrevet i vårt materiale tyder på at statsforvalterens og fylkeslegens sammensatte roller og oppdrag ikke er erkjent og forstått i tilstrekkelig grad, hverken på kommunenivå, hos statsforvalteren selv eller hos nasjonale myndigheter. Pandemien har bidratt til å synliggjøre og konkretisere disse ulike rollene og funksjonene.

Blant positive erfaringer med statsforvalteren blant våre informanter var etableringen av felles arena for kommuner og helseforetak i lokalsykehusenes nedslagsfelt, der også fylkeslegen deltok. Disse arenaene viste seg å være velegnet til å avklare og avtale lokalt tilpassede løsninger på for eksempel fordeling av smittevernutstyr, testing, pasienttransport m.m

5.3 Smittevern og beredskap i Norge – lokal forankring er en styrke

I motsetning til mange andre land har Norge lovfestet og organisert både smittevern og beredskap med en sterk forankring i kommunene i tråd med ansvars- og nærhetsprinsippene (Meld. St. 10 (2016–2017), 2016). Dette har vist seg å være en styrke. Funnene i vår studie tyder på noen forutsetninger som må være på plass for å gi den norske modellen legitimitet, kraft og resiliens.

For det første må samfunnets og helsetjenestens rammeverk ta høyde for – og anerkjenne – ulikhetene i landet slik at smitteverntiltak kan tilpasses lokale forhold. Flere av våre informanter beskrev den klassiske opplevelsen av at «*de inne i Oslo*» ikke forstår hvordan livet er rundt om i landet, spesielt når det gjelder hvordan vær, geografi, transportmuligheter, infrastruktur og bemanningsutfordringer spiller inn. Det må gjøres tilpasninger for å ta høyde for – og bøte på – de ulempene som følger med disse utfordringene i alle typer tjenester. Slike tilpasninger er nødvendige og har gjerne blitt utviklet over tid med basis i lokalkunnskap. Disse erfaringene var viktige for vurderinger som ble gjort for nødvendigheten av lokale smittevernvedtak. Blant annet det å kjøpe seg tid for å kunne vurdere mange og komplekse faktorer som ikke er like påtrengende for mer sentrale strøk, var et viktig aspekt. Forskning på hva som skaper robusthet i distriktskommuner synliggjør fordelene med korte informasjonsveier, personlig kjennskap, fleksibel bruk av folk (Kobro et al., 2012). Dette ble bekreftet av våre informanter gjennom beskrivelsen av det dynamiske samarbeidet i kriseledelsen, mellom politikere og administrasjon, og internt i kommunen med næringsliv og andre lokale aktører. Mange fortalte hvordan lang samlet erfaring i kriseledelsen bufret prosessene. Andre fortalte at det kunne bli konfliktfylt dersom etablerte strukturer og personer ble utfordret. Våre informanter synliggjorde hvordan ikke bare ytre rammeverk og organisering påvirket prosesser og beslutninger, men også den enkelte aktørens personlighet og innstilling. Vi gikk ikke dypt inn i dette, men inntrykket var at kommuneoverlegenes beslutning om å ta i bruk lokale vedtak om smitteverntiltak eller ikke, statsforvalternes betoning av kontroll eller veiledning, og nasjonale aktørers innstilling til lokal innflytelse til en viss grad var preget av den enkeltes personlige holdninger og erfaringer. Dette er hverken overraskende eller uønsket, men det

understreker at et godt rammeverk må være fleksibelt nok til at både eksterne og interne forhold kan få plass, men samtidig robust nok til at variasjonen ikke blir uhensiktsmessig.

For det andre må det være en god balanse mellom nasjonalt og lokalt perspektiv. Det er vist i internasjonale studier av krisehåndtering at land med desentralisert struktur lykkes bedre og kommer seg raskere tilbake til normal situasjon (Tselios & Tompkins, 2017). Nasjonalt nivå har tilgang til spisskompetent ekspertise og skal ta hensyn til helheten. Kommun nivået har spisskompetanse på de lokale forholdene og hva som skal til for å omsette generell kunnskap til lokal virkelighet. Begge disse perspektivene må ha en stemme for å sikre legitimitet og lojalitet til tiltak. Dette er viktigere jo mer inngripende tiltakene er. Våre funn synliggjør den norske modellens styrke i at kommun nivået har en tydelig og lovfestet rolle i krisehåndteringen, som gir legitimitet til det lokale perspektivet og en lokalt tilpasset håndtering. En utfordring med dette kan være at det blir uhensiktsmessig stor ulikhet i håndteringen av krisen. Våre informanter beskrev for eksempel hvordan ulike smitteverntiltak i nabokommuner kunne føre til problemer for arbeidslivet og utveksling av varer og tjenester. Mange etterlyste bedre samordning, men forslagene til hvilken instans som bør ha samordningsansvar og på hvilket nivå samordningen skal skje bar preg av den enkeltes ståsted og rolle. Noen pekte på interkommunalt samarbeid i bo- og arbeidslivsregionen, andre på at statsforvalteren kunne være rett nivå, noen pekte på sykehusområdet, mens andre ønsket nasjonal håndtering.

For det tredje må det – for å oppnå de to første forutsetningene – finnes fleksible og robuste systemer for dialog og kunnskapsutveksling. Våre informanter beskrev hvordan de brukte de vanlige kanalene for dialog og informasjon, men at disse ikke var tilstrekkelige, og til dels uhensiktsmessige, slik at det også oppsto nye nettverk og kontaktmåter, både formelle og uformelle. Det at systemet tillot og anerkjente en slik 'organisk' utvikling av dialog og informasjonsutveksling ble sett som en fordel. Det bidro til rask kunnskapsdeling og til at flere stemmer – spesielt fra lokalt nivå – fikk plass i diskusjonen og i utvikling av pandemihåndteringen. Mangfold er en viktig forutsetning for utvikling. Nasjonale myndigheters aktive formidlingsstrategi sikret at alle fikk den samme nasjonale informasjonen raskt. Det ga lokale myndigheter, fagfolk og befolkning mulighet til raskt å tilpasse informasjon og smitteverntiltak til sine konkrete utfordringer. Da det oppsto lokale smitteverntiltak som nasjonale myndigheter ikke hadde kontroll på ble det til å begynne med oppfattet som en mulig trussel mot en enhetlig og målrettet nasjonal strategi. Dette fikk preg av en ganske klassisk sentrum-periferi-motsetning (Eidheim, 2020). Det ble fra en del aktører ropt på sterkere nasjonal styring av kommunene. Nasjonale myndigheter valgte (muligens motvillig) aksept og lyttende dialog, noe bidro til at kommuneperspektivet har fått en tydeligere plass i den videre håndteringen av

pandemien. Dette ga i sin tur bedre tilpassede smitteverntiltak og en målrettet bruk av lokale strategier også fra nasjonale myndigheters hånd.

En internasjonal studie som kartla deltakelse i beslutningsprosesser vedrørende koronatilak i begynnelsen av pandemien fant at de fleste land hadde mangelfull involvering av relevante aktører (Rajan et al., 2020). Vellykket håndtering av kriser er avhengig av tillit. I den offentlige debatten om koronapandemien har mange pekt på at det norske samfunnet i stor grad er tillitsbasert. I en norsk artikkel beskrives betydningen av de nasjonale myndighetenes håndtering av pandemien (Christensen & Lægreid, 2020). Vår studie viser betydningen av at også lokalsamfunn har makt og myndighet til å iverksette smitteverntiltak og gi innspill til pandemihåndteringen som er relevant for en lokal kontekst, og dermed viktige for de samlede nasjonale resultatene. Uten den sterke førstelinjen i Norge og viljen til å ta ansvar lokalt ville nasjonale myndigheter trolig ikke hatt samme grunnlag for å lykkes med sin håndtering. Dette er forhold som også beskrives i en studie fra håndteringen av koronapandemien i India (Dutta & Fischer, 2021). Norge har langt på vei et rammeverk som legger til rette for lokal forankring av krisearbeid og smittevern. Likevel viser vår studie svakheter ved eksisterende systemer, og understreker betydningen av et styrket samspill mellom lokale og nasjonale myndigheter.

5.4 Metodediskusjon – styrker og svakheter

I denne kvalitative eksplorative studien har vi intervjuet et bekvemmelighetsutvalg av kommuneoverleger og kommunale kriseledelser i distriktskommuner, fylkesleger, statsforvaltere og nasjonale myndighetspersoner. Utvalget representerte geografisk bredde og erfaringsbredde ved at kommunedeltakerne kom fra kommuner med og kommuner uten lokale smittevernvedtak og ulik erfaring med smitte. En svakhet er at vi ikke hadde med deltakere fra kommuner med ustabil kommuneoverlege-dekning. Flere deltakere fra statsforvalter- og nasjonalt nivå kunne sannsynligvis ha gitt et fyldigere innsyn, men vi vurderte materialet til å være tilstrekkelig rikt til å belyse forskningsspørsmålene. Med vårt fokus på distriktperspektivet har vi sett spesifikt etter erfaringer som kan belyse dette. Forskere med annet ståsted ville kunne ha lagt vekt på andre aspekter.

6 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Utgangspunktet for denne studien var å høste erfaringer fra situasjonen som oppsto da mange norske kommuner – mot anbefalinger fra nasjonale myndigheter – valgte å foreta strengere lokale smittevernvedtak enn de nasjonale tiltakene i begynnelsen av koronapandemien. Vi har undersøkt ulike aspekter ved prosessene rundt de lokale smittevernvedtakene. Fokus har vært på kommuneoverlegers rolle, samarbeidet i kommunal kriseledelse og forholdet mellom lokale og nasjonale aktører.

Studien viser at den norske modellen med sterk lokal forankring av smittevern og beredskap og kommuneoverleger med smittevernfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse og lokalkunnskap er viktig for å sikre forankring og tillit når inngripende smitteverntiltak bestemmes og iverksettes. Likevel peker våre funn på svakheter ved eksisterende systemer, spesielt når det gjelder dimensjonering av kommuneoverlegefunksjonen, statsforvalterens komplekse mellomposisjon og samspillet mellom lokale og nasjonale myndigheter. Den norske modellen må videreutvikles og styrkes på bakgrunn av lærdommene fra koronapandemien.

Vi vil gi følgende anbefalinger basert på våre funn:

- Styrking av kommuneoverlegefunksjonen gjennom større stillinger og tilrettelegging for at kommuneoverlegene er spesialister eller under spesialisering i samfunnsmedisin.
- Statsforvalterens rolle innenfor smittevern og beredskap bør drøftes og tydeliggjøres.
- Møteplassene som ble etablert mellom lokalsykehusene, kommunene i nedslagsfeltet og fylkeslegen er en viktig erfaring å ta med i dannelsen av helsefellesskapene.
- Den norske beredskapsmodellen med desentralisert smittevern står sterkt! Rammeverket bør videreutvikles for å sikre forutsigbarhet og avklarte ansvarsforhold. Samtidig må systemene være åpne og fleksible nok til å gi rom for lokale tilpasninger. Dialog og gjensidig kunnskapsutveksling mellom lokale og nasjonale myndigheter kan sikre en bedre balanse mellom nasjonale og lokale perspektiver.

REFERANSER

- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurethsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Akearok, G. H., Mason, A., Savage, C. & Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Hum Resour Health*, 18(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>
- Agenda Kaupang. (2016). *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* KS FoU R9010. <https://www.ks.no/contentassets/b3154b3436fd4c85beff563a69d17b11/rapport.pdf>
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2020). Balancing Governance Capacity and Legitimacy: How the Norwegian Government Handled the COVID-19 Crisis as a High Performer. *Public administration review*, 80(5), 774-779. <https://doi.org/10.1111/puar.13241>
- Crabtree, B. F., Miller, W.L. (1999). *Doing qualitative research* (2nd ed. utg.). Sage.
- Dutta, A. & Fischer, H. W. (2021). The local governance of COVID-19: Disease prevention and social security in rural India. *World development*, 138, 105234-105234. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105234>
- Eidheim, M. R., Fimreite, A.L., (2020). Geografisk konflikt i det politiske landskapet: En fortelling om to dimensjoner. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 36(2), 56-78. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2020-02-02>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Folkehelseinstituttets anbefaling om lokale karantener og innreiseregler* Publisert 19.03.2020. Hentet 11.04.2021 fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/meldinger/folkehelseinstituttets-anbefaling-om-lokale-karantener-og-innreiseregler/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)* (§ 27). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Fors, M. (2018). Geographical Narcissism in Psychotherapy: Counter-mapping Urban Assumptions About Power, Space, and Time. *Psychoanalytic psychology*, 35(4), 446-453. <https://doi.org/10.1037/pap0000179>
- Forskrift om kommunal beredskapsplikt. (2011). *Forskrift om kommunal beredskapsplikt (FOR-2011-08-22-894)* Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-08-22-894>
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Norges Grunnlov (LOV-1814-05-17)* (§ 49). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1814-05-17>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Veileder til kommunene om lokale karantener eller innreiserestriksjoner i forbindelse med utbruddet av Covid-19* (I-4/2020) [Rundskriv].

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)* (§ 5-5). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helseberedskapsloven. (2000). *Lov om helsemessig og sosial beredskap (LOV-2000-06-23-56)* (§ 2-2). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2000-06-23-56>
- Helsedirektoratet. (2020). Rapport - Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen.
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (LOV-2001-06-15-93)* Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>
- Kobro, L. U., Vareide, K. & Hatling, M. (2012). Suksessrike distriktskommuner. En studie av kjennetegn ved 15 norske distriktskommuner. I. Telemarksforskning.
- Koronaloven (midlertidig lov). (2020). *Midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av utbrudd av Covid-19 mv. (LOV-2020-03-27-17)* Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2020-03-27-17>
- Longstaff, P. H., Yang, Sun-Ung, . (2008). Communication Management and Trust: Their Role in Building Resilience to “Surprises” Such As Natural Disasters, Pandemic Flu, and Terrorism. *Ecology and society*, 13(1), 3. <https://doi.org/10.5751/ES-02232-130103>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Meld. St. 10 (2016–2017). (2016). *Risiko i et trygt samfunn — Samfunnssikkerhet*. Justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-10-20162017/id2523238/>
- Rajan, D., Koch, K., Rohrer, K., Bajnoczki, C., Socha, A., Voss, M., Nicod, M., Ridde, V. & Koonin, J. (2020). Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Glob Health*, 5(5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>
- Rønnevik, D. H. (2018). Kommuneoverlegeforum – en oversikt. *Utposten*, 2. <https://www.utposten.no/i/2018/2/utposten-2-2018-a-975>
- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55)* (§ 7-2). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61)* Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Tselios, V. & Tompkins, E. (2017). Local government, political decentralisation and resilience to natural hazard-associated disasters. *Environmental hazards*, 16(3), 228-252. <https://doi.org/10.1080/17477891.2016.1277967>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv kommuneoverleger (tilpassede informasjonsskriv ble laget til de ulike deltakerne)

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Lokalt smittevern i distriktskommuner i Norge og andre land under Covid19-pandemien»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utvikle kunnskap om hvordan lokale perspektiver kan få betydning for differensiering av nasjonale tiltak. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

Koronapandemien førte vinteren 2020 til at nasjonale myndigheter verden over satte i verk smitteverntiltak av ulikt omfang. I Norge ble de nasjonale tiltakene annonsert 12.03.2020. Smittespredningen var stort sett knyttet til de store byene. De nasjonale tiltakene tok ikke hensyn til at ulike kommuner og regioner befant seg i ulike faser av pandemien. Mange distriktskommuner, og også bykommunene i Nord-Norge, vedtok derfor lokale karantenerregler til tross for at nasjonale myndigheter frarådet dette. De lokale vedtakene skapte mye diskusjon og til dels konflikt mellom kommunene og sentrale myndigheter.

Formålet med denne studien er å utvikle kunnskap om hvordan lokale perspektiver kan få betydning for differensiering av nasjonale tiltak. Vi vil undersøke ulike aspekter ved valg av lokale smittevernstrategier i distriktskommuner i Norge under koronapandemien. Fokus vil være på kommuneoverlegers rolle, samarbeidet i kriseledelsen og forholdet mellom lokale og nasjonale aktører.

Vi planlegger en intervjurunde før sommeren 2020 og en runde i løpet av høsten 2020.

Aktuelle tema som belyses i intervjuene er:

- Hvilke erfaringer og refleksjoner har kommuneoverleger med smittevernansvar i distriktskommuner om samarbeidet på lokalt nivå og mellom lokalt, regionalt og nasjonalt nivå om effektivt smittevern i lys av korona-pandemien?
- Betydning av lokalkunnskap
- Rådgiverrollen i kommunen

- Betydningen av nettverk

Denne intervjustudien er en del av et større forskningsprosjekt i regi av NSDM, som også samarbeider med andre land om en internasjonal vinkling.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

- Det er forskere i Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved UiT Norges arktiske universitet som er ansvarlig for prosjektet og som gjennomfører studien. Anette Fosse er prosjektleder.
- Vi planlegger et samarbeid med Senter for samisk helseforskning.
- Den internasjonale delen vil være et samarbeid med Northern Periphery and Arctic Programme COVID-19 Response Group og Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju deg fordi du er kommuneoverlege med smittevernansvar i en distriktskommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Du inviteres til å delta i et nettbasert individualintervju. Spørsmålene vil omhandle de aktuelle teamene spesifisert over.
- Det vil være to forskere tilstede på nett under intervjuet. Den ene vil stille spørsmål. Den andre vil notere underveis. Vi vil i tillegg ta opp intervjuet på bånd. Lyddopptaket vil skrives ut i etterkant.
- Intervjuet vil vare ca 30-60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Forskere i prosjekt-teamet vil ha tilgang til råmaterialet med personopplysninger.

- Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- I rapporteringen og analysen av intervjuene vil det ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.04.2022.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes ved prosjektets slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

- Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.
- På oppdrag fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin, ISM, UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, ISM, UiT ved Anette Fosse, telefon 91622312, anette.fosse@uit.no

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, epost: personvernombud@uit.no, telefon: 776 46 322 og 976 915 78

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



Anette Fosse

Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Lokalt smittevern i distriktskommuner i Norge og andre land under Covid19-pandemien», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide kommuneoverleger (tilpassede intervjuguider ble laget for de ulike deltakerne)

Intervjuguide kommuneoverleger/smittevern i distriktskommuner - individualintervju

Erfaringer med rollen som smittevernlege under koronapandemien – nasjonale smitteverntiltak og betydningen av lokalkunnskap

Formål

Formålet med denne studien er å utvikle kunnskap om hvordan lokale perspektiver kan få betydning for differensiering av nasjonale tiltak. Vi vil undersøke ulike aspekter ved

valg av lokale smittevernstrategier i distriktskommuner i Norge under koronapandemien. Fokus vil være på kommuneoverlegers rolle, samarbeidet i kriseledelsen og forholdet mellom lokale og nasjonale aktører.

Informasjon om følgende presenteres før intervjuet

- Taushetsplikt og anonymitet
- Lydopptak
- Samtykkeerklæring
- «Kjøreregler» for intervjuet

Tema

- Rammevilkår
- Vurdering av egen smittevernkompetanse
- Smittevernplan/pandemiplan?
- Stillingsstørrelse
- Vedtaksmyndighet/delegasjon
- Avklarte ansvarsforhold?

Samarbeid

- Samarbeid internt i kommunen – hvilke aktører, hvordan
- Samarbeid med kolleger i andre kommuner
- Forhold til Fylkeslegen
- Forhold til nasjonale myndigheter
- Nettverk med andre kommuneoverleger?

Informasjonsarbeid

- Kommunikasjon med befolkningen, media
- Informasjon til tjenesteapparatet.

Nasjonale – kommunale tiltak

- Betydning av lokalkunnskap
- Implementering av nasjonale tiltak
- Evt lokale tiltak? Hvorfor?

- Rådgiverrollen i kommunen

Diverse

- Hvordan er det å ha ansvar for en smittevern mot et virus med stor usikkerhet knyttet til seg, mtp sykdomsutvikling og immunitet? Hvordan forholde seg til så mye informasjon uke etter uke?
- Tanker om forbedringer
- Hva har vært den/de største utfordringene så langt?