



# Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

Notat

## Referat fra Koronakommisjonens intervju med Line Vold, Geir Bukholm og Preben Aavitsland ved Folkehelseinstituttet

Intervju av	Line Vold, Geir Bukholm og Preben Aavitsland, Folkehelseinstituttet
Sted	Kommisjonens lokaler
Tid	13. januar kl 16-18
Intervjuere	Stener Kvinnsland, Leder av Koronakommisjonen Egil Matsen, Toril Johnsson, Geir Sverre Braut
Kommisjonsmedlemmer til stede digitalt	Knut Erik Dybdal, Tone Fløtten
Intervjuobjektets bisittere	
Referent	Siri Halvorsen, sekretariatsleder og Kaja Foss, sekretariatet

### 1. Innledning av samtalen

Utvalgsleder presenterte kommisjonens medlemmer og sekretariat som var til stede og som fulgte intervjuet digitalt.

Sekretariatsleder gikk gjennom en del formaliteter knyttet til gjennomføringen av intervjuet, og påpekte at det skrives referat og tas lydopptak fra samtalen. Sekretariatsleder orienterte om at referatet og lydopptaket er interne dokumenter, som kommisjonen i utgangspunktet ikke gir innsyn i. Når arkivet overleveres til Arkivverket, vil offentlighet vurderes av Arkivverket etter offentleglova. Sekretariatsleder viste til at taushetserklæring er signert og understreket at brudd på taushetsplikt kan medføre sanksjoner. Sekretariatsleder presiserte at Vold, Bukholm og Aavitsland er underlagt instruks om å forklare seg/bidra til kommisjonens arbeid, jf. statsministerens instruks om tilgang til opplysninger for Koronakommisjonen. Den som intervjues kan uten hinder av taushetsplikt gi Koronakommisjonen opplysninger som er nødvendige for kommisjonens arbeid, jf. lov om informasjonstilgang m.m. for Koronakommisjonen § 2.

Kommisjonen vil følge praksis fra tidligere granskningskommisjoner: I utgangspunktet er det kun ledere som vil bli navngitt. Når det gjelder de konkrete intervjuobjektene må de klargjøre det selv. Dette innebærer likevel ikke en garanti for at ikke også andre personer kan bli identifisert ut fra konteksten i rapporten.

**Kvinnsland:** For å få lederspørsmålet ut av verden, hvem er sjef for hvem blant dere tre her?

**Vold:** Det er Geir som er sjef.

**Bukholm:** Ja, inntil jeg gikk over i den rollen jeg har akkurat nå, som midlertidig leder av Koronavaksinasjonsprogrammet, der jeg er ute av linjen.

**Kvinnsland:** Akkurat. Hvem er det da som er sjef?

**Vold:** Camilla som er sjef for meg og Geir. Siden Geir har trådt ut av sin vanlige rolle, så er han ikke sjef for meg akkurat nå. Så da er det Gun Peggy Knudsen og Camilla som er sjef.

**Aavitsland:** Jeg sitter i staben til Geir og jeg har ingen lederfunksjon. Men jeg har heller ingenting imot å bli navngitt eller sitert noe sted.

## 2. Innledende spørsmål

### Tema: Beredskap og planer

**Kvinnsland:** Har FHI hatt en optimal organisering i forhold til disse tider som har vært?

**Bukholm:** En optimal organisering? Ja, vi hadde en beredskapsplan og vi var relativt raske med å få etablert en struktur i henhold til planen. Jeg mener at vi har hatt en god organisering. Så har vi gjort justeringer av den organiseringen underveis, slik at vi har forsøkt å optimalisere den ytterligere.

**Kvinnsland:** Men, lå det i planene at det skulle skje dersom situasjonen oppstod?

**Bukholm:** Ja, det lå i planen at i en krisesituasjon kunne vi gå over i en beredskaps[organisering]. Vi hadde en gradering av beredskapsnivå som vi da gikk inn i. Jeg husker ikke datoen, men ganske tidlig.

**Kvinnsland:** Før 12. mars, eller?

**Vold:** Dette har vært en gradvis utvikling av organisering over tid. Vi begynte med å nedsette en «utbruddsgruppe», slik vi alltid gjør når det er et utbrudd. Med den kompetansen som vi trenger fra ulike miljøer ved instituttet. Så ble utbruddet etter hvert stort, og da trengte man mer ressurser. Slik har vi gradvis trappet opp i henhold til den planen.

**Kvinnsland:** Man ser at det er behov for modifikasjoner, men altså planen skisserer grovt hvordan det skal se ut hvis en sånn situasjon oppstår?

**Bukholm:** Ja, det er som Line sier at linjeorganisasjonen vår har en plan for hvordan vanlig utbrudd håndteres. Det håndteres blant annet i en avdeling hvor lederen er tillagt en spesiell rolle for koordinering av større utbrudd. Men, så var jo neste trinn å oppgradere til et krisenivå.

**Kvinnsland:** Beredskap og planer er det første tema vårt. Norge var godt forberedt og Norge var dårlig forberedt. Hva var det med denne pandemien som var så annerledes enn det en hadde sett for seg?

**Bukholm:** Den har hatt et mye større omfang og varighet enn pandemier vi har hatt tidligere. Det er klart at beredskaps- og kriseplaner ikke nødvendigvis har vært tilpasset kriser som har vart over så lang tid.

**Kvinnsland:** Betyr det at du legger først og fremst vekt på at det strekker ut i tid, snarere enn naturen på krisen?

**Bukholm:** Ja, alvorlighetsgraden på krisen er jo åpenbar. Men, det at vi har vært i krise over så lang tid er nokså uvanlig. Jeg tenker at planverket er ikke nødvendigvis tilpasset det.

**Kvinnsland:** For å følge opp det du sier det. Planverket hadde en slags historisk forankring i det som hadde vært?

**Bukholm:** Ja.

**Vold:** Planverket som de fleste i kommunene er kjent med og har øvd på, tar nok mer høyde for at det skal være tale om en pandemi som forårsakes av influensa, enn av andre agens. Så det var pandemiplaner som mange ville ta utgangspunkt i, for denne her type hendelse også. For eksempel dette med vaksineutvikling, det ville jo vært et litt annet bilde hvis det var influensa det var snakk om.

**Aavitsland:** Det som gjorde det litt spesielt var at vi hadde en pandemiplan for influensapandemi. Samtidig hadde vi en nasjonal beredskapsplan for alvorlige smittsomme sykdommer. I begynnelsen strevde vi med å plassere hva slags sykdom dette var. Er vi i influensaland med en sykdom som er nokså smittsom, kanskje med et reproduksjonstall opp mot 1,5 og en viss dødelighet. Eller er vi mer over i den gamle SARS-sykdommen, med en letalitet på 10 %. Hvis det hadde vært influensapandemi så hadde vi en detaljert influensapandemi plan. Hadde det vært mer som SARS-sykdommen, så hadde vi denne beredskapsplanen for alvorlig smittsomme sykdommer. Den var nok var tiltenkt sykdommer av typen EBOLA. Men, vi var liksom et sted midt imellom. Vi valgte å ta utgangspunkt i den nye beredskapsplanen for alvorlige smittsomme sykdommer. Den var helt fersk og kom i desember 2019. Begrunnelsen var at denne sykdommen hadde et nokså høyt spredningspotensial, og en viss dødelighet. Selv om vi var veldig usikre på hvor stor det var.

**Kvinnsland:** Det er jo slik at dette på mange måter har vært en annonsert krise. Uten at det har noe med etterpåklokskap å gjøre. Pandemier vært på toppen både når det gjelder sannsynlighet og konsekvens i en rekke sammenhenger, senest fra DSB i oktober 2019. Uten å snakke spesifikt om Folkehelseinstituttet, var vi dårlig forberedt?

**Vold:** Nei, jeg mener ikke vi var dårlig forberedt. Man kan helt sikkert peke på punkter vi kunne vært bedre forberedt på. Det har vi jo fått noen påminnelser om gjennom pandemien. Men at Norge som sådan var dårlig forberedt, det synes jeg ikke. Det er ikke bare hvordan vi opererer innenfor helsesektoren, men hele samfunnet og hvordan det er strukturert. Det er en styrke for oss i håndteringen av pandemien, sammenlignet med hvordan situasjonen er i ganske mange andre land. Og at vi har et system med en befolkning som har stor tillit til myndighetene generelt, ikke bare helsevesenet, men myndighetene. Vi har ordninger som gjør at man får kompensasjon økonomisk hvis det trengs. Vi har alle disse strukturene på plass, som gjør at vi som samfunn er bedre forberedt på den her type krise enn veldig mange andre.

**Kvinnsland:** Vi hører hva du sier, og det er klart en del av problemstillingen. Vi var godt rustet, men vi var ikke spesielt godt forberedt?

**Aavitsland:** Vi på FHI kjenner ikke detaljer i landets beredskap i sykehus og spesialisthelsetjenesten, så det er litt vanskelig å kommentere. Men det vi kan kommentere er det vi særlig ser, som har skjedd på smittevernområdet i Norge de siste årene. Dette startet jo i stor grad etter 9/11 i USA og anthrax-angrepene som kom i kjølevannet av det. Da satset departementet på å bygge opp kompetanse og ressurser på FHI. Vi sendte folk til Europa for å lære. Vi forsterket og bygget ut laboratoriene våre, økte staben, forbedret overvåkningssystemet og bidro sammen med departementet og andre etater til ulike strategiplaner for antibiotikaresistens, sykehushygiene og så videre. De siste 20 årene har det skjedd mye på smittevernområdet. Vi fikk også mye praktisk øvelse i håndtering av en rekke utbrudd som her vært de siste årene. Legionellose-utbruddet i Østfold, og giardiasis-utbruddet i Bergen, det store E-coli utbruddet i 2003, og en rekke andre utbrudd som har gjort at instituttet har fått trent sin kompetanse med tanke på å oppdage og håndtere utbrudd. Alt det har jo vært til nytte i denne situasjonen.

**Kvinnsland:** For å være veldig konkret, hadde FHI en rolle i de scenarioutviklingene som DSB gjorde? Var dere direkte involvert?

**Aavitsland:** Ja, disse risikorapportene til DSB der de løfter frem 10 scenarier, og som de reviderer, de kommer vel annet hvert år.

**Kvinnsland:** Den siste var fra oktober 2019.

**Aavitsland:** Ja, vi har vært involvert i utformingen av de scenariene, både det som gjaldt MRSA og det som gjaldt pandemier. Om vi ikke var med akkurat i oktober 2019, så er det scenarier som har gått igjen. Vi har vært med i tidligere faser.

**Kvinnsland:** Rapportene har en konkret innretning, for eksempel at det kan bli så og så mange dødsfall, en gitt letalitet osv. Det har også vært gjort økonomiske analyser. Hvorfor inneholder ikke scenariene bruk av disse kraftige smitteverntiltakene, som de vi har hatt i bruk under nedstengningen. Derfor jeg kommer tilbake til forberedthet, du sier vi var godt forberedt og jeg spør; Var vi det?

**Vold:** Nei, jeg vil jo si at bruken av tiltakene som nå er på plass, de har vi ikke øvd mye på.

**Kvinnsland:** Nei, men har den vært langt fremme i diskusjonene? Også sett fra deres perspektiv?

**Vold:** Noen av tiltakene, men ikke når det kommer til det nivået og det omfanget som er nå. Det er tiltak som vi ikke helt har øvd på. Portforbud, som vi fortsatt ikke tror blir nødvendig i Norge, er ett eksempel på et strengt tiltak som ligger i verktøykassen. Vi har visst om at de ligger der hele tiden, men vi har veldig sjeldent måttet bruke den type verktøy som brukes nå.

**Kvinnsland:** Er det feil å si at planverket fra FHIs side, har forankring i influensaerfaringene og ikke tar utgangspunkt i et virus, hvor en hel befolkning er immun naive?

**Aavitsland:** Jeg vil si at de fleste tenker på influensa i forbindelse med pandemi. Dere vil se at i influensapandemiplanen er det ganske grundig drøftet ulike smitteverntiltak. Der drøftes også stenging av skole. Også i den nasjonale beredskapsplanen for alvorlig smittsomme sykdommer, er man innom ulike kontaktreducerende tiltak. Men på nasjonalt plan, og i det omfanget som vi har nå, var nok ikke langt fremme i tankegangen. Selv om vi var innom

kontaktreduserende tiltak for hele befolkningen, når vi bidro i arbeidet med den nasjonale beredskapsplanen. Det var sommeren og høsten 2019.

**Kvinnsland:** Det er for å forstå hva som var forberedt. De historiske erfaringene og innretningen på planarbeidet innenfor pandemiområdet, knyttes vel først og fremst til sykdommen og sykdommens karakter, i tillegg til dens direkte konsekvenser? Men, kanskje ikke de voldsomme konsekvensene av smitteverntiltakene som sådan, og det bærer vel planverket preg av? For eksempel med hensyn til skolestenging, som nok kunne vært forberedt på en helt annen måte, hvis man hadde tenkt tanken. Det er det som er poenget mitt når jeg snakker om forberedthet.

**Vold:** Som Preben peker på, er det kanskje ikke skolestengningen vi var minst forberedt på. Det er i alle fall inne i tankegangen når det gjelder hva som kan være aktuelt ved influensapandemier. Jeg ville heller pekt på de mer inngripende tiltakene som er innført på nasjonalt plan, og som har store økonomiske konsekvenser nå. De lå lenger utenfor det vi var forberedt på.

**Kvinnsland:** Hvis du ser på den totale erfaringen, med effekten på utdanningssystemet av det som har foregått dette året. Så, vil andre trekke en helt annen konklusjon, hvis du ser på de langsiktige effektene.

**Vold:** Det var ikke ment som et innspill på at tiltaksbyrden ikke er enormt stor. Kostnadene er også enormt store fordi du lammer hele resten av samfunnet også.

**Kvinnsland:** Er det en feilaktig påstand at verken beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsom sykdommer eller pandemiplanen inneholdt scenarier der det skulle tas i bruk så omfattende smitteverntiltak?

**Aavitsland:** Ja, hvis du sier scenarier. Denne alvorlighetsplanen, som vi pleier å kalle den, er innrettet etter en «ebola-tankegang». Det innebærer en geografisk avgrenset situasjon der pasienter overføres inn i en avansert ambulanse for å transportere dem til Ullevål. Men, det er ikke tegnet noen scenarier der en nasjonal epidemi forårsaker bruken av disse omfattende tiltakene. I matrisen for smitteverntiltak som vises i planen er befolkningsrettete kontaktreduserende tiltak nevnt. Men, det er ikke tegnet ut noe ordentlig scenario.

**Vold:** Det ligger inne i de første risikovurderingene, der har vi kontaktreduserende tiltakene inne som tiltak. Og en vurdering av når de er aktuelle.

**Kvinnsland:** Smittestrategi eller bekjempelsesstrategi, har vært en pågående debatt i samfunnet. Enten å la sykdommen langsomt gli igjennom befolkningen eller å slå ned den og håpe på bedre tider, med medikamenter eller vaksiner. Hvordan er deres blikk på situasjonen i dag? Det kan påstås at dere var mest på den «ta det litt sånn rolig og langsomt over tid»-holdningen, til at man ble enige om at det var en slå ned strategi som var det riktige.

**Vold:** Jeg er ikke helt enig i påstanden. For jeg tror det har med semantikk å gjøre, hvordan man har ordlagt seg. Det var vel ingen som gikk for den slå ned og få viruset ut av landet strategien? Men, det var kanskje sånn det ble forstått i media, når man sa «slå ned»-strategien. De facto var at man forsøkte å holde smitten nede, og det var prinsippet både for FHI og regjeringens side.

**Kvinnsland:** Det var det med belastningen på helsetjenesten som var det vesentlig grenseoppsettende, versus det å la smitten gå langsomt gjennom samfunnet. Kanskje litt som svenskene har tenkt? Dere mener at FHI ikke har stått for det?

**Vold:** Nei, det kjenner vi oss ikke igjen i.

**Bukholm:** Nei, det gjør vi ikke. Vi mener at vi har holdt oss til samme strategi hele tiden, og det har aldri vært noen tenkning om at man skulle la det skli gjennom. Men, det var et tidspunkt hvor ordbruken skiftet, og mange har kanskje hengt seg opp i det? Men jeg tenker at strategien har vært ganske sammenhengende.

**Kvinnsland:** Og i utvikling, etter hvert som pandemien skred frem vil du vel kanskje si?

**Bukholm:** Ja.

**Aavitsland:** Jeg er enig i det som Line og Geir sier. Fra starten av, (dere kan lese det i våre risikovurderinger fra 28. januar, 25. februar og 12. mars) var vi mest opptatt av å lære så mye som mulig om hva for slags epidemi og sykdom dette er, for å kunne gi en best mulig strategi. Vi så at det var unngåelig at epidemien ville komme til Norge, men vi sa at det var ønskelig å forsinke oppstarten lengst mulig. Når den så kom var målet å bremse den og holde den nede, slik at antallet tilfeller ble mindre. Vi ønsket å holde den under kontroll hele tiden. Det er blitt regjeringens strategi også, at man skal holde smitten nede for at helsetjenesten ikke skal overbelastes. Jeg vil ikke si at vi så for oss å la epidemien løpe løs, det vi fryktet var at det var unngåelig at den ville komme.

**Kvinnsland:** Vi kan komme tilbake til det. Det vil være diskusjoner om når man skal slå til, sett opp mot øyeblikksbildet og sannsynligheten for hva som vil komme til å skje. Når slår man til?

## **TEMA: Nedstengningen 12. mars**

**Matsen:** Vi ønsker å snakke om selve beslutningen som ble tatt 12. mars og oppløpet til den. En grunn til at vi stiller dette spørsmålet er for å kartlegge om det har vært ulike vurderinger av hvordan man skal håndtere smitten. Det vil si, skal man la sykdommen gå gjennom befolkningen, eller skal kapasiteten i helsevesenet styre smitteverntiltakene. Vi har sett i dokumentene vi har mottatt, at det var en viss uenighet ved CBRNE senteret på Ullevål i slutten av februar, når de har kommentert risikovurderingene fra FHI. Det er bakteppet for at vi ønsker å høre om strategien som ble valgt også var den som FHI anbefalte i sine råd gjennom februar og tidlig mars?

**Bukholm:** Ja, jeg tror det. Og, jeg tror at noe av diskusjonen og det som eventuelt kan ha fremkommet som uenighet, er tidspunktet for når man skulle sette inn de mer virkningsfulle tiltakene. Det var hele tiden en vurdering av tidspunktet, fordi vi måtte ta hensyn til ulike forhold. Blant annet på hvilket tidspunkt vi ville kunne skape en forståelse i befolkningen. Det var viktig for at tiltakene faktisk skulle få den etterlevelse som var nødvendig for at vi kunne få den effekten man ønsket. Det kan nok ha vært ulike vurderinger fra andre aktører, særlig innenfor denne gruppen av beredskapsutvalget, som antagelig du henviser til. Når det gjelder CBRNE-senteret, var noen kanskje litt mer ivrige enn det vi var for å iverksette omfattende tiltak. Men, jeg tror ikke det var en konsekvens av en veldig forskjellig vurdering av situasjonen og den langsiktige strategien, det var mere en vurdering av det riktige tidspunktet for å sette inn tiltakene.

**Matsen:** Takk. Så da kommer jeg til å gå litt over til selve beslutningen om det som på det tidspunktet ble kalt «de mest inngripende tiltakene i Norge etter krigen», altså de beslutningene som ble tatt 12. mars. En grunn til at vi velger å bruke litt tid på det nå, selv om det er beskrevet i pressen med diverse koloritt, er at vi finner lite skriftlig dokumentasjon i offentlige dokumenter for de tiltakene som faktisk ble iverksatt 12. mars. Lite, i den forstand at det er offisielle dokumenter. Kan Bukholm si litt om de ulike aktørenes rolle frem mot

avgjørelsen om å stenge ned 12. mars? Når jeg sier aktørene tenker jeg på Helsedirektoratet og FHI, men jeg tenker også på HOD, og hvorvidt statsministerens kontor var tungt involvert i de dagene.

**Bukholm:** Det var en smittesituasjon som forverret seg frem mot særlig 10. mars. Det var et møte i beredskapsutvalget 10. mars. Det ble signalisert fra Folkehelseinstituttet både i forkant av og i møtet, at vi vurderte situasjonen som såpass alvorlig at man måtte iverksette mer inngripende tiltak. Så skjedde det ganske mye på de dagene, fra 10. til 12. mars, før vedtaket endelig ble fattet. Det var blant annet et veldig tydelig initiativ fra FHI i forkant av møtet, som begynte å utvikle seg i løpet av de to dagene. I tillegg var det møter i både regjeringens koronautvalg og -kriseutvalg i løpet av de dagene. Vi fikk ganske tydelige tilbakemeldinger fra politisk nivå, hvordan man vurderte situasjonen.

**Kvinnslund:** Hvem var adressat? Det du sa om at initiativet ble tatt fra deres side.

**Bukholm:** Det var helsedirektøren. På det tidspunktet benyttet man fremdeles det oppsatte planverket, fullmakten i smittevernloven og planverket for øvrig for å styre krisen. Beredskapsutvalget hadde også en samordnende rolle for å koordinere på tvers av sektorer. Det var før regjeringen eller departementet overtok den reelle koordineringen av styringen fremover.

**Matsen:** Skal vi forstå det slik at selve initiativet til å iverksette disse tiltakene kom fra FHI?

**Bukholm:** Ja. Det gjorde det.

**Matsen:** Men selve beslutningen da, hvem tok den?

**Bukholm:** Selve beslutningen 12. mars, den tok i stor grad Helsedirektoratet. Men, det var etter en prosess som dels foregikk i beredskapsutvalget og dels i en dialog mellom ledelsen i FHI og Helsedirektoratets i dagene før. I tillegg til prosesser som foregikk (jeg vet ikke om det het regjeringens koronautvalg allerede da) i en gruppe med regjeringsmedlemmer som holdt seg oppdatert og orientert om krisens utvikling, og regjeringens kriseutvalg.

**Matsen:** Du nevnte tidligere at det kunne vært meningsforskjeller mellom ulike aktører om det riktige tidspunktet for tunge tiltak. Er det riktig forstått at når vi snakker om 10., 11. og 12. mars, så mente FHI at det var riktig tidspunkt?

**Bukholm:** Vi vurderte at det var riktig tidspunkt da, ja.

**Matsen:** Det er en risikorapport fra dere som er datert 12. mars, og som antyder at det fortsatt kan være riktig å avvente litt og innhente mer kunnskap. Forstod jeg Aavitsland riktig her tidligere? Men, da var den allerede litt utdatert?

**Bukholm:** Nå husker ikke jeg helt ordlyden i den risikorapporten av 12. mars. Den har sikkert du Preben present, siden du har ført den i pennen i stor grad? Men vår vurdering, altså Camilla Stoltenbergs og vårt innspill til Helsedirektoratet var jo ganske tydelig den 10. mars.

**Aavitsland:** Vi jobbet i dagene rundt 7. mars, og så hadde vi ett førsteutkast på den rapporten. Så var det et seminar rundt 9. mars med intensivlegene. Vi sendte over et utkast til Helsedirektoratet og departementet av den risikovurderingen, og så kom den endelige versjonen 12. mars. Der drøftet vi nettopp de kontaktreduserende tiltakene. Jeg husker ikke helt formuleringene, om vi ba dem om å vente med disse tiltakene, det er jeg litt usikker på. Vi skisserte i hvert fall en rekke av de tiltakene som senere ble vedtatt. Akkurat de dagene

der, så skjedde det jo veldig mye. Jeg husker at den 12. mars, at vi hadde et seminar for landets kommuneleger og intensivleger. Da stod det på det ene lysbilde mitt «tiltak som kommer snart», og det ble nevnt at arrangementer ville bli avlyst og at det ville iverksettes andre kontaktreduserende tiltak. Det ble jo snart, fordi det skjedde noen timer senere. Når vi var ferdig med seminaret, så kom pressekonferansen.

**Vold:** De dagene foreslo vi også tiltak for å redusere risiko for importsmitte. Ved å gi råd om å unngå reiser til en del land, også i Europa. Jeg husker ikke helt datoene, men det var rett før 12. mars. Vi fikk tilbakemeldinger om at det var drastiske tiltak å foreslå. Etterpå skjedde det mye veldig raskt de neste dagene.

**Bukholm:** Et annet eksempel var avlysningen av publikums adgang til Holmenkollen skifestival, som skjedde like før. Det var også en vurdering som ble gjort fra den ene dagen til den andre.

**Matsen:** Det kom mye og ny informasjon hele tiden, særlig vi som har stått på utsiden så jo det. Men, hva var det som var avgjørende for beslutningen? Var det smittesituasjonen slik ECDC rapporterte eller var det de danske beslutningene? Kan dere sette fingeren på hva som var virkelig var det avgjørende?

**Vold:** Jeg mener at det var sammensatt. Det var ikke en enkelt bit av det, det var det samlede bildet.

**Bukholm:** Det var sammensatt. Men, det var vel både vurderingen av den internasjonale situasjonen og hendelsene rundt oss. Man begynte å finne flere og flere smittetilfeller, hvor man ikke kunne gjøre rede for smittekjeden. Det var nok ganske avgjørende.

**Vold:** Det er også pekt på av media, at det var totalbildet som var avgjørende.

**Matsen:** Var de smittetilfellene man ikke klarte spore, et resultat av import?

**Vold:** Alle var jo det.

**Matsen:** Men, var importen større enn dere trodde?

**Vold:** Ja, til å begynne med hadde vi testkriterier som reflekterte hvor vi mente smitten kom fra. Derfor la vi vekt på å teste reisende fra land som vi visste at representerte en risiko, for vi hadde jo en begrenset testkapasitet. Så hadde smitten bredt seg raskere enn man hadde fanget opp i Europa. Det at vi fikk så pass mye smitte fra vinterferie i Østerrike, gikk under radaren til å begynne med, fordi det ikke falt under testkriteriene. Det var ikke på det tidspunktet flagget som et land med mye smitte.

**Matsen:** Som tidligere nevnt har vi ikke funnet mye skriftlige begrunnelser for valg av tiltakene som ble iverksatt i 12. mars. Derfor er det viktig for oss å spørre dere om hvilke analyser og avveininger som ble gjort mellom sykdomsbyrde og tiltaksbyrde før beslutningene ble tatt?

**Bukholm:** Jeg er litt usikker på hva du spør om. Det var en analyse av hvilke tiltak som ville kunne ha størst innflytelse på potensiell smittespredning. Vi kommer jo sikkert til det senere, for der var vi litt uenige med Helsedirektoratet i noen av de detaljene rundt det. Men, det spørs hva du spør om.



**Matsen:** Hvilke avveininger ble gjort av de samfunnsmessige konsekvensene, forholdsmessigheten, på det tidspunktet?

**Vold:** Jeg tror alle kunne ønsket seg bedre oversikt over tiltaksbyrden. Det har vært pekt på av mange hele veien. Det å ha god nok oversikt over tiltaksbyrden ved de ulike tiltakene er krevende når man skal handle så raskt.

**Aavitsland:** I risikovurderingene vi gjorde, så drøftet vi teoretisk hvilke ulemper de ulike tiltakene kunne ha. Hva som burde være nødvendig kunnskap før man innførte sånne tiltak. Men, det er et litt vanskelig punkt, fordi det er uavklart hvem som egentlig skal gjøre forholdsmessighetsvurderinger. Vi ser det som vår oppgave å overvåke epidemien, gjøre risikovurderinger, foreslå tiltak og strategi. Men, er det også vår oppgave å vurdere tiltaksbyrden, eller er det en oppgaven for den som beslutter et tiltak? Vi valgte å peke på utfordringene. I risikovurderingene så sa vi at skolestenging er et tiltak som er brukt mot influensa, vi viste at vi var usikre og påpekte ulemper. Tanken var at hvis det skulle bli aktuelt, så måtte noen sette seg ned å vurdere tiltaksbyrden. Vi forstår at det i liten grad er blitt gjort av noen. Ingen har tatt den ballen.

**Vold:** Det er fortsatt litt uklart for meg, hvem som har ansvaret for å utrede tiltaksbyrden i andre sektorer. Hvem er det som ser på tiltaksbyrden av skolestenging, bredt sett. Vi har tatt initiativ til å sette opp et system for å få en mer kunnskapsbasert tilnærming til tiltaksbyrde, som vi tenker ville vært nyttig å ha tidligere. Men, vi har jo ikke spisskompetanse på tiltaksbyrde i andre sektorer. Det er heller ikke vi som forvalter lovverket. Derfor har vi ikke ment at det er naturlig at det er vi som skal gjøre det. Vi foreslår tiltak, og peker på hva vi tenker vil være problematisk eller det kan være tiltaksbyrden ved de ulike tiltakene. Men, vi har ikke spisskompetanse på tiltaksbyrde, særlig ikke i andre sektorer.

**Matsen:** Da er vi kanskje litt tilbake til det som Kvinnsland spurte om innledningsvis, med forberedthet, på det området i alle fall.

**Bukholm:** Ja, men sånn rent teoretisk tenker jeg at det formelle ansvaret for det, slik lovverket og planverket er, så ligger det i stor grad hos Helsedirektøren. Det er også en av grunnene til at man etablerte beredskapsutvalget. Det skulle være en mekanisme for å få råd fra de andre sektorene, og for å koordinere tiltaksbyrden og virkningen i andre sektorer. Utvalget fikk ikke den rollen i pandemien som det var tiltenkt å ha, for det var helt andre mekanismer som overtok og tok ansvaret for den koordineringen.

**Vold:** Vi dekket ikke dette i den første delen der vi skulle snakke om planverk, men det hører med i kabalen det og. Camilla og jeg snakket med dere om det den første gangen vi var her. Det var ikke noe planverk som omfatter organiseringen av responsen som vi har nå.

**Aavitsland:** Det er nok kanskje slik som Matsen sier, at det kanskje har vært et hull i beredskapen. At det ikke er avklart hvem som har ansvaret for å vurdere tiltaksbyrden, og heller ikke var planlagt kompenserende tiltak. Hvis skoler eller kulturlivet skulle stenges, så var det ingen planer for hvordan man skulle kompensere eller hva man kan gjøre for å lette byrden. Man har tenkt på tiltak, men ikke tenkt så langt at man har vurdert hva man skal gjøre for å lempe på problemene som tiltakene medfører.

**Vold:** Jeg tenker at i lovverket er det ofte tatt høyde for og belyst tiltaksbyrde i form av konsekvenser for enkeltindividet. Så i denne situasjonen er det noe med skaleringen av tiltakene og responsen som det ikke er tatt helt høyde for.

**Matsen:** Et siste og veldig konkret spørsmål til beslutningen 12. mars er om dere har kunnskap om når selve denne listen over tiltak faktisk var klar?

**Vold:** Geir var jo oppe i direktoratet, mens jeg satt nede på FHI.

**Bukholm:** Jeg kan godt gi en forklaring på hvordan jeg opplevde 12. mars. Det ble innkalt til et nytt møte i beredskapsutvalget den 12. mars, og det ble avholdt i Helsedirektoratets lokaler. Der var også Erna Solberg og Bent Høie. Da Camilla og jeg kom til møtet fikk vi beskjed om at det satt en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet og utarbeidet de konkrete tiltakene. Vi besluttet at Camilla ble igjen i beredskapsutvalgets møte, og jeg gikk opp i direktoratet og var med på den prosessen som gikk der. Det jeg erfarte var at det var opprettet en liste over helt konkrete tiltak. Den var på en skjerm på en tavle og ble diskutert da.

**Matsen:** Og den listen ligner på det som ble besluttet?

**Bukholm:** Den lignet veldig på det som ble besluttet. Jeg tror Camilla har fortalt at hun ble oppringt tidligere den samme morgenen og ble invitert til et møte, som hun av en eller annen grunn ikke klarte å komme seg til. Så jeg deltok i diskusjonen rundt tiltakene, men akkurat da var det vanskelig å få gehør for noen modifikasjoner. Da virket det som om det var en rekke tiltak som direktoratet eller helsedirektøren hadde bestemt seg for. Innvendingene ble notert, men i liten grad tatt til følge.

**Braut:** Fikk du noe informasjon om hvor den listen ble liggende?

**Bukholm:** Nei.

**Sekretariatsleder:** Diskuterte dere noe på det tidspunktet du var der om stengingen bare skulle være ungdomsskole og videregående, eller også barneskole og barnehage, var det en reell diskusjon?

**Bukholm:** Hvorvidt det var en reell diskusjon eller ikke, vet jeg ikke. Det ble diskutert og jeg hadde kontakt med Line på sms. Vi var veldig tydelige på at hva vi mente rundt det, og vi anbefalte ikke stenging av barneskoler og barnehager.

**Kvinnsland:** Har dere noe formening om statsrådets rolle på dette tidspunktet eller om statsministerens kontor hadde noen rolle i dette.

**Bukholm:** Ja, nei de var vel orientert, men utover det vet jeg ikke.

**Kvinnsland:** Så dere hadde gitt innspill på mulige tiltak til Helsedirektoratet ved Helsedirektøren, og helsedirektøren presenterte en liste som du da så første gang da du kom i dette møte.

**Braut:** Og den inneholdt flere tiltak enn det dere hadde foreslått som naturlige tiltak å foreslå på det tidspunktet?

**Bukholm:** Ja, den inneholdt flere tiltak enn de vi hadde foreslått. For jeg mener fremdeles at vi tok initiativ til at nå var tiden inne for å sette inn flere konkrete tiltak og akutte tiltak enn det vi hadde hatt til da. Men det skjedde altså to dager tidligere. Også var det en prosess fra 10. mars til 12. mars som endte opp med en rekke veldig konkrete tiltak på morgenen 12. mars, og vi fikk i liten grad influere på hva som ble den endelige listen i løpet av den dagen.

**Matsen:** Som Aavitsland var inne på tidligere i møtet, så varslet FHI i februar, at det var sannsynlig at koronaepidemien ville komme til Norge. Samtidig er det slik at smittevernloven åpner for veldig inngripende tiltak. Så det var et tidsrom hvor man kunne forberedt noe når

det gjelder tiltaksbyrden, mellom varslet som FHI ga i februar og selve beslutningen. Men vårt inntrykk er at det er gjort ganske lite. Har dere noen refleksjoner rundt det?

**Vold:** Ja, det gikk litt tid fra vi skisserte at det kunne bli inngripende tiltak, til mars da beslutningen ble tatt. Det var ikke veldig lang tid, men fortsatt noen uker. \* Så er det noe annet hva som ikke ble gjort i etterkant. 12. mars var det inngripende tiltak, og det ble ganske tydelig at dette var en pandemi hvor man hadde bruk for den type verktøy for å holde smitten nede.

*\*Tillegg ved gjennomlesing: der det nok kunne gjort arbeid i forhold til tiltaksbyrde ved inngripende tiltak.*

**Bukholm:** Det er viktig å vektlegge at dette var en sykdom vi ikke kjente til. Så læringskurven om viruset har vært veldig bratt. Vi har lært om hvordan selve sykdommen forløper hos enkeltindivider, hvor smittsom den er og egenskapene til viruset sett i et epidemiologisk perspektiv. Det har vært ny kunnskap for alle, både nasjonalt og internasjonalt, og det preget nok beslutningstakten også. At tiltak som var nesten utenkelig en uke i forveien, ble konkrete og nødvendige en uke senere.

**Kvinnslund:** Ja, for det var vel ikke tvil om at smittetallene steg veldig raskt. Og med den begrensede testkapasiteten så var det sannsynlig at det var betydelig smitte i samfunnet i dagene rundt 12. mars, så det er klart at det har vært et insentiv for å gjøre noe. Men, hvis jeg forstår dere rett, – for å rydde vekk problemstillingen med «brems» vs. «slå ned». Det jeg hører er at dette var mer en tilpasning av et tiltaksvolum, som var tilpasset den situasjonen man faktisk stod i. Men, likevel må det være et mål som er begrunnelsen for det man foreslår. Var det for eksempel at det skulle være kapasitet nok i spesialisthelsetjenesten, som var det grunnleggende målet for hvor hardt man skal slå til? Er det som er å ha kontroll?

**Vold:** Og at ikke sykdomsbyrden blir for stor.

**Kvinnslund:** Ja, men hva betyr det?

**Vold:** Selvfølgelig kommer sykehuskapasitet inn som er del av det, fordi det bidrar til å forhindre dødsfall, av både sykdommen og andre årsaker. Men, i tillegg vil vi holde antallet som blir alvorlig syke nede.

**Kvinnslund:** Fravær fra arbeidsliv og den type [konsekvenser], akkurat. Jeg synes det er veldig fornuftig å høre at en tiltakspakke må tilpasses det målet man har. Og målet er å ha en begrensning på sykkelighet og sykdomskonsekvens i samfunnet. Det er et veldig godt mål, at man ikke må overskride kapasiteten til å ta vare på de mest alvorlig syke, og det andre at sykdomsbyrden for folk i sin alminnelighet, må være rimelig. Hvis ikke blir det for stor belastning. Men fortsatt dreier det seg om sykdommen og sykdom[sforløp] for de som blir syke. Det har vært målsetningen for deres strategi. Går det an å si det sånn?

**Aavitsland:** Det er riktig at vi hadde som mål å begrense sykdomsbyrden i samfunnet. Men i risikovurderingene og strateginotatene har vi brukt ulike begrep. Slik som at antall smittede totalt begrenses eller at ikke sykehusenes kapasitet overskrides, men det har med sykdomsbyrden å gjøre. Jeg mener at vi hele tiden har vært opptatt av balansen mellom sykdomsbyrden og tiltaksbyrden, og at det skal være en viss forholdsmessighet.

Jeg vil i tillegg kommentere det Matsen startet med i denne runden. Vi sa i fra tidlig. Jeg mener at vi allerede i vår risikovurdering av 28. januar, og i innlegget vi hadde i legetidsskriftet 29. januar, var nokså tydelige på at covid-19 kommer til Norge og at vi må forberede oss. 28. januar, eller kanskje 25. februar, pekte vi på behovet for å bygge opp mer intensivkapasitet. Jeg følte at det var en viss frustrasjon blant oss, i hvert fall gjennom første

delen av februar. Vi sendte risikovurderinger som varsel, og så følte vi at det ikke skjedde så mye. Det er mulig at vi ikke hadde oversikt over hva andre aktører gjorde, men vi var betydelig bekymret fra januar og ut over.

**Kvinnsland:** Jeg har stor sans for argumentasjonen at tiltaksbyrde er en glidende skala, i fra et mål som er bevegelig. Man får kunnskap om målet etter hvert som man får økende smittetall og ser alvorlighetsgraden, fra letalitet og sykелighet, til konsekvenser av sykелighet. Det er en [tidlig] fase med et helt nytt og ukjent virus, en ukjent faktor. Men, da er spørsmålet, hvem står for tiltaksbyrden og belastningen ved å ta den? Er det å være på den sikre siden, som kan bety to ting; å ta kraftig i og så tidlig som mulig, eller å være litt mer avventende. Det problemet må dere ha stått oppe i?

**Vold:** Ja, og vi gjør det. Den balansen står vi i hele tiden, vi står i den fortsatt.

**Kvinnsland:** Skulle man begynt noen uker tidligere? Dette er etterpåklokskap, men med det det utgangspunktet jeg ga i sted? Underestimerte man smittesituasjonen i Norge?

**Vold:** Vi var klar over at vi underestimerte. Jeg vet ikke akkurat hvor gode tall vi hadde på underestimeringen vår på det tidspunktet, det husker jeg ikke.

**Aavitsland:** Nei, jeg husker ikke det. Jeg tror vi hadde for dårlig oversikt over det som skjedde ute i Europa. Vi visste at titusener av nordmenn var i Alpene, Spania, Frankrike og London i vinterferien. Vi visste ikke, og spanjolene og østerrikerne visste heller ikke, at de allerede var oppe i en stor smittebølge. Da smitten først dukket opp blant skituristene fra Iscghl og andre steder i Østerrike, så kom det litt overraskende på oss. Vi fikk en melding fra Island om at de hadde en gruppe skiturister, så akkurat da tror jeg ikke vi hadde god nok situasjonsforståelse. Nettopp fordi de europeiske landene selv ikke visste hvor stort problem de hadde. Hadde de visst at de var midt oppe i en epidemi, så hadde vi sannsynligvis advart folk mot å reise til Østerrike eller Spania.

Vi har skjønnet i ettertid at det egentlig var mange hundre, kanskje to-tre eller flere tusen som kom hjem med smitte etter vinterferien. Det forstod vi ikke da, og dermed forstod vi heller ikke at smitten var såpass utbredt som den var 10. eller 12. mars.

**Vold:** Hele testregimet vårt var rettet mot på de områdene hvor vi hadde fått rapportert at det var smitte. Derfor var det reisende fra de landene som ble testet, og dermed var det der vi oppdaget smitte. Så økte testkapasiteten og testkriteriene ble utvidet, sånn at vi fanget opp flere smittede. Det har vært diverse oppslag i mediene om at det var reisende fra for eksempel Spania som var blitt smittet. De hadde fulgt våre råd, men så ble rådene endret en halv dag etterpå fordi det da viste seg at det faktisk var smitte i Spania. Det viste seg at det var mye smitte i Spania. Situasjonen var uoversiktlig i hele Europa, og i hele verden for så vidt. Vi hadde fått inn betydelig smitte fra land vi ikke visste om at hadde smitte.

**Bukholm:** Jeg er fremdeles litt usikker på hva du spør om. Spørsmålet er om begrensningene vi hadde for å oppdage den reelle epidemiologiske situasjon, fordi vi ikke hadde tilstrekkelige opplysninger fra andre land i Europa. Det er også et spørsmål om vi gjorde de riktige vurderingene, gitt den kunnskapen vi hadde. Vi mener at vi ikke var så langt unna å gjøre en fornuftig vurdering ut fra kunnskapsgrunnlaget. Det er helt åpenbart at vi ikke hadde full oversikt. Det var både fordi vi ikke visste hvordan smittesituasjonen var i andre land, og at vi hadde stor tilstrømming av nordmenn derfra.

**Vold:** Vi tok initiativ til å fraråde reiser til en del andre land, når vi så signaler om at det kunne være smitte i de landene også. Men, det å fraråde reiser til andre land i Europa var litt

utenkelig egentlig på det tidspunktet. Vi vurderte at det var å ta litt hardt i. \* Så ble det endret et halvt døgn etterpå, det var en rask utvikling.

*\*Tillegg ved gjennomlesing: og forsøkte være mere spesifikke i forhold til regioner. Men vi hadde dialog med UD om å fraråde fra en rekke land ganske tidlig.*

**Kvinnsland:** Det er fryktelig vanskelige avveininger, og jeg forstår hvilket dilemma dere må ha stått oppi. Ikke desto mindre må det sies at vi ikke har sett noe skriftlig over begrunnelser osv., og det gjør at vi som kommisjon må se etter og forsøke å forstå. Slik kan vi svare ut problemstillingene, og jeg synes vi har fått en forståelse av at denne «brems vs. slå ned» problematikken er nokså irrelevant. Det dreide seg om å gjøre det riktige for å holde noen mål klare, redusere sykkelighet og dermed dødelighet, og belastningen på systemet selvfølgelig. Det må man gjøre ut fra de forutsetningene man har.

Hvis dere tenker på det store bildet, hva hadde vi av kunnskap? I dag er det nærmere 60 000 smittede påvist i Norge. La si det er en faktor på 2, så er det 120 000, i forhold til 5,4 millioner. Det er noen ganske få prosent som har vært utsatt for denne smitten, og vi har nå kommet et år ut i det. Hvordan tenker dere på dette som strategi? Hvis man tenker på det at kom en vaksine basert på ny teknologi, som gjør at dette akselerer så voldsomt, så var det ganske fantastisk ikke sant? For, hvis de resterende 95 % av befolkningen skulle gått igjennom dette, så ville det tatt ti år med den strategien. Hva tenker dere om det i dag? Var dette med vaksine en del av en bevisst strategi?

**Vold:** Ja, det var det. Vi visste at det var mange kloke hoder på saken, men vi visste ikke når vaksinen ville komme.

**Kvinnsland:** I starten snakket man om 3-4 fire år, men så har teknologien skjøvet på prosessen. Dilemmaet er selvfølgelig at man ikke får eksponering i befolkningen og man kommer ikke videre, fordi man beskytter den så hardt. Dermed unngås sykkelighet og overbelastning. Men, på den andre siden går samfunnet helt i stå. Det er et vanskelig dilemma.

**Aavitsland:** Det som var veldig vanskelig i januar-februar, var å se på situasjonen i Kina og Wuhan. Vi så at sykehusene var overbelastet og at det så ut som en katastrofal situasjon. Men, vi var usikre på hva nevneren var, hvor stor del av befolkningen i Wuhan som var smittet, for å gi disse overbelastede sykehusene. Vi visste ikke det. Det er først nå, de siste ukene, vi har fått vite at belastningen på sykehusene kom av at bare 4 % av befolkningen i Wuhan var smittet. Vi kunne jo tenke oss at kanskje halvparten av befolkningen der var smittet, og at det var derfor det var så mange på sykehus. Så det med andelen av de smittede som ble alvorlig syke, den var ukjent. Etterhvert skjønnte vi at dette viruset har en skummel egenskap, nemlig å spre seg fort og gi såpass mye alvorlig sykdom at det overbelastet helsetjenesten. Det ble klart allerede i mars-april, at å slippe smitten løs eller la den gå igjennom befolkningen, var egentlig ikke noe alternativ. Selv om man ender opp med at hele befolkningen er immunologisk naiv, helt frem til det kommer en vaksine. I realiteten var det ikke noe annet valg, vi kunne ikke slippe dette løs.

## **TEMA: Strategier for å håndtere pandemien**

**Braut:** Vi fortsetter å snakke med om risikovurderingene og tilrådingene som kom i perioden rundt nedstengningen. Den 12. mars da dere la frem risikovurderingen, og så kom tiltakspakken. Der kan det oppfattes at det var et visst sprik i alvorstygden i tiltakspakken, i forhold til det som lå i selve risikovurderingen. Hvordan håndterte dere det? På hvilken måte

kommuniserte dere internt i deres fagmiljø om den mulige oppfatningen om diskrepans mellom risikovurderingen og tiltakspakken fra regjeringens side.

**Vold:** Akkurat den 12. hadde vi mer enn nok med å orientere oss hvordan vi skulle rigge oss i forhold til responsen, det kom flere tiltak enn det vi hadde forberedt oss på.

**Aavitsland:** Vår risikovurdering av 12. mars, hadde vi delt i utkastform med HOD og Helsedirektoratet. Jeg husker ikke helt datoene. Jeg synes at vurderingen pekte på et alvor, men kanskje ikke på en slik måte at det måtte skje akkurat nå. Det hadde sammenheng med det vi snakket om med manglende eller ikke helt god situasjonsforståelse. Vi hadde rett og slett ikke helt god oversikt over hva som skjedde der ute. Det var få sykehusinnleggelser og det var en del smittetilfeller, men vi hadde begrenset testkapasitet. Testene måtte vi bruke der vi trodde det var mest sannsynlighet for smitte, og dermed gikk vi glipp av alle de som kom fra Østerrike og Spania. Risikovurderingen inneholdt disse ulike tiltakene som vi skrev at skulle komme, men vi visste ikke at datoen skulle komme den dagen.

**Braut:** Når det gjelder de konkrete tiltakene som både lå i pakken, kan dere si noe om hvordan dere vurderte effekten av dem? Hva vektla dere, hva slags informasjons- og kunnskapsgrunnlag benyttet dere når dere vurderte effekten av de ulike tiltakene? Er det samsvar mellom effektivvurderingene, slik som dere ser det, og de effektivvurderingene som regjeringen har lagt vekt på? Er det grunnlag for å si noe om det? Slik som munnbind eller sosial distanse?

**Vold:** Munnbind var ikke på lista da. Vi har hele tiden vært åpne om usikkerheten om effekten av de ulike smitteverntiltakene. Det har å gjøre med hvordan man setter opp studier. Vi må basere oss på observasjonsstudier, og vi får ikke gjort noen randomiserte kontrollerte studier. I alle fall i gjøres det i liten grad, også internasjonalt. Det fører til at det er manglende kunnskap internasjonalt om hvilken effekt de ulike smitteverntiltakene har hver for seg. Derfor gjøres vurderingene ut fra den kunnskapen vi har tilgjengelig, det vil si hva som har vært gjort andre steder og hva som ser ut til å fungere. Det gjøres sammen med vår kunnskap om infeksjonssykdommer, smitteverntiltak generelt og vår kunnskap om epidemiologi og håndtering av utbrudd. Denne usikkerheten tror jeg vi har formidlet ganske godt frem ut i samfunnet også. Det er stor usikkerhet, og vi er ikke skråsikre på noe som helst, når vi vurderer at et tiltak vil ha en gitt effekt. Vi har forsøkt å kategorisere tiltakene på en skala fra liten, til medium og stor effekt. Vi har også delt opp i generelle kontaktreduserende- og mer spesifikke tiltak.

**Braut:** Når det gjelder kommunikasjon omkring effekten av tiltak; Når det blir foreslått relativt bastante tiltak fra regjeringens side, med et tynt kunnskapsgrunnlag, hva tenker dere om rollen som faginstans og å skulle prøve å kommunisere det til befolkningen?

**Vold:** Jeg opplever vel at det er ganske stor forståelse blant befolkningen for smitteverntiltakene vi foreslår. Det er regjeringen fatter beslutning om hvilke tiltak som skal settes inn, og effekten av disse tiltakene er det usikkerhet rundt. Det kommuniseres ut at det er de beste anbefalingene vi kan gi, på det grunnlaget vi har nå. Vi opplever at regjeringen og politikerne i stor grad lytter til de rådende vi gir, og at det av og til tas inn andre vurderinger som ikke er smittevern faglig fundert, og som fører til andre beslutninger. Vi har forståelse for at sånn må det være.

**Aavitsland:** Jeg synes at det har vært en veldig vanskelig situasjon, fordi det er så dårlig kunnskap om hvilke tiltak som egentlig er de beste, og om hvor mye hvert tiltak virker. Det er uklart hvordan et tiltak virker, om det virker sammen med andre eller om det er når det står alene.

Sammenlignet med en kliniker på sykehus som vet ganske godt hvordan et medikament vil virke på pasienten, så vet vi veldig lite om hvordan ulike tiltak vil virke. Men det vi vet, og som har vært grunnlaget hele tiden, er at smitten skjer i kontakt mellom folk. Tiltakene har derfor hatt som mål å redusere kontakthypigheten mellom folk. Etter hvert har tiltakene blitt sterkere rettet inn mot noen felt, slik som innendørs kontakt mellom folk og kontakt som innebærer korsang og andre aktiviteter som forsterker smittefaren. Men, vi har vært åpne hele tiden om at det er eksperimenter vi driver med, og sånn er det dessverre enda, det har ikke kommet så mye mer kunnskapsgrunnlag om hva som er best.

**Braut:** På et tidspunkt ble direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap utfordret på å vurdere samfunnseffekten av ulike former for tiltak. Var dere inne i den prosessen?

**Bukholm:** Diskusjonen med DSB og iverksettelse av den vurderingen ble tatt i BUB-møtene. Vi ble jo oppdatert om deres vurderinger i de møtene. Ellers var vel ikke vi direkte del av selve vurderingen.

**Vold:** De tok kontakt på et tidspunkt for et samarbeid om det, men jeg klarer ikke huske helt hvordan det landet. Når det gjelder effekt av tiltak, så høster vi erfaringer etter hvert basert på hva som gjøres her til lands. På den måten får vi mer kunnskap etter hvert, men det er fortsatt sånn at vi har et sviktende kunnskapsgrunnlag å stå på.

**Bukholm:** Jeg mener bestemt at det har vært en tydelig intensjon fra vår side å være åpne på at vi ikke har det kunnskapsgrunnlaget som vi hadde ønsket, og jeg tenker det har vært en styrke gjennom epidemien. Det vil si at man er tydelig på i hvilken grad man har støtte for ulike typer av tiltak og hvilke vurderinger man gjør på den bakgrunn. Nå bygges det kunnskap underveis. Da effekten av tiltakene 12. mars ble tydelige, så vi ganske raskt at epidemien fikk en dreining. Vi var ikke sikre på at det skulle skje så raskt, så det var en erfaring vi fikk underveis. Jeg mener bestemt at da vi stod i Dagsrevyen og skulle svare på spørsmål om hvilke av tiltakene som har virket, så var vi nok alle sammen veldig tydelige på at det var nok den samlende pakken. Vi klarte ikke å differensiere mellom ulike deltiltak.

**Vold:** Vi har også tatt initiativ til å etablere et kunnskapsprogram for å kunne generere kunnskap om hvilke tiltak som virker og hvilke som ikke virker. Vi vil også se på flere andre aspekter med epidemien, mens vi står oppe i det.

**Braut:** Slik jeg har forstått det, er det i alle fall tre grupper eller faglige nettverk hos dere som jobber med grunnlaget for modellene dere lager. Noen med den matematiske modelleringen, noen med selve risikovurderingene og noen med den faglige rådgivningen av tiltak. Kan dere si noe om hvordan dere har organisert det arbeidet internt hos dere?

**Vold:** Rådgivning til direktoratet foregår fra utbruddsgruppa, og stort sett fra medarbeidere som er i smittevern og beredskap- og smittevern og vaksineavdelingene. De arbeider med rådgivning til vanlig også, og nå har disse avdelingene blitt styrket. Utbruddsgruppa er organisert i grupper som har innrettet seg mot ulike målgrupper, for eksempel helsetjenesten. Vi har også en gruppe som gir råd til idrettsmiljøene. Gruppene er dynamiske og endrer seg over tid ut.

Modelleringene foregår i en avdeling som har modellering som spesialfelt. Vi samarbeider tett med dem, da de som jobber med selve modellene ikke nødvendigvis er tette på alle aspekter ved rådgivningsarbeidet og håndteringen. Det legges inn premisser i modelleringen, og disse kan det være nyttige å diskutere med flere. Dette er for å se om modellen er den beste vi kan lage på det aktuelle tidspunkt, gitt den kunnskapen vi har. I tillegg gjøres risikovurderingene, som er et fellesprosjekt. Innholdet i risikovurderingene varierer litt, ut fra hva vi har hatt ønske om å belyse.

**Braut:** Er det slik at modelleringene blir tatt med i risikovurderingen, og at risikovurderingene legges til grunn for den faglige rådgivningen?

**Aavitsland:** Det vil jeg si. Da vi hadde møtet med Matsen om risikovurderingene så presenterte vi et lysbilde, der vi satt overvåkning og modellering inn i sammenheng. Det viser hvordan vi bruker overvåkningsdata, forskning, oppsummert kunnskap og modellering som grunnlag for å vurdere risiko. Det fører igjen til strategi med mål og tiltak, som vi formidler til departementet og direktoratet. Risikovurderingene skal oppsummere det vi ser rundt oss og det vi forventer at skal skje. I det er modelleringene en viktig brikke, men som Line sa er modelleringsresultatene påvirket av det som puttes inn i modellen. Det hele må sees i sammenheng og vi kan ikke lese det ukritisk. Vi må avstemme mot overvåkingsresultater, teori og forskning. Sammen gir det oss et grunnlag for å gi en vurdering av fremtidig risiko.

**Vold:** Modelleringene inngår også i de ukesrapportene dere sikkert har sett. Det er for å belyse situasjonen bredt og modellering, slik at det tas inn både overvåkningsrapporter og risikovurderinger.

**Bukholm:** Det har vært en interaktiv prosess, hvor modellene er blitt utviklet etter hvert. De var slett ikke så avanserte i starten, som de etter hvert har blitt. En forutsetning for at de kan utvikles i en brukbar retning, er at de valideres opp mot den reelle utviklingen. Den sammenkoblingen er helt nødvendig, både for modelleringen og for den endelige analysen.

**Braut:** Jeg vet at smittevernlegene i kommunene setter umåtelig pris på kontakten de kan ha med FHI, og de rådene de får fra dere. Men, når dere gjør disse modelleringene og risikovurderingene, i hvor stor grad klarer dere å ta lokale og regionale hensyn, og i hvor stor grad blir det det nasjonale gjennomsnittsbildet som dominerer? Det er uten tvil slik at den situasjonen vi har stått i det siste året har hatt ganske store regionale, og til dels lokale variasjoner, i hvor stor grad fanger rådgivningen opp det? Kan dere si noe om det? Og når det gjelder det regionale nivået, er det da de store fylkene som er relevante i analysene eller er det andre [vurderinger som legges til grunn]?

**Vold:** Vi har et veldig tett samarbeid med kommunene og kommunelegene. Det er vår vanlige rolle og gjelder særlig når de står i en utbruddssituasjon. Da gir vi råd og har møter med de ofte. Jeg vil si at vi er veldig tett på det som skjer i kommunene og har stor bevissthet knyttet til at det egentlig er ute i kommunene kampen mot epidemien foregår. Det er der de har best oversikt over epidemiologien hos seg, og som kan vurdere smitteverntiltakene og om de er forholdsmessige der hvor de er.

Det er nødvendig å se hensynene i sammenheng også, både på tvers av regioner og i nasjonal sammenheng. Når det gjelder vurderingene i et fylke, så er det systemer vi utvikler hele tiden og som vi har laget et rammeverk for ganske nylig. Det har vært godt tatt imot, for å få en bedre prosess på vurderinger på litt større enn kommuneenhet, men ikke så stort som nasjonalt nivå. Statsforvalteren har en rolle med å sammenstille informasjon fra kommunene. Vi har ukentlige møter. Statsforvalteren bidrar også til at kommunene har kapasitet til å respondere, når utbrudd går på tvers av flere kommuner. Da er det mulig å flytte om på ressursene, for eksempel på tvers av kommunegrenser og sikre ressurser nok til responsen. Ofte er det slik at fylkene kanskje ikke er den beste inndelingen, hvis man ser på hvordan epidemien sprer seg. Vi har pekt på at man bør skjele til bo- og arbeidslivsregion, eller se på hvilke kommuner som har kontakt og hva slags kontakt de har. I noen sammenhenger har vi differensiert og sagt at det er to typer kontakt. Det er den med arbeidspendling, men så må det regnes inn der det er kontakt med kulturelt liv og fritidsinteresser på tvers av grensene. Det lager en inndeling hvor det etterstrebes i størst mulig utstrekning å samordne tiltakene.



**Aavitsland:** Du har nok rett i din observasjon av at risikovurderingene i stor grad er basert på et slags nasjonalt oversiktsbilde. Men, det er noen nyanser av det. Vi kommenterer det når det er tydelig at det er en del av landet som påvirker det nasjonale bildet mer. Sånn som i høst, så var det i stor grad Oslo og Viken. I tillegg, når vi diskuterer strategi, så har vi vært opptatt av den geografiske målrettingen av tiltakene. Det har vi vært helt siden i vår og sommer, da vi lagde første versjon av Kommunelegehåndboken. I praksis skjer det ved at smittesporingsteamet vårt til enhver tid har kontakt med ett titalls kommuneleger, som de har møte med hver uke for å hjelpe dem gjennom en lokal situasjon.

**Kvinnsland:** Er det da sånn å forstå, at i vurderingen av smitteverntiltak, så er det først og fremst begrensning av smitte som er grunnlaget for deres anbefalinger? Det vil si at de samfunnsmessige konsekvensene ikke tas fullt så mye inni vurderingene? Det er smitteverntiltak som er hovedsaken i deres vurderinger og i de rådene dere gi til Helsedirektoratet?

**Bukholm:** Anbefalingene vektlegger begrensning av smitte, og å holde sykdomsbyrde nede. Det er også en del av vurderingen at samfunnsbyrden holdes på et nivå som er akseptabelt, samtidig som at helsetjenesten er funksjonell og i stand til å levere det den skal.

**Kvinnsland:** Når det gjelder de samfunnsmessige konsekvensene og hvor de kommer inn i regnestykket, hvem er det som kvantifiserer eller vektlegger det får som konsekvens? For det er klart at tiltak som er relativt effektive, sett fra FHIs utgangspunkt, kan ha en stor samfunnsbyrde. Hvem tar vare på den samfunnsbyrden?

**Aavitsland:** Når vi sitter i rådgivningsgruppen og ser at nå er det behov for å foreslå nye tiltak, er vi veldig opptatt av at tiltakene skal virke. Samtidig er vi også opptatt av byrdene ved tiltakene. For eksempel når vi diskuterer om vi skal foreslå rødt nivå på videregående skoler eller ungdomsskolen, bringer vi inn skolegruppen vår som kommer med argumenter mot det. Det kan bli ganske tøffe interne diskusjoner om hva som er riktig å foreslå, hvor vi prøver å veie tiltaksbyrde og smitteverneffekt. Men, vi er fortsatt i den situasjonen at ingen etater har det som eksplisitt oppgave eller noe eget system for slike vurderinger. Derfor har vi foreslått et system for å vurdere tiltaksbyrde. Vurderinger av samfunnsøkonomiske effekter er også i samme situasjon. Der har direktoratet forsøkt å kompensere ved dette Holden-utvalget, hvor vi har bidratt mye gjennom deltakelse ved Geir og meg, og gjennom modelleringsresultater og andre innspill for å hjelpe dem.

**Kvinnsland:** Når deres råd er greie og alle er enige, så er det flott. Når rådene delvis eller ikke blir tatt til følge, eller nye foreslås som dere ikke har foreslått, så har det en annen begrunnelse enn den dere står for. Det er kanskje noe vi fra utsiden ikke helt klarer å få tak i, hva er det da som legges inn som vurderinger? Kan det være elementer som dere enten ikke har tenkt på eller sett på deres oppgave, og som andre har gjort? Dette forsøker jeg å si noe om, for det er smittevernet som er hovedsaken, men så er det også de samfunnsmessige konsekvensene. De er det kanskje er andre som har mer aksjer i, når rådene skal gis? Denne avveiningen står vi i, og jeg tror kanskje det her er noe av publikums manglende forståelse for rollene kommer inn. For hvem er det som legger vekt på hva når?

**Vold:** I de oversendelsene vi gjør på oppdrag, har vi lagt inn en standard-formulering som minner om forhold rundt tiltaksbyrde. Den påpeker at det bør gjøres vurderinger av hvordan rådene kan slå ut overfor sårbare grupper, slik at det vektlegges at tiltaksbyrden bør vurderes.

**Kvinnsland:** Vil du si at det er en evolusjon i FHIs virkemåte og rådgivning?

**Vold:** Vi har sørget for å få inn disse formuleringene i malen vår, slik at vi er sikre på at det kommer med og tas hensyn til.

**Johansson:** 12. mars anbefalte dere ikke å stenge barnetrinnet i grunnskoler og barnehager. Kan dere si litt om deres refleksjoner, og gjerne litt om hvordan dere oppfattet rådene som kom fra europeiske ECDC? De kom med en rapport 12. mars, og den hadde vel også de et avsnitt om skoler? Anbefalte de å stenge eller ikke?

**Vold:** Nei, de anbefalte heller ikke å stenge. 12. mars var vår konklusjon bygget på vårt kunnskapsgrunnlag om smitte blant barn, som var spinkelt. Men, ut fra det vi så, virket det ikke som dette var en sykdom som lignet influensa. Det virket heller ikke som om barn i noe særlig grad var smittespredere. Så visste vi at å stenge skolene, er en svært stor tiltaksbyrde. Det gjelder både for barn og unge som ikke får gå på skolen, men også for samfunnet. Skolestenging er et tiltak som koster mye for samfunnet. Da man ikke hadde kunnskap om at dette var særlig effektivt, og at det innebar en særlig stor tiltaksbyrde, så ville vi ikke anbefale det da. Vi var ikke skråsikre på kunnskapen, men da anså vi ikke det forholdsmessig.

**Johansson:** Gjorde dere noen vurderinger av betydningen også for barna selv?

**Vold:** Ja, det var det jeg sa. Det er jeg veldig opptatt av, og det ligger inne i regjeringens strategi, at hensynet til barn og unge skal veie tungt. I tillegg skal man se hen til sykdomsbyrde og kapasitet i helsevesenet, samfunnsøkonomiske konsekvenser og at hensynet til barn og unge skal veie tungt. Det har vi vært opptatt av hele tiden, og de som jobber i skolegruppen hos oss holder seg oppdatert på det feltet.

**Johansson:** Likevel fikk vi en beslutning som dere åpenbart ikke var enige. Vi går over til temaet sporing og testing. Hadde dere noen gang tidligere tenkt dere at man skulle bruke testing som et virkemiddel i spredningen av en pandemi?

**Vold:** Ja, vi har i Norge hatt ganske stor kapasitet på testing. Vi bruker det i overvåkningssammenheng, ikke testing av hensyn til enkeltindividet, men som et redskap for å få god oversikt og for å ha en overvåkning av samfunnet.

**Johansson:** Dere sa at vi har god testkapasitet, men så hadde dere vel egentlig ikke god testkapasitet i forhold til hva som skjedde i?

**Vold:** Det er noe med det relative her. Jeg mener at vi hadde god testkapasitet i forhold til mange andre land. Vi kom raskt opp i testkapasitet sammenlignet med andre land, og vi bygget på kapasiteten vi hadde for testing av andre luftveisagens. Det har vi erfaring med fra overvåkningen vi har på influensa og modellen som ligger der, hvor man har Sentinel-overvåkning til vanlig. Relativt sett hadde vi god overvåkning og kom raskt i gang med testingen. Det hadde vært fint å ha mye større testkapasitet tidligere, men det er riktig slik vi sa tidligere at vi har god testkapasitet. Likevel var det begrensninger i kapasiteten som gjorde at vi måtte stramme inn på testkriteriene. Men, relativt sett hadde vi god testkapasitet i forhold til mange andre land.

**Johansson:** Hvilke valg måtte dere gjøre underveis da man ikke hadde den ønskede testkapasiteten, hvordan påvirket det strategiene?

**Braut:** Lå det i planverket at enhver kommune skulle bygge opp det enorme regime for testing som vi nå har bygget opp?

**Bukholm:** Kan vi ikke bare dele det opp litt? Jeg tenker at det dels handlet om analysekapasitet på laboratoriene og dels om kapasitet til å ta disse prøvene. Som Line sier, tror jeg vi var raskt ute med å etablere testing i Norge, på instituttet vårt. Men, kapasiteten til å gjennomføre analysene måtte nødvendigvis overføres til spesialisthelsetjenesten. Det er de som har det ansvaret, for det nivået i helsetjenesten og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dere vet godt at der støtte man på produksjonsproblemer fra leverandørene. Den nødvendige analysekapasiteten var tilgjengelig på laboratoriene, men leverandøren gikk tom for reagenser. Vi forutså ikke at det skulle skje så raskt som det gjorde. Enda de skrudde opp sin produksjon veldig raskt, dekket det ikke det enorme behovet.

Det andre poenget var at når analysekapasiteten økte, så var det et ganske stort apparat å få opp testkapasiteten i kommunene. Det å sørge for at hele sekvensen, fra prøvetaking til prøvesvarene ble returnert til de som hadde bestilt den, og at dette ble gjennomført på en god måte, var en prosess som måtte forbedres. Kanskje det er slik dere antyder, at man ikke hadde godt nok gjennomtenkt planverk for akkurat for det.

**Aavitsland:** Influensapandemiplanen legger ikke opp til at man skal prøve å finne alle med influensa, teste og isolere dem. Men i alvorlighetsplanen legges det opp til det, selv om den er beregnet på en mye mindre utbredt sykdom. Det vil si at her var vi i en slags mellomsituasjon. Hvis dere ser på risikovurderingene fra 25. januar og 28. februar, så beskriver vi smittevernstrategien. Da startet vi nettopp med testing, isolering, smittesporing og karantene (senere TISK). Det startet allerede da, og vi foreslo det som en strategi. Men, vi hadde ikke tenkt på det på forhånd, og det lå ikke planer for å teste hundrevis eller millioner mot dette viruset.

**Johansson:** Det er kommunene som har ansvaret for å drive sporingsvirksomhet. Hvordan hjalp dere kommunene? Vi tar gjerne med noen refleksjoner omkring et digitalt verktøy for kommunene. Der har det skjedd en utvikling, det vet vi.

**Vold:** Kommunene gjør smittesporing også for andre sykdommer, så det er folk i kommunene som kan dette. Smittesporingen har blitt oppskalert voldsomt, på linje med testingen, i løpet av pandemien. Vi har etablert et nasjonalt smittesporingsteam som vi fikk ressurser til å etablere, som bistår kommunene ute og som har selvstendige oppgaver i forbindelse med smittesporing.

Vi har hjulpet til med utviklingen av digitale verktøy og utprøvingen av det. Men, der er det fortsatt en del å vinne. Vi har hatt ulike verktøy som har vært etablert eller brukt i kommunene, hvor vi kunne profittert på å ha et omforent verktøy til bruk i kommunene.

**Johansson:** Dette kunne vi kanskje hatt på forhånd, kunne vi?

**Vold:** Ja, men jeg tror ikke vi så for oss at det skulle bli så sentralt. Jeg vet heller ikke hvem sitt ansvarsfelt det er å få utviklet programvare, og sørge for at kommunene velger samme verktøy eller at verktøyet snakker med sentrale registre.

**Aavitsland:** Det er viktig å nevne at vi har laget en veileder for smittesporing for kommunene, og vi har utviklet kursvirksomhet sammen med Helsedirektoratet. Så vi har hjulpet kommunene til å benytte det som de kan, for de er tent i smittesporing ved tuberkulose. Den enkelte fastlege og helsepersonell [i kommunene] sporer for eksempel genitale klamydia infeksjoner. Vi ville hjelpe dem til å ta i bruk kunnskap som de egentlig har, og sette den i system.

**Johansson:** Så fikk vi smitte-app, versjon 1 og versjon 2. Kan dere komme med noen kommentarer med hensyn til hvilken rolle dere hadde med å designe innholdet i appen?

**Aavitsland:** Ganske tidlig fikk vi informasjon om at med denne sykdommen kunne man være smittsom før symptomene kom. Det er et sentralt poeng, at man kunne ha a-symptomatiske smittekilder gående ute omkring i samfunnet. Derfor var det ønskelig å finne måter som gjorde at man raskt kunne finne de. Derfor inngikk vi et samarbeid med England, universitetet i Oxford? for å utvikle en digital smittesporing. Det var viktig, og vi tenkte at alle midler måtte prøves for å få dette til på en god måte. Det ble utviklet ganske kjapt og bra, og vi hadde forhåpninger til at dette kunne være et supplement. Det var aldri meningen å erstatte ordinær smittesporing, men det skulle være et supplement. I tillegg ble det lagt inn mulighet for å legge inn data som ville gi oss et veldig godt grunnlag for modellering og for å følge befolkningens atferd. Ett eksempel kunne være å observere hvor mange folk som samles på Karl Johan lørdag kveld. Det kunne være nyttig som en slags overvåkning av befolkningens etterlevelse av tiltakene. Men så gikk det slik som det gjorde, som dere kjenner til.

**Johansson:** Spesifikasjonene som man skulle lage appen etter, kom de fra dere?

**Bukholm:** Modellen bygget på en idé fra en britisk forsker, Chris Fraser, som vi kjente godt fra andre sammenhenger og som drev en modelleringsgruppe. Den var tidlig ute med å vektlegge også betydningen av presymptomatisk smitte. Det endret seg litt etter at de første publikasjonene fra Fraser & co kom ut, for man hadde ikke vektlagt det i så stor grad. Rent vitenskapelig var dette en fornuftig idé, hvis man hadde gjennomført det på den tiltenkte måten. Når det gjelder spesifikasjonene til selve appen og det Simula gjorde når det gjaldt sikkerhet og personvern, så var ikke vi direkte inne i det. Men, det var noen av våre folk som samarbeidet med Simula rundt det. Vi sitter så klart ikke med den type kompetanse for å sikre at det digitale rammeverket er på plass, så der må vi stole på leverandørene som ivaretar den tekniske biten.

**Johansson:** Men, at data fra appen skulle brukes til forskning, ved at man skulle kunne følge med på hvor mange som var på Karl Johan og sånn, det lå inne i bestillingen fra dere?

**Bukholm:** Ja, men vi synes det var uheldig var at det ble beskrevet som forskning. Det ble oppfattet, ikke minst av Datatilsynet, som at dette var noe vi ville drive forskning på. Jeg tror ordbruken kanskje var uheldig, fordi hvis vi skulle ha nytte av appen, så var det for å samle epidemiologiske opplysninger på nasjonalt og regionalt nivå. At vi hadde det sentralt ville være et nyttig verktøy og kunnskapstilfang, for å kunne styre effekten av tiltakene. Da ville man direkte se sammenhengen mellom regionale tiltak, lokale tiltak, kontakthypighet og andre elementer, som ville være viktige for å styre tiltakene og ikke minst begrense tiltaksbyrden. Da ville vi fått vite hvilke tiltak hadde ønsket effekt. Det tror jeg vi hadde problemer med å få kommunisert på en god måte, fordi man oppfattet at noe av dette var noe som var direkte nyttig for å intervenere i epidemien. Det var noe annet enn forskning.

**Kvinnslund:** Jeg refererer til en debatt som har gått i Bergens Tidende, hvor Aavitsland har vært direkte sitert. Den dreier seg om det prinsipielle ved at testkapasiteten på et tidspunkt var begrenset i forhold til behovet. Så forteller dere om indikasjoner, og at problemstillingen kom opp ved testing av sykehjemsbeboere da symptomatologien hos eldre kunne være annerledes. Spørsmålet blir om man skal forholde seg til retningslinjene fra FHI eller det skal gjøres et individuelt skjønn? Jeg synes ikke vi skal problematisere det medisinsk anliggende, men hvis eldre, som man burde ha forstått hadde en Covid-19 infeksjon, ikke ble testet fordi at det ikke inngikk i testkriteriene. [Så er det et problem] som har blitt belyst av debatten i Bergens Tidende.

Vår oppgave er å forstå hvorfor sykehjemmene har blitt så hardt rammet av sykdom og dødsfall. Da vil [testkriteriene] være et viktig element, så jeg noterer at diskusjonene og tidslinjen er viktig med tanke på hva dere sa om hvilke indikasjoner.

Et avsluttende tema er forholdet mellom FHI og Helsedirektoratet. Dere har beskrevet det, og det er interessant for oss å forstå om dere synes at rollene er klare? Det gjelder fagrådsrollen [til FHI] opp mot rådgivningsrollen til Helsedirektoratet. Men er det slik at dere oppfatter at rollene er klare?

**Vold:** Nei, rollene er ikke helt klare. Det har jo vært en egen utredning om gråsoner, så det er ikke klart. Det er særlig på rådgivningsfeltet når det gjelder smittevern, at det er litt uklart. Det gjør at vi har faglige diskusjoner med Helsedirektoratet, også om smittevernfaglige vurderinger. Vi og Helsedirektoratet er rigget litt ulikt når det gjelder smittevernfaglig kompetanse. Det er slik at vi har et større miljø som driver eksplisitt med smittevernfaglige vurderinger, enn de har på Helsedirektoratet. Slik det er organisert, er det vi som utarbeider de smittevernfaglige rådene som sendes til direktoratet. Direktoratet videreprosesserer og leverer til HOD.

Vi har ofte diskusjoner om de smittevernfaglige vurderingene med fagfolkene i Helsedirektoratet, og rollefordelingen er litt utydelig.

**Kvinnslund:** Vi forstår at det kan være ulike synspunkter på det smittevernfaglige. Dere mener å ha den viktigste kunnskapsbasen. Men, er det fordi de legger inn tilleggskomponenter i vurderingen, at de vurderer det annerledes, eller er det uenighet i de smittevernfaglige rådene?

**Bukholm:** Slik det er formulert i smittevernloven, at både Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet skal gi råd, det skaper problemer og det har det gjort hele tiden. Det gjør det både i denne epidemien og ellers. Det er fordi en delt rolle i forbindelse med rådene er vanskelig å få til å fungere effektivt. Det var en revisjon av smittevernloven like i forkant av epidemien, hvor det ble forsøkt å rydde i dette. Da ble det forsøkt å rendyrke at rådene skulle gis fra instituttet, og at myndighetsutøvelsen ved gjennomføringen skulle ligge til direktoratet. I tillegg skal direktoratet ivareta koordineringen på tvers av helsesektoren i en krise, og da har direktoratet en helt klar rolle der. Vi har brukt en god del tid på å komme frem til en god arbeidsordning. I og med revisjonen av smittevernloven, fikk direktoratet et konkret pålegg om at FHIs råd skulle legges til grunn for de vurderingene som direktoratet gjorde til slutt. Intensjonen i lovendringen var at innhenting-, genereringen og prosesseringen av kunnskap frem til en beslutning, i utgangspunktet skal gjøres av instituttet.

Dersom det oppstår en situasjon hvor direktoratet i tillegg til det gjør en kunnskapsmessig overprøving, så blir det en veldig vanskelig situasjon. Jeg mener at vi i siste del av pandemien, har klart å rydde ganske godt i det. Det medfører likevel at vi i en del sammenhenger ser at instituttet gjør andre vurderinger enn det direktoratet gjør.

**Kvinnslund:** Av rent smittevernfaglige vurderingene?

**Bukholm:** Nei, men at rådene til slutt er annerledes. I utgangspunktet tenker og håper vi at det er tilleggsvurderinger som gjøres av direktoratet som ikke er smittevernfaglige. Det var intensjonen med å rydde i rollene, og jeg tror det har vært intensjonen fra begge institusjonenes side å følge det opp. Hvis man hadde tenkt seg en modell som var annerledes, for eksempel at den kunnskapsprosesserende delen hadde foregått i direktoratet, så kan det godt være at noen av beslutningene hadde vært mer effektive. Samtidig tror jeg at det er viktig med åpenhet om vurdering av kunnskap, og denne vurderingen ville antagelig vært mye mer lukket. \* Det har å gjøre med effektiviteten i

beslutningsprosessen. Slik den er nå, vil det nok samtidig føre til et tap av åpenhet om hvilken kunnskap som ligger til grunn [for vurderingene]. Jeg tenker at når man skal gjøre opp dette til syvende og sist, så synes jeg ikke man skal la være å vektlegge verdien av at man får opp ulike typer vurderinger og at man også får opp verdien av å synliggjøre delkomponentene i prosessen. Legger man en rent smittevern faglige vurderinger til grunn, og gjør andre vurderinger i tillegg, og disse er åpenbare for befolkningen, tror jeg det vil styrke den demokratiske prosessen.

*\*Tillegg etter gjennomlesing: hvis samme institusjon hadde ivarettatt både kunnskapsvurderingen og myndighetsrollen.*

**Vold:** Innledningsvis så var det også elementer av at det ble gjort smittevern faglige vurderinger i Helsedirektoratet, som vi diskuterte og hvor vi ikke alltid var helt enige. Det kan sikkert være sunt og, men det blir mindre effektivt når det ikke er helt klare linjer og ikke helt klart for alle hvem som gjør hva. I en beredskapssituasjon så er det noe som kan være et forsinkende ledd.

**Kvinnsland:** Er dette et argument for at man ønsker å ha både det smittevern faglige kunnskapsnivået og tilleggsmomentene i samme organisasjon?

**Vold:** Nei, jeg synes ikke det.

**Kvinnsland:** Nei, men fra Helsedirektoratets side?

**Vold:** Nei, de er ganske tydelige på at de ikke ønsker det. Jeg tror det har å gjøre med forståelse for hvor skillelinjene går mellom den smittevern faglige rådgivningen og det som er tilleggsmomenter.

**Kvinnsland:** Så dere sier at dette har det vært arbeidet med, og at man har beveget seg i en riktig retning?

**Aavitsland:** Jeg deler vurderingene som Geir og Line gjør. Der vi først gjør en smittevern faglig besvarelse som vi sender til direktoratet, så legger de på litt foran og bak, og sender det videre til HOD. Da synes jeg at mye av det de legger til bare er en alternativ smittevern faglig vurdering, at det ikke kommer inn så mye nye momenter. Det er litt problematisk. Da betyr det at vi har sittet parallelt og egentlig gjort samme jobben. Deres lille smittevern faglige miljø, har på en måte gjort samme jobb som vi har gjort. Det er uheldig. Men, det var kjent på forhånd, gjennom lovendringsprosessen våren 2019. Departementet og Stortinget ga opp å finne en annen løsning, og bare erkjente at her må begge drive med rådgivning. Så må vi prøve å finne ut av det. Høringsuttalelsene til de to etatene foran denne lovendringen var diametralt motsatte, så det ble et uromoment. Jeg synes det burde vært avklart bedre før epidemien kom.

**Kvinnsland:** Er det HOD som ikke tar sitt ansvar?

**Aavitsland:** Folkehelseministeren sa i Stortinget at det ikke er mulig innenfor rammene av loven å avklare grenseoppgangen mellom de to etatene, så det får de finne ut av selv. Det skapte en problematisk situasjon med tanke på beredskap hvor ansvarsprinsipper er viktig, det blir vanskelig når ansvarsfordelingen ikke er helt klar. Men, nå samarbeider vi godt med direktoratet, men vi bruker en del ressurser på det samarbeidet som kanskje kunne vært brukt mer fornuftig.

**Kvinnsland:** Helt avslutningsvis - hvilke roller spiller henholdsvis BUB og pandemi-komiteen. Jeg er ikke helt sikker på hvilke roller disse spiller i hvilke situasjoner.

**Bukholm:** Beredskapsutvalget for biologiske hendelser er et rådgivningsorgan for helsedirektøren, for at vedkommende skal klare å gjøre tverrsektorielle vurderinger. Nå har koordineringen blitt løftet til departementet, så da har i realiteten BUB nesten ingen rolle. Den tverrsektorielle vurderingen, skjer i praksis i regjeringens kriseutvalg[råd]. Det er en sammensetning av departementsrådene fra de ulike departementene, og det er i realiteten der den tverrsektorielle koordineringen skjer nå. BUP fungerer i stor grad som et orienteringsmøte for de andre sektorene. Det tas ingen beslutninger der og den fungerer ikke som noe reelt koordinerende organ i den situasjonen vi er nå. Det er fordi det ikke er helsedirektøren som koordinerer, men departementet.

**Kvinnsland:** Og pandemiepidemi-komiteen, har denne en rolle i en krisesituasjon?

**Bukholm:** Den hadde det. Men i forløpet til etableringen av BUB, så foreslo departementet at den skulle erstattes av BUB og legges ned. Så har det vært litt vurderinger frem og tilbake. Departementets konklusjon var at de ikke ville blande seg opp i hvilke rådgivende komiteer instituttet ville ønske seg. Så vi kunne gjerne beholde pandemikomiteen som et supplement, men departementet ønsket ikke opprettholde den som en departementsoppnevnt komité.

**Vold:** Den er foreslått som et rådgivende organ til BUB, den også.

**Bukholm:** Ja, det er et av forslagene nå.

**Kvinnsland:** Det er ikke så sjelden vi har sett dere på podiet. FHI, Helsedirektoratet, departementet og gjerne statsråden. Er det et problem å være der som faglig institusjon, eller er det så avklart i forkant slik at man kjenner sin rolle der man står?

**Vold:** Jeg opplever ikke at det er problematisk.

**Kvinnsland:** Rollene er klare når man går i det møte?

**Vold:** Ja, det opplever jeg. Og jeg opplever at det er viktig at vi beholder den rollen, at vi er fagorganet, og at både helseministeren og justisministeren klar over at vi er der som fagorgan.

**Kvinnsland:** Og de vil ha begge disse to etatene på podiet på plass som sine rådgivende etatsorganer?

**Vold:** Ja, jeg har absolutt inntrykk av det.

**Kvinnsland:** Er dere blitt bedre i løpet av pandemien enn dere var?

**Vold:** Det får vi håpe. Ikke bare slitne og trøtte. Vi kunne sikkert vært bedre på å gjøre systematiske vurderinger av oss selv løpende gjennom epidemien. Vi har i utgangspunktet et system for det, som vi ikke har klart å følge opp godt nok.

**Kvinnsland:** Enkelte politikere har sagt at smittevernloven bør revideres. Er dere enig eller uenig i det?

**Aavitsland:** Jeg har foreslått en endring. Den vidtgående kompetansen som helsedirektøren har til å stenge ned landet, den bør ikke helsedirektøren ha. Den bør ligge til departementet, eller kanskje til og med til Kongen.

**Kvinnsland:** Du som kjenner den kommunale sektoren så godt Aavitsland, er det også noe der ute som bør endres? Vi ser hvem som bestemmer hva når krisen inntreffer. Er det noe på det kommunale nivå, la si kommunenes rettigheter i smittevernloven, som du mener kunne vært sett på?

**Aavitsland:** Jeg synes at de to paragrafene, § 7-1 og § 7-2, som gjelder kommunen, og § 4.1, er bra. Det som er interessant er at dersom kommunen skal stenge noe eller hindre folk i å gjøre et eller annet, så er det kommunestyret som bestemmer det, altså det demokratisk valgte organet. Men, på statlig nivå, ved innføring av de samme tiltakene for hele landet, så er det et fagdirektorat som bestemmer. Det bør egentlig være parallelt, og det bør i hvert fall være regjeringen, om ikke Stortinget. For det å kunne stenge hele landet på den måten er for dramatisk til at et fagdirektorat bør ha den hjemmelen. Jeg synes også at man bør se på § 7-9 og § 7-10, for å avklare forholdet mellom FHI og Helsedirektoratet, for å se om man kan klare å få det tydeligere.

**Kvinnsland:** Vi er svært engasjert i den rollen dere har spilt. Det er veldig godt å høre hvor mange som setter pris på dere.

**Vold:** Jeg må også få legge til at jeg tror vi deler den oppfatningen av smittevernloven, altså de to paragrafene. Det er grunn til å se på det.

**Kvinnsland:** Ja, det har jo kommet opp også juridisk og ikke minst politisk.

**Vold:** Ja og vi tok det jo opp i møte med dere som Camilla og jeg var i tidligere.

**Matsen:** Men er det ikke en risiko for at du mister muligheten til å handle raskt hvis du definerer at dette skal til departementet eller kongen?

**Aavitsland:** Jeg tror ikke det. Vi har noen eksempler på at også departementet kan handle raskt. Det gjelder å definere en sykdom som såkalt allmennfarlig smittsom sykdom etter § 1-2 i smittevernloven. Det gjør departementet over natten når vi forteller at de skal gjøre det. Så jeg tror nok at de kunne jobbet like raskt som direktoratet med å fastsette omfattende tiltak.

**Vold:** Ja og det gjør de jo nå hele tiden egentlig, de reagerer jo svært raskt.

**Kvinnsland:** Tusen takk skal dere ha.