



## INTERVJUREFERAT – BENT HØIE

<b>Intervju av:</b>	Bent Høie, tidligere Helse- og omsorgsminister
<b>Sted:</b>	Tollbugata 12, Oslo
<b>Tid:</b>	7. januar 2022, kl. 09.00 – 11.00
<b>Digitalt eller fysisk:</b>	Digitalt
<b>Leder av intervjuet:</b>	Egil Matsen, kommisjonsleder
<b>Øvrige deltagere som deltok fysisk:</b>	Ida Skirstad Pollen, Henrik Shetelig, Frode Veggeland og Olav Slettebø fra sekretariatet.
<b>Øvrige deltagere som deltok digitalt:</b>	Ayan Bashir Sheikh-Mohamed, Per Arne Olsen, Knut Erik Dybdal, Tone Fløtten, Christine Korme og Toril Johansson fra kommisjonsmedlem. Marianne Aasland Kortner og Anne Grødem fra sekretariatet. Erik Sundet fra PwC.
<b>Ev. bisittere</b>	Saliba Andreas Korkunc og Anne Grethe Erlandsen

### PRESISERING OM REFERATET

Dette referatet er utarbeidet i dialogs form og er en gjengivelse av det som ble sagt under intervjuet, med enkelte språklige justeringer. Spørsmål og bemerkninger fra kommisjonen fremkommer i fet skrift.

### INNLEDNING AV INTERVJUET

**Egil Matsen presenterte deltagere som er til stede.**

**Ida Skirstad Pollen presenterte de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:**

- Presentasjon av den som leder intervjuet, og de øvrige som er til stede.
- Det er satt av 2 timer til intervjuet.
- Det tas lydopptak av samtalen og skrives referat fra samtale. Referatet vil bli forelagt deg for gjennomlesning så snart det er renskrevet, og du kan da komme med eventuelle korrigeringer/suppleringer. Det er ikke tanken da at det skal være en ny forklaring.
- Lydopptaket og referatet er kommisjonens interne dokumenter, og det vil i utgangspunktet ikke bli gitt innsyn i dette materialet så lenge kommisjonen arbeider. Offentleglova gjelder og det er derfor en plikt til å vurdere meroffentlighet. Etter

overlevering vil det vurderes mer offentlig i sentrale referater. Etter avlevering av kommisjonens arkiv er det Arkivverket som forvalter innsyn i arkivet.

- Du har ikke plikt til å forklare deg for kommisjonen. Vi er takknemlig for at du stiller til en samtale. Vi forstår det slik at du er villig til å svare på en del spørsmål.
- Når du først velger å forklare deg for kommisjonen, kan du forklare deg også om taushetsbelagte forhold. (Se lov om informasjonstilgang for Koronakommisjonen (koronakommisjonsloven) § 2.) Og det du forklarer deg om –som er taushetsbelagt – har vi som er til stede her taushetsplikt om. (Forvaltningsloven §§ 13 til 13 f, jf. lovens § 3.)
- Det presiseres at opplysninger fra samtalen vil kunne bli vist til i den endelige rapporten. Kommisjonen vil følge praksis fra tidligere granskningskommisjoner: I utgangspunktet er det kun leder som vil bli navngitt. Dette innebærer likevel ikke en garanti for at ikke også andre personer kan bli identifisert ut fra konteksten i rapporten.
- Vi vil sterkt oppfordre deg til ikke å spre videre det som blir snakket om under dette intervjuet. Det vil svekke verdien av senere eventuelle forklaringer, og kunne være forstyrrende for den arbeidsroen kommisjonen trenger.
- Kommisjonen har adgang til å behandle personopplysninger uten samtykke, og er for øvrig bundet av personopplysningsloven.

**Bent Høie hadde ingen merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som ble gjennomgått.**

**Egil Matsen introduserte overordnet om temaene som ville bli tatt opp i intervjuet:**

1. Overordnede spørsmål om den sentrale krisehåndteringen
2. Intensivkapasitet og beredskap i norske sykehus
3. Kommunelegenes situasjon
4. Vaksineanskaffelser
5. Vaksinestrategi
6. Importsmitte
7. Læring

## **FORKLARING**

**Er det noe overordnet om myndighetenes håndtering av pandemien, som du tenker er særlig viktig å formidle til kommisjonen innledningsvis?**

Jeg skal ikke legge for mye vekt på den innledende fasen nå, men heller den langsiktige håndteringen. Jeg vil starte med et viktig læringspunkt for alt beredskapsarbeid. Etter min erfaring med forberedelser, øvelser og den type aktiviteter som er foregått, samt diskusjoner i Stortinget, har det vært stor oppmerksomhet rundt samtidighetskonflikter og sårbarheter knyttet til IKT. Jeg mener at det har vært for lite oppmerksomhet på utholdenhet, at en krise kan vare så lenge som denne og betydningen det har for utholdenhet i befolkningen og i viktige samfunnsfunksjoner. DSB har laget en god veileder for kontinuitetsplanlegging som har blitt brukt mye i pandemien, men jeg opplever ikke at det har vært tilstrekkelig oppmerksomhet rundt den faktoren når man har diskutert beredskap i bredt.

Min oppfatning er også at det rundt 2000-tallet var stor oppmerksomhet på sårbarhet i det digitaliserte samfunnet. Under denne pandemien erfarer jeg at digitalisering har gjort oss mindre sårbare. Vi kan se for oss hvordan situasjonen hadde vært med så lang nedstenging om vi ikke hadde hatt de digitale verktøyene som vi har både i skole, helsetjenesten mv. Man må se på digitalisering som et verktøy for at samfunnet kan fungere til tross inngripende tiltak.

Til slutt vil jeg trekke frem betydningen av internasjonalt forpliktende samarbeid. Vi kan ikke lage planer hvor vår tenkning og politikk er at vi skal klare oss alene når det kommer en krise. Vi må sikre oss et sterkest mulig samarbeid i Europa og være en del av den felleseuropeiske beredskapen også i sivile kriser, ikke bare i militære kriser.

### **Tema 1: Overordnede spørsmål om den sentrale krisehåndtering**

**Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har sammen med Justis- og beredskapsdepartementet (JD) vært sentrale i pandemihåndteringen. Hva har etter din vurdering vært utfordrende, og hva har fungert bra ved å ha et annet lederdepartement enn det som er mest direkte berørt av krisen?**

Utgangspunktet da vi tok beslutningen 13. mars om å etablere JD som lederdepartement var at HOD er rigget for å håndtere en helsekrise, men ikke for å lede en nasjonal krise. Det er JD som er rigget for å lede en nasjonal krise. Det har vært av enorm stor betydning at JD er lederdepartement for den nasjonale krisen. Siden så mange av premissene har handlet om smittevern, har HOD vært en mye sterkere premissleverandør inn i en nasjonal krisehåndtering enn det som kanskje hadde vært vanlig i andre situasjoner. Det hadde vært helt umulig for HOD å være koordinerende departement over tid når tiltakene for å redusere smitte i så stor grad førte til krise i andre deler av samfunnet.

Det har ikke alltid vært enkelt å få til dette mellom to departementer, men det har fungert bra. Jeg kan ikke rose Monica Mæland nok for måten hun har ledet dette på. Hun har vært en

justisminister som ikke bare har latt sitt eget departement sine synspunkter og juridiske tilnærmingen få gi premissene, men hun har vært en politisk sterk leder.

**Krisen er en nasjonale sektorovergripende krise som forutsetter koordinering og ledelse. Hvilke mekanismer mener du har vært de viktigste for å sikre koordinering og samhandling under pandemien?**

En viktig mekanisme er at vi etablerte RCU som et sted hvor vi kunne ha hyppig og enkel kontakt for å avklare ting. I tillegg til møter hadde vi også hyppige kontakt på e-post og SMS. Det var avgjørende for meg og Monica Mæland at vi fikk avklart ting med en del av regjeringen som også hadde kompetanse til å ta beslutninger. Det har vært viktig å ha statsministerens kontor (SMK) som evnet å være med raskt for å ta beslutninger og skjære igjennom. Der har Lars Øy spilt en sentral rolle som en person som var tilgjengelig og hele veien opplest på dette, og som kontinuerlig kunne avklare ting med statsministeren ved behov. Vi opplevde at vi hadde SMK og en politisk ledelse som var på krishåndteringen hele tiden. Dermed fikk vi nødvendig og raske avklaringer. Der det er uenighet er også ofte der det er behov for at noen tar en beslutning.

Det har også vært en veldig god kjemi og kontakt mellom Monica Mæland og meg. Vi har vært åpne og stolt på hverandre. Det er nok også et læringspunkt å se på ordningen vi hadde før pandemien kom med to statsråder i HOD og to statsråder i JD. Jeg tror det hadde vært ekstremt krevende under en slik krise hvis vi for eksempel hadde hatt en folkehelseminister som hadde hatt koordineringsansvar for pandemien, mens jeg som helseminister hadde hatt ansvar for helsetjenesten. På samme måte hadde det vært krevende om vi hadde hatt en justisminister som skulle koordinert hele krisen og en beredskapsminister på siden. Da tror jeg det fort hadde blitt veldig vanskelig å få til en effektiv og god beslutningsstruktur. Mitt råd til fremtidige statsministere er at den ordningen kan fungere i normal tid, men ikke i denne krisen.

**Sett fra ditt ståsted, hvordan har Kriserådet vært til nytte?**

Kriserådet hadde nok en mer sentral rolle i dagene frem mot 12. mars. Kriserådet fikk en mindre betydning i og med at regjeringen måtte være så operative i krisen og fordi vi etablerte RCU. Jeg tror Kriserådet har vært viktig og nyttig for å avklare ting mellom departementer og skape en felles virkelighetsforståelse blant departementene. Organet har vært nyttig for å diskutere faglige uenigheter og andre uenigheter som oppstår. Når RCU og regjeringen har møttes så ofte som vi har gjort, og hatt en så bred representasjon av fagmiljøene med både FHI og Hdir til stede, har nok betydningen av Kriserådet vært mindre enn det den vil være under en akutt nasjonal krise.

**Den 31. januar 2020 delegerte HOD ansvaret for å lede og koordinere helsesektorens innsats til Hdir. Dette ble gjort ved kongelig resolusjon. Kan du si kort hva som rent faktisk ligger i en slik delegasjonen?**

Dette er i tråd med de planene vi har nasjonalt for en slik situasjon. Det betyr at direktoratet får stor myndighet til å fastsette forskrifter og regler i samfunnet, og myndighet til å koordinere innsatsen i helsetjenesten, både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er for at man under en pandemi eller annen helsekrise skal kunne agere raskt. Det var nødvendig å delegere dette ansvaret til Hdir på det tidspunktet. Da

beslutningen om å stenge ned 12. mars ble fattet, var vi i en situasjon hvor konsekvens og omfang av beslutningene var så store at det var naturlig å ta fullmakten tilbake og etablere regjeringen som et sted hvor de videre beslutningene ble tatt.

### **Delegasjonen ble trukket tilbake fra 12. mars 2020?**

Dette er omtalt i den forrige rapporten.

### **Har det vært tilstrekkelig tydelighet knyttet til hvilket forvaltningsnivå som har hvilke oppgaver og ansvar ved håndteringen av denne pandemien?**

Det har oppstått uenighet mellom FHI og Hdir underveis, men det har vi ryddet opp i. FHI har ikke alltid vært enig i det som ble konklusjonen, men de har forholdt seg til det. Jeg mener denne modellen er riktig og jeg er bekymret for at man i evalueringen skal ha for stor oppmerksomhet på utfordringene ved denne organiseringen, slik at man tror en annen organisering ville vært uten problemer. Slik er ikke verden, det vil alltid oppstå utfordringer. Derfor må man se på den faktiske erfaringen. Min erfaring er at det har vært en lykke å ha disse to organisasjonene med forskjellige roller adskilt. Det å ha et FHI med rendyrket kunnskapssenter for å gi anbefalinger basert på en faglig vurdering av smittevern og samtidig ha et Hdir som kan supplere dette med et bredere blikk på konsekvenser for kommunene og samfunnet ellers samt, med en så langvarig situasjon, supplere det med en regjering og et helt statsapparats vurderinger.

Om man hadde gitt myndigheten til FHI tror jeg det hadde blitt en for snever vurdering og en for snever verktøykasse. Når et direktorat og en regjering tar avgjørelser har vi en annen verktøykasse for å supplere tiltakene med økonomiske kompensasjoner, endringer i sykelønn, håndtering av grensestengning mv. Det er etter min oppfatning en fordel at man kan få ulike vurderinger fra FHI og Hdir. Det gir et bedre beslutningsgrunnlag. Det hadde vært farlig om alle hadde tenkt likt hele veien. Den ulempen det har vært med kommunikasjonsutfordringer ut mot befolkningen er ikke stor nok til å opphøye den fordelene det har. Jeg tror også det har gitt større tillit i befolkningen at det har vært diskusjon og ulike vurderinger.

### **Kan du beskrive samarbeidet mellom embetsverket og politisk ledelse når HOD har tenkt at det er behov for nye tiltak, og frem til behandling i r-konferanser eller RCU? Har det vært annerledes denne gangen enn i normale tider?**

Vi er tettere på hverandre hele veien. Det betyr at embetsverket og politisk ledelse har vært til stede i departementet hele veien og at det har vært en kontinuerlig dialog. Vi er tettere på Hdir og FHI. Noen ganger kommer gjerne initiativet fra politisk ledelse, noen ganger embetsverk, andre ganger fra FHI eller Hdir.

I situasjoner hvor vi har stått overfor vanskelige avveininger hadde vi ofte det vi kalte for seminar, det vil si et møte på kveldstid med FHI, Hdir, HOD og kanskje Lars Øy fra SMK. Da hadde vi gode diskusjoner hvor fagfolkene kom med sine vurderinger og hvor politisk ledelse utfordret vurderingene og stilte spørsmål. Jeg mener det ofte er mer makt i et spørsmålsteget enn et utropsteget. Det førte til en dynamikk hvor vi var godt samsnakket. Så gikk FHI og Hdir tilbake og gjorde sine vurderinger og kom med anbefalinger. Noen ganger stusses vi over anbefalingene og da hadde vi gjerne tilleggsoppdrag og nye møter. Spørsmålene vi kom med

kunne det føre til at man gikk en ny runde. Alt gikk i et veldig hurtig tempo, men det var rom for denne type prosesser, spesielt på de større og viktige beslutningene. Det hendte også at vi hadde møter med DSB og JD, særlig om problemstillinger knyttet til innreise. Da hadde vi tilsvarende diskusjoner.

Da vi kom til vinter 2021 og det ble tilspisset igjen med økt smitte og mange tiltak på innreise, hadde jeg fått Saliba som egen statssekretær på området. Det ble etablert et tett samarbeid mellom han, Lars Jacob Hiim hos JD og Lars Øy. De hadde ofte avklaringer og diskusjoner. I tillegg var det et eget statssekretærutvalg på innreise som Saliba deltok i. De jobbet på det politiske nivået for å få avklaringer.

Da vi hadde gjort vår del av jobben med å fremme r-notater, kunne det hende at det hang noen uenighetspunkter mellom oss og JD. Da var det ofte nær kontakt mellom Monica Mæland og meg for å avklare punktene. Noen ganger ble vi enige, andre ganger ikke. Det var ikke dramatisk i uenighetene, men vi tenkte at det var greit at regjeringen og RCU var klar over dette.

**Vi har under vår gransking fått opplyst at flere sektorer, både statlige og kommunale, mener de ikke i tilstrekkelig grad er hørt før beslutninger er truffet fordi prosessen gikk så raskt. Har du noen refleksjoner rundt dette?**

Det er riktig. Sann er det. Måten vi håndterte det på var å være åpne for å endre det i etterkant. Det mener jeg har vært riktig. Om vi hadde brukt mer tid og fulgt ordinære prosesser, hadde vi mistet tidsfaktoren som har vært ekstremt viktig under pandemien. Tilnærmingen vår har hele tiden vært at vi må være åpne for å justere beslutninger i etterkant om det kommer vesentlig innvendinger som vi ikke hadde fanget opp i forkant. Vi skulle ikke ha en holdning om at når regjeringen har tatt en beslutning så blir det sann uansett. Det er flere eksempler på at det skjedde større eller mindre justeringer i etterkant som følge av at det kom innspill fra kommunesektoren, næringslivet eller samfunnet ellers. Den type beslutningsprosesser krever at man ikke låser seg til beslutningsprosessene.

**Vurderer du at forholdet mellom politisk nivå, embetsnivå og direktoratene / FHI har fungert bra under pandemien?**

Det gjør jeg. Det har vært nødvendig å ha en slik tett kontakt. Det har aldri vært tvil om at både FHI og Hdir har stått selvstendig i sine anbefalinger. Det er forhåpentligvis slik at vi ved å stille spørsmål har bidratt med noen perspektiver etatene ikke har tenkt på. Likevel er det deres selvstendige vurderinger som har kommet tilbake. Det mener jeg har vært en fordel og man skal ikke undervurdere betydningen av det.

Når en er statsråd legger frem sine saker for sine kolleger, skal statsråden forsvare de. I denne situasjonen er det slik at justisminister og helseministeren skal presentere det de andre opplever som et problem. Når jeg kommer med mine forslag til innstramminger vil kulturminister kunne si at det er en kjempeutfordring for min sektor. Hadde vi ikke hatt med oss FHI og Hdir for å forklare situasjonen, så måtte jeg først overbevist om situasjonsbilde og så om tiltakene. Jeg ville da vært den eneste som ville forsvart dette og alle andre hadde jobbet for å mildne tiltakene. Det at vi brukte tiden både i RCU og r-konferanser til å gi

kollegiet en felles forståelse for situasjonen, gjorde at vi kunne ha en mye bedre diskusjon knyttet til fordeler og ulemper.

**Kan man ikke snu det på hodet og si at kulturministeren bare har seg selv og måtte da hatt representanter fra sine underliggende etater ev. fra næringen for å beskrive konsekvensene i et slikt møte?**

Det kan du godt si. Pandemien er en helsekrise med stor H. Det var premisset for det vi gjorde. Dette er tiltak vi ellers ikke ville funnet på å innføre. Det hadde vært helt urealistisk at alle skulle stilt med sine underliggende etater. Det var helsekrisen vi håndterte og det å få en felles situasjonsforståelse før en tar beslutningene er viktig.

**Når regjeringen selv har fattet beslutninger vedrørende tiltak har regjeringen måttet foreta avveiningene mellom smittevern på den ene siden, og konsekvenser av tiltakene og særlig hensyn til grupper som rammes av smitteverntiltakene på den andre siden. Du var inne på at du har sett det som en styrke at du har fått råd fra FHI og Hdir. FHI har vært tydelige på at de også vurderer tiltaksbyrde. Hdir har kommunisert at de ser på de samfunnsmessige konsekvensene. Hva er det regjeringen legger på i disse vurderingene når det gjelder effekt av smitteverntiltakene, ut over det som kommer fra FHI og Hdir?**

Det er to ting vi legger på. For det første legger vi på sektorkompetansen til de andre departementene. Uansett hvor flinke FHI og Hdir er, vil de ulike departementene være bedre på å vurdere konsekvensene for egen sektor. Nærings- og fiskeridepartementet er bedre til å vurdere konsekvensene for næringslivet enn FHI og Hdir. På samme måte er Kunnskapsdepartementet bedre til å vurdere konsekvensene for skoler.

For det andre skal man heller ikke undervurdere den politiske erfaringen og kunnskapen som et regjeringskollegium sitter på. De som sitter i regjeringen har gjennom mange år fått en samfunnsforståelse med kjennskap til hvordan samfunnet vårt fungerer, hvordan ulike former for kommunikasjon fungerer, hvordan ulike grupper vil reagere osv. Den samlede politiske erfaringen som et regjeringskollegium sitter på, er også viktige elementer som er lagt til.

**Har du eksempler på at dette har ført til at regjeringen har valgt mindre strenge tiltak?**

Ja, men det er vanskelig å komme på nå. Et eksempel er da vi skulle gjenåpne skolene etter den første nedstengingen. Da kom det en anbefaling om å åpne en større del enn det regjeringen endte opp med. Det var flere grunner til at regjeringen da ikke fulgte anbefalingen. Kommunene ga tilbakemelding om at de ikke ville klare det rent kapasitetsmessig. Erfaringene fra utdanningssektoren var at det ville skape stor uro i skolen om vi skulle tilbake til et så stort omfang uten å prøve ut det nye smittevernregimet. I tillegg tilsa politisk erfaring at dette kunne føre til at foreldre holdt barna hjemme fra skolen, at lærer ble hjemme fra jobben og at det kunne bli konflikt rundt noe som vi ønsket at skulle bidra til en gradvis åpning av samfunnet. Derfor endte vi med å gjøre det i flere omganger enn det som var anbefalt. Det er et eksempel på at andre sektorer og politiske vurderingen førte til at vi fikk en annen beslutning enn det som var anbefalt.

Jeg kommer ikke på noen eksempler på at vi har vært mildere enn det som har blitt foreslått, men jeg vil tro at vi på kulturområdet har åpnet opp for flere arrangementer enn det som har vært anbefalt.

**Hva ligger til grunn for forholdsmessighetsvurderingene regjeringen da har tatt når de vurderer tiltak? Hvilket grunnlag har dere for eksempel hatt for å vurdere konsekvenser for barn, unge og sårbare grupper?**

Vi har først fått en vurdering fra FHI og Hdir hvor disse forholdene har vært belyst. I tillegg har vi hatt en egen tverrsektoriell ekspertgruppe for sårbare barn og unge. I denne sitter representanter fra både nasjonale sektormyndighetene for barn og unge og fra tjenesten der ute, slik som kommunene, helseforetakene og BUP. De har overvåket situasjonen, beskrevet situasjonen og gitt rapporter som har blitt behandlet i regjeringen. Rapportene har blitt fremmet av barne- og familieministeren. Det er et grunnlagsdokument som beskriver konsekvensene og som vi har med oss i de konkrete vurderingene. I de enkelte sakene vil Kunnskapsdepartementet og Barne- og familiedepartementet komme med innspill på hva dette betyr for barn og unge, og HOD vil si hva det betyr psykisk for barn og unge.

Vi har også brukt andre ekspertutvalg. Vi satt blant annet ned Kjøs-utvalget for å se på psykisk helse som kom med konkrete råd til regjeringen og kompenserende tiltak.

I bunn har vi hatt en strategi hvor vi har gjort noen overordnede prioriteringer som i seg selv representerer en avveining. Regjeringen har sagt at vi har tre hovedprioriteringer som har ligget til grunn hele veien, herunder beskyttelse av liv og helse, skjerme barn og unge mest mulig og ta vare på arbeidsplassene. Det har hatt helt konkret betydning for prioriteringer av tiltak. Det har for eksempel betydd at vi har åpnet opp for fritidstilbud for barn og unge tidligere enn det vi hadde kunne gjort om vi ikke hadde holdt tilbake på andre områder. Vi har prioritert å videreføre skjenkestopp for å åpne opp for barn og unge. Dette hadde vi ofte diskusjoner om i regjeringen, nesten daglig. Vi måtte tenke på hva vi hadde valgt å prioritere. Vi måtte holde tilbake med å åpne på enkelte områder for å tidligere kunne åpne opp på de prioriterte områdene.

**Vi har i vår gransking fått opplyst at en del sektorer mener helse har vært helt førende, og at det er HODs forslag til tiltak og håndtering som har vært utslagsgivende for regjeringens beslutninger. Har du noen kommentarer til det?**

Det er helt riktig. Prioritet én har vært beskyttelse av liv og helse.

**Men har det betydd at det skal fylles opp 100% før man skal gå nedover i prioriteringslista?**

Nei, det har ikke det. Alle våre tiltak er veid opp mot forholdsmessighet og konsekvenser for de ulike sektorene. Det er heller ikke slik at jeg har fått gjennomslag for alt i regjeringen. Det har hendt at jeg har gått frustrert fra RCU og regjeringskonferanser.



**Regjeringen har underveis i pandemien utgitt en langsiktig strategi og en beredskapsplan for videre håndtering. Disse dokumentene har vært revidert en rekke ganger. Hva har vært grunnlaget for revisjonene?**

Det har vært et veldig stort arbeid hver gang. Holden-utvalget har vært sentralt for revisjonene. I tillegg har det blitt gjort arbeid i de ulike departementene. Det har vært flere runder hvor departementene har fått i oppdrag å gå gjennom sin sektor og beskrive situasjonen. Til slutt har det vært et stort arbeid i FHI og Hdir. I forbindelse med det har vi hatt seminarer hvor vi har diskutert dette. Det har også vært et internasjonalt arbeid i både WHO og ECDC. Ved større endringene har vi også fått internasjonale anbefalinger som vi har brukt inn i arbeidet.

**Hvordan vurderer du den samlede evnen myndighetene har hatt til å ta høyde for videre utvikling og planlegge for ulike scenarier?**

Jeg synes det ble bedre og bedre. Mye av det vi la som premisser i mai 2020 har stått seg ganske godt. Det har vært viktig med de mer strategiske diskusjonene og endringer av en overordnet strategi. Vi gikk fra en “slå ned”-strategi til en “kontroll”-strategi og så over til en normal hverdag med økt beredskap. Det er de tre viktigste fasene. I den siste strategien var det et veldig tydelig scenario for den situasjonen vi er i nå. Da la vi opp til en tydelig kommunikasjon mot kommunesektoren og helsesektor for hvilket nivå de skulle ha på sin beredskap for å kunne møte det scenariet vi er inne i nå med vaksinekapasitet, test -og sporingskapasitet og sykehuskapasitet. Etter min tid som helseminister må man ev. vurdere om sektorene har respondert godt nok på det som er beskrevet der.

**La dere planer for hvordan Norge skal leve med dette som en endemisk situasjon?**

Vi har hele tiden sagt at vaksineringsen vil få oss over i en normal hverdag. Det er fortsatt tilfelle. Hadde vi ikke hatt vaksineringsen, så hadde vi hatt en dramatisk situasjon. Vi har hele tiden visst at vi ikke vil bli 100% vaksinert. Vi må derfor leve videre med dette viruset, men det vil ikke ha den samme konsekvensen for helsevesenet. Vi har også hele tiden beskrevet at det kan komme nye virusvarianter som gir behov for nye vaksiner og vaksinedoser.

**Hva vurderte du som helseminister at var særlig viktig i kommunikasjonen ut til befolkningen?**

Det viktigste var å kontinuerlig fortelle hvorfor, hvordan og hva. Hvis man skal få folk med på å gjøre endringer i sitt liv, må de forstå hvorfor de skal gjøre det, hvordan de skal gjøre det og hva de er med på, altså det store bildet. Hovedhensikten med mange av de pressekonferansene vi hadde og de tungt forberedte innleggene jeg hadde, var å bidra til at en stor del av befolkningen hele veien forstod hvorfor de måtte gjøre disse endringene i sine liv, hva som var hensikten og hvor vi var på vei.

Vi la også stor vekt på å forsøke å se hvordan folk hadde det slik at de følte at vi som øverste nasjonale myndigheter forstod deres situasjon og satte ord på det. Det har vært viktig. I tillegg har det vært viktig å ha åpenhet og snakke om de vanskelige tingene.

Det siste jeg vil trekke frem var at vi hele veien jobbet med å forhindre hets, skam og beskyldninger mot grupper. Det har vært viktig og vanskelig. Det er en helt naturlig reaksjon i befolkningen under en veldig smittsom sykdom at det kommer skamfølelse og beskyldninger mot enkeltpersoner og enkeltgrupper som skal være ansvarlige for situasjonen.

**Innvandrerbefolkningen har vært overrepresentert blant smittede og sykehusinnlagte, og underrepresentert blant de vaksinerte. Kunne du som helseminister gjort noe annet for å nå ut med informasjon til innvandrerbefolkningen tidligere?**

Ja, det håper jeg vi kunne ha gjort fordi dette må vi bli bedre på til neste gang. Jeg har ikke svaret på det nå. Jeg håper evalueringen som skal gjøres i etterkant vil gi fremtidige helseministre flere verktøy og bedre kunnskap for hvordan vi skal lykkes med å nå frem til innvandrerbefolkningen. Jeg opplever at vi har brukt mye tid på det. Vi har hatt ekspertgrupper, vi har fått råd som vi har fulgt opp, vi har vektlagt det i arbeidet med kommunene og andre sektorer og FHI har jobbet godt med dette. I tillegg har regjeringen og statsministeren hatt egne møter for å få innspill og diskusjoner.

Det henger også sammen med det store spørsmålet om integrering. Det betyr at Norge på dette området kanskje har lyktes bedre enn andre land fordi vi har lyktes bedre med integreringspolitikken vår. Det viser også at det er viktig at vi fortsetter å lykkes med integreringspolitikken vår. Man tenker nok ofte på innvandrerene som den tradisjonelle innvandrerene som kommer fra land lenger vekk fra oss og som er førstegenerasjonsinnvandrere, men det er ikke tvil om at den største gruppen som gir utfordringer er innvandring fra Øst-Europa. Det skyldes at det er så store kulturelle forskjeller i Europa på dette området. Vi har mange som bor og jobber i Norge som vi ikke nødvendigvis har hatt den samme integreringspolitikken for.

## **Tema 2: Intensivkapasitet og beredskap**

**At en pandemi ville komme, var ventet. Myndighetene visste bare ikke når. Helt fra 2010 etter svineinfluensaen, har rapporter fra DSB, Riksrevisjonen, de regionale helseforetakene, stortingsmeldinger og nasjonale beredskapsplaner også pekt på behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen. Det var særlig mangel på personellressurser og fleksible pandemiarealer som ble nevnt. Hvordan ble disse problemstillingene, som ble reist jevnlig av ulike aktører, vurdert og fulgt opp av HOD under din tid som statsråd?**

Dette er fulgt opp gjennom oppdrag til de regionale helseforetakene. Flere av disse meldingene og rapportene du viser til har vært en del av det årlige oppdragsdokumentet til RHF-ene som de skal følge opp. Det slik sektoren styres. Det er ikke slik at vi har styrt sektoren ved å for eksempel gi konkrete oppdrag og si at de skal ha så og så mange senger. Tanken er at det er sektoren selv som skal følge opp dette og dimensjonere tjenester og utdanningskapasitet i tråd med dette. Når det gjelder utdanningskapasiteten hadde vi startet et arbeid før pandemien traff for å øke ABIOK-sykepleiere, herunder blant annet intensivsykepleiere.

Det er ingen tvil om at vi burde hatt en større intensivkapasitet i Norge. Summen av beslutningene man har tatt i de ulike RHF-ene over tid gir oss ikke god nok kapasitet. Samtidig vil jeg understreke at det ikke hadde endret vesentlig på situasjonen eller håndteringen av pandemien. Det er helt urealistisk at man for eksempel skulle hatt 100 flere intensivsenger fordi det er de mest ressurskrevende og kostbare sengene man har i helsetjenesten. Man kan ikke ha de stående tomme av økonomiske og faglige grunner. Det er en helt urealistisk tilnærming at man skulle hatt en stor stående operativ reservekapasitet på intensiv- og intermediærsenger. Det mener jeg er helt åpenbart.

Så er spørsmålet om vi på forhånd kunne hatt bedre planer på plass for eskalering. Vi startet et arbeid i mars 2020 med å gi flere i helsetjenesten hurtig simuleringsutdanning for å få en større andel av ansatte forberedt til å gå inn i en situasjon hvor man må skalere opp. Der burde vi vært bedre forberedt. Det mener jeg er et viktig læringspunkt.

Det er ikke slik at hvis vi hadde hatt 100-200 flere intensivsenger så hadde vi hatt færre tiltak. Pasientene som havner i intensivsenger er toppen av et isfjell og representerer de friskeste blant de syke. Du skal ha en god grunnhelse for å tåle denne behandlingen. Dødsfallene hadde vært enorme om vi hadde styrt bare etter det. De fleste som har dødd er pasienter på sykehjem som ikke tåler denne behandlingen. Det er viktig å ha en realistisk og edruelig tilnærming til dette.

**Fagdirektørene i RHF-ene nedsatte en interregional arbeidsgruppe til å utarbeide intensivbehovet. Utredningen ble ferdigstilt i desember 2019. Kommisjonen er kjent med at rapporten skapte uenigheter i fagmiljøene som medførte at konklusjonene ble liggende. Vurderte HOD på noe tidspunkt, før dere selv ga RHF-ene i oppdrag i januar 2021, å gripe inn slik at anbefalingene fra denne gruppen kunne følges opp?**

Det er nettopp den måten RHF-ene jobber på når de har fått de overordnede oppdragene for oppfølging. Det er et produkt de eier, ikke et produkt departementet eier. Når vi i mars 2020 så at intensivkapasiteten ikke var på det nivået som var lagt til grunn, ble det gitt oppdrag fra departementet for å sørge for at man kunne eskalere intensivkapasiteten opp til 1200 plasser. I tillegg ble det gitt finansiering for å gi andre ansatte mulighet for kompetansepåfyll. Det er viktig å understreke at de 1200 plassene det da er snakk om ikke vil være ordinære intensivplasser. Det ville vært plasser med en helt annen kvalitet enn det en vanlig intensivplass har. De ansatte ville også stått i en ekstremt krevende situasjon som kun ville vært mulig å holde gående i en kortere periode. Sann vil det nødvendigvis måtte være. Jeg tror en bør tenke seg en noe høyere generell intensivkapasitet fordi arbeidshverdagen i denne delen av sykehusene også i en normalsituasjon er hektisk. Så må man ha en modell for å skalere raskt opp, men den kan ikke ha den samme kvaliteten som det man har i en normalsituasjon.

Den store sårbarheten vår er behovet for å hente personell fra nabolandene våre. Den er underkommunisert. Det er et problem som jeg mener ikke har blitt adressert tydelig nok. På de vaktbelastede områdene på sykehuset, for eksempel på intensivavdelinger og fødeavdelinger, brukes det i en normalsituasjon en stor del personell fra Danmark, Sverige og Tyskland. Det er også tilfelle i Helse Nord. Det betyr at det helseforetaket vårt som i

utgangspunkter er mest sårbart fordi det er minst og har en krevende struktur, er ekstremt sårbart i en pandemi fordi tilgangen på personellet som driver helsetjenestene forsvinner. Det betyr at kapasiteten som er beskrevet ikke er reell dersom grensene stenger under en pandemi.

En må først sørge for at den kapasiteten man faktisk har er reell og at man har de fagfolkene i Norge. Det må være basisen. Så må man bygge på det igjen. Det har gått for mye under radaren.

**I januar 2021 ga HOD i oppdrag til de regionale helseforetakene å utrede intensivkapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Hva var bakgrunnen for dette oppdraget?**

Oppdraget ble gitt basert på erfaringer. Det naturlige ville vært å si at vi venter med et slikt oppdrag til pandemihåndteringen var evaluert. Jeg vurderte det som åpenbart at vi bør ha noe større kapasitet. Om vi ventet til pandemien var evaluert ville det gå for mange år før man klarte å bygge ut kapasiteten. Jeg gjorde to ting. For det første ga jeg oppdraget som jeg forstår at de nå har levert på. For det andre satt vi i gang disse utdanningsplassene for å utdanne flere intensivsykepleiere, på bakgrunn av dialogen med Sykepleierforbundet. Det henger sammen med hvor sårbare vi var ved å hente intensivsykepleiere fra utlandet.

**Ble du orientert om arbeidet frem til du gikk av som statsråd?**

Ikke som jeg husker. Men det kan godt tenkes at det var en orientering.

**Sårbarhet for at mye av kompetanse på intensivavdelingen kommer fra våre naboland, var den kjent før pandemien?**

Vi visste at det var slik, men jeg oppfatter ikke at hverken jeg eller mange andre hadde erkjent hva det faktisk ville bety under en slik situasjon. Det er en erfaring vi har fått. I min tid i HOD har vi hele tiden jobbet med rekruttering. I de nasjonale helse og sykehusplanene vi har lagt frem har vi jobbet med utfordringen knyttet til rekruttering og bemanning. Vi har generelt vært bekymret for at helseregionene i for liten grad klarer å dimensjonere sin utdanningskapasitet for det som er deres behov. Vi har gjort gjentatte forsøk på å få det opp i helseregionene sitt system, og vi fikk etablert denne nasjonale bemanningsplanen som Helse Vest fikk ansvar for. Dette er et område hvor jeg mener at de ikke tok oppdragene de fikk av oss på tilstrekkelig alvor. Det var ikke nødvendigvis tilknyttet en pandemi, men den generelle bemanningssituasjonen hvor jeg mener de har vært for sårbare. Summen av beslutningene de har tatt har gjort at de ikke har vært godt nok forberedt på det behovet de har for personell.

**Hva tenker du har fungert bra på sykehusene under pandemien? Og hva har vært de største utfordringene?**

Det som har fungert bra er at de har klart å ta vare på de pasientene som har vært syke. Sykehusene har gode resultater på overlevelse. De har lært underveis, og endret behandling etter hvert som de har fått ny kunnskap. Jeg mener også at de har evnet å prioritere. Sommeren 2020 var de raske til å snu seg og få opp igjen aktiviteten da situasjonen endret seg. I mars 2020 tok man kanskje ned kapasiteten for mye, men det var stor usikkerhet så det

synes jeg det er vanskelig å klandre dem for. I etterpåklokskapen kunne man drevet mer normalt enn man faktisk gjorde i den perioden.

Det fungerer at sykehusene hjelper hverandre når de har problemer med egen kapasitet, slik de særlig har gjort i Helse Sør-Øst. Summa summarum synes jeg spesialisthelsetjenestene har håndtert situasjonen godt, men de har vært avhengig av at kommunene har gjort sin del av jobben. Det var ganske avgjørende at intensivfagmiljøet på OUS var så tydelige på å trygge kommunene om at de kunne gjøre en viktig del av jobben med mange av pasientene, slik at kommunene ikke begynte å sende folk på sykehusene. Det betyr at det er blitt gjort en formidabel jobb i kommunene for å skjerme sykehusene. Det har vært faglig riktig, men krevende for kommune.

### **Tema 3: Kommunelegenes situasjon**

#### **Hva er ditt overordnede inntrykk av kommunelegenes situasjon under pandemien?**

Det er at de har stått i en ekstremt krevende situasjon over lang tid. Kommunelegene er en gruppe hvor det i utgangspunktet ikke har vært store ressurser og store stillingshjemler. En av våre bekymringer under pandemien har vært om de klarte å holde ut eller ikke. Det var grunnen til at vi ba Hdir om å se på kommuneoverlegenes situasjon og kartlegge sårbarheten.

Kommunelegene har gjort en formidabel jobb. Mange er veldig slitne og har vært det over lang tid. Heldigvis har mange kommuner bygget opp deres stillinger underveis og gitt kommunelegene flere ressurser. I tillegg har det vært samarbeid mellom kommunene. Mitt inntrykk er at det har fungert bra og derfor har det også gått bra. For de enkelte kommunelegene er dette en ekstremt krevende situasjon.

#### **Var du som helse- og omsorgsminister forut for pandemien innforstått med bemanningen i kommunelegestillingene, dvs. at det kun er én kommunelege i svært mange kommuner og at dette i mange tilfeller kun er en deltidstilling?**

Det var jeg. Jeg la frem den første stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten som noen gang er laget. Den største helsetjenesten vår, primærhelsetjenesten, hadde aldri vært gjenstand for en egen melding. Vi laget primærhelsetjenestemeldingen i vår første periode i 2013 – 2017, som blant annet løftet frem betydningen av rekruttering, kompetanse og ressurser i denne delen av tjenesten. Problemet er at styringssystemet vårt er slik at regjeringen kan lage en stortingsmelding, men beslutningen ligger i hver enkelt kommune. Vi har ikke et styringssystem for å påvirke kommunene direkte.

#### **Har dere ikke mulighet til å legge press på kommunen til å styrke funksjonen?**

Press mot kommunene fungerer sjeldent, men vi kan motivere ved å beskrive hva som er en god tjeneste. Det er det man gjør gjennom stortingsmeldinger og gjennom tilskuddsordninger til rekruttering. Det er økonomiske og pedagogiske virkemidler som HOD har overfor kommunesektoren, i tillegg til lovkravene. Det er en lang tradisjon for at man ikke skal gå inn og styre hvordan kommunene organiserer tjenesten sin.

**I noen tilfeller er informasjon om tiltak offentliggjort på pressekonferanser like før helgen og i noen tilfeller før detaljene i regelverket er klart. Vår gransking har så langt avdekket at det er noen utfordringer med dette – typisk at det i en del enkelttilfeller er uklart hvordan de nye tiltakene skal praktiseres av kommunene, befolkningen og næringsliv. Var du innforstått med at informasjonsstrategien kunne medføre slike utfordringer for kommunelegetjenesten spesielt?**

Ja. Dette var et tema vi jobbet med og hadde tett kontakt med kommunene om for å forsøke å forbedre. Vi fikk til forbedringer og fikk positive tilbakemeldinger på det, men vi klarte ikke å løse alle utfordringene. Pressekonferansene skjer ofte på torsdag eller fredag. Det har med strukturen i beslutningene å gjøre. Det er vanskelig for en regjering å sitte på denne type beslutninger uten å formidle dem. Som vi har vært inne på er tiden viktig.

Cato Innerdal, som er kommunelege i Molde, har vært en slags talsperson for disse. Vi hadde nær kontakt og direkte dialog med Innerdal. Da det oppsto situasjoner der kommunelegene reagerte på måten vi formidlet informasjon, forsøkte vi å forbedre dette og fikk positive tilbakemeldinger. Vi begynte å holde egne møter med kommunene i forkant av pressekonferansene da det ble mulig. Det har bidratt til å forbedre situasjonen.

Dette er vanskelig fordi kommunene ikke vil sitte inne i beslutningene som tas i regjeringen. Så må beslutningen presenteres for befolkningen, og da er det ofte gjeldende fra samme tidspunkt eller innen kort tid. Da er det kommunelegen som sitter med jobben med å håndtere dette lokalt. Vi har forsøkt å forbedre oss på dette området, men jeg tror ikke det er mulig å løse dette problemet helt.

**Det som formidles til oss er at regelverket ikke er fullstendig avklart når de nye tiltakene offentliggjøres. Kunne man tenkt seg at departementet eller underliggende etater hadde et system for regelverksavklaring for kommunene og kommunelegene?**

Ja. Kommunene får god veiledning på denne type spørsmål. Det vet jeg, fordi jeg har arbeidet med dette i min nye jobb som statsforvalter i Rogaland. Statsforvalterne har jurister som kommunene er i direkte dialog med. Kommunene kan dermed både få avklaringer fra Hdir, FHI og statsforvalterne. Det som skjer noen ganger er at regjeringen holder pressekonferanse og forteller hva som blir tiltaket, men at forskriftsteksten ikke er publisert på lovdata fordi helserettsavdelingen ikke er ferdig med de siste avklaringene. De situasjonene er krevende fordi det er fortalt om en regel som kommer, men så er ikke forskriftsteksten klar. Da får statsforvalteren utfordringer med å forklare reglene. Det tar som regel kort tid før forskriftsteksten er på plass og intensjonene er ofte veldig klare, men det kommer ofte vanskelige detaljspørsmålene og da må statsforvalterne vente med å kunne svare.

Det ble innført en rutine i januar 2021 der det ble sendt brev til kommunene. Der var også forskriftene med så fort de ble klare. Men det var ikke alltid slik at forskriftene var klare til pressekonferansene. Jeg registrerer at det fortsatt er slik.

**Det er kjent at statlige tiltak i en viss utstrekning har vært iverksatt av hensyn til sykehusenes kapasitet. Kommunelegene har redegjort for at kommunene tidvis har vært svært presset, både i selve kommunelegefunksjonen og i kommunehelsetjenesten for**

**øvrig. Har primærhelsetjenesten og kommunenes kapasitet etter din vurdering vært tatt i betraktning i tilstrekkelig grad?**

Ja, det vil jeg si. Veldig ofte har tiltakene også vært begrunnet med kapasiteten i kommunene når TISK-strategien har vært utfordret. Mange av begrensningen på arrangementer og slike ting, har nettopp vært begrunnet i hensynet til kapasiteten i kommunene. Det har hele tiden vært med. I formidlingen og den forenklede fremstillingen som har vært i media, velger man ofte intensivkapasitet. Intensivmiljøet har også aktivt fortalt om sin situasjon. I realiteten er det vel så mye situasjonen i kommunehelsetjenesten og kommunenes kapasitet til å håndtere pandemien som har vært begrunnelsen for statlige tiltak.

**Det faktum at spesialisthelsetjenesten har en direkte styringslinje, enten i form av oppdragsdokument eller eiermøter, hvor man kan gi klare beskjeder. Det har ikke kommunesektoren på samme måte. Ser du en fare med at den ene får låne øret til statsråden på en helt annen måte? Hvordan kompenserer man for det?**

Det må man være bevisst på. Under pandemien har vi hatt regelmessige møter med statsforvalterne og kommunene. Jeg hadde også ofte kontakt med kommunene selv og ringte for eksempel til ordførere. Vi hadde mange ører ut mot kommunesektoren og direktoratet hadde satt dette i system med å arrangere møter med statsforvalterne og kommunesektoren. Beskrivelsen av situasjonen var nok vel så god fra kommunesektoren som spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder det å få gjennomført tiltak, er vi helt avhengig av at kommunesektoren responderer. Vi kan ikke pålegge dem dette og det gir styringsmessige utfordringer. I Norge er kommunesektoren lojal overfor nasjonale føringer. Det har ikke vært et stort problem i praksis. Det er en stor verdi i at kommunesektoren tar de lokale avveiningene og tilpasser seg de nasjonale føringene.

#### **Tema 4: Vaksineanskaffelser**

**Norge valgte å anskaffe vaksiner gjennom EU og ved å inngå avtaler med Sverige. Hva har vært de største utfordringene knyttet til å få Norge på innsiden av EUs vaksineinnkjøp?**

Dette startet med at vi hadde et bredt arbeid vedrørende hva som skal være den rette måten å få tak i vaksine. Vi startet tidlig med å investere i CEPI og koblet oss mot COVAX. Vi så at det ikke ville bringe oss i mål og at vi måtte være en del av en felles europeisk løsning. Det gikk litt sent i starten. Det førte til at noen land valgte å ta grep på egenhånd. Tyskland, Spania og noen andre startet direkte forhandling med industrien. Da var jeg i kontakt med min tyske kollega og hadde samtaler med ham, med spørsmål om at Norge kunne bli en del av den koalisjonen. Tilbakemeldingen var at vi ikke kunne det. De hadde tatt en prinsippavgjørelse på at det var begrenset til disse landene fordi det ikke var et initiativ som kom til å vare, men et initiativ for å få fart på kommisjonen sitt arbeid. Han ga meg det gode og tydelig rådet om at jeg burde bruke min innsats på å komme inn i EU sin ordning fordi deres initiativ kom til å bli EU sitt initiativ. Det viste seg å stemme.

Både utenriksministeren, statsministeren og jeg jobbet tett mot EU-kommisjonen. Vi fikk tidlig positive tilbakemeldinger om at EØS-landene ville bli ivaretatt. Utfordringen var å få dette formalisert. EU valgte å forankre sin vaksineanskaffelse i en mekanisme som et ikke-medlemsland ikke har lov til å bli en del av. Vårt første forsøk var å kjøpe oss inn i den mekanismen, men det var ikke mulig ifølge juristene i kommisjonen. Utenriksminister hadde kontakt med Ursula von der Leyen og jeg hadde kontakt med helsekommisjonæren. Tilbakemeldingen var at vi måtte finne en politisk løsning på det. Til slutt fikk vi etablert en løsning om at alle EU-land forpliktet seg til å gi fra seg en prosentandel av alle avtalene, og at de ble videreformidlet gjennom medlemsland. For Norges del ble det Sverige. I denne prosessen fikk vi et nært samarbeid med Sveriges vaksinekoordinator, Richard Bergström, som har spilt en sentral og viktig rolle i å ivareta våre interesser inn mot EU. Vi hadde mye kontakt mot EU gjennom sommeren. Alt lå til rette for at dette kom til å gå bra, men vi hadde ingen offentlig bekreftelse. Det gjorde meg urolig. I slutten av august var utenriksministeren og jeg enig om at vi måtte få en offentlig bekreftelse på det. Da ba vi statsministeren om å ta direkte kontakt med Ursula von der Leyen og det resulterte i at hun den 14. august «twitret» at EØS-landene skulle bli ivaretatt. Etter det gikk det ganske raskt med å få på plass de formelle tingene. Så har det vært utfordringer underveis i dette, men det har fungert.

#### **Var du noen gang genuint usikker på om dette ville gå før 14. august?**

Jeg var ikke usikker fordi de var så tydelige i det de lovte, men man føler alltid en uro i en slik situasjon før man får endelig bekreftelse. Norge er ikke i en situasjon hvor vi kan tvinge frem en slik bekreftelse. Vi er avhengige av den gode viljen og har ingen maktmidler utover å være en del av det gode fellesskap.

#### **Hva kunne alternativet vært og når ville vi ha fått tak i vaksiner dersom EU-sporet ikke hadde lyktes?**

Det var tre hovedalternativer. Vi hadde fått vaksiner av COVAX, men kun til 20% og på et senere tidspunkt. Det har vært andre land i verden som har vært avhengige av den løsningen. Det hadde vært det mest sannsynlige scenarioet. Vi har hele tiden hatt den løsningen som en backup-løsning, men vi hadde ingen tro på at det ville føre oss til målet.

Det andre alternativet var å inngå bilaterale avtaler med ett selskap. Det var veldig lite sannsynlig og med ekstremt høy risiko. For det første hadde ikke selskapene kapasitet til å håndtere et så lite land som Norge med et lite marked. For det andre hadde vi gjort oss avhengig av én eller veldig få. Om jeg våren 2020 hadde spurt mine fagfolk om hvilken vaksineprodusent vi burde satse på, så er jeg ganske sikker på at de hadde sagt AstraZeneca. Da hadde vi lagt alt inn på den.

Det tredje alternativet hadde vært å koble oss opp på et annet ikke-EU land, som for eksempel Storbritannia. Storbritannia ga oss tydelig tilbakemelding om at det ikke var realistisk.

#### **Anser du det realistisk at vi kunne fått en lignende avtale med en produsent som Israel fikk med Pfizer?**



Nei. Det er flere grunner til det. Blant annet lå det som vilkår i de avtalene at man måtte gi tilgang til helseopplysninger som verken ville vært politisk eller juridisk akseptabelt for Norge. Israel står også i en annen utenrikspolitisk situasjon enn Norge.

**Anser du det som realistisk at Norge kunne produsere vaksiner eller komponenter til vaksiner på egen jord?**

Det er det helt realistisk at vi kan gjøre. Vi er store produsenter av vaksiner i dag mot fiskeindustrien. Vi har stor kompetanse på vaksiner, men det er helt urealistisk å tenke seg at Norge skal ha en nasjonal, selvstendig beredskap som skal sikre oss tilgang til vaksiner fremover. Det er utopi. Det vi kan er å inngå i et felles europeisk system for å sikre en større del av vaksineproduksjon i Europa. At Norge skulle hatt en nasjonal beredskap for å produsere vaksiner for fremtidige pandemier er ikke realistisk.

**Tema 5: Vaksinestrategi**

**Hva har vært de største utfordringene knyttet til vaksinestrategien og -utrulling, og hva har fungert særlig bra?**

Det aller vanskeligste har vært tilgang på vaksiner og at vaksinene ikke kom i det tempoet vi hadde ønsket. Det førte til mange andre vanskelige diskusjoner. Det har vært det mest krevende. Selvfølgelig er overskriften på dette at vaksinene kom raskere enn mange hadde forestilt seg. Så har vi gjort disse avveiningene og prioriteringene. Jeg synes ikke det nødvendigvis har vært så vanskelig.

Den første leveransen FHI ga oss, som er hovedstrategien, ga oss en prioritering som har stått seg ganske godt. Den har blitt justert og basert på ny kunnskap. Det er det overordnede.

Runden vi hadde rundt AstraZeneca og Janssen-vaksinen med å ta dem ut av vaksinasjonsprogrammet var en ekstremt krevende situasjon. Diskusjonen om geografisk omfordeling var vanskelig. Det var også denne diskusjonen rundt vaksinerings av samfunnskritisk personell.

**Vårt inntrykk er at «tillit» hos befolkningen har vært særlig viktig i arbeidet med vaksinestrategien og -utrulling, og at regjeringen langt på vei har lyktes med dette i og med at det er en høy vaksinasjonsdekning. Hvordan tenkte og arbeidet regjeringen med å skaffe tillit til vaksinene og vaksinasjonen?**

Det var med åpenhet rundt alle forhold ved vaksinene, både bivirkninger og virkninger. Det er et resultat av det norske vaksinasjonsprogrammet over en lang periode. FHI kan ta stor ære for dette som organisasjon og det skyldes måten de har håndtert vaksinespørsmål gjennom tidene. Vi har en høy tillit til vaksinasjon i Norge.

Vi har hele tiden vært tydelige på at vaksine er frivillig. Vi har aldri antydning fra nasjonalt hold noe som går i retning av tvangsvaksinerings. Det tror jeg er ekstremt viktig for tilliten. Selv om situasjonen rundt AstraZeneca var vanskelig, så var det et bevis for befolkningen at vi har god

overvåkning av bivirkninger, at vi tar slik informasjon på største alvor og at det har konsekvenser.

**Regjeringen vedtok vaksinestrategien 1. desember 2020. Da var de fem målene i prioritert rekkefølge: (1) redusere risiko død. (2) redusere risiko for alvorlig sykdom, (3) opprettholde essensielle tjenester og kritisk infrastruktur, (4) beskytte sysselsettingen og økonomien og (5) gjenåpne samfunnet. Har du noen refleksjoner om man kunne oppnådd mer på å redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien om man hadde hatt en annen prioritering på vaksineringsen?**

Nei, jeg tror ikke det. Det handler om å klare å beskytte de mest sårbare i samfunnet og på den måten kunne håndtere situasjon med smitteøkning. I tillegg var det viktig å beskytte de ansatte i helsetjenesten. Om de to faktorene ikke hadde fungert, hadde det ført til enda større og mer inngripende tiltak som hadde rammet de andre målene i enda større grad. Jeg mener det har vært en riktig prioritering.

**Frem til slutten av mars 2021 ble det i FHIs anbefalinger lagt til grunn som en forutsetning at vaksinen ikke hindret smitte. Da strategien for tredje gang skulle vurderes, ble det i oppdraget fra HOD skrevet at det skulle legges til grunn som en forutsetning at vaksinen hadde effekt på smittespredning. Dette ble lagt til grunn fra starten av i Danmark. Vurderte du om dette kunne vært en forutsetning på et tidligere tidspunkt i Norge?**

Dette hadde vi mange diskusjoner om med FHI - når vet vi nok for å legge det til grunn? Vi var utålmodige, men vi var tydelige på at det er FHI som har kompetansen til å avgjøre det. Dette premisset er veldig viktig. Det var noe vi hele tiden utfordret FHI på. Vi var opptatt av at vi ikke skulle si noe galt. Det var det mest sannsynlig og logiske, altså om du reduserer symptomer så reduserer du smittespredning. FHI var veldig klare på at de måtte ha nok kunnskap. Når vi kom til tredje gang visste vi nok til å kunne legge det til grunn.

**Hadde det betydning for strategien fra det tidspunktet?**

Det hadde betydning for diskusjonen og strategien. Når vi hadde diskusjon om geografisk omfordeling hadde et slikt premiss betydning i den forstand at vaksiner kunne brukes for å begrense smitten i et område med høy smitte.

**Det fremgår av dokumentasjon kommisjonen har mottatt at spørsmålet om geografisk prioritering av vaksiner kom opp samtidig som regjeringen begynte å lette på tiltak for vaksinerte. Kan du fortelle om dilemmaene som oppsto for regjeringen og hva du tenker om dette nå?**

Det var mange dilemmaer knyttet til dette. Først og fremst om det ville ha effekt eller betydning. Det vet vi heller ikke i dag. Det tar tid å få til omfordeling, det tar tid å sette vaksinen og det tar tid før vaksinen virker. Her var det snakk om første dose. Usikkerheten knyttet til om det ville ha betydning var veldig stor. Vi hadde ingen ekstravaksiner, så de vaksinene måtte tas fra noen andre. Det var to dilemmaer knyttet til det. Det ene var om det ville føre til uro og konflikt i samfunnet vårt. Vi hadde lagt vekt på at vi sto i denne

situasjonen sammen. Det andre var en ren risikovurdering. Man risikerer å omfordele vaksine fra et område med lite smitte, som senere kunne få mye smitte med mange dødsfall fordi de har kommet sent i gang med vaksinerings. Dette var et veldig vanskelig spørsmål. Vi endte i første omgang med å gi FHI muligheten til å ha det vi kalte for en «veldig forsiktig omfordeling». Det innebar at FHI kunne fordele vaksine etter befolkningstall og ikke sammensetningen av befolkningen, når en stor andel av sårbare grupper var vaksinert.

I første fase var man veldig tydelige på å vaksinere de eldste. Da ble vaksiner fordelt ut fra demografi i kommunene, ikke bare antallet innbyggere. Da de fleste eldre var vaksinert, gikk over til å fordele etter befolkning. Det betyr i realiteten en omfordeling fra distriktskommuner med en aldrende befolkning til de store kommunene med en yngre befolkning, slik at de hadde en raskere fremgang med sin vaksinerings. Så kom den moderate omfordelingen fra noen få kommuner med en veldig liten andel, som var et forsøk på å imøtekomme dette behovet uten at det fikk så dramatiske konsekvenser. Til slutt var det diskusjoner rundt den større omfordelingen før sommeren 2020 som omfattet over 20 kommuner, og som hadde større konsekvenser for kommunene som måtte gi fra seg vaksine. Der har kommisjon tilgang til notater til regjeringen. Dere vil se at jeg ikke anbefalte dette på tross av at FHI og Hdir anbefalte det, men der konkluderte regjeringen med noe annet.

**Da det ble gjennomført en større geografisk prioritering av vaksiner i mai 2021 hadde FHI anbefalt å gi 80% flere doser til 24 kommuner. Det endte med at 60% flere doser ble gitt til de 24 kommunene, ikke 80%. Kort tid etter ble det redusert til 45%. Hvorfor ble dette prosenttallet så mye lavere enn FHIs anbefaling?**

Det var først og fremst på grunn av avveining for konsekvensene for kommunene som måtte avgi doser. Jeg var uenig i dette generelt, men regjeringen gikk imot mine argumenter. Jeg mente at risikoen som omfordelingen ville innebære ikke var godt nok belyst i FHI sin besvarelse. Omfordelingen ville føre til at de store kommunene ville kommet ganske langt i vaksinerings før fellesferien, men da måtte de små kommunene ta dette igjen i slutten av fellesferien. Det var etter min vurdering ikke en ubetydelig risiko for at det ikke ville fungere og at de ikke ville klare å mobilisere folk til det. Da kunne vi komme i en situasjon hvor vi hadde tatt fra dem vaksinedoser og at det ble stående ubrukte vaksiner pga. manglende kapasitet når de skulle vaksinere sin befolkning. Derfor ble dette noe moderert. Jeg fikk også gjennomslag for at vi skulle tatt en utsjekk med kommunen gjennom statsforvalterne.

Da vi presenterte denne omfordelingen, tok vi et forbehold om at vi måtte spørre kommunene. Regjeringen kunne ikke gå med på denne omfordelingen uten at det var bedre utredet. Statsforvalterne gjorde da en kartlegging og så kom direktoratet tilbake med en rapport. Jeg mente at den rapporten var for optimistisk, så vi tok et direkte møte med statsforvalterne. Det ga et mer nyansert bilde for at den risikoen fortsatt var til stede. Da hadde vi tatt en beslutning i regjeringen. Statsminister og jeg hadde fullmakt til å følge opp beslutningen. Statsministeren mente vi skulle følge den beslutningen som regjeringen hadde besluttet.

**Hva var årsaken til at regjeringen valgte å nedsette et eget ekspertutvalg for å vurdere bruk av AstraZeneca og Janssen-vaksinen i stedet for å treffe en beslutning på bakgrunn av rådene fra FHI?**

Det er ingen tvil om at det er regjeringen som skal ta denne type beslutninger. Grunnen til at vi gjorde det var at FHI og det danske folkehelseinstituttet baserte seg på tall fra Norge og Danmark. Vi er ikke store land. Selv om arbeidet var grundig, var det bygget på veldig få tilfeller. I tillegg ville en endelig beslutning om å ta AstraZeneca ut av programmet også føre til at Janssen-vaksinen ikke kunne komme inn. Det ville ha ganske dramatiske konsekvenser for fremdriften i vaksineringsen i Norge. På bakgrunn av det mente vi det var klokt å få en “second opinion” fra et ekspertpanel som kunne bruke tiden på å se om det var internasjonal data som kunne gi andre vurderinger. Da ville vi hatt begge disse vurderingene som grunnlag for regjeringens beslutning. Det ville også kjøpe oss tid. Tid var en viktig faktor. Vi regnet med at det ville komme mer informasjon om vaksinens effekt og andre spørsmål i løpet av den tiden.

## **Tema 6: Importsmitte**

**HOD har uttalt at karantenehotellordningen har vært effektivt smitteverntiltak. Kan du si noe om hva den vurderingen bygget på?**

Den bygger på anbefalingene vi fikk fra FHI og Hdir, men også erfaringen vi hadde fra høsten 2020 da vi så at den tillitsbaserte karanteneordningen ikke fungerte godt nok. Det ble for mye importsmitte. Både privatpersoner og bedrifter brukte karantenesteder som ikke var egnet og fulgte ikke de kravene som gjaldt. Det førte til mange store utbrudd og spredning. Vi så at den tillitsbaserte karanteneordningen med beskrivelser av hvordan karantenen skulle gjennomføres, men hvor det var opp til den enkelte å sørge for at det ble sånn, ikke ga god nok beskyttelse.

**Har HOD underveis vurdert effekten av karantenehotellordningen med tanke på å hindre smittespredning?**

Vi har ikke hatt noen annen evaluering av det tiltaket, enn det vi har hatt av andre tiltak. Vi har begrenset mulighet til å ha det. Vi må se på den samlede virkningen av denne type tiltak. Det er ingen tvil om at karantenehotellordningen hadde en positiv effekt på importsmitte, men også en negativ effekt på reising som igjen hadde en positiv effekt på importsmitte. Det er viktig å nevne at en del andre land på dette tidspunktet innførte forbud mot å reise på fritidsreiser. Vi valgte et mindre inngripende tiltak enn en rekke andre europeiske land. Vi sa at vi ikke anbefalte folk å reise på fritidsreiser og sa at dersom de gjør det så må de på karantenehotell. I andre land ville folk blitt straffet om de dro på fritidsreiser.

**Du anser ikke karantenehotell som en straff?**

Nei, jeg anser det ikke som straff. Men jeg forstår at det oppleves som urimelig for mange. Mange ville gjort de riktige tingene og mange kunne reist til fritidsboligen sin og hatt karantene der, og for dem kan det nok virke som et urimelig tiltak fra myndighetene. Men som myndighet må vi se på hva situasjonen er samlet sett. Med den krevende smittesituasjon og de erfaringene vi hadde høsten 2020, var situasjonen slik at den tillitsbaserte karanteneordningen ikke ville være tilstrekkelig.

**HOD har sammen med JD spilt en helt sentral rolle når det gjelder å utarbeide tiltak og regelverksendringer relatert til importsmitte. I vårt arbeid har vi fått opplysninger om at politiet på grenser, grensekommuner og andre mener at de har fått veldig lite tid til å forberede tiltakene. Har det vært helt nødvendig i alle tilfeller å ha så korte tidsfrister?**

Det er først og fremst justisministeren som har jobbet med dette. Vi hadde denne type vurderinger flere ganger og valgte bevisst å utsette regelverk knyttet til reise for å gi de som arbeidet på grensene en mulighet til å forberede seg.

Dette gjelder nok spesielt rundt vinteren 2021. Da skjedde det mye på kort tid. Det var en veldig alvorlig situasjon knyttet til smitteutvikling av alfa-varianten. For dem som jobbet på grensen så var det en helt ny situasjon. Det er en helt korrekt tilbakemelding og beskrivelse. De som jobber på grensen har forholdt seg til et regelverk som har vært solid og forutsigbart over lang tid, mens i denne situasjonen måtte de sjekke hva som gjaldt her dag de kom på jobb. Vi ønsket ikke at det skulle være en varig situasjon. Vi forsøkte etter hvert å gi bedre tidsfrister på bakgrunn av tilbakemeldingene vi fikk fra sektoren. Dette kan JD svare bedre på.

**JD ved lovavdelingen har underveis i pandemien flere ganger påpekt usikkerhet knyttet til det juridiske grunnlaget for flere av tiltak rettet mot importsmitte som HOD har foreslått, som for eksempel karantenehotellordningen og plikt til karantenehotell for vaksinerte og immune. Har du vært kjent med dette?**

Ja, det har jeg. Dette har vært et sentralt tema i de diskusjonene vi har hatt hele veien. Deres innvendinger er blitt vektlagt i dette arbeidet.

**Har det blitt brakt videre til inn i regjeringen?**

Ja. Jeg tror ikke det er noen i regjeringen som ikke har vært klart over det. Også i de tilfellene hvor justisministeren og jeg har vært enige, har justisministeren gitt uttrykk for at det har vært skepsis i lovavdelingen.

## **Tema 7: Læring**

**Vi har nå vært gjennom en pandemi i snart to år. Hva mener du er særlig viktig å formidle til oss i Koronakommisjonen om håndteringen av pandemien? Hva er de viktigste læringspunktene?**

Da vil jeg ikke gjenta noe av det jeg sa innledningsvis. Det er klart at pandemien har lært oss hvor ekstremt avhengig vi er av å ha en sterk kommunesektor, altså kompetente og robuste kommuner. Når det røyner på er det der utfordringene blir størst, men også der man har størst mulighet til å finne gode løsninger. Vi har sterke kommuner i Norge og vi hadde ikke klart dette uten kommunene. Det å holde fast på det og forsterke kommunesektoren videre er utrolig viktig.

Vi har også lært at det er mulig å ta beslutninger og jobbe tettere i en stat under en krise, enn det man gjør i en normalsituasjon, og likevel få til gode resultater og beslutningssystemer selv om man gjør det raskere og med andre systemer.

**Er det et spørsmål som jeg ikke har stilt deg som jeg burde gjort?**

Nei. Jeg brenner ikke inne med noe.

Digital gjennomgang 21.02.2022. Referat godkjent av Bent Høie.

Oslo, 21.02.2022 Linda Aamodt