



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

Referat

Referat fra Koronakommisjonens intervju med Bjørn Inge Larsen

Intervju av	Departementsråd Bjørn-Inge Larsen, Helse- og omsorgsdepartementet
Sted	Kommisjonens lokaler, Tollbugt. 12
Tid	23.01.2021, kl. 12–14
Intervjuere	Stener Kvinnsland, Leder av Koronakommisjonen Egil Matsen, kommisjonsmedlem Toril Johansson, kommisjonsmedlem Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
Kommisjonsmedlemmer til stede digitalt	Knut Eirik Dybdal Tone Fløtten
Ev intervjuobjektets bisittere	
Referent	Siri Halvorsen, sekretariatsleder og Thea Westhagen Edell, 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 Larsen 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.

2. Sentrale spørsmål i dette intervjuet

Tema 1: Beredskap og planer

Kvinnsland: Vi starter med et overordnet tema – beredskap og planverk. Hva vil du si er styrker og svakheter i det planverket og de planprosessene Norge hadde før covid-19-pandemien inntraff?

Larsen: Jeg vil si at Norge har et relativt oppdatert lovverk, som setter en ramme – helseberedskapsloven og smittevernloven. Videre har vi en helseberedskapsplan, som egentlig er kjernen i planverket vårt. Erkjennelsen vår er at når vi utfordres i beredskapssituasjoner, er det veldig sjeldent vi klarer å forutse hvilke situasjoner vi kommer i. I all hovedsak utfordres vi av situasjoner som vi ikke klarer å planlegge for i noen som helst detalj i forkant. Jeg tenker på tsunamien som inntraff og terroren i Oslo som eksempler på

det. Men om vi går over de siste 20 beredskapshendelsene vi har hatt i Norge, er vår refleksjon at det viktigste for oss er å ha planverk som er generelt, og som fordeler ansvar tydelig. Dette er styrkene av planverket vi har. Det er også en styrke at aktørene har klare forventninger til seg, at vi har planverk som hindrer at det samlede systemet ikke tar ansvar og samtidig etablerer en relativt klar linje under beredskapssituasjoner.

Så er det slik at vi erkjenner at verden har sett pandemier i alle fall tre ganger hvert 100 år de siste 100 årene. Av alle situasjoner er derfor pandemier noe av det man faktisk kan planlegge for. Vi har egne planer for det. Vi har hatt pandemiplan, og nå har vi planer for utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer. Vi har det på nasjonalt nivå, og kommunene har smittevernplaner på kommunalt nivå. Det scenariet vi står i nå er blant de veldig få scenariene hvor vi har gjennomført spesifikk planlegging over tid og på forhånd. Det har hjulpet oss et godt stykke på vei.

Kvinnsland: Hva er årsaken til at pandemiplanen, som jo er stykke ned i hierarkiet, ikke har vært revidert siden 2014?

Larsen: Den har vært revidert i den forstand at det nå er en plan for beredskap mot farlige sykdommer. Den er nå også innbakt i en mer generell plan. Det er knyttet til at vi i en periode vurderte at influensapandemier, som var det vi lenge hadde i hodet, ikke nødvendigvis kom til å være det som ville til å utfordre oss. Da vi begynte med et litt mer generelt planverk var vi nok mer preget av ebola og andre alvorlige blødersykdommer. Nå er det et ordinært forkjølelsesvirus som har utviklet seg og som skaper en pandemi. Pandemiplanen kunne kanskje vært oppdatert den også, men det viktigste er at vi har jobbet med pandemiplanverk i perioden etter 2014.

Kvinnsland: Vil du si at det er en svakhet at influensaarven i veldig stor grad har påvirket fortsatt tenkning og at man faktisk ikke har en konkret plan om at det kommer et agens og møter en totalt immunnaiiv populasjon.

Larsen: Nei. Jeg tror ikke spørsmålet er helt riktig. Pandemiplanen er av en slik karakter at den åpner for et influensavirus som møter en totalt naiv populasjon. Den legger for så vidt det til grunn. Planverket bommer likevel litt på hva som er de største utfordringene i håndteringen. Vi trodde at sykkelighet og samtidig sykkelighet ville være blant de største utfordringene som samfunnet sto i. Planen inneholder lite om håndteringen av en pandemi som er så alvorlig at vi velger å stenge ned store deler av samfunnet, som jo har vært det som har dominert håndteringen av denne pandemien. Det kunne man kanskje ha tenkt på, på forhånd.

Jeg vet ikke om det er noen andre land som har hatt et godt planverk for dette, og jeg er ikke sikker på om vi har sett noen god mal på det fra noen ande. I og med at vi faktisk har forberedt lovverket på de inngripende tiltakene som vi gjennomfører, burde man nok likevel tenkt gjennom hvordan det faktisk vil være. Det gjelder hvis man skal stå i dette over et år, som vi nå har gjort. I min tid i Helsedirektoratet tenkte jeg på at vi kunne komme til å måtte stenge grensene mot Norge, og at jeg kunne komme til å iverksette mange alvorlige tiltak, men jeg tenkte ikke at man skulle holde på med det i et år. Jeg tenkte at dette var en veldig tidsavgrenset hendelse. Jeg har ikke klart å se for meg akkurat det scenariet som vi nå har levd gjennom dette året, og som vi i alle fall må leve med i et halvt års tid til.

Kvinnsland: Jeg hører at du sier at det ikke hadde vært urimelig om man hadde tenkt på dette. Man kan tenke seg en situasjon der man håndterer sykkeligheten på et vis, og sykdomskonsekvenser ved fravær fra arbeid, men det er jo smitteverntiltakenes innflytelse på samfunnet som blir den store greien her.

Larsen: Sett i ettertid vil jeg si - i etterpåklokskapens lys er jeg enig i det premisset.

Kvinnsland: Men ikke nødvendigvis ikke bare i etterpåklokskapens lys. Det er ikke spesielt ulogisk.

Larsen: Nei, det er absolutt logisk. Mitt poeng er at om man skal kritisere noen for det, så bør det være noen i verden som har kommet på den gode tanken dere nå er inne på. Og som vi har forsømt i Norge. Hvis dere ikke finner noen som har tenkt på det, vil jeg si at det kanskje ikke er en så stor forsømmelse.

Braut: Pandemier er beskrevet som både et scenario med stor konsekvens og høy sannsynlighet i DSBs krisescenarier. DSBs krisescenarier retter seg jo ikke spesifikt til helsesektoren. Har du gjort deg opp noen tanker om det er andre enn helse- og omsorgsdepartementet med underliggende virksomheter som egentlig burde ha tenkt pandemiplan?

Larsen: Det har jeg ikke tenkt på. Når vi på helsesiden ikke har klart å forutse dette scenariet, og ikke har tenkt gjennom det, er det kanskje å kreve mye av andre å gjøre det. Når DSB har satt dette så høyt i sin agenda, er det tross alt fordi det har vært relativt gode beskrivelser i en pandemiplan og vært fokus på det fra helsesiden. Jeg vil ikke klandre DSB for det, når ikke vi har fått det til. Men poenget ditt er helt riktig. Det er jo det jeg innleder med å si også, at vi har jo faktisk en smittevernlov som peker på at vi kommer til å gjøre dette.

Kvinnsland: Det måtte en erfaring til?

Larsen: Ja, og det er klart at i etterpåklokskapens lys ville vi gjort mange ting annerledes. Vår ydmyke erkjennelse gjennom de 20 årene jeg nå har vært helsedirektør eller departementsråd i departementet, er at vi ikke har klart å forutse de utfordringene vi kommer til å stå i. Noen av dem er av typer vi ikke en gang har hørt om før vi står i situasjonen. Uansett hvordan vi nå skal styrke beredskapen i etterkant av dette – fordi det skal vi selvsagt – tror jeg bærebjelken må være at man må ha en sterk organisasjon som kan reagere på den konkrete situasjonen og mestre den. Det er kjernen.

Kvinnsland: Vi har regelmessig hatt og sett de sivile nasjonale øvelsene – SNØ – i regi av DSB. Det var planlagt en i 2009 om pandemi/influenza, men som ble avlyst på grunn av den pandemien som kom. Har pandemi vært tema for SNØ eller andre nasjonale øvelser i ettertid, som du kjenner til?

Larsen: Jeg vet ikke om jeg vil klare å svare korrekt på det, fordi det er mange hendelser og mange øvelser. Jeg kan ikke huske noe spesifikt om en pandemiøvelse, men det kan hende at jeg tar feil. Jeg skjønner at det ikke har vært det, siden du spør slikt.

Braut: Det var vel tema for nasjonal helseøvelse i 2007.

Larsen: Nettopp, fordi jeg husker at det har vært en øvelse. Men ikke etterpå.

Tema 2: Nedstengingen 12. mars

Kvinnsland: Vi skal over på nedstengingen.

Matsen: Vi skal stille en del spørsmål knyttet til beslutningen om å sette inn de inngripende tiltakene, som ble gjort 12. mars i fjor. Jeg kommer til å referere til dette som nedstengingen. Det kan tolkes på litt ulike måter, men jeg tenker gjennomgående på de beslutningene som ble tatt om å stenge ned private virksomheter, skoler og barnehager osv. 12. mars i fjor. Det er slik at kommisjonen har mottatt en lang rekke dokumenter og redegjørelser, ikke minst fra departementet, om nedstengingen. Vi mangler likevel noen detaljer som er viktig å få på plass for vårt arbeid. Vi har en del helt konkrete spørsmål, som vi ber om at du svarer på.

Jeg vil starte med et møte som du hadde med helsedirektør Guldvog og helseminister Høie i etterkant av pressekonferansen på ettermiddagen 11. mars i fjor, der dere snakket om en bredere tiltakspakke enn det som hadde vært på bordet inntil da. Diskuterte dere på det møtet en konkret liste av smitteverntiltak?

Larsen: Jeg tror at det ikke forelå en skrevet liste som var konkret til det møtet. Det som skjedde på det møtet var at vi hadde en slags felles erkjennelse av at vi ikke hadde kontroll på situasjonen, og dessuten lite kunnskap om hvordan man mestret denne pandemien. Hvis man skulle være på den forsiktige siden hadde vi et behov for en mer inngripende tilnærming til pandemien enn det som hadde skjedd til da. Det var også slik at dette egentlig utviklet seg over dager, fordi det var ikke lenge før vi hadde kommet med nye tiltak. Litt av formålet med det møtet var å få lyttet av Bjørn (Guldvog), og hvordan han tenkte. For meg var det viktig å gi Bjørn forståelsen av at han hadde ryggdekning for mer inngripende tiltak hos helseministeren og i regjeringen. Det er klart at det er en ganske tung bær å bære for et helsedirektorat å ta de beslutningene som de gjorde den 12. mars.

Slik jeg husker det tror jeg Bjørn ringte meg senere på kvelden, og hadde en mer presis liste. Det var det han hadde jobbet med utover kvelden sammen med medarbeiderne i Helsedirektoratet. Da hadde jeg hatt dialog med helseministeren på forhånd, så jeg kunne si at han hadde ryggdekning for å iverksette alle de tiltakene han da var gjennom. Jeg vet ikke om vi hadde snakket eksplisitt om hver og enkelt av dem, men jeg hadde en sterk følelse av hvordan stemningen var hos Bent Høie og Lars Øy, og da også indirekte hos statsministeren. Slik jeg oppfatter var det dialogen mellom Lars Øy på SMK og helseministeren.

Matsen: Var det din forståelse at direktoratet hadde startet arbeidet med tiltakslisten før det møtet dere hadde med Guldvog og Høie?

Larsen: Ja, absolutt. Det var prosesser i direktoratet før det. Jeg tror han på mange måter hadde kommet langt i tenkingen, og kanskje lenger enn vi skjønnte. Bjørn er en sånn ledertype som gjerne vil ha med seg laget sitt, før han ferdigstiller konklusjonen. Og det hadde han nok ikke gjort. Det var ikke slik at det ble laget en pakke i det møtet. Bjørn nevnte en serie med aktuelle tiltak. Først snakket vi om vi var på et føre-var-spor eller ikke, hvor mye kontroll vi hadde og hvor mye vi visste om denne sykdommen. Deretter kunne vi bekrefte at vi delte analysen, og at han ville ha full ryggdekning i regjeringen hvis han gjorde dette.

Matsen: Selv om ikke hele den konkrete tiltakslisten ble drøftet – drøftet dere noe om det var aktuelt å fase inn tiltakene over tid eller om man skulle introdusere den samlede pakken på samme tidspunkt?

Larsen: Hvis vi drøftet det, var det i alle fall et veldig kort tema. Stemningen i det møtet var at det var behov for å slå til mot sykdommen, og dra et mye sterkere advarselsflagg ut og iverksette tiltak.

Matsen: Ble dere også enige om at det var dagen etter, den 12. mars, at tiltakspakken skulle settes inn?

Larsen: Ja, det tror jeg var tema på møtet. Og at det var nødvendig.

Matsen: Hva var årsaken til at Camilla Stoltenberg ikke deltok?

Larsen: Camilla Stoltenberg er ikke en myndighetsaktør i dette bildet. Hun er en leverandør av kunnskap til dette. Temaet for dette møtet var egentlig i Bjørns verden. Dette var veldig

inngripende myndighetstiltak. Det primære behovet jeg tenkte vi hadde var å lytte av hvor Bjørn var, og være helt sikker på at han skjønnte at han hadde ryggdekning for eventuelle tiltak han ville komme med.

Det hadde ikke vært feil for oss å ha med Camilla Stoltenberg. Det hadde vært helt all right. Hun er en veldig sentral person, og en veldig konstruktiv person i dette. Men det var ikke hennes verden som var oppe til debatt, det var Bjørns.

Matsen: Vi spoler frem til morgenen 12. mars. Da sendte du en tekstmelding til Bjørn Guldvog og Camilla Stoltenberg, hvor du ba om en rask vurdering av hvilke tiltak som burde iverksettes den samme dagen. Hadde du før denne tekstmeldingen fått en vurdering av Guldvog? Altså enda tidligere enn kl. 9 den 12. mars.

Larsen: Dette er lenge siden. Det er egentlig vanskelig å svare på det spørsmålet, fordi hvis jeg svarer på det her har jeg en følelse av at jeg bør være ganske trygg på at jeg har rett. Jeg er usikker på nøyaktig hva som var rekkefølgen av disse tingene. Overordnet var det slik at vi den ene dagen hadde behov for å lytte av hvor Bjørn var i sin analyse og sin villighet til å ta tiltak som gjorde at vi mente vi ville gjeninnnta kontrollen av dette. I etterkant av det var det mer prosesser for å sikre at det som kom var så bra gjennomtenkt og forankret som mulig. Den SMS-en dagen etter er en del av prosessoppfølgingen av det som skjedde dagen i forveien.

Det var slik at Bjørn også gikk i møte med BUB den 12. mars. Han ønsket egentlig å ha med seg sin ledergruppe og beredskapsutvalget. Han ville lytte på alle aktørene før han var helt sikker på at pakken var helt ferdig. Det tenker vi at er helt all right. Kortene var derfor litt åpne utover den dagen, selv om de i hovedsak var lagt.

Matsen: Nedstengingen inkluderte å stenge skoler og barnehager, som har vært en del diskutert. Det var å stenge eller kraftig redusere virksomheten til private og offentlige virksomheter. Hvem tok initiativet til såpass kraftige tiltak, slik du ser det?

Larsen: Jeg tror ikke det var én aktør som tok det initiativet. Vi hadde vært i debatt med hverandre i lang, lang tid, og begynt å skjerpe inn tiltak. Vi hadde en erkjennelse av at vi var i ferd med å miste kontrollen, og at man trengte sterkere tiltak. Det var ikke slik at Bjørn, Bent eller Lars Øy eller hvem-det-skulle-være tok initiativ til å si at nå måtte vi gjøre dette. Det var en debatt oss imellom, og i denne prosessen er Camilla Stoltenberg en av aktørene. Det vokste frem en forståelse av at vi trengte et mye sterkere grep, og at vi på ingen måte var sikker på at det vi hadde gjort var tilstrekkelig. Det vi endte med å gjøre var å iverksette en rekke tiltak hvorav vi har veldig begrenset kunnskap om effekten av hver og en av dem. Dessverre er det fremdeles slik at verden ikke har veldig god innsikt i hva hvert og et av tiltakene betyr. Jeg vil si at vi i løpet av dette året tross alt har blitt noe mer treffsikre i tiltaksvurderingen i dag enn vi var innledningsvis. Ikke det at vi bommet så mye, men vi iverksatte mye tiltak for å være sikre på at vi gjenvant kontrollen.

Matsen: Vi er alle kjent med hvem som hadde den formelle avgjørelsesmyndigheten på det tidspunktet om å sette inn tiltakene. Hvem vil du si tok den reelle avgjørelsen?

Larsen: Det vil jeg si var Helsedirektoratet og Bjørn Guldvog. Den listen fikk han ikke fra noen andre. Det var Bjørns liste.

Matsen: Når ble avgjørelsen tatt?

Larsen: Jeg tror den avgjørelsen ble tatt i løpet av kvelden 11. mars, eller morgenen 12. mars. Men jeg tror ikke egentlig den var ferdigstilt før Bjørn var ferdig med ledermøtet sitt den morgenen og BUB-møtet. Jeg tror ikke den endret seg noe i løpet av de to prosessene,

men jeg tror Bjørn gjerne ville vite at han ikke hadde vesentlige innsigelser eller full uenighet med andre sektorer. Da hadde han måtte ha tenkt seg om en gang til. Jeg tror Bjørn presiserte den listen utover kvelden den 11. mars. Men Bjørn er nærmere til å svare på dette.

Matsen: Da kan vi heller gå til din rolle. Hvilken rolle vil du si at du hadde for beslutningen om å stenge ned?

Larsen: Som departementsråd har man mange roller. Jeg er rådgiver for helseministeren, og er en slags prosessleder for det som skjer i etatene – relasjonen mellom etatene og systematikken i hvordan de jobber i forhold til hverandre og mot oss. Det viktigste jeg gjorde i dagene rundt dette var å passe på at vi hadde involvert de miljøene vi skulle involvere, at direktoratet så rollen sin og tok den prosessen som de skulle, og at ministeren hadde god informasjon og gode råd på dette. Det er min formelle rolle.

I tillegg er jeg etter hvert trent i å være leder i disse situasjonene. Jeg deltar i disse diskusjonene om vurderingene av problematikken vi står i som en del av min rådgivning til helseministeren, og til en viss grad for å spille ball med Bjørn.

Matsen: Er det i kraft av din tidligere erfaring?

Larsen: Ja. Jeg har ledet Helsedirektoratet, vært leder av pandemikomiteen osv. Jeg har jobbet med disse tingene lenge.

Matsen: Vi var litt inne på det i forbindelse med møtet med Guldvog på kvelden den 11. mars. Kan du beskrive noe mer om statsrådens engasjement for å sette inn tiltakene?

Larsen: Statsråden og Lars Øy hadde hatt en SMS- eller mailutveksling i forkant av dette. Jeg tror begge delte det som var forståelsen i direktoratet, instituttet og embetsverket i HOD. Det var en forståelse av at vi var utrygge på om vi hadde kontroll – vi trodde kanskje at vi ikke hadde kontroll, at tiltakene så langt var utilfredsstillende, og at vi trengte å markere mye tydeligere hvor store problemer vi var i. De var positive til at man gikk videre og hadde en pakke. Statsråden var positiv til dette. Han er en veldig ryddig person, så han sitter ikke i møte og forteller Bjørn hva han skal gjøre. Han lytter, og gir ryggdekning. Jeg tenker at det ville vært veldig mye tyngre for Helsedirektoratet å utøve denne myndigheten hvis de ikke hadde hatt regjeringen med seg.

Matsen: Hva er ditt inntrykk av den rollen statsministeren og SMK spilte i oppløpet?

Larsen: De har deltatt aktivt i bekymringen for og tenkingen rundt håndteringen av pandemien hele veien. Med en ganske kompetent hånd, vil jeg si. De har vært veldig interessert i dette.

Matsen: Så kommer vi til FHI. Hvilken rolle spilte de i selve beslutningsøyeblikkene den 11/12. mars?

Larsen: På det tidspunktet hadde vi fått situasjonsanalyser fra FHI, og deres vurdering om usikkerheten rundt dette. De var veldig bekymret. Vi hadde drøftet mange forskjellige tiltak. Vi var klar over hva de for eksempel mente om skoler og barnehager, og at de var i mye større tvil ved om det var riktig å stenge skoler og barnehager. De hadde gjort det som kunnskapsinstitusjonen vår skal gjøre. De hadde gitt oss sin kunnskap og sine beste vurderinger, og så lå det på bordet da Bjørn gjorde sine ting. Men de sitter ikke rundt bordet når Bjørn bestemmer seg for tiltakene.

Matsen: Var du enig i situasjonsforståelsen som FHI meddelte de aktuelle dagene – fra 9. til 11. mars?

Larsen: Jeg kan ikke huske at jeg var uenig i den bekymringen FHI la på bordet, og heller ikke at de hadde et enda mer alvorspreget bilde av det som skjedde eller prøvde å ta ned hvor bekymringsfullt dette var. De var veldig bekymret, men de forsøkte å finne kunnskapsgrunnlag bak tiltakene som landet bør iverksette. Når de ser på dette, er deres vurdering at vi ikke har holdepunkter for – eller kanskje til og med holdepunkter for at det ikke er – en vesentlig del av smitten som skjer i barnehager og skoler. Det kommuniserte de ut.

Jeg kan likevel forstå at Bjørn sier takk for et godt råd, men at det er usikkert og at vi trenger en veldig markert tiltakspakke. At man ikke kan ta høyde for den usikkerheten, og at man er på den forsiktige siden. Vi gjør en enda mer ekspansiv stengning enn det FHI mener at vi har et godt nok kunnskapsgrunnlag til å gjøre.

Matsen: Når ble instituttet, eller Camilla Stoltenberg, informert om at beslutningen ble å stenge skoler, barnehager og private virksomheter?

Larsen: Jeg håper dere har snakket med Camilla om dette. Men jeg tror ikke at hun var inne i rådslaget da Bjørn gjorde disse beslutningene. Jeg tror egentlig hun skulle fått vite om det på møtet i BUB, og så var det noe med at hun var forsinket til møtet. Hun har sagt i ettertid at hun ikke fikk det med seg.

Matsen: Etter din vurdering – ville Helsedirektoratet gjort dette vedtaket den 12. mars hvis det ikke hadde vært for ditt, helseministeren og eventuelt statsministerens påtrykk og engasjement?

Larsen: Det tror jeg du må spørre Bjørn om.

Matsen: Du har ingen oppfatning om det?

Larsen: Jeg er helt sikker på at de ville ha truffet noen vedtak, men jeg tror det var godt for Bjørn Guldvog å vite at han hadde regjeringen i ryggen da han gjorde disse vedtakene. Det kan kanskje ha påvirket hvor langt han følte at han kunne gå med vedtak. Det er første gang vi tyr til å bruke disse paragrafene, så det var åpenbart en stor barriere å krysse. Det kan ha gitt ryggdekning til en etat å vite at regjeringen var enig. Det var litt av poenget mitt den kvelden – at det måtte Bjørn vite.

Matsen: Den 12. mars kl. 13, én time før pressekonferansen, var det et formøte med blant annet statsminister og helseminister. Da er vi interessert i å vite hvem som presenterte listen over tiltak for statsministeren.

Larsen: Jeg håper at jeg husker riktig møte, fordi jeg har vært i mange møter med direktoratet, instituttet og statsministeren. Er du sikker på at jeg var til stede i det møtet?

Halvorsen: Vi har oppfattet det slik at du var til stede. Det var et formøte rett før pressekonferansen 12. mars, hvor statsministeren ble brifet om hva som skulle sies på pressekonferansen.

Larsen: Jeg spør fordi jeg som hovedregel ikke har deltatt i formøter til pressekonferansen i det hele tatt. Jeg tror at jeg var til stede i dette møtet. Jeg har i alle fall vært tilstede i et møte hvor Helsedirektoratet presenterte listen over tiltak. Det var en slags utsjekk på hvor stor uenigheten var mellom FHI og direktoratet. Jeg antar at det var naturlig at det var i akkurat dette møtet, og at jeg derfor var tilstede. Det var Helsedirektoratet, eller Bjørn slik jeg husker det, som presenterte den listen. Dette var Bjørns liste. Jeg skjønner at dere borrer litt i det.

Dette er Bjørns liste. Alle var klar over at det var en uenighet mellom direktoratet og instituttet knyttet til barnehager og barneskolen. Det ble boret litt i hvor stor den uenigheten var. Den er ikke himmelfallen forskjellig. FHI sier at vi har dårlig kunnskap om dette, men den kunnskapen vi har tyder på at barn og unge ikke spiller noen vesentlig rolle, og at de derfor mener at vi ikke skulle gå til det grepet. Samtidig sa Camilla i det møtet at dersom det ble beslutningen, ville de stille seg bak det. De ville jobbe med det som utgangspunkt.

Matsen: Kan du huske om det ble gjort endringer i tiltakslisten til Guldvog på det møtet?

Larsen: Nei, det kan jeg ikke huske og det ville jeg synes at var rart. Fordi dette var Bjørns liste.

Matsen: Vi har noen spørsmål knyttet til innholdet i beslutningene. Vi har hatt litt vansker med å finne skriftlige begrunnelser for innføringen av de tiltakene som ble gjort den 12. mars. Hvilke analyser og avveininger vil du si lå til grunn for de tiltakene som ble satt inn?

Larsen: De som burde ha laget begrunnelsen i denne sammenhengen, er de som utviklet tiltakene og bestemte dem, og det vil være Helsedirektoratet. Sett i ettertid kunne de skapt mer skriftlighet rundt det. Jeg tror det er naturlig å se på den samlede skriftligheten over de siste dagene i forkant av beslutningen, som et underlag for at man kom til den erkjennelsen. Hvis det er slik at vedtakene er utformet uten at det er gjort et tilstrekkelig arbeid med å vise til begrunnelsene, er det råd og statistikk fra FHI, vurderinger i Helsedirektoratet, dialog med regjeringen i tidligere møter. Det er fundamentet for dette. Jeg har skjönt at dere har søkt etter den skriftligheten hos oss og sikkert hos andre også, uten å finne den godt nok. Det burde sikkert vært håndtert annerledes.

Matsen: Vi kan forestille oss at det har vært et voldsomt tidspress i denne perioden, og det kan sikkert forklare at det ikke er enormt mye skriftlig materiale. Men dette var jo i gjæring i alle fall siden januar. Hva kan du si om det, og at det likevel er lite skriftlig dokumentasjon av de analysene som ble gjort?

Larsen: Det er ikke slik at det er fravær av skriftlige analyser. Det er flere situasjonsrapporter fra FHI i forkant av beslutningene, notater til regjeringen i forkant av tidspunktet, og notater fra Helsedirektoratet til departementet. Det er fremdeles slik at i 2021 har vi igjen opplevd å måtte forandre tenkingen vår i løpet av veldig få dager, og ta inn over oss at samfunnet trenger en annen tilnærming enn den vi har tenkt at vi skulle ha – på veldig kort tid. Det er fremdeles slik at vi blir overrasket over hvor fort pandemien har kraft til å vokse hvis tiltaksnivået er litt for lavt.

Matsen: Det er fristende å spørre om det har å gjøre med at det er vanskelig for oss mennesker å forstå hva eksponentiell vekst egentlig betyr, men jeg tror vi skal la det ligge. Jeg vil gå til noe du har vært inne på selv, om at det var en viss uenighet mellom FHI og Helsedirektoratet. Det var denne beslutningen om å stenge småskolen og barnehagene. Hva var grunnlaget for å ta den beslutningen, etter ditt syn?

Larsen: Det er usikkerhet om hvor stor rolle barn har i smittespredningen av denne sykdommen. Der er det slik at FHI sier at de mangler et utførlig kunnskapsgrunnlag, men at deres kunnskapsgrunnlag på det tidspunktet tydet på at det ikke spilte noen stor rolle med barn og unge. Jeg tror Bjørns vurdering var at det godt kunne hende at det var riktig, men at det også kan hende at det er feil. Hvis det er feil, er konsekvensene av å ikke ta det med i denne beslutningen er kanskje at tiltakene våre ikke har effekt. Det ville vært alvorlig i den situasjonen.

Matsen: Det europeiske smittevernbyrået – ECDC – publiserte en risikorapport 12. mars. Tolket dere den som en anbefaling om å stenge eller ikke stenge skoler?

Larsen: Jeg kan ikke huske den vurderingen. Det kan sies mye pent om det europeiske smittevernsbyrået, men de har også gjort alvorlige feil under denne pandemien. De har stadig anbefalt oss å ikke ha begrensninger i innreise, og vi er nokså trygge på at begrensninger i innreise er et av de viktigste verktøyene vi har brukt under denne pandemien. Vi følger ikke det europeiske smittevernbyrået i ett og alt.

Matsen: I hvilken grad ble det utredet hvordan tiltakene fra 12. mars ville gripe inn i rettigheter nedfelt i Grunnloven og menneskerettighetene?

Larsen: Jeg håper det var et tema under intervjuet med Kari Sønnerland og Elisabeth Salvesen inne, fordi jeg tror de kan svare mye bedre på vegne av departementet enn meg. Nedstengingen skjedde i Helsedirektoratet. Helseerettsavdelingen var nok ikke på den listen før den faktisk kom, så det må eventuelt være direktoratets rettsmiljø som eventuelt svarer på dette. Jeg vet at vi har vært veldig opptatt av forholdsmessighet, begrunnelse og ivaretagelse av rettigheter i alt vårt rettsarbeid underveis. Etter hvert i god dialog med Lovavdelingen i Justisdepartementet om de spørsmålene.

Matsen: Vi har et spørsmål om det tverrsektorielle perspektivet. Hvordan vurderte du og departementet vurderte behovet for å inkludere andre departementer – da tenker jeg for eksempel på Kunnskapsdepartementet, Næringsdepartementet og Finansdepartementet, før beslutningen om å stenge barnehager og skoler, og private virksomheter?

Larsen: Under vanlige omstendigheter ville vi hatt veldig brede prosesser med alle departementer om dette. Det som skjedde den 12. mars var en hastebeslutning fra Helsedirektoratet. Den var strengt tatt ikke formelt saksbehandlet på tvers av departementer. Den hadde regjeringens ryggdekning, men hadde ikke vært gjennom de vanlige saksrutinene for en regjeringsbehandling. Det som skjedde den 12. mars var ikke gjenstand for den type prosess mot de andre departementene. Det er egentlig det smittevernloven gir en åpning for i en situasjon hvor det haster.

Dere har sikkert registrert at det var den eneste beslutningen Helsedirektoratet tok på egen hånd. Da vi så på det som skjedde på det tidspunktet, så var det vår vurdering at denne typen vedtak er det feil å la Helsedirektoratet fortsette å vurdere og ta. For denne typen vurderinger må Helsedirektoratet være en kompetent myndighetsaktør, men som rådgiver til en regjeringsbeslutning. Fra runde to har vi ikke akkurat behandlet det som standard regjeringssaker, fordi oftest har det vært kortere saksbehandlingstid enn i vanlige regjeringssaker. Det har likevel vært behandlet som etter regjeringsrutinene. Det har vært vurdert i embetsverket i HOD, av politisk ledelse, og vært forelagt berørte departementer. De berørte departementene har vært hørt, og har spilt tilbake. Det har vært drøftinger i regjering og regjeringsbeslutning. Det var denne ene runden hvor man brukte fullmaktene i smittevernloven. Deretter var vår vurdering at det ikke kunne skje mer enn den ene gangen.

Matsen: Mitt neste spørsmål har å gjøre med at smittevernloven åpner for hastedvedtak fra direktoratet. FHI skrev i sine risikovurderinger fra februar at koronaepidemien ville komme til Norge. I lys av det – hva vil du si var årsaken til at det ble så hastverk i uken 10.–12. mars?

Larsen: Jeg tror for så vidt at vi begynte å erkjenne i januar at det var en mulighet for at pandemien ville komme til Norge. Vi hadde likevel ikke sett for oss dette bildet med skituristene. Vi var litt uforberedt på den ganske sterke introduksjonen som kom. Det var blandet med at vi ikke egentlig hadde noen kunnskap om hvordan denne epidemien artet seg i landet. Det er nok riktig som du sier, at det ikke var mer dramatisk enn eksponentiell vekst. Det var i alle fall slik at det var barrierer som flyttet seg hele tiden. Vi skjønnte plutselig at det var en vesentlig andel av smitten som skjedde i samfunnet hvor vi ikke hadde noen linje av smitte som vi relaterte det til. Da vi først erkjente det hadde vi egentlig ikke noen god

fornemmelse av hvor stort det fenomenet var. Det kunne være noen isolerte, få tilfeller, men vi hadde en følelse av at det kanskje var en ganske utbredt situasjon. I løpet av veldig få dager tenkte vi at vi kanskje var på vei inn i den situasjonen som Italia hadde vist. Der hadde man mistet kontrollen helt. Det som endte med å bli problemet var at man ikke hadde kapasitet til å tilby adekvate helsetjenester til kritisk syke pasienter, og også relativt unge kritisk syke pasienter.

Matsen: Hva er grunnen til at vedtakene om tiltakene ble truffet av direktoratet og ikke i statsråd? Var det vurdert på forhånd?

Larsen: Nei, det var ikke vurdert på forhånd. Jeg tror vurderingen vår var at denne fullmakten lå til Helsedirektoratet. Jeg tror ikke det ville vært utenkelig at det første vedtaket kunne ha skjedd i departementet, men da måtte det vært som følge av en prosess hvor vi hadde bedre tid. Hvis scenarioet hadde vært helt annerledes, og det ikke var så hastepreget som vi plutselig erkjente, tenker jeg at man godt kunne sett for seg et initiativ om at det var regjeringen som burde ha tatt disse vedtakene. Da hadde man også hatt tid til å høre av Finansdepartementet, Næringsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Barne- og familiedepartementet osv.

Matsen: Kan man se for seg et scenario, slik som FHI skrev en del om i sine risikovurderinger, om at formålet ikke var å slå det ned, men å få ned det effektive reproduksjonstallet til litt over 1, og så la det utvikle seg. Ville det gitt bedre tid?

Larsen: Hvis vi hadde hatt en følelse av at r-tallet vinglet rundt 1, tenker jeg at vi ikke hadde hatt det hastepreget som vi hadde. Men det hadde vi ikke noe følelse av disse dagene. Vi hadde strengt tatt ikke noe god følelse av nøyaktig hva r-tallet var, hvor god kontroll vi hadde eller hvordan epidemien artet seg da den spredde seg.

Matsen: Jeg har to veldig spesifikke spørsmål, som jeg håper vi kan ta helt kort, og et avslutningsspørsmål. Noen dager etter 12. mars ble tiltakene utvidet til å stenge grensene mot utlandet og å stenge enkelte ytterligere virksomheter, hvor fysioterapeuter og optikere er to eksempler. Hvorfor ble det tatt etter hovedbeslutningen den 12. mars?

Larsen: Det tør jeg ikke si.

Matsen: Heller ikke om grensestenging?

Larsen: Nei, jeg tør ikke si hvorfor det ikke ble tatt i samme beslutning. Jeg klarer ikke å huske tilbake igjen til det.

Matsen: Et litt spesifikt spørsmål om Holmenkollen. Kan du beskrive prosessen og dialogen mellom Oslo kommune og sentrale helsemyndigheter som ledet frem til at Oslo kommune besluttet å stenge Holmenkollen skifestival for publikum?

Larsen: Jeg kan beskrive slik jeg husker det. Helsedirektoratet kom til at man ikke burde kjøre Holmenkollen-rennene med publikum. Deretter hadde FHI i første omgang en dialog med Oslo kommune. Så var det en uenighet om dette burde være et kommunalt eller statlig vedtak. Det endte med også å bli et spørsmål om juss. I dette var det også slik at vår rettsavdeling ble spurt, og ga uttrykk for at det var forventet at kommunen treffer dette vedtaket.

Matsen: Grunnen til at jeg har plaget deg med veldig detaljerte spørsmål er at det er litt lite dokumentasjon om å innføre tiltakene, som med rette har blitt beskrevet som de mest inngripende i fredstid. Har du noen tanker om det, og om hvorfor vi har måttet jobbe ganske hardt for å finne skriftlig dokumentasjon og fremdeles mangler en del?

Larsen: Det åpenbare svaret er at dokumentasjonen ikke finnes. Vi har levert ut det vi har, og direktoratet har helt sikkert levert ut det de har.

Matsen: Det er poenget, at det er en del som ikke er skriftliggjort.

Larsen: Jeg tror ikke det er unikt for denne beslutningen at det kunne vært mer dokumentasjon. Det har også vært kritikk av regjeringens beslutninger gjennom året i etterkant, hvor man har spurt om det finnes et slags forarbeid til disse til dels inngripende tiltakene. Det har ikke vært offentliggjort. Det er klart at fra den neste beslutningen, og alle andre senere beslutninger, vil dere finne at det tross alt er en annen systematikk i den skriftlige dokumentasjonen i forkant av vedtakene. Der har det vært underlagsdokumenter fra FHI som har understøttet vurderingen i Helsedirektoratet, som igjen har gitt en vurdering til oss. Det finnes dokumenter fra oss med råd til statsråden, og etter hvert med statsrådets notater til sine kollegaer og til regjeringen, og en beslutning i regjeringen. For de som ikke er på innsiden av den kjeden har det likevel vært lite synlig informasjon. Det er bare en måned siden vi begynte å publisere noe som ligner på drøftende, utfyllende notater til beslutningen i det offentlige rom. Langt ute i denne pandemien har vi strevd med å være gode nok på det skriftlige for at alle skal forstå alle de inngripende tiltakene man kommer med.

Jeg skjønner at det mangler i dette tilfellet. I den grad noen har det må det være Helsedirektoratet, fordi det er de som faktisk gjorde disse vurderingene og som lagde denne listen.

Johansson: Jeg har et spørsmål i tilknytning til det siste. Hva slags rutiner har dere egentlig knyttet til å arkivføre innholdet i telefonsamtaler, SMS-er osv.? Hvordan fungerer dette?

Larsen: Det er jo sånn at alt som er arkivverdig i et departement skal arkivføres og tas inn. Det er en alminnelig instruks til alle. Jeg vet ikke riktig hvilke ord jeg skal bruke. Det er vanskelig å alltid minne seg selv på hvilke SMS-er og telefonsamtaler som er arkivverdige. Hvis jeg har en samtale som egentlig gir Bjørn eller Camilla en instruks, er det noe eget, men det er veldig sjeldent. Jeg tror at om man går på tvers av alle departementer, er det ikke 100 % etterlevelse etter den regelen.

Tema 3: Ledelse og koordinering under pandemien

Johansson: Da går jeg til ledelse og koordinering. Var det noen gang aktuelt at Justisdepartementet skulle overta som lederdepartement tidligere enn de gjorde? De overtok 13. mars.

Larsen: Det kan hende at Justisdepartementet har tenkt det, men for oss var det ikke det. Vi har alltid tenkt at når det er en smittevernhendelse, er det HOD som er lederdepartement. Ved første utpeking av et lederdepartement, meldte vi oss.

Johansson: Det blir viktig når man tenker at dette er en krise med store samfunnsmessige konsekvenser. Var tidspunktet for når det ble overført til Justisdepartementet riktig?

Larsen: Jeg tror ikke nødvendigvis kriteriet er at det er store samfunnsmessige konsekvenser. Vi kan nok lede en krise som har store samfunnsmessige konsekvenser, men vi erkjente veldig fort at det å håndtere pandemien og smittevernarbeidet egentlig var en avgrenset andel av det å håndtere situasjonen samfunnet sto i. Det er litt det samme som du har spurt meg om – planene våre og hva vi har forberedt oss på. Vi har i grunnen ikke forberedt oss på at vi omrokker alt som skjer i samfunnet og regulerer ting i folks liv som vi aldri ellers regulerer. Heller ikke at politiet er like involvert som helsetjenesten osv. Det ble vi veldig fort klar over etter den første runden av vedtak som Helsedirektoratet traff. Ved første

korsvei i kriserådet etter det, snakket jeg med Heidi Heggenes og sa at å håndtere konsekvensene for samfunnet nok er vel så mye som å håndtere selve pandemien. Det er det naturlig at Justisdepartementet, som vanligvis er lederdepartement, tar.

Johansson: Hvordan synes du Kriserådet har fungert under pandemien?

Larsen: Kriserådet har fungert bra, vil jeg si. Jeg har vært med på mange kriser etter hvert, de siste 20 årene. Jeg vil si at Justisdepartementet har vært et godt lederdepartement, og at kriserådsmøtene først og fremst har vært gode informasjonsmøter for bred forankring av informasjon om håndteringen. Det gjelder både utviklingen av pandemien og problemstillingene vi står i fra helsesiden, men også de utfordringene samfunnet får som følge av alle tiltakene.

Johansson: Er det noen forbedringspunkter?

Larsen: Det kan være at man kan komme lenger enn at det blir informasjon. Men det er jo ikke departementsrådene som skal ta beslutningene. Det kan nok være at man kan komme videre ved at alle sektorer deltar i å identifisere utfordringene som vi står i, og forutse utfordringer vi bør forberede oss på. Kriserådet sikrer at alle departementsråder er der, har samme informasjon, og at vi er trygge på det. Når vi ringer til hverandre, ringer vi til en som har omtrent samme situasjonsforståelse som en selv. Det er verdifullt. Kriserådet har fungert ganske godt under denne krisen, vil jeg si.

Johansson: Hvordan har samordningen mellom departementene fungert? Noen saker har gått i RCU, noen har gått i regjeringsskonferanser osv.

Larsen: Det avhenger litt av hva du mener med samordning. Jeg vil gjette at mange departementer har vært litt forvilt over hastegraden av saker som har kommet fra oss. De har ofte fått én dag, tolv timer eller seks timers frist på å sette seg inn i våre saker og gi råd til sine politikere om dem. På den annen side vil jeg si at samspillet mellom HOD og Justisdepartementet har vært bedre i denne krisen enn i noen annen krise jeg har stått i. Det samme mot UD, som har vært veldig viktig for oss. Det har vært mange arenaer for samspill som har fungert godt. Og det har fungert godt på det bilaterale også. Det har vært veldig godt bilateralt samarbeid med UD. Da vi fikk utfordringen med smittevernutstyr som leverandøren ikke lenger kunne levere, var UD virkelig en pilar for å bistå oss i å håndtere det. Justis har også tatt veldig mye av belastningen med arbeidet med pandemien, og mange av de vanskelige tingene å håndtere. Det har vært viktig for oss, fordi vi har hatt nok.

Johansson: En annen slik arena er BUB – hvordan har det fungert?

Larsen: Det vet jeg ikke. Jeg er ikke der.

Johansson: Du har heller ikke fanget opp noe?

Larsen: Nei, det er tredjehånds. Det tror jeg ikke hører hjemme her.

Johansson: Da hopper jeg også over spørsmålet om sammensetningen av BUB, som har endret seg litt over tid. Da er det heller ikke noe du har kjennskap til?

Larsen: Ikke førstehåndskjennskap, ikke tatt initiativ til og ikke vært involvert i.

Johansson: 11. desember så dere det nødvendig å skrive et brev som avklarte rollene til Helsedirektoratet og FHI. Kan du si litt mer om det?

Larsen: Det er et veldig viktig brev. Det er en videreføring av tekst fra helseberedskapsplan, plan for smittsomme sykdommer og fra annet planverk. Foranledningen for at brevet kom var forespørsler fra de regionale helseforetakene. De spurte oss om hvordan rollefordelingen egentlig var, og særlig på styrenivå. Ikke administrasjon. Da vi skrev det var det også med tanke på at det skulle være avklarende for de aktørene som er berørt – Helsedirektoratet, FHI osv. FHI og Helsedirektoratet har over de siste seks-syv årene fått justerte roller. Vi hadde en forvaltningsreform i 2002, som etablerte det mye større FHI og reetablerte et helsedirektorat. Så hadde vi en ny runde i 2014 kanskje, hvor vi slo sammen flere etater. Vår ideologi over de siste 20 årene har vært å bygge større og sterke fagmiljøer.

Det var tidligere ikke så tydelig at FHI ikke var et myndighetsorgan. De hadde mye mer preg av å være et myndighetsorgan tidligere, herunder på smittevernområdet. De hadde roller som lå inn mot myndighetsområdet. Det vi har gjort over de siste årene, ved flere korsveier, har vi tydeliggjort at FHI er et kunnskapsgenererende miljø. Det er en etat som har kunnskapsproduksjon, og råd om kunnskap. De driver ikke myndighetsutøvelse. Helsedirektoratet er vår myndighetsaktør. Det er for så vidt godt forankret, mener jeg, i etatenes ledelse, men ikke like godt forankret nedover i etatene. Alle tekster som tydeliggjør presiseringen av hva vi forventer av etatene, er også hjelpsomme for etatene til å skape en identitet om hva de er til for. Da vi skrev dette brevet var det først på en forespørsel fra RHF-ene, men vi passet på å bruke anledningen til å gjenta hva det nå er HOD har av strukturer under seg.

Johansson: Vi har skjønnet at det også var en prosess i forkant av brevet. Hvorfor kom det så sent som 11. desember? Hadde man egentlig trengt det tidligere i denne situasjonen?

Larsen: Det kan godt hende, men veldig mye av dette står i helseberedskapsplanen. Det finnes tekst som beskriver dette på en god måte. Men henvendelsen fra RHF-ene kom i forkant av dette tidspunktet, så det var derfor det kom bortimot et år ut i pandemien.

Johansson: Men så var det klart, altså? Nå forstår partene forskjellen?

Larsen: Hvis du spør meg om å være indiskre om mellomværet mellom FHI og Helsedirektoratet, vil jeg bare si at de utfyller sine roller på en god måte og oppfyller de oppgavene de har fått fra HOD.

Johansson: Hva er ansvarsdelingen mellom HOD og Helsedirektoratet når det gjelder koordinering av sektoren ute?

Larsen: Det er flere gode spørsmål, her. Det er slik at ved alle kriser er vår erkjennelse at HOD tross alt er en relativt liten organisasjon med et lite beredskapsapparat. Det er slik at i det daglige leder HOD helsenorge gjennom brev, instruksjoner og lovutvikling, som har sykluser på noen måneder eller år. Vi vet ikke hva som skjer i helsetjenesten i løpet av en tre, fire fem-ukers periode. Vi vet det når vi får årsrapporteringer eller kvartalsrapporteringer.

I en krise trenger regjeringen daglig å vite om vi har kontroll på situasjonen eller ikke. HODs rolle og regjeringens behov er helt annerledes under krisehåndtering enn det er i dagliglivet. Vi er i lederposisjon i alle fall for halve helsenorge, i prinsippet hele tiden. Den andre halvparten av helsenorge er vi strengt tatt ikke i lederposisjon overfor. Men i krise trenger vi å være i lederposisjon for hele helsenorge, og vite hva som skjer der hver dag. Hvis noe går galt, må regjeringen kunne reagere.

Det å holde oss oppdatert er en veldig stor oppgave, og den oppgaven legger vi til Helsedirektoratet. Det betyr at oppdrag om hva aktører skal gjøre, og om informasjon som regjeringen bruker, samles inn av Helsedirektoratet. Kommunikasjon ut i sektoren gis også av Helsedirektoratet, gjennom fylkesmennene til kommunene og gjennom RHF-ene til

spesialisthelsetjenesten, og fra RHF-ene til alle etatene våre. Helsedirektoratet får våre fullmakter til å være i posisjon overfor de andre etatene, og vår posisjon overfor RHF-ene. Men de kan ikke gjennomføre foretaksmøter, for det skjer i HOD. Det er standardbiten på dette.

Denne krisen har jo vært særlig vanskelig å håndtere. Vi har hatt et eget behov for også å ha en viss dialog med etatene. Et par ganger i uken har jeg derfor morgenmøter med RHF-ene og etatene, og blir orientert om alt de bekymrer seg for. Der kan jeg også gi direkte informasjon om det som er politisk sentralt ut i sektoren. Vi har også reflektert om det underminerer posisjonen som vi fremdeles ønsker at Helsedirektoratet skal ha i dette. Vi mener at Helsedirektoratets posisjon står seg godt, og så er det viktige møter for oss.

Johansson: Du beskrev litt todelingen av ansvarsområdet. Det er en part som ikke sitter ved dette bordet, og det er kommunene. Det vil jeg gjerne at du reflekterer litt rundt.

Larsen: Helsedirektoratet får bare våre fullmakter når de leder eller koordinerer helsenorge under en krise. Det vil si at Helsedirektoratets rolle er mye sterkere overfor spesialisthelsetjenesten og etatene, enn de er i forhold til kommunene. Kommunene har vi egentlig bare ved velvilje fra kommunenes side en lederposisjon til. Det vi bruker er statsforvalterne som kommunene heldigvis er vant til og liker at tar en koordineringsrolle under kriser. Det er egentlig ikke et lovregulert eller pliktig opplegg for kommunene å være under koordinering av HOD eller Helsedirektoratet under kriser.

Vi har ofte reflektert over om det er et for dårlig reguleringsregime i kriser. Hver gang til nå har vi falt ned på at det tross alt fungerer ganske godt med det frivillige regimet. Kommunene lar seg faktisk koordinere i det frivillige regimet. Vi får god informasjon fra kommunehelsetjenesten, og de gjør en stor jobb. Dette er egentlig bare et uttrykk, i denne sammenhengen, for en svakhet ved den norske modellen for organiseringen av helsetjenesten. Sett med en departementsråds øyne har vi en ubalansert ledermodell for norsk helsetjeneste, fordi vi faktisk ikke har noen lederposisjon overfor kommunehelsetjenesten. Men hvis du er en befolkning, og bor i en kommune, vil jeg tro at det er befriende at ikke staten har en lederlinje rett ned og inn i alle sektorer i kommunene. Begrunnelsen for modellen er god, men det gir en skjev posisjon for HOD til å utvikle og lede norsk helsetjeneste. Det blir mest aksentuert under kriser.

Johansson: Rollefordelingen mellom Helsedirektoratet og FHI når det gjelder smittevernsarbeid og pandemihåndtering. Det er mange smittevernsfolk i FHI, litt i direktoratet og de har forskjellige roller. Hvordan fungerer dette?

Larsen: Premissmessig er det lagt opp slik, fra vår side, at FHI fører statistikken, holder registrene, holder oversikt over god kunnskap, driver egen forskning, og samarbeider med andre forskningsmiljøer. De er en fagetat og en faglig rådgiver til helsetjenesten, myndighetene og befolkningen. Men de er ikke myndighetsaktører, og treffer ikke vedtak om smitteverntiltak. Det gjør Helsedirektoratet. Helsedirektoratet er, for alle områder i samfunnet som gjelder helse, vår myndighetsaktør under departementet. De er vel trent som myndighetsaktør. Det står at de skal legge råd fra FHI til grunn i sine vurderinger, men det betyr ikke at de skal følge rådene og vurderingene som kommer fra FHI. Det betyr at de skal forholde seg til det kunnskapsgrunnlaget når de gjør sine vurderinger. Vi får bare et råd, og det er rådet fra Helsedirektoratet. I andre sammenhenger vil det være slik at Legemiddelverket, FHI, sektoren osv. gir råd til Helsedirektoratet, og de oppsummerer og vi får et råd. Vi ser likevel anbefalingene fra de andre aktørene, og i dette tilfellet FHI. For oss skaper det en ryddighet. Vi har egentlig to gode kilder til vurderinger før vi i embetsverket i HOD gjør våre vurderinger, og gir råd til politisk ledelse. Det er det primære skillet mellom direktoratet og FHI.

Johansson: Det er så stor kapasitet og kompetanse i FHI, så kommer vil til en krise og så er det få mennesker i direktoratet. Hvordan fungerer det å ha den tunge rollen i en slik situasjon?

Larsen: Ulempen ved det må veies mot ulempen ved å gi myndighetsansvar til et organ som ikke er trent på å utøve myndighet, på å lede, og ikke er trent på å forholde seg til kommuneledelsen. FHI forholder seg til helsesøster og kommuneoverlegen. Helsedirektoratet forholder seg til kommuneledelsen – statsforvalterne. Det er store ulemper ved å la et rent fagmiljø ta lederbeslutninger og iverksette ting i sektoren, fordi det er de ikke trent på. Det er derfor vi overlater det til Helsedirektoratet.

Johansson: Hvordan har samarbeidet mellom de to organene vært under pandemien?

Larsen: Jeg vil si at det har vært veldig godt. De har utfyllt hverandre. De har ikke alltid vært enige, og de fleste uenigheter er fanget opp i det offentlige rom. Det tror jeg er til fordel for alle, også befolkningen. At de ser at det er en grundig faglig prosess med råd til regjeringen, og ulike faglige vurderinger. Så har regjeringen sine prosesser. Oftest følger de rådene de får, men av og til ikke. Det tror jeg også er legitimt.

Johansson: Hvordan har dere klart å ivareta hensynet til god ledelse, oppgaveplassering og beslutningslinjer i egen organisasjon under håndteringen?

Larsen: Vi har fulgt våre rutiner egentlig. Det er avdelingene som bærer ansvaret for saksfeltet i det vanlige som også vil bære ansvaret for beredskapsarbeidet. Vi har en krisestab i administrasjonsavdelingen. Alle disse miljøene er styrket ved at vi flytter folk rundt omkring i departementet, og putter folk fra avdelinger inn i krisestaben. Vi styrker de delene av avdelingene som jobber med krisehåndtering. Vi har brukt det regimet vi skal bruke i denne situasjonen. Likevel er det vanskelig å unngå at det er enkeltmedarbeidere som får veldig stor belastning i disse situasjonene, fordi de har kompetanse på akkurat det som er etterspurt eller har personlige egenskaper knyttet til hastigheten i hvordan de jobber som egner seg. Noen av medarbeiderne har hatt en ordentlig langspurt i et år.

Tema 4: Smittevernutstyr

Kvinnslund: Da skal vi over på et nytt tema – smittevernutstyr.

Braut: I deres underveisevaluering ble det sagt at det var et paradoks at ansvarsprinsippet ikke har virket. Hvordan skal vi tolke det utsagnet?

Larsen: Det er den enkelte kommunes ansvar å ha beredskap inkludert ved beredskapslageret, og forsyningssikkerhet for det de trenger. Det er det enkelte foretak som har ansvar for beredskapslageret. Jeg vil si at litt uavhengig av hvor dramatisk smittevernutstyrssituasjonen faktisk utviklet seg er erkjennelsen at ingen av disse aktørene hadde relevante lagre for noe som lignet på det scenarioet som vi kom i nå.

Braut: I den samme underveisevalueringen står det at det lykkes å få tak i nok utstyr, men at dette var til dels dimensjonerende for de tiltakene som ble innført. Kan du si litt om det også?

Larsen: Virkelighetsbeskrivelsen var at leverandørene og grossistene ikke lenger leverte. Det er en veldig dramatisk situasjon, og det er en av de tingene vi ikke hadde forberedt oss på. Vi var ikke forberedt på at det kunne skje at vi ikke kunne kjøpe ting for penger på vanlig måte. Da startet vi aksjonen med sykehusinnkjøp. Det jeg sier er at i et langt tidsrom var det rasjonering av smittevernutstyr i helsetjenesten.

Braut: De foreliggende planene eller tenkingen om utstyr – hadde man hatt noen refleksjoner om en eventuell svikt i de globale forsyningskjedene eller varekjedene på dette området? Har det vært gjenstand for noen analyse på noe tidspunkt de siste 15-20 årene?

Larsen: Det er jeg litt usikker på. Det tør jeg ikke svare på.

Braut: På en måte har man satset på at det skulle fungere med ansvarsprinsippet mv.?

Larsen: Jeg tror vi i hovedsak tenker det når det gjelder legemidler, vaksiner, smittevernutstyr og teknisk utstyr. Vi tenker at markeder finnes og forsyningskjeder finnes.

Braut: Den rammeavtalen som er inngått med EU om felles anskaffelse av legemidler, medisinsk utstyr og verneutstyr – hva vil du si at den har betydd for denne krisen? Den ble vel signert i mars 2020.

Larsen: Jeg tror den i realiteten har betydd relativt lite. På det tidspunktet hadde vi rigget systemet vårt for å berge oss selv på smittevernutstyr. Jeg tror at det EU-arbeidet fremdeles var preget av EUs normal byråkratiske prosesser – langsomt.

Braut: Vi kjenner bare til at Remdesivir er kjøpt over den avtalen. Kjenner du til noe annet?

Larsen: Nei. Det vil si at jeg ikke kjenner til hva som er kjøpt, men det forbauser meg ikke.

Braut: Rammeavtalen ble inngått i 2020, men siden 2015 er det mulig for EFTA-land å bli med på den avtalen. Er det noe drøfting i departementet på ditt nivå om dette?

Larsen: Ikke på mitt bord.

Braut: Så du kjenner ikke til hva som er grunnen til at avtalen ikke er lagt frem for Stortinget?

Larsen: Det er JPA nå – Joint Procurement Agreements. Hukommelse er en farlig ting. Det er vanskelig å garantere at det ikke har vært på mitt bord.

Braut: Regjeringsadvokaten sa i 2016 at den skulle legges frem for Stortinget, og at det var en nødvendighet for å inngå avtalen, men så har ikke det skjedd.

Larsen: Jeg tør ikke si noe om det. Hvis dere ønsker at vi skal se mer på det, kan vi lete i våre arkiver for å se saksgangen.

Braut: Det kan vi komme tilbake til hvis det blir nødvendig.

Halvorsen: Bare for å sjekke ut dette nå – vet du hvem som tok beslutningen om at den saken ikke skulle legges frem for Stortinget?

Larsen: Nei.

Braut: Den nasjonale ordningen som ble iverksatt med anskaffelse av smittevernutstyr gjennom Helse Sør-Øst – kan du beskrive hvordan du mener den har fungert?

Larsen: Den har fungert forbausende bra. Det ble gjort et stort arbeid og utvist stor beslutningskraft og kreativitet i samarbeid mellom UD, Helse Sør-Øst og HOD og sykehusinnkjøp. På en merkelig måte klarte de å skaffe alt vi trengte, i all hovedsak. Men ikke i større tempo enn at vi fortsatt hadde rasjonering i helsetjenesten på smittevernutstyr i en lang periode.

Braut: Det samarbeidet som ble etablert mellom Helsedirektoratet og Sykehusinnkjøp ble stoppet. Kan du si litt mer om det? Var det fordi at Sør-Øst kom i drift?

Larsen: Det var et oppdrag fra oss til Helsedirektoratet? Var det slik at vårt samarbeid med Sør-Øst kom istedenfor?

Braut: Det er det jeg spør om.

Larsen: Det tør jeg ikke svare på. Jeg klarer ikke å hente frem det fra skuffen.

Kvinnslund: En underliggende eierenhet, Sykehusinnkjøp, ble via Helsedirektoratet fra departementet bestilt istedenfor å gå direkte til RHF-systemet. Det er litt uvanlig, og det er det vi spør om egentlig.

Larsen: Så direktoratet gikk rett på Sykehusinnkjøp istedenfor å gå via RHF-ene? Med god erfaring fra hvordan RHF-ene tenker, vil jeg tro at et spørsmål fra departementet til RHF-ene om å bruke Sykehusinnkjøp ville hatt mye større suksess. Det kan jeg skjønne. Det ville være helt i tråd med erfaringen, og en riktigere linje.

Braut: Det var en fordelingsnøkkel som ble etablert med 70/20/10. Hva var departementets rolle i etableringen av den, og hvorfor ble ikke den mer systematisk revidert da kommunene signaliserte sine behov?

Larsen: Vi var ikke inne i beslutningen om 70/20/10.

Braut: Ikke på noe nivå i departementet?

Larsen: Vi var ikke inne i beslutningen, men vi var godt informert om det da vi hørte mye om uroen i kommunene. Uroen i kommunene ble likevel håndtert fra Helse Sør-Øst. De hadde dialog med kommunene, og sørget for at de fikk det de trengte. Forvaltningen av nasjonalt innkjøp og lager skjedde i denne perioden fra Helse Sør-Øst.

Braut: Var det Helse Sør-Øst som etablerte 70/20/10-fordelingen? Vet du noe om hvem som bestilte den?

Larsen: Nei, det vet jeg ikke. Jeg tror at det var Helse Sør-Øst og Helsedirektoratet som fastsatte det etter en dialog, men det var ikke på mitt bord.

Tema 6: Gjenåpning av grenser og unntak fra innreisekarantene

Kvinnslund: Jeg vil gjerne spørre om grense- og innreisekaranteneproblemet. Hva vil du si var avgjørende da grensene ble gjenåpnet i sommer fra Norden og Europa?

Larsen: De avgjørende elementene var at det var relativt lite smitte i hele Europa, og at smitten i Norge lignet mer på smittesituasjonen mange steder i Europa. Det ga mening å åpne for land som hadde smitte som ikke var helt ulikt oss. Det var også et europeisk ønske om mer åpne grenser. Dette er en del av det fellesskapet vi har med EU, og det skjedde i en periode hvor det var mindre problemer med å kontrollere smitten.

Kvinnslund: Kan du huske at det ble lagt til grunn en risikovurdering – det var dette 20 - 100 000 på 14 dager, eller målet per land og region som var styrende for hvilke grenser som skulle åpnes. Var det likevel lagt på en risikovurdering?

Larsen: Vi hadde bedt Helsedirektoratet om å vurdere dette, og de ba FHI om råd. Vi fikk råd tilbake. Man fulgte de rutineene vi hadde for å vurdere slike saker. Dere har sikkert lagt

merke til at vi nå har gitt 310 oppdrag eller noe sånt. Det er etter hvert en godt innarbeidet rutine ved å be om råd og vurderinger i slike spørsmål.

Kvinnsland: Det har jo vært mye om disse innreisekarantene, spesielt overfor arbeidsreisende. 22. juli ble det innført en ordning der innreisekarantene kunne erstattes av testregime for arbeidsreisende fra EØS- og Schengen-land. Ordningen ble etablert i løpet av kort tid. Hvilken informasjon hadde dere da unntaket ble gitt, og særlig om omfanget?

Larsen: Jeg tør ikke si her og nå hvilke tall vi hadde, men det var absolutt en erkjennelse av at det er en betydelig forflytning av arbeidsfolk til Norge. De kom inn i dette regimet hvis de kom fra land som var innenfor disse grensene.

Kvinnsland: Hvis du ser på det i retrospekt – var man for lite føre-var i disse spørsmålene?

Larsen: Det er i alle fall slik at i sum endte alle lettelsene som vi innførte i løpet av sommeren og tidlig høst med at vi mistet kontrollen.

Braut: Du var rimelig sentral i diskusjonene om innføringen av nytt internasjonalt helsereglement i 2005. Da satt du i Helsedirektoratet.

Larsen: Jeg ledet i alle fall delegasjonene våre til WHO.

Braut: Hvordan opplever du at IHR har fungert i møte med det vi har opplevd nå, herunder innreisebegrensninger som var noe man forsøkte å holde en lav profil på i IHR-sammenheng?

Larsen: IHR (Internasjonale helsereglementet) har fungert dårlig på to områder. Det ene er at overtonen i IHR er en angst for at land av proteksjonistiske grunner stenger grensene i smittevernsituasjoner, men egentlig for å oppnå noe helt annet enn godt smittevern. Det har også vært førende for ECDCs råd til Europa og til Norge om å holde grensene åpne. Etter mitt skjønn har det vært helt feil i denne pandemien. De tre landene som virkelig har hatt fokus på grenser, som er Island, Finland og Norge, er omtrent de eneste europeiske landene som har klart å holde smitten nede. Der har heller ikke WHO vært bedre, de har vært på akkurat det samme sporet. Det andre er at IHR i realiteten egentlig har fratatt direktøren i WHO autoritet til selv å drive individuell vurdering på smitteutbruddsstedet. IHR gir ikke WHO autoritet til å undersøke hva som egentlig har skjedd i landet på egen hånd. Det krever godkjenning fra det aktuelle landet, og Kina ga aldri den aksepten. En av de store tingene som virkelig har svekket WHO i den situasjonen er WHO's relasjon til Kina.

Kvinnsland: Så til testregimer som alternativ til karantene. FHI la vekt på at utenlandske arbeidstakere måtte sikres informasjon på eget språk, og foreslo å vurdere kompensasjonsordninger for de som ikke hadde rett på sykepenger. I hvilken grad fulgte dere dette opp?

Larsen: Vi fulgte ikke opp forslaget om å innføre rettigheter for disse arbeidsfolkene, som ikke er en del av det systemet vi har i Norge. Når de anbefaler å innføre rettigheter for arbeidsinnvandrere som vi ikke gir norske arbeidstakere, har vi ikke fulgt opp. Det var to forslag, et fra Helsedirektoratet og et fra FHI, som vi ikke har fulgt opp under denne pandemien. Dette var det ene av de to.

Kvinnsland: Sent i høst innførte dere obligatorisk testing ved innreise til Norge. Kan du si noe om avveiningen som lå til grunn for at denne ordningen ikke ble etablert tidligere?

Larsen: Spør du om det fordi det ikke fremkommer av vurderingen fra FHI og Helsedirektoratet?

Kvinnslund: Jeg spør om hvorfor det ble valgt på dette tidspunktet og ikke før. Altså obligatorisk testing på innreisestedet.

Larsen: Ok, på innreisestedet. For det første er det slik at vi ikke fikk råd om det før. Vi spurte FHI og Helsedirektoratet om det ved flere korsveier, og vi fikk ikke råd om det. Det var selvfølgelig en vesentlig del av det hele. Så er det slik at det er veldig bemanningskrevende å drive testing på grensen, slik at det er en belastning for kommunene som skal ta den oppgaven. I tillegg er det slik at hvis det kommer som et supplerende element til all annen testing, er det bemanningskrevende på laboratorier og den generelle testkapasiteten. I en avveining av disse ulike elementene, har hverken FHI eller Helsedirektoratet foreslått det for oss før helt i slutten av året.

Halvorsen: Før jul kom 24-timers regelen om at du kunne bli testet der du kom. Hva var begrunnelsen for at det ikke kom på et tidligere tidspunkt?

Larsen: Det må dere egentlig spørre FHI og Helsedirektoratet om, fordi på disse tingene har ikke vi gjort noe annet enn å følge rådene. Lenge før det hadde vi en annen regulering, om at det skulle skje innenfor 72 timer etter at de kom til landet. Deretter innførte Danmark et 1-døgnsperspektiv, og det tror jeg var knyttet til større oppmerksomhet rundt muterte virus og for å få strammere kontroll på dette. Da spurte vi etatene om det, og så var de enige om at det burde vi også gjøre. Deretter har det blitt enda mer fokus på de muterte virusene, og da har det blitt behov for ytterligere kontroll. Disse problemstillingene har vært oppe til debatt ved en rekke korsveier. Etatene har gitt oss råd på dette ved flere korsveier, og vi har fulgt de rådene vi har fått.

TEMA 5: Strategier for å håndtere pandemien

Kvinnslund: Vi går over til temaet om brems, reproduksjonstall, slå ned. Det ligger veldig dype vurderinger til grunn for dette, og det reflekterer en bred strategi for å håndtere et kjempestort problem. Det ble en endring i mars angående dette med slå ned eller begrense ved å få ned reproduksjonstallet på 1 eller under. Hva var avgjørende for at strategien ble endret?

Larsen: Strategien ble skrevet ut i mars/april. Vi hadde ikke egentlig strategidokumenter før begynnelsen av mai. Vi så rundt oss at det kunne se ut som at det å legge seg på et moderat høyt nivå, og regulere dette, var veldig vanskelig. Land som ikke reagerte veldig tidlig med ganske sterke tiltak på lave nivåer, de kunne det se ut som at mistet kontrollen. Man kan godt tenke seg at man legger seg på mindre inngripende tiltak, hvis konsekvensene av det er at man kan ha mer smitte i samfunnet. For eksempel har vi tenkt at det er et mål for oss å kunne tilby god spesialisthelsetjenestehjelp til alle som er syke. Det er et tenkelig alternativ at man legger seg på et smittenivå som gir et mye større belegg i spesialisthelsetjenesten, men likevel under det som vil utfordre kapasiteten i spesialisthelsetjenesten.

Noen land har kanskje tenkt at de ikke vil gripe inn med så inngripende tiltak så lenge de kan tilby god hjelp i helsetjenesten. Det er slik at vi veldig fort så at land som hadde vært tilbakeholdne, og ikke hadde kommet med inngripende tiltak, fant ikke et nivå som de klarte å balansere. De mistet kontrollen. Så endte de med ganske dramatiske situasjoner. De fleste av disse landene har gjentatt kommet i situasjoner hvor de har minst like inngripende tiltak som i Norge, og over lengre perioder. Det var en vurdering av at vi ikke følte at vi kjente epidemien godt nok til å tørre å legge oss på et høyere toleransenivå for smitte i samfunnet. Dermed valgte vi en slå ned-strategi. Det var en lang diskusjon mellom etatene og HOD, og etatene imellom. Det var ikke noe som kom av seg selv. Den diskusjonen hadde vi gjentatte ganger i dialogen mellom HOD og etatene.

Kvinnsland: Nå har man valgt denne strategien med god begrunnelse, og mange andre har prøvd alternativer uten at det har virket så godt. Så kommer man i den situasjonen hvor man må holde fast i en ganske tung tiltakspakke for å holde på kontrollen, og da blir tidsperspektivet på pandemien ganske langsiktig. Nå kom det raskt en exit med vaksine. Hvis den ikke hadde kommet, hvordan ville du sett på dette da?

Larsen: Det er klart at da vi valgte denne strategien i mars/april 2020, visste vi ikke om det skulle gå et år eller 10 år til vaksinen forelå. Da var i alle fall min tenkning om det at om tre måneder vet vi kanskje mye mer om hvordan det er med legemidler osv. På tidspunktet i mars ventet vi jo fremdeles på legemidler som ville snu situasjonen, og det har ikke skjedd. Gradvis har informasjon om vaksinen begynt å komme. Fra sommeren har vi tenkt at det går an å holde på en strategi hvor man holder smitten lavt, og har vaksine som utgangen av det hele. Om man ikke har en vaksine som utgang på det, kan man neppe leve i et nedlåst samfunn i en tiårsperiode. Vi valgte en forsiktig linje og å prøve å holde det lavt, og så se hva som skjedde og om det kom en løsning.

Kvinnsland: Hva tenker du alternative hadde vært?

Larsen: Alternativet hadde vel vært mer likt en svensk modell. Det hadde vært et alternativ, men det ble lite attraktivt når vi så hvordan det gikk rundt omkring. Det å bare vente litt gjorde det mindre attraktivt å velge en annen strategi. Verden ville vært på et veldig vanskelig sted hvis ikke vaksineteknologien hadde kommet.

Kvinnsland: Det fremstår for oss som at det har vært stor hast rundt håndteringen utover høsten. Hva er din vurdering av det? Hadde man ikke lært nok i vår?

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

Kvinnsland: Du vil kalle det en rask tilnærming til en uforutsigbar situasjon?

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

Kvinnsland: Hvis du ser på forberedelsesarbeidet med smittsomme sykdommer man har hatt, vil du si at det i løpet av denne pandemien har skjedd et paradigmeskifte?

Larsen: Ja. Jeg tror at de neste årene vil være preget av statsledere som heller ikke hadde sett det komme noe som kunne ryste og true dem, og skape helseskade og ødelegge økonomien i land på dette nivået. WHO har vi ikke rustet økonomisk eller med autoritet nok til å håndtere dette. Landene hadde ikke forberedt seg. Det er mange ting vi ikke hadde forutsett, for eksempel at markeder ikke ville fungere. Vi trodde på et tidspunkt at markeder for legemidler var truet, fordi India på et gitt tidspunkt innførte eksportforbud for sin legemiddelproduksjon for å ivareta sin egen befolkning. Hvis India innfører eksportforbud for deler av legemiddelproduksjonen sin, er det en helsetrussel for andre land som er større enn pandemien. India ble satt under mye press og opphevet vedtaket sitt. Også når det gjelder

vaksiner har vi sett at verden fungerer annerledes enn vi er vant til. Vi er vant til å kunne operere alene som et land. Men vaksineinnkjøpene er avanserte og vanskelige, og med motvilje hos aktørene til å selge til enkelte land med små markeder. Det var også en ny situasjon å venne seg til. Disse tingene hadde vi ikke sett.

Vi hadde heller ikke sett at vi skulle bruke så mye av arbeidskraften i forvaltningen til å håndtere alle tiltakene. Det har vært en stor refleksjon for oss.

Braut: Hva har dette lært deg om robusthet og svakhet i det norske samfunnet generelt, og i helsetjenesten spesielt?

Larsen: Selve helsesystemet vårt er en universell tilgjengelig helsetjeneste som er brukbart organisert, og solidarisk finansiert, og har tillit hos befolkningen. Den har stått veldig solid i dette. Helsesystemet vårt med etter hvert ganske sterke etater, med kunnskapsprodusent og myndighetsorgan og regimet mot regjeringen, har vært en ganske robust beslutningskjede. Det er mange aktører inne før det tas en beslutning. Det er mange separate vurderinger som ligger på bordet før regjeringen ser saken, og det tror jeg har vært veldig bra. Tilliten som generelt er i samfunnet vårt tror jeg har vært mye av det som har båret dette, fordi folk faktisk har gjort det vi har anbefalt dem. Hvis man ser til Frankrike, hvor det er mye mindre tillit mellom myndighetene og befolkningen, har de ikke sjans til å innføre den type tiltak som vi innfører. Samfunnsmodellen vår har egentlig stått seg. Tenkningen fra etterkrigstiden til i dag har stått seg bra. Hvis det ikke går helt galt nå, vil jeg tro at tilliten til den samfunnsmodellen svekkes ikke av dette. Den svekkes kanskje av andre ting i tiden, men ikke av dette.

Når jeg nå ser på smittevernloven er det nok sånn at jeg ikke tror at den skal legge opp til at det er normen at Helsedirektoratet fatter det første vedtaket. Jeg tror smittevernloven bør ha som norm at det er regjeringen som treffer alle disse vedtakene, og at det mye tydeligere beskrives i forarbeidene og i loven at Helsedirektoratet bare gjør det hvis regjeringen er forhindret fra å gjøre det.

Kvinnslund: Du annonserer en revisjon?

Larsen: Ja. Smittevernloven gir en rekke muligheter til å treffe tiltak som 100 % skal håndheves av politiet – kryssing av grenser, portforbud mv. Det er en raritet at det er helseministeren som fremmer rammen for det, og får det vedtatt i regjeringen. Det er det smittevernloven legger opp til. Det må nesten være slik at justisministeren får lov å være med på å prioritere bruken av politiressursene. Jeg tror vi bør tenke gjennom smittevernloven i ettertid for å oppdatere den på erfaringen pandemien har gitt oss med hvor inngripende dette har vært i samfunnet.

Kvinnslund: Hvis du ser på Sverige, og til dels Danmark i høst, er vel det en illustrasjon på at brems-strategi virker å være en skummel vei?

Larsen: Ja, og det er i grunnen min refleksjon også. Denne pandemien har den egenskapen, men det er ikke sikkert at neste pandemi er like vanskelig å regulere på et høyere nivå. Kanskje har den neste pandemien egenskaper som gjør at det er riktig. Jeg tror at det vi gjorde helt innledningsvis, med å være forsiktige i starten for å se hvordan dette utvikler seg, var et heldig trekk. Det var et heldig trekk at vi slo det ned ved den første korsveien, fordi da ga vi oss selv tid til å se hvordan det gikk i andre land, og hvordan det gikk med medisinene, og etter hvert hvordan de så ut med vaksineutvikling.

Kvinnslund: Men jeg hører vel også at du sier at man kunne vært bedre forberedt?

Larsen: Absolutt. Det tror jeg vil gjelde alle land i verden, og verdenssamfunnet.

Kvinnsland: I Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien heter det at «Regjeringens mål er å holde smittespredningen under kontroll». Da snakker vi ikke om noe annet enn det vi akkurat har snakket om, hva?

Larsen: Nei.

Kvinnsland: Vi snakker ikke om «slå ned», men vi snakker om en kontroll på et nivå som gjør at vi faktisk har kontroll?

Larsen: Ja. Det er sånn jeg oppfatter det.

Kvinnsland: Er det noe du synes vi burde ha snakket om, som vi ikke har snakket om?

Larsen: Jeg vil gjenta det jeg avsluttet med sist hos dere. Det er et paradoks for oss at vi gjennom politiske vedtak stenger og åpner ulike deler av samfunnet, uten egentlig å ha god kunnskap om effekten av de tiltakene. Det er jo slik at når vi stenger skoler, arbeidsplasser eller grenser, gjør vi aldri det slik at vi kan hente ut eksakt kunnskap om det. Ingen land gjør det. Hvis man tenker at hensynet til ikke å drive randomisert forskning på den typen tiltak er et hensyn til at folk har rettigheter, mener jeg at det går an å argumentere for at det også er en rett at noen vinner kunnskap om så inngripende tiltak. Da vil vi for all fremtid kunne treffe bedre valg, og begrense de inngripende tiltakene.

Kvinnsland: Kan du forsøke å ta et initiativ til dette?

Larsen: Ja, vi holder på med å utvikle et rammeverk for forbedringer som vi vil anbefale globalt, hvor dette er et av tiltakene. Vi tror ikke et land kan fremme sånt, fordi noen vil mene at dette strider mot menneskerettighetene. For eksempel at ikke mitt barn kan gå på skole, når andre barn kan gå på skole. Vi vil trenge en mer internasjonal tilnærming for å lage en legitim argumentasjon for at vi bør vinne kunnskap om disse tingene. Nå har vi holdt på med dette i et år, og vi vet bare litt mer om hva som er effektene av disse inngripende tiltakene.

Braut: Og det er akkurat de samme tiltakene som Christian IV beskrev i pestforordningen av 1625.

Larsen: Ja, og vi har ikke forsket på det siden det.

Kvinnsland: Du sier at forberedthet må få noe mer innhold?

Larsen: Ja, det må det. En av de tingene er at vi må få mer kunnskap. Vi har veldig god kunnskap om effekten av det ene legemiddelet i forhold til det andre, men når vi stenger ned sektorer vet vi ikke hvilken rolle det spiller. For eksempel når vi stenger ned uteidretten eller én-til-én-virksomhetene, eller skjenkestedene for den saks skyld.

Halvorsen: Det initiativet, hvor og når har dere rettet det?

Larsen: Det skriver vi fortsatt om på bakrommet, men det er ikke mer hemmelig enn at vi har holdt innlegg i styremøtet i Verdens Helseforsamling om det denne uken. Det ble fanget opp av WHO, og referert til i oppsummeringen. Det gjelder rammen for hva verden bør gjøre bedre.

Braut: Det hadde vært veldig spennende å få.

Larsen: Da skal jeg få noen til å sende det vi har per nå om rammeverket, og akkurat dette med hvordan vi bør generere mer kunnskap om situasjonene vi står med.